



osservatorio
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



COMUNICATO STAMPA

ROMA, 15 FEBBRAIO 2007

Rapporto Osservasalute 2006 "Vicini ma non abbastanza", così la salute e la qualità dell'assistenza nelle Regioni italiane

"Vicini, ma non abbastanza": questo in estrema sintesi ciò che emerge dalla quarta edizione del rapporto Osservasalute sullo stato di salute e la qualità dell'assistenza nelle regioni italiane, secondo il prof Walter Ricciardi Direttore dell'Istituto di Igiene dell'Università Cattolica di Roma e Direttore dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane. La vicinanza, e implicitamente la distanza, cui ci si riferisce, sono le direttrici lungo le quali si gioca il successo e si misurano le inevitabili difficoltà del processo della devolution, cioè della prossimità tra istituzioni e cittadini.

In linea generale i dati riportati nel **Rapporto Osservasalute 2006** concorrono a disegnare **la popolazione italiana in buona salute**. Soprattutto per quei dati dove è possibile fare un confronto rispetto agli altri Paesi europei **il nostro Sistema Sanitario si conferma mediamente buono**.

Ecco allora i dati positivi della vicinanza che emergono dal Rapporto. In termini di sopravvivenza, **l'Italia è tra i paesi più longevi del mondo**, tanto per gli uomini quanto per le donne. I livelli di sopravvivenza così elevati sono il frutto dei continui progressi in medicina e delle migliori condizioni di vita della popolazione che hanno contribuito a ridurre notevolmente i rischi di morte a tutte le età della vita. Al 2004, la speranza di vita alla nascita, mostra l'ormai noto vantaggio delle donne rispetto agli uomini, con un'aspettativa di vita mediamente di 6 anni più elevata per le prime rispetto ai secondi (**83,7 anni per le donne contro i 77,7 per gli uomini**). La speranza di vita presenta da molto tempo un **andamento positivo con un aumento progressivo dell'aspettativa di vita media**. Tanto per gli uomini quanto per le donne sono le Marche a godere di una più alta aspettativa di vita alla nascita, mentre la Campania si trova nella condizione più svantaggiata

Purtuttavia, il quadro che emerge dalla Quarta edizione del Rapporto sottolinea la **stazionarietà se non l'acuirsi delle variazioni regionali** – la distanza appunto, o quantomeno la non sufficiente vicinanza - sia rispetto alla diffusione di alcuni **fattori di rischio e stili di vita, che favoriscono più elevati tassi di morbosità e mortalità**, sia nei confronti di aspetti legati alla programmazione e all'organizzazione dei servizi sanitari.

Sul fronte degli **stili di vita si aggravano alcuni fattori di rischio**, fumo e obesità su tutti. I dati del 2006 confermano il progressivo decremento della prevalenza dei fumatori, ma il **fumo rimane un'abitudine ancora molto diffusa** in particolare tra i più giovani. Sul fronte del sovrappeso, **solo poco più di metà della popolazione italiana ha un peso normale, il 42,6% è in sovrappeso** e, rispetto al rapporto dello scorso anno, **gli obesi sono aumentati dall'8,5 al 9% della popolazione**, in particolare nelle Regioni meridionali. "Regioni in cui – fa notare **il prof. Ricciardi** - **aumenta il carico di malattia per questi fattori di rischio, cui se ne aggiungono di altri:** a eccezione della Sardegna e del Molise, tutte le Regioni del



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Sud presentano, a esempio, **tassi standardizzati di mortalità per diabete mellito** considerevolmente **superiori rispetto alla media nazionale**” e un progressivo avvicinamento ai dati delle Regioni del Nord, ma avviene su un fronte negativo. “Le **malattie tumorali** vedono un progressivo **avvicinamento epidemiologico** delle Regioni del **Sud** – spiega il prof Ricciardi - tradizionalmente meno colpite, rispetto a quelle del **Nord**. Anche in questo caso vi è la convinzione che un importante determinante delle tendenze negative nelle Regioni meridionali, a fianco dell’inadeguato contrasto al tabagismo, sia **la progressiva sostituzione della dieta mediterranea con una dieta più “nordica” associata a un maggior rischio oncologico**”. E **differenze** notevoli permangono sul fronte della **diffusione dei programmi di screening per la prevenzione secondaria dei tumori**, in particolare della cervice uterina, della mammella e del colon-retto, con alcune Regioni del Sud ancora terribilmente in ritardo nella attivazione di programmi di questo tipo.

La progressiva devoluzione delle competenze del Servizio Sanitario Nazionale ha favorito lo sviluppo di **modelli istituzionali e organizzativi molto differenti tra le Regioni italiane** con soluzioni molto differenziate, tra realtà e realtà, che rendono sempre più difficoltoso un sistematico confronto tra i modelli e i loro conseguenti risultati. “Particolarmente rilevante è lo **svantaggio accumulato da alcune Regioni**, soprattutto meridionali, nella riorganizzazione dei propri servizi, sia ospedalieri che territoriali - afferma il prof. **Gianfranco Damiani**, docente all’Istituto di Igiene dell’Università Cattolica e membro della Segreteria scientifica dell’Osservatorio: -. Emblematico è, ad esempio, **lo squilibrio Nord-Sud per i servizi per le fasce di popolazione più fragili, anziani e disabili fisici e psichici in primis**. Per questi ultimi, a esempio le persone assistite, sia con interventi educativo-assistenziali, sia dai centri diurni, sono nel Nord-Est circa 10 volte quelle assistite nel Sud e nelle Isole”.

Anche sul fronte dello **“stato di salute” dei sistemi sanitari delle Regioni Italiane** emergono dal Rapporto Osservasalute distanze e differenze di approccio. A fronte di una spesa sanitaria complessivamente in aumento dell’8% tra il 2005 e il 2006 **le Regioni continuano ad avere performance economico finanziare fortemente eterogenee**. La maggior parte delle Regioni del Nord sembrano ormai aver raggiunto l’equilibrio strutturale. A fronte di situazioni di squilibrio strutturale palese, sancite dai provvedimenti di affiancamento intervenuti durante il 2006 (vedi Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Sicilia, Liguria), i casi positivi di alcune Regioni del Sud come la Basilicata e la Puglia dimostrano ancora una volta che i buoni risultati derivano dall’**adozione di politiche di riequilibrio** attivate grazie alla mobilitazione massiccia di tutte le competenze professionali disponibili per l’organizzazione e la programmazione sanitaria a supporto di scelte politiche difficili ma risolutive. La devoluzione delle responsabilità nel campo della sanità è stata assunta in modo diverso da Regione a Regione. Non va dimenticato che **nell’economia delle Regioni la sanità ha un peso sostanzialmente diverso**: se la Regione Lombardia riesce ad assicurare i Lea spendendo il 4,75% del suo PIL, la Campania deve dedicare l’8,95% del PIL alla spesa sanitaria. Il differenziale chiaramente è tolto alle politiche di sviluppo e di riequilibrio del sistema economico complessivo. “Questo – fa notare il prof. **Americo Cicchetti**, ordinario di Organizzazione aziendale alla Facoltà di Economia dell’Università Cattolica - assegna necessariamente **al Governo centrale la responsabilità di una gestione attenta del processo devolutivo** per controllare le spinte centrifughe a beneficio di uno sviluppo equilibrato dell’intero sistema”.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Sul fronte delle scelte organizzative Osservasalute, grazie alla **collaborazione con il Ministero della Salute** ha quest'anno preso in esame **il processo di dipartimentalizzazione ospedaliera** per monitorare i cambiamenti in corso. "Dall'osservazione di 1800 dipartimenti ospedalieri distribuiti su più di 300 aziende sanitarie – afferma il **prof. Cicchetti** - emerge che ancora oggi una larga parte dei dipartimenti **appare costruita** non intorno a percorsi di cura riferiti a raggruppamenti omogenei di pazienti, ma secondo il criterio della specializzazione, ovvero **privilegiando ancora le esigenze degli operatori piuttosto che quelle dei pazienti** che imporrebbero, invece, la presenza di team multidisciplinari e concordanza intorno a linee guida e standard assistenziali secondo il paradigma dell'Evidence based medicine".

In conclusione, **le Regioni rappresentano il fulcro decisionale delle attività sanitarie** e nella maggior parte dei casi svolgono questo ruolo con buoni e, in qualche caso, ottimi **livelli di efficacia ed efficienza**. "Proprio per questo è **stridente il ritardo di alcune realtà regionali** che faticano, per diversi motivi, a stare al passo con le Regioni più dinamiche - sottolinea il **prof. Ricciardi** - anche se questo, d'altra parte, è un fenomeno tipico dei sistemi sanitari con elevati livelli di devoluzione che, pur garantendo una buona prossimità tra i cittadini e i livelli decisionali in tema di salute, alimentano forti elementi di disuguaglianza e di possibile 'inequità', soprattutto a sfavore delle persone e delle aree geografiche socio-economicamente meno avvantaggiate". **I meccanismi di compensazione a questi squilibri** vanno ricercati in attività di verifica e coordinamento che aiutino a superare i ritardi e a supportare le Regioni, in particolare quelle in difficoltà, a stare al passo con la complessa evoluzione dei sistemi sanitari. "Spetterà **alle stesse Regioni** – conclude il **prof. Ricciardi** - **concordare le modalità di costruzione di rapporti sinergici con le Istituzioni centrali** perchè solo l'aggregazione delle migliori competenze a livello nazionale e la leale collaborazione con i decisori regionali possono aiutare a **dare risposte adeguate ai problemi sempre più complessi dei moderni sistemi sanitari**".

Questo quanto emerge dal **Rapporto Osservasalute 2006**, 453 pagine di analisi di dati sulla salute e la qualità dell'assistenza nelle Regioni italiane frutto del lavoro di **oltre 200 ricercatori distribuiti su tutto il territorio italiano** che collaborano con l'**Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane**, che ha sede presso l'**Università Cattolica di Roma**, e che operano presso Università, Agenzie regionali e provinciali di sanità, Assessorati regionali e provinciali, Aziende ospedaliere e Aziende sanitarie, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale Tumori, Ministero della Salute, Istat. A questa quarta edizione dell'Osservasalute hanno collaborato anche Caritas e Fish (Federazione italiana per il superamento dell'handicap).

Ufficio Stampa - Università Cattolica di Roma – ufficiostampa@rm.unicatt.it – 06 30154442 - 4295

Referenti: Nicola Cerbino (ncerbino@rm.unicatt.it) cell. 335.7125703

Andrea Tomasini (tomasiniufficiostampa@rm.unicatt.it) cell.329.2634619



osservatorio
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Rapporto Osservasalute 2006 "Atlante" della salute nelle Regioni italiane La migliore performance Regione per Regione

Piemonte: la più bassa prevalenza di persone sovrappeso e obese di Italia

In Piemonte c'è la più bassa prevalenza di persone di 18 anni e oltre sovrappeso, pari a 29,4%, e con il 7,6% particolarmente bassa è anche la prevalenza di persone obese. In Italia i dati riferiti al 2003 indicano rispettivamente le percentuali di 33,6 e 9. L'epidemia di obesità sta rapidamente diffondendosi: nel mondo circa 300 milioni di individui sono obesi, il tasso di incidenza è in continuo ed allarmante aumento e si stima che nel 2010 circa 150 milioni di adulti saranno affetti da questo problema.

L'obesità rappresenta uno dei principali fattori di rischio per la salute, può favorire l'insorgenza di importanti e frequenti malattie (tra cui le cardiovascolari e il diabete) ed è responsabile del 2-8% dei costi globali per la sanità.

Riferendoci al 2003, in Piemonte si registrano percentuali particolarmente alte di persone (maggiori di tre anni di età) che consumano quotidianamente ortaggi (54,5%), verdura (60,8%) e frutta (81,6%). La media nazionale è rispettivamente 42,4 %, 48,5% e 76,7%. Il profilo di consumo alimentare di una popolazione costituisce un importante elemento di valutazione per i legami che ha con lo stato di nutrizione, di salute e, più in generale, di benessere dell'essere umano.

Valle d'Aosta: ottima gestione territoriale dell'asma e del diabete mellito

In valle d'Aosta per gli anni 2001-2004 si registrano i tassi standardizzati più bassi di dimissioni ospedaliere potenzialmente evitabili per asma e per complicanze a lungo termine del diabete mellito, rispettivamente dello 0,13 e dello 0,30 ogni 1.000 residenti. In Italia i valori si attestano per l'asma a 0,24 e per le complicanze del diabete mellito a 0,53. Le dimissioni ospedaliere potenzialmente evitabili per asma e per complicanze a lungo termine del diabete mellito tra gli adulti valutano l'appropriata gestione in ambito territoriale della patologia, intesa come prevenzione, con l'individuazione dei soggetti a maggior rischio, diagnosi precoce, monitoraggio periodico della funzionalità respiratoria, terapia farmacologica ed educativa. Infatti, questi ricoveri possono essere considerati potenzialmente "evitabili" in presenza di un'adeguata rete di servizi territoriali.

Lombardia: poco meno di due pazienti trapiantati ogni giorno

In Lombardia nel 2005 sono stati effettuati 655 trapianti, ponendo la regione in testa alla classifica del più alto numero di trapianti effettuati. Negli ultimi anni è stata realizzata una vera e propria rete trapiantologica che rappresenta un punto di eccellenza riconosciuta a livello europeo. Nel nostro paese sono attivi regolari programmi di trapianto di rene (1750 trapianti/anno), fegato (1100 trapianti/anno),



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



cuore (350 trapianti anno), pancreas (associato quasi sempre a rene in 100 trapianti/anno) e polmone (100 trapianti/anno) Analizzando i dati di sopravvivenza a un anno dal trapianto di cuore, è emerso che l'Italia ha raggiunto l'84,7% nella sopravvivenza ad un anno dell'organo e l'84,9% nella sopravvivenza ad un anno del paziente, dati che risultano allineati con la media del Regno Unito e USA. La percentuale di sopravvivenza dell'organo e paziente dopo 4 anni dal trapianto rimane significativamente alta. In modo particolare in Lombardia si registrano le percentuali di sopravvivenza particolarmente alte a 4 anni: 80, 9% per i trapianti effettuati al Niguarda di Milano e 84% per quelli fatti al Policlinico San Matteo di Pavia . Analoghi risultati positivi si registrano sul fronte dei trapianti di fegato e di rene nei centri trapianti lombardi.

Bolzano: la più moderata nei parti cesarei

La percentuale di parti cesarei nella Provincia Autonoma di Bolzano è del 23,1, la più bassa tra tutte le regioni italiane. La proporzione di parti cesarei ha subito negli ultimi decenni un costante incremento in molti paesi occidentali, ed in Italia in particolare sono stati raggiunti valori tra i più elevati al mondo. Nel 2004, a livello nazionale, la proporzione di tagli cesarei sul totale dei parti è del 38 % con valori stabili o in tendenziale aumento in tutte le regioni. Tutte le regioni presentano un valore superiore al 20%. Sebbene una parte dell'incremento possa essere attribuita a cambiamenti demografici e a miglioramenti delle tecnologie sanitarie, importanti determinanti di questa crescita sembrano essere rappresentati da fattori non clinici. In situazioni di sovra-utilizzazione, le proporzioni più basse di parto cesareo sembrano rappresentare una migliore qualità dell'assistenza, in termini di appropriato uso delle procedure. La proporzione di parti cesarei viene per questo considerata un indicatore della qualità dell'assistenza.

Trento: il consumo di farmaci e la spesa farmaceutica più bassi d'Italia

Conteggiato calcolando la dose media giornaliera, di mantenimento per un farmaco, nella sua indicazione principale in pazienti adulti ogni 1000 abitanti, **nella Provincia Autonoma di Trento il consumo farmaceutico territoriale a carico del SSN è per il 2005 pari a 638, mentre il valore nazionale è di 807.** Analoga efficacia nel contenere i costi emerge dal dato della spesa farmaceutica lorda pro capite a carico del SNN espressa in milioni di euro, pari a 168,80 contro i 231, 6 della media nazionale. Anche sul fronte della spesa che nella Provincia Autonoma di Trento il cittadino deve sostenere per accedere all'assistenza farmaceutica erogata dal SSN, la spesa pro capite per ticket e compartecipazione è di 1,3 euro contro gli 8,9 nazionali.

Veneto: in crescita la spesa sanitaria pubblica procapite

E' di 1.616 euro pro capite il costo per la spesa sanitaria pubblica pro capite al 2005 con un incremento del 5% circa rispetto all'anno 2004 (dato nazionale 1.661).

Il 20% della popolazione residente ha almeno un genitore straniero.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



In Veneto, nel 2004 la speranza di vita alla nascita per gli uomini è pari a 77,9 anni e le donne 84,3; la speranza di vita tra i 65 e i 75 anni è pari a 17,4 anni per gli uomini e 22 anni per le donne; a 75 anni la speranza di vita per gli uomini è pari a 10,9 anni e 13,8 anni per le donne.

Friuli Venezia Giulia: i più soddisfatti dell'assistenza medica e infermieristica ospedaliera

La "soddisfazione dell'utente-cliente" è diventato uno degli obiettivi strategici delle aziende sanitarie locali ed è strumento fondamentale di supporto ad un management fortemente orientato all'utente. **In FVG ogni 100 utenti 43,18 si dichiarano "molto soddisfatti" dell'assistenza medica e 63,25 "molto e abbastanza soddisfatti"**. Per quanto riguarda l'assistenza infermieristica i valori, sempre molto elevati, si attestano rispettivamente a 46,80 e 66,68. In Italia il dato indica per l'assistenza medica 24,22 i "molto soddisfatti" e 60,89 i "molto e abbastanza soddisfatti", mentre per l'assistenza infermieristica i valori rispettivi sono 23,60 e 59,88. La qualità nel Servizio Sanitario Nazionale rappresenta un elemento strategico importante anche nel Piano sanitario Nazionale 2006-2008, prevedendo azioni con il coinvolgimento dei cittadini nei progetti di miglioramento ed opportune indagini su percezione, priorità, gradimento e soddisfazione.

Liguria: è la Regione che ha il più alto tasso di donatori d'organo

La Regione Liguria ha dimostrato nel 2005 di essere una Regione donatrice, facendo registrare un tasso particolarmente elevato di donatori segnalati per milione di popolazione (pmp) pari a 56,6, il più elevato tasso di donatori utilizzati pmp (37,5) e il più elevato tasso di donatori effettivi pmp (40,7). In Italia i tre tassi presi in considerazione rispettivamente sono pari a 34,4, 19,6 e 21.

Per donatore effettivo si intende il donatore dal quale almeno un organo solido è stato effettivamente prelevato indipendentemente dall'utilizzo finale dell'organo. Il donatore segnalato è il soggetto sottoposto ad accertamento di morte cerebrale e segnalato dalla rianimazione al centro regionale e/o interregionale quale potenziale donatore di organi. Infine, per donatore utilizzato si intende donatore dal quale almeno un organo solido è stato prelevato e trapiantato.

L'andamento dell'attività di donazione in Italia registrato negli ultimi anni risulta essere significativamente positivo soprattutto grazie alle innovazioni sul piano organizzativo previste dalla legge n. 91/99. Questo importante risultato è legato principalmente a due fattori: lo sviluppo dell'organizzazione nelle regioni supportato dal Ministero e dal Centro Nazionale Trapianti; - una maggiore consapevolezza dei cittadini, dovuta sia all'impegno informativo da parte dell'Istituzione e delle Associazioni che agli effetti di una immagine positiva del sistema sulla popolazione.

Emilia Romagna: la Regione a più alta "immunizzazione sociale"

Molto importante l'impegno della Regione Emilia Romagna sul fronte della prevenzione e degli stili di vita. In questa regione nel 2003 si registrano: la



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



più alta percentuale di ex-fumatori pari al 24,7 a fronte della percentuale nazionale che è del 21,3; la più elevata percentuale di copertura vaccinale per morbillo, parotite e rosolia che è del 92,9 mentre in Italia è dell'88,3; elevate tutte le percentuali di copertura vaccinale ma ancora ai vertici quella per l'influenza nella popolazione anziana pari al 75,1 rispetto al 68,3 (dati 2005-2006); importanti le attività di screening mammografico che negli anni 2003-2004 ha raggiunto un'estensione effettiva del 92,8% a fronte del 51,1 del dato nazionale, e sono stati attivati lo screening per il collo dell'utero e quello per il tumore del colon retto, quest'ultimo non attivo in tutte le regioni.

Toscana: ottimo il consumo di farmaci generici

E' in Toscana che si registra il maggior consumo percentuale di farmaci a brevetto scaduto, pari al 26,4% nel 2005 con una differenza in punti percentuali dal 2002 al 2005 di 17,4. In Italia il consumo percentuale di farmaci generici è del 24,1 e la differenza percentuale nel periodo 2002-2005 è di 10,1. I farmaci godono di un sistema di copertura brevettuale che ha attualmente una durata di 20 anni negli altri paesi UE e di circa 38 in Italia. Dopo la scadenza del brevetto possono essere autorizzati dei farmaci copia (detti generici o equivalenti), che hanno prezzi più bassi di almeno il 20%. Il prezzo più basso dei farmaci equivalenti determina riduzioni, anche notevoli, nel prezzo degli "originator". Il consumo e la spesa dei farmaci a brevetto scaduto rappresentano, pertanto, un indicatore d'efficienza della spesa farmaceutica pubblica.

Umbria: approccio completo al tumore della mammella

Con il 75,8%, l'Umbria è nel 2003 la regione con la più alta percentuale di interventi conservativi per neoplasia mammaria, percentuale che in Italia si attesta al 67,6. E' questo un importante indicatore di appropriatezza clinica e tecnico-professionale, basato sia sul grado di adesione alle linee guida diagnostico-terapeutiche che sull'utilizzo delle moderne tecnologie. Nel caso degli interventi chirurgici effettuati per patologia mammaria, le principali linee guida sottolineano, in primo luogo, l'importanza di ridurre il numero degli interventi chirurgici per patologia benigna attraverso una più adeguata diagnosi preoperatoria e il potenziamento della diagnosi precoce, con l'obiettivo di individuare lesioni di dimensioni ridotte, tali da consentire una chirurgia conservativa. L'attenzione particolare a questo tipo di neoplasia è declinata dalla regione Umbria anche sul fronte della prevenzione con una percentuale di estensione effettiva dei programmi di screening per questo tumore, nel biennio 2003-4 tra le donne di età 50-69 anni, del 92,6 rispetto al dato nazionale che è del 51,1.

Marche: la più alta speranza di vita a 65 e a 75 anni

E' di 78,8 e di 84,7 anni rispettivamente per gli uomini e per le donne della Regione Marche la speranza di vita alla nascita: la più alta in Italia, che pure è uno dei paesi più longevi al mondo. E sempre nelle Marche si registra il tasso di



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



mortalità oltre l'anno di vita (standardizzato per 10.000 abitanti) più basso della Penisola 84,54.

In termini di sopravvivenza, l'Italia è tra i paesi più longevi del mondo, tanto per gli uomini quanto per le donne. I livelli di sopravvivenza così elevati sono il frutto dei continui progressi in medicina e delle migliori condizioni di vita della popolazione che hanno contribuito a ridurre notevolmente i rischi di morte a tutte le età della vita. Al 2004, la speranza di vita alla nascita, mostra l'ormai noto vantaggio delle donne rispetto agli uomini, con un'aspettativa di vita mediamente di 6 anni più elevata per le prime rispetto ai secondi (83,7 anni per le donne contro i 77,7 per gli uomini).

Lazio: la maggiore sicurezza sul lavoro si traduce in minori infortuni

Nella regione Lazio la migliore performance sul fronte infortuni sul lavoro: qui il tasso di mortalità (per 100.000 abitanti) per infortuni sul lavoro è stato nel 2005 del 4,46, il più basso di tutta l'Italia che complessivamente registra un tasso del 6,95, come anche il più basso è il tasso di infortuni sul lavoro.

I tassi di mortalità presentati sono i tassi grezzi derivati dal rapporto fra il numero totale di morti per infortuni sul lavoro denunciati all'INAIL per anno e per regione e la popolazione esposta (rappresentata dagli addetti cioè lavoratori dipendenti e autonomi), per anno e per regione, relativamente agli anni 2002-2005. Tali tassi stimano il numero di morti rispetto alla popolazione lavorativa attiva. Il numero di morti totale utilizzato è ricavato dalla somma dei morti per infortuni per gestione (agricoltura, industria, commercio e servizi, dipendenti conto stato).

In Abruzzo: speranza di vita in costante crescita

77,7 anni è la speranza di vita alla nascita per gli uomini dell'Abruzzo (dato nazionale 77,7 anni), per le donne tale dato è pari a 84,2 anni (dato nazionale 83,7 anni) nel 2004, in linea con il dato nazionale per gli uomini, ma superiore alla media per quel che riguarda le donne.

La speranza di vita oltre i 75 anni è in perfetta equilibrio con la media nazionale e comunque in crescita progressiva pari a 10,7 per gli uomini (dato nazionale 10,7) e 13,3 per le donne (dato nazionale 13,3).

Molise: eccellente assistenza territoriale: il maggior numero di casi trattati in Assistenza Domiciliare Integrata in rapporto alla popolazione

Sono 2.167 ogni 100.000 abitanti i casi trattati in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) in Molise, e per quanto riguarda gli anziani in questa regione ben oltre 67,8 ogni 1000 sono assistiti domiciliariamente. In Italia i casi trattati in ADI sono 645 ogni 100.000 abitanti e la percentuale di anziani trattati domiciliariamente è del 28,2. L'assistenza domiciliare integrata rappresenta la forma più complessa e diffusa di assistenza domiciliare. Fa riferimento ad un insieme di attività mediche, infermieristiche, riabilitative e socio-assistenziali collegate tramite un approccio multidisciplinare, più o meno integrate e coordinate fra loro, da un punto di vista clinico organizzativo e gestionale secondo un caratteristico piano assistenziale individualizzato, tese ad umanizzare il rapporto con l'assistito ed assicurare continuità



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



tra azioni di cura e riabilitazione nella stabilizzazione della situazione patologica in atto.

Campania: il più basso consumo di alcol

In regione Campania, relativamente all'anno 2003, si registra una prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche dell'80,8% tra gli uomini e del 51% tra le donne, la più bassa in assoluto. Questi dati sono nettamente inferiori alla media nazionale che per le persone di sesso maschile è dell'87,4% e per quelle di sesso femminile del 59,8%. L'alcol è uno dei principali fattori di rischio per la salute dell'uomo e tra i principali determinanti di disabilità, mortalità e morbilità nella popolazione generale. L'alcol è responsabile di costi sociali e sanitari pari al 3-5% del Prodotto Interno Lordo (Organizzazione Mondiale della Sanità) e di problemi alcolcorrelati che possono estendersi dal consumatore ai terzi, coinvolgendo l'ambito familiare ed il contesto sociale allargato. L'alcol è il fattore prevalente nella rilevazione di episodi di violenza, di abusi, di maltrattamenti, di criminalità, di perdita di opportunità sociali, invalidità, incidentalità domestica, sul lavoro e sulla strada. Risulta essenziale quindi, nell'ottica di una programmazione sanitaria e sociale, comprensiva della rilevazione e del monitoraggio del fattore di rischio alcol nella popolazione, individuare il numero dei consumatori di bevande alcoliche (ossia degli esposti al potenziale fattore di rischio alcol) e degli individui che consumano quantità di alcol considerate a maggior rischio per la salute.

Puglia: il più basso tasso di mortalità per infarto

In Puglia nel 2004 si registra il più basso tasso standardizzato (per 10.000 abitanti) di mortalità per infarto: 5,58 per gli uomini e 2,72 per le donne (il dato nazionale si attesta rispettivamente a 7,28 e 3,22) Particolarmente basso anche il tasso medio di incidenza per tumore di colon-retto nella fascia di età compresa tra 0 e 84 anni, pari a 35% per il periodo 2001-2006 (50,2 il dato nazionale). Sul fronte degli stili di vita, secondo i dati 2003, è la regione con la più alta percentuale di non fumatori (61,6% rispetto al 53% di Italiani) e quella che fa registrare la percentuale più alta di persone (maggiori di tre anni di età) che consumano quotidianamente frutta, 84,9%, mentre il dato italiano è del 76,7.

Basilicata: il più basso tasso di mortalità per il tumore della mammella

E' di 1,59 il tasso di mortalità per tumore della mammella nel 2004 tra le donne in Basilicata (dato nazionale: 2,76) dove si registra anche uno tra i più bassi tassi medi di incidenza per questo tumore nelle donne nella fascia di età 0-84 nel periodo 2001-2006, pari al 70,8 rispetto al 92,6 italiano. Particolarmente attiva la regione Basilicata anche sul fronte dello screening mammografico dove nella fascia di età 50-69 anni nel biennio 2003-4 raggiunge una percentuale di estensione effettiva nelle donne di fascia di età compresa tra i 50 e i 69 anni del 119,1% (la percentuale è superiore al 100% perché nell'anno è stato invitato allo screening un numero di donne superiore a quelle previste dalla popolazione obiettivo annuale) rispetto al dato nazionale che è del 51,1.



osservatorio
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Calabria: la più bassa percentuale di fumatori e la più bassa incidenza di tumori al polmone

Nel 2003 solo il 19,2% della popolazione calabrese di età superiore ai 14 anni si dichiara fumatore, e in questa regione con il 28,8% si registra il più basso tasso di incidenza per tumore del polmone nella fascia di età da 0 a 84 anni (tasso standardizzato per 100.000 abitanti). La lotta al tabagismo rappresenta uno degli obiettivi prioritari delle politiche sanitarie; la prevalenza di fumatori permette di misurare il fenomeno e programmare interventi finalizzati al suo contenimento nella popolazione. Il fattore di rischio più importante per il tumore del polmone è il fumo di sigaretta. Esiste una accertata correlazione fra insorgenza di neoplasie polmonari e numero di sigarette fumate, durata all'abitudine al fumo, e età d'inizio all'abitudine al fumo; anche il fumo passivo è associato ad un aumento di rischio di tumore del polmone in non fumatori.

Sicilia: aumento del rating in controtendenza rispetto all'Italia

Aumentato da Moodys il rating della regione Sicilia che è passato a A2 a A1. E' l'unico segnale in controtendenza.

Il rating sintetizza la capacità dell'amministrazione di far fronte ai debiti nei confronti dei terzi e deriva da una dettagliata analisi delle condizioni di finanza pubblica considerando però anche la stabilità politica e la solidità dei processi di amministrazione pubblica, sanità compresa. Tra agosto 2005 e novembre 2006 il peggioramento è stato diffuso a seguito dell'abbassamento del rating assegnato alla Repubblica Italiana. Il segnale è forte soprattutto perché riguarda la credibilità delle amministrazioni Regionali.

Sardegna: il più basso tasso di abortività volontaria

È in Sardegna che con il 5,72 si registra per il 2003 il più basso tasso standardizzato di abortività volontaria, indicatore che permette di valutare l'incidenza del fenomeno, che in gran parte dipende dalle scelte riproduttive, dall'uso di metodi contraccettivi nella popolazione e dall'offerta dei servizi nei vari ambiti territoriali. In Italia il dato si attesta sul 9,29.



COMUNICATO STAMPA

ROMA, 15 FEBBRAIO 2007

Trento: Il consumo di farmaci e la spesa farmaceutica più bassi d'Italia

Conteggiato calcolando la dose media giornaliera, di mantenimento per un farmaco, nella sua indicazione principale in pazienti adulti ogni 1000 abitanti, nella Provincia Autonoma di Trento il consumo farmaceutico territoriale a carico del SSN è per il 2005 pari a 638, mentre il valore nazionale è di 807. Analoga efficacia nel contenere i costi emerge dal dato della spesa farmaceutica lorda pro capite a carico del SNN espressa in milioni di euro, pari a 168,80 contro i 231,6 della media nazionale. Anche sul fronte della spesa che nella Provincia Autonoma di Trento il cittadino deve sostenere per accedere all'assistenza farmaceutica erogata dal SSN, la spesa pro capite per ticket e compartecipazione è di 1,3 euro contro gli 8,9 nazionali.

Sono i dati che emergono dal **Rapporto Osservasalute 2006**, un'approfondita analisi dello stato di salute della popolazione e della qualità dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane, pubblicato oggi dall'**Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane** e frutto del lavoro di **oltre 200 ricercatori distribuiti su tutto il territorio italiano**, che operano presso Università, Agenzie regionali e provinciali di sanità, Assessorati regionali e provinciali, Aziende ospedaliere ed Aziende sanitarie, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale Tumori, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Ministero della Salute, Istat.

Sopravvivenza e mortalità

	Speranza di vita alla nascita				Speranza di vita a 65 anni				Speranza di vita a 75 anni			
	2003		2004		2003		2004		2003		2004	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Trento	77,1	83,7	77,6	84,5	17,0	21,6	17,4	22,2	10,5	13,5	10,8	14,1
Italia	76,9	82,6	77,7	83,7	16,8	20,5	17,4	21,4	10,3	12,6	10,7	13,3

L'Italia è tra i paesi più longevi al mondo, tanto per gli uomini quanto per le donne. I livelli di sopravvivenza così elevati sono frutto dei continui progressi in medicina e delle migliori condizioni di vita della popolazione che hanno contribuito a ridurre notevolmente i rischi di morte a tutte le età della vita.

Al 2004, la speranza di vita alla nascita, mostra l'ormai noto vantaggio delle donne rispetto agli uomini, con un'aspettativa di vita mediamente di 6 anni più elevata per le prime rispetto ai secondi (83,7 anni per le donne con un aumento di un anno rispetto al 2003 contro i 77,7 per gli uomini pari a 0,3 anni rispetto al 2003).

A Trento nel 2004 la speranza di vita alla nascita per gli uomini è pari a 77,6 anni e le donne 84,5; mentre la speranza di vita tra i 65 e i 75 anni è pari a 17,4 anni per gli uomini e 22,2 anni per le donne; a 75 anni la speranza di vita per gli uomini è pari a 10,8 anni e 14,1 anni per le donne.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Nel 2004, ultimo anno in cui è disponibile una stima della mortalità per causa di decesso, il tasso di mortalità standardizzato oltre l'anno di vita è risultato pari a 93 per 10.000 uomini e a 54 per 10.000 donne.

A Trento il tasso di mortalità per gli uomini è pari a 92,63 su 10.000 uomini e a 48,81 su 10.000 donne.

Tra le cause di morte, le maggiori responsabili dell'aumento del rischio di morte degli uomini, tra il 2002 e il 2003 sono state le malattie cardio-respiratorie: quasi tutte le regioni hanno assistito ad un incremento nel rischio di morte per tale causa in Italia, su 10.000 abitanti il tasso di mortalità per gli uomini è pari a 6,83 e per le donne è pari a 2,43.

A Trento il tasso di mortalità dovuto a malattie per l'apparato respiratorio su 10.000 abitanti è pari a 8,80 per gli uomini con un decremento rispetto al 2003 dello 0,16% e 2,53 per le donne con un decremento dello 0,49%.

Per alcune regioni le malattie del sistema circolatorio hanno avuto un forte impatto sull'incidenza del tasso di mortalità, che per gli uomini è pari al 34,34 su 10.000 abitanti con un decremento del 3,78% e per le donne è pari a 22,16 con un decremento del 3,34%.

A Trento tale tasso è pari a 33,35 per gli uomini con un decremento del 7,19% e per le donne è pari al 21,01 con un decremento del 2,15%.

Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione

Fattori di rischio e stili di vita								
	Prevalenza di fumatori di 14 anni e oltre		% persone obese		% persone in sovrappeso		Prevalenza consumatori bevande alcoliche di 11 anni e oltre	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2003	
							M	F
Trento	19,2	22,2	7,1	6,5	27,8	31,0	86,8	68,5
Italia	23,7	25,0	8,5	9,0	33,5	33,6	84,7	59,8
** il dato si riferisce alla regione Trentino-Alto Adige								

Il fumo

La lotta al tabagismo rappresenta uno degli obiettivi prioritari delle politiche sanitarie; la prevalenza di fumatori permette di misurare il fenomeno e programmare interventi finalizzati al suo contenimento nella popolazione. I dati rilevati nell'ambito dell'Indagine Multiscopo sulle famiglie Stili di vita e condizioni di salute nell'anno 2005, mostrano che l'abitudine al fumo riguarda circa il 25% della popolazione italiana, la prevalenza dei non fumatori e degli ex fumatori è rispettivamente di circa 53% ed il 21,3%. Inoltre si osserva un decremento significativo della percentuale di fumatrici (dal 17,4% al 15,8%) .

In Italia la percentuale di fumatori è pari a 25% della popolazione residente, mentre gli ex fumatori sono il 21,3% e i non fumatori il 53%.

A Trento la percentuale di fumatori è pari a 22,2% della popolazione residente, mentre gli ex fumatori sono il 20,1% e i non fumatori il 53,2%.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Sovrappeso e obesità

L'epidemia di obesità si sta rapidamente diffondendo: nel mondo circa 300 milioni di individui sono obesi, il tasso di incidenza è in continuo ed allarmante aumento e si stima che nel 2010 circa 150 milioni di adulti saranno affetti da questo problema.

Solo poco più della metà della popolazione italiana è in normopeso: il 42,6% è in eccesso ponderale. Nel confronto temporale tra il 2002 e il 2003 il dato relativo all'obesità presenta un aumento da 8,5% a 9%.

In Italia la prevalenza di persone di 18 anni e oltre in sovrappeso è 33,6% della popolazione totale, mentre quelle obese sono pari a 9,0%.

A Trento la prevalenza di persone di 18 anni e oltre in sovrappeso è 31,0% della popolazione totale, mentre quelle obese sono pari a 6,5%.

Ambiente

L'inquinamento da polveri fini (PM₁₀), originato sia da sorgenti naturali che antropiche, provoca effetti sulla salute a breve, medio e lungo termine dovuti ad una compromissione dell'apparato respiratorio con danni acuti e cronico degenerativi.

L'incremento delle concentrazioni sembrerebbe essere accentuato durante i mesi invernali. L'analisi dei dati relativi alla "media annua delle concentrazioni medie giornaliere delle polveri fini" mostrerebbe che quattro regioni (Veneto, Marche, Lombardia e Valle d'Aosta) superano il valore limite. Un esame disaggregato dei dati derivanti da 76 comuni dimostra che in 31 comuni almeno una centralina ha registrato un valore medio annuo superiore al limite di riferimento.

In Italia la media annua delle concentrazioni medie giornaliere delle PM₁₀ è pari a 33, sono presenti 10 stazioni per ogni 382.397 abitanti e il limite è stato superato con una media di 53 giorni.

Nel 2004 a Trento la media annua delle concentrazioni giornaliere delle PM₁₀ è pari a 31 con una diminuzione rispetto alle concentrazioni del 2003, sono presenti 7 stazioni per il rilevamento delle PM₁₀, il cui limite è stato superato per circa 55 giorni.

Ambiente				
	Media annua delle concentrazioni medie giornaliere di PM10		N° medio gg di superamento limite delle concentrazioni medie giornaliere	
	2003*	2004	2003*	2004
Trento	25	31	17	55
Italia	41	33	80	53

* il dato si riferisce alla regione Trentino-Alto Adige

Salute immigrati

All'inizio del 2006 gli immigrati presenti regolarmente in Italia erano 3.035.000 secondo la stima dell'Equipe del Dossier statistico Immigrazione Catitas/Migrantes. Ai dati ufficiali vanno aggiunti coloro che sono presenti irregolarmente e quindi complessivamente si può indicare la presenza di circa 3.500.000 persone.

Come conseguenza dell'aumento del fenomeno migratorio si è osservato in Italia un incremento nel tempo delle nascite da cittadini stranieri.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



In Italia i nati vivi con almeno uno dei genitori cittadino straniero sono pari a 65.062 bambini, con una prevalenza di entrambi i genitori stranieri (46.598).

A Trento i nati vivi con almeno un cittadino straniero sono pari a 882 bambini di cui 624 hanno entrambi i genitori stranieri.

Negli ultimi anni si è evidenziato un incremento del numero di interruzioni volontarie di gravidanza (38.364) da parte di donne straniere immigrate in Italia. La maggior parte delle donne straniere che abortisce in Italia sono donne nate nell'Est Europa (17.350 interruzioni di gravidanza), ma anche in paesi del Centro-Sud America (7.090), dell'Africa (6.169) e dell'Asia (3.865).

A Trento il totale delle interruzioni di gravidanza da parte di donne immigrate nel nostro paese è pari a 391.

Nel decennio di osservazione (1992-2002) l'ammontare complessivo dei decessi tra gli stranieri oltre il primo anno di vita in Italia supera le 32.000 unità con un andamento crescente che mostra negli anni delle forti correlazioni con il processo legislativo delle regolarizzazioni della popolazione straniera.

Il tasso standardizzato di mortalità per 10.000 stranieri residenti in Italia è pari a 20,03.

A Trento il tasso standardizzato di mortalità per 10.000 stranieri residenti è pari a 45,47.

Tumori

A seguito della crisi del 2003, i tumori maligni dello stomaco mantengono un andamento piuttosto stabile, nel 2004 il tasso standardizzato è pari a 2,2 per 10.000 uomini e a 1,1 per le donne come pure i tumori maligni del colon, retto e ano (3,2 uomini e 1,9 donne ogni 10.000); continuano a ridursi i tumori maligni di trachea, bronchi e polmoni per gli uomini (8,7 per 10.000 ab.) ma continuano ad aumentare quelli delle donne (1,8 per 10.000 ab. pari ad un aumento dello 0,12%).

Secondo i dati osservati dai Registri Tumore di popolazione emerge che i tumori più frequenti tra gli uomini sono il tumore della prostata, del polmone e del colon-retto mentre tra le donne sono il tumore della mammella, del colon-retto e del polmone.

Il rischio oncologico delle regioni del Sud è stato sempre stimato essere più basso di quello delle regioni del Nord anche se negli ultimi anni questa differenza si è ridotta notevolmente.

I tassi di incidenza delle donne invece sono in aumento in tutte le regioni, ma la crescita sembra sempre più accentuata in alcune regioni del sud.

In Italia, nel periodo che va dal 2001 al 2006 il tasso medio di incidenza di tutti i tumori per 100.000 abitanti è pari a 304,5.

In Trentino Alto Adige (non vi sono dati disaggregati), nel periodo che va da 2001 al 2006 il tasso medio di incidenza di tutti i tumori per 100.000 abitanti è pari a 320,8.

Tumore alla mammella

Il tumore alla mammella è il tumore più frequente nelle donne dei paesi occidentali, per le quali il rischio di ammalarsi nel corso della vita giunge fino al 10-11%. L'incidenza del tumore alla mammella in Italia nel quinquennio 2001-2006 rispetto al precedente 1995-2000 è in lieve aumento. I tassi di incidenza del tumore alla mammella sono in aumento in tutte le regioni italiane, presumibilmente in associazione con la diffusione dei programmi di screening organizzati e dell'aumentata attenzione a controlli in fase preclinica.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



In Italia, Il tasso di incidenza del tumore alla mammella nelle donne è pari a 92,6 su 100.000 abitanti con un aumento del 1,5%.

In Trentino Alto Adige (non vi sono dati disaggregati), nel periodo 2001-2006 questo tasso è pari a 128,9 con un incremento del 7,4% delle donne rispetto al quinquennio precedente.

Tumore del colon retto

In Europa il timore del colon retto è la seconda neoplasia più comune in entrambi i sessi. In Italia l'incidenza del tumore del colon-retto 1995-2000 verso 2001-2006 è complessivamente in aumento, a causa del trend di crescita negli uomini (da 60 a 66 casi per 100.000); l'aumento dei tassi si verifica in tutte le fasce d'età, ma è più evidente nella fascia tra 75-84 anni

In Trentino Alto Adige (non vi sono dati disaggregati), il tasso standardizzato totale per il periodo 2001-2006 è pari a 56,3 casi ogni 100.000 abitanti così diviso 74,7 per gli uomini e 41,6 per le donne.

Tumore del Polmone

Il **cancro polmonare** è una delle neoplasie maligne più frequentemente diagnosticate nel mondo. In Italia, nel periodo 2001-2006, l'incidenza del tumore polmonare, è in riduzione rispetto al precedente periodo (1995-2000) ed è pari a 72 casi ogni 100.000 uomini e dimostra valori costanti per le donne pari a 14 casi ogni 100.000, ma vi sono preoccupanti segnali di incremento in alcune regioni.

In Trentino Alto Adige (non vi sono dati disaggregati) il tasso medio di incidenza per tumore del polmone per classe di età 0-84 anni ogni 100.000 abitanti nel periodo 2001-2006 è pari ad un tasso standardizzato del 30,9 casi diviso in 51,5 casi per gli uomini con una diminuzione del 17,4% e del 14,2 casi per le donne con un incremento del 1,2%.

Screening

Prosegue l'estensione nel territorio nazionale dell'attività di screening organizzato per i tumori femminili e per quelli del colon retto. A fronte di una maggiore diffusione nelle regione del Centro e del Nord Italia, le regione del sud si stanno attivando, anche sotto l'impulso della legge 138/2004 del CCM e al coordinamento del ONS.

Screening mammografico

L'attivazione di programmi di screening per tumore alla mammella è raccomandata in Italia con programmi organizzati su un invito attivo ed è richiesta nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza. Nel 2004 vi è stata una ulteriore espansione dei programmi di screening ed è stata pari al 68,7%. Questo significa che due donne su tre risiedono in un territorio in cui è stato attivato un programma di screening mammografico. Le donne che hanno realmente ricevuto un invito a partecipare al programma di screening mammografico hanno avuto un incremento pari a circa il 24%.

In Italia, nel 2004 la percentuale di donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni inseriti in un programma di screening mammografico mostra un'estensione teorica è pari a 68,7% con un incremento del 12,5% di cui l'estensione effettiva è pari a 51,1%.

A Trento, nel 2004 la percentuale di donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni inseriti in un programma di screening mammografico mostra



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



un'estensione teorica è pari al 100% uguale al 2003 di cui l'estensione effettiva è pari a 110%.

Malattie infettive

Nel corso del XX secolo la scoperta di antibiotici sempre più attivi, la produzione di vaccini efficaci e l'applicazione di idonee misure di igiene ambientale hanno contrastato con grande efficacia un crescente numero di malattie infettive. La prevalenza di molte patologie infettive è gradualmente diminuita soprattutto nei paesi industrializzati. Questi successi hanno favorito la diffusione dell'idea che le malattie infettive siano state vinte. Ma questo concetto non è propriamente giusto se si pensa ai paesi sottosviluppati, e se si esamina che per alcune malattie (AIDS, EBOLA; SARS etc) sono aumentate le aspettative di vita, ma sono ancora causa di morte.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che entro il 2015 saranno disponibili ben 36 nuovi vaccini (ad esempio contro l'HIV o il virus C dell'epatite) o migliorati (ad esempio contro il virus B dell'epatite o la febbre tifoide).

Malattie infettive				
	Tasso di incidenza AIDS (per 100.000)		Tasso std di incidenza epatite A (per 100.000)	
	2004	2005	1993	2004
Trento	3,05	0,80	5,23	2,22
Italia	2,85	1,80	3,33	4,25

il dato si riferisce alla regione Trentino-Alto Adige

Incidenza AIDS

In Italia, dal 1994 al 2005 sono stati notificati 32.996 casi di AIDS con un tasso di 1,8 nuovi casi ogni 100.000 abitanti. Per quanto riguarda i tassi di incidenza si è registrata una sensibile diminuzione a partire dal 1996/97 a livello di tutti gli ambiti regionali. Il trend coincide con l'ingresso in Italia di farmaci antiretrovirali che hanno ridotto il rischio di progressione in AIDS degli HIV positivi aumentando pertanto la quota dei soggetti sieropositivi.

A Trento nel 2005 sono stati registrati 3 nuovi casi di AIDS con un tasso di incidenza pari a 0,8 nuovi casi ogni 100.000 abitanti dell'intera regione.

Epatite A

L'epidemia in Italia viene considerata a basse endemia, nel 2004 il tasso di incidenza è stato di 4 casi ogni 100.000 abitanti.

A Trento il tasso di incidenza di epatite A per l'anno 2004 è pari a 2,22 casi su 100.000 abitanti con una diminuzione del 3,11% rispetto al 2003.

Tubercolosi

L'Italia è stata classificata come paese a bassa incidenza di tubercolosi. In base ai dati ricavati dalle notifiche obbligatorie nell'anno 2004, il tasso di incidenza di tubercolosi per gli uomini è pari a 8,70 casi per 100.000 residenti quasi il doppio rispetto a quello registrato per le donne (5,45 per 100.000 ab.)

In Trentino Alto Adige (non vi sono dati disaggregati), nel 2004 il tasso standardizzato di incidenza per tubercolosi nei maschi è pari a 14,08 casi ogni 100.000 mentre per le donne è di 6,95 casi.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Dipendenze da sostanza

All'interno della popolazione italiana l'abuso di alcune sostanze illegali (principalmente eroina e cocaina) risulta correlato ad un aumentato rischio di mortalità. La classe d'età maggiormente toccata dal fenomeno consumo è 15-44 anni. A livello italiano si evidenzia un continuo decremento del tasso di mortalità dal 1996 al 2002; il calo risulta particolarmente evidente tra il 1996 (6,31 morti ogni 100.000 ab) e il 1997 (4,71 morti) e tra il 2001 (3,42 morti) e il 2002 (2,17 morti). Si rileva poi un tasso costante fino a fine del 2003 con una successiva inversione di tendenza nel 2004 (2,50 morti) confermata nel 2005 con 2,52 morti.

In Trentino Alto Adige (non vi sono dati disaggregati), nel 2005 il tasso di mortalità per abuso di stupefacenti nella fascia di età compresa tra 5 e 44 anni è pari a 1,72 con un decremento dello 0,01% su 100.000 abitanti.

Salute materno-infantile

Gli indicatori della salute materno-infantile rappresentano un importante strumento per valutare lo stato di salute di una popolazione.

Abortività volontaria

I dati del 2003 con 124.118 di interruzioni di gravidanza volontarie (IVG) confermano la tendenza alla stabilizzazione del fenomeno, dopo un costante declino iniziato a partire dalla metà degli anni 80. Le regioni del Nord Ovest e del Centro presentano valori superiori alla media nazionale.

Il tasso standardizzato è di 9,2 casi ogni 1.000 donne, mentre il tasso più elevato si osserva nella classe 20-24 anni con 15,1. Questo dato può essere determinato in parte dall'ingresso delle donne straniere, prevalentemente giovani, presenti nel nostro paese che fanno ricorrenza alla IVG.

Osservando il fenomeno per lo stato civile, i livelli di abortività più elevati si osservano tra le persone separate, divorziate e vedove (22,2 per 1.000 nel 1993 e 24,3 nel 2003) che però numericamente costituiscono un gruppo più piccolo.

In Trentino Alto Adige (non vi sono dati disaggregati), nel 2003, il tasso standardizzato delle interruzioni volontarie della gravidanza è pari a 6,33 casi ogni 1.000 donne.

Abortività spontanea

La normativa italiana definisce l'aborto spontaneo come l'interruzione spontanea della gravidanza entro il 180 giorno di gestazione.

Il trend del rapporto standardizzato mostra un debole andamento crescente fino alla metà degli anni '90, seguito da una fase di stabilizzazione. Le differenze territoriali sono abbastanza marcate: il Centro e il nord Est seguono l'andamento nazionale con valori più elevati della media, mentre il Mezzogiorno con valori inferiori. Tali andamenti possono essere spiegati in parte dalle differenze territoriali dell'età media del parto. L'aumento del rapporto di abortività spontanea può essere attribuibile a vari fattori, quali una diagnosi più precoce della gravidanza, una migliorata notifica dell'evento, l'innalzamento dell'età della madre al parto e in particolare al primo figlio, il ricorso a tecniche di procreazione medicalmente assistita o la diffusione di fattori ambientali e lavorativi che hanno un'influenza negativa sullo sviluppo del feto.

In Italia il rapporto standardizzato per rapporti di abortività spontanea nella classe 15-49 anni è pari a 127,6 donne gravide.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



In Trentino Alto Adige (non vi sono dati disaggregati), il rapporto standardizzato per abortività spontanea nella classe di età 15-49 è pari a 129,0 donne gravide.

Parti cesarei

La proporzione dei parti cesarei ha subito negli ultimi decenni un costante incremento in molti paesi occidentali, ed in Italia in particolare sono stati raggiunti i valori più elevati al mondo.

Nel 2004 la proporzione dei parti cesarei a livello nazionale è di 38% sul totale.

A Trento il totale dei parti cesarei nel 2004 è stato del 28% sul totale; con un aumento del 5,6 rispetto al 1998.

Incidenti stradali

Gli incidenti, sia domestici che stradali, rappresentano attualmente un problema emergente della Sanità pubblica in Italia.

Gli incidenti stradali nel nostro paese nel 2004 secondo le fonti della polizia di stato sono stati 224.553 di questi ci sono stati 5.625 decessi, con 316.630 feriti. La metà dei decessi avviene prima dei 41 anni d'età ed il 25% prima dei 23 anni.

A Trento, nel 2004 gli incidenti registrati sono pari a 1.555 di cui 55 persone coinvolte sono decedute e 2.099 ferite.

Incidenti sul lavoro

L'inail definisce infortunio sul lavoro la conseguenza di una causa violenta ed esterna verificatasi in occasione del lavoro da cui deriva o la morte o un'inabilità temporanea che comporta l'astensione dal lavoro per oltre tre giorni.

In Italia, la media tra il 2002 e il 2005 di mortalità per infortuni sul lavoro in Italia ogni 100.000 abitanti è pari a 7,85 persone.

In Trentino Alto Adige (non vi sono dati disaggregati), la media di mortalità per infortuni sul lavoro tra 2002 e 2005, è pari a 7,85 persone su 100.000.

Assistenza territoriale

Negli ultimi anni in Italia si è assistito ad un sostanziale mutamento nel profilo demografico e, di conseguenza, il bisogno socio-sanitario e la domanda emergente della popolazione è cambiata.

Il territorio non è più solo il luogo tradizionale di servizi ambulatoriali di medicina generale, di continuità assistenziale, delle attività distrettuali di tutela della salute collettive e delle strutture residenziali per anziani, ma è diventato anche la sede primaria di promozione della salute, di governo della domanda e dell'integrazione dell'assistenza ospedaliera con le cure primarie, la riabilitazione e di riflesso tutte le forme di assistenza destinate all'accompagnamento di anziani, malati cronici, disabili e più in generale soggetti fragili.

In Italia l'esperienza della domiciliarizzazione dell'assistenza, espressione di funzioni e attività proprie delle cure extraospedaliere è ricca e variegata. Le cure domiciliari includono l'assistenza infermieristica e riabilitativa domiciliare (ADI), l'assistenza programmata domiciliare (ADP) fornita da medici di medicina generale gli assistiti non deambulanti e le applicazioni della teleassistenza domiciliare nelle diverse forme di telecontrollo, telesoccorso o teleconsulto.

In Italia, nel 2004 i casi di assistenza domiciliare integrata sono stati 373.424 ovvero 645 casi ogni 100.000 abitanti. Mentre l'assistenza domiciliare agli anziani è stata pari all'84,1% degli anziani residenti.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



A Trento, nel 2004 i casi di assistenza domiciliare sono stati 1.426 ovvero 285 casi ogni 100.000 abitanti. Il numero complessivo di utenti in carico per tutte le forme di assistenza domiciliare, erogate sia dai medici convenzionati sia dai servizi pubblici, è pari a 12.882 per un tasso pari a 2.500 ogni 100.000 abitanti.

Trapianti

Il trapianto di organi e tessuti, associato alla scoperta di nuovi farmaci che migliorano la tolleranza dell'organo trapiantato nel ricevente, è uno dei progressi più rilevanti nella cura di un grande numero di malattie per le quali non esistono cure alternative.

La promozione delle donazioni, dei trapianti e della valutazione di qualità dell'attività di trapianto organi, cellule staminali e tessuti sono obiettivi importanti del sistema sanitario.

I dati al 31/12/2005 dimostrano un aumento dell'attività di donazione e trapianto ottenuto nel nostro paese, nel giro di dieci anni l'Italia è passata dagli ultimi al secondo posto in Europa e al terzo nel mondo. Anche dal punto di vista qualitativo si registrano ottimi risultati.

In Italia, il tasso dei donatori effettivi per milione di popolazione al 31/12/05 era di 21.

A Trento il tasso dei donatori effettivi per milione di popolazione al 31/12/05 era di 6,3; tenendo conto dei donatori residenti presso strutture sanitarie extraprovinciali, il tasso reale dei donatori effettivi sale a 24/milione.

Spesa sanitaria in rapporto al PIL e spesa sanitaria pubblica pro capite

L'analisi dell'assetto economico finanziario dei sistemi sanitari delle regioni italiane restituisce uno scenario particolarmente eterogeneo. L'attenzione è posta sui fabbisogni della spesa sanitaria a livello regionale e sui relativi disavanzi che, soprattutto in alcune regioni, stanno poetando all'accumularsi di debiti particolarmente ingenti e preoccupanti per la stabilità del sistema economico regionale. La presenza di disavanzi ha spinto molte regioni a trovare soluzioni finanziarie in grado di assicurare la necessaria liquidità per lo svolgimento delle operazioni correnti nell'ambito delle aziende sanitarie.

Il rapporto tra spesa e PIL dovrebbe identificare la disponibilità a spendere per l'assistenza sanitaria di una regione in relazione alle proprie disponibilità in termini di reddito.

La spesa sanitaria pubblica corrente in rapporto al PIL negli anni 2002-2003 ha subito un decremento dello 0,32%.

La spesa pro capite delle regioni italiane mostra una significativa variabilità tra il 2003 e il 2005 con un notevole incremento negli ultimi anni soprattutto a favore delle regioni meridionali.

La spesa sanitaria dell'Italia in rapporto al PIL negli anni 2002-2003 ha subito un decremento dello 0,32%, mentre la spesa sanitaria pubblica pro capite è pari a 1.621euro.

La spesa sanitaria del Trentino Alto Adige in rapporto al PIL negli anni 2002-2003 ha subito un incremento dello 0,35%, la spesa sanitaria pubblica pro capite, a Trento è pari a 1.721 euro.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Assetto economico-finanziario

	Spesa sanitaria pubblica pro capite (in €)		Disavanzo sanitario pubblico pro capite (in €)		Utile o perdita media di esercizio pro capite delle Asl (in €)	
	2004	2005	2003	2004	2003	2004
Trento	1.664	1.721	10,35	18,15	0,11	0,09
Italia	1.548	1.621	39,09	105,60	-73,21	-44,07

Spesa sanitaria per livelli essenziali di assistenza LEA

In Italia, con l'Accordo Stato-Regioni, sottoscritto il 22/11/2001 sono stati definiti i livelli essenziali di assistenza (LEA); questi rappresentano le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o in compartecipazione, grazie alle risorse raccolte attraverso il sistema fiscale. La ripartizione dei costi per livelli essenziali di assistenza è relativa all'anno 2003. I macrolivelli che assorbono le maggiori risorse sono l'assistenza ospedaliera che rappresenta il 48,4% dei costi totali e il 47,7% dei costi dell'assistenza distrettuale.

A livello regionale i costi per l'assistenza ospedaliera a Trento sono pari al 47,8% dei costi totali mentre per l'assistenza distrettuale sono pari a 48,8%.

Disavanzo sanitario pubblico procapite

Il disavanzo sanitario pubblico misura la differenza tra quanto è stato speso e quanto è stato ricevuto come finanziamento. È un indicatore della sostenibilità del processo di devoluzione regionale: disavanzi che tendono strutturalmente ad accentuarsi nel tempo indica la presenza di un problema nella gestione federalista della sanità, mentre peggioramenti a livello di singole regioni indicano un probabile problema gestionale.

In Italia il disavanzo sanitario pubblico procapite nel 2005 è pari a 78,29 € con una variazione assoluta di +55,40.

A Trento il disavanzo sanitario pubblico procapite nel 2005 è pari a 4,10 € con una variazione assoluta di +20,18.

Ticket

Il ticket farmaceutico rappresenta il contributo che il paziente deve pagare per ottenere farmaci rimborsati dal SSN.

L'indicatore permette di avere una visione d'insieme dell'utilizzo del ticket farmaceutico, evidenziandone, anche alcune caratteristiche, stabilite attraverso la normativa regionale di riferimento. L'utilizzo di questa leva finanziaria dovrebbe servire a frenare la crescita della spesa farmaceutica, che è spesso viziata dalla tendenza ad acquistare farmaci in quantità superiore ai bisogni effettivi.

La differenza tra Regione e Regione nell'applicazione del ticket, in termini di spesa farmaceutica pro capite, non sembrerebbe evidenziare solo una scelta di natura economico-finanziaria pura, ma una scelta legata alle difficoltà di bilancio e alla mancanza di utilizzo di altri strumenti più idonei a raggiungere il contenimento della spesa farmaceutica.

Nel 2005 il totale della compartecipazione richiesta ai cittadini è stato pari a 515 milioni di euro, corrispondenti al 3,8% della spesa lorda complessiva, in riduzione rispetto al 2004 ed al 2003.

L'incidenza del ticket sulla spesa lorda in Italia è stata pari a 8,9€ corrispondente al 3,8% della spesa farmaceutica pro capite.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Trento ha una spesa farmaceutica lorda di 1,3€ corrispondente allo 0,8% della spesa farmaceutica pro capite.

Rating

Il rating è una valutazione, fornita da parte di un'agenzia privata specializzata, del merito di credito di un soggetto emittente obbligazioni sui mercati finanziari internazionali. È un indicatore della capacità del soggetto di far fronte puntualmente al servizio del debito. Il rating assume rilevanza in quanto fornisce agli operatori finanziari un'informazione omogenea sul grado di rischio degli emittenti e riveste una grande importanza per tutti gli investitori che non sono adeguatamente attrezzati per un'analisi autonoma del rischio di credito.

La scala internazionale che esprime il giudizio di rating è formata dalla combinazione di più lettere in cui la lettera A è utilizzata per esprimere il giudizio più elevato e la lettera C il giudizio più basso. Le regioni italiane hanno valori di rating piuttosto differenti si passa dalla AA della Lombardia alla A3- della Campania.

Le tre maggiori agenzie sono Standard and Poor's, Moody's e Fitch Rating che forniscono una gamma completa di valutazione, differente sia per tipologia dell'emittente che per strumento finanziario.

Le tre principali agenzie hanno dato tre differenti valutazioni per ogni regione italiana, mentre allo Stato Italiano la Fitch ha dato: AA-, Moody's Aa2, e S&P A+

Trento ha avuto una valutazione da parte di Fitch pari a AA+, Moody's attribuisce un Aa1 e S&P non attribuisce nessun valore.

Il commento del dott. Piffer Silvano, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari P A Trento

“Il Trentino, similmente ad altre regioni del nord Italia, ha presentato storicamente valori di mortalità per tumori più elevata della media del Paese. Il dato presenta nel tempo un miglioramento con un trend che ricalca l'andamento nazionale. Questo ha avuto anche un impatto sulla speranza di vita alla nascita e a 65,75 anni, con valori che al 2004 sono migliori della media nazionale. Un contributo particolare è stato fornito recentemente dallo screening mammografico attivato nel 2001 e con livelli attuali di copertura eccellenti, pur se accompagnati, come atteso, da un incremento dei casi identificati.

Il profilo dei fattori di rischio personali (fumo, sovrappeso/obesità) è tra i più bassi d'Italia con l'unica eccezione rappresentata dal consumo di alcol. Rispetto a tale problema l'azienda sanitaria è comunque da tempo impegnata di un programma integrato con la collaborazione delle strutture di volontariato. Un'attività collaborativa integrata è pure in essere nel campo delle dipendenze dove la prevalenza degli utenti SerT e la mortalità correlata risulta ancora contenuta.

Il quadro attuale nel settore materno infantile è da ritenere soddisfacente tenuto anche conto che i parti cesarei pur aumentano nel tempo, restano ancora ben al di sotto della media nazionale. Gli infortuni sulla strada e sul



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



lavoro, pur ancora rilevanti, si riducono nel corso del tempo, anche grazie alle strategie di promozione specifiche della salute messe in campo. Soddisfa il mantenimento dei valori inerenti la spesa ed il consumo di farmaci che restano i più bassi in Italia.

Per eventuali approfondimenti

Dott. Silvano Piffer

Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari

Via A. De Gasperi, 79

38 100 TRENTO

Tel. 0461 364638

3474149249



COMUNICATO STAMPA

ROMA, 15 FEBBRAIO 2007

Basilicata: il più basso tasso di mortalità per il tumore della mammella

E' di 1,59 il tasso di mortalità per tumore della mammella nel 2004 tra le donne in Basilicata (dato nazionale: 2,76) dove si registra anche uno tra i più bassi tassi medi di incidenza per questo tumore nelle donne nella fascia di età 0-84 nel periodo 2001-2006, pari al 70,8 rispetto al 92,6 italiano. Particolarmente attiva la regione Basilicata anche sul fronte dello screening mammografico dove nella fascia di età 50-69 anni nel biennio 2003-4 raggiunge una percentuale di estensione effettiva nelle donne di fascia di età compresa tra i 50 e i 69 anni del 119,1% (la percentuale è superiore al 100% perché nell'anno è stato invitato allo screening un numero di donne superiore a quelle previste dalla popolazione obiettivo annuale) rispetto al dato nazionale che è del 51,1.

Sono i dati che emergono dal **Rapporto Osservasalute 2006**, un'approfondita analisi dello stato di salute della popolazione e della qualità dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane, pubblicato oggi dall'**Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane** e frutto del lavoro di **oltre 200 ricercatori distribuiti su tutto il territorio italiano**, che operano presso Università, Agenzie regionali e provinciali di sanità, Assessorati regionali e provinciali, Aziende ospedaliere ed Aziende sanitarie, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale Tumori, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Ministero della Salute, Istat

Sopravvivenza e mortalità

	Speranza di vita alla nascita*				Speranza di vita a 65 anni*				Speranza di vita a 75 anni*			
	2003		2004		2003		2004		2003		2004	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Basilicata	77,3	82,9	77,9	83,2	17,4	20,7	17,9	21,0	10,6	12,6	10,9	12,8
Italia	76,9	82,6	77,7	83,7	16,8	20,5	17,4	21,4	10,3	12,6	10,7	13,3

L'Italia è tra i paesi più longevi al mondo, tanto per gli uomini quanto per le donne. I livelli di sopravvivenza così elevati sono frutto dei continui progressi in medicina e delle migliori condizioni di vita della popolazione che hanno contribuito a ridurre notevolmente i rischi di morte a tutte le età della vita.

Al 2004, la speranza di vita alla nascita, mostra l'ormai noto vantaggio delle donne rispetto agli uomini, con un'aspettativa di vita mediamente di 6 anni più elevata per le prime rispetto ai secondi (**83,7 anni per le donne con un aumento di un anno rispetto al 2003 contro i 77,7 per gli uomini pari a 0,8 anni rispetto al 2003**). **In Basilicata nel 2004 la speranza di vita alla nascita per gli uomini è pari a 77,9 anni e le donne 83,2; mentre la speranza di vita tra i 65 e i 75 anni è pari a 17,9 anni per gli uomini e 21,0 anni per le donne; a 75 anni la speranza di vita per gli uomini è pari a 10,9 anni e 12,8 anni per le donne.**



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Nel 2004, ultimo anno in cui è disponibile una stima della mortalità per causa di decesso, il tasso di mortalità standardizzato oltre l'anno di vita è risultato pari a 93 **con 92,96** per 10.000 uomini e a **53,93** per 10.000 donne.

In Basilicata il tasso di mortalità per gli uomini è pari a 87,34 su 10.000 uomini e a 54,68 su 10.000 donne.

Tra le cause di morte, le maggiori responsabili dell'aumento del rischio di morte degli uomini, tra il 2002 e il 2003 sono state le malattie cardio-respiratorie: quasi tutte le regioni hanno assistito ad un incremento nel rischio di morte per tale causa in Italia, su 10.000 abitanti il tasso di mortalità per gli uomini è pari a 6,83 e per le donne è pari a **2,57**.

In Basilicata il tasso di mortalità dovuto a malattie per l'apparato respiratorio su 10.000 abitanti è pari a 6.26 per gli uomini con un decremento rispetto al 2003 del 2.6% e 2.30 per le donne con un decremento dell'1%.

Per alcune regioni le malattie del sistema circolatorio hanno avuto un forte impatto sull'incidenza del tasso di mortalità, che per gli uomini è pari al **34,45** su 10.000 abitanti con un decremento del 3,78% e per le donne è pari a 22,16 con un decremento **3,34%**.

In Basilicata tale tasso è pari a 37.10 per gli uomini con un decremento dell'1,01% e per le donne è pari al 24,59 con un decremento del 2.73%.

Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione

Fattori di rischio e stili di vita								
	Prevalenza di fumatori di 14 anni e oltre		% persone obese		% persone in sovrappeso		Prevalenza consumatori bevande alcoliche di 11 anni e oltre	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2003	
							M	F
Basilicata	21,5	21,9	9,6	10,2	35,0	41,6	86,5	54,1
Italia	23,7	25,0	8,5	9,0	33,5	33,6	84,7	59,8

Il fumo

La lotta al tabagismo rappresenta uno degli obiettivi prioritari delle politiche sanitarie; la prevalenza di fumatori permette di misurare il fenomeno e programmare interventi finalizzati al suo contenimento nella popolazione. I dati rilevati nell'ambito dell'Indagine Multiscopo sulle famiglie Stili di vita e condizioni di salute nell'anno 2005, mostrano che l'abitudine al fumo riguarda circa il 25% della popolazione italiana, la prevalenza dei non fumatori e degli ex fumatori è rispettivamente di circa 53% ed il 21,3%. Inoltre si osserva un decremento significativo della percentuale di fumatrici (dal 17,4% al 15,8%) .

In Italia la percentuale di fumatori è pari a 25% della popolazione residente, mentre gli ex fumatori sono il 21,3% e i non fumatori il 53%.

In Basilicata la percentuale di fumatori è pari a 21,9% della popolazione residente, mentre gli ex fumatori sono il 20,1% e i non fumatori il 56,3%.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Sovrappeso e obesità

L'epidemia di obesità si sta rapidamente diffondendo: nel mondo circa 300 milioni di individui sono obesi, il tasso di incidenza è in continuo ed allarmante aumento e si stima che nel 2010 circa 150 milioni di adulti saranno affetti da questo problema.

Solo poco più della metà della popolazione italiana è in normopeso: il 42,6% è in eccesso ponderale. Nel confronto temporale tra il 2002 e il 2003 il dato relativo all'obesità presenta un aumento da 8,5% a 9%.

In Italia la prevalenza di persone di 18 anni e oltre in sovrappeso è 33,6% della popolazione totale, mentre quelle in sovrappeso sono pari a 9,0%.

In Basilicata la prevalenza di persone di 18 anni e oltre in sovrappeso è 41,6% della popolazione totale, mentre quelle in sovrappeso sono pari a 10,2%.

Ambiente

L'inquinamento da polveri fini (PM₁₀), originato sia da sorgenti naturali che antropiche, provoca effetti sulla salute a breve, medio e lungo termine dovuti ad una compromissione dell'apparato respiratorio con danni acuti e cronico degenerativi.

L'incremento delle concentrazioni sembrerebbe essere accentuato durante i mesi invernali. L'analisi dei dati relativi alla "media annua delle concentrazioni medie giornaliere delle polveri fini" mostrerebbe che quattro regioni (Veneto, Marche, Lombardia e Valle d'Aosta) superano il valore limite. Un esame disaggregato dei dati derivanti da 76 comuni dimostra che in 31 comuni almeno una centralina ha registrato un valore medio annuo superiore al limite di riferimento.

In Italia la media annua delle concentrazioni medie giornaliere delle PM₁₀ è pari a 33, sono presenti 10 stazioni per ogni 382.397 abitanti e il limite è stato superato con una media di 53 giorni.

Nel 2004 in Basilicata la media annua delle concentrazioni giornaliere delle PM₁₀ è pari a 26 sono presenti 7 stazioni per il rilevamento delle PM₁₀, il cui limite è stato superato per circa 11 giorni.

Ambiente				
	Media annua delle concentrazioni medie giornaliere di PM10		N° medio gg di superamento limite delle concentrazioni medie giornaliere	
	2003	2004	2003	2004
Basilicata	n.s.	26	n.s.	11
Italia	41	33	80	53

Salute immigrati

All'inizio del 2006 gli immigrati presenti regolarmente in Italia erano 3.035.000 secondo la stima dell'Equipe del Dossier statistico Immigrazione Catitas/Migrantes. Ai dati ufficiali vanno aggiunti coloro che sono presenti irregolarmente e quindi complessivamente si può indicare la presenza di circa 3.500.000 persone.

Come conseguenza dell'aumento del fenomeno migratorio si è osservato in Italia un incremento nel tempo delle nascite da cittadini stranieri.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



In Italia i nati vivi con almeno uno dei genitori cittadino straniero sono pari a 65.062 bambini, con una prevalenza di entrambi i genitori stranieri (46.598).

In Basilicata i nati vivi con almeno un cittadino straniero sono pari a 161 bambini di cui 81 hanno entrambi i genitori stranieri.

Negli ultimi anni si è evidenziato un incremento del numero di interruzioni volontarie di gravidanza (38.364) da parte di donne straniere immigrate in Italia. La maggior parte delle donne straniere che abortisce in Italia sono donne nate nell'Est Europa (17.350 interruzioni di gravidanza), ma anche in paesi del Centro-Sud America (7.090), dell'Africa (6.169) e dell'Asia (3.865).

In Basilicata il totale delle interruzioni di gravidanza da parte di donne immigrate nel nostro paese è pari a 65.

Nel decennio di osservazione (1992-2002) l'ammontare complessivo dei decessi tra gli stranieri oltre il primo anno di vita in Italia supera le 32.000 unità con un andamento crescente che mostra negli anni delle forti correlazioni con il processo legislativo delle regolarizzazioni della popolazione straniera.

Il tasso standardizzato di mortalità per 10.000 stranieri residenti in Italia è pari a 20,03.

In Basilicata il tasso standardizzato di mortalità per 10.000 stranieri residenti è pari a 69,46.

Tumori

A seguito della crisi del 2003, i tumori maligni dello stomaco mantengono un andamento piuttosto stabile, nel 2004 il tasso standardizzato è pari a 2,2 per 10.000 uomini e a 1,1 per le donne come pure i tumori maligni del colon, retto e ano (3,2 uomini e 1,9 donne ogni 10.000); continuano a ridursi i tumori maligni di trachea, bronchi e polmoni per gli uomini (8,7 per 10.000 ab.) ma continuano ad aumentare quelli delle donne (1,8 per 10.000 ab. pari ad un aumento dello 0,12%).

Secondo i dati osservati dai Registri Tumore di popolazione emerge che i tumori più frequenti tra gli uomini sono il tumore della prostata, del polmone e del colon-retto mentre tra le donne sono il tumore della mammella, del colon-retto e del polmone.

Il rischio oncologico delle regioni del Sud è stato sempre stimato essere più basso di quello delle regioni del Nord anche se negli ultimi anni questa differenza si è ridotta notevolmente.

In Italia, nel periodo che va dal 2001 al 2006 il tasso medio di incidenza di tutti i tumori per 100.000 abitanti è pari a 304,5.

In Basilicata, nel periodo che va da 2001 al 2006 il tasso medio di incidenza di tutti i tumori per 100.000 abitanti è pari a 261,5.

Tumore alla mammella

Il tumore alla mammella è il tumore più frequente nelle donne dei paesi occidentali, per le quali il rischio di ammalarsi nel corso della vita giunge fino al 10-11%. L'incidenza del tumore alla mammella in Italia nel quinquennio 2001-2006 rispetto al precedente 1995-2000 è in lieve aumento. I tassi di incidenza del tumore alla mammella sono in aumento in tutte le regioni italiane, presumibilmente in associazione con la diffusione dei programmi di screening organizzati e dell'aumentata attenzione a controlli in fase preclinica.

In Italia, il tasso di incidenza del tumore alla mammella nelle donne è pari a 92,6 su 100.000 abitanti con un aumento del 1,5%

In Basilicata, nel periodo 2001-2006 questo tasso è pari a 70,8 con un incremento del 11,2% delle donne rispetto al quinquennio precedente.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Tumore del colon retto

In Europa il timore del colon retto è la seconda neoplasia più comune in entrambi i sessi. In Italia l'incidenza del tumore del colon-retto 1995-2000 verso 2001-2006 è complessivamente in aumento, a causa del trend di crescita negli uomini (da 60 a 66 casi per 100.000); l'aumento dei tassi si verifica in tutte le fasce d'età, ma è più evidente nella fascia tra 75-84 anni

In Basilicata il tasso standardizzato totale per il periodo 2001-2006 è pari a 43,4 casi ogni 100.000 abitanti così diviso 59,1 per gli uomini e 37,7 per le donne.

Tumore del Polmone

Il **cancro polmonare** è una delle neoplasie maligne più frequentemente diagnosticate nel mondo. In Italia, nel periodo 2001-2006, l'incidenza del tumore polmonare, è in riduzione rispetto al precedente periodo (1995-2000) ed è pari a 72 casi ogni 100.000 uomini e dimostra valori costanti per le donne pari a 14 casi ogni 100.000, ma vi sono preoccupanti segnali di incremento in alcune regioni.

In Basilicata il tasso medio di incidenza per tumore del polmone per classe di età 0-84 anni ogni 100.000 abitanti nel periodo 2001-2006 è pari ad un tasso standardizzato del 28,8 casi diviso in 54,8 casi per gli uomini con una diminuzione dell'1,8% e del 6,2 casi per le donne con un incremento dello 0,2%.

Screening

Prosegue l'estensione nel territorio nazionale dell'attività di screening organizzato per i tumori femminili e per quelli del colon retto. A fronte di una maggiore diffusione nelle regioni del Centro e del Nord Italia, le regioni del sud si stanno attivando, anche sotto l'impulso della legge 138/2004 del CCM e al coordinamento del ONS.

Screening mammografico

L'attivazione di programmi di screening per tumore alla mammella è raccomandata in Italia con programmi organizzati su un invito attivo ed è richiesta nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza. Nel 2004 vi è stata una ulteriore espansione dei programmi di screening ed è stata pari al 68,7%. Questo significa che due donne su tre risiedono in un territorio in cui è stato attivato un programma di screening mammografico. Le donne che hanno realmente ricevuto un invito a partecipare al programma di screening mammografico hanno avuto un incremento pari a circa il 24%.

In Italia, nel 2004 la percentuale di donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni inseriti in un programma di screening mammografico mostra un'estensione teorica è pari a 68,7% con un incremento del 12,5% di cui l'estensione effettiva è pari a 51,1%.

In Basilicata, nel 2004 la percentuale di donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni inseriti in un programma di screening mammografico mostra un'estensione teorica è pari al 100% di cui l'estensione effettiva è pari a 119,1%.

Malattie infettive

Nel corso del XX secolo la scoperta di antibiotici sempre più attivi, la produzione di vaccini efficaci e l'applicazione di idonee misure di igiene ambientale hanno contrastato con grande efficacia un crescente numero di malattie infettive. La



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



prevalenza di molte patologie infettive è gradualmente diminuita soprattutto nei paesi industrializzati. Questi successi hanno favorito la diffusione dell'idea che le malattie infettive siano state vinte. Ma questo concetto non è propriamente giusto se si pensa ai paesi sottosviluppati, e se si esamina che per alcune malattie (AIDS, EBOLA; SARS etc) sono aumentate le aspettative di vita, ma sono ancora causa di morte.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che entro il 2015 saranno disponibili ben 36 nuovi vaccini (ad esempio contro l'HIV o il virus C dell'epatite) o migliorati (ad esempio contro il virus B dell'epatite o la febbre tifoide).

Malattie infettive				
	Tasso di incidenza AIDS (per 100.000)		Tasso std di incidenza epatite A (per 100.000)	
	2004	2005	2003	2004
Basilicata	2,90	0,80	1,34	1,17
Italia	2,85	1,80	3,33	4,25

Incidenza AIDS

In Italia, dal 1994 al 2005 sono stati notificati 32.996 casi di AIDS con un tasso di 1,8 nuovi casi ogni 100.000 abitanti. Per quanto riguarda i tassi di incidenza si è registrata una sensibile diminuzione a partire dal 1996/97 a livello di tutti gli ambiti regionali. Il trend coincide con l'ingresso in Italia di farmaci antiretrovirali che hanno ridotto il rischio di progressione in AIDS degli HIV positivi aumentando pertanto la quota dei soggetti sieropositivi.

In Basilicata nel 2005 sono stati registrati 5 nuovi casi di AIDS con un tasso di incidenza pari a 0,8 nuovi casi ogni 100.000 abitanti.

Epatite A

L'epidemia in Italia viene considerata a basse endemia, nel 2004 il tasso di incidenza è stato di 4 casi ogni 100.000 abitanti.

L'infezione in Italia viene considerata a basse endemia, presenta un tasso di incidenza annuo intorno a 3 casi per 100.000 abitanti.

In Basilicata il tasso di incidenza di epatite A per l'anno 2004 è pari a 1,17 casi su 100.000 abitanti con una diminuzione dello 0,17% rispetto al 2003.

Tubercolosi

L'Italia è stata classificata come paese a bassa incidenza di tubercolosi. In base ai dati ricavati dalle notifiche obbligatorie nell'anno 2004, il tasso di incidenza di tubercolosi per gli uomini è pari a 8,70 casi per 100.000 residenti quasi il doppio rispetto a quello registrato per le donne (5,45 per 100.000 ab.)

In Basilicata, nel 2004 il tasso standardizzato di incidenza per tubercolosi nei maschi è pari a 6,12 casi ogni 100.000 mentre per le donne è di 2,41 casi.

Dipendenze da sostanza

All'interno della popolazione italiana l'abuso di alcune sostanze illegali (principalmente eroina e cocaina) risulta correlato ad un aumentato rischio di mortalità. La classe d'età maggiormente toccata dal fenomeno consumo è 15-44 anni. A livello italiano si evidenzia un continuo decremento del tasso di mortalità dal 1996 al 2002; il calo risulta particolarmente evidente tra il 1996 (6,31 morti ogni 100.000 ab) e il 1997



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



(4,71 morti) e tra il 2001 (3,42 morti) e il 2002 (2,17 morti). Si rileva poi un tasso costante fino a fine del 2003 con una successiva inversione di tendenza nel 2004 (2,50 morti) confermata nel 2005 con 2,52 morti.

In Basilicata nel 2005 il tasso di mortalità per abuso di stupefacenti nella fascia di età compresa tra 15 e 44 anni è pari a 1,59 con un aumento dello 0,8% su 100.000 abitanti.

Salute materno-infantile

Gli indicatori della salute materno-infantile rappresentano un importante strumento per valutare lo stato di salute di una popolazione.

Abortività volontaria

I dati del 2003 con 124.118 di interruzioni di gravidanza volontarie (IVG) confermano la tendenza alla stabilizzazione del fenomeno, dopo un costante declino iniziato a partire dalla metà degli anni 80. Le regioni del Nord Ovest e del Centro presentano valori superiori alla media nazionale.

Il tasso standardizzato è di 9,2 casi ogni 1.000 donne, mentre il tasso più elevato si osserva nella classe 20-24 anni con 15,1. Questo dato può essere determinato in parte dall'ingresso delle donne straniere, prevalentemente giovani, presenti nel nostro paese che fanno ricorrenza alla IVG.

Osservando il fenomeno per lo stato civile, i livelli di abortività più elevati si osservano tra le persone separate, divorziate e vedove (22,2 per 1.000 nel 1993 e 24,3 nel 2003) che però numericamente costituiscono un gruppo più piccolo.

In Basilicata, nel 2003, il tasso standardizzato delle interruzioni volontarie della gravidanza è pari a 7,52 casi ogni 1.000 donne.

Abortività spontanea

La normativa italiana definisce l'aborto spontaneo come l'interruzione spontanea della gravidanza entro il 180 giorno di gestazione.

Il trend del rapporto standardizzato mostra un debole andamento crescente fino alla metà degli anni '90, seguito da una fase di stabilizzazione. Le differenze territoriali sono abbastanza marcate: il Centro e il nord Est seguono l'andamento nazionale con valori più elevati della media, mentre il Mezzogiorno con valori inferiori. Tali andamenti possono essere spiegati in parte dalle differenze territoriali dell'età media del parto. L'aumento del rapporto di abortività spontanea può essere attribuibile a vari fattori, quali una diagnosi più precoce della gravidanza, una migliorata notifica dell'evento, l'innalzamento dell'età della madre al parto e in particolare al primo figlio, il ricorso a tecniche di procreazione medicalmente assistita o la diffusione di fattori ambientali e lavorativi che hanno un'influenza negativa sullo sviluppo del feto.

In Italia il rapporto standardizzato per rapporti di abortività spontanea nella classe 15-49 anni è pari a 127,6 donne gravide.

In Basilicata il rapporto standardizzato per abortività spontanea nella classe di età 15-49 è pari a 145,9 donne gravide.

Parti cesarei

La proporzione dei parti cesarei ha subito negli ultimi decenni un costante incremento in molti paesi occidentali, ed in Italia in particolare sono stati raggiunti i valori più elevati al mondo.

Nel 2004 la proporzione dei parti cesarei a livello nazionale è di 38% sul totale.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



In Basilicata il totale dei parti cesarei nel 2004 è stato del 50,5% sul totale; con un aumento del 8,7% rispetto al 1998.

Incidenti stradali

Gli incidenti, sia domestici che stradali, rappresentano attualmente un problema emergente della Sanità pubblica in Italia.

Gli incidenti stradali nel nostro paese nel 2004 secondo le fonti della polizia di stato sono stati 224.553 di questi ci sono stati 5.625 decessi, con 316.630 feriti. La metà dei decessi avviene prima dei 41 anni d'età ed il 25% prima dei 23 anni.

In Basilicata, nel 2004 gli incidenti registrati sono pari a 741 di cui 33 persone coinvolte sono decedute e 1.249 ferite.

Incidenti sul lavoro

L'INAIL definisce infortunio sul lavoro la conseguenza di una causa violenta ed esterna verificatasi in occasione del lavoro da cui deriva o la morte o un'inabilità temporanea che comporta l'astensione dal lavoro per oltre tre giorni.

In Italia, la media tra il 2002 e il 2005 di mortalità per infortuni sul lavoro in Italia ogni 100.000 abitanti è pari a 7,85 persone.

In Basilicata, la media del tasso di mortalità per infortuni sul lavoro tra 2002 e 2005, è pari a 11,84 persone su 100.000.

Assistenza territoriale

Negli ultimi anni in Italia si è assistito ad un sostanziale mutamento nel profilo demografico e, di conseguenza, il bisogno socio-sanitario e la domanda emergente della popolazione è cambiata.

Il territorio non è più solo il luogo tradizionale di servizi ambulatoriali di medicina generale, di continuità assistenziale, delle attività distrettuali di tutela della salute collettive e delle strutture residenziali per anziani, ma è diventato anche la sede primaria di promozione della salute, di governo della domanda e dell'integrazione dell'assistenza ospedaliera con le cure primarie, la riabilitazione e di riflesso tutte le forme di assistenza destinate all'accompagnamento di anziani, malati cronici, disabili e più in generale soggetti fragili.

In Italia l'esperienza della domiciliarizzazione dell'assistenza, espressione di funzioni e attività proprie delle cure extraospedaliere è ricca e variegata. Le cure domiciliari includono l'assistenza infermieristica e riabilitativa domiciliare (ADI), l'assistenza programmata domiciliare (ADP) fornita da medici di medicina generale gli assistiti non deambulanti e le applicazioni della teleassistenza domiciliare nelle diverse forme di telecontrollo, telesoccorso o teleconsulto.

In Italia, nel 2004 i casi di assistenza domiciliare sono stati 373.424 ovvero 645 casi ogni 100.000 abitanti. Mentre l'assistenza domiciliare agli anziani è stata pari all'84,1% degli anziani residenti.

In Basilicata, nel 2004 i casi di assistenza domiciliare sono stati 5.727 ovvero 959 casi ogni 100.000 abitanti. Mentre l'assistenza domiciliare agli anziani è stata pari all'82,2% degli anziani residenti.

Trapianti

Il trapianto di organi e tessuti, associato alla scoperta di nuovi farmaci che migliorano la tolleranza dell'organo trapiantato nel ricevente, è uno dei progressi più rilevanti nella cura di un grande numero di malattie per le quali non esistono cure alternative.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



La promozione delle donazioni, dei trapianti e della valutazione di qualità dell'attività di trapianto organi, cellule staminali e tessuti sono obiettivi importanti del sistema sanitario.

I dati al 31/12/2005 dimostrano un aumento dell'attività di donazione e trapianto ottenuto nel nostro paese, nel giro di dieci anni l'Italia è passata dagli ultimi al secondo posto in Europa e al terzo nel mondo. Anche dal punto di vista qualitativo si registrano ottimi risultati.

In Italia, il tasso dei donatori effettivi per milione di popolazione al 31/12/05 era di 21. **In Basilicata il tasso dei donatori effettivi per milione di popolazione al 31/12/05 era di 8,4.**

Spesa sanitaria in rapporto al PIL e spesa sanitaria pubblica pro capite

L'analisi dell'assetto economico finanziario dei sistemi sanitari delle regioni italiane restituisce uno scenario particolarmente eterogeneo. L'attenzione è posta sui fabbisogni della spesa sanitaria a livello regionale e sui relativi disavanzi che, soprattutto in alcune regioni, stanno poetando all'accumularsi di debiti particolarmente ingenti e preoccupanti per la stabilità del sistema economico regionale. La presenza di disavanzi ha spinto molte regioni a trovare soluzioni finanziarie in grado di assicurare la necessaria liquidità per lo svolgimento delle operazioni correnti nell'ambito delle aziende sanitarie.

Il rapporto tra spesa e PIL dovrebbe identificare la disponibilità a spendere per l'assistenza sanitaria di una regione in relazione alle proprie disponibilità in termini di reddito.

La spesa sanitaria pubblica corrente in rapporto al PIL negli anni 2002-2003 ha subito un decremento dello 0,32%.

La spesa pro capite delle regioni italiane mostra una significativa variabilità tra il 2003 e il 2005 con un notevole incremento negli ultimi anni soprattutto a favore delle regioni meridionali. La spesa sanitaria dell'Italia in rapporto al PIL negli anni 2002-2003 ha subito un decremento dello 0,32%, mentre la spesa sanitaria pubblica pro capite è pari a 1.621euro.

La spesa sanitaria della Basilicata in rapporto al PIL negli anni 2002-2003 ha subito un incremento del 3,51%, mentre la spesa sanitaria pubblica pro capite è pari a 1.477 euro.

Assetto economico-finanziario						
	Spesa sanitaria pubblica pro capite (in €)		Disavanzo sanitario pubblico pro capite (in €)		Utile o perdita media di esercizio pro capite delle Asl (in €)	
	2004	2005	2003	2004	2003	2004
Basilicata	1.385	1.477	32,09	52,26	-42,00	-54,40
Italia	1.548	1.621	39,09	105,60	-73,21	-44,07

Spesa sanitaria per livelli essenziali di assistenza LEA

In Italia, con l'Accordo Stato-Regioni, sottoscritto il 22/11/2001 sono stati definiti i essenziali di assistenza (LEA); questi rappresentano le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o in compartecipazione, grazie alle risorse raccolte attraverso il sistema fiscale. La



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



ripartizione dei costi per livelli essenziali di assistenza è relativa all'anno 2003. I macrolivelli che assorbono le maggiori risorse sono l'assistenza ospedaliera che rappresenta il 48,4% dei costi totali e il 47,7% dei costi dell'assistenza distrettuale.

A livello regionale i costi per l'assistenza ospedaliera della Basilicata sono pari al 53,6% dei costi totali mentre per l'assistenza distrettuale sono pari a 42,3%.

Disavanzo sanitario pubblico procapite

Il disavanzo sanitario pubblico misura la differenza tra quanto è stato speso e quanto è stato ricevuto come finanziamento. È un indicatore della sostenibilità del processo di devoluzione regionale: disavanzi che tendono strutturalmente ad accentuarsi nel tempo indica la presenza di un problema nella gestione federalista della sanità, mentre peggioramenti a livello di singole regioni indicano un probabile problema gestionale.

In Italia il disavanzo sanitario pubblico procapite nel 2005 è pari a 78,29 € con una variazione assoluta di +55,40.

In Basilicata il disavanzo sanitario pubblico procapite nel 2005 è pari a 51,83 € con una variazione assoluta di +51,28.

Ticket

Il ticket farmaceutico rappresenta il contributo che il paziente deve pagare per ottenere farmaci rimborsati dal SSN.

L'indicatore permette di avere una visione d'insieme dell'utilizzo del ticket farmaceutico, evidenziandone, anche alcune caratteristiche, stabilite attraverso la normativa regionale di riferimento. L'utilizzo di questa leva finanziaria dovrebbe servire a frenare la crescita della spesa farmaceutica, che è spesso viziata dalla tendenza ad acquistare farmaci in quantità superiore ai bisogni effettivi.

La differenza tra Regione e Regione nell'applicazione del ticket, in termini di spesa farmaceutica pro capite, non sembrerebbe evidenziare solo una scelta di natura economico-finanziaria pura, ma una scelta legata alle difficoltà di bilancio e alla mancanza di utilizzo di altri strumenti più idonei a raggiungere il contenimento della spesa farmaceutica.

Nel 2005 il totale della compartecipazione richiesta ai cittadini è stato pari a 515 milioni di euro, corrispondenti al 3,8% della spesa lorda complessiva, in riduzione rispetto al 2004 ed al 2003.

L'incidenza del ticket sulla spesa lorda in Italia è stata pari a 8,9€ corrispondente al 3,8% della spesa farmaceutica pro capite.

La Basilicata ha una spesa farmaceutica lorda di 2,2€ corrispondente all'1,0% della spesa farmaceutica pro capite.

Rating

Il rating è una valutazione, fornita da parte di un'agenzia privata specializzata, del merito di credito di un soggetto emittente obbligazioni sui mercati finanziari internazionali. È un indicatore della capacità del soggetto di far fronte puntualmente al servizio del debito. Il rating assume rilevanza in quanto fornisce agli operatori finanziari un'informazione omogenea sul grado di rischio degli emittenti e riveste una grande importanza per tutti gli investitori che non sono adeguatamente attrezzati per un'analisi autonoma del rischio di credito.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



La scala internazionale che esprime il giudizio di rating è formata dalla combinazione di più lettere in cui la lettera A è utilizzata per esprimere il giudizio più elevato e la lettera C il giudizio più basso. Le regioni italiane hanno valori di rating piuttosto differenti si passa dalla AA della Lombardia alla A3- della Campania.

Le tre maggiori agenzie sono Standard and Poor's, Moody's e Fitch Rating che forniscono una gamma completa di valutazione, differente sia per tipologia dell'emittente che per strumento finanziario.

Le tre principali agenzie hanno dato tre differenti valutazioni per ogni regione italiana, mentre allo Stato Italiano la Fitch ha dato: AA-, Moody's Aa2, e S&P A+

La Basilicata non ha avuto nessuna valutazione da parte di Fitch e S&P, Moody's attribuisce un A1.



Comunicato stampa

ROMA, 15 FEBBRAIO 2007

Campania: il più basso consumo di alcol

In regione Campania, relativamente all'anno 2003, si registra una prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche dell'80,8% tra gli uomini e del 51% tra le donne, la più bassa in assoluto. Questi dati sono nettamente inferiori alla media nazionale che per le persone di sesso maschile è dell'87,4% e per quelle di sesso femminile del 59,8%. L'alcol è uno dei principali fattori di rischio per la salute dell'uomo e tra i principali determinanti di disabilità, mortalità e morbilità nella popolazione generale. L'alcol è responsabile di costi sociali e sanitari pari al 3-5% del Prodotto Interno Lordo (Organizzazione Mondiale della Sanità) e di problemi alcolcorrelati che possono estendersi dal consumatore ai terzi, coinvolgendo l'ambito familiare ed il contesto sociale allargato. L'alcol è il fattore prevalente nella rilevazione di episodi di violenza, di abusi, di maltrattamenti, di criminalità, di perdita di opportunità sociali, invalidità, incidentalità domestica, sul lavoro e sulla strada. Risulta essenziale quindi, nell'ottica di una programmazione sanitaria e sociale, comprensiva della rilevazione e del monitoraggio del fattore di rischio alcol nella popolazione, individuare il numero dei consumatori di bevande alcoliche (ossia degli esposti al potenziale fattore di rischio alcol) e degli individui che consumano quantità di alcol considerate a maggior rischio per la salute.

Sono i dati che emergono dal **Rapporto Osservasalute 2006**, un'approfondita analisi dello stato di salute della popolazione e della qualità dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane, pubblicato oggi dall'**Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane** e frutto del lavoro di **oltre 200 ricercatori distribuiti su tutto il territorio italiano**, che operano presso Università, Agenzie regionali e provinciali di sanità, Assessorati regionali e provinciali, Aziende ospedaliere ed Aziende sanitarie, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale Tumori, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Ministero della Salute, Istat.

Sopravvivenza e mortalità

	Speranza di vita alla nascita*				Speranza di vita a 65 anni*				Speranza di vita a 75 anni*			
	2003		2004		2003		2004		2003		2004	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Campania	75,5	81,3	76,4	82,4	15,9	19,4	16,5	20,2	9,8	11,8	10,3	12,4
Italia	76,9	82,6	77,7	83,7	16,8	20,5	17,4	21,4	10,3	12,6	10,7	13,3

L'Italia è tra i paesi più longevi al mondo, tanto per gli uomini quanto per le donne. I livelli di sopravvivenza così elevati sono frutto dei continui progressi in medicina e



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



delle migliori condizioni di vita della popolazione che hanno contribuito a ridurre notevolmente i rischi di morte a tutte le età della vita.

Al 2004, la speranza di vita alla nascita, mostra l'ormai noto vantaggio delle donne rispetto agli uomini, con un'aspettativa di vita mediamente di 6 anni più elevata per le prime rispetto ai secondi (83,7 anni per le donne con un aumento di un anno rispetto al 2003 contro i 77,7 per gli uomini pari a **0,8** anni rispetto al 2003).

In Campania nel 2004 la speranza di vita alla nascita per gli uomini è pari a 76,4 anni e le donne 82,4; mentre la speranza di vita tra i 65 e i 75 anni è pari a 16,5 anni per gli uomini e 20,2 anni per le donne; a 75 anni la speranza di vita per gli uomini è pari a 10,3 anni e 12,4 anni per le donne.

Nel 2004, ultimo anno in cui è disponibile una stima della mortalità per causa di decesso, il tasso di mortalità standardizzato oltre l'anno di vita è risultato pari a **92,96** per 10.000 uomini e a **53,93** per 10.000 donne.

In Campania il tasso di mortalità per gli uomini è pari a 101,01 su 10.000 uomini e a 61,93 su 10.000 donne.

Tra le cause di morte, le maggiori responsabili dell'aumento del rischio di morte degli uomini, tra il 2002 e il 2003 sono state le malattie cardio-respiratorie: quasi tutte le regioni hanno assistito ad un incremento nel rischio di morte per tale causa in Italia, su 10.000 abitanti il tasso di mortalità per gli uomini è pari a 6,83 e per le donne è pari a 2,43.

In Campania il tasso di mortalità dovuto a malattie per l'apparato respiratorio su 10.000 abitanti è pari a 7,45 per gli uomini con un decremento rispetto al 2003 del 2,25% e 2,55 per le donne con un decremento dello 0,68%.

Per alcune regioni le malattie del sistema circolatorio hanno avuto un forte impatto sull'incidenza del tasso di mortalità, che per gli uomini è pari al 34,34 su 10.000 abitanti con un decremento del 3,78% e per le donne è pari a 22,16 con un decremento del 3,34%.

In Campania tale tasso è pari a 40,05 per gli uomini con un decremento del 6,01% e per le donne è pari al 28,13 con un decremento del 5,17%.

Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione

Fattori di rischio e stili di vita								
	Prevalenza di fumatori di 14 anni e oltre		% persone obese		% persone in sovrappeso		Prevalenza consumatori bevande alcoliche di 11 anni e oltre	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2003	
							M	F
Campania	24,8	26,2	9,3	9,8	37,2	37,1	80,8	51,0
Italia	23,7	25,0	8,5	9,0	33,5	33,6	84,7	59,8

Il fumo

La lotta al tabagismo rappresenta uno degli obiettivi prioritari delle politiche sanitarie; la prevalenza di fumatori permette di misurare il fenomeno e programmare interventi finalizzati al suo contenimento nella popolazione. I dati rilevati nell'ambito dell'Indagine Multiscopo sulle famiglie Stili di vita e condizioni di salute nell'anno 2005, mostrano che l'abitudine al fumo riguarda circa il 25% della popolazione italiana, la prevalenza dei non fumatori e degli ex fumatori è rispettivamente di circa 53% ed il



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



21,3%. Inoltre si osserva un decremento significativo della percentuale di fumatrici (dal 17,4% al 15,8%) .

In Italia la percentuale di fumatori è pari a 25% della popolazione residente, mentre gli ex fumatori sono il 21,3% e i non fumatori il 53%.

In Campania la percentuale di fumatori è pari a 26,2% della popolazione residente, mentre gli ex fumatori sono il 17,8% e i non fumatori il 54%.

Sovrappeso e obesità

L'epidemia di obesità si sta rapidamente diffondendo: nel mondo circa 300 milioni di individui sono obesi, il tasso di incidenza è in continuo ed allarmante aumento e si stima che nel 2010 circa 150 milioni di adulti saranno affetti da questo problema.

Solo poco più della metà della popolazione italiana è in normopeso: il 42,6% è in eccesso ponderale. Nel confronto temporale tra il 2002 e il 2003 il dato relativo all'obesità presenta un aumento da 8,5% a 9%.

In Italia la prevalenza di persone di 18 anni e oltre in sovrappeso è 33,6% della popolazione totale, mentre quelle in sovrappeso sono pari a 9,0%.

In Campania la prevalenza di persone di 18 anni e oltre in sovrappeso è 37,1% della popolazione totale, mentre quelle in sovrappeso sono pari a 9,8%.

Ambiente

L'inquinamento da polveri fini (PM₁₀), originato sia da sorgenti naturali che antropiche, provoca effetti sulla salute a breve, medio e lungo termine dovuti ad una compromissione dell'apparato respiratorio con danni acuti e cronico degenerativi.

L'incremento delle concentrazioni sembrerebbe essere accentuato durante i mesi invernali. L'analisi dei dati relativi alla "media annua delle concentrazioni medie giornaliere delle polveri fini" mostrerebbe che quattro regioni (Veneto, Marche, Lombardia e Valle d'Aosta) superano il valore limite. Un esame disaggregato dei dati derivanti da 76 comuni dimostra che in 31 comuni almeno una centralina ha registrato un valore medio annuo superiore al limite di riferimento.

In Italia la media annua delle concentrazioni medie giornaliere delle PM₁₀ è pari a 33, sono presenti 10 stazioni per ogni 382.397 abitanti e il limite è stato superato con una media di 53 giorni.

Non ci sono dati relativi alla salute ambientale della Campania.

	Media annua delle concentrazioni medie giornaliere di PM10		N° medio gg di superamento limite delle concentrazioni medie giornaliere	
	2003	2004	2003	2004
Campania	35	0	45	n.d
Italia	41	33	80	53

Salute immigrati

All'inizio del 2006 gli immigrati presenti regolarmente in Italia erano 3.035.000 secondo la stima dell'Equipe del Dossier statistico Immigrazione Catitas/Migrantes. Ai dati ufficiali vanno aggiunti coloro che sono presenti irregolarmente e quindi complessivamente si può indicare la presenza di circa 3.500.000 persone.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Come conseguenza dell'aumento del fenomeno migratorio si è osservato in Italia un incremento nel tempo delle nascite da cittadini stranieri.

In Italia i nati vivi con almeno uno dei genitori cittadino straniero sono pari a 65.062 bambini, con una prevalenza di entrambi genitori stranieri (46.598).

In Campania i nati vivi con almeno un cittadino straniero sono pari a 1.846 bambini di cui 769 hanno entrambi i genitori stranieri.

Negli ultimi anni si è evidenziato un incremento del numero di interruzioni volontarie di gravidanza (38.364) da parte di donne straniere immigrate in Italia. La maggior parte delle donne straniere che abortisce in Italia sono donne nate nell'Est Europa (17.350 interruzioni di gravidanza), ma anche in paesi del Centro-Sud America (7.090), dell'Africa (6.169) e dell'Asia (3.865).

In Campania il totale delle interruzioni di gravidanza da parte di donne immigrate nel nostro paese è pari a 762.

Nel decennio di osservazione (1992-2002) l'ammontare complessivo dei decessi tra gli stranieri oltre il primo anno di vita in Italia supera le 32.000 unità con un andamento crescente che mostra negli anni delle forti correlazioni con il processo legislativo delle regolarizzazioni della popolazione straniera.

Il tasso standardizzato di mortalità per 10.000 stranieri residenti in Italia è pari a 20,03.

In Campania il tasso standardizzato di mortalità per 10.000 stranieri residenti è pari a 18,46.

Tumori

A seguito della crisi del 2003, i tumori maligni dello stomaco mantengono un andamento piuttosto stabile, nel 2004 il tasso standardizzato è pari a 2,2 per 10.000 uomini e a 1,1 per le donne come pure i tumori maligni del colon, retto e ano (3,2 uomini e 1,9 donne ogni 10.000); continuano a ridursi i tumori maligni di trachea, bronchi e polmoni per gli uomini (8,7 per 10.000 ab.) ma continuano ad aumentare quelli delle donne (1,8 per 10.000 ab. pari ad un aumento dello 0,12%).

Secondo i dati osservati dai Registri Tumore di popolazione emerge che i tumori più frequenti tra gli uomini sono il tumore della prostata, del polmone e del colon-retto mentre tra le donne sono il tumore della mammella, del colon-retto e del polmone.

Il rischio oncologico delle regione del Sud è stato sempre stimato essere più basso di quello delle regioni del Nord anche se negli ultimi anni questa differenza si è ridotta notevolmente.

I tassi di incidenza delle donne invece sono in aumento in tutte le regioni, ma la crescita sembra sempre più accentuata in alcune regione del sud.

In Italia, nel periodo che va dal 2001 al 2006 il tasso medio di incidenza di tutti i tumori per 100.000 abitanti è pari a 304,5.

In Campania, nel periodo che va da 2001 al 2006 il tasso medio di incidenza di tutti i tumori per 100.000 abitanti è pari a 308,1.

Tumore alla mammella

Il tumore alla mammella è il tumore più frequente nelle donne dei paesi occidentali, per le quali il rischio di ammalarsi nel corso della vita giunge fino al 10-11%. L'incidenza del tumore alla mammella in Italia nel quinquennio 2001-2006 rispetto al precedente 1995-2000 è in lieve aumento. I tassi di incidenza del tumore alla mammella sono in aumento in tutte le regioni italiane, presumibilmente in



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



associazione con la diffusione dei programmi di screening organizzati e dell'aumentata attenzione a controlli in fase preclinica.

In Italia, Il tasso di incidenza del tumore alla mammella nelle donne è pari a 92,6 su 100.000 abitanti con un aumento del 1,5%

In Campania, nel periodo 2001-2006 questo tasso è pari a 82,7 con un incremento del 12% delle donne rispetto al quinquennio precedente.

Tumore del colon retto

In Europa il timore del colon retto è la seconda neoplasia più comune in entrambi i sessi. In Italia l'incidenza del tumore del colon-retto 1995-2000 verso 2001-2006 è complessivamente in aumento, a causa del trend di crescita negli uomini (da 60 a 66 casi per 100.000); l'aumento dei tassi si verifica in tutte le fasce d'età, ma è più evidente nella fascia tra 75-84 anni

In Campania il tasso standardizzato totale per il periodo 2001-2006 è pari a 38,9 casi ogni 100.000 abitanti così diviso 52,4 per gli uomini e 28,5 per le donne.

Tumore del Polmone

Il **cancro polmonare** è una delle neoplasie maligne più frequentemente diagnosticate nel mondo. In Italia, nel periodo 2001-2006, l'incidenza del tumore polmonare, è in riduzione rispetto al precedente periodo (1995-2000) ed è pari a 72 casi ogni 100.000 uomini e dimostra valori costanti per le donne pari a 14 casi ogni 100.000, ma vi sono preoccupanti segnali di incremento in alcune regioni.

In Campania il tasso medio di incidenza per tumore del polmone per classe di età 0-84 anni ogni 100.000 abitanti nel periodo 2001-2006 è pari ad un tasso standardizzato del 46,9 casi diviso in 87,2 casi per gli uomini con una diminuzione del 5,6% e del 14,2 casi per le donne con un incremento dell'1,5%.

Screening

Prosegue l'estensione nel territorio nazionale dell'attività di screening organizzato per i tumori femminili e per quelli del colon retto. A fronte di una maggiore diffusione nelle regione del Centro e del Nord Italia, le regione del sud si stanno attivando, anche sotto l'impulso della legge 138/2004 del CCM e al coordinamento del ONS.

Screening mammografico

L'attivazione di programmi di screening per tumore alla mammella è raccomandata in Italia con programmi organizzati su un invito attivo ed è richiesta nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza. Nel 2004 vi è stata una ulteriore espansione dei programmi di screening ed è stata pari al 68,7%. Questo significa che due donne su tre risiedono in un territorio in cui è stato attivato un programma di screening mammografico. Le donne che hanno realmente ricevuto un invito a partecipare al programma di screening mammografico hanno avuto un incremento pari a circa il 24%.

In Italia, nel 2004 la percentuale di donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni inseriti in un programma di screening mammografico mostra un'estensione teorica è pari a 68,7% con un incremento del 12,5% di cui l'estensione effettiva è pari a 51,1%.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



In Campania, nel 2004 la percentuale di donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni inseriti in un programma di screening mammografico mostra un'estensione teorica è pari al 78,0% con un'estensione effettiva è pari a 31,9%.

Malattie infettive

Nel corso del XX secolo la scoperta di antibiotici sempre più attivi, la produzione di vaccini efficaci e l'applicazione di idonee misure di igiene ambientale hanno contrastato con grande efficacia un crescente numero di malattie infettive. La prevalenza di molte patologie infettive è gradualmente diminuita soprattutto nei paesi industrializzati. Questi successi hanno favorito la diffusione dell'idea che le malattie infettive siano state vinte. Ma questo concetto non è propriamente giusto se si pensa ai paesi sottosviluppati, e se si esamina che per alcune malattie (AIDS, EBOLA; SARS etc) sono aumentate le aspettative di vita, ma sono ancora causa di morte.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che entro il 2015 saranno disponibili ben 36 nuovi vaccini (ad esempio contro l'HIV o il virus C dell'epatite) o migliorati (ad esempio contro il virus B dell'epatite o la febbre tifoide).

Malattie infettive				
	Tasso di incidenza AIDS (per 100.000)		Tasso std di incidenza epatite A (per 100.000)	
	2004	2005	2003	2004
Campania	2,94	1,10	4,52	21,35
Italia	2,85	1,80	3,33	4,25

Incidenza AIDS

In Italia, dal 1994 al 2005 sono stati notificati 32.996 casi di AIDS con un tasso di 1,8 nuovi casi ogni 100.000 abitanti. Per quanto riguarda i tassi di incidenza si è registrata una sensibile diminuzione a partire dal 1996/97 a livello di tutti gli ambiti regionali. Il trend coincide con l'ingresso in Italia di farmaci antiretrovirali che hanno ridotto il rischio di progressione in AIDS degli HIV positivi aumentando pertanto la quota dei soggetti sieropositivi.

In Campania nel 2005 sono stati registrati 31 nuovi casi di AIDS con un tasso di incidenza pari a 1,1 nuovi casi ogni 100.000 abitanti.

Epatite A

L'epidemia in Italia viene considerata a basse endemia, nel 2004 il tasso di incidenza è stato di 4 casi ogni 100.000 abitanti.

In Campania il tasso di incidenza di epatite A per l'anno 2004 è pari a 21,35 casi su 100.000 abitanti con un incremento del 16,83% rispetto al 2003.

Tubercolosi

L'Italia è stata classificata come paese a bassa incidenza di tubercolosi. In base ai dati ricavati dalle notifiche obbligatorie nell'anno 2004, il tasso di incidenza di tubercolosi per gli uomini è pari a 8,70 casi per 100.000 residenti quasi il doppio rispetto a quello registrato per le donne (5,45 per 100.000 ab.)

In Campania, nel 2004 il tasso standardizzato di incidenza per tubercolosi nei maschi è pari a 5,02 casi ogni 100.000 mentre per le donne è di 2,28 casi.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Dipendenze da sostanza

All'interno della popolazione italiana l'abuso di alcune sostanze illegali (principalmente eroina e cocaina) risulta correlato ad un aumentato rischio di mortalità. La classe d'età maggiormente toccata dal fenomeno consumo è 15-44 anni. A livello italiano si evidenzia un continuo decremento del tasso di mortalità dal 1996 al 2002; il calo risulta particolarmente evidente tra il 1996 (6,31 morti ogni 100.000 ab) e il 1997 (4,71 morti) e tra il 2001 (3,42 morti) e il 2002 (2,17 morti). Si rileva poi un tasso costante fino a fine del 2003 con una successiva inversione di tendenza nel 2004 (2,50 morti) confermata nel 2005 con 2,52 morti.

In Campania nel 2005 il tasso di mortalità per abuso di stupefacenti nella fascia di età compresa tra 15 e 44 anni è pari a 4,51 con un decremento dello 0,39% su 100.000 abitanti.

Salute materno-infantile

Gli indicatori della salute materno-infantile rappresentano un importante strumento per valutare lo stato di salute di una popolazione.

Abortività volontaria

I dati del 2003 con 124.118 di interruzioni di gravidanza volontarie (IVG) confermano la tendenza alla stabilizzazione del fenomeno, dopo un costante declino iniziato a partire dalla metà degli anni 80. Le regioni del Nord Ovest e del Centro presentano valori superiori alla media nazionale.

Il tasso standardizzato è di 9,2 casi ogni 1.000 donne, mentre il tasso più elevato si osserva nella classe 20-24 anni con 15,1. Questo dato può essere determinato in parte dall'ingresso delle donne straniere, prevalentemente giovani, presenti nel nostro paese che fanno ricorrenza alla IVG.

Osservando il fenomeno per lo stato civile, i livelli di abortività più elevati si osservano tra le persone separate, divorziate e vedove (22,2 per 1.000 nel 1993 e 24,3 nel 2003) che però numericamente costituiscono un gruppo più piccolo.

Non è pervenuto nessun dato della Campania.

Abortività spontanea

La normativa italiana definisce l'aborto spontaneo come l'interruzione spontanea della gravidanza entro il 180 giorno di gestazione.

Il trend del rapporto standardizzato mostra un debole andamento crescente fino alla metà degli anni '90, seguito da una fase di stabilizzazione. Le differenze territoriali sono abbastanza marcate: il Centro e il nord Est seguono l'andamento nazionale con valori più elevati della media, mentre il Mezzogiorno con valori inferiori. Tali andamenti possono essere spiegati in parte dalle differenze territoriali dell'età media del parto. L'aumento del rapporto di abortività spontanea può essere attribuibile a vari fattori, quali una diagnosi più precoce della gravidanza, una migliorata notifica dell'evento, l'innalzamento dell'età della madre al parto e in particolare al primo figlio, il ricorso a tecniche di procreazione medicalmente assistita o la diffusione di fattori ambientali e lavorativi che hanno un'influenza negativa sullo sviluppo del feto.

In Italia il rapporto standardizzato per rapporti di abortività spontanea nella classe 15-49 anni è pari a 127,6 donne gravide.

In Campania il rapporto standardizzato per abortività spontanea nella classe di età 15-49 è pari a 103,9 donne gravide.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Parti cesarei

La proporzione dei parti cesarei ha subito negli ultimi decenni un costante incremento in molti paesi occidentali, ed in Italia in particolare sono stati raggiunti i valori più elevati al mondo.

Nel 2004 la proporzione dei parti cesarei a livello nazionale è di 38% sul totale.

In Campania il totale dei parti cesarei nel 2004 è stato del 59,0% sul totale; con un aumento dell'11,0% rispetto al 1998.

Incidenti stradali

Gli incidenti, sia domestici che stradali, rappresentano attualmente un problema emergente della Sanità pubblica in Italia.

Gli incidenti stradali nel nostro paese nel 2004 secondo le fonti della polizia di stato sono stati 224.553 di questi ci sono stati 5.625 decessi, con 316.630 feriti. La metà dei decessi avviene prima dei 41 anni d'età ed il 25% prima dei 23 anni.

In Campania, nel 2004 gli incidenti registrati sono pari a 9.372 di cui 382 persone coinvolte sono decedute e 14.059 ferite.

Incidenti sul lavoro

L'inail definisce infortunio sul lavoro la conseguenza di una causa violenta ed esterna verificatasi in occasione del lavoro da cui deriva o la morte o un'inabilità temporanea che comporta l'astensione dal lavoro per oltre tre giorni.

In Italia, la media tra il 2002 e il 2005 di mortalità per infortuni sul lavoro in Italia ogni 100.000 abitanti è pari a 7,85 persone.

In Campania, la media del tasso di mortalità per infortuni sul lavoro tra 2002 e 2005, è pari a 8,79 persone su 100.000.

Assistenza territoriale

Negli ultimi anni in Italia si è assistito ad un sostanziale mutamento nel profilo demografico e, di conseguenza, il bisogno socio-sanitario e la domanda emergente della popolazione è cambiata.

Il territorio non è più solo il luogo tradizionale di servizi ambulatoriali di medicina generale, di continuità assistenziale, delle attività distrettuali di tutela della salute collettive e delle strutture residenziali per anziani, ma è diventato anche la sede primaria di promozione della salute, di governo della domanda e dell'integrazione dell'assistenza ospedaliera con le cure primarie, la riabilitazione e di riflesso tutte le forme di assistenza destinate all'accompagnamento di anziani, malati cronici, disabili e più in generale soggetti fragili.

In Italia l'esperienza della domiciliarizzazione dell'assistenza, espressione di funzioni e attività proprie delle cure extraospedaliere è ricca e variegata. Le cure domiciliari includono l'assistenza infermieristica e riabilitativa domiciliare (ADI), l'assistenza programmata domiciliare (ADP) fornita da medici di medicina generale gli assistiti non deambulanti e le applicazioni della teleassistenza domiciliare nelle diverse forme di telecontrollo, telesoccorso o teleconsulto.

In Italia, nel 2004 i casi di assistenza domiciliare sono stati 373.424 ovvero 645 casi ogni 100.000 abitanti. Mentre l'assistenza domiciliare agli anziani è stata pari all'84,1% degli anziani residenti.

In Campania, nel 2004 i casi di assistenza domiciliare sono stati 11.741 ovvero 204 casi ogni 100.000 abitanti. Mentre l'assistenza domiciliare agli anziani è stata pari all'89,8% degli anziani residenti.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Trapianti

Il trapianto di organi e tessuti, associato alla scoperta di nuovi farmaci che migliorano la tolleranza dell'organo trapiantato nel ricevente, è uno dei progressi più rilevanti nella cura di un grande numero di malattie per le quali non esistono cure alternative.

La promozione delle donazioni, dei trapianti e della valutazione di qualità dell'attività di trapianto organi, cellule staminali e tessuti sono obiettivi importanti del sistema sanitario.

I dati al 31/12/2005 dimostrano un aumento dell'attività di donazione e trapianto ottenuto nel nostro paese, nel giro di dieci anni l'Italia è passata dagli ultimi al secondo posto in Europa e al terzo nel mondo. Anche dal punto di vista qualitativo si registrano ottimi risultati.

In Italia, il tasso dei donatori effettivi per milione di popolazione al 31/12/05 era di 21.

In Campania il tasso dei donatori effettivi per milione di popolazione al 31/12/05 era di 12,5.

Spesa sanitaria in rapporto al PIL e spesa sanitaria pubblica pro capite

L'analisi dell'assetto economico finanziario dei sistemi sanitari delle regioni italiane restituisce uno scenario particolarmente eterogeneo. L'attenzione è posta sui fabbisogni della spesa sanitaria a livello regionale e sui relativi disavanzi che, soprattutto in alcune regioni, stanno portando all'accumularsi di debiti particolarmente ingenti e preoccupanti per la stabilità del sistema economico regionale. La presenza di disavanzi ha spinto molte regioni a trovare soluzioni finanziarie in grado di assicurare la necessaria liquidità per lo svolgimento delle operazioni correnti nell'ambito delle aziende sanitarie.

Il rapporto tra spesa e PIL dovrebbe identificare la disponibilità a spendere per l'assistenza sanitaria di una regione in relazione alle proprie disponibilità in termini di reddito.

La spesa sanitaria pubblica corrente in rapporto al PIL negli anni 2002-2003 ha subito un decremento dello 0,32%.

La spesa pro capite delle regioni italiane mostra una significativa variabilità tra il 2003 e il 2005 con un notevole incremento negli ultimi anni soprattutto a favore delle regioni meridionali.

La spesa sanitaria dell'Italia in rapporto al PIL negli anni 2002-2003 ha subito un decremento dello 0,32%, mentre la spesa sanitaria pubblica pro capite è pari a 1.621euro.

La spesa sanitaria della Campania in rapporto al PIL negli anni 2002-2003 ha subito un decremento dell'1,00%, mentre la spesa sanitaria pubblica pro capite è pari a 1.603euro.

Assetto economico-finanziario						
	Spesa sanitaria pubblica pro capite (in €)		Disavanzo sanitario pubblico pro capite (in €)		Utile o perdita media di esercizio pro capite delle Asl (in €)	
	2004	2005	2003	2004	2003	2004
Campania	1,518	1,603	96,82	225,61	-218,48	-309,92
Italia	1.548	1.621	39,09	105,60	-73,21	-44,07



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Spesa sanitaria per livelli essenziali di assistenza LEA

In Italia, con l'Accordo Stato-Regioni, sottoscritto il 22/11/2001 sono stati definiti i livelli essenziali di assistenza (LEA); questi rappresentano le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o in compartecipazione, grazie alle risorse raccolte attraverso il sistema fiscale. La ripartizione dei costi per livelli essenziali di assistenza è relativa all'anno 2003. I macrolivelli che assorbono le maggiori risorse sono l'assistenza ospedaliera che rappresenta il 48,4% dei costi totali e il 47,7% dei costi dell'assistenza distrettuale.

A livello regionale i costi per l'assistenza ospedaliera della Campania sono pari al 46,5% dei costi totali mentre per l'assistenza distrettuale sono pari a 49,1%.

Disavanzo sanitario pubblico procapite

Il disavanzo sanitario pubblico misura la differenza tra quanto è stato speso e quanto è stato ricevuto come finanziamento. È un indicatore della sostenibilità del processo di devoluzione regionale: disavanzi che tendono strutturalmente ad accentuarsi nel tempo indica la presenza di un problema nella gestione federalista della sanità, mentre peggioramenti a livello di singole regioni indicano un probabile problema gestionale.

In Italia il disavanzo sanitario pubblico procapite nel 2005 è pari a 78,29 € con una variazione assoluta di +55,40.

In Campania il disavanzo sanitario pubblico procapite nel 2005 è pari a 247,57€ con una variazione assoluta di +114,73.

Ticket

Il ticket farmaceutico rappresenta il contributo che il paziente deve pagare per ottenere farmaci rimborsati dal SSN.

L'indicatore permette di avere una visione d'insieme dell'utilizzo del ticket farmaceutico, evidenziandone, anche alcune caratteristiche, stabilite attraverso la normativa regionale di riferimento. L'utilizzo di questa leva finanziaria dovrebbe servire a frenare la crescita della spesa farmaceutica, che è spesso viziata dalla tendenza ad acquistare farmaci in quantità superiore ai bisogni effettivi.

La differenza tra Regione e Regione nell'applicazione del ticket, in termini di spesa farmaceutica pro capite, non sembrerebbe evidenziare solo una scelta di natura economico-finanziaria pura, ma una scelta legata alle difficoltà di bilancio e alla mancanza di utilizzo di altri strumenti più idonei a raggiungere il contenimento della spesa farmaceutica.

Nel 2005 il totale della compartecipazione richiesta ai cittadini è stato pari a 515 milioni di euro, corrispondenti al 3,8% della spesa lorda complessiva, in riduzione rispetto al 2004 ed al 2003.

L'incidenza del ticket sulla spesa lorda in Italia è stata pari a 8,9€ corrispondente al 3,8% della spesa farmaceutica pro capite.

La Campania ha una spesa farmaceutica lorda di 2,9€ corrispondente all'1,1% della spesa farmaceutica pro capite.

Rating

Il rating è una valutazione, fornita da parte di un'agenzia privata specializzata, del merito di credito di un soggetto emittente obbligazioni sui mercati finanziari



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



internazionali. È un indicatore della capacità del soggetto di far fronte puntualmente al servizio del debito. Il rating assume rilevanza in quanto fornisce agli operatori finanziari un'informazione omogenea sul grado di rischio degli emittenti e riveste una grande importanza per tutti gli investitori che non sono adeguatamente attrezzati per un'analisi autonoma del rischio di credito.

La scala internazionale che esprime il giudizio di rating è formata dalla combinazione di più lettere in cui la lettera A è utilizzata per esprimere il giudizio più elevato e la lettera C il giudizio più basso. Le regioni italiane hanno valori di rating piuttosto differenti si passa dalla AA della Lombardia alla A3- della Campania.

Le tre maggiori agenzie sono Standard and Poor's, Moody's e Fitch Rating che forniscono una gamma completa di valutazione, differente sia per tipologia dell'emittente che per strumento finanziario.

Le tre principali agenzie hanno dato tre differenti valutazioni per ogni regione italiana, mentre allo Stato Italiano la Fitch ha dato: AA-, Moody's Aa2, e S&P A+

La Campania ha avuto una valutazione da parte di Moody's pari ad A3 e S&P attribuisce una A- mentre Fitch non attribuisce nessun valore.

Per eventuali approfondimenti

Cattedra di Igiene ed Epidemiologia - Facoltà di Scienze Motorie, Dipartimento di Studi delle Istituzioni e dei Sistemi Territoriali -Università degli Studi di Napoli Parthenope, Via Medina n.40 80133 Napoli tel. e fax 081 - 547.47.90 cell. 339 - 579.07.71



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane

COMUNICATO STAMPA



ROMA, 15 FEBBRAIO 2007

Friuli Venezia Giulia: I più soddisfatti dell'assistenza medica e infermieristica ospedaliera

La "soddisfazione dell'utente-cliente" è diventato uno degli obiettivi strategici delle aziende sanitarie locali ed è strumento fondamentale di supporto ad un management fortemente orientato all'utente. In FVG ogni 100 utenti 43,18 si dichiarano "molto soddisfatti" dell'assistenza medica e 63,25 "molto e abbastanza soddisfatti". Per quanto riguarda l'assistenza infermieristica i valori, sempre molto elevati, si attestano rispettivamente a 46,80 e 66,68. In Italia il dato indica per l'assistenza medica 24,22 i "molto soddisfatti" e 60,89 i "molto e abbastanza soddisfatti", mentre per l'assistenza infermieristica i valori rispettivi sono 23,60 e 59,88. La qualità nel Servizio Sanitario Nazionale rappresenta un elemento strategico importante anche nel Piano sanitario Nazionale 2006-2008, prevedendo azioni con il coinvolgimento dei cittadini nei progetti di miglioramento ed opportune indagini su percezione, priorità, gradimento e soddisfazione.

Sono i dati che emergono dal **Rapporto Osservasalute 2006**, un'approfondita analisi dello stato di salute della popolazione e della qualità dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane, pubblicato oggi dall'**Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane** e frutto del lavoro di **oltre 200 ricercatori distribuiti su tutto il territorio italiano**, che operano presso Università, Agenzie regionali e provinciali di sanità, Assessorati regionali e provinciali, Aziende ospedaliere ed Aziende sanitarie, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale Tumori, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Ministero della Salute, Istat.

Sopravvivenza e mortalità

	Speranza di vita alla nascita*				Speranza di vita a 65 anni*				Speranza di vita a 75 anni*			
	2003		2004		2003		2004		2003		2004	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Friuli-Venezia Giulia	76,3	82,7	77,4	83,3	16,2	20,8	17,0	21,2	10,0	13,0	10,5	13,4
Italia	76,9	82,6	77,7	83,7	16,8	20,5	17,4	21,4	10,3	12,6	10,7	13,3

L'Italia è tra i paesi più longevi al mondo, tanto per gli uomini quanto per le donne. I livelli di sopravvivenza così elevati sono frutto dei continui progressi in medicina e delle migliori condizioni di vita della popolazione che hanno contribuito a ridurre notevolmente i rischi di morte a tutte le età della vita.

Al 2004, la speranza di vita alla nascita, mostra l'ormai noto vantaggio delle donne rispetto agli uomini, con un'aspettativa di vita mediamente di 6 anni più elevata per le prime rispetto ai secondi (**83,7 anni per le donne con un aumento di un anno rispetto al 2003 contro i 77,7 per gli uomini pari a 0,8 anni rispetto al 2003**). **In Friuli Venezia Giulia nel 2004 la speranza di vita alla nascita per gli uomini è pari a 77,4 anni e le donne 83,3; mentre la speranza di vita tra i 65**



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



e i 75 anni è pari a 17,0 anni per gli uomini e 21,2 anni per le donne; a 75 anni la speranza di vita per gli uomini è pari a 10,5 anni e 13,4 anni per le donne.

Nel 2004, ultimo anno in cui è disponibile una stima della mortalità per causa di decesso, il tasso di mortalità standardizzato oltre l'anno di vita è risultato pari a **92,96** per 10.000 uomini e a **53,93** per 10.000 donne.

In Friuli Venezia Giulia il tasso di mortalità per gli uomini è pari a 94,73 su 10.000 uomini e a 54,74 su 10.000 donne.

Tra le cause di morte, le maggiori responsabili dell'aumento del rischio di morte degli uomini, tra il 2002 e il 2003 sono state le malattie cardio-respiratorie: quasi tutte le regioni hanno assistito ad un incremento nel rischio di morte per tale causa in Italia, su 10.000 abitanti il tasso di mortalità per gli uomini è pari a 6,83 e per le donne è pari a 2,43.

In Friuli Venezia Giulia il tasso di mortalità dovuto a malattie per l'apparato respiratorio su 10.000 abitanti è pari a 7,21 per gli uomini con un decremento rispetto al 2003 dello 1.21% e 3.16 per le donne con un decremento dello 0,04%.

Per alcune regioni le malattie del sistema circolatorio hanno avuto un forte impatto sull'incidenza del tasso di mortalità, che per gli uomini è pari al 34,34 su 10.000 abitanti con un decremento del 3,78% e per le donne è pari a 22,16 con un decremento del 3,34%.

In Friuli Venezia Giulia tale tasso è pari a 32,83 per gli uomini con un decremento del 4,29% e per le donne è pari al 21,10 con un decremento dell'1,06%.

Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione

Fattori di rischio e stili di vita								
	Prevalenza di fumatori di 14 anni e oltre		% persone obese		% persone in sovrappeso		Prevalenza consumatori bevande alcoliche di 11 anni e oltre	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2003	
							M	F
Friuli-Venezia Giulia	21,1	21,5	8,1	9,3	32,1	34,5	86,6	71,0
Italia	23,7	25,0	8,5	9,0	33,5	33,6	84,7	59,8

Il fumo

La lotta al tabagismo rappresenta uno degli obiettivi prioritari delle politiche sanitarie; la prevalenza di fumatori permette di misurare il fenomeno e programmare interventi finalizzati al suo contenimento nella popolazione. I dati rilevati nell'ambito dell'Indagine Multiscopo sulle famiglie Stili di vita e condizioni di salute nell'anno 2005, mostrano che l'abitudine al fumo riguarda circa il 25% della popolazione italiana, la prevalenza dei non fumatori e degli ex fumatori è rispettivamente di circa 53% ed il 21,3%. Inoltre si osserva un decremento significativo della percentuale di fumatrici (dal 17,4% al 15,8%) .



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



In Italia la percentuale di fumatori è pari a 25% della popolazione residente, mentre gli ex fumatori sono il 21,3% e i non fumatori il 53%.

In Friuli Venezia Giulia la percentuale di fumatori è pari a 21,5% della popolazione residente, mentre gli ex fumatori sono il 23,7% e i non fumatori il 50,6%.

Sovrappeso e obesità

L'epidemia di obesità si sta rapidamente diffondendo: nel mondo circa 300 milioni di individui sono obesi, il tasso di incidenza è in continuo ed allarmante aumento e si stima che nel 2010 circa 150 milioni di adulti saranno affetti da questo problema.

Solo poco più della metà della popolazione italiana è in normopeso: il 42,6% è in eccesso ponderale. Nel confronto temporale tra il 2002 e il 2003 il dato relativo all'obesità presenta un aumento da 8,5% a 9%.

In Italia la prevalenza di persone di 18 anni e oltre in sovrappeso è 33,6% della popolazione totale, mentre quelle in sovrappeso sono pari a 9,0%.

In Friuli Venezia Giulia la prevalenza di persone di 18 anni e oltre in sovrappeso è 34,5% della popolazione totale, mentre quelle in sovrappeso sono pari a 9,3%.

Ambiente

L'inquinamento da polveri fini (PM₁₀), originato sia da sorgenti naturali che antropiche, provoca effetti sulla salute a breve, medio e lungo termine dovuti ad una compromissione dell'apparato respiratorio con danni acuti e cronico degenerativi.

L'incremento delle concentrazioni sembrerebbe essere accentuato durante i mesi invernali. L'analisi dei dati relativi alla "media annua delle concentrazioni medie giornaliere delle polveri fini" mostrerebbe che quattro regioni (Veneto, Marche, Lombardia e Valle d'Aosta) superano il valore limite. Un esame disaggregato dei dati derivanti da 76 comuni dimostra che in 31 comuni almeno una centralina ha registrato un valore medio annuo superiore al limite di riferimento.

In Italia la media annua delle concentrazioni medie giornaliere delle PM₁₀ è pari a 33, sono presenti 10 stazioni per ogni 382.397 abitanti e il limite è stato superato con una media di 53 giorni.

Nel 2004 in Friuli Venezia Giulia la media annua delle concentrazioni giornaliere delle PM₁₀ è pari a 21 sono presenti 17 stazioni per il rilevamento delle PM₁₀, il cui limite è stato superato per circa 14 giorni.

Ambiente				
	Media annua delle concentrazioni medie giornaliere di PM10		N° medio gg di superamento limite delle concentrazioni medie giornaliere	
	2003	2004	2003	2004
Friuli-Venezia Giulia	n.s.	21	65	14
Italia	41	33	80	53



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Salute immigrati

All'inizio del 2006 gli immigrati presenti regolarmente in Italia erano 3.035.000 secondo la stima dell'Equipe del Dossier statistico Immigrazione Catitas/Migrantes. Ai dati ufficiali vanno aggiunti coloro che sono presenti irregolarmente e quindi complessivamente si può indicare la presenza di circa 3.500.000 persone.

Come conseguenza dell'aumento del fenomeno migratorio si è osservato in Italia un incremento nel tempo delle nascite da cittadini stranieri.

In Italia i nati vivi con almeno uno dei genitori cittadino straniero sono pari a 65.062 bambini, con una prevalenza di entrambi i genitori stranieri (46.598).

In Friuli Venezia Giulia i nati vivi con almeno un cittadino straniero sono pari a 1.491 bambini di cui 998 hanno entrambi i genitori stranieri.

Negli ultimi anni si è evidenziato un incremento del numero di interruzioni volontarie di gravidanza (38.364) da parte di donne straniere immigrate in Italia. La maggior parte delle donne straniere che abortisce in Italia sono donne nate nell'Est Europa (17.350 interruzioni di gravidanza), ma anche in paesi del Centro-Sud America (7.090), dell'Africa (6.169) e dell'Asia (3.865).

In Friuli Venezia Giulia il totale delle interruzioni di gravidanza da parte di donne immigrate nel nostro paese è pari a 691.

Nel decennio di osservazione (1992-2002) l'ammontare complessivo dei decessi tra gli stranieri oltre il primo anno di vita in Italia supera le 32.000 unità con un andamento crescente che mostra negli anni delle forti correlazioni con il processo legislativo delle regolarizzazioni della popolazione straniera.

Il tasso standardizzato di mortalità per 10.000 stranieri residenti in Italia è pari a 20,03.

In Friuli Venezia Giulia il tasso standardizzato di mortalità per 10.000 stranieri residenti è pari a 22,51.

Tumori

A seguito della crisi del 2003, i tumori maligni dello stomaco mantengono un andamento piuttosto stabile, nel 2004 il tasso standardizzato è pari a 2,2 per 10.000 uomini e a 1,1 per le donne come pure i tumori maligni del colon, retto e ano (3,2 uomini e 1,9 donne ogni 10.000); continuano a ridursi i tumori maligni di trachea, bronchi e polmoni per gli uomini (8,7 per 10.000 ab.) ma continuano ad aumentare quelli delle donne (1,8 per 10.000 ab. pari ad un aumento dello 0,12%).

Secondo i dati osservati dai Registri Tumore di popolazione emerge che i tumori più frequenti tra gli uomini sono il tumore della prostata, del polmone e del colon-retto mentre tra le donne sono il tumore della mammella, del colon-retto e del polmone.

Il rischio oncologico delle regioni del Sud è stato sempre stimato essere più basso di quello delle regioni del Nord anche se negli ultimi anni questa differenza si è ridotta notevolmente.

I tassi di incidenza delle donne invece sono in aumento in tutte le regioni, ma la crescita sembra sempre più accentuata in alcune regioni del sud.

In Italia, nel periodo che va dal 2001 al 2006 il tasso medio di incidenza di tutti i tumori per 100.000 abitanti è pari a 304,5.

In Friuli Venezia Giulia, nel periodo che va da 2001 al 2006 il tasso medio di incidenza di tutti i tumori per 100.000 abitanti è pari a 349,0.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Tumore alla mammella

Il tumore alla mammella è il tumore più frequente nelle donne dei paesi occidentali, per le quali il rischio di ammalarsi nel corso della vita giunge fino al 10-11%. L'incidenza del tumore alla mammella in Italia nel quinquennio 2001-2006 rispetto al precedente 1995-2000 è in lieve aumento. I tassi di incidenza del tumore alla mammella sono in aumento in tutte le regioni italiane, presumibilmente in associazione con la diffusione dei programmi di screening organizzati e dell'aumentata attenzione a controlli in fase preclinica.

In Italia, Il tasso di incidenza del tumore alla mammella nelle donne è pari a 92,6 su 100.000 abitanti con un aumento del 1,5%

In Friuli Venezia Giulia, nel periodo 2001-2006 questo tasso è pari a 128,9 con un incremento del 7,5% delle donne rispetto al quinquennio precedente.

Tumore del colon retto

In Europa il timore del colon retto è la seconda neoplasia più comune in entrambi i sessi. In Italia l'incidenza del tumore del colon-retto 1995-2000 verso 2001-2006 è complessivamente in aumento, a causa del trend di crescita negli uomini (da 60 a 66 casi per 100.000); l'aumento dei tassi si verifica in tutte le fasce d'età, ma è più evidente nella fascia tra 75-84 anni

In Friuli Venezia Giulia il tasso standardizzato totale per il periodo 2001-2006 è pari a 56,1 casi ogni 100.000 abitanti così diviso 74,7 per gli uomini e 41,6 per le donne.

Tumore del Polmone

Il **cancro polmonare** è una delle neoplasie maligne più frequentemente diagnosticate nel mondo. In Italia, nel periodo 2001-2006, l'incidenza del tumore polmonare, è in riduzione rispetto al precedente periodo (1995-2000) ed è pari a 72 casi ogni 100.000 uomini e dimostra valori costanti per le donne pari a 14 casi ogni 100.000, ma vi sono preoccupanti segnali di incremento in alcune regioni.

In Friuli Venezia Giulia il tasso medio di incidenza per tumore del polmone per classe di età 0-84 anni ogni 100.000 abitanti nel periodo 2001-2006 è pari ad un tasso standardizzato del 40,1 casi diviso in 64,1 casi per gli uomini con una diminuzione del 21,2% e del 20,9 casi per le donne con un incremento dell'1,4%.

Screening

Prosegue l'estensione nel territorio nazionale dell'attività di screening organizzato per i tumori femminili e per quelli del colon retto. A fronte di una maggiore diffusione nelle regione del Centro e del Nord Italia, le regione del sud si stanno attivando, anche sotto l'impulso della legge 138/2004 del CCM e al coordinamento del ONS.

Screening mammografico

L'attivazione di programmi di screening per tumore alla mammella è raccomandata in Italia con programmi organizzati su un invito attivo ed è richiesta nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza. Nel 2004 vi è stata una ulteriore espansione dei programmi di screening ed è stata pari al 68,7%. Questo significa che due donne su tre risiedono in un territorio in cui è stato attivato un programma di screening mammografico. Le donne che hanno realmente ricevuto un invito a partecipare al



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



programma di screening mammografico hanno avuto un incremento pari a circa il 24%.

In Italia, nel 2004 la percentuale di donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni inseriti in un programma di screening mammografico mostra un'estensione teorica è pari a 68,7% con un incremento del 12,5% di cui l'estensione effettiva è pari a 51,1%.

Per il Friuli Venezia Giulia, non è pervenuto nessun dato.

Malattie infettive

Nel corso del XX secolo la scoperta di antibiotici sempre più attivi, la produzione di vaccini efficaci e l'applicazione di idonee misure di igiene ambientale hanno contrastato con grande efficacia un crescente numero di malattie infettive. La prevalenza di molte patologie infettive è gradualmente diminuita soprattutto nei paesi industrializzati. Questi successi hanno favorito la diffusione dell'idea che le malattie infettive siano state vinte. Ma questo concetto non è propriamente giusto se si pensa ai paesi sottosviluppati, e se si esamina che per alcune malattie (AIDS, EBOLA; SARS etc) sono aumentate le aspettative di vita, ma sono ancora causa di morte.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che entro il 2015 saranno disponibili ben 36 nuovi vaccini (ad esempio contro l'HIV o il virus C dell'epatite) o migliorati (ad esempio contro il virus B dell'epatite o la febbre tifoide).

Malattie infettive				
	Tasso di incidenza AIDS (per 100.000)		Tasso std di incidenza epatite A (per 100.000)	
	2004	2005	2003	2004
Friuli-Venezia Giulia	3,07	0,90	3,26	1,41
Italia	2,85	1,80	3,33	4,25

Incidenza AIDS

In Italia, dal 1994 al 2005 sono stati notificati 32.996 casi di AIDS con un tasso di incidenza di 1,8 nuovi casi ogni 100.000 abitanti. Per quanto riguarda i tassi di incidenza si è registrata una sensibile diminuzione a partire dal 1996/97 a livello di tutti gli ambiti regionali. Il trend coincide con l'ingresso in Italia di farmaci antiretrovirali che hanno ridotto il rischio di progressione in AIDS degli HIV positivi aumentando pertanto la quota dei soggetti sieropositivi.

In Friuli Venezia Giulia nel 2005 sono stati registrati 8 nuovi casi di AIDS con un tasso di incidenza pari a 0,9 nuovi casi ogni 100.000 abitanti.

Epatite A

L'epidemia in Italia viene considerata a basse endemia, nel 2004 il tasso di incidenza è stato di 4 casi ogni 100.000 abitanti.

In Friuli Venezia Giulia il tasso di incidenza di epatite A per l'anno 2004 è pari a 1,41 casi su 100.000 abitanti con una diminuzione dell'1.85% rispetto al 2003.

Tubercolosi

L'Italia è stata classificata come paese a bassa incidenza di tubercolosi. In base ai dati ricavati dalle notifiche obbligatorie nell'anno 2004, il tasso di incidenza di tubercolosi



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



per gli uomini è pari a 8,70 casi per 100.000 residenti quasi il doppio rispetto a quello registrato per le donne (5,45 per 100.000 ab.)

In Friuli Venezia Giulia nel 2004 il tasso standardizzato di incidenza per tubercolosi nei maschi è pari a 7,36 casi ogni 100.000 mentre per le donne è di 3,15 casi.

Dipendenze da sostanza

All'interno della popolazione italiana l'abuso di alcune sostanze illegali (principalmente eroina e cocaina) risulta correlato ad un aumentato rischio di mortalità. La classe d'età maggiormente toccata dal fenomeno consumo è 15-44 anni. A livello italiano si evidenzia un continuo decremento del tasso di mortalità dal 1996 al 2002; il calo risulta particolarmente evidente tra il 1996 (6,31 morti ogni 100.000 ab) e il 1997 (4,71 morti) e tra il 2001 (3,42 morti) e il 2002 (2,17 morti). Si rileva poi un tasso costante fino a fine del 2003 con una successiva inversione di tendenza nel 2004 (2,50 morti) confermata nel 2005 con 2,52 morti.

In Friuli Venezia Giulia nel 2005 il tasso di mortalità per abuso di stupefacenti nella fascia di età compresa tra 15 e 44 anni è pari a 1,94 con un aumento dello 0,01% su 100.000 abitanti.

Salute materno-infantile

Gli indicatori della salute materno-infantile rappresentano un importante strumento per valutare lo stato di salute di una popolazione.

Abortività volontaria

I dati del 2003 con 124.118 di interruzioni di gravidanza volontarie (IVG) confermano la tendenza alla stabilizzazione del fenomeno, dopo un costante declino iniziato a partire dalla metà degli anni 80. Le regioni del Nord Ovest e del Centro presentano valori superiori alla media nazionale.

Il tasso standardizzato è di 9,2 casi ogni 1.000 donne, mentre il tasso più elevato si osserva nella classe 20-24 anni con 15,1. Questo dato può essere determinato in parte dall'ingresso delle donne straniere, prevalentemente giovani, presenti nel nostro paese che fanno ricorrenza alla IVG.

Osservando il fenomeno per lo stato civile, i livelli di abortività più elevati si osservano tra le persone separate, divorziate e vedove (22,2 per 1.000 nel 1993 e 24,3 nel 2003) che però numericamente costituiscono un gruppo più piccolo.

In Friuli Venezia Giulia, nel 2003, il tasso standardizzato delle interruzioni volontarie della gravidanza è pari a 7,94 casi ogni 1.000 donne.

Abortività spontanea

La normativa italiana definisce l'aborto spontaneo come l'interruzione spontanea della gravidanza entro il 180 giorno di gestazione.

Il trend del rapporto standardizzato mostra un debole andamento crescente fino alla metà degli anni '90, seguito da una fase di stabilizzazione. Le differenze territoriali sono abbastanza marcate: il Centro e il nord Est seguono l'andamento nazionale con valori più elevati della media, mentre il Mezzogiorno con valori inferiori. Tali andamenti possono essere spiegati in parte dalle differenze territoriali dell'età media del parto. L'aumento del rapporto di abortività spontanea può essere attribuibile a vari fattori, quali una diagnosi più precoce della gravidanza, una migliorata notifica dell'evento, l'innalzamento dell'età della madre al parto e in particolare al primo figlio,



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



il ricorso a tecniche di procreazione medicalmente assistita o la diffusione di fattori ambientali e lavorativi che hanno un'influenza negativa sullo sviluppo del feto.

In Italia il rapporto standardizzato per rapporti di abortività spontanea nella classe 15-49 anni è pari a 127,6 donne gravide.

In Friuli Venezia Giulia il rapporto standardizzato per abortività spontanea nella classe di età 15-49 è pari a 142,9 donne gravide.

Parti cesarei

La proporzione dei parti cesarei ha subito negli ultimi decenni un costante incremento in molti paesi occidentali, ed in Italia in particolare sono stati raggiunti i valori più elevati al mondo.

Nel 2004 la proporzione dei parti cesarei a livello nazionale è di 38% sul totale.

In Friuli Venezia Giulia il totale dei parti cesarei nel 2004 è stato del 23,3% sul totale; con un aumento del 3,4% rispetto al 1998.

Incidenti stradali

Gli incidenti, sia domestici che stradali, rappresentano attualmente un problema emergente della Sanità pubblica in Italia.

Gli incidenti stradali nel nostro paese nel 2004 secondo le fonti della polizia di stato sono stati 224.553 di questi ci sono stati 5.625 decessi, con 316.630 feriti. La metà dei decessi avviene prima dei 41 anni d'età ed il 25% prima dei 23 anni.

In Friuli Venezia Giulia, nel 2004 gli incidenti registrati sono pari a 5.164 di cui 144 persone coinvolte sono decedute e 6.873 ferite.

Incidenti sul lavoro

L'inail definisce infortunio sul lavoro la conseguenza di una causa violenta ed esterna verificatasi in occasione del lavoro da cui deriva o la morte o un'inabilità temporanea che comporta l'astensione dal lavoro per oltre tre giorni.

In Italia, la media tra il 2002 e il 2005 di mortalità per infortuni sul lavoro in Italia ogni 100.000 abitanti è pari a 7,85 persone.

In Friuli Venezia Giulia, la media del tasso di mortalità per infortuni sul lavoro tra 2002 e 2005, è pari a 7,45 persone su 100.000.

Assistenza territoriale

Negli ultimi anni in Italia si è assistito ad un sostanziale mutamento nel profilo demografico e, di conseguenza, il bisogno socio-sanitario e la domanda emergente della popolazione è cambiata.

Il territorio non è più solo il luogo tradizionale di servizi ambulatoriali di medicina generale, di continuità assistenziale, delle attività distrettuali di tutela della salute collettive e delle strutture residenziali per anziani, ma è diventato anche la sede primaria di promozione della salute, di governo della domanda e dell'integrazione dell'assistenza ospedaliera con le cure primarie, la riabilitazione e di riflesso tutte le forme di assistenza destinate all'accompagnamento di anziani, malati cronici, disabili e più in generale soggetti fragili.

In Italia l'esperienza della domiciliarizzazione dell'assistenza, espressione di funzioni e attività proprie delle cure extraospedaliere è ricca e variegata. Le cure domiciliari includono l'assistenza infermieristica e riabilitativa domiciliare (ADI), l'assistenza programmata domiciliare (ADP) fornita da medici di medicina generale gli assistiti non



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



deambulanti e le applicazione della teleassistenza domiciliare nelle diverse forme di telecontrollo, telesoccorso o teleconsulto.

In Italia, nel 2004 i casi di assistenza domiciliare sono stati 373.424 ovvero 645 casi ogni 100.000 abitanti. Mentre l'assistenza domiciliare agli anziani è stata pari all'84,1% degli anziani residenti.

In Friuli Venezia Giulia, nel 2004 i casi di assistenza domiciliare sono stati 25.896 ovvero 2.161 casi ogni 100.000 abitanti. Mentre l'assistenza domiciliare agli anziani è stata pari al 78.8% degli anziani residenti.

Trapianti

Il trapianto di organi e tessuti, associato alla scoperta di nuovi farmaci che migliorano la tolleranza dell'organo trapiantato nel ricevente, è uno dei progressi più rilevanti nella cura di un grande numero di malattie per le quali non esistono cure alternative. La promozione delle donazioni, dei trapianti e della valutazione di qualità dell'attività di trapianto organi, cellule staminali e tessuti sono obiettivi importanti del sistema sanitario.

I dati al 31/12/2005 dimostrano un aumento dell'attività di donazione e trapianto ottenuto nel nostro paese, nel giro di dieci anni l'Italia è passata dagli ultimi al secondo posto in Europa e al terzo nel mondo. Anche dal punto di vista qualitativo si registrano ottimi risultati.

In Italia, il tasso dei donatori effettivi per milione di popolazione al 31/12/05 era di 21.

In Friuli Venezia Giulia il tasso dei donatori effettivi per milione di popolazione al 31/12/05 era di 31,3.

Spesa sanitaria in rapporto al PIL e spesa sanitaria pubblica pro capite

L'analisi dell'assetto economico finanziario dei sistemi sanitari delle regioni italiane restituisce uno scenario particolarmente eterogeneo. L'attenzione è posta sui fabbisogni della spesa sanitaria a livello regionale e sui relativi disavanzi che, soprattutto in alcune regioni, stanno poetando all'accumularsi di debiti particolarmente ingenti e preoccupanti per la stabilità del sistema economico regionale. La presenza di disavanzi ha spinto molte regioni a trovare soluzioni finanziarie in grado di assicurare la necessaria liquidità per lo svolgimento delle operazioni correnti nell'ambito delle aziende sanitarie.

Il rapporto tra spesa e PIL dovrebbe identificare la disponibilità a spendere per l'assistenza sanitaria di una regione in relazione alle proprie disponibilità in termini di reddito.

La spesa sanitaria pubblica corrente in rapporto al PIL negli anni 2002-2003 ha subito un decremento dello 0,32%.

La spesa pro capite delle regioni italiane mostra una significativa variabilità tra il 2003 e il 2005 con un notevole incremento negli ultimi anni soprattutto a favore delle regioni meridionali.

La spesa sanitaria dell'Italia in rapporto al PIL negli anni 2002-2003 ha subito un decremento dello 0,32%, mentre la spesa sanitaria pubblica pro capite è pari a 1.621euro.

La spesa sanitaria del Friuli Venezia Giulia in rapporto al PIL negli anni 2002-2003 ha subito un decremento del 2,62%, mentre la spesa sanitaria pubblica pro capite è pari a 1.658 euro.



Assetto economico-finanziario						
	Spesa sanitaria pubblica pro capite (in €)		Disavanzo sanitario pubblico pro capite (in €)		Utile o perdita media di esercizio pro capite delle Asl (in €)	
	2004	2005	2003	2004	2003	2004
Friuli-Venezia Giulia	1.596	1.658	-16,23	-7,79	-4,57	-1,46
Italia	1.548	1.621	39,09	105,60	-73,21	-44,07

Spesa sanitaria per livelli essenziali di assistenza LEA

In Italia, con l'Accordo Stato-Regioni, sottoscritto il 22/11/2001 sono stati definiti i livelli essenziali di assistenza (LEA); questi rappresentano le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o in compartecipazione, grazie alle risorse raccolte attraverso il sistema fiscale. La ripartizione dei costi per livelli essenziali di assistenza è relativa all'anno 2003. I macrolivelli che assorbono le maggiori risorse sono l'assistenza ospedaliera che rappresenta il 48,4% dei costi totali e il 47,7% dei costi dell'assistenza distrettuale.

A livello regionale i costi per l'assistenza ospedaliera del Friuli Venezia Giulia sono pari al 52,3% dei costi totali mentre per l'assistenza distrettuale sono pari a 44,9%.

Disavanzo sanitario pubblico procapite

Il disavanzo sanitario pubblico misura la differenza tra quanto è stato speso e quanto è stato ricevuto come finanziamento. È un indicatore della sostenibilità del processo di devoluzione regionale: disavanzi che tendono strutturalmente ad accentuarsi nel tempo indica la presenza di un problema nella gestione federalista della sanità, mentre peggioramenti a livello di singole regioni indicano un probabile problema gestionale.

In Italia il disavanzo sanitario pubblico procapite nel 2005 è pari a 78,29 € con una variazione assoluta di +55,40.

In Friuli Venezia Giulia il disavanzo sanitario pubblico procapite nel 2005 è pari a -11,92 € con una variazione assoluta di +20,66 euro pro capite.

Ticket

Il ticket farmaceutico rappresenta il contributo che il paziente deve pagare per ottenere farmaci rimborsati dal SSN.

L'indicatore permette di avere una visione d'insieme dell'utilizzo del ticket farmaceutico, evidenziandone, anche alcune caratteristiche, stabilite attraverso la normativa regionale di riferimento. L'utilizzo di questa leva finanziaria dovrebbe servire a frenare la crescita della spesa farmaceutica, che è spesso viziata dalla tendenza ad acquistare farmaci in quantità superiore ai bisogni effettivi.

La differenza tra Regione e Regione nell'applicazione del ticket, in termini di spesa farmaceutica pro capite, non sembrerebbe evidenziare solo una scelta di natura economico-finanziaria pura, ma una scelta legata alle difficoltà di bilancio e alla mancanza di utilizzo di altri strumenti più idonei a raggiungere il contenimento della spesa farmaceutica.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Nel 2005 il totale della compartecipazione richiesta ai cittadini è stato pari a 515 milioni di euro, corrispondenti al 3,8% della spesa lorda complessiva, in riduzione rispetto al 2004 ed al 2003.

L'incidenza del ticket sulla spesa lorda in Italia è stata pari a 8,9€ corrispondente al 3,8% della spesa farmaceutica pro capite.

Il Friuli Venezia Giulia ha una spesa farmaceutica lorda di 1,5€ corrispondente allo 0,8% della spesa farmaceutica pro capite.

Rating

Il rating è una valutazione, fornita da parte di un'agenzia privata specializzata, del merito di credito di un soggetto emittente obbligazioni sui mercati finanziari internazionali. È un indicatore della capacità del soggetto di far fronte puntualmente al servizio del debito. Il rating assume rilevanza in quanto fornisce agli operatori finanziari un'informazione omogenea sul grado di rischio degli emittenti e riveste una grande importanza per tutti gli investitori che non sono adeguatamente attrezzati per un'analisi autonoma del rischio di credito.

La scala internazionale che esprime il giudizio di rating è formata dalla combinazione di più lettere in cui la lettera A è utilizzata per esprimere il giudizio più elevato e la lettera C il giudizio più basso. Le regioni italiane hanno valori di rating piuttosto differenti si passa dalla AA della Lombardia alla A3- della Campania.

Le tre maggiori agenzie sono Standard and Poor's, Moody's e Fitch Rating che forniscono una gamma completa di valutazione, differente sia per tipologia dell'emittente che per strumento finanziario.

Le tre principali agenzie hanno dato tre differenti valutazioni per ogni regione italiana, mentre allo Stato Italiano la Fitch ha dato: AA-, Moody's Aa2, e S&P A+

Il Friuli Venezia Giulia ha avuto una valutazione da parte di Fitch pari a AA, nessuna da parte di Moody's e S&P attribuisce una A+.

Responsabile Centro di Riferimento Regionale

Dott. Carlo Francescutti

Agenzia Regionale di Sanità

Via della Vecchia Ceramica, 1

33170 PORDENONE

Tel. 043 4369923

E-mail: c.francescutti@tin.it



COMUNICATO STAMPA

ROMA, 15 FEBBRAIO 2007

Liguria: è la Regione che ha il più alto tasso di donatori d'organo

La Regione Liguria ha dimostrato nel 2005 di essere una Regione donatrice, facendo registrare un tasso particolarmente elevato di donatori segnalati per milione di popolazione (pmp) pari a 56,6, il più elevato tasso di donatori utilizzati pmp (37,5) e il più elevato tasso di donatori effettivi pmp (40,7). In Italia i tre tassi presi in considerazione rispettivamente sono pari a 34,4, 19,6 e 21.

Per donatore effettivo si intende il donatore dal quale almeno un organo solido è stato effettivamente prelevato indipendentemente dall'utilizzo finale dell'organo. Il donatore segnalato è il soggetto sottoposto ad accertamento di morte cerebrale e segnalato dalla rianimazione al centro regionale e/o interregionale quale potenziale donatore di organi. Infine, per donatore utilizzato si intende donatore dal quale almeno un organo solido è stato prelevato e trapiantato. L'andamento dell'attività di donazione in Italia registrato negli ultimi anni risulta essere significativamente positivo soprattutto grazie alle innovazioni sul piano organizzativo previste dalla legge n. 91/99. Questo importante risultato è legato principalmente a due fattori: lo sviluppo dell'organizzazione nelle regioni supportato dal Ministero e dal Centro Nazionale Trapianti; - una maggiore consapevolezza dei cittadini, dovuta sia all'impegno informativo da parte dell'Istituzione e delle Associazioni che agli effetti di una immagine positiva del sistema sulla popolazione.

Sono i dati che emergono dal **Rapporto Osservasalute 2006**, un'approfondita analisi dello stato di salute della popolazione e della qualità dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane, pubblicato oggi dall'**Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane** e frutto del lavoro di **oltre 200 ricercatori distribuiti su tutto il territorio italiano**, che operano presso Università, Agenzie regionali e provinciali di sanità, Assessorati regionali e provinciali, Aziende ospedaliere ed Aziende sanitarie, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale Tumori, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Ministero della Salute, Istat

Sopravvivenza e mortalità

Sopravvivenza e mortalità												
	Speranza di vita alla nascita*				Speranza di vita a 65 anni*				Speranza di vita a 75 anni*			
	2003		2004		2003		2004		2003		2004	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Liguria	76,6	81,9	77,6	83,6	16,8	20,3	17,5	21,6	10,2	12,4	10,7	13,6
Italia	76,9	82,6	77,7	83,7	16,8	20,5	17,4	21,4	10,3	12,6	10,7	13,3



L'Italia è tra i paesi più longevi al mondo, tanto per gli uomini quanto per le donne. I livelli di sopravvivenza così elevati sono frutto dei continui progressi in medicina e delle migliori condizioni di vita della popolazione che hanno contribuito a ridurre notevolmente i rischi di morte a tutte le età della vita.

Al 2004, la speranza di vita alla nascita, mostra l'ormai noto vantaggio delle donne rispetto agli uomini, con un'aspettativa di vita mediamente di 6 anni più elevata per le prime rispetto ai secondi (83,7 anni per le donne con un aumento di un anno rispetto al 2003 contro i 77,7 per gli uomini pari a **0,8** anni rispetto al 2003).

In Liguria nel 2004 la speranza di vita alla nascita per gli uomini è pari a 77,6 anni e le donne 83,6; mentre la speranza di vita tra i 65 e i 75 anni è pari a 17,5 anni per gli uomini e 21,6 anni per le donne; a 75 anni la speranza di vita per gli uomini è pari a 10,7 anni e 13,6 anni per le donne.

Nel 2004, ultimo anno in cui è disponibile una stima della mortalità per causa di decesso, il tasso di mortalità standardizzato oltre l'anno di vita è risultato pari a **92,96** per 10.000 uomini e a **53,93** per 10.000 donne.

In Liguria il tasso di mortalità per gli uomini è pari a 93,93 su 10.000 uomini e a 52,98 su 10.000 donne.

Tra le cause di morte, le maggiori responsabili dell'aumento del rischio di morte degli uomini, tra il 2002 e il 2003 sono state le malattie cardio-respiratorie: quasi tutte le regioni hanno assistito ad un incremento nel rischio di morte per tale causa in Italia, su 10.000 abitanti il tasso di mortalità per gli uomini è pari a 6,83 e per le donne è pari a 2,43.

In Liguria il tasso di mortalità dovuto a malattie per l'apparato respiratorio su 10.000 abitanti è pari a 5,99 per gli uomini con un decremento rispetto al 2003 dello 2,07% e 2,16 per le donne con un decremento del 0,8.

Per alcune regioni le malattie del sistema circolatorio hanno avuto un forte impatto sull'incidenza del tasso di mortalità, che per gli uomini è pari al **34,45** su 10.000 abitanti con un decremento del 3,78% e per le donne è pari a 22,16 con un decremento del 3,34%.

In Liguria tale tasso è pari a 33,12 per gli uomini con un decremento del 3,62% e per le donne è pari al 19,97 con un decremento del 4,58%.

Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione

Fattori di rischio e stili di vita								
	Prevalenza di fumatori di 14 anni e oltre		% persone obese		% persone in sovrappeso		Prevalenza consumatori bevande alcoliche di 11 anni e oltre	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2003	
							M	F
Liguria	23,2	22,6	7,6	7,8	33,6	31,2	86,2	64,7
Italia	23,7	25,0	8,5	9,0	33,5	33,6	84,7	59,8

Il fumo

La lotta al tabagismo rappresenta uno degli obiettivi prioritari delle politiche sanitarie; la prevalenza di fumatori permette di misurare il fenomeno e programmare interventi



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



finalizzati al suo contenimento nella popolazione. I dati rilevati nell'ambito dell'Indagine Multiscopo sulle famiglie Stili di vita e condizioni di salute nell'anno 2005, mostrano che l'abitudine al fumo riguarda circa il 25% della popolazione italiana, la prevalenza dei non fumatori e degli ex fumatori è rispettivamente di circa 53% ed il 21,3%. Inoltre si osserva un decremento significativo della percentuale di fumatrici (dal 17,4% al 15,8%) .

In Italia la percentuale di fumatori è pari a 25% della popolazione residente, mentre gli ex fumatori sono il 21,3% e i non fumatori il 53%.

In Liguria la percentuale di fumatori è pari a 22,6% della popolazione residente, mentre gli ex fumatori sono il 23,1% e i non fumatori il 53,1%.

Sovrappeso e obesità

L'epidemia di obesità si sta rapidamente diffondendo: nel mondo circa 300 milioni di individui sono obesi, il tasso di incidenza è in continuo ed allarmante aumento e si stima che nel 2010 circa 150 milioni di adulti saranno affetti da questo problema.

Solo poco più della metà della popolazione italiana è in normopeso: il 42,6% è in eccesso ponderale. Nel confronto temporale tra il 2002 e il 2003 il dato relativo all'obesità presenta un aumento da 8,5% a 9%.

In Italia la prevalenza di persone di 18 anni e oltre in sovrappeso è 33,6% della popolazione totale, mentre quelle in sovrappeso sono pari a 9,0%.

In Liguria la prevalenza di persone di 18 anni e oltre in sovrappeso è 31,2% della popolazione totale, mentre quelle in sovrappeso sono pari a 7,8%.

Ambiente

L'inquinamento da polveri fini (PM₁₀), originato sia da sorgenti naturali che antropiche, provoca effetti sulla salute a breve, medio e lungo termine dovuti ad una compromissione dell'apparato respiratorio con danni acuti e cronico degenerativi.

L'incremento delle concentrazioni sembrerebbe essere accentuato durante i mesi invernali. L'analisi dei dati relativi alla "media annua delle concentrazioni medie giornaliere delle polveri fini" mostrerebbe che quattro regioni (Veneto, Marche, Lombardia e Valle d'Aosta) superano il valore limite. Un esame disaggregato dei dati derivanti da 76 comuni dimostra che in 31 comuni almeno una centralina ha registrato un valore medio annuo superiore al limite di riferimento.

In Italia la media annua delle concentrazioni medie giornaliere delle PM₁₀ è pari a 33, sono presenti 10 stazioni per ogni 382.397 abitanti e il limite è stato superato con una media di 53 giorni.

Nel 2004 in Liguria la media annua delle concentrazione giornaliera delle PM₁₀ è pari a 31 con una sono presenti 8 stazioni per il rilevamento delle PM₁₀, il cui limite è stato superato per circa 22 giorni.

Ambiente				
	Media annua delle concentrazioni medie giornaliere di PM10		N° medio gg di superamento limite delle concentrazioni medie giornaliere	
	2003	2004	2003	2004
Liguria	n.s.	31	n.s.	22
Italia	41	33	80	53



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Salute immigrati

All'inizio del 2006 gli immigrati presenti regolarmente in Italia erano 3.035.000 secondo la stima dell'Equipe del Dossier statistico Immigrazione Catitas/Migrantes. Ai dati ufficiali vanno aggiunti coloro che sono presenti irregolarmente e quindi complessivamente si può indicare la presenza di circa 3.500.000 persone.

Come conseguenza dell'aumento del fenomeno migratorio si è osservato in Italia un incremento nel tempo delle nascite da cittadini stranieri.

In Italia i nati vivi con almeno uno dei genitori cittadino straniero sono pari a 65.062 bambini, con una prevalenza di entrambi i genitori stranieri (46.598).

In Liguria i nati vivi con almeno un cittadino straniero sono pari a 1.722 bambini di cui 1.143 hanno entrambi i genitori stranieri.

Negli ultimi anni si è evidenziato un incremento del numero di interruzioni volontarie di gravidanza (38.364) da parte di donne straniere immigrate in Italia. La maggior parte delle donne straniere che abortisce in Italia sono donne nate nell'Est Europa (17.350 interruzioni di gravidanza), ma anche in paesi del Centro-Sud America (7.090), dell'Africa (6.169) e dell'Asia (3.865).

In Liguria il totale delle interruzioni di gravidanza da parte di donne immigrate nel nostro paese è pari a 1.300.

Nel decennio di osservazione (1992-2002) l'ammontare complessivo dei decessi tra gli stranieri oltre il primo anno di vita in Italia supera le 32.000 unità con un andamento crescente che mostra negli anni delle forti correlazioni con il processo legislativo delle regolarizzazioni della popolazione straniera.

Il tasso standardizzato di mortalità per 10.000 stranieri residenti in Italia è pari a 20,03.

In Liguria il tasso standardizzato di mortalità per 10.000 stranieri residenti è pari a 17,85.

Tumori

A seguito della crisi del 2003, i tumori maligni dello stomaco mantengono un andamento piuttosto stabile, nel 2004 il tasso standardizzato è pari a 2,2 per 10.000 uomini e a 1,1 per le donne come pure i tumori maligni del colon, retto e ano (3,2 uomini e 1,9 donne ogni 10.000); continuano a ridursi i tumori maligni di trachea, bronchi e polmoni per gli uomini (8,7 per 10.000 ab.) ma continuano ad aumentare quelli delle donne (1,8 per 10.000 ab. pari ad un aumento dello 0,12%).

Secondo i dati osservati dai Registri Tumore di popolazione emerge che i tumori più frequenti tra gli uomini sono il tumore della prostata, del polmone e del colon-retto mentre tra le donne sono il tumore della mammella, del colon-retto e del polmone.

Il rischio oncologico delle regioni del Sud è stato sempre stimato essere più basso di quello delle regioni del Nord anche se negli ultimi anni questa differenza si è ridotta notevolmente.

I tassi di incidenza delle donne invece sono in aumento in tutte le regioni, ma la crescita sembra sempre più accentuata in alcune regioni del sud.

In Italia, nel periodo che va dal 2001 al 2006 il tasso medio di incidenza di tutti i tumori per 100.000 abitanti è pari a 304,5.

In Liguria, nel periodo che va da 2001 al 2006 il tasso medio di incidenza di tutti i tumori per 100.000 abitanti è pari a 315,0.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Tumore alla mammella

Il tumore alla mammella è il tumore più frequente nelle donne dei paesi occidentali, per le quali il rischio di ammalarsi nel corso della vita giunge fino al 10-11%. L'incidenza del tumore alla mammella in Italia nel quinquennio 2001-2006 rispetto al precedente 1995-2000 è in lieve aumento. I tassi di incidenza del tumore alla mammella sono in aumento in tutte le regioni italiane, presumibilmente in associazione con la diffusione dei programmi di screening organizzati e dell'aumentata attenzione a controlli in fase preclinica. Il tasso di incidenza del tumore alla mammella nelle donne è pari a 92,6 su 100.000 abitanti con un aumento del 1,5%

In Italia, il tasso di incidenza del tumore alla mammella nelle donne è pari a 92,6 su 100.000 abitanti con un aumento del 1,5%

In Liguria, nel periodo 2001-2006 questo tasso è pari a 95,4 con un decremento dell'1,3% delle donne rispetto al quinquennio precedente.

Tumore del colon retto

In Europa il timore del colon retto è la seconda neoplasia più comune in entrambi i sessi. In Italia l'incidenza del tumore del colon-retto 1995-2000 verso 2001-2006 è complessivamente in aumento, a causa del trend di crescita negli uomini (da 60 a 66 casi per 100.000); l'aumento dei tassi si verifica in tutte le fasce d'età, ma è più evidente nella fascia tra 75-84 anni

In Liguria, il tasso standardizzato totale per il periodo 2001-2006 è pari a 44,5 casi ogni 100.000 abitanti così diviso 56,2 per gli uomini e 35,2 per le donne.

Tumore del Polmone

Il **cancro polmonare** è una delle neoplasie maligne più frequentemente diagnosticate nel mondo. In Italia, nel periodo 2001-2006, l'incidenza del tumore polmonare, è in riduzione rispetto al precedente periodo (1995-2000) ed è pari a 72 casi ogni 100.000 uomini e dimostra valori costanti per le donne pari a 14 casi ogni 100.000, ma vi sono preoccupanti segnali di incremento in alcune regioni.

In Liguria il tasso medio di incidenza per tumore del polmone per classe di età 0-84 anni ogni 100.000 abitanti nel periodo 2001-2006 è pari ad un tasso standardizzato del 38,9 casi diviso in 69,4 casi per gli uomini con una diminuzione del 14,6% e del 14,4 casi per le donne con un incremento dello 0,5%.

Screening

Prosegue l'estensione nel territorio nazionale dell'attività di screening organizzato per i tumori femminili e per quelli del colon retto. A fronte di una maggiore diffusione nelle regione del Centro e del Nord Italia, le regione del sud si stanno attivando, anche sotto l'impulso della legge 138/2004 del CCM e al coordinamento del ONS.

Screening mammografico

L'attivazione di programmi di screening per tumore alla mammella è raccomandata in Italia con programmi organizzati su un invito attivo ed è richiesta nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza. Nel 2004 vi è stata una ulteriore espansione dei programmi di screening ed è stata pari al 68,7%. Questo significa che due donne su tre risiedono in un territorio in cui è stato attivato un programma di screening



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



mammografico. Le donne che hanno realmente ricevuto un invito a partecipare al programma di screening mammografico hanno avuto un incremento pari a circa il 24%.

In Italia, nel 2004 la percentuale di donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni inseriti in un programma di screening mammografico mostra un'estensione teorica è pari a 68,7% con un incremento del 12,5% di cui l'estensione effettiva è pari a 51,1%.

In Liguria, nel 2004 la percentuale di donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni inseriti in un programma di screening mammografico mostra un'estensione teorica è pari al 51,0% uguale al 2003 di cui l'estensione effettiva è pari a 57,1%.

Malattie infettive

Nel corso del XX secolo la scoperta di antibiotici sempre più attivi, la produzione di vaccini efficaci e l'applicazione di idonee misure di igiene ambientale hanno contrastato con grande efficacia un crescente numero di malattie infettive. La prevalenza di molte patologie infettive è gradualmente diminuita soprattutto nei paesi industrializzati. Questi successi hanno favorito la diffusione dell'idea che le malattie infettive siano state vinte. Ma questo concetto non è propriamente giusto se si pensa ai paesi sottosviluppati, e se si esamina che per alcune malattie (AIDS, EBOLA; SARS etc) sono aumentate le aspettative di vita, ma sono ancora causa di morte.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che entro il 2015 saranno disponibili ben 36 nuovi vaccini (ad esempio contro l'HIV o il virus C dell'epatite) o migliorati (ad esempio contro il virus B dell'epatite o la febbre tifoide).

Malattie infettive				
	Tasso di incidenza AIDS (per 100.000)		Tasso std di incidenza epatite A (per 100.000)	
	2004	2005	2003	2004
Liguria	2,96	3,30	3,80	1,64
Italia	2,85	1,80	3,33	4,25

Incidenza AIDS

In Italia, dal 1994 al 2005 sono stati notificati 32.996 casi di AIDS con un tasso di incidenza di 1,8 nuovi casi ogni 100.000 abitanti. Per quanto riguarda i tassi di incidenza si è registrata una sensibile diminuzione a partire dal 1996/97 a livello di tutti gli ambiti regionali. Il trend coincide con l'ingresso in Italia di farmaci antiretrovirali che hanno ridotto il rischio di progressione in AIDS degli HIV positivi aumentando pertanto la quota dei soggetti sieropositivi.

In Liguria nel 2005 sono stati registrati 43 nuovi casi di AIDS con un tasso di incidenza pari a 3,3 nuovi casi ogni 100.000 abitanti dell'intera regione.

Epatite A

L'epidemia in Italia viene considerata a basse endemia, nel 2004 il tasso di incidenza è stato di 4 casi ogni 100.000 abitanti.

In Liguria il tasso di incidenza di epatite A per l'anno 2004 è pari a 1,64 casi su 100.000 abitanti con una diminuzione del 3,03% rispetto al 2003.

Tubercolosi



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



L'Italia è stata classificata come paese a bassa incidenza di tubercolosi. In base ai dati ricavati dalle notifiche obbligatorie nell'anno 2004, il tasso di incidenza di tubercolosi per gli uomini è pari a 8,70 casi per 100.000 residenti quasi il doppio rispetto a quello registrato per le donne (5,45 per 100.000 ab.)

In Liguria nel 2004 il tasso standardizzato di incidenza per tubercolosi nei maschi è pari a 9,17 casi ogni 100.000 mentre per le donne è di 4,36 casi.

Dipendenze da sostanza

All'interno della popolazione italiana l'abuso di alcune sostanze illegali (principalmente eroina e cocaina) risulta correlato ad un aumentato rischio di mortalità. La classe d'età maggiormente toccata dal fenomeno consumo è 15-44 anni. A livello italiano si evidenzia un continuo decremento del tasso di mortalità dal 1996 al 2002; il calo risulta particolarmente evidente tra il 1996 (6,31 morti ogni 100.000 ab) e il 1997 (4,71 morti) e tra il 2001 (3,42 morti) e il 2002 (2,17 morti). Si rileva poi un tasso costante fino a fine del 2003 con una successiva inversione di tendenza nel 2004 (2,50 morti) confermata nel 2005 con 2,52 morti.

In Liguria nel 2005 il tasso di mortalità per abuso di stupefacenti nella fascia di età compresa tra 15 e 44 anni è pari a 3,19 con un decremento dello 0,19% su 100.000 abitanti.

Salute materno-infantile

Gli indicatori della salute materno-infantile rappresentano un importante strumento per valutare lo stato di salute di una popolazione.

Abortività volontaria

I dati del 2003 con 124.118 di interruzioni di gravidanza volontarie (IVG) confermano la tendenza alla stabilizzazione del fenomeno, dopo un costante declino iniziato a partire dalla metà degli anni 80. Le regioni del Nord Ovest e del Centro presentano valori superiori alla media nazionale.

Il tasso standardizzato è di 9,2 casi ogni 1.000 donne, mentre il tasso più elevato si osserva nella classe 20-24 anni con 15,1. Questo dato può essere determinato in parte dall'ingresso delle donne straniere, prevalentemente giovani, presenti nel nostro paese che fanno ricorrenza alla IVG.

Osservando il fenomeno per lo stato civile, i livelli di abortività più elevati si osservano tra le persone separate, divorziate e vedove (22,2 per 1.000 nel 1993 e 24,3 nel 2003) che però numericamente costituiscono un gruppo più piccolo.

In Liguria nel 2003, il tasso standardizzato delle interruzioni volontarie della gravidanza è pari a 12,29 casi ogni 1.000 donne.

Abortività spontanea

La normativa italiana definisce l'aborto spontaneo come l'interruzione spontanea della gravidanza entro il 180 giorno di gestazione.

Il trend del rapporto standardizzato mostra un debole andamento crescente fino alla metà degli anni '90, seguito da una fase di stabilizzazione. Le differenze territoriali sono abbastanza marcate: il Centro e il nord Est seguono l'andamento nazionale con valori più elevati della media, mentre il Mezzogiorno con valori inferiori. Tali andamenti possono essere spiegati in parte dalle differenze territoriali dell'età media del parto. L'aumento del rapporto di abortività spontanea può essere attribuibile a vari fattori, quali una diagnosi più precoce della gravidanza, una migliorata notifica



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



dell'evento, l'innalzamento dell'età della madre al parto e in particolare al primo figlio, il ricorso a tecniche di procreazione medicalmente assistita o la diffusione di fattori ambientali e lavorativi che hanno un'influenza negativa sullo sviluppo del feto.

In Italia il rapporto standardizzato per rapporti di abortività spontanea nella classe 15-49 anni è pari a 127,6 donne gravide.

In Liguria, il rapporto standardizzato per abortività spontanea nella classe di età 15-49 è pari a 112,3 donne gravide.

Parti cesarei

La proporzione dei parti cesarei ha subito negli ultimi decenni un costante incremento in molti paesi occidentali, ed in Italia in particolare sono stati raggiunti i valori più elevati al mondo.

Nel 2004 la proporzione dei parti cesarei a livello nazionale è di 38% sul totale.

In Liguria il totale dei parti cesarei nel 2004 è stato del 32,7% sul totale; con un aumento del 4,2 rispetto al 1998.

Incidenti stradali

Gli incidenti, sia domestici che stradali, rappresentano attualmente un problema emergente della Sanità pubblica in Italia.

Gli incidenti stradali nel nostro paese nel 2004 secondo le fonti della polizia di stato sono stati 224.553 di questi ci sono stati 5.625 decessi, con 316.630 feriti. La metà dei decessi avviene prima dei 41 anni d'età ed il 25% prima dei 23 anni.

In Liguria nel 2004 gli incidenti registrati sono pari a 9.133 di cui 119 persone coinvolte sono decedute e 11.851 ferite.

Incidenti sul lavoro

L'inail definisce infortunio sul lavoro la conseguenza di una causa violenta ed esterna verificatasi in occasione del lavoro da cui deriva o la morte o un'inabilità temporanea che comporta l'astensione dal lavoro per oltre tre giorni.

In Italia, la media tra il 2002 e il 2005 di mortalità per infortuni sul lavoro in Italia ogni 100.000 abitanti è pari a 7,85 persone.

In Liguria la media di mortalità per infortuni sul lavoro tra 2002 e 2005, è pari a 7,43 persone su 100.000.

Assistenza territoriale

Negli ultimi anni in Italia si è assistito ad un sostanziale mutamento nel profilo demografico e, di conseguenza, il bisogno socio-sanitario e la domanda emergente della popolazione è cambiata.

Il territorio non è più solo il luogo tradizionale di servizi ambulatoriali di medicina generale, di continuità assistenziale, delle attività distrettuali di tutela della salute collettive e delle strutture residenziali per anziani, ma è diventato anche la sede primaria di promozione della salute, di governo della domanda e dell'integrazione dell'assistenza ospedaliera con le cure primarie, la riabilitazione e di riflesso tutte le forme di assistenza destinate all'accompagnamento di anziani, malati cronici, disabili e più in generale soggetti fragili.

In Italia l'esperienza della domiciliarizzazione dell'assistenza, espressione di funzioni e attività proprie delle cure extraospedaliere è ricca e variegata. Le cure domiciliari includono l'assistenza infermieristica e riabilitativa domiciliare (ADI), l'assistenza programmata domiciliare (ADP) fornita da medici di medicina generale gli assistiti non



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



deambulanti e le applicazione della teleassistenza domiciliare nelle diverse forme di telecontrollo, telesoccorso o teleconsulto.

In Italia, nel 2004 i casi di assistenza domiciliare sono stati 373.424 ovvero 645 casi ogni 100.000 abitanti. Mentre l'assistenza domiciliare agli anziani è stata pari all'84,1% degli anziani residenti.

In Liguria, nel 2004 i casi di assistenza domiciliare sono stati 5.364 ovvero 340 casi ogni 100.000 abitanti. Mentre l'assistenza domiciliare agli anziani è stata pari al 91,7% degli anziani residenti.

Trapianti

Il trapianto di organi e tessuti, associato alla scoperta di nuovi farmaci che migliorano la tolleranza dell'organo trapiantato nel ricevente, è uno dei progressi più rilevanti nella cura di un grande numero di malattie per le quali non esistono cure alternative.

La promozione delle donazioni, dei trapianti e della valutazione di qualità dell'attività di trapianto organi, cellule staminali e tessuti sono obiettivi importanti del sistema sanitario.

I dati al 31/12/2005 dimostrano un aumento dell'attività di donazione e trapianto ottenuto nel nostro paese, nel giro di dieci anni l'Italia è passata dagli ultimi al secondo posto in Europa e al terzo nel mondo. Anche dal punto di vista qualitativo si registrano ottimi risultati. In Italia, il tasso dei donatori effettivi per milione di popolazione al 31/12/05 era di 21.

In Liguria il tasso dei donatori effettivi per milione di popolazione al 31/12/05 era di 40,7.

Spesa sanitaria in rapporto al PIL e spesa sanitaria pubblica pro capite

L'analisi dell'assetto economico finanziario dei sistemi sanitari delle regioni italiane restituisce uno scenario particolarmente eterogeneo. L'attenzione è posta sui fabbisogni della spesa sanitaria a livello regionale e sui relativi disavanzi che, soprattutto in alcune regioni, stanno poetando all'accumularsi di debiti particolarmente ingenti e preoccupanti per la stabilità del sistema economico regionale. La presenza di disavanzi ha spinto molte regioni a trovare soluzioni finanziarie in grado di assicurare la necessaria liquidità per lo svolgimento delle operazioni correnti nell'ambito delle aziende sanitarie.

Il rapporto tra spesa e PIL dovrebbe identificare la disponibilità a spendere per l'assistenza sanitaria di una regione in relazione alle proprie disponibilità in termini di reddito.

La spesa sanitaria pubblica corrente in rapporto al PIL negli anni 2002-2003 ha subito un decremento dello 0,32%.

La spesa pro capite delle regioni italiane mostra una significativa variabilità tra il 2003 e il 2005 con un notevole incremento negli ultimi anni soprattutto a favore delle regioni meridionali.

La spesa sanitaria dell'Italia in rapporto al PIL negli anni 2002-2003 ha subito un decremento dello 0,32%, mentre la spesa sanitaria pubblica pro capite è pari a 1.621euro.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



La spesa sanitaria della Liguria in rapporto al PIL negli anni 2002-2003 ha subito un decremento del 3,06%, la spesa sanitaria pubblica pro capite è pari a 1.833 euro.

Assetto economico-finanziario						
	Spesa sanitaria pubblica pro capite (in €)		Disavanzo sanitario pubblico pro capite (in €)		Utile o perdita media di esercizio pro capite delle Asl (in €)	
	2004	2005	2003	2004	2003	2004
Liguria	1.806	1.833	30,75	105,93	-4,40	-83,73
Italia	1.548	1.621	39,09	105,60	-73,21	-44,07

Spesa sanitaria per livelli essenziali di assistenza LEA

In Italia, con l'Accordo Stato-Regioni, sottoscritto il 22/11/2001 sono stati definiti i livelli essenziali di assistenza (LEA); questi rappresentano le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o in compartecipazione, grazie alle risorse raccolte attraverso il sistema fiscale. La ripartizione dei costi per livelli essenziali di assistenza è relativa all'anno 2003. I macrolivelli che assorbono le maggiori risorse sono l'assistenza ospedaliera che rappresenta il 48,4% dei costi totali e il 47,7% dei costi dell'assistenza distrettuale.

A livello regionale i costi per l'assistenza ospedaliera della Liguria sono pari al 48,8% dei costi totali mentre per l'assistenza distrettuale sono pari a 48,1%.

Disavanzo sanitario pubblico procapite

Il disavanzo sanitario pubblico misura la differenza tra quanto è stato speso e quanto è stato ricevuto come finanziamento. È un indicatore della sostenibilità del processo di devoluzione regionale: disavanzi che tendono strutturalmente ad accentuarsi nel tempo indica la presenza di un problema nella gestione federalista della sanità, mentre peggioramenti a livello di singole regioni indicano un probabile problema gestionale.

In Italia il disavanzo sanitario pubblico procapite nel 2005 è pari a 78,29 € con una variazione assoluta di +55,40.

In Liguria il disavanzo sanitario pubblico procapite nel 2005 è pari a 158,71 € con una variazione assoluta di +78,23.

Ticket

Il ticket farmaceutico rappresenta il contributo che il paziente deve pagare per ottenere farmaci rimborsati dal SSN.

L'indicatore permette di avere una visione d'insieme dell'utilizzo del ticket farmaceutico, evidenziandone, anche alcune caratteristiche, stabilite attraverso la normativa regionale di riferimento. L'utilizzo di questa leva finanziaria dovrebbe servire a frenare la crescita della spesa farmaceutica, che è spesso viziata dalla tendenza ad acquistare farmaci in quantità superiore ai bisogni effettivi.

La differenza tra Regione e Regione nell'applicazione del ticket, in termini di spesa farmaceutica pro capite, non sembrerebbe evidenziare solo una scelta di natura economico-finanziaria pura, ma una scelta legata alle difficoltà di bilancio e alla mancanza di utilizzo di altri strumenti più idonei a raggiungere il contenimento della spesa farmaceutica.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Nel 2005 il totale della compartecipazione richiesta ai cittadini è stato pari a 515 milioni di euro, corrispondenti al 3,8% della spesa lorda complessiva, in riduzione rispetto al 2004 ed al 2003.

L'incidenza del ticket sulla spesa lorda in Italia è stata pari a 8,9€ corrispondente al 3,8% della spesa farmaceutica pro capite.

La Liguria ha una spesa farmaceutica lorda di 4,7€ corrispondente al 2,1% della spesa farmaceutica pro capite.

Rating

Il rating è una valutazione, fornita da parte di un'agenzia privata specializzata, del merito di credito di un soggetto emittente obbligazioni sui mercati finanziari internazionali. È un indicatore della capacità del soggetto di far fronte puntualmente al servizio del debito. Il rating assume rilevanza in quanto fornisce agli operatori finanziari un'informazione omogenea sul grado di rischio degli emittenti e riveste una grande importanza per tutti gli investitori che non sono adeguatamente attrezzati per un'analisi autonoma del rischio di credito.

La scala internazionale che esprime il giudizio di rating è formata dalla combinazione di più lettere in cui la lettera A è utilizzata per esprimere il giudizio più elevato e la lettera C il giudizio più basso. Le regioni italiane hanno valori di rating piuttosto differenti si passa dalla AA della Lombardia alla A3- della Campania.

Le tre maggiori agenzie sono Standard and Poor's, Moody's e Fitch Rating che forniscono una gamma completa di valutazione, differente sia per tipologia dell'emittente che per strumento finanziario.

Le tre principali agenzie hanno dato tre differenti valutazioni per ogni regione italiana, mentre allo Stato Italiano la Fitch ha dato: AA-, Moody's Aa2, e S&P A+

La Liguria non ha avuto nessuna valutazione da parte di Fitch, mentre Moody's attribuisce un Aa3 e S&P attribuisce A+.

Per eventuali approfondimenti

Prof. Pietro Crovari, Dipartimento di Scienze della Salute, Via Pastore, 1
Genova, Tel. 010 3538520



COMUNICATO STAMPA

ROMA, 15 FEBBRAIO 2007

Marche: La più alta speranza di vita a 65 e a 75 anni

E' di 78,8 e di 84,7 anni rispettivamente per gli uomini e per le donne della Regione Marche la speranza di vita alla nascita: la più alta in Italia, che pure è uno dei paesi più longevi al mondo. La speranza di vita della popolazione marchigiana è in aumento e al di sopra della media nazionale. E sempre nelle Marche si registra il tasso di mortalità oltre l'anno di vita (standardizzato per 10.000 abitanti) più basso della Penisola 84,54.

In termini di sopravvivenza, l'Italia è tra i paesi più longevi del mondo, tanto per gli uomini quanto per le donne. I livelli di sopravvivenza così elevati sono il frutto dei continui progressi in medicina e delle migliori condizioni di vita della popolazione che hanno contribuito a ridurre notevolmente i rischi di morte a tutte le età della vita. Al 2004, la speranza di vita alla nascita, mostra l'ormai noto vantaggio delle donne rispetto agli uomini, con un'aspettativa di vita mediamente di 6 anni più elevata per le prime rispetto ai secondi (83,7 anni per le donne contro i 77,7 per gli uomini).

Sono i dati che emergono dal **Rapporto Osservasalute 2006**, un'approfondita analisi dello stato di salute della popolazione e della qualità dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane, pubblicato oggi dall'**Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane** e frutto del lavoro di **oltre 200 ricercatori distribuiti su tutto il territorio italiano**, che operano presso Università, Agenzie regionali e provinciali di sanità, Assessorati regionali e provinciali, Aziende ospedaliere ed Aziende sanitarie, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale Tumori, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Ministero della Salute, Istat.

Sopravvivenza e mortalità

Sopravvivenza e mortalità												
	Speranza di vita alla nascita*				Speranza di vita a 65 anni*				Speranza di vita a 75 anni*			
	2003		2004		2003		2004		2003		2004	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Marche	78,0	83,7	78,8	84,7	17,5	21,4	18,1	22,3	10,6	13,1	11,0	13,7
Italia	76,9	82,6	77,7	83,7	16,8	20,5	17,4	21,4	10,3	12,6	10,7	13,3

L'Italia è tra i paesi più longevi al mondo, tanto per gli uomini quanto per le donne. I livelli di sopravvivenza così elevati sono frutto dei continui progressi in medicina e delle migliori condizioni di vita della popolazione che hanno contribuito a ridurre notevolmente i rischi di morte a tutte le età della vita.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Al 2004, la speranza di vita alla nascita, mostra l'ormai noto vantaggio delle donne rispetto agli uomini, con un'aspettativa di vita mediamente di 6 anni più elevata per le prime rispetto ai secondi (83,7 anni per le donne con un aumento di un anno rispetto al 2003 contro i 77,7 per gli uomini pari a 0,3 anni rispetto al 2003).

Nelle Marche, nel 2004 la speranza di vita alla nascita per gli uomini è pari a 78,8 anni e le donne 84,7; mentre la speranza di vita tra i 65 e i 75 anni è pari a 18,1 anni per gli uomini e 22,3 anni per le donne; a 75 anni la speranza di vita per gli uomini è pari a 11,0 anni e 13,7 anni per le donne.

Mortalità

Nel 2004, ultimo anno in cui è disponibile una stima della mortalità per causa di decesso, il tasso di mortalità standardizzato oltre l'anno di vita è risultato pari a 93 per 10.000 uomini e a 54 per 10.000 donne.

Nelle Marche il tasso di mortalità per gli uomini è pari a 84,54 su 10.000 uomini e a 48,07 su 10.000 donne.

Tra le cause di morte, le maggiori responsabili dell'aumento del rischio di morte degli uomini, tra il 2002 e il 2003 sono state le malattie cardio-respiratorie: quasi tutte le regioni hanno assistito ad un incremento nel rischio di morte per tale causa in Italia, su 10.000 abitanti il tasso di mortalità per gli uomini è pari a 6,83 e per le donne è pari a 2,43.

Nelle Marche il tasso di mortalità dovuto a malattie per l'apparato respiratorio su 10.000 abitanti è pari a 6,48 per gli uomini con un decremento rispetto al 2003 dello 1,21% e 1,89 per le donne con un decremento dello 0,81.

Per alcune regioni le malattie del sistema circolatorio hanno avuto un forte impatto sull'incidenza del tasso di mortalità, che per gli uomini è pari al 34,34 su 10.000 abitanti con un decremento del 3,78% e per le donne è pari a 22,16 con un decremento del 3,34%. **Nelle Marche tale tasso è pari a 31,36 per gli uomini con un decremento del 4,64 e per le donne è pari al 19,64 con un decremento del 4,12.**

Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione

Fattori di rischio e stili di vita								
	Prevalenza di fumatori di 14 anni e oltre		% persone obese		% persone in sovrappeso		Prevalenza consumatori bevande alcoliche di 11 anni e oltre	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2003	
							M	F
Marche	21,3	23,1	7,3	9,0	32,0	35,3	88,5	68,0
Italia	23,7	25,0	8,5	9,0	33,5	33,6	84,7	59,8

Il fumo

La lotta al tabagismo rappresenta uno degli obiettivi prioritari delle politiche sanitarie; la prevalenza di fumatori permette di misurare il fenomeno e programmare interventi finalizzati al suo contenimento nella popolazione. I dati rilevati nell'ambito



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



dell'Indagine Multiscopo sulle famiglie Stili di vita e condizioni di salute nell'anno 2005, mostrano che l'abitudine al fumo riguarda circa il 25% della popolazione italiana, la prevalenza dei non fumatori e degli ex fumatori è rispettivamente di circa 53% ed il 21,3%. Inoltre si osserva un decremento significativo della percentuale di fumatrici (dal 17,4% al 15,8%) .

In Italia la percentuale di fumatori è pari a 25% della popolazione residente, mentre gli ex fumatori sono il 21,3% e i non fumatori il 53%.

Nelle Marche la percentuale di fumatori è pari a 23,1% della popolazione residente, mentre gli ex fumatori sono il 22,8% e i non fumatori il 51,6%.

Sovrappeso e obesità

L'epidemia di obesità si sta rapidamente diffondendo: nel mondo circa 300 milioni di individui sono obesi, il tasso di incidenza è in continuo ed allarmante aumento e si stima che nel 2010 circa 150 milioni di adulti saranno affetti da questo problema.

Solo poco più della metà della popolazione italiana è in normopeso: il 42,6% è in eccesso ponderale. Nel confronto temporale tra il 2002 e il 2003 il dato relativo all'obesità presenta un aumento da 8,5% a 9%.

In Italia la prevalenza di persone di 18 anni e oltre in sovrappeso è 33,6% della popolazione totale, mentre quelle in sovrappeso sono pari a 9,0%.

Nelle Marche la prevalenza di persone di 18 anni e oltre in sovrappeso è 35,3% della popolazione totale, mentre quelle in sovrappeso sono pari a 9,0%.

Ambiente

L'inquinamento da polveri fini (PM₁₀), originato sia da sorgenti naturali che antropiche, provoca effetti sulla salute a breve, medio e lungo termine dovuti ad una compromissione dell'apparato respiratorio con danni acuti e cronico degenerativi.

L'incremento delle concentrazioni sembrerebbe essere accentuato durante i mesi invernali. L'analisi dei dati relativi alla "media annua delle concentrazioni medie giornaliere delle polveri fini" mostrerebbe che quattro regioni (Veneto, Marche, Lombardia e Valle d'Aosta) superano il valore limite. Un esame disaggregato dei dati derivanti da 76 comuni dimostra che in 31 comuni almeno una centralina ha registrato un valore medio annuo superiore al limite di riferimento.

In Italia la media annua delle concentrazioni medie giornaliere delle PM₁₀ è pari a 33, sono presenti 10 stazioni per ogni 382.397 abitanti e il limite è stato superato con una media di 53 giorni.

Nel 2004 nelle Marche la media annua delle concentrazioni giornaliere delle PM₁₀ è pari a 45 con una diminuzione rispetto alle concentrazioni del 2003, sono presenti 6 stazioni per il rilevamento delle PM₁₀, il cui limite è stato superato per circa 58 giorni.

Ambiente				
	Media annua delle concentrazioni medie giornaliere di PM10		N° medio gg di superamento limite delle concentrazioni medie giornaliere	
	2003	2004	2003	2004
Marche	n.s.	45	n.s.	58



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Italia	41	33	80	53
--------	----	----	----	----

Salute immigrati

All'inizio del 2006 gli immigrati presenti regolarmente in Italia erano 3.035.000 secondo la stima dell'Equipe del Dossier statistico Immigrazione Caritas/Migrantes. Ai dati ufficiali vanno aggiunti coloro che sono presenti irregolarmente e quindi complessivamente si può indicare la presenza di circa 3.500.000 persone.

Come conseguenza dell'aumento del fenomeno migratorio si è osservato in Italia un incremento nel tempo delle nascite da cittadini stranieri.

In Italia i nati vivi con almeno uno dei genitori cittadino straniero sono pari a 65.062 bambini, con una prevalenza di entrambi i genitori stranieri (46.598).

Nelle Marche i nati vivi con almeno un cittadino straniero sono pari a 2.266 bambini di cui 1.663 hanno entrambi i genitori stranieri.

Negli ultimi anni si è evidenziato un incremento del numero di interruzioni volontarie di gravidanza (38.364) da parte di donne straniere immigrate in Italia. La maggior parte delle donne straniere che abortisce in Italia sono donne nate nell'Est Europa (17.350 interruzioni di gravidanza), ma anche in paesi del Centro-Sud America (7.090), dell'Africa (6.169) e dell'Asia (3.865).

Nelle Marche il totale delle interruzioni di gravidanza da parte di donne immigrate nel nostro paese è pari a 970.

Nel decennio di osservazione (1992-2002) l'ammontare complessivo dei decessi tra gli stranieri oltre il primo anno di vita in Italia supera le 32.000 unità con un andamento crescente che mostra negli anni delle forti correlazioni con il processo legislativo delle regolarizzazioni della popolazione straniera.

Il tasso standardizzato di mortalità per 10.000 stranieri residenti in Italia è pari a 20,03.

Nelle Marche il tasso standardizzato di mortalità per 10.000 stranieri residenti è pari a 23,96.

Tumori

A seguito della crisi del 2003, i tumori maligni dello stomaco mantengono un andamento piuttosto stabile, nel 2004 il tasso standardizzato è pari a 2,2 per 10.000 uomini e a 1,1 per le donne come pure i tumori maligni del colon, retto e ano (3,2 uomini e 1,9 donne ogni 10.000); continuano a ridursi i tumori maligni di trachea, bronchi e polmoni per gli uomini (8,7 per 10.000 ab.) ma continuano ad aumentare quelli delle donne (1,8 per 10.000 ab. pari ad un aumento dello 0,12%).

Secondo i dati osservati dai Registri Tumore di popolazione emerge che i tumori più frequenti tra gli uomini sono il tumore della prostata, del polmone e del colon-retto mentre tra le donne sono il tumore della mammella, del colon-retto e del polmone.

Il rischio oncologico delle regioni del Sud è stato sempre stimato essere più basso di quello delle regioni del Nord anche se negli ultimi anni questa differenza si è ridotta notevolmente.

I tassi di incidenza delle donne invece sono in aumento in tutte le regioni, ma la crescita sembra sempre più accentuata in alcune regioni del sud.

In Italia, nel periodo che va dal 2001 al 2006 il tasso medio di incidenza di tutti i tumori per 100.000 abitanti è pari a 304,5.

Nelle Marche, nel periodo che va da 2001 al 2006 il tasso medio di incidenza di tutti i tumori per 100.000 abitanti è pari a 300,4.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Tumore alla mammella

Il tumore alla mammella è il tumore più frequente nelle donne dei paesi occidentali, per le quali il rischio di ammalarsi nel corso della vita giunge fino al 10-11%. L'incidenza del tumore alla mammella in Italia nel quinquennio 2001-2006 rispetto al precedente 1995-2000 è in lieve aumento. I tassi di incidenza del tumore alla mammella sono in aumento in tutte le regioni italiane, presumibilmente in associazione con la diffusione dei programmi di screening organizzati e dell'aumentata attenzione a controlli in fase preclinica.

In Italia, il tasso di incidenza del tumore alla mammella nelle donne è pari a 92,6 su 100.000 abitanti con un aumento del 1,5%

Nelle Marche, nel periodo 2001-2006 questo tasso è pari a 96,9 con un incremento del 3,3% delle donne rispetto al quinquennio precedente.

Tumore del colon retto

In Europa il timore del colon retto è la seconda neoplasia più comune in entrambi i sessi. In Italia l'incidenza del tumore del colon-retto 1995-2000 verso 2001-2006 è complessivamente in aumento, a causa del trend di crescita negli uomini (da 60 a 66 casi per 100.000); l'aumento dei tassi si verifica in tutte le fasce d'età, ma è più evidente nella fascia tra 75-84 anni

Nelle Marche il tasso standardizzato totale per il periodo 2001-2006 è pari a 48,5 casi ogni 100.000 abitanti così diviso 63,0 per gli uomini e 36,8 per le donne.

Tumore del Polmone

Il **cancro polmonare** è una delle neoplasie maligne più frequentemente diagnosticate nel mondo. In Italia, nel periodo 2001-2006, l'incidenza del tumore polmonare, è in riduzione rispetto al precedente periodo (1995-2000) ed è pari a 72 casi ogni 100.000 uomini e dimostra valori costanti per le donne pari a 14 casi ogni 100.000, ma vi sono preoccupanti segnali di incremento in alcune regioni.

Nelle Marche il tasso medio di incidenza per tumore del polmone per classe di età 0-84 anni ogni 100.000 abitanti nel periodo 2001-2006 è pari ad un tasso standardizzato del 32,0 casi diviso in 55,3 casi per gli uomini con una diminuzione del 11,9% e del 12,4 casi per le donne con un incremento dell'1,7%.

Screening

Prosegue l'estensione nel territorio nazionale dell'attività di screening organizzato per i tumori femminili e per quelli del colon retto. A fronte di una maggiore diffusione nelle regione del Centro e del Nord Italia, le regione del sud si stanno attivando, anche sotto l'impulso della legge 138/2004 del CCM e al coordinamento del OMS.

Screening mammografico

L'attivazione di programmi di screening per tumore alla mammella è raccomandata in Italia con programmi organizzati su un invito attivo ed è richiesta nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza. Nel 2004 vi è stata una ulteriore espansione dei programmi di screening ed è stata pari al 68,7%. Questo significa che due donne su tre risiedono in un territorio in cui è stato attivato un programma di screening



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



mammografico. Le donne che hanno realmente ricevuto un invito a partecipare al programma di screening mammografico hanno avuto un incremento pari a circa il 24%.

In Italia, nel 2004 la percentuale di donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni inseriti in un programma di screening mammografico mostra un'estensione teorica è pari a 68,7% con un incremento del 12,5% di cui l'estensione effettiva è pari a 51,1%.

Nelle Marche, nel 2004 la percentuale di donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni inseriti in un programma di screening mammografico mostra un'estensione teorica è pari a 70,8% uguale al 2003 di cui l'estensione effettiva è pari a 58,7%.

Malattie infettive

Nel corso del XX secolo la scoperta di antibiotici sempre più attivi, la produzione di vaccini efficaci e l'applicazione di idonee misure di igiene ambientale hanno contrastato con grande efficacia un crescente numero di malattie infettive. La prevalenza di molte patologie infettive è gradualmente diminuita soprattutto nei paesi industrializzati. Questi successi hanno favorito la diffusione dell'idea che le malattie infettive siano state vinte. Ma questo concetto non è propriamente giusto se si pensa ai paesi sottosviluppati, e se si esamina che per alcune malattie (AIDS, EBOLA; SARS etc) sono aumentate le aspettative di vita, ma sono ancora causa di morte.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che entro il 2015 saranno disponibili ben 36 nuovi vaccini (ad esempio contro l'HIV o il virus C dell'epatite) o migliorati (ad esempio contro il virus B dell'epatite o la febbre tifoide).

Malattie infettive				
	Tasso di incidenza AIDS (per 100.000)		Tasso std di incidenza epatite A (per 100.000)	
	2004	2005	2003	2004
Marche	2,98	2,20	1,87	1,05
Italia	2,85	1,80	3,33	4,25

Incidenza AIDS

In Italia, dal 1994 al 2005 sono stati notificati 32.996 casi di AIDS con un tasso di incidenza di 1,8 nuovi casi ogni 100.000 abitanti. Per quanto riguarda i tassi di incidenza si è registrata una sensibile diminuzione a partire dal 1996/97 a livello di tutti gli ambiti regionali. Il trend coincide con l'ingresso in Italia di farmaci antiretrovirali che hanno ridotto il rischio di progressione in AIDS degli HIV positivi aumentando pertanto la quota dei soggetti sieropositivi.

Nelle Marche nel 2005 sono stati registrati 27 nuovi casi di AIDS con un tasso di incidenza pari a 2,2 nuovi casi ogni 100.000 abitanti.

Epatite A

L'epidemia in Italia viene considerata a basse endemia, nel 2004 il tasso di incidenza è stato di 4 casi ogni 100.000 abitanti.

Nelle Marche il tasso di incidenza di epatite A per l'anno 2004 è pari a 1,05 casi su 100.000 abitanti con una diminuzione dello 0,82% rispetto al 2003.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Tubercolosi

L'Italia è stata classificata come paese a bassa incidenza di tubercolosi. In base ai dati ricavati dalle notifiche obbligatorie nell'anno 2004, il tasso di incidenza di tubercolosi per gli uomini è pari a 8,70 casi per 100.000 residenti quasi il doppio rispetto a quello registrato per le donne (5,45 per 100.000 ab.)

Nelle Marche nel 2004 il tasso standardizzato di incidenza per tubercolosi nei maschi è pari a 6,37 casi ogni 100.000 mentre per le donne è di 3,29 casi.

Dipendenze da sostanza

All'interno della popolazione italiana l'abuso di alcune sostanze illegali (principalmente eroina e cocaina) risulta correlato ad un aumentato rischio di mortalità. La classe d'età maggiormente toccata dal fenomeno consumo è 15-44 anni. A livello italiano si evidenzia un continuo decremento del tasso di mortalità dal 1996 al 2002; il calo risulta particolarmente evidente tra il 1996 (6,31 morti ogni 100.000 ab) e il 1997 (4,71 morti) e tra il 2001 (3,42 morti) e il 2002 (2,17 morti). Si rileva poi un tasso costante fino a fine del 2003 con una successiva inversione di tendenza nel 2004 (2,50 morti) confermata nel 2005 con 2,52 morti.

Nelle Marche nel 2005 il tasso di mortalità per abuso di stupefacenti nella fascia di età compresa tra 15 e 44 anni è pari a 3,67 con un aumento dell'1,33% su 100.000 abitanti.

Salute materno-infantile

Gli indicatori della salute materno-infantile rappresentano un importante strumento per valutare lo stato di salute di una popolazione.

Abortività volontaria

I dati del 2003 con 124.118 di interruzioni di gravidanza volontarie (IVG) confermano la tendenza alla stabilizzazione del fenomeno, dopo un costante declino iniziato a partire dalla metà degli anni 80. le regioni del Nord Ovest e del Centro presentano valori superiori alla media nazionale.

Il tasso standardizzato è di 9,2 casi ogni 1.000 donne, mentre il tasso più elevato si osserva nella classe 20-24 anni con 15,1. Questo dato può essere determinato in parte dall'ingresso delle donne straniere, prevalentemente giovani, presenti nel nostro paese che fanno ricorrenza alla IVG.

Osservando il fenomeno per lo stato civile, i livelli di abortività più elevati si osservano tra le persone separate, divorziate e vedove (22,2 per 1.000 nel 1993 e 24,3 nel 2003) che però numericamente costituiscono un gruppo più piccolo.

Nelle Marche, nel 2003, il tasso standardizzato delle interruzioni volontarie della gravidanza è pari a 7,86 casi ogni 1.000 donne.

Abortività spontanea

La normativa italiana definisce l'aborto spontaneo come l'interruzione spontanea della gravidanza entro il 180 giorno di gestazione.

Il trend del rapporto standardizzato mostra un debole andamento crescente fino alla metà degli anni '90, seguito da una fase di stabilizzazione. Le differenze territoriali sono abbastanza marcate: il Centro e il nord Est seguono l'andamento nazionale con valori più elevati della media, mentre il Mezzogiorno con valori inferiori. Tali andamenti possono essere spiegati in parte dalle differenze territoriali dell'età media del parto. L'aumento del rapporto di abortività spontanea può essere attribuibile a vari



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



fattori, quali una diagnosi più precoce della gravidanza, una migliorata notifica dell'evento, l'innalzamento dell'età della madre al parto e in particolare al primo figlio, il ricorso a tecniche di procreazione medicalmente assistita o la diffusione di fattori ambientali e lavorativi che hanno un'influenza negativa sullo sviluppo del feto.

In Italia il rapporto standardizzato per rapporti di abortività spontanea nella classe 15-49 anni è pari a 127,6 donne gravide.

Nelle Marche il rapporto standardizzato per abortività spontanea nella classe di età 15-49 è pari a 117,7 donne gravide.

Parti cesarei

La proporzione dei parti cesarei ha subito negli ultimi decenni un costante incremento in molti paesi occidentali, ed in Italia in particolare sono stati raggiunti i valori più elevati al mondo.

Nel 2004 la proporzione dei parti cesarei a livello nazionale è di 38% sul totale.

Nelle Marche il totale dei parti cesarei nel 2004 è stato del 35,5% sul totale; con un aumento del 2,3 rispetto al 1998.

Incidenti stradali

Gli incidenti, sia domestici che stradali, rappresentano attualmente un problema emergente della Sanità pubblica in Italia.

Gli incidenti stradali nel nostro paese nel 2004 secondo le fonti della polizia di stato sono stati 224.553 di questi ci sono stati 5.625 decessi, con 316.630 feriti. La metà dei decessi avviene prima dei 41 anni d'età ed il 25% prima dei 23 anni.

Nelle Marche, nel 2004 gli incidenti registrati sono pari a 7.556 di cui 183 persone coinvolte sono decedute e 11.030 ferite.

Incidenti sul lavoro

L'inail definisce infortunio sul lavoro la conseguenza di una causa violenta ed esterna verificatasi in occasione del lavoro da cui deriva o la morte o un'inabilità temporanea che comporta l'astensione dal lavoro per oltre tre giorni.

In Italia, la media tra il 2002 e il 2005 di mortalità per infortuni sul lavoro in Italia ogni 100.000 abitanti è pari a 7,85 persone.

Nelle Marche, la media del tasso di mortalità per infortuni sul lavoro tra 2002 e 2005, è pari a 9,52 persone su 100.000.

Assistenza territoriale

Negli ultimi anni in Italia si è assistito ad un sostanziale mutamento nel profilo demografico e, di conseguenza, il bisogno socio-sanitario e la domanda emergente della popolazione è cambiata.

Il territorio non è più solo il luogo tradizionale di servizi ambulatoriali di medicina generale, di continuità assistenziale, delle attività distrettuali di tutela della salute collettive e delle strutture residenziali per anziani, ma è diventato anche la sede primaria di promozione della salute, di governo della domanda e dell'integrazione dell'assistenza ospedaliera con le cure primarie, la riabilitazione e di riflesso tutte le forme di assistenza destinate all'accompagnamento di anziani, malati cronici, disabili e più in generale soggetti fragili.

In Italia l'esperienza della domiciliarizzazione dell'assistenza, espressione di funzioni e attività proprie delle cure extraospedaliere è ricca e variegata. Le cure domiciliari includono l'assistenza infermieristica e riabilitativa domiciliare (ADI), l'assistenza programmata domiciliare (ADP) fornita da medici di medicina generale gli assistiti non



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



deambulanti e le applicazione della teleassistenza domiciliare nelle diverse forme di telecontrollo, telesoccorso o teleconsulto.

In Italia, nel 2004 i casi di assistenza domiciliare sono stati 373.424 ovvero 645 casi ogni 100.000 abitanti. Mentre l'assistenza domiciliare agli anziani è stata pari all'84,1% degli anziani residenti.

Nelle Marche, nel 2004 i casi di assistenza domiciliare sono stati 10.025 ovvero 666 casi ogni 100.000 abitanti. Mentre l'assistenza domiciliare agli anziani è stata pari all'89,4% degli anziani residenti.

Trapianti

Il trapianto di organi e tessuti, associato alla scoperta di nuovi farmaci che migliorano la tolleranza dell'organo trapiantato nel ricevente, è uno dei progressi più rilevanti nella cura di un grande numero di malattie per le quali non esistono cure alternative.

La promozione delle donazioni, dei trapianti e della valutazione di qualità dell'attività di trapianto organi, cellule staminali e tessuti sono obiettivi importanti del sistema sanitario.

I dati al 31/12/2005 dimostrano un aumento dell'attività di donazione e trapianto ottenuto nel nostro paese, nel giro di dieci anni l'Italia è passata dagli ultimi al secondo posto in Europa e al terzo nel mondo. Anche dal punto di vista qualitativo si registrano ottimi risultati.

In Italia, il tasso dei donatori effettivi per milione di popolazione al 31/12/05 era di 21.

Nelle Marche il tasso dei donatori effettivi per milione di popolazione al 31/12/05 era di 30,6.

Spesa sanitaria in rapporto al PIL e spesa sanitaria pubblica pro capite

L'analisi dell'assetto economico finanziario dei sistemi sanitari delle regioni italiane restituisce uno scenario particolarmente eterogeneo. L'attenzione è posta sui fabbisogni della spesa sanitaria a livello regionale e sui relativi disavanzi che, soprattutto in alcune regioni, stanno poetando all'accumularsi di debiti particolarmente ingenti e preoccupanti per la stabilità del sistema economico regionale. La presenza di disavanzi ha spinto molte regioni a trovare soluzioni finanziarie in grado di assicurare la necessaria liquidità per lo svolgimento delle operazioni correnti nell'ambito delle aziende sanitarie.

Il rapporto tra spesa e PIL dovrebbe identificare la disponibilità a spendere per l'assistenza sanitaria di una regione in relazione alle proprie disponibilità in termini di reddito.

La spesa sanitaria pubblica corrente in rapporto al PIL negli anni 2002-2003 ha subito un decremento dello 0,32%.

La spesa pro capite delle regioni italiane mostra una significativa variabilità tra il 2003 e il 2005 con un notevole incremento negli ultimi anni soprattutto a favore delle regioni meridionali.

La spesa sanitaria dell'Italia in rapporto al PIL negli anni 2002-2003 ha subito un decremento dello 0,32%, mentre la spesa sanitaria pubblica pro capite è pari a 1.621 euro.

La spesa sanitaria delle Marche in rapporto al PIL negli anni 2002-2003 ha subito un decremento del 4,13%, mentre la spesa sanitaria pubblica pro capite è pari a 1.542 euro nel 2005.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Assetto economico-finanziario

	Spesa sanitaria pubblica pro capite (in €)		Disavanzo sanitario pubblico pro capite (in €)		Utile o perdita media di esercizio pro capite delle Asl (in €)	
	2004	2005	2003	2004	2003	2004
Marche	1.506	1.542	47,97	107,67	-52,85	-128,2
Italia	1.548	1.621	39,09	105,60	-73,21	-44,07

Spesa sanitaria per livelli essenziali di assistenza LEA

In Italia, con l'Accordo Stato-Regioni, sottoscritto il 22/11/2001 sono stati definiti i livelli essenziali di assistenza (LEA); questi rappresentano le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o in compartecipazione, grazie alle risorse raccolte attraverso il sistema fiscale. La ripartizione dei costi per livelli essenziali di assistenza è relativa all'anno 2003. I macrolivelli che assorbono le maggiori risorse sono l'assistenza ospedaliera che rappresenta il 48,4% dei costi totali e il 47,7% dei costi dell'assistenza distrettuale.

A livello regionale i costi per l'assistenza ospedaliera delle Marche sono pari al 46,6% dei costi totali mentre per l'assistenza distrettuale sono pari a 49,5%.

Disavanzo sanitario pubblico procapite

Il disavanzo sanitario pubblico misura la differenza tra quanto è stato speso e quanto è stato ricevuto come finanziamento. È un indicatore della sostenibilità del processo di devoluzione regionale: disavanzi che tendono strutturalmente ad accentuarsi nel tempo indica la presenza di un problema nella gestione federalista della sanità, mentre peggioramenti a livello di singole regioni indicano un probabile problema gestionale.

In Italia il disavanzo sanitario pubblico procapite nel 2005 è pari a 78,29 € con una variazione assoluta di +55,40.

Nelle Marche il disavanzo sanitario pubblico procapite nel 2005 è pari a 10,63 € con una variazione assoluta di -41,43 euro pro capite.

Ticket

Il ticket farmaceutico rappresenta il contributo che il paziente deve pagare per ottenere farmaci rimborsati dal SSN.

L'indicatore permette di avere una visione d'insieme dell'utilizzo del ticket farmaceutico, evidenziandone, anche alcune caratteristiche, stabilite attraverso la normativa regionale di riferimento. L'utilizzo di questa leva finanziaria dovrebbe servire a frenare la crescita della spesa farmaceutica, che è spesso viziata dalla tendenza ad acquistare farmaci in quantità superiore ai bisogni effettivi.

La differenza tra Regione e Regione nell'applicazione del ticket, in termini di spesa farmaceutica pro capite, non sembrerebbe evidenziare solo una scelta di natura economico-finanziaria pura, ma una scelta legata alle difficoltà di bilancio e alla mancanza di utilizzo di altri strumenti più idonei a raggiungere il contenimento della spesa farmaceutica.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Nel 2005 il totale della compartecipazione richiesta ai cittadini è stato pari a 515 milioni di euro, corrispondenti al 3,8% della spesa lorda complessiva, in riduzione rispetto al 2004 ed al 2003.

L'incidenza del ticket sulla spesa lorda in Italia è stata pari a 8,9€ corrispondente al 3,8% della spesa farmaceutica pro capite.

Le Marche hanno una spesa farmaceutica lorda di 1,9€ corrispondente allo 0,9% della spesa farmaceutica pro capite.

Rating

Il rating è una valutazione, fornita da parte di un'agenzia privata specializzata, del merito di credito di un soggetto emittente obbligazioni sui mercati finanziari internazionali. È un indicatore della capacità del soggetto di far fronte puntualmente al servizio del debito. Il rating assume rilevanza in quanto fornisce agli operatori finanziari un'informazione omogenea sul grado di rischio degli emittenti e riveste una grande importanza per tutti gli investitori che non sono adeguatamente attrezzati per un'analisi autonoma del rischio di credito.

La scala internazionale che esprime il giudizio di rating è formata dalla combinazione di più lettere in cui la lettera A è utilizzata per esprimere il giudizio più elevato e la lettera C il giudizio più basso. Le regioni italiane hanno valori di rating piuttosto differenti si passa dalla AA della Lombardia alla A3- della Campania.

Le tre maggiori agenzie sono Standard and Poor's, Moody's e Fitch Rating che forniscono una gamma completa di valutazione, differente sia per tipologia dell'emittente che per strumento finanziario.

Le tre principali agenzie hanno dato tre differenti valutazioni per ogni regione italiana, mentre allo Stato Italiano la Fitch ha dato: AA-, Moody's Aa2, e S&P A+

Le Marche hanno avuto nessuna valutazione da parte di Fitch, da parte di Moody's una Aa3 e S&P attribuisce una A+.

Per eventuali approfondimenti

Prof.ssa Flavia Carle, Centro di Epidemiologia, Biostatistica e Informatica Medica, facoltà di medicina e Chirurgia, Università Politecnica delle Marche, tel. 071 2206020, cell 3488539594



COMUNICATO STAMPA

ROMA, 15 FEBBRAIO 2007

Piemonte: La più bassa prevalenza di persone sovrappeso e obese di Italia

In Piemonte c'è la più bassa prevalenza di persone di 18 anni e oltre sovrappeso, pari a 29,4%, e con il 7,6% particolarmente bassa è anche la prevalenza di persone obese. In Italia i dati riferiti al 2003 indicano rispettivamente le percentuali di 33,6 e 9. L'epidemia di obesità sta rapidamente diffondendosi: nel mondo circa 300 milioni di individui sono obesi, il tasso di incidenza è in continuo ed allarmante aumento e si stima che nel 2010 circa 150 milioni di adulti saranno affetti da questo problema.

L'obesità rappresenta uno dei principali fattori di rischio per la salute, può favorire l'insorgenza di importanti e frequenti malattie (tra cui le cardiovascolari e il diabete) ed è responsabile del 2-8% dei costi globali per la sanità. Riferendoci al 2003, in Piemonte si registrano percentuali particolarmente alte di persone (maggiori di tre anni di età) che consumano quotidianamente ortaggi 54,5, verdura (60,8%) e frutta (81,6%). La media nazionale è rispettivamente 42,4 %, 48,5% e 76,7%. Il profilo di consumo alimentare di una popolazione costituisce un importante elemento di valutazione per i legami che ha con lo stato di nutrizione, di salute e, più in generale, di benessere dell'essere umano.

Sono i dati che emergono dal **Rapporto Osservasalute 2006**, un'approfondita analisi dello stato di salute della popolazione e della qualità dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane, pubblicato oggi dall'**Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane** e frutto del lavoro di **oltre 200 ricercatori distribuiti su tutto il territorio italiano**, che operano presso Università, Agenzie regionali e provinciali di sanità, Assessorati regionali e provinciali, Aziende ospedaliere ed Aziende sanitarie, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale Tumori, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Ministero della Salute, Istat

Sopravvivenza e mortalità

	Speranza di vita alla nascita				Speranza di vita a 65 anni*				Speranza di vita a 75 anni*			
	2003		2004		2003		2004		2003		2004	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Piemonte	76,3	82,2	77,4	83,6	16,5	20,4	17,3	21,4	10,0	12,4	10,5	13,3
Italia	76,9	82,6	77,7	83,7	16,8	20,5	17,4	21,4	10,3	12,6	10,7	13,3

L'Italia è tra i paesi più longevi al mondo, tanto per gli uomini quanto per le donne. I livelli di sopravvivenza così elevati sono frutto dei continui progressi in medicina e



delle migliori condizioni di vita della popolazione che hanno contribuito a ridurre notevolmente i rischi di morte a tutte le età della vita.

Al 2004, la speranza di vita alla nascita, mostra l'ormai noto vantaggio delle donne rispetto agli uomini, con un'aspettativa di vita mediamente di 6 anni più elevata per le prime rispetto ai secondi (83,7 anni per le donne con un aumento di un anno rispetto al 2003 contro i 77,7 per gli uomini pari a 0,3 anni rispetto al 2003).

In Piemonte e Valle D'Aosta nel 2004 la speranza di vita alla nascita per gli uomini è pari a 77,4 anni e le donne 83,6; mentre la speranza di vita tra i 65 e i 75 anni è pari a 17,3 anni per gli uomini e 21,4 anni per le donne; a 75 anni la speranza di vita per gli uomini è pari a 10,5 anni e 13,3 anni per le donne.

Nel 2004, ultimo anno in cui è disponibile una stima della mortalità per causa di decesso, il tasso di mortalità standardizzato oltre l'anno di vita è risultato pari a 93 per 10.000 uomini e a 54 per 10.000 donne.

In Piemonte il tasso di mortalità per gli uomini è pari a 95,82 su 10.000 uomini e a 55,18 su 10.000 donne.

Tra le cause di morte, le maggiori responsabili dell'aumento del rischio di morte degli uomini, tra il 2002 e il 2003 sono state le malattie cardio-respiratorie: quasi tutte le regioni hanno assistito ad un incremento nel rischio di morte per tale causa in Italia, su 10.000 abitanti il tasso di mortalità per gli uomini è pari a 6,83 e per le donne è pari a 2,43.

In Piemonte il tasso di mortalità dovuto a malattie per l'apparato respiratorio su 10.000 abitanti è pari a 8,12 per gli uomini con un decremento rispetto al 2003 del 1,62% e 3,10 per le donne con un decremento dello 0,88%.

Per alcune regioni le malattie del sistema circolatorio hanno avuto un forte impatto sull'incidenza del tasso di mortalità, che per gli uomini è pari al 34,34 su 10.000 abitanti con un decremento del 3,78% e per le donne è pari a 22,16 con un decremento del 3,34%.

In Piemonte tale tasso è pari a 34,41 per gli uomini con un decremento del 3,87% e per le donne è pari al 22,20 con un decremento del 3,85%.

Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione

Fattori di rischio e stili di vita								
	Prevalenza di fumatori di 14 anni e oltre		% persone obese		% persone in sovrappeso		Prevalenza consumatori bevande alcoliche di 11 anni e oltre**	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2003	
							M	F
Piemonte	23,9	24,1	8,1	7,6	28,9	29,4	84,4	62,0
Italia	23,7	25,0	8,5	9,0	33,5	33,6	84,7	59,8

** i dati del Piemonte sono stati accorpati a quelli della Valle d'Aosta

Il fumo

La lotta al tabagismo rappresenta uno degli obiettivi prioritari delle politiche sanitarie; la prevalenza di fumatori permette di misurare il fenomeno e programmare interventi



finalizzati al suo contenimento nella popolazione. I dati rilevati nell'ambito dell'Indagine Multiscopo sulle famiglie Stili di vita e condizioni di salute nell'anno 2005, mostrano che l'abitudine al fumo riguarda circa il 25% della popolazione italiana, la prevalenza dei non fumatori e degli ex fumatori è rispettivamente di circa 53% ed il 21,3%. Inoltre si osserva un decremento significativo della percentuale di fumatrici (dal 17,4% al 15,8%) .

In Italia la percentuale di fumatori è pari a 25% della popolazione residente, mentre gli ex fumatori sono il 21,3% e i non fumatori il 53%.

In Piemonte la percentuale di fumatori è pari a 24,1% della popolazione residente, mentre gli ex fumatori sono il 22,8% e i non fumatori il 51,1%.

Sovrappeso e obesità

L'epidemia di obesità si sta rapidamente diffondendo: nel mondo circa 300 milioni di individui sono obesi, il tasso di incidenza è in continuo ed allarmante aumento e si stima che nel 2010 circa 150 milioni di adulti saranno affetti da questo problema.

Solo poco più della metà della popolazione italiana è in normopeso: il 42,6% è in eccesso ponderale. Nel confronto temporale tra il 2002 e il 2003 il dato relativo all'obesità presenta un aumento da 8,5% a 9%.

In Italia la prevalenza di persone di 18 anni e oltre in sovrappeso è 33,6% della popolazione totale, mentre quelle in sovrappeso sono pari a 9,0%.

In Piemonte la prevalenza di persone di 18 anni e oltre in sovrappeso è 29,4% della popolazione totale, mentre quelle in sovrappeso sono pari a 7,6%.

Ambiente

L'inquinamento da polveri fini (PM₁₀), originato sia da sorgenti naturali che antropiche, provoca effetti sulla salute a breve, medio e lungo termine dovuti ad una compromissione dell'apparato respiratorio con danni acuti e cronico degenerativi.

L'incremento delle concentrazioni sembrerebbe essere accentuato durante i mesi invernali. L'analisi dei dati relativi alla "media annua delle concentrazioni medie giornaliere delle polveri fini" mostrerebbe che quattro regioni (Veneto, Marche, Lombardia e Valle d'Aosta) superano il valore limite. Un esame disaggregato dei dati derivanti da 76 comuni dimostra che in 31 comuni almeno una centralina ha registrato un valore medio annuo superiore al limite di riferimento.

In Italia la media annua delle concentrazioni medie giornaliere delle PM₁₀ è pari a 33, sono presenti 10 stazioni per ogni 382.397 abitanti e il limite è stato superato con una media di 53 giorni.

Nel 2004 in Piemonte la media annua delle concentrazioni giornaliere delle PM₁₀ è pari a 37 con una diminuzione rispetto alle concentrazioni del 2003, sono presenti 12 stazioni per il rilevamento delle PM₁₀, il cui limite è stato superato per circa 76 giorni.

Ambiente				
	Media annua delle concentrazioni medie giornaliere di PM10		N° medio gg di superamento limite delle concentrazioni medie giornaliere	
	2003	2004	2003	2004
Piemonte	41	37	79	76



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Italia	41	33	80	53
--------	----	----	----	----

Salute immigrati

All'inizio del 2006 gli immigrati presenti regolarmente in Italia erano 3.035.000 secondo la stima dell'Equipe del Dossier statistico Immigrazione Caritas/Migrantes. Ai dati ufficiali vanno aggiunti coloro che sono presenti irregolarmente e quindi complessivamente si può indicare la presenza di circa 3.500.000 persone.

Come conseguenza dell'aumento del fenomeno migratorio si è osservato in Italia un incremento nel tempo delle nascite da cittadini stranieri.

In Italia i nati vivi con almeno uno dei genitori cittadino straniero sono pari a 65.062 bambini, con una prevalenza di entrambi i genitori stranieri (46.598).

In Piemonte i nati vivi con almeno un cittadino straniero sono pari a 6.324 bambini di cui 4.580 hanno entrambi i genitori stranieri.

Negli ultimi anni si è evidenziato un incremento del numero di interruzioni volontarie di gravidanza (38.364) da parte di donne straniere immigrate in Italia. La maggior parte delle donne straniere che abortisce in Italia sono donne nate nell'Est Europa (17.350 interruzioni di gravidanza), ma anche in paesi del Centro-Sud America (7.090), dell'Africa (6.169) e dell'Asia (3.865).

In Piemonte il totale delle interruzioni di gravidanza da parte di donne immigrate nel nostro paese è pari a 3.865.

Nel decennio di osservazione (1992-2002) l'ammontare complessivo dei decessi tra gli stranieri oltre il primo anno di vita in Italia supera le 32.000 unità con un andamento crescente che mostra negli anni delle forti correlazioni con il processo legislativo delle regolarizzazioni della popolazione straniera.

Il tasso standardizzato di mortalità per 10.000 stranieri residenti in Italia è pari a 20,03.

In Piemonte e Valle d'Aosta il tasso standardizzato di mortalità per 10.000 stranieri residenti è pari a 16,69.

Tumori

A seguito della crisi del 2003, i tumori maligni dello stomaco mantengono un andamento piuttosto stabile, nel 2004 il tasso standardizzato è pari a 2,2 per 10.000 uomini e a 1,1 per le donne come pure i tumori maligni del colon, retto e ano (3,2 uomini e 1,9 donne ogni 10.000); continuano a ridursi i tumori maligni di trachea, bronchi e polmoni per gli uomini (8,7 per 10.000 ab.) ma continuano ad aumentare quelli delle donne (1,8 per 10.000 ab. pari ad un aumento dello 0,12%).

Secondo i dati osservati dai Registri Tumore di popolazione emerge che i tumori più frequenti tra gli uomini sono il tumore della prostata, del polmone e del colon-retto mentre tra le donne sono il tumore della mammella, del colon-retto e del polmone.

Il rischio oncologico delle regioni del Sud è stato sempre stimato essere più basso di quello delle regioni del Nord anche se negli ultimi anni questa differenza si è ridotta notevolmente.

I tassi di incidenza delle donne invece sono in aumento in tutte le regioni, ma la crescita sembra sempre più accentuata in alcune regioni del sud.

In Italia, nel periodo che va dal 2001 al 2006 il tasso medio di incidenza di tutti i tumori per 100.000 abitanti è pari a 304,5.

In Piemonte, nel periodo che va da 2001 al 2006 il tasso medio di incidenza di tutti i tumori per 100.000 abitanti è pari a 328,9.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Tumore alla mammella

Il tumore alla mammella è il tumore più frequente nelle donne dei paesi occidentali, per le quali il rischio di ammalarsi nel corso della vita giunge fino al 10-11%. L'incidenza del tumore alla mammella in Italia nel quinquennio 2001-2006 rispetto al precedente 1995-2000 è in lieve aumento. I tassi di incidenza del tumore alla mammella sono in aumento in tutte le regioni italiane, presumibilmente in associazione con la diffusione dei programmi di screening organizzati e dell'aumentata attenzione a controlli in fase preclinica. Il tasso di incidenza del tumore alla mammella nelle donne è pari a 92,6 su 100.000 abitanti con un aumento del 1,5%

In Italia, il tasso di incidenza del tumore alla mammella nelle donne è pari a 92,6 su 100.000 abitanti con un aumento del 1,5%

In Piemonte, nel periodo 2001-2006 questo tasso è pari a 117,6 con un incremento del 7,1% delle donne rispetto al quinquennio precedente.

Tumore del colon retto

In Europa il timore del colon retto è la seconda neoplasia più comune in entrambi i sessi. In Italia l'incidenza del tumore del colon-retto 1995-2000 verso 2001-2006 è complessivamente in aumento, a causa del trend di crescita negli uomini (da 60 a 66 casi per 100.000); l'aumento dei tassi si verifica in tutte le fasce d'età, ma è più evidente nella fascia tra 75-84 anni

In Piemonte il tasso standardizzato totale per il periodo 2001-2006 è pari a 42,6 casi ogni 100.000 abitanti così diviso 54,6 per gli uomini e 32,9 per le donne.

Tumore del Polmone

Il **cancro polmonare** è una delle neoplasie maligne più frequentemente diagnosticate nel mondo. In Italia, nel periodo 2001-2006, l'incidenza del tumore polmonare, è in riduzione rispetto al precedente periodo (1995-2000) ed è pari a 72 casi ogni 100.000 uomini e dimostra valori costanti per le donne pari a 14 casi ogni 100.000, ma vi sono preoccupanti segnali di incremento in alcune regioni.

In Piemonte il tasso medio di incidenza per tumore del polmone per classe di età 0-84 anni ogni 100.000 abitanti nel periodo 2001-2006 è pari ad un tasso standardizzato del 39,8 casi diviso in 71,3 casi per gli uomini con una diminuzione del 14,3 e del 13,7 casi per le donne con un incremento dello 13,2%.

Screening

Prosegue l'estensione nel territorio nazionale dell'attività di screening organizzato per i tumori femminili e per quelli del colon retto. A fronte di una maggiore diffusione nelle regione del Centro e del Nord Italia, le regione del sud si stanno attivando, anche sotto l'impulso della legge 138/2004 del CCM e al coordinamento del ONS.

Screening mammografico

L'attivazione di programmi di screening per tumore alla mammella è raccomandata in Italia con programmi organizzati su un invito attivo ed è richiesta nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza. Nel 2004 vi è stata una ulteriore espansione dei



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



programmi di screening ed è stata pari al 68,7%. Questo significa che due donne su tre risiedono in un territorio in cui è stato attivato un programma di screening mammografico. Le donne che hanno realmente ricevuto un invito a partecipare al programma di screening mammografico hanno avuto un incremento pari a circa il 24%.

In Italia, nel 2004 la percentuale di donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni inseriti in un programma di screening mammografico mostra un'estensione teorica è pari a 68,7% con un incremento del 12,5% di cui l'estensione effettiva è pari a 51,1%.

In Piemonte, nel 2004 la percentuale di donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni inseriti in un programma di screening mammografico mostra un'estensione effettiva pari a 64,8%.

Malattie infettive

Nel corso del XX secolo la scoperta di antibiotici sempre più attivi, la produzione di vaccini efficaci e l'applicazione di idonee misure di igiene ambientale hanno contrastato con grande efficacia un crescente numero di malattie infettive. La prevalenza di molte patologie infettive è gradualmente diminuita soprattutto nei paesi industrializzati. Questi successi hanno favorito la diffusione dell'idea che le malattie infettive siano state vinte. Ma questo concetto non è propriamente giusto se si pensa ai paesi sottosviluppati, e se si esamina che per alcune malattie (AIDS, EBOLA; SARS etc) sono aumentate le aspettative di vita, ma sono ancora causa di morte.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che entro il 2015 saranno disponibili ben 36 nuovi vaccini (ad esempio contro l'HIV o il virus C dell'epatite) o migliorati (ad esempio contro il virus B dell'epatite o la febbre tifoide).

	Tasso di incidenza AIDS (per 100.000)		Tasso std di incidenza epatite A (per 100.000)	
	2004	2005	2003	2004
Piemonte	3,05	2,10	3,38	4,34
Italia	2,85	1,80	3,33	4,25

Incidenza AIDS

In Italia, dal 1994 al 2005 sono stati notificati 32.996 casi di AIDS con un tasso di incidenza di 1,8 nuovi casi ogni 100.000 abitanti. Per quanto riguarda i tassi di incidenza si è registrata una sensibile diminuzione a partire dal 1996/97 a livello di tutti gli ambiti regionali. Il trend coincide con l'ingresso in Italia di farmaci antiretrovirali che hanno ridotto il rischio di progressione in AIDS degli HIV positivi aumentando pertanto la quota dei soggetti sieropositivi.

In Piemonte nel 2005 sono stati registrati 73 nuovi casi di AIDS con un tasso di incidenza pari a 2,1 nuovi casi ogni 100.000 abitanti.

Epatite A

L'epidemia in Italia viene considerata a basse endemia, nel 2004 il tasso di incidenza è stato di 4 casi ogni 100.000 abitanti.

In Piemonte il tasso di incidenza di epatite A per l'anno 2004 è pari a 4,34 casi su 100.000 abitanti con un aumento dello 0,96% rispetto al 2003.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Tubercolosi

L'Italia è stata classificata come paese a bassa incidenza di tubercolosi. In base ai dati ricavati dalle notifiche obbligatorie nell'anno 2004, il tasso di incidenza di tubercolosi per gli uomini è pari a 8,70 casi per 100.000 residenti quasi il doppio rispetto a quello registrato per le donne (5,45 per 100.000 ab.)

In Piemonte, nel 2004 il tasso standardizzato di incidenza per tubercolosi nei maschi è pari a 10,88 casi ogni 100.000 mentre per le donne è di 8,24 casi.

Dipendenze da sostanza

All'interno della popolazione italiana l'abuso di alcune sostanze illegali (principalmente eroina e cocaina) risulta correlato ad un aumentato rischio di mortalità. La classe d'età maggiormente toccata dal fenomeno consumo è 15-44 anni. A livello italiano si evidenzia un continuo decremento del tasso di mortalità dal 1996 al 2002; il calo risulta particolarmente evidente tra il 1996 (6,31 morti ogni 100.000 ab) e il 1997 (4,71 morti) e tra il 2001 (3,42 morti) e il 2002 (2,17 morti). Si rileva poi un tasso costante fino a fine del 2003 con una successiva inversione di tendenza nel 2004 (2,50 morti) confermata nel 2005 con 2,52 morti.

In Piemonte nel 2005 il tasso di mortalità per abuso di stupefacenti nella fascia di età compresa tra 15 e 44 anni è pari a 2,39 con un decremento dello 0,51% su 100.000 abitanti.

Salute materno-infantile

Gli indicatori della salute materno-infantile rappresentano un importante strumento per valutare lo stato di salute di una popolazione.

Abortività volontaria

I dati del 2003 con 124.118 di interruzioni di gravidanza volontarie (IVG) confermano la tendenza alla stabilizzazione del fenomeno, dopo un costante declino iniziato a partire dalla metà degli anni 80. Le regioni del Nord Ovest e del Centro presentano valori superiori alla media nazionale.

Il tasso standardizzato è di 9,2 casi ogni 1.000 donne, mentre il tasso più elevato si osserva nella classe 20-24 anni con 15,1. Questo dato può essere determinato in parte dall'ingresso delle donne straniere, prevalentemente giovani, presenti nel nostro paese che fanno ricorrenza alla IVG.

Osservando il fenomeno per lo stato civile, i livelli di abortività più elevati si osservano tra le persone separate, divorziate e vedove (22,2 per 1.000 nel 1993 e 24,3 nel 2003) che però numericamente costituiscono un gruppo più piccolo.

In Piemonte, nel 2003, il tasso standardizzato delle interruzioni volontarie della gravidanza è pari a 10,54 casi ogni 1.000 donne.

Abortività spontanea

La normativa italiana definisce l'aborto spontaneo come l'interruzione spontanea della gravidanza entro il 180 giorno di gestazione.

Il trend del rapporto standardizzato mostra un debole andamento crescente fino alla metà degli anni '90, seguito da una fase di stabilizzazione. Le differenze territoriali sono abbastanza marcate: il Centro e il nord Est seguono l'andamento nazionale con valori più elevati della media, mentre il Mezzogiorno con valori inferiori. Tali



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



andamenti possono essere spiegati in parte dalle differenze territoriali dell'età media del parto. L'aumento del rapporto di abortività spontanea può essere attribuibile a vari fattori, quali una diagnosi più precoce della gravidanza, una migliorata notifica dell'evento, l'innalzamento dell'età della madre al parto e in particolare al primo figlio, il ricorso a tecniche di procreazione medicalmente assistita o la diffusione di fattori ambientali e lavorativi che hanno un'influenza negativa sullo sviluppo del feto.

In Italia il rapporto standardizzato per rapporti di abortività spontanea nella classe 15-49 anni è pari a 127,6 donne gravide.

In Piemonte il rapporto standardizzato per abortività spontanea nella classe di età 15-49 è pari a 113,0 donne gravide.

Parti cesarei

La proporzione dei parti cesarei ha subito negli ultimi decenni un costante incremento in molti paesi occidentali, ed in Italia in particolare sono stati raggiunti i valori più elevati al mondo.

Nel 2004 la proporzione dei parti cesarei a livello nazionale è di 38% sul totale.

In Piemonte il totale dei parti cesarei nel 2004 è stato del 32,2% sul totale; con un aumento del 5,3 rispetto al 1998.

Incidenti stradali

Gli incidenti, sia domestici che stradali, rappresentano attualmente un problema emergente della Sanità pubblica in Italia.

Gli incidenti stradali nel nostro paese nel 2004 secondo le fonti della polizia di stato sono stati 224.553 di questi ci sono stati 5.625 decessi, con 316.630 feriti. La metà dei decessi avviene prima dei 41 anni d'età ed il 25% prima dei 23 anni.

In Piemonte, nel 2004 gli incidenti registrati sono pari a 14.707 di cui 483 persone coinvolte sono decedute e 21.380 ferite.

Incidenti sul lavoro

L'inail definisce infortunio sul lavoro la conseguenza di una causa violenta ed esterna verificatasi in occasione del lavoro da cui deriva o la morte o un'inabilità temporanea che comporta l'astensione dal lavoro per oltre tre giorni. La media tra il 2002 e il 2005 di mortalità per infortuni sul lavoro in Italia ogni 100.000 abitanti è pari a 7,85 persone.

In Piemonte, la media del tasso di mortalità per infortuni sul lavoro tra 2002 e 2005, è pari a 7,75 persone su 100.000.

Assistenza territoriale

Negli ultimi anni in Italia si è assistito ad un sostanziale mutamento nel profilo demografico e, di conseguenza, il bisogno socio-sanitario e la domanda emergente della popolazione è cambiata.

Il territorio non è più solo il luogo tradizionale di servizi ambulatoriali di medicina generale, di continuità assistenziale, delle attività distrettuali di tutela della salute collettive e delle strutture residenziali per anziani, ma è diventato anche la sede primaria di promozione della salute, di governo della domanda e dell'integrazione dell'assistenza ospedaliera con le cure primarie, la riabilitazione e di riflesso tutte le forme di assistenza destinate all'accompagnamento di anziani, malati cronici, disabili e più in generale soggetti fragili.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



In Italia l'esperienza della domiciliarizzazione dell'assistenza, espressione di funzioni e attività proprie delle cure extraospedaliere è ricca e variegata. Le cure domiciliari includono l'assistenza infermieristica e riabilitativa domiciliare (ADI), l'assistenza programmata domiciliare (ADP) fornita da medici di medicina generale gli assistiti non deambulanti e le applicazioni della teleassistenza domiciliare nelle diverse forme di telecontrollo, telesoccorso o teleconsulto.

In Italia, nel 2004 i casi di assistenza domiciliare sono stati 373.424 ovvero 645 casi ogni 100.000 abitanti. Mentre l'assistenza domiciliare agli anziani è stata pari all'84,1% degli anziani residenti.

In Piemonte, nel 2004 i casi di assistenza domiciliare sono stati 22.039 ovvero 516 casi ogni 100.000 abitanti. Mentre l'assistenza domiciliare agli anziani è stata pari al 78,7% degli anziani residenti.

Trapianti

Il trapianto di organi e tessuti, associato alla scoperta di nuovi farmaci che migliorano la tolleranza dell'organo trapiantato nel ricevente, è uno dei progressi più rilevanti nella cura di un grande numero di malattie per le quali non esistono cure alternative.

La promozione delle donazioni, dei trapianti e della valutazione di qualità dell'attività di trapianto organi, cellule staminali e tessuti sono obiettivi importanti del sistema sanitario.

I dati al 31/12/2005 dimostrano un aumento dell'attività di donazione e trapianto ottenuto nel nostro paese, nel giro di dieci anni l'Italia è passata dagli ultimi al secondo posto in Europa e al terzo nel mondo. Anche dal punto di vista qualitativo si registrano ottimi risultati.

In Italia, il tasso dei donatori effettivi per milione di popolazione al 31/12/05 era di 21.

In Piemonte il tasso dei donatori effettivi per milione di popolazione al 31/12/05 era di 34,9.

Spesa sanitaria in rapporto al PIL e spesa sanitaria pubblica pro capite

L'analisi dell'assetto economico finanziario dei sistemi sanitari delle regioni italiane restituisce uno scenario particolarmente eterogeneo. L'attenzione è posta sui fabbisogni della spesa sanitaria a livello regionale e sui relativi disavanzi che, soprattutto in alcune regioni, stanno poetando all'accumularsi di debiti particolarmente ingenti e preoccupanti per la stabilità del sistema economico regionale. La presenza di disavanzi ha spinto molte regioni a trovare soluzioni finanziarie in grado di assicurare la necessaria liquidità per lo svolgimento delle operazioni correnti nell'ambito delle aziende sanitarie.

Il rapporto tra spesa e PIL dovrebbe identificare la disponibilità a spendere per l'assistenza sanitaria di una regione in relazione alle proprie disponibilità in termini di reddito.

La spesa sanitaria pubblica corrente in rapporto al PIL negli anni 2002-2003 ha subito un decremento dello 0,32%.

La spesa pro capite delle regioni italiane mostra una significativa variabilità tra il 2003 e il 2005 con un notevole incremento negli ultimi anni soprattutto a favore delle regioni meridionali.

La spesa sanitaria dell'Italia in rapporto al PIL negli anni 2002-2003 ha subito un decremento dello 0,32%, mentre la spesa sanitaria pubblica pro capite è pari a 1.621euro.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



La spesa sanitaria del Piemonte in rapporto al PIL negli anni 2002-2003 ha subito un incremento del 2,62%, mentre la spesa sanitaria pubblica pro capite è pari a 1.655 euro.

Assetto economico-finanziario						
	Spesa sanitaria pubblica pro capite (in €)		Disavanzo sanitario pubblico pro capite (in €)		Utile o perdita media di esercizio pro capite delle Asl (in €)	
	2004	2005	2003	2004	2003	2004
Piemonte	1.654	1.655	23,64	156,07	-51,40	-78,07
Italia	1.548	1.621	39,09	105,60	-73,21	-44,07

Spesa sanitaria per livelli essenziali di assistenza LEA

In Italia, con l'Accordo Stato-Regioni, sottoscritto il 22/11/2001 sono stati definiti i livelli essenziali di assistenza (LEA); questi rappresentano le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o in compartecipazione, grazie alle risorse raccolte attraverso il sistema fiscale. La ripartizione dei costi per livelli essenziali di assistenza è relativa all'anno 2003. I macrolivelli che assorbono le maggiori risorse sono l'assistenza ospedaliera che rappresenta il 48,4% dei costi totali e il 47,7% dei costi dell'assistenza distrettuale.

A livello regionale i costi per l'assistenza ospedaliera del Piemonte sono pari al 48,6% dei costi totali mentre per l'assistenza distrettuale sono pari a 47%.

Disavanzo sanitario pubblico procapite

Il disavanzo sanitario pubblico misura la differenza tra quanto è stato speso e quanto è stato ricevuto come finanziamento. È un indicatore della sostenibilità del processo di devoluzione regionale: disavanzi che tendono strutturalmente ad accentuarsi nel tempo indica la presenza di un problema nella gestione federalista della sanità, mentre peggioramenti a livello di singole regioni indicano un probabile problema gestionale.

In Italia il disavanzo sanitario pubblico procapite nel 2005 è pari a 78,29 € con una variazione assoluta di +55,40.

In Piemonte il disavanzo sanitario pubblico pro capite nel 2005 è pari a 53,46 € con una variazione assoluta di +146,59.

Ticket

Il ticket farmaceutico rappresenta il contributo che il paziente deve pagare per ottenere farmaci rimborsati dal SSN.

L'indicatore permette di avere una visione d'insieme dell'utilizzo del ticket farmaceutico, evidenziandone, anche alcune caratteristiche, stabilite attraverso la normativa regionale di riferimento. L'utilizzo di questa leva finanziaria dovrebbe servire a frenare la crescita della spesa farmaceutica, che è spesso viziata dalla tendenza ad acquistare farmaci in quantità superiore ai bisogni effettivi.

La differenza tra Regione e Regione nell'applicazione del ticket, in termini di spesa farmaceutica pro capite, non sembrerebbe evidenziare solo una scelta di natura economico-finanziaria pura, ma una scelta legata alle difficoltà di bilancio e alla



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



mancanza di utilizzo di altri strumenti più idonei a raggiungere il contenimento della spesa farmaceutica.

Nel 2005 il totale della compartecipazione richiesta ai cittadini è stato pari a 515 milioni di euro, corrispondenti al 3,8% della spesa lorda complessiva, in riduzione rispetto al 2004 ed al 2003.

L'incidenza del ticket sulla spesa lorda in Italia è stata pari a 8,9€ corrispondente al 3,8% della spesa farmaceutica pro capite.

In Piemonte ha una spesa farmaceutica lorda di 15,5€ corrispondente al 7,9% della spesa farmaceutica pro capite.

Rating

Il rating è una valutazione, fornita da parte di un'agenzia privata specializzata, del merito di credito di un soggetto emittente obbligazioni sui mercati finanziari internazionali. È un indicatore della capacità del soggetto di far fronte puntualmente al servizio del debito. Il rating assume rilevanza in quanto fornisce agli operatori finanziari un'informazione omogenea sul grado di rischio degli emittenti e riveste una grande importanza per tutti gli investitori che non sono adeguatamente attrezzati per un'analisi autonoma del rischio di credito.

La scala internazionale che esprime il giudizio di rating è formata dalla combinazione di più lettere in cui la lettera A è utilizzata per esprimere il giudizio più elevato e la lettera C il giudizio più basso. Le regioni italiane hanno valori di rating piuttosto differenti si passa dalla AA della Lombardia alla A3- della Campania.

Le tre maggiori agenzie sono Standard and Poor's, Moody's e Fitch Rating che forniscono una gamma completa di valutazione, differente sia per tipologia dell'emittente che per strumento finanziario.

Le tre principali agenzie hanno dato tre differenti valutazioni per ogni regione italiana, mentre allo Stato Italiano la Fitch ha dato: AA-, Moody's Aa2, e S&P A+

Il Piemonte ha avuto una valutazione da parte di Fitch pari a AA-, Moody's attribuisce un Aa3 e S&P non attribuisce nessun valore.

Per eventuali approfondimenti

Prof.ssa Roberta Siliquini

Dipartimento di Sanità Pubblica e Microbiologia

Via Santona, 5bis

10126 TORINO

Tel. 011 6706552 - 011 6706573 cell 3472289267

Fax 011 6706551

E-mail:roberta.siliquini@unito.it



Comunicato stampa

ROMA 15 FEBBRAIO 2007

Sardegna: il più basso tasso di abortività volontaria

È in Sardegna che con il 5,72 si registra per il 2003 il più basso tasso standardizzato di abortività volontaria, indicatore che permette di valutare l'incidenza del fenomeno, che in gran parte dipende dalle scelte riproduttive, dall'uso di metodi contraccettivi nella popolazione e dall'offerta dei servizi nei vari ambiti territoriali. In Italia il dato si attesta sul 9,29.

Sono i dati che emergono dal **Rapporto Osservasalute 2006**, un'approfondita analisi dello stato di salute della popolazione e della qualità dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane, pubblicato oggi dall'**Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane** e frutto del lavoro di **oltre 200 ricercatori distribuiti su tutto il territorio italiano**, che operano presso Università, Agenzie regionali e provinciali di sanità, Assessorati regionali e provinciali, Aziende ospedaliere ed Aziende sanitarie, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale Tumori, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Ministero della Salute, Istat.

Sopravvivenza e mortalità

	Speranza di vita alla nascita*				Speranza di vita a 65 anni*				Speranza di vita a 75 anni*			
	2003		2004		2003		2004		2003		2004	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Sardegna	76,5	82,8	77,7	84,1	16,9	20,6	17,6	21,6	10,6	12,6	11,1	13,4
Italia	76,9	82,6	77,7	83,7	16,8	20,5	17,4	21,4	10,3	12,6	10,7	13,3

L'Italia è tra i paesi più longevi al mondo, tanto per gli uomini quanto per le donne. I livelli di sopravvivenza così elevati sono frutto dei continui progressi in medicina e delle migliori condizioni di vita della popolazione che hanno contribuito a ridurre notevolmente i rischi di morte a tutte le età della vita.

Al 2004, la speranza di vita alla nascita, mostra l'ormai noto vantaggio delle donne rispetto agli uomini, con un'aspettativa di vita mediamente di 6 anni più elevata per le prime rispetto ai secondi (**83,7 anni per le donne con un aumento di un anno rispetto al 2003 contro i 77,7 per gli uomini pari a 0,8 anni rispetto al 2003**). **In Sardegna nel 2004 la speranza di vita alla nascita per gli uomini è pari a 77,7 anni e le donne 84,1; mentre la speranza di vita tra i 65 e i 75 anni è pari a 17,6 anni per gli uomini e 21,6 anni per le donne; a 75 anni la speranza di vita per gli uomini è pari a 11,1 anni e 13,4 anni per le donne.**

Nel 2004, ultimo anno in cui è disponibile una stima della mortalità per causa di decesso, il tasso di mortalità standardizzato oltre l'anno di vita è risultato pari a **92,96** per 10.000 uomini e a **53,93** per 10.000 donne.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



In Sardegna il tasso di mortalità per gli uomini è pari a 92,46 su 10.000 uomini e a 52,77 su 10.000 donne.

Tra le cause di morte, le maggiori responsabili dell'aumento del rischio di morte degli uomini, tra il 2002 e il 2003 sono state le malattie cardio-respiratorie: quasi tutte le regioni hanno assistito ad un incremento nel rischio di morte per tale causa in Italia, su 10.000 abitanti il tasso di mortalità per gli uomini è pari a 6,83 e per le donne è pari a 2,43.

In Sardegna il tasso di mortalità dovuto a malattie per l'apparato respiratorio su 10.000 abitanti è pari a 7,63 per gli uomini con un decremento rispetto al 2003 dell'1,97% e 2,96 per le donne con un decremento dell'1,16%.

Per alcune regioni le malattie del sistema circolatorio hanno avuto un forte impatto sull'incidenza del tasso di mortalità, che per gli uomini è pari al 34,34 su 10.000 abitanti con un decremento del 3,78% e per le donne è pari a 22,16 con un decremento del 3,34%.

In Sardegna tale tasso è pari a 31,50 per gli uomini con un decremento del 3,91% e per le donne è pari al 19,76 con un decremento del 3,97%.

Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione

Fattori di rischio e stili di vita								
	Prevalenza di fumatori di 14 anni e oltre		% persone obese		% persone in sovrappeso		Prevalenza consumatori bevande alcoliche di 11 anni e oltre	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2003	
							M	F
Sardegna	23,4	21,0	8,8	7,8	30,8	29,6	83,2	53,9
Italia	23,7	25,0	8,5	9,0	33,5	33,6	84,7	59,8

Il fumo

La lotta al tabagismo rappresenta uno degli obiettivi prioritari delle politiche sanitarie; la prevalenza di fumatori permette di misurare il fenomeno e programmare interventi finalizzati al suo contenimento nella popolazione. I dati rilevati nell'ambito dell'Indagine Multiscopo sulle famiglie Stili di vita e condizioni di salute nell'anno 2005, mostrano che l'abitudine al fumo riguarda circa il 25% della popolazione italiana, la prevalenza dei non fumatori e degli ex fumatori è rispettivamente di circa 53% ed il 21,3%. Inoltre si osserva un decremento significativo della percentuale di fumatrici (dal 17,4% al 15,8%) .

In Italia la percentuale di fumatori è pari a 25% della popolazione residente, mentre gli ex fumatori sono il 21,3% e i non fumatori il 53%.

In Sardegna la percentuale di fumatori è pari a 21% della popolazione residente, mentre gli ex fumatori sono il 21,5% e i non fumatori il 57,8%.

Sovrappeso e obesità

L'epidemia di obesità si sta rapidamente diffondendo: nel mondo circa 300 milioni di individui sono obesi, il tasso di incidenza è in continuo ed allarmante aumento e si stima che nel 2010 circa 150 milioni di adulti saranno affetti da questo problema.

Solo poco più della metà della popolazione italiana è in normopeso: il 42,6% è in eccesso ponderale. Nel confronto temporale tra il 2002 e il 2003 il dato relativo all'obesità presenta un aumento da 8,5% a 9%.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



In Italia la prevalenza di persone di 18 anni e oltre in sovrappeso è 33,6% della popolazione totale, mentre quelle in sovrappeso sono pari a 9,0%.

In Sardegna la prevalenza di persone di 18 anni e oltre in sovrappeso è 29,6% della popolazione totale, mentre quelle in sovrappeso sono pari a 7,8%.

Ambiente

L'inquinamento da polveri fini (PM₁₀), originato sia da sorgenti naturali che antropiche, provoca effetti sulla salute a breve, medio e lungo termine dovuti ad una compromissione dell'apparato respiratorio con danni acuti e cronico degenerativi.

L'incremento delle concentrazioni sembrerebbe essere accentuato durante i mesi invernali. L'analisi dei dati relativi alla "media annua delle concentrazioni medie giornaliere delle polveri fini" mostrerebbe che quattro regioni (Veneto, Marche, Lombardia e Valle d'Aosta) superano il valore limite. Un esame disaggregato dei dati derivanti da 76 comuni dimostra che in 31 comuni almeno una centralina ha registrato un valore medio annuo superiore al limite di riferimento.

In Italia la media annua delle concentrazioni medie giornaliere delle PM₁₀ è pari a 33, sono presenti 10 stazioni per ogni 382.397 abitanti e il limite è stato superato con una media di 53 giorni.

Nel 2004 in Sardegna la media annua delle concentrazioni giornaliere delle PM₁₀ è pari a 30 con una diminuzione rispetto alle concentrazioni del 2003, sono presenti 17 stazioni per il rilevamento delle PM₁₀, il cui limite è stato superato per circa 35 giorni.

Ambiente				
	Media annua delle concentrazioni medie giornaliere di PM10		N° medio gg di superamento limite delle concentrazioni medie giornaliere	
	2003	2004	2003	2004
Sardegna	39	30	54	35
Italia	41	33	80	53

Salute immigrati

All'inizio del 2006 gli immigrati presenti regolarmente in Italia erano 3.035.000 secondo la stima dell'Equipe del Dossier statistico Immigrazione Caritas/Migrantes. Ai dati ufficiali vanno aggiunti coloro che sono presenti irregolarmente e quindi complessivamente si può indicare la presenza di circa 3.500.000 persone.

Come conseguenza dell'aumento del fenomeno migratorio si è osservato in Italia un incremento nel tempo delle nascite da cittadini stranieri.

In Italia i nati vivi con almeno uno dei genitori cittadino straniero sono pari a 65.062 bambini, con una prevalenza di entrambi i genitori stranieri (46.598).

In Sardegna i nati vivi con almeno un cittadino straniero sono pari a 426 bambini di cui 161 hanno entrambi i genitori stranieri.

Negli ultimi anni si è evidenziato un incremento del numero di interruzioni volontarie di gravidanza (38.364) da parte di donne straniere immigrate in Italia. La maggior parte delle donne straniere che abortisce in Italia sono donne nate nell'Est Europa



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



(17.350 interruzioni di gravidanza), ma anche in paesi del Centro-Sud America (7.090), dell'Africa (6.169) e dell'Asia (3.865).

In Sardegna il totale delle interruzioni di gravidanza da parte di donne immigrate nel nostro paese è pari a 276.

Nel decennio di osservazione (1992-2002) l'ammontare complessivo dei decessi tra gli stranieri oltre il primo anno di vita in Italia supera le 32.000 unità con un andamento crescente che mostra negli anni delle forti correlazioni con il processo legislativo delle regolarizzazioni della popolazione straniera.

Il tasso standardizzato di mortalità per 10.000 stranieri residenti in Italia è pari a 20,03.

In Sardegna il tasso standardizzato di mortalità per 10.000 stranieri residenti è pari a 32,16.

Tumori

A seguito della crisi del 2003, i tumori maligni dello stomaco mantengono un andamento piuttosto stabile, nel 2004 il tasso standardizzato è pari a 2,2 per 10.000 uomini e a 1,1 per le donne come pure i tumori maligni del colon, retto e ano (3,2 uomini e 1,9 donne ogni 10.000); continuano a ridursi i tumori maligni di trachea, bronchi e polmoni per gli uomini (8,7 per 10.000 ab.) ma continuano ad aumentare quelli delle donne (1,8 per 10.000 ab. pari ad un aumento dello 0,12%).

Secondo i dati osservati dai Registri Tumore di popolazione emerge che i tumori più frequenti tra gli uomini sono il tumore della prostata, del polmone e del colon-retto mentre tra le donne sono il tumore della mammella, del colon-retto e del polmone.

Il rischio oncologico delle regioni del Sud è stato sempre stimato essere più basso di quello delle regioni del Nord anche se negli ultimi anni questa differenza si è ridotta notevolmente.

I tassi di incidenza delle donne invece sono in aumento in tutte le regioni, ma la crescita sembra sempre più accentuata in alcune regioni del sud.

In Italia, nel periodo che va dal 2001 al 2006 il tasso medio di incidenza di tutti i tumori per 100.000 abitanti è pari a 304,5.

In Sardegna, nel periodo che va da 2001 al 2006 il tasso medio di incidenza di tutti i tumori per 100.000 abitanti è pari a 280,9.

Tumore alla mammella

Il tumore alla mammella è il tumore più frequente nelle donne dei paesi occidentali, per le quali il rischio di ammalarsi nel corso della vita giunge fino al 10-11%. L'incidenza del tumore alla mammella in Italia nel quinquennio 2001-2006 rispetto al precedente 1995-2000 è in lieve aumento. I tassi di incidenza del tumore alla mammella sono in aumento in tutte le regioni italiane, presumibilmente in associazione con la diffusione dei programmi di screening organizzati e dell'aumentata attenzione a controlli in fase preclinica.

In Italia, il tasso di incidenza del tumore alla mammella nelle donne è pari a 92,6 su 100.000 abitanti con un aumento del 1,5%.

In Sardegna, nel periodo 2001-2006 questo tasso è pari a 99,8 con un incremento del 6,3% delle donne rispetto al quinquennio precedente.

Tumore del colon retto



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



In Europa il timore del colon retto è la seconda neoplasia più comune in entrambi i sessi. In Italia l'incidenza del tumore del colon-retto 1995-2000 verso 2001-2006 è complessivamente in aumento, a causa del trend di crescita negli uomini (da 60 a 66 casi per 100.000); l'aumento dei tassi si verifica in tutte le fasce d'età, ma è più evidente nella fascia tra 75-84 anni

In Sardegna il tasso standardizzato totale per il periodo 2001-2006 è pari a 43,5 casi ogni 100.000 abitanti così diviso 59,4 per gli uomini e 30,3 per le donne.

Tumore del Polmone

Il **cancro polmonare** è una delle neoplasie maligne più frequentemente diagnosticate nel mondo. In Italia, nel periodo 2001-2006, l'incidenza del tumore polmonare, è in riduzione rispetto al precedente periodo (1995-2000) ed è pari a 72 casi ogni 100.000 uomini e dimostra valori costanti per le donne pari a 14 casi ogni 100.000, ma vi sono preoccupanti segnali di incremento in alcune regioni.

In Sardegna il tasso medio di incidenza per tumore del polmone per classe di età 0-84 anni ogni 100.000 abitanti nel periodo 2001-2006 è pari ad un tasso standardizzato del 37,2 casi diviso in 69,0 casi per gli uomini con una diminuzione del 9,3% e del 10,5 casi per le donne con un incremento dell'1,1%.

Screening

Prosegue l'estensione nel territorio nazionale dell'attività di screening organizzato per i tumori femminili e per quelli del colon retto. A fronte di una maggiore diffusione nelle regione del Centro e del Nord Italia, le regione del sud si stanno attivando, anche sotto l'impulso della legge 138/2004 del CCM e al coordinamento del ONS.

Screening mammografico

L'attivazione di programmi di screening per tumore alla mammella è raccomandata in Italia con programmi organizzati su un invito attivo ed è richiesta nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza. Nel 2004 vi è stata una ulteriore espansione dei programmi di screening ed è stata pari al 68,7%. Questo significa che due donne su tre risiedono in un territorio in cui è stato attivato un programma di screening mammografico. Le donne che hanno realmente ricevuto un invito a partecipare al programma di screening mammografico hanno avuto un incremento pari a circa il 24%.

In Italia, nel 2004 la percentuale di donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni inseriti in un programma di screening mammografico mostra un'estensione teorica è pari a 68,7% con un incremento del 12,5% di cui l'estensione effettiva è pari a 51,1%.

Per la Sardegna non è pervenuto nessun dato.

Malattie infettive

Nel corso del XX secolo la scoperta di antibiotici sempre più attivi, la produzione di vaccini efficaci e l'applicazione di idonee misure di igiene ambientale hanno contrastato con grande efficacia un crescente numero di malattie infettive. La prevalenza di molte patologie infettive è gradualmente diminuita soprattutto nei paesi industrializzati. Questi successi hanno favorito la diffusione dell'idea che le malattie infettive siano state vinte. Ma questo concetto non è propriamente giusto se si pensa



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



ai paesi sottosviluppati, e se si esamina che per alcune malattie (AIDS, EBOLA; SARS etc) sono aumentate le aspettative di vita, ma sono ancora causa di morte.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che entro il 2015 saranno disponibili ben 36 nuovi vaccini (ad esempio contro l'HIV o il virus C dell'epatite) o migliorati (ad esempio contro il virus B dell'epatite o la febbre tifoide).

Malattie infettive				
	Tasso di incidenza AIDS (per 100.000)		Tasso std di incidenza epatite A (per 100.000)	
	2004	2005	2003	2004
Sardegna	3,12	2,50	0,36	0,12
Italia	2,85	1,80	3,33	4,25

Incidenza AIDS

In Italia, dal 1994 al 2005 sono stati notificati 32.996 casi di AIDS con un tasso di 1,8 nuovi casi ogni 100.000 abitanti. Per quanto riguarda i tassi di incidenza si è registrata una sensibile diminuzione a partire dal 1996/97 a livello di tutti gli ambiti regionali. Il trend coincide con l'ingresso in Italia di farmaci antiretrovirali che hanno ridotto il rischio di progressione in AIDS degli HIV positivi aumentando pertanto la quota dei soggetti sieropositivi.

In Sardegna nel 2005 sono stati registrati 29 nuovi casi di AIDS con un tasso di incidenza pari a 2,5 nuovi casi ogni 100.000 abitanti.

Epatite A

L'epidemia in Italia viene considerata a basse endemia, nel 2004 il tasso di incidenza è stato di 4 casi ogni 100.000 abitanti.

In Sardegna il tasso di incidenza di epatite A per l'anno 2004 è pari a 0,12 casi su 100.000 abitanti con una diminuzione dello 0,24% rispetto al 2003.

Tubercolosi

L'Italia è stata classificata come paese a bassa incidenza di tubercolosi. In base ai dati ricavati dalle notifiche obbligatorie nell'anno 2004, il tasso di incidenza di tubercolosi per gli uomini è pari a 8,70 casi per 100.000 residenti quasi il doppio rispetto a quello registrato per le donne (5,45 per 100.000 ab.)

In Sardegna, nel 2004 il tasso standardizzato di incidenza per tubercolosi nei maschi è pari a 5,46 casi ogni 100.000 mentre per le donne è di 3,49 casi.

Dipendenze da sostanza

All'interno della popolazione italiana l'abuso di alcune sostanze illegali (principalmente eroina e cocaina) risulta correlato ad un aumentato rischio di mortalità. La classe d'età maggiormente toccata dal fenomeno consumo è 15-44 anni. A livello italiano si evidenzia un continuo decremento del tasso di mortalità dal 1996 al 2002; il calo risulta particolarmente evidente tra il 1996 (6,31 morti ogni 100.000 ab) e il 1997 (4,71 morti) e tra il 2001 (3,42 morti) e il 2002 (2,17 morti). Si rileva poi un tasso costante fino a fine del 2003 con una successiva inversione di tendenza nel 2004 (2,50 morti) confermata nel 2005 con 2,52 morti.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



In Sardegna nel 2005 il tasso di mortalità per abuso di stupefacenti nella fascia di età compresa tra 15 e 44 anni è pari a 2,92 con un decremento dell'1,63% su 100.000 abitanti.

Salute materno-infantile

Gli indicatori della salute materno-infantile rappresentano un importante strumento per valutare lo stato di salute di una popolazione.

Abortività volontaria

I dati del 2003 con 124.118 di interruzioni di gravidanza volontarie (IVG) confermano la tendenza alla stabilizzazione del fenomeno, dopo un costante declino iniziato a partire dalla metà degli anni 80. Le regioni del Nord Ovest e del Centro presentano valori superiori alla media nazionale.

Il tasso standardizzato è di 9,2 casi ogni 1.000 donne, mentre il tasso più elevato si osserva nella classe 20-24 anni con 15,1. Questo dato può essere determinato in parte dall'ingresso delle donne straniere, prevalentemente giovani, presenti nel nostro paese che fanno ricorrenza alla IVG.

Osservando il fenomeno per lo stato civile, i livelli di abortività più elevati si osservano tra le persone separate, divorziate e vedove (22,2 per 1.000 nel 1993 e 24,3 nel 2003) che però numericamente costituiscono un gruppo più piccolo.

In Sardegna, nel 2003, il tasso standardizzato delle interruzioni volontarie della gravidanza è pari a 5,72 casi ogni 1.000 donne.

Abortività spontanea

La normativa italiana definisce l'aborto spontaneo come l'interruzione spontanea della gravidanza entro il 180 giorno di gestazione.

Il trend del rapporto standardizzato mostra un debole andamento crescente fino alla metà degli anni '90, seguito da una fase di stabilizzazione. Le differenze territoriali sono abbastanza marcate: il Centro e il nord Est seguono l'andamento nazionale con valori più elevati della media, mentre il Mezzogiorno con valori inferiori. Tali andamenti possono essere spiegati in parte dalle differenze territoriali dell'età media del parto. L'aumento del rapporto di abortività spontanea può essere attribuibile a vari fattori, quali una diagnosi più precoce della gravidanza, una migliorata notifica dell'evento, l'innalzamento dell'età della madre al parto e in particolare al primo figlio, il ricorso a tecniche di procreazione medicalmente assistita o la diffusione di fattori ambientali e lavorativi che hanno un'influenza negativa sullo sviluppo del feto.

In Italia il rapporto standardizzato per rapporti di abortività spontanea nella classe 15-49 anni è pari a 127,6 donne gravide.

In Sardegna il rapporto standardizzato per abortività spontanea nella classe di età 15-49 è pari a 126,2 donne gravide.

Parti cesarei

La proporzione dei parti cesarei ha subito negli ultimi decenni un costante incremento in molti paesi occidentali, ed in Italia in particolare sono stati raggiunti i valori più elevati al mondo.

Nel 2004 la proporzione dei parti cesarei a livello nazionale è di 38% sul totale.

In Sardegna il totale dei parti cesarei nel 2004 è stato del 39,4% sul totale; con un aumento del 13,4 rispetto al 1998.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Incidenti stradali

Gli incidenti, sia domestici che stradali, rappresentano attualmente un problema emergente della Sanità pubblica in Italia.

Gli incidenti stradali nel nostro paese nel 2004 secondo le fonti della polizia di stato sono stati 224.553 di questi ci sono stati 5.625 decessi, con 316.630 feriti. La metà dei decessi avviene prima dei 41 anni d'età ed il 25% prima dei 23 anni.

In Sardegna, nel 2004 gli incidenti registrati sono pari a 4.019 di cui 136 persone coinvolte sono decedute e 6.238 ferite.

Incidenti sul lavoro

L'inail definisce infortunio sul lavoro la conseguenza di una causa violenta ed esterna verificatasi in occasione del lavoro da cui deriva o la morte o un'inabilità temporanea che comporta l'astensione dal lavoro per oltre tre giorni.

In Italia, la media tra il 2002 e il 2005 di mortalità per infortuni sul lavoro in Italia ogni 100.000 abitanti è pari a 7,85 persone.

In Sardegna, la media del tasso di mortalità per infortuni sul lavoro tra 2002 e 2005, è pari a 11,46 persone su 100.000.

Assistenza territoriale

Negli ultimi anni in Italia si è assistito ad un sostanziale mutamento nel profilo demografico e, di conseguenza, il bisogno socio-sanitario e la domanda emergente della popolazione è cambiata.

Il territorio non è più solo il luogo tradizionale di servizi ambulatoriali di medicina generale, di continuità assistenziale, delle attività distrettuali di tutela della salute collettive e delle strutture residenziali per anziani, ma è diventato anche la sede primaria di promozione della salute, di governo della domanda e dell'integrazione dell'assistenza ospedaliera con le cure primarie, la riabilitazione e di riflesso tutte le forme di assistenza destinate all'accompagnamento di anziani, malati cronici, disabili e più in generale soggetti fragili.

In Italia l'esperienza della domiciliarizzazione dell'assistenza, espressione di funzioni e attività proprie delle cure extraospedaliere è ricca e variegata. Le cure domiciliari includono l'assistenza infermieristica e riabilitativa domiciliare (ADI), l'assistenza programmata domiciliare (ADP) fornita da medici di medicina generale gli assistiti non deambulanti e le applicazioni della teleassistenza domiciliare nelle diverse forme di telecontrollo, telesoccorso o teleconsulto.

In Italia, nel 2004 i casi di assistenza domiciliare sono stati 373.424 ovvero 645 casi ogni 100.000 abitanti. Mentre l'assistenza domiciliare agli anziani è stata pari all'84,1% degli anziani residenti.

In Sardegna nel 2004 i casi di assistenza domiciliare sono stati 2.731 ovvero 166 casi ogni 100.000 abitanti. Mentre l'assistenza domiciliare agli anziani è stata pari al 73,1% degli anziani residenti.

Trapianti

Il trapianto di organi e tessuti, associato alla scoperta di nuovi farmaci che migliorano la tolleranza dell'organo trapiantato nel ricevente, è uno dei progressi più rilevanti nella cura di un grande numero di malattie per le quali non esistono cure alternative.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



La promozione delle donazioni, dei trapianti e della valutazione di qualità dell'attività di trapianto organi, cellule staminali e tessuti sono obiettivi importanti del sistema sanitario.

I dati al 31/12/2005 dimostrano un aumento dell'attività di donazione e trapianto ottenuto nel nostro paese, nel giro di dieci anni l'Italia è passata dagli ultimi al secondo posto in Europa e al terzo nel mondo. Anche dal punto di vista qualitativo si registrano ottimi risultati.

In Italia, il tasso dei donatori effettivi per milione di popolazione al 31/12/05 era di 21.

In Sardegna il tasso dei donatori effettivi per milione di popolazione al 31/12/05 era di 20,2.

Spesa sanitaria in rapporto al PIL e spesa sanitaria pubblica pro capite

L'analisi dell'assetto economico finanziario dei sistemi sanitari delle regioni italiane restituisce uno scenario particolarmente eterogeneo. L'attenzione è posta sui fabbisogni della spesa sanitaria a livello regionale e sui relativi disavanzi che, soprattutto in alcune regioni, stanno poetando all'accumularsi di debiti particolarmente ingenti e preoccupanti per la stabilità del sistema economico regionale. La presenza di disavanzi ha spinto molte regioni a trovare soluzioni finanziarie in grado di assicurare la necessaria liquidità per lo svolgimento delle operazioni correnti nell'ambito delle aziende sanitarie.

Il rapporto tra spesa e PIL dovrebbe identificare la disponibilità a spendere per l'assistenza sanitaria di una regione in relazione alle proprie disponibilità in termini di reddito.

La spesa sanitaria pubblica corrente in rapporto al PIL negli anni 2002-2003 ha subito un decremento dello 0,32%.

La spesa pro capite delle regioni italiane mostra una significativa variabilità tra il 2003 e il 2005 con un notevole incremento negli ultimi anni soprattutto a favore delle regioni meridionali.

La spesa sanitaria dell'Italia in rapporto al PIL negli anni 2002-2003 ha subito un decremento dello 0,32%, mentre la spesa sanitaria pubblica pro capite è pari a 1.621 euro.

La spesa sanitaria della Sardegna in rapporto al PIL negli anni 2002-2003 ha subito un decremento dello 0,98%, mentre la spesa sanitaria pubblica pro capite è pari a 1.593euro.

Assetto economico-finanziario						
	Spesa sanitaria pubblica pro capite (in €)		Disavanzo sanitario pubblico pro capite (in €)		Utile o perdita media di esercizio pro capite delle Asl (in €)	
	2004	2005	2003	2004	2003	2004
Sardegna	1.483	1.593	87,3	146,74	-114,88	-161,07
Italia	1.548	1.621	39,09	105,60	-73,21	-44,07

Spesa sanitaria per livelli essenziali di assistenza LEA

In Italia, con l'Accordo Stato-Regioni, sottoscritto il 22/11/2001 sono stati definiti i livelli essenziali di assistenza (LEA); questi rappresentano le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o in compartecipazione, grazie alle risorse raccolte attraverso il sistema fiscale. La



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



ripartizione dei costi per livelli essenziali di assistenza è relativa all'anno 2003. I macrolivelli che assorbono le maggiori risorse sono l'assistenza ospedaliera che rappresenta il 48,4% dei costi totali e il 47,7% dei costi dell'assistenza distrettuale.

A livello regionale i costi per l'assistenza ospedaliera della Sardegna sono pari al 44,6% dei costi totali mentre per l'assistenza distrettuale sono pari a 50,0%.

Disavanzo sanitario pubblico procapite

Il disavanzo sanitario pubblico misura la differenza tra quanto è stato speso e quanto è stato ricevuto come finanziamento. È un indicatore della sostenibilità del processo di devoluzione regionale: disavanzi che tendono strutturalmente ad accentuarsi nel tempo indica la presenza di un problema nella gestione federalista della sanità, mentre peggioramenti a livello di singole regioni indicano un probabile problema gestionale.

In Italia il disavanzo sanitario pubblico procapite nel 2005 è pari a 78,29 € con una variazione assoluta di +55,40.

In Sardegna il disavanzo sanitario pubblico procapite nel 2005 è pari a +143,66€ con una variazione assoluta di +40,49.

Ticket

Il ticket farmaceutico rappresenta il contributo che il paziente deve pagare per ottenere farmaci rimborsati dal SSN.

L'indicatore permette di avere una visione d'insieme dell'utilizzo del ticket farmaceutico, evidenziandone, anche alcune caratteristiche, stabilite attraverso la normativa regionale di riferimento. L'utilizzo di questa leva finanziaria dovrebbe servire a frenare la crescita della spesa farmaceutica, che è spesso viziata dalla tendenza ad acquistare farmaci in quantità superiore ai bisogni effettivi.

La differenza tra Regione e Regione nell'applicazione del ticket, in termini di spesa farmaceutica pro capite, non sembrerebbe evidenziare solo una scelta di natura economico-finanziaria pura, ma una scelta legata alle difficoltà di bilancio e alla mancanza di utilizzo di altri strumenti più idonei a raggiungere il contenimento della spesa farmaceutica.

Nel 2005 il totale della compartecipazione richiesta ai cittadini è stato pari a 515 milioni di euro, corrispondenti al 3,8% della spesa lorda complessiva, in riduzione rispetto al 2004 ed al 2003.

L'incidenza del ticket sulla spesa lorda in Italia è stata pari a 8,9€ corrispondente al 3,8% della spesa farmaceutica pro capite.

La Sardegna ha una spesa farmaceutica lorda di 1,9€ corrispondente allo 0,7% della spesa farmaceutica pro capite.

Rating

Il rating è una valutazione, fornita da parte di un'agenzia privata specializzata, del merito di credito di un soggetto emittente obbligazioni sui mercati finanziari internazionali. È un indicatore della capacità del soggetto di far fronte puntualmente al servizio del debito. Il rating assume rilevanza in quanto fornisce agli operatori finanziari un'informazione omogenea sul grado di rischio degli emittenti e riveste una grande importanza per tutti gli investitori che non sono adeguatamente attrezzati per un'analisi autonoma del rischio di credito.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



La scala internazionale che esprime il giudizio di rating è formata dalla combinazione di più lettere in cui la lettera A è utilizzata per esprimere il giudizio più elevato e la lettera C il giudizio più basso. Le regioni italiane hanno valori di rating piuttosto differenti si passa dalla AA della Lombardia alla A3- della Campania.

Le tre maggiori agenzie sono Standard and Poor's, Moody's e Fitch Rating che forniscono una gamma completa di valutazione, differente sia per tipologia dell'emittente che per strumento finanziario.

Le tre principali agenzie hanno dato tre differenti valutazioni per ogni regione italiana, mentre allo Stato Italiano la Fitch ha dato: AA-, Moody's Aa2, e S&P A+

La Sardegna ha avuto una valutazione da parte di Fitch pari a AA-, Moody's attribuisce un A2 e S&P non attribuisce nessun valore.

Commento a cura di: Prof.^{ssa} Ida Mura, Prof. Antonio Azara, Prof.^{ssa} Rosa Cristina Coppola, Dott. Luigi Minerba

Il quadro generale dello stato di salute e della qualità dell'assistenza sanitaria in **Sardegna**, come delineato dal Rapporto Osservasalute 2006, non si presenta particolarmente diverso da quello delle altre regioni italiane. Peraltro, nell'ambito di una non semplice sintesi di una così rilevante mole di indicatori, particolarmente utili alla programmazione sanitaria, numerosi aspetti sono suggestivi di significativi commenti.

In particolare, l'analisi dei dati epidemiologici, valutata comparativamente rispetto ai valori medi nazionali, permette di evidenziare che, sia speranza di vita che mortalità sono prevalentemente allineate, se non migliori, del valore medio nazionale; evidenziano invece, valori peggiori rispetto alla media nazionale, i tassi di mortalità per malattie degli apparati respiratorio e digerente nonché quelli per cause violente. Si riscontra un minor numero di nuovi casi di tumori tranne che per la mammella, patologia in cui si rileva, inoltre, una tendenza in evidente incremento passando dal 93,5 per 100.000 del periodo 1995-2000 al 99,8 per 100.000 del 2001-2006.

I fattori di rischio, stili di vita e prevenzione (*prevalenza di fumatori, percentuale di persone obese, percentuale di persone in sovrappeso, prevalenza di consumatori di bevande alcoliche*) riflettono, generalmente, una situazione più virtuosa dello standard nazionale.

Nel quadriennio 2002-2004 gli infortuni sul lavoro si sono verificati con una frequenza pressoché simile alla media nazionale, ma sono caratterizzati da un maggiore tasso di mortalità specifica (11,46 per 100.000 contro 7,85 per 100.000 su base nazionale).

I tassi di mortalità e dimissioni ospedaliere per diabete mellito confermano l'elevata frequenza della malattia, storicamente rilevata nell'Isola, peraltro in leggero miglioramento, in entrambe i sessi, rispetto all'anno precedente; da rilevare che nell'Isola, relativamente alla classe d'età da 0 a 14 anni, si riscontra il più elevato tasso di dimissioni ospedaliere per diabete mellito (21,08 in entrambi i sessi), a fronte di una media nazionale di 8,84 per 10.000.

Si rileva un minor tasso standardizzato di dimissioni per malattie cardiovascolari, in parte confermato da più bassi tassi di mortalità ospedaliera per malattie ischemiche e infarto acuto del miocardio; i tassi di mortalità ospedaliera per malattie cerebrovascolari e per *ictus* ischemico sono, invece, in entrambe i sessi, più elevati di circa 6 punti per 100.000 rispetto alla media nazionale.

Per eventuali approfondimenti

Prof. Antonio Azara Istituto di Igiene e Medicina Preventiva Via Padre Manzella, 4 7100 SASSARI tel. 079 228470 cell Fax 079 228472 E-mail: azara@uniss.it



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane

COMUNICATO STAMPA



ROMA, 15 FEBBRAIO 2007

Toscana: ottimo il consumo di farmaci generici

E' in Toscana che si registra il maggior consumo percentuale di farmaci a brevetto scaduto, pari al 26,4% nel 2005 con una differenza in punti percentuali dal 2002 al 2005 di 17,4. In Italia il consumo percentuale di farmaci generici è del 24,1 e la differenza percentuale nel periodo 2002-2005 è di 10,1. I farmaci godono di un sistema di copertura brevettuale che ha attualmente una durata di 20 anni negli altri paesi UE e di circa 38 in Italia. Dopo la scadenza del brevetto possono essere autorizzati dei farmaci copia (detti generici o equivalenti), che hanno prezzi più bassi di almeno il 20%. Il prezzo più basso dei farmaci equivalenti determina riduzioni, anche notevoli, nel prezzo degli "originator". Il consumo e la spesa dei farmaci a brevetto scaduto rappresentano, pertanto, un indicatore d'efficienza della spesa farmaceutica pubblica.

Sono i dati che emergono dal **Rapporto Osservasalute 2006**, un'approfondita analisi dello stato di salute della popolazione e della qualità dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane, pubblicato oggi dall'**Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane** e frutto del lavoro di **oltre 200 ricercatori distribuiti su tutto il territorio italiano**, che operano presso Università, Agenzie regionali e provinciali di sanità, Assessorati regionali e provinciali, Aziende ospedaliere ed Aziende sanitarie, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale Tumori, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Ministero della Salute, Istat.

Sopravvivenza e mortalità

Sopravvivenza e mortalità												
	Speranza di vita alla nascita				Speranza di vita a 65 anni				Speranza di vita a 75 anni			
	2003		2004		2003		2004		2003		2004	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Toscana	77,8	83,2	78,6	84,4	17,2	21,0	17,7	21,9	10,5	12,9	10,9	13,6
Italia	76,9	82,6	77,7	83,7	16,8	20,5	17,4	21,4	10,3	12,6	10,7	13,3

L'Italia è tra i paesi più longevi al mondo, tanto per gli uomini quanto per le donne. I livelli di sopravvivenza così elevati sono frutto dei continui progressi in medicina e delle migliori condizioni di vita della popolazione che hanno contribuito a ridurre notevolmente i rischi di morte a tutte le età della vita.

Al 2004, la speranza di vita alla nascita, mostra l'ormai noto vantaggio delle donne rispetto agli uomini, con un'aspettativa di vita mediamente di 6 anni più elevata per le prime rispetto ai secondi (83,7 anni per le donne con un aumento di un anno rispetto al 2003 contro i 77,7 per gli uomini pari a 0,3 anni rispetto al 2003).

In Toscana nel 2004 la speranza di vita alla nascita per gli uomini è pari a 78,6 anni e le donne 84,4; mentre la speranza di vita tra i 65 e i 75 anni è pari a 17,7 anni per gli uomini e 21,9 anni per le donne; a 75 anni la speranza di vita per gli uomini è pari a 10,9 anni e 13,6 anni per le donne.



Nel 2004, ultimo anno in cui è disponibile una stima della mortalità per causa di decesso, il tasso di mortalità standardizzato oltre l'anno di vita è risultato pari a 93 per 10.000 uomini e a 54 per 10.000 donne.

In Toscana il tasso di mortalità per gli uomini è pari a 88,45 su 10.000 uomini e a 50,67 su 10.000 donne.

Tra le cause di morte, le maggiori responsabili dell'aumento del rischio di morte degli uomini, tra il 2002 e il 2003 sono state le malattie cardio-respiratorie: quasi tutte le regioni hanno assistito ad un incremento nel rischio di morte per tale causa in Italia, su 10.000 abitanti il tasso di mortalità per gli uomini è pari a 6,83 e per le donne è pari a 2,43.

In Toscana il tasso di mortalità dovuto a malattie per l'apparato respiratorio su 10.000 abitanti è pari a 6,40 per gli uomini con un decremento rispetto al 2003 dell'1,51% e 2,29 per le donne con un decremento dell' 1,04%.

Per alcune regioni le malattie del sistema circolatorio hanno avuto un forte impatto sull'incidenza del tasso di mortalità, che per gli uomini è pari al 34,34 su 10.000 abitanti con un decremento del 3,78% e per le donne è pari a 22,16 con un decremento del 3,34%.

In Toscana tale tasso è pari a 33,26 per gli uomini con un decremento del 2,92% e per le donne è pari al 20,25 con un decremento del 3,73%.

Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione

Fattori di rischio e stili di vita								
	Prevalenza di fumatori di 14 anni e oltre		% persone obese		% persone in sovrappeso		Prevalenza consumatori bevande alcoliche di 11 anni e oltre	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2003	
							M	F
Toscana	23,2	23,3	8,3	9,4	30,8	31,0	86,2	64,1
Italia	23,7	25,0	8,5	9,0	33,5	33,6	84,7	59,8

Il fumo

La lotta al tabagismo rappresenta uno degli obiettivi prioritari delle politiche sanitarie; la prevalenza di fumatori permette di misurare il fenomeno e programmare interventi finalizzati al suo contenimento nella popolazione. I dati rilevati nell'ambito dell'Indagine Multiscopo sulle famiglie Stili di vita e condizioni di salute nell'anno 2005, mostrano che l'abitudine al fumo riguarda circa il 25% della popolazione italiana, la prevalenza dei non fumatori e degli ex fumatori è rispettivamente di circa 53% ed il 21,3%. Inoltre si osserva un decremento significativo della percentuale di fumatrici (dal 17,4% al 15,8%) .

In Italia la percentuale di fumatori è pari a 25% della popolazione residente, mentre gli ex fumatori sono il 21,3% e i non fumatori il 53%.

In Toscana la percentuale di fumatori è pari a 23,3% della popolazione residente, mentre gli ex fumatori sono il 23,4% e i non fumatori il 51,5%.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Sovrappeso e obesità

L'epidemia di obesità si sta rapidamente diffondendo: nel mondo circa 300 milioni di individui sono obesi, il tasso di incidenza è in continuo ed allarmante aumento e si stima che nel 2010 circa 150 milioni di adulti saranno affetti da questo problema.

Solo poco più della metà della popolazione italiana è in normopeso: il 42,6% è in eccesso ponderale. Nel confronto temporale tra il 2002 e il 2003 il dato relativo all'obesità presenta un aumento da 8,5% a 9%.

In Italia la prevalenza di persone di 18 anni e oltre in sovrappeso è 33,6% della popolazione totale, mentre quelle in sovrappeso sono pari a 9,0%.

In Toscana la prevalenza di persone di 18 anni e oltre in sovrappeso è 31,0% della popolazione totale, mentre quelle in sovrappeso sono pari a 9,4%.

Ambiente

L'inquinamento da polveri fini (PM₁₀), originato sia da sorgenti naturali che antropiche, provoca effetti sulla salute a breve, medio e lungo termine dovuti ad una compromissione dell'apparato respiratorio con danni acuti e cronico degenerativi.

L'incremento delle concentrazioni sembrerebbe essere accentuato durante i mesi invernali. L'analisi dei dati relativi alla "media annua delle concentrazioni medie giornaliere delle polveri fini" mostrerebbe che quattro regioni (Veneto, Marche, Lombardia e Valle d'Aosta) superano il valore limite. Un esame disaggregato dei dati derivanti da 76 comuni dimostra che in 31 comuni almeno una centralina ha registrato un valore medio annuo superiore al limite di riferimento.

In Italia la media annua delle concentrazioni medie giornaliere delle PM₁₀ è pari a 33, sono presenti 10 stazioni per ogni 382.397 abitanti e il limite è stato superato con una media di 53 giorni.

Nel 2004 in Toscana la media annua delle concentrazioni giornaliere delle PM₁₀ è pari a 32 con una diminuzione rispetto alle concentrazioni del 2003, sono presenti 9 stazioni per il rilevamento delle PM₁₀, il cui limite è stato superato per circa 40 giorni.

Ambiente				
	Media annua delle concentrazioni medie giornaliere di PM10		N° medio gg di superamento limite delle concentrazioni medie giornaliere	
	2003	2004	2003	2004
Toscana	38	32	73	40
Italia	41	33	80	53

Salute immigrati

All'inizio del 2006 gli immigrati presenti regolarmente in Italia erano 3.035.000 secondo la stima dell'Equipe del Dossier statistico Immigrazione Caritas/Migrantes. Ai dati ufficiali vanno aggiunti coloro che sono presenti irregolarmente e quindi complessivamente si può indicare la presenza di circa 3.500.000 persone.

Come conseguenza dell'aumento del fenomeno migratorio si è osservato in Italia un incremento nel tempo delle nascite da cittadini stranieri.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



In Italia i nati vivi con almeno uno dei genitori cittadino straniero sono pari a 65.062 bambini, con una prevalenza di entrambi i genitori stranieri (46.598).

In Toscana i nati vivi con almeno un cittadino straniero sono pari a 5.287 bambini di cui 3.809 hanno entrambi i genitori stranieri.

Negli ultimi anni si è evidenziato un incremento del numero di interruzioni volontarie di gravidanza (38.364) da parte di donne straniere immigrate in Italia. La maggior parte delle donne straniere che abortisce in Italia sono donne nate nell'Est Europa (17.350 interruzioni di gravidanza), ma anche in paesi del Centro-Sud America (7.090), dell'Africa (6.169) e dell'Asia (3.865).

In Toscana il totale delle interruzioni di gravidanza da parte di donne immigrate nel nostro paese è pari a 2.806.

Nel decennio di osservazione (1992-2002) l'ammontare complessivo dei decessi tra gli stranieri oltre il primo anno di vita in Italia supera le 32.000 unità con un andamento crescente che mostra negli anni delle forti correlazioni con il processo legislativo delle regolarizzazioni della popolazione straniera.

Il tasso standardizzato di mortalità per 10.000 stranieri residenti in Italia è pari a 20,03.

In Toscana il tasso standardizzato di mortalità per 10.000 stranieri residenti è pari a 16,24.

Tumori

A seguito della crisi del 2003, i tumori maligni dello stomaco mantengono un andamento piuttosto stabile, nel 2004 il tasso standardizzato è pari a 2,2 per 10.000 uomini e a 1,1 per le donne come pure i tumori maligni del colon, retto e ano (3,2 uomini e 1,9 donne ogni 10.000); continuano a ridursi i tumori maligni di trachea, bronchi e polmoni per gli uomini (8,7 per 10.000 ab.) ma continuano ad aumentare quelli delle donne (1,8 per 10.000 ab. pari ad un aumento dello 0,12%).

Secondo i dati osservati dai Registri Tumore di popolazione emerge che i tumori più frequenti tra gli uomini sono il tumore della prostata, del polmone e del colon-retto mentre tra le donne sono il tumore della mammella, del colon-retto e del polmone.

Il rischio oncologico delle regioni del Sud è stato sempre stimato essere più basso di quello delle regioni del Nord anche se negli ultimi anni questa differenza si è ridotta notevolmente.

I tassi di incidenza delle donne invece sono in aumento in tutte le regioni, ma la crescita sembra sempre più accentuata in alcune regioni del sud.

In Italia, nel periodo che va dal 2001 al 2006 il tasso medio di incidenza di tutti i tumori per 100.000 abitanti è pari a 304,5.

In Toscana, nel periodo che va da 2001 al 2006 il tasso medio di incidenza di tutti i tumori per 100.000 abitanti è pari a 310,9.

Tumore alla mammella

Il tumore alla mammella è il tumore più frequente nelle donne dei paesi occidentali, per le quali il rischio di ammalarsi nel corso della vita giunge fino al 10-11%. L'incidenza del tumore alla mammella in Italia nel quinquennio 2001-2006 rispetto al precedente 1995-2000 è in lieve aumento. I tassi di incidenza del tumore alla mammella sono in aumento in tutte le regioni italiane, presumibilmente in associazione con la diffusione dei programmi di screening organizzati e dell'aumentata attenzione a controlli in fase preclinica.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



In Italia, Il tasso di incidenza del tumore alla mammella nelle donne è pari a 92,6 su 100.000 abitanti con un aumento del 1,5%.

In Toscana, nel periodo 2001-2006 questo tasso è pari a 96,2 con un incremento del 3% delle donne rispetto al quinquennio precedente.

Tumore del colon retto

In Europa il timore del colon retto è la seconda neoplasia più comune in entrambi i sessi. In Italia l'incidenza del tumore del colon-retto 1995-2000 verso 2001-2006 è complessivamente in aumento, a causa del trend di crescita negli uomini (da 60 a 66 casi per 100.000); l'aumento dei tassi si verifica in tutte le fasce d'età, ma è più evidente nella fascia tra 75-84 anni

In Toscana il tasso standardizzato totale per il periodo 2001-2006 è pari a 44,8 casi ogni 100.000 abitanti così diviso 60,7 per gli uomini e 32,1 per le donne.

Tumore del Polmone

Il **cancro polmonare** è una delle neoplasie maligne più frequentemente diagnosticate nel mondo. In Italia, nel periodo 2001-2006, l'incidenza del tumore polmonare, è in riduzione rispetto al precedente periodo (1995-2000) ed è pari a 72 casi ogni 100.000 uomini e dimostra valori costanti per le donne pari a 14 casi ogni 100.000, ma vi sono preoccupanti segnali di incremento in alcune regioni.

In Toscana il tasso medio di incidenza per tumore del polmone per classe di età 0-84 anni ogni 100.000 abitanti nel periodo 2001-2006 è pari ad un tasso standardizzato del 36,6 casi diviso in 64,3 casi per gli uomini con una diminuzione del 15% e del 13,7 casi per le donne con un incremento dello 0,6%.

Screening

Prosegue l'estensione nel territorio nazionale dell'attività di screening organizzato per i tumori femminili e per quelli del colon retto. A fronte di una maggiore diffusione nelle regione del Centro e del Nord Italia, le regione del sud si stanno attivando, anche sotto l'impulso della legge 138/2004 del CCM e al coordinamento del ONS.

Screening mammografico

L'attivazione di programmi di screening per tumore alla mammella è raccomandata in Italia con programmi organizzati su un invito attivo ed è richiesta nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza. Nel 2004 vi è stata una ulteriore espansione dei programmi di screening ed è stata pari al 68,7%. Questo significa che due donne su tre risiedono in un territorio in cui è stato attivato un programma di screening mammografico. Le donne che hanno realmente ricevuto un invito a partecipare al programma di screening mammografico hanno avuto un incremento pari a circa il 24%.

In Italia, nel 2004 la percentuale di donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni inseriti in un programma di screening mammografico mostra un'estensione teorica è pari a 68,7% con un incremento del 12,5% di cui l'estensione effettiva è pari a 51,1%.

In Toscana nel 2004 la percentuale di donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni inseriti in un programma di screening mammografico mostra



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



un'estensione teorica è pari al 100% uguale al 2003 di cui l'estensione effettiva è pari a 83,5%.

Malattie infettive

Nel corso del XX secolo la scoperta di antibiotici sempre più attivi, la produzione di vaccini efficaci e l'applicazione di idonee misure di igiene ambientale hanno contrastato con grande efficacia un crescente numero di malattie infettive. La prevalenza di molte patologie infettive è gradualmente diminuita soprattutto nei paesi industrializzati. Questi successi hanno favorito la diffusione dell'idea che le malattie infettive siano state vinte. Ma questo concetto non è propriamente giusto se si pensa ai paesi sottosviluppati, e se si esamina che per alcune malattie (AIDS, EBOLA; SARS etc) sono aumentate le aspettative di vita, ma sono ancora causa di morte.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che entro il 2015 saranno disponibili ben 36 nuovi vaccini (ad esempio contro l'HIV o il virus C dell'epatite) o migliorati (ad esempio contro il virus B dell'epatite o la febbre tifoide).

Malattie infettive				
	Tasso di incidenza AIDS (per 100.000)		Tasso std di incidenza epatite A (per 100.000)	
	2004	2005	2003	2004
Toscana	3,04	2,60	5,19	4,32
Italia	2,85	1,80	3,33	4,25

Incidenza AIDS

In Italia, dal 1994 al 2005 sono stati notificati 32.996 casi di AIDS con un tasso di incidenza di 1,8 nuovi casi ogni 100.000 abitanti. Per quanto riguarda i tassi di incidenza si è registrata una sensibile diminuzione a partire dal 1996/97 a livello di tutti gli ambiti regionali. Il trend coincide con l'ingresso in Italia di farmaci antiretrovirali che hanno ridotto il rischio di progressione in AIDS degli HIV positivi aumentando pertanto la quota dei soggetti sieropositivi.

In Toscana nel 2005 sono stati registrati 75 nuovi casi di AIDS con un tasso di incidenza pari a 2,6 nuovi casi ogni 100.000 abitanti.

Epatite A

L'epidemia in Italia viene considerata a basse endemia, nel 2004 il tasso di incidenza è stato di 4 casi ogni 100.000 abitanti.

In Toscana il tasso di incidenza di epatite A per l'anno 2004 è pari a 4,32 casi su 100.000 abitanti con una diminuzione dello 0,87% rispetto al 2003.

Tubercolosi

L'Italia è stata classificata come paese a bassa incidenza di tubercolosi. In base ai dati ricavati dalle notifiche obbligatorie nell'anno 2004, il tasso di incidenza di tubercolosi per gli uomini è pari a 8,70 casi per 100.000 residenti quasi il doppio rispetto a quello registrato per le donne (5,45 per 100.000 ab.)

In Toscana nel 2004 il tasso standardizzato di incidenza per tubercolosi nei maschi è pari a 12,15 casi ogni 100.000 mentre per le donne è di 8,89 casi.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Dipendenze da sostanza

All'interno della popolazione italiana l'abuso di alcune sostanze illegali (principalmente eroina e cocaina) risulta correlato ad un aumentato rischio di mortalità. La classe d'età maggiormente toccata dal fenomeno consumo è 15-44 anni. A livello italiano si evidenzia un continuo decremento del tasso di mortalità dal 1996 al 2002; il calo risulta particolarmente evidente tra il 1996 (6,31 morti ogni 100.000 ab) e il 1997 (4,71 morti) e tra il 2001 (3,42 morti) e il 2002 (2,17 morti). Si rileva poi un tasso costante fino a fine del 2003 con una successiva inversione di tendenza nel 2004 (2,50 morti) confermata nel 2005 con 2,52 morti.

In Toscana nel 2005 il tasso di mortalità per abuso di stupefacenti nella fascia di età compresa tra 15 e 44 anni è pari a 1,59 con un decremento del 1,1% su 100.000 abitanti.

Salute materno-infantile

Gli indicatori della salute materno-infantile rappresentano un importante strumento per valutare lo stato di salute di una popolazione.

Abortività volontaria

I dati del 2003 con 124.118 di interruzioni di gravidanza volontarie (IVG) confermano la tendenza alla stabilizzazione del fenomeno, dopo un costante declino iniziato a partire dalla metà degli anni 80. Le regioni del Nord Ovest e del Centro presentano valori superiori alla media nazionale.

Il tasso standardizzato è di 9,2 casi ogni 1.000 donne, mentre il tasso più elevato si osserva nella classe 20-24 anni con 15,1. Questo dato può essere determinato in parte dall'ingresso delle donne straniere, prevalentemente giovani, presenti nel nostro paese che fanno ricorrenza alla IVG.

Osservando il fenomeno per lo stato civile, i livelli di abortività più elevati si osservano tra le persone separate, divorziate e vedove (22,2 per 1.000 nel 1993 e 24,3 nel 2003) che però numericamente costituiscono un gruppo più piccolo.

In Toscana, nel 2003, il tasso standardizzato delle interruzioni volontarie della gravidanza è pari a 9,21 casi ogni 1.000 donne.

Abortività spontanea

La normativa italiana definisce l'aborto spontaneo come l'interruzione spontanea della gravidanza entro il 180 giorno di gestazione.

Il trend del rapporto standardizzato mostra un debole andamento crescente fino alla metà degli anni '90, seguito da una fase di stabilizzazione. Le differenze territoriali sono abbastanza marcate: il Centro e il nord Est seguono l'andamento nazionale con valori più elevati della media, mentre il Mezzogiorno con valori inferiori. Tali andamenti possono essere spiegati in parte dalle differenze territoriali dell'età media del parto. L'aumento del rapporto di abortività spontanea può essere attribuibile a vari fattori, quali una diagnosi più precoce della gravidanza, una migliorata notifica dell'evento, l'innalzamento dell'età della madre al parto e in particolare al primo figlio, il ricorso a tecniche di procreazione medicalmente assistita o la diffusione di fattori ambientali e lavorativi che hanno un'influenza negativa sullo sviluppo del feto.

In Italia il rapporto standardizzato per rapporti di abortività spontanea nella classe 15-49 anni è pari a 127,6 donne gravide.

In Toscana il rapporto standardizzato per abortività spontanea nella classe di età 15-49 è pari a 133,9 donne gravide.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Parti cesarei

La proporzione dei parti cesarei ha subito negli ultimi decenni un costante incremento in molti paesi occidentali, ed in Italia in particolare sono stati raggiunti i valori più elevati al mondo.

Nel 2004 la proporzione dei parti cesarei a livello nazionale è di 38% sul totale.

In Toscana il totale dei parti cesarei nel 2004 è stato del 26,8% sul totale; con un aumento del 4,3% rispetto al 1998.

Incidenti stradali

Gli incidenti, sia domestici che stradali, rappresentano attualmente un problema emergente della Sanità pubblica in Italia.

Gli incidenti stradali nel nostro paese nel 2004 secondo le fonti della polizia di stato sono stati 224.553 di questi ci sono stati 5.625 decessi, con 316.630 feriti. La metà dei decessi avviene prima dei 41 anni d'età ed il 25% prima dei 23 anni.

In Toscana, nel 2004 gli incidenti registrati sono pari a 19.869 di cui 369 persone coinvolte sono decedute e 26.072 ferite.

Incidenti sul lavoro

L'inail definisce infortunio sul lavoro la conseguenza di una causa violenta ed esterna verificatasi in occasione del lavoro da cui deriva o la morte o un'inabilità temporanea che comporta l'astensione dal lavoro per oltre tre giorni.

In Italia, la media tra il 2002 e il 2005 di mortalità per infortuni sul lavoro in Italia ogni 100.000 abitanti è pari a 7,85 persone.

In Toscana la media del tasso di mortalità per infortuni sul lavoro tra 2002 e 2005, è pari a 8,12 persone su 100.000.

Assistenza territoriale

Negli ultimi anni in Italia si è assistito ad un sostanziale mutamento nel profilo demografico e, di conseguenza, il bisogno socio-sanitario e la domanda emergente della popolazione è cambiata.

Il territorio non è più solo il luogo tradizionale di servizi ambulatoriali di medicina generale, di continuità assistenziale, delle attività distrettuali di tutela della salute collettive e delle strutture residenziali per anziani, ma è diventato anche la sede primaria di promozione della salute, di governo della domanda e dell'integrazione dell'assistenza ospedaliera con le cure primarie, la riabilitazione e di riflesso tutte le forme di assistenza destinate all'accompagnamento di anziani, malati cronici, disabili e più in generale soggetti fragili.

In Italia l'esperienza della domiciliarizzazione dell'assistenza, espressione di funzioni e attività proprie delle cure extraospedaliere è ricca e variegata. Le cure domiciliari includono l'assistenza infermieristica e riabilitativa domiciliare (ADI), l'assistenza programmata domiciliare (ADP) fornita da medici di medicina generale gli assistiti non deambulanti e le applicazioni della teleassistenza domiciliare nelle diverse forme di telecontrollo, telesoccorso o teleconsulto.

In Italia, nel 2004 i casi di assistenza domiciliare sono stati 373.424 ovvero 645 casi ogni 100.000 abitanti. Mentre l'assistenza domiciliare agli anziani è stata pari all'84,1% degli anziani residenti.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



In Toscana, nel 2004 i casi di assistenza domiciliare sono stati 25.825 ovvero 724 casi ogni 100.000 abitanti. Mentre l'assistenza domiciliare agli anziani è stata pari all'89,0% degli anziani residenti.

Trapianti

Il trapianto di organi e tessuti, associato alla scoperta di nuovi farmaci che migliorano la tolleranza dell'organo trapiantato nel ricevente, è uno dei progressi più rilevanti nella cura di un grande numero di malattie per le quali non esistono cure alternative.

La promozione delle donazioni, dei trapianti e della valutazione di qualità dell'attività di trapianto organi, cellule staminali e tessuti sono obiettivi importanti del sistema sanitario.

I dati al 31/12/2005 dimostrano un aumento dell'attività di donazione e trapianto ottenuto nel nostro paese, nel giro di dieci anni l'Italia è passata dagli ultimi al secondo posto in Europa e al terzo nel mondo. Anche dal punto di vista qualitativo si registrano ottimi risultati.

In Italia, il tasso dei donatori effettivi per milione di popolazione al 31/12/05 era di 21.

In Toscana il tasso dei donatori effettivi per milione di popolazione al 31/12/05 era di 31,7.

Spesa sanitaria in rapporto al PIL e spesa sanitaria pubblica pro capite

L'analisi dell'assetto economico finanziario dei sistemi sanitari delle regioni italiane restituisce uno scenario particolarmente eterogeneo. L'attenzione è posta sui fabbisogni della spesa sanitaria a livello regionale e sui relativi disavanzi che, soprattutto in alcune regioni, stanno poetando all'accumularsi di debiti particolarmente ingenti e preoccupanti per la stabilità del sistema economico regionale. La presenza di disavanzi ha spinto molte regioni a trovare soluzioni finanziarie in grado di assicurare la necessaria liquidità per lo svolgimento delle operazioni correnti nell'ambito delle aziende sanitarie.

Il rapporto tra spesa e PIL dovrebbe identificare la disponibilità a spendere per l'assistenza sanitaria di una regione in relazione alle proprie disponibilità in termini di reddito.

La spesa sanitaria pubblica corrente in rapporto al PIL negli anni 2002-2003 ha subito un decremento dello 0,32%.

La spesa pro capite delle regioni italiane mostra una significativa variabilità tra il 2003 e il 2005 con un notevole incremento negli ultimi anni soprattutto a favore delle regioni meridionali.

La spesa sanitaria dell'Italia in rapporto al PIL negli anni 2002-2003 ha subito un decremento dello 0,32%, mentre la spesa sanitaria pubblica pro capite è pari a 1.621euro.

La spesa sanitaria della Toscana in rapporto al PIL negli anni 2002-2003 ha subito un decremento dello 0,87%, mentre la spesa sanitaria pubblica pro capite è pari a 1.637euro.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Assetto economico-finanziario						
	Spesa sanitaria pubblica pro capite (in €)		Disavanzo sanitario pubblico pro capite (in €)		Utile o perdita media di esercizio pro capite delle Asl (in €)	
	2004	2005	2003	2004	2003	2004
Toscana	1.583	1.637	-5,75	67,1	-3,98	-68,68
Italia	1.548	1.621	39,09	105,60	-73,21	-44,07

Spesa sanitaria per livelli essenziali di assistenza LEA

In Italia, con l'Accordo Stato-Regioni, sottoscritto il 22/11/2001 sono stati definiti i livelli essenziali di assistenza (LEA); questi rappresentano le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o in compartecipazione, grazie alle risorse raccolte attraverso il sistema fiscale. La ripartizione dei costi per livelli essenziali di assistenza è relativa all'anno 2003. I macrolivelli che assorbono le maggiori risorse sono l'assistenza ospedaliera che rappresenta il 48,4% dei costi totali e il 47,7% dei costi dell'assistenza distrettuale.

A livello regionale i costi per l'assistenza ospedaliera della Toscana sono pari al 45,4% dei costi totali mentre per l'assistenza distrettuale sono pari a 50,0%.

Disavanzo sanitario pubblico procapite

Il disavanzo sanitario pubblico misura la differenza tra quanto è stato speso e quanto è stato ricevuto come finanziamento. È un indicatore della sostenibilità del processo di devoluzione regionale: disavanzi che tendono strutturalmente ad accentuarsi nel tempo indica la presenza di un problema nella gestione federalista della sanità, mentre peggioramenti a livello di singole regioni indicano un probabile problema gestionale.

In Italia il disavanzo sanitario pubblico procapite nel 2005 è pari a 78,29 € con una variazione assoluta di +55,40.

In Toscana il disavanzo sanitario pubblico procapite nel 2005 è pari a -5,13 € con una variazione assoluta di +54,69.

Ticket

Il ticket farmaceutico rappresenta il contributo che il paziente deve pagare per ottenere farmaci rimborsati dal SSN.

L'indicatore permette di avere una visione d'insieme dell'utilizzo del ticket farmaceutico, evidenziandone, anche alcune caratteristiche, stabilite attraverso la normativa regionale di riferimento. L'utilizzo di questa leva finanziaria dovrebbe servire a frenare la crescita della spesa farmaceutica, che è spesso viziata dalla tendenza ad acquistare farmaci in quantità superiore ai bisogni effettivi.

La differenza tra Regione e Regione nell'applicazione del ticket, in termini di spesa farmaceutica pro capite, non sembrerebbe evidenziare solo una scelta di natura economico-finanziaria pura, ma una scelta legata alle difficoltà di bilancio e alla mancanza di utilizzo di altri strumenti più idonei a raggiungere il contenimento della spesa farmaceutica.

Nel 2005 il totale della compartecipazione richiesta ai cittadini è stato pari a 515 milioni di euro, corrispondenti al 3,8% della spesa lorda complessiva, in riduzione rispetto al 2004 ed al 2003.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



L'incidenza del ticket sulla spesa lorda in Italia è stata pari a 8,9€ corrispondente al 3,8% della spesa farmaceutica pro capite.

La Toscana ha una spesa farmaceutica lorda di 1,7€ corrispondente al 0,9% della spesa farmaceutica pro capite.

Rating

Il rating è una valutazione, fornita da parte di un'agenzia privata specializzata, del merito di credito di un soggetto emittente obbligazioni sui mercati finanziari internazionali. È un indicatore della capacità del soggetto di far fronte puntualmente al servizio del debito. Il rating assume rilevanza in quanto fornisce agli operatori finanziari un'informazione omogenea sul grado di rischio degli emittenti e riveste una grande importanza per tutti gli investitori che non sono adeguatamente attrezzati per un'analisi autonoma del rischio di credito.

La scala internazionale che esprime il giudizio di rating è formata dalla combinazione di più lettere in cui la lettera A è utilizzata per esprimere il giudizio più elevato e la lettera C il giudizio più basso. Le regioni italiane hanno valori di rating piuttosto differenti si passa dalla AA della Lombardia alla A3- della Campania.

Le tre maggiori agenzie sono Standard and Poor's, Moody's e Fitch Rating che forniscono una gamma completa di valutazione, differente sia per tipologia dell'emittente che per strumento finanziario.

Le tre principali agenzie hanno dato tre differenti valutazioni per ogni regione italiana, mentre allo Stato Italiano la Fitch ha dato: AA-, Moody's Aa2, e S&P A+

La Toscana non ha avuto nessuna valutazione da parte di Fitch, Moody's attribuisce Aa2 e S&P attribuisce A+.

Il commento della Dr.ssa Emanuela Barbini per la regione Toscana

Toscana: La migliore politica di razionalizzazione della spesa farmaceutica

Il quadro generale della sanità e della salute in Toscana può dirsi sostanzialmente positivo, con indicatori in generale migliori della media nazionale. Gli abitanti della Toscana possono contare su una speranza di vita alla nascita (78,6 anni - uomini; 84,4 anni - donne) superiore alla media ed in continuo aumento. Il tasso di mortalità generale, standardizzato per età, è inferiore alla media italiana. Inferiori alla media risultano i tassi di mortalità per malattie cardiovascolari e dell'apparato digerente, contrariamente a quelli per tumori gastrici. Maggior incidenza hanno AIDS, salmonellosi ed epatite A (dati probabilmente almeno in parte correlabili ad un sistema di rilevazione avanzato), gli incidenti del traffico e lavorativi ed i tumori nel loro insieme. Per questo sono stati varati appositi progetti (Piano Sanitario Regionale 2005-2007) per la prevenzione degli infortuni sul lavoro e dei tumori. Si registrano minore mortalità e tasso di ricoveri per diabete rispetto alla media nazionale. La Regione si sta facendo attivamente carico del preoccupante incremento di incidenza del cancro della mammella (96,2 casi/100000 abitanti contro una media nazionale di 92,6): i programmi di prevenzione secondaria hanno infatti raggiunto una estensione effettiva



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



all'83,5% delle donne a rischio, contro un valore medio del 51,1%. La mortalità per abuso di stupefacenti è più bassa della media e in ulteriore decremento. Sotto il profilo economico la spesa sanitaria è in linea con la media nazionale. Comincia a dare frutti tangibili la, a suo tempo contestata, politica della Regione Toscana in tema di razionalizzazione della spesa farmaceutica. Il 24,6 % dei farmaci forniti dal SSR fruisce del prezzo ribassato per decaduti oneri brevettuali. In Toscana si assumono meno farmaci per abitante, con minore spesa farmaceutica lorda pro capite a carico del SSN e disavanzo sanitario pro capite rispetto alla media. I tassi di ricovero (ordinario e day hospital) sono inferiori alla media. La degenza media risulta maggiore; dato correlabile ad una maggiore complessità dei ricoveri. Gli indicatori di mobilità dei pazienti ospedalieri studiati la pongono dietro Regioni più virtuose quali Friuli Venezia Giulia, Umbria, Emilia Romagna, Lombardia e Lazio. Le sfide rappresentate dalle criticità, per un servizio regionale finanziariamente in equilibrio, come quello toscano, possono e debbono essere affrontate con opera di prevenzione e promozione di stili di vita sani. L'offerta sanitaria dovrà essere riorientata anche al fine di dare risposte diffuse sul territorio ai bisogni emergenti di una popolazione sempre più anziana (indice di vecchiaia: 192,51), con l'implementazione di strutture residenziali e semiresidenziali: la Regione pone particolare attenzione ai progetti di prevenzione della fragilità dell'anziano. Sarà da monitorare la sperimentazione delle Società della Salute, per verificare quanto saranno riuscite a rispondere concretamente ai reali bisogni di salute della popolazione, senza divenire un "ente" capace solo di assorbire risorse. Merita infine una particolare citazione la proposta che viene dall'Azienda Ospedaliera Universitaria Senese di terapia fotodinamica del cheratocono: un modello assistenziale che persegue contemporaneamente l'obiettivo di migliorare l'outcome di una patologia rara e quello di aumentare l'accessibilità all'assistenza superando i vincoli di natura biologica e sociologica che portano alla scarsità delle donazioni (premio SOI quale "Migliore Ricerca Italiana in Oftalmologia - 2004").

Responsabile Centro di Riferimento Regionale
Prof. Nicola Nante
Dipartimento di Fisiopatologia, Medicina Sperimentale
e Sanità Pubblica
Via Aldo Moro
53100 SIENA
Tel. 0577 234133
333-6369050
E-mail: nante@unisi.it

Dott. Gabriele Messina
Dipartimento di Fisiopatologia, Medicina Sperimentale
e Sanità Pubblica

Via Aldo Moro
53100 SIENA
Tel. 0577 234084
E-mail: messina3@unisi.it

Dott.ssa Emanuela Barbini
Dipartimento di Fisiopatologia, Medicina Sperimentale
e Sanità Pubblica
Via Aldo Moro
53100 SIENA
E-mail: barbini4@unisi.it



Valle d'Aosta: ottima gestione territoriale dell'asma e del diabete mellito

In Valle d'Aosta per gli anni 2001-2004 si registrano i tassi standardizzati più bassi di dimissioni ospedaliere potenzialmente evitabili per asma e per complicanze a lungo termine del diabete mellito, rispettivamente dello 0,13 e dello 0,30 ogni 1.000 residenti. In Italia i valori si attestano per l'asma a 0,24 e per le complicanze del diabete mellito a 0,53. Le dimissioni ospedaliere potenzialmente evitabili per asma e per complicanze a lungo termine del diabete mellito tra gli adulti valutano l'appropriata gestione in ambito territoriale della patologia, intesa come prevenzione, con l'individuazione dei soggetti a maggior rischio, diagnosi precoce, monitoraggio periodico della funzionalità respiratoria, terapia farmacologica ed educativa. Infatti, questi ricoveri possono essere considerati potenzialmente "evitabili" in presenza di un'adeguata rete di servizi territoriali.

Sono i dati che emergono dal **Rapporto Osservasalute 2006**, un'approfondita analisi dello stato di salute della popolazione e della qualità dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane, pubblicato oggi dall'**Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane** e frutto del lavoro di **oltre 200 ricercatori distribuiti su tutto il territorio italiano**, che operano presso Università, Agenzie regionali e provinciali di sanità, Assessorati regionali e provinciali, Aziende ospedaliere ed Aziende sanitarie, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale Tumori, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Ministero della Salute, Istat

Sopravvivenza e mortalità

	Speranza di vita alla nascita*				Speranza di vita a 65 anni*				Speranza di vita a 75 anni*			
	2003		2004		2003		2004		2003		2004	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Valle d'Aosta	76,3	82,2	77,4	83,6	16,5	20,4	17,3	21,4	10,0	12,4	10,5	13,3
Italia	76,9	82,6	77,7	83,7	16,8	20,5	17,4	21,4	10,3	12,6	10,7	13,3

L'Italia è tra i paesi più longevi al mondo, tanto per gli uomini quanto per le donne. I livelli di sopravvivenza così elevati sono frutto dei continui progressi in medicina e delle migliori condizioni di vita della popolazione che hanno contribuito a ridurre notevolmente i rischi di morte a tutte le età della vita.

Al 2004, la speranza di vita alla nascita, mostra l'ormai noto vantaggio delle donne rispetto agli uomini, con un'aspettativa di vita mediamente di 6 anni più elevata per le prime rispetto ai secondi (83,7 anni per le donne con un aumento di un anno rispetto al 2003 contro i 77,7 per gli uomini pari a 0,3 anni rispetto al 2003).

In Piemonte e Valle D'Aosta nel 2004 la speranza di vita alla nascita per gli uomini è pari a 77,4 anni e le donne 83,6; mentre la speranza di vita tra i 65 e i 75 anni è pari a 17,3 anni per gli uomini e 21,4 anni per le donne; a 75



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



anni la speranza di vita per gli uomini è pari a 10,5 anni e 13,3 anni per le donne.

Nel 2004, ultimo anno in cui è disponibile una stima della mortalità per causa di decesso, il tasso di mortalità standardizzato oltre l'anno di vita è risultato pari a 93 per 10.000 uomini e a 54 per 10.000 donne.

In Valle D'Aosta il tasso di mortalità per gli uomini è pari a 100,22 su 10.000 uomini e a 56,71 su 10.000 donne.

Tra le cause di morte, le maggiori responsabili dell'aumento del rischio di morte degli uomini, tra il 2002 e il 2003 sono state le malattie cardio-respiratorie: quasi tutte le regioni hanno assistito ad un incremento nel rischio di morte per tale causa in Italia, su 10.000 abitanti il tasso di mortalità per gli uomini è pari a 6,83 e per le donne è pari a 2,43.

In Valle D'Aosta il tasso di mortalità dovuto a malattie per l'apparato respiratorio su 10.000 abitanti è pari a 7,45 per gli uomini con un incremento rispetto al 2003 dello 0,95% e 2,54 per le donne con un decremento dello 0,54%.

Per alcune regioni le malattie del sistema circolatorio hanno avuto un forte impatto sull'incidenza del tasso di mortalità, che per gli uomini è pari al 34,45 su 10.000 abitanti con un decremento del 3,78% e per le donne è pari a 22,16 con un decremento del 3,34%.

In Valle D'Aosta tale tasso è pari a 34,70 per gli uomini con un decremento del 2,01% e per le donne è pari al 17,79 con un decremento del 7,3%.

Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione

Fattori di rischio e stili di vita								
	Prevalenza di fumatori di 14 anni e oltre		% persone obese		% persone in sovrappeso		Prevalenza consumatori bevande alcoliche di 11 anni e oltre**	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2003	
							M	F
Valle d'Aosta	22,8	21,0	8,4	9,0	32,0	32,7	84,4	62,0
Italia	23,7	25,0	8,5	9,0	33,5	33,6	84,7	59,8

** i dati della Valle d'Aosta sono stati accorpati a quelli del Piemonte

Il fumo

La lotta al tabagismo rappresenta uno degli obiettivi prioritari delle politiche sanitarie; la prevalenza di fumatori permette di misurare il fenomeno e programmare interventi finalizzati al suo contenimento nella popolazione. I dati rilevati nell'ambito dell'Indagine Multiscopo sulle famiglie Stili di vita e condizioni di salute nell'anno 2005, mostrano che l'abitudine al fumo riguarda circa il 25% della popolazione italiana, la prevalenza dei non fumatori e degli ex fumatori è rispettivamente di circa 53% ed il 21,3%. Inoltre si osserva un decremento significativo della percentuale di fumatrici (dal 17,4% al 15,8%) .

In Italia la percentuale di fumatori è pari a 25% della popolazione residente, mentre gli ex fumatori sono il 21,3% e i non fumatori il 53%.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



In Valle D'Aosta la percentuale di fumatori è pari a 21% della popolazione residente, mentre gli ex fumatori sono il 23,3% e i non fumatori il 52,4%.

Sovrappeso e obesità

L'epidemia di obesità si sta rapidamente diffondendo: nel mondo circa 300 milioni di individui sono obesi, il tasso di incidenza è in continuo ed allarmante aumento e si stima che nel 2010 circa 150 milioni di adulti saranno affetti da questo problema.

Solo poco più della metà della popolazione italiana è in normopeso: il 42,6% è in eccesso ponderale. Nel confronto temporale tra il 2002 e il 2003 il dato relativo all'obesità presenta un aumento da 8,5% a 9%.

In Italia la prevalenza di persone di 18 anni e oltre in sovrappeso è 33,6% della popolazione totale, mentre quelle in sovrappeso sono pari a 9,0%.

In Valle D'Aosta la prevalenza di persone di 18 anni e oltre in sovrappeso è 32,7% della popolazione totale, mentre quelle in sovrappeso sono pari a 9,0%.

Ambiente

L'inquinamento da polveri fini (PM₁₀), originato sia da sorgenti naturali che antropiche, provoca effetti sulla salute a breve, medio e lungo termine dovuti ad una compromissione dell'apparato respiratorio con danni acuti e cronico degenerativi.

L'incremento delle concentrazioni sembrerebbe essere accentuato durante i mesi invernali. L'analisi dei dati relativi alla "media annua delle concentrazioni medie giornaliere delle polveri fini" mostrerebbe che quattro regioni (Veneto, Marche, Lombardia e Valle d'Aosta) superano il valore limite. Un esame disaggregato dei dati derivanti da 76 comuni dimostra che in 31 comuni almeno una centralina ha registrato un valore medio annuo superiore al limite di riferimento.

In Italia la media annua delle concentrazioni medie giornaliere delle PM₁₀ è pari a 33, sono presenti 10 stazioni per ogni 382.397 abitanti e il limite è stato superato con una media di 53 giorni.

Nel 2004 in Valle D'Aosta la media annua delle concentrazione giornaliera delle PM₁₀ è pari a 41 sono presenti 1 stazioni per il rilevamento delle PM₁₀, il cui limite è stato superato per circa 83 giorni.

Ambiente				
	Media annua delle concentrazioni medie giornaliere di PM10		N° medio gg di superamento limite delle concentrazioni medie giornaliere	
	2003	2004	2003	2004
Valle d'Aosta	n.s.	41	n.s.	83
Italia	41	33	80	53

Salute immigrati

All'inizio del 2006 gli immigrati presenti regolarmente in Italia erano 3.035.000 secondo la stima dell'Equipe del Dossier statistico Immigrazione Catitas/Migrantes. Ai dati ufficiali vanno aggiunti coloro che sono presenti irregolarmente e quindi complessivamente si può indicare la presenza di circa 3.500.000 persone.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Come conseguenza dell'aumento del fenomeno migratorio si è osservato in Italia un incremento nel tempo delle nascite da cittadini stranieri.

In Italia i nati vivi con almeno uno dei genitori cittadino straniero sono pari a 65.062 bambini, con una prevalenza di entrambi i genitori stranieri (46.598).

In Valle D'Aosta i nati vivi con almeno un cittadino straniero sono pari a 145 bambini di cui 92 hanno entrambi i genitori stranieri.

Negli ultimi anni si è evidenziato un incremento del numero di interruzioni volontarie di gravidanza (38.364) da parte di donne straniere immigrate in Italia. La maggior parte delle donne straniere che abortisce in Italia sono donne nate nell'Est Europa (17.350 interruzioni di gravidanza), ma anche in paesi del Centro-Sud America (7.090), dell'Africa (6.169) e dell'Asia (3.865).

In Valle D'Aosta il totale delle interruzioni di gravidanza da parte di donne immigrate nel nostro paese è pari a 61.

Nel decennio di osservazione (1992-2002) l'ammontare complessivo dei decessi tra gli stranieri oltre il primo anno di vita in Italia supera le 32.000 unità con un andamento crescente che mostra negli anni delle forti correlazioni con il processo legislativo delle regolarizzazioni della popolazione straniera.

Il tasso standardizzato di mortalità per 10.000 stranieri residenti in Italia è pari a 20,03.

In Piemonte e Valle d'Aosta il tasso standardizzato di mortalità per 10.000 stranieri residenti è pari a 16,69.

Tumori

A seguito della crisi del 2003, i tumori maligni dello stomaco mantengono un andamento piuttosto stabile, nel 2004 il tasso standardizzato è pari a 2,2 per 10.000 uomini e a 1,1 per le donne come pure i tumori maligni del colon, retto e ano (3,2 uomini e 1,9 donne ogni 10.000); continuano a ridursi i tumori maligni di trachea, bronchi e polmoni per gli uomini (8,7 per 10.000 ab.) ma continuano ad aumentare quelli delle donne (1,8 per 10.000 ab. pari ad un aumento dello 0,12%).

Secondo i dati osservati dai Registri Tumore di popolazione emerge che i tumori più frequenti tra gli uomini sono il tumore della prostata, del polmone e del colon-retto mentre tra le donne sono il tumore della mammella, del colon-retto e del polmone.

Il rischio oncologico delle regioni del Sud è stato sempre stimato essere più basso di quello delle regioni del Nord anche se negli ultimi anni questa differenza si è ridotta notevolmente.

I tassi di incidenza delle donne invece sono in aumento in tutte le regioni, ma la crescita sembra sempre più accentuata in alcune regioni del sud.

In Italia, nel periodo che va dal 2001 al 2006 il tasso medio di incidenza di tutti i tumori per 100.000 abitanti è pari a 304,5.

In Valle D'Aosta, nel periodo che va da 2001 al 2006 il tasso medio di incidenza di tutti i tumori per 100.000 abitanti è pari a 346,2.

Tumore alla mammella

Il tumore alla mammella è il tumore più frequente nelle donne dei paesi occidentali, per le quali il rischio di ammalarsi nel corso della vita giunge fino al 10-11%. L'incidenza del tumore alla mammella in Italia nel quinquennio 2001-2006 rispetto al precedente 1995-2000 è in lieve aumento. I tassi di incidenza del tumore alla mammella sono in aumento in tutte le regioni italiane, presumibilmente in associazione con la diffusione dei programmi di screening organizzati e dell'aumentata



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



attenzione a controlli in fase preclinica. Il tasso di incidenza del tumore alla mammella nelle donne è pari a 92,6 su 100.000 abitanti con un aumento del 1,5%.

In Valle D'Aosta, nel periodo 2001-2006 questo tasso è pari a 117,6 con un incremento del 7.2% delle donne rispetto al quinquennio precedente.

Tumore del colon retto

In Europa il timore del colon retto è la seconda neoplasia più comune in entrambi i sessi. In Italia l'incidenza del tumore del colon-retto 1995-2000 verso 2001-2006 è complessivamente in aumento, a causa del trend di crescita negli uomini (da 60 a 66 casi per 100.000); l'aumento dei tassi si verifica in tutte le fasce d'età, ma è più evidente nella fascia tra 75-84 anni

In Valle D'Aosta il tasso standardizzato totale per il periodo 2001-2006 è pari a 42,7 casi ogni 100.000 abitanti così diviso 54,6 per gli uomini e 32,9 per le donne.

Tumore del Polmone

Il **cancro polmonare** è una delle neoplasie maligne più frequentemente diagnosticate nel mondo. In Italia, nel periodo 2001-2006, l'incidenza del tumore polmonare, è in riduzione rispetto al precedente periodo (1995-2000) ed è pari a 72 casi ogni 100.000 uomini e dimostra valori costanti per le donne pari a 14 casi ogni 100.000, ma vi sono preoccupanti segnali di incremento in alcune regioni.

In Valle D'Aosta il tasso medio di incidenza per tumore del polmone per classe di età 0-84 anni ogni 100.000 abitanti nel periodo 2001-2006 è pari ad un tasso standardizzato del 39,9 casi diviso in 71,3 casi per gli uomini con una diminuzione del 14,3% e del 13,7 casi per le donne con un incremento dello 0,5%.

Screening

Prosegue l'estensione nel territorio nazionale dell'attività di screening organizzato per i tumori femminili e per quelli del colon retto. A fronte di una maggiore diffusione nelle regione del Centro e del Nord Italia, le regione del sud si stanno attivando, anche sotto l'impulso della legge 138/2004 del CCM e al coordinamento del ONS.

Screening mammografico

L'attivazione di programmi di screening per tumore alla mammella è raccomandata in Italia con programmi organizzati su un invito attivo ed è richiesta nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza. Nel 2004 vi è stata una ulteriore espansione dei programmi di screening ed è stata pari al 68,7%. Questo significa che due donne su tre risiedono in un territorio in cui è stato attivato un programma di screening mammografico. Le donne che hanno realmente ricevuto un invito a partecipare al programma di screening mammografico hanno avuto un incremento pari a circa il 24%.

In Italia, nel 2004 la percentuale di donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni inseriti in un programma di screening mammografico mostra un'estensione teorica è pari a 68,7% con un incremento del 12,5% di cui l'estensione effettiva è pari a 51,1%.

In Valle D'Aosta nel 2004 la percentuale di donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni inseriti in un programma di screening mammografico mostra un'estensione teorica è pari al 100% uguale al 2003 di cui l'estensione effettiva è pari a 95,5%.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Malattie infettive

Nel corso del XX secolo la scoperta di antibiotici sempre più attivi, la produzione di vaccini efficaci e l'applicazione di idonee misure di igiene ambientale hanno contrastato con grande efficacia un crescente numero di malattie infettive. La prevalenza di molte patologie infettive è gradualmente diminuita soprattutto nei paesi industrializzati. Questi successi hanno favorito la diffusione dell'idea che le malattie infettive siano state vinte. Ma questo concetto non è propriamente giusto se si pensa ai paesi sottosviluppati, e se si esamina che per alcune malattie (AIDS, EBOLA; SARS etc) sono aumentate le aspettative di vita, ma sono ancora causa di morte.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che entro il 2015 saranno disponibili ben 36 nuovi vaccini (ad esempio contro l'HIV o il virus C dell'epatite) o migliorati (ad esempio contro il virus B dell'epatite o la febbre tifoide).

Malattie infettive				
	Tasso di incidenza AIDS (per 100.000)		Tasso std di incidenza epatite A (per 100.000)	
	2004	2005	2003	2004
Valle d'Aosta	3,12	0,80	8,23	4,08
Italia	2,85	1,80	3,33	4,25

Incidenza AIDS

In Italia, dal 1994 al 2005 sono stati notificati 32.996 casi di AIDS con un tasso di incidenza di 1,8 nuovi casi ogni 100.000 abitanti. Per quanto riguarda i tassi di incidenza si è registrata una sensibile diminuzione a partire dal 1996/97 a livello di tutti gli ambiti regionali. Il trend coincide con l'ingresso in Italia di farmaci antiretrovirali che hanno ridotto il rischio di progressione in AIDS degli HIV positivi aumentando pertanto la quota dei soggetti sieropositivi.

In Valle D'Aosta nel 2005 è stato registrato 1 nuovo caso di AIDS con un tasso di incidenza pari a 0,8 nuovi casi ogni 100.000 abitanti.

Epatite A

L'epidemia in Italia viene considerata a bassa endemia, nel 2004 il tasso di incidenza è stato di 4 casi ogni 100.000 abitanti.

In Valle D'Aosta il tasso di incidenza di epatite A per l'anno 2004 è pari a 4,08 casi su 100.000 abitanti con una diminuzione del 4,15% rispetto al 2003.

Tubercolosi

L'Italia è stata classificata come paese a bassa incidenza di tubercolosi. In base ai dati ricavati dalle notifiche obbligatorie nell'anno 2004, il tasso di incidenza di tubercolosi per gli uomini è pari a 8,70 casi per 100.000 residenti quasi il doppio rispetto a quello registrato per le donne(5,45 per 100.000 ab.)

In Valle D'Aosta, nel 2004 il tasso standardizzato di incidenza per tubercolosi nei maschi è pari a 1,48 casi ogni 100.000 mentre per le donne è di 5,61 casi.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Dipendenze da sostanza

All'interno della popolazione italiana l'abuso di alcune sostanze illegali (principalmente eroina e cocaina) risulta correlato ad un aumentato rischio di mortalità. La classe d'età maggiormente toccata dal fenomeno consumo è 15-44 anni. A livello italiano si evidenzia un continuo decremento del tasso di mortalità dal 1996 al 2002; il calo risulta particolarmente evidente tra il 1996 (6,31 morti ogni 100.000 ab) e il 1997 (4,71 morti) e tra il 2001 (3,42 morti) e il 2002 (2,17 morti). Si rileva poi un tasso costante fino a fine del 2003 con una successiva inversione di tendenza nel 2004 (2,50 morti) confermata nel 2005 con 2,52 morti.

In Valle D'Aosta nel 2005 il tasso di mortalità per abuso di stupefacenti nella fascia di età compresa tra i 15 e 44 anni è pari a 2,01 su 100.000 abitanti.

Salute materno-infantile

Gli indicatori della salute materno-infantile rappresentano un importante strumento per valutare lo stato di salute di una popolazione.

Abortività volontaria

I dati del 2003 con 124.118 di interruzioni di gravidanza volontarie (IVG) confermano la tendenza alla stabilizzazione del fenomeno, dopo un costante declino iniziato a partire dalla metà degli anni 80. Le regioni del Nord Ovest e del Centro presentano valori superiori alla media nazionale.

Il tasso standardizzato è di 9,2 casi ogni 1.000 donne, mentre il tasso più elevato si osserva nella classe 20-24 anni con 15,1. Questo dato può essere determinato in parte dall'ingresso delle donne straniere, prevalentemente giovani, presenti nel nostro paese che fanno ricorrenza alla IVG.

Osservando il fenomeno per lo stato civile, i livelli di abortività più elevati si osservano tra le persone separate, divorziate e vedove (22,2 per 1.000 nel 1993 e 24,3 nel 2003) che però numericamente costituiscono un gruppo più piccolo.

In Valle D'Aosta, nel 2003, il tasso standardizzato delle interruzioni volontarie della gravidanza è pari a 10,78 casi ogni 1.000 donne.

Abortività spontanea

La normativa italiana definisce l'aborto spontaneo come l'interruzione spontanea della gravidanza entro il 180 giorno di gestazione.

Il trend del rapporto standardizzato mostra un debole andamento crescente fino alla metà degli anni '90, seguito da una fase di stabilizzazione. Le differenze territoriali sono abbastanza marcate: il Centro e il nord Est seguono l'andamento nazionale con valori più elevati della media, mentre il Mezzogiorno con valori inferiori. Tali andamenti possono essere spiegati in parte dalle differenze territoriali dell'età media del parto. L'aumento del rapporto di abortività spontanea può essere attribuibile a vari fattori, quali una diagnosi più precoce della gravidanza, una migliorata notifica dell'evento, l'innalzamento dell'età della madre al parto e in particolare al primo figlio, il ricorso a tecniche di procreazione medicalmente assistita o la diffusione di fattori ambientali e lavorativi che hanno un'influenza negativa sullo sviluppo del feto.

In Italia il rapporto standardizzato per rapporti di abortività spontanea nella classe 15-49 anni è pari a 127,6 donne gravide.

In Valle D'Aosta il rapporto standardizzato per abortività spontanea nella classe di età 15-49 è pari a 132,9 donne gravide.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Parti cesarei

La proporzione dei parti cesarei ha subito negli ultimi decenni un costante incremento in molti paesi occidentali, ed in Italia in particolare sono stati raggiunti i valori più elevati al mondo.

Nel 2004 la proporzione dei parti cesarei a livello nazionale è di 38% sul totale.

In Valle D'Aosta il totale dei parti cesarei nel 2004 è stato del 29,5% sul totale; con un aumento dell'8% rispetto al 1998.

Incidenti stradali

Gli incidenti, sia domestici che stradali, rappresentano attualmente un problema emergente della Sanità pubblica in Italia.

Gli incidenti stradali nel nostro paese nel 2004 secondo le fonti della polizia di stato sono stati 224.553 di questi ci sono stati 5.625 decessi, con 316.630 feriti. La metà dei decessi avviene prima dei 41 anni d'età ed il 25% prima dei 23 anni.

In Valle D'Aosta, nel 2004 gli incidenti registrati sono pari a 407 di cui 17 persone coinvolte sono decedute e 546 ferite.

Incidenti sul lavoro

L'inail definisce infortunio sul lavoro la conseguenza di una causa violenta ed esterna verificatasi in occasione del lavoro da cui deriva o la morte o un'inabilità temporanea che comporta l'astensione dal lavoro per oltre tre giorni.

In Italia, la media tra il 2002 e il 2005 di mortalità per infortuni sul lavoro in Italia ogni 100.000 abitanti è pari a 7,85 persone.

In Valle D'Aosta, la media del tasso di mortalità per infortuni sul lavoro tra 2002 e 2005, è pari a 8,17 persone su 100.000.

Assistenza territoriale

Negli ultimi anni in Italia si è assistito ad un sostanziale mutamento nel profilo demografico e, di conseguenza, il bisogno socio-sanitario e la domanda emergente della popolazione è cambiata.

Il territorio non è più solo il luogo tradizionale di servizi ambulatoriali di medicina generale, di continuità assistenziale, delle attività distrettuali di tutela della salute collettive e delle strutture residenziali per anziani, ma è diventato anche la sede primaria di promozione della salute, di governo della domanda e dell'integrazione dell'assistenza ospedaliera con le cure primarie, la riabilitazione e di riflesso tutte le forme di assistenza destinate all'accompagnamento di anziani, malati cronici, disabili e più in generale soggetti fragili.

In Italia l'esperienza della domiciliarizzazione dell'assistenza, espressione di funzioni e attività proprie delle cure extraospedaliere è ricca e variegata. Le cure domiciliari includono l'assistenza infermieristica e riabilitativa domiciliare (ADI), l'assistenza programmata domiciliare (ADP) fornita da medici di medicina generale gli assistiti non deambulanti e le applicazioni della teleassistenza domiciliare nelle diverse forme di telecontrollo, telesoccorso o teleconsulto.

In Italia, nel 2004 i casi di assistenza domiciliare sono stati 373.424 ovvero 645 casi ogni 100.000 abitanti. Mentre l'assistenza domiciliare agli anziani è stata pari all'84,1% degli anziani residenti.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



In Valle D'Aosta, nel 2004 i casi di assistenza domiciliare sono stati 55 ovvero 45 casi ogni 100.000 abitanti. Mentre l'assistenza domiciliare agli anziani è stata pari all'89,1% degli anziani residenti.

Trapianti

Il trapianto di organi e tessuti, associato alla scoperta di nuovi farmaci che migliorano la tolleranza dell'organo trapiantato nel ricevente, è uno dei progressi più rilevanti nella cura di un grande numero di malattie per le quali non esistono cure alternative.

La promozione delle donazioni, dei trapianti e della valutazione di qualità dell'attività di trapianto organi, cellule staminali e tessuti sono obiettivi importanti del sistema sanitario.

I dati al 31/12/2005 dimostrano un aumento dell'attività di donazione e trapianto ottenuto nel nostro paese, nel giro di dieci anni l'Italia è passata dagli ultimi al secondo posto in Europa e al terzo nel mondo. Anche dal punto di vista qualitativo si registrano ottimi risultati.

In Italia, il tasso dei donatori effettivi per milione di popolazione al 31/12/05 era di 21.

In Valle d'Aosta il tasso dei donatori effettivi per milione di popolazione al 31/12/05 era di 8,4.

Spesa sanitaria in rapporto al PIL e spesa sanitaria pubblica pro capite

L'analisi dell'assetto economico finanziario dei sistemi sanitari delle regioni italiane restituisce uno scenario particolarmente eterogeneo. L'attenzione è posta sui fabbisogni della spesa sanitaria a livello regionale e sui relativi disavanzi che, soprattutto in alcune regioni, stanno portando all'accumularsi di debiti particolarmente ingenti e preoccupanti per la stabilità del sistema economico regionale. La presenza di disavanzi ha spinto molte regioni a trovare soluzioni finanziarie in grado di assicurare la necessaria liquidità per lo svolgimento delle operazioni correnti nell'ambito delle aziende sanitarie.

Il rapporto tra spesa e PIL dovrebbe identificare la disponibilità a spendere per l'assistenza sanitaria di una regione in relazione alle proprie disponibilità in termini di reddito.

La spesa sanitaria pubblica corrente in rapporto al PIL negli anni 2002-2003 ha subito un decremento dello 0,32%.

La spesa pro capite delle regioni italiane mostra una significativa variabilità tra il 2003 e il 2005 con un notevole incremento negli ultimi anni soprattutto a favore delle regioni meridionali.

La spesa sanitaria dell'Italia in rapporto al PIL negli anni 2002-2003 ha subito un decremento dello 0,32%, mentre la spesa sanitaria pubblica pro capite è pari a 1.621euro.

La spesa sanitaria della Valle D'Aosta in rapporto al PIL negli anni 2002-2003 ha subito un decremento del 6,29%, mentre la spesa sanitaria pubblica pro capite è pari a 1.857euro.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Assetto economico-finanziario

	Spesa sanitaria pubblica pro capite (in €)		Disavanzo sanitario pubblico pro capite (in €)		Utile o perdita media di esercizio pro capite delle Asl (in €)	
	2004	2005	2003	2004	2003	2004
Valle d'Aosta	1.707	1.857	85,90	108,63	13,76	6,72
Italia	1.548	1.621	39,09	105,60	-73,21	-44,07

Spesa sanitaria per livelli essenziali di assistenza LEA

In Italia, con l'Accordo Stato-Regioni, sottoscritto il 22/11/2001 sono stati definiti i livelli essenziali di assistenza (LEA); questi rappresentano le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o in compartecipazione, grazie alle risorse raccolte attraverso il sistema fiscale. La ripartizione dei costi per livelli essenziali di assistenza è relativa all'anno 2003. I macrolivelli che assorbono le maggiori risorse sono l'assistenza ospedaliera che rappresenta il 48,4% dei costi totali e il 47,7% dei costi dell'assistenza distrettuale.

A livello regionale i costi per l'assistenza ospedaliera della Valle D'Aosta sono pari al 49,0% dei costi totali mentre per l'assistenza distrettuale sono pari a 45,0%.

Disavanzo sanitario pubblico procapite

Il disavanzo sanitario pubblico misura la differenza tra quanto è stato speso e quanto è stato ricevuto come finanziamento. È un indicatore della sostenibilità del processo di devoluzione regionale: disavanzi che tendono strutturalmente ad accentuarsi nel tempo indicano la presenza di un problema nella gestione federalista della sanità, mentre peggioramenti a livello di singole regioni indicano un probabile problema gestionale.

In Italia il disavanzo sanitario pubblico procapite nel 2005 è pari a 78,29 € con una variazione assoluta di +55,40.

In Valle D'Aosta il disavanzo sanitario pubblico procapite nel 2005 è pari a 111,13 € con una variazione assoluta di +52,76.

Ticket

Il ticket farmaceutico rappresenta il contributo che il paziente deve pagare per ottenere farmaci rimborsati dal SSN.

L'indicatore permette di avere una visione d'insieme dell'utilizzo del ticket farmaceutico, evidenziandone, anche alcune caratteristiche, stabilite attraverso la normativa regionale di riferimento. L'utilizzo di questa leva finanziaria dovrebbe servire a frenare la crescita della spesa farmaceutica, che è spesso viziata dalla tendenza ad acquistare farmaci in quantità superiore ai bisogni effettivi.

La differenza tra Regione e Regione nell'applicazione del ticket, in termini di spesa farmaceutica pro capite, non sembrerebbe evidenziare solo una scelta di natura economico-finanziaria pura, ma una scelta legata alle difficoltà di bilancio e alla mancanza di utilizzo di altri strumenti più idonei a raggiungere il contenimento della spesa farmaceutica.

Nel 2005 il totale della compartecipazione richiesta ai cittadini è stato pari a 515 milioni di euro, corrispondenti al 3,8% della spesa lorda complessiva, in riduzione rispetto al 2004 ed al 2003.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



L'incidenza del ticket sulla spesa lorda in Italia è stata pari a 8,9€ corrispondente al 3,8% della spesa farmaceutica pro capite.

La Valle D'Aosta ha una spesa farmaceutica lorda di 1,4€ corrispondente al 0,7% della spesa farmaceutica pro capite.

Rating

Il rating è una valutazione, fornita da parte di un'agenzia privata specializzata, del merito di credito di un soggetto emittente obbligazioni sui mercati finanziari internazionali. È un indicatore della capacità del soggetto di far fronte puntualmente al servizio del debito. Il rating assume rilevanza in quanto fornisce agli operatori finanziari un'informazione omogenea sul grado di rischio degli emittenti e riveste una grande importanza per tutti gli investitori che non sono adeguatamente attrezzati per un'analisi autonoma del rischio di credito.

La scala internazionale che esprime il giudizio di rating è formata dalla combinazione di più lettere in cui la lettera A è utilizzata per esprimere il giudizio più elevato e la lettera C il giudizio più basso. Le regioni italiane hanno valori di rating piuttosto differenti si passa dalla AA della Lombardia alla A3- della Campania.

Le tre maggiori agenzie sono Standard and Poor's, Moody's e Fitch Rating che forniscono una gamma completa di valutazione, differente sia per tipologia dell'emittente che per strumento finanziario.

Le tre principali agenzie hanno dato tre differenti valutazioni per ogni regione italiana, mentre allo Stato Italiano la Fitch ha dato: AA-, Moody's Aa2, e S&P A+

La Valle D'Aosta non ha avuto nessuna valutazione da parte di Fitch e Moody's, mentre S&P attribuisce una A+.

Per eventuali approfondimenti

Responsabile Centro Riferimento Regionale

Dott.ssa Patrizia Vittori

Osservatorio Regionale Epidemiologico

e per le Politiche Sociali

Via de Tillier, 30

11100 AOSTA

Tel. 0165 274238

cell 333 3109705

Fax. 0165 238914

E-mail p.vittori@regione.vda.it



COMUNICATO STAMPA

ROMA, 15 FEBBRAIO 2007

Bolzano: la più moderata nei parti cesarei

La percentuale di parti cesarei nella Provincia Autonoma di Bolzano è del 23,1, la più bassa tra tutte le regioni italiane. La proporzione di parti cesarei ha subito negli ultimi decenni un costante incremento in molti paesi occidentali, ed in Italia in particolare sono stati raggiunti valori tra i più elevati al mondo. Nel 2004, a livello nazionale, la proporzione di tagli cesarei sul totale dei parti è del 38 % con valori stabili o in tendenziale aumento in tutte le regioni. Tutte le regioni presentano un valore superiore al 20%. Sebbene una parte dell'incremento possa essere attribuita a cambiamenti demografici e a miglioramenti delle tecnologie sanitarie, importanti determinanti di questa crescita sembrano essere rappresentati da fattori non clinici. In situazioni di sovra-utilizzazione, le proporzioni più basse di parto cesareo sembrano rappresentare una migliore qualità dell'assistenza, in termini di appropriato uso delle procedure. La proporzione di parti cesarei viene per questo considerata un indicatore della qualità dell'assistenza.

Sono i dati che emergono dal **Rapporto Osservasalute 2006**, un'approfondita analisi dello stato di salute della popolazione e della qualità dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane, pubblicato oggi dall'**Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane** e frutto del lavoro di **oltre 200 ricercatori distribuiti su tutto il territorio italiano**, che operano presso Università, Agenzie regionali e provinciali di sanità, Assessorati regionali e provinciali, Aziende ospedaliere ed Aziende sanitarie, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale Tumori, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Ministero della Salute, Istat.

Sopravvivenza e mortalità

	Speranza di vita alla nascita*				Speranza di vita a 65 anni*				Speranza di vita a 75 anni*			
	2003		2004		2003		2004		2003		2004	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Bolzano	77,0	83,0	77,6	83,9	17,3	20,8	17,7	21,6	10,6	12,8	10,9	13,4
Italia	76,9	82,6	77,7	83,7	16,8	20,5	17,4	21,4	10,3	12,6	10,7	13,3

L'Italia è tra i paesi più longevi al mondo, tanto per gli uomini quanto per le donne. I livelli di sopravvivenza così elevati sono frutto dei continui progressi in medicina e delle migliori condizioni di vita della popolazione che hanno contribuito a ridurre notevolmente i rischi di morte a tutte le età della vita.

Al 2004, la speranza di vita alla nascita, mostra l'ormai noto vantaggio delle donne rispetto agli uomini, con un'aspettativa di vita mediamente di 6 anni più elevata per le prime rispetto ai secondi (**83,7 anni per le donne con un aumento di un anno rispetto al 2003 contro i 77,7 per gli uomini pari a 0,8 anni rispetto al 2003**).



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



A Bolzano nel 2004 la speranza di vita alla nascita per gli uomini è pari a 77,6 anni e le donne 83,9; mentre la speranza di vita tra i 65 e i 75 anni è pari a 17,7 anni per gli uomini e 21,6 anni per le donne; a 75 anni la speranza di vita per gli uomini è pari a 10,9 anni e 13,4 anni per le donne.

Nel 2004, ultimo anno in cui è disponibile una stima della mortalità per causa di decesso, il tasso di mortalità standardizzato oltre l'anno di vita è risultato pari a **92,96** per 10.000 uomini e a **53,93** per 10.000 donne.

A Bolzano il tasso di mortalità per gli uomini è pari a 95,76 su 10.000 uomini e a 53,83 su 10.000 donne.

Tra le cause di morte, le maggiori responsabili dell'aumento del rischio di morte degli uomini, tra il 2002 e il 2003 sono state le malattie cardio-respiratorie: quasi tutte le regioni hanno assistito ad un incremento nel rischio di morte per tale causa in Italia, su 10.000 abitanti il tasso di mortalità per gli uomini è pari a 6,83 e per le donne è pari a 2,43.

A Bolzano il tasso di mortalità dovuto a malattie per l'apparato respiratorio su 10.000 abitanti è pari a 7,99 per gli uomini con un decremento rispetto al 2003 dello 0,54 e 3,49 per le donne con un decremento dello 0,42.

Per alcune regioni le malattie del sistema circolatorio hanno avuto un forte impatto sull'incidenza del tasso di mortalità, che per gli uomini è pari al 34,34 su 10.000 abitanti con un decremento del 3,78% e per le donne è pari a 22,16 con un decremento del 3,34%.

A Bolzano tale tasso è pari a 35,23 per gli uomini con un decremento del 4,05% e per le donne è pari al 23,75 con un decremento dello 0,64%.

Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione

	Prevalenza di fumatori di 14 anni e oltre		% persone obese		% persone in sovrappeso		Prevalenza consumatori bevande alcoliche di 11 anni e oltre	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2003	
							M	F
Bolzano	21,2	25,6	5,8	8,2	26,6	30,8	86,8	68,5
Italia	23,7	25,0	8,5	9,0	33,5	33,6	84,7	59,8

Il fumo

La lotta al tabagismo rappresenta uno degli obiettivi prioritari delle politiche sanitarie; la prevalenza di fumatori permette di misurare il fenomeno e programmare interventi finalizzati al suo contenimento nella popolazione. I dati rilevati nell'ambito dell'Indagine Multiscopo sulle famiglie Stili di vita e condizioni di salute nell'anno 2005, mostrano che l'abitudine al fumo riguarda circa il 25% della popolazione italiana, la prevalenza dei non fumatori e degli ex fumatori è rispettivamente di circa 53% ed il 21,3%. Inoltre si osserva un decremento significativo della percentuale di fumatrici (dal 17,4% al 15,8%) .

In Italia la percentuale di fumatori è pari a 25% della popolazione residente, mentre gli ex fumatori sono il 21,3% e i non fumatori il 53%.

A Bolzano la percentuale di fumatori è pari a 25,6% della popolazione residente, mentre gli ex fumatori sono il 23% e i non fumatori il 49,7%.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Sovrappeso e obesità

L'epidemia di obesità si sta rapidamente diffondendo: nel mondo circa 300 milioni di individui sono obesi, il tasso di incidenza è in continuo ed allarmante aumento e si stima che nel 2010 circa 150 milioni di adulti saranno affetti da questo problema.

Solo poco più della metà della popolazione italiana è in normopeso: il 42,6% è in eccesso ponderale. Nel confronto temporale tra il 2002 e il 2003 il dato relativo all'obesità presenta un aumento da 8,5% a 9%.

In Italia la prevalenza di persone di 18 anni e oltre in sovrappeso è 33,6% della popolazione totale, mentre quelle in sovrappeso sono pari a 9,0%.

A Bolzano la prevalenza di persone di 18 anni e oltre in sovrappeso è 30,8% della popolazione totale, mentre quelle in sovrappeso sono pari a 8,2%.

Ambiente

L'inquinamento da polveri fini (PM₁₀), originato sia da sorgenti naturali che antropiche, provoca effetti sulla salute a breve, medio e lungo termine dovuti ad una compromissione dell'apparato respiratorio con danni acuti e cronico degenerativi.

L'incremento delle concentrazioni sembrerebbe essere accentuato durante i mesi invernali. L'analisi dei dati relativi alla "media annua delle concentrazioni medie giornaliere delle polveri fini" mostrerebbe che quattro regioni (Veneto, Marche, Lombardia e Valle d'Aosta) superano il valore limite. Un esame disaggregato dei dati derivanti da 76 comuni dimostra che in 31 comuni almeno una centralina ha registrato un valore medio annuo superiore al limite di riferimento.

In Italia la media annua delle concentrazioni medie giornaliere delle PM₁₀ è pari a 33, sono presenti 10 stazioni per ogni 382.397 abitanti e il limite è stato superato con una media di 53 giorni.

Nel 2004 a Bolzano la media annua delle concentrazioni giornaliere delle PM₁₀ è pari a 32 con una diminuzione rispetto alle concentrazioni del 2003, sono presenti 9 stazioni per il rilevamento delle PM₁₀, il cui limite è stato superato per circa 48 giorni.

Ambiente				
	Media annua delle concentrazioni medie giornaliere di PM10		N° medio gg di superamento limite delle concentrazioni medie giornaliere	
	2003*	2004	2003*	2004
Bolzano	25	32	17	48
Italia	41	33	80	53

* il dato si riferisce alla regione Trentino-Alto Adige

Salute immigrati

All'inizio del 2006 gli immigrati presenti regolarmente in Italia erano 3.035.000 secondo la stima dell'Equipe del Dossier statistico Immigrazione Caritas/Migrantes. Ai dati ufficiali vanno aggiunti coloro che sono presenti irregolarmente e quindi complessivamente si può indicare la presenza di circa 3.500.000 persone.

Come conseguenza dell'aumento del fenomeno migratorio si è osservato in Italia un incremento nel tempo delle nascite da cittadini stranieri.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



In Italia i nati vivi con almeno uno dei genitori cittadino straniero sono pari a 65.062 bambini, con una prevalenza di entrambi i genitori stranieri (46.598).

A Bolzano i nati vivi con almeno un cittadino straniero sono pari a 792 bambini di cui 465 hanno entrambi i genitori stranieri.

Negli ultimi anni si è evidenziato un incremento del numero di interruzioni volontarie di gravidanza (38.364) da parte di donne straniere immigrate in Italia. La maggior parte delle donne straniere che abortisce in Italia sono donne nate nell'Est Europa (17.350 interruzioni di gravidanza), ma anche in paesi del Centro-Sud America (7.090), dell'Africa (6.169) e dell'Asia (3.865).

A Bolzano il totale delle interruzioni di gravidanza da parte di donne immigrate nel nostro paese è pari a 165.

Nel decennio di osservazione (1992-2002) l'ammontare complessivo dei decessi tra gli stranieri oltre il primo anno di vita in Italia supera le 32.000 unità con un andamento crescente che mostra negli anni delle forti correlazioni con il processo legislativo delle regolarizzazioni della popolazione straniera.

Il tasso standardizzato di mortalità per 10.000 stranieri residenti in Italia è pari a 20,03.

A Bolzano il tasso standardizzato di mortalità per 10.000 stranieri residenti è pari a 79,29.

Tumori

A seguito della crisi del 2003, i tumori maligni dello stomaco mantengono un andamento piuttosto stabile, nel 2004 il tasso standardizzato è pari a 2,2 per 10.000 uomini e a 1,1 per le donne come pure i tumori maligni del colon, retto e ano (3,2 uomini e 1,9 donne ogni 10.000); continuano a ridursi i tumori maligni di trachea, bronchi e polmoni per gli uomini (8,7 per 10.000 ab.) ma continuano ad aumentare quelli delle donne (1,8 per 10.000 ab. pari ad un aumento dello 0,12%).

Secondo i dati osservati dai Registri Tumore di popolazione emerge che i tumori più frequenti tra gli uomini sono il tumore della prostata, del polmone e del colon-retto mentre tra le donne sono il tumore della mammella, del colon-retto e del polmone.

Il rischio oncologico delle regioni del Sud è stato sempre stimato essere più basso di quello delle regioni del Nord anche se negli ultimi anni questa differenza si è ridotta notevolmente.

In Italia, nel periodo che va dal 2001 al 2006 il tasso medio di incidenza di tutti i tumori per 100.000 abitanti è pari a 304,5.

In Trentino Alto Adige (non vi sono dati disaggregati), nel periodo che va da 2001 al 2006 il tasso medio di incidenza di tutti i tumori per 100.000 abitanti è pari a 320,8.

Tumore alla mammella

Il tumore alla mammella è il tumore più frequente nelle donne dei paesi occidentali, per le quali il rischio di ammalarsi nel corso della vita giunge fino al 10-11%. L'incidenza del tumore alla mammella in Italia nel quinquennio 2001-2006 rispetto al precedente 1995-2000 è in lieve aumento. I tassi di incidenza del tumore alla mammella sono in aumento in tutte le regioni italiane, presumibilmente in associazione con la diffusione dei programmi di screening organizzati e dell'aumentata attenzione a controlli in fase preclinica.

In Italia, il tasso di incidenza del tumore alla mammella nelle donne è pari a 92,6 su 100.000 abitanti con un aumento del 1,5%



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



In Trentino Alto Adige (non vi sono dati disaggregati), nel periodo 2001-2006 questo tasso è pari a 128,9 con un incremento del 7,4% delle donne rispetto al quinquennio precedente.

Tumore del colon retto

In Europa il timore del colon retto è la seconda neoplasia più comune in entrambi i sessi. In Italia l'incidenza del tumore del colon-retto 1995-2000 verso 2001-2006 è complessivamente in aumento, a causa del trend di crescita negli uomini (da 60 a 66 casi per 100.000); l'aumento dei tassi si verifica in tutte le fasce d'età, ma è più evidente nella fascia tra 75-84 anni

In Trentino Alto Adige (non vi sono dati disaggregati), il tasso standardizzato totale per il periodo 2001-2006 è pari a 56,3 casi ogni 100.000 abitanti così diviso 74,7 per gli uomini e 41,6 per le donne.

Tumore del Polmone

Il **cancro polmonare** è una delle neoplasie maligne più frequentemente diagnosticate nel mondo. In Italia, nel periodo 2001-2006, l'incidenza del tumore polmonare, è in riduzione rispetto al precedente periodo (1995-2000) ed è pari a 72 casi ogni 100.000 uomini e dimostra valori costanti per le donne pari a 14 casi ogni 100.000, ma vi sono preoccupanti segnali di incremento in alcune regioni.

In Trentino Alto Adige (non vi sono dati disaggregati) il tasso medio di incidenza per tumore del polmone per classe di età 0-84 anni ogni 100.000 abitanti nel periodo 2001-2006 è pari ad un tasso standardizzato del 30,9 casi diviso in 51,5 casi per gli uomini con una diminuzione del 17,4% e del 14,2 casi per le donne con un incremento del 1,2%.

Screening tumori per tumori femminili e del colon retto

Prosegue l'estensione nel territorio nazionale dell'attività di screening organizzato per i tumori femminili e per quelli del colon retto. A fronte di una maggiore diffusione nelle regione del Centro e del Nord Italia, le regione del sud si stanno attivando, anche sotto l'impulso della legge 138/2004 del CCM e al coordinamento del ONS.

Screening mammografico

L'attivazione di programmi di screening per tumore alla mammella è raccomandata in Italia con programmi organizzati su un invito attivo ed è richiesta nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza. Nel 2004 vi è stata una ulteriore espansione dei programmi di screening ed è stata pari al 68,7%. Questo significa che due donne su tre risiedono in un territorio in cui è stato attivato un programma di screening mammografico. Le donne che hanno realmente ricevuto un invito a partecipare al programma di screening mammografico hanno avuto un incremento pari a circa il 24%.

In Italia, nel 2004 la percentuale di donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni inseriti in un programma di screening mammografico mostra un'estensione teorica è pari a 68,7% con un incremento del 12,5% di cui l'estensione effettiva è pari a 51,1%.

A Bolzano, nel 2004 la percentuale di donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni inseriti in un programma di screening mammografico mostra un'estensione teorica è pari al 100% pari al 2003 di cui l'estensione effettiva è pari a 84,5%.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Malattie infettive

Nel corso del XX secolo la scoperta di antibiotici sempre più attivi, la produzione di vaccini efficaci e l'applicazione di idonee misure di igiene ambientale hanno contrastato con grande efficacia un crescente numero di malattie infettive. La prevalenza di molte patologie infettive è gradualmente diminuita soprattutto nei paesi industrializzati. Questi successi hanno favorito la diffusione dell'idea che le malattie infettive siano state vinte. Ma questo concetto non è propriamente giusto se si pensa ai paesi sottosviluppati, e se si esamina che per alcune malattie (AIDS, EBOLA; SARS etc) sono aumentate le aspettative di vita, ma sono ancora causa di morte.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che entro il 2015 saranno disponibili ben 36 nuovi vaccini (ad esempio contro l'HIV o il virus C dell'epatite) o migliorati (ad esempio contro il virus B dell'epatite o la febbre tifoide).

Malattie infettive				
	Tasso di incidenza AIDS (per 100.000)		Tasso std di incidenza epatite A (per 100.000)*	
	2004	2005	2003	2004
Bolzano	2,99	0,80	3,40	2,52
Italia	2,85	1,80	3,33	4,25

Incidenza AIDS

In Italia, dal 1994 al 2005 sono stati notificati 32.996 casi di AIDS con un tasso di 1,8 nuovi casi ogni 100.000 abitanti. Per quanto riguarda i tassi di incidenza si è registrata una sensibile diminuzione a partire dal 1996/97 a livello di tutti gli ambiti regionali. Il trend coincide con l'ingresso in Italia di farmaci antiretrovirali che hanno ridotto il rischio di progressione in AIDS degli HIV positivi aumentando pertanto la quota dei soggetti sieropositivi.

A Bolzano nel 2005 sono stati registrati 3 nuovi casi di AIDS con un tasso di incidenza pari a 0,8 nuovi casi ogni 100.000 abitanti.

Epatite A

L'epidemia in Italia viene considerata a basse endemia, nel 2004 il tasso di incidenza è stato di 4 casi ogni 100.000 abitanti.

A Bolzano il tasso di incidenza di epatite A per l'anno 2004 è pari a 2,52 casi su 100.000 abitanti con una diminuzione dello 0,88% rispetto al 2003.

Tubercolosi

L'Italia è stata classificata come paese a bassa incidenza di tubercolosi. In base ai dati ricavati dalle notifiche obbligatorie nell'anno 2004, il tasso di incidenza di tubercolosi per gli uomini è pari a 8,70 casi per 100.000 residenti quasi il doppio rispetto a quello registrato per le donne (5,45 per 100.000 ab.)

In Trentino Alto Adige (non vi sono dati disaggregati), nel 2004 il tasso standardizzato di incidenza per tubercolosi nei maschi è pari a 14,08 casi ogni 100.000 mentre per le donne è di 6,95 casi.

Dipendenze da sostanza

All'interno della popolazione italiana l'abuso di alcune sostanze illegali (principalmente eroina e cocaina) risulta correlato ad un aumentato rischio di mortalità. La classe d'età maggiormente toccata dal fenomeno consumo è 15-44 anni. A livello italiano si



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



evidenzia un continuo decremento del tasso di mortalità dal 1996 al 2002; il calo risulta particolarmente evidente tra il 1996 (6,31 morti ogni 100.000 ab) e il 1997 (4,71 morti) e tra il 2001 (3,42 morti) e il 2002 (2,17 morti). Si rileva poi un tasso costante fino a fine del 2003 con una successiva inversione di tendenza nel 2004 (2,50 morti) confermata nel 2005 con 2,52 morti.

In Trentino Alto Adige (non vi sono dati disaggregati), nel 2005 il tasso di mortalità per abuso di stupefacenti nella fascia di età compresa tra 5 e 44 anni è pari a 1,72 con un decremento dello 0,01% su 100.000 abitanti.

Salute materno-infantile

Gli indicatori della salute materno-infantile rappresentano un importante strumento per valutare lo stato di salute di una popolazione.

Abortività volontaria

I dati del 2003 con 124.118 di interruzioni di gravidanza volontarie (IVG) confermano la tendenza alla stabilizzazione del fenomeno, dopo un costante declino iniziato a partire dalla metà degli anni 80. Le regioni del Nord Ovest e del Centro presentano valori superiori alla media nazionale.

Il tasso standardizzato è di 9,2 casi ogni 1.000 donne, mentre il tasso più elevato si osserva nella classe 20-24 anni con 15,1. Questo dato può essere determinato in parte dall'ingresso delle donne straniere, prevalentemente giovani, presenti nel nostro paese che fanno ricorrenza alla IVG.

Osservando il fenomeno per lo stato civile, i livelli di abortività più elevati si osservano tra le persone separate, divorziate e vedove (22,2 per 1.000 nel 1993 e 24,3 nel 2003) che però numericamente costituiscono un gruppo più piccolo.

A Bolzano nel 2003, il tasso standardizzato delle interruzioni volontarie della gravidanza è pari a 5,40 casi ogni 1.000 donne.

Abortività spontanea

La normativa italiana definisce l'aborto spontaneo come l'interruzione spontanea della gravidanza entro il 180 giorno di gestazione.

Il trend del rapporto standardizzato mostra un debole andamento crescente fino alla metà degli anni '90, seguito da una fase di stabilizzazione. Le differenze territoriali sono abbastanza marcate: il Centro e il nord Est seguono l'andamento nazionale con valori più elevati della media, mentre il Mezzogiorno con valori inferiori. Tali andamenti possono essere spiegati in parte dalle differenze territoriali dell'età media del parto. L'aumento del rapporto di abortività spontanea può essere attribuibile a vari fattori, quali una diagnosi più precoce della gravidanza, una migliorata notifica dell'evento, l'innalzamento dell'età della madre al parto e in particolare al primo figlio, il ricorso a tecniche di procreazione medicalmente assistita o la diffusione di fattori ambientali e lavorativi che hanno un'influenza negativa sullo sviluppo del feto.

In Italia il rapporto standardizzato per rapporti di abortività spontanea nella classe 15-49 anni è pari a 127,6 donne gravide.

A Bolzano, il rapporto standardizzato per abortività spontanea nella classe di età 15-49 è pari a 117,3 donne gravide.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Parti cesarei

La proporzione dei parti cesarei ha subito negli ultimi decenni un costante incremento in molti paesi occidentali, ed in Italia in particolare sono stati raggiunti i valori più elevati al mondo.

Nel 2004 la proporzione dei parti cesarei a livello nazionale è di 38% sul totale.

A Bolzano il totale dei parti cesarei nel 2004 è stato del 23,1% sul totale; con un aumento del 5,8% rispetto al 1998.

Incidenti stradali

Gli incidenti, sia domestici che stradali, rappresentano attualmente un problema emergente della Sanità pubblica in Italia.

Gli incidenti stradali nel nostro paese nel 2004 secondo le fonti della polizia di stato sono stati 224.553 di questi ci sono stati 5.625 decessi, con 316.630 feriti. La metà dei decessi avviene prima dei 41 anni d'età ed il 25% prima dei 23 anni.

A Bolzano, nel 2004 gli incidenti registrati sono pari a 1.645 di cui 62 persone coinvolte sono decedute e 2.139 ferite.

Incidenti sul lavoro

L'inail definisce infortunio sul lavoro la conseguenza di una causa violenta ed esterna verificatasi in occasione del lavoro da cui deriva o la morte o un'inabilità temporanea che comporta l'astensione dal lavoro per oltre tre giorni.

In Italia, la media tra il 2002 e il 2005 di mortalità per infortuni sul lavoro in Italia ogni 100.000 abitanti è pari a 7,85 persone.

In Trentino Alto Adige (non vi sono dati disaggregati), la media di mortalità per infortuni sul lavoro tra 2002 e 2005, è pari a 7,85 persone su 100.000.

Assistenza territoriale

Negli ultimi anni in Italia si è assistito ad un sostanziale mutamento nel profilo demografico e, di conseguenza, il bisogno socio-sanitario e la domanda emergente della popolazione è cambiata.

Il territorio non è più solo il luogo tradizionale di servizi ambulatoriali di medicina generale, di continuità assistenziale, delle attività distrettuali di tutela della salute collettive e delle strutture residenziali per anziani, ma è diventato anche la sede primaria di promozione della salute, di governo della domanda e dell'integrazione dell'assistenza ospedaliera con le cure primarie, la riabilitazione e di riflesso tutte le forme di assistenza destinate all'accompagnamento di anziani, malati cronici, disabili e più in generale soggetti fragili.

In Italia l'esperienza della domiciliarizzazione dell'assistenza, espressione di funzioni e attività proprie delle cure extraospedaliere è ricca e variegata. Le cure domiciliari includono l'assistenza infermieristica e riabilitativa domiciliare (ADI), l'assistenza programmata domiciliare (ADP) fornita da medici di medicina generale gli assistiti non deambulanti e le applicazioni della teleassistenza domiciliare nelle diverse forme di telecontrollo, telesoccorso o teleconsulto.

In Italia, nel 2004 i casi di assistenza domiciliare sono stati 373.424 ovvero 645 casi ogni 100.000 abitanti. Mentre l'assistenza domiciliare agli anziani è stata pari all'84,1% degli anziani residenti.

A Bolzano, nel 2004 i casi di assistenza domiciliare sono stati 227 ovvero 48 casi ogni 100.000 abitanti. Mentre l'assistenza domiciliare agli anziani è stata pari all'83,7% degli anziani residenti.



Trapianti

Il trapianto di organi e tessuti, associato alla scoperta di nuovi farmaci che migliorano la tolleranza dell'organo trapiantato nel ricevente, è uno dei progressi più rilevanti nella cura di un grande numero di malattie per le quali non esistono cure alternative. La promozione delle donazioni, dei trapianti e della valutazione di qualità dell'attività di trapianto organi, cellule staminali e tessuti sono obiettivi importanti del sistema sanitario.

I dati al 31/12/2005 dimostrano un aumento dell'attività di donazione e trapianto ottenuto nel nostro paese, nel giro di dieci anni l'Italia è passata dagli ultimi al secondo posto in Europa e al terzo nel mondo. Anche dal punto di vista qualitativo si registrano ottimi risultati.

In Italia, il tasso dei donatori effettivi per milione di popolazione al 31/12/05 era di 21.

A Bolzano il tasso dei donatori effettivi per milione di popolazione al 31/12/05 era di 30,2.

Spesa sanitaria in rapporto al PIL e spesa sanitaria pubblica pro capite

L'analisi dell'assetto economico finanziario dei sistemi sanitari delle regioni italiane restituisce uno scenario particolarmente eterogeneo. L'attenzione è posta sui fabbisogni della spesa sanitaria a livello regionale e sui relativi disavanzi che, soprattutto in alcune regioni, stanno poetando all'accumularsi di debiti particolarmente ingenti e preoccupanti per la stabilità del sistema economico regionale. La presenza di disavanzi ha spinto molte regioni a trovare soluzioni finanziarie in grado di assicurare la necessaria liquidità per lo svolgimento delle operazioni correnti nell'ambito delle aziende sanitarie.

Il rapporto tra spesa e PIL dovrebbe identificare la disponibilità a spendere per l'assistenza sanitaria di una regione in relazione alle proprie disponibilità in termini di reddito.

La spesa sanitaria pubblica corrente in rapporto al PIL negli anni 2002-2003 ha subito un decremento dello 0,32%.

La spesa pro capite delle regioni italiane mostra una significativa variabilità tra il 2003 e il 2005 con un notevole incremento negli ultimi anni soprattutto a favore delle regioni meridionali.

La spesa sanitaria dell'Italia in rapporto al PIL negli anni 2002-2003 ha subito un decremento dello 0,32%, mentre la spesa sanitaria pubblica pro capite è pari a 1.621euro.

La spesa sanitaria del Trentino Alto Adige in rapporto al PIL negli anni 2002-2003 ha subito un incremento dello 0,35%; la spesa sanitaria pubblica pro capite, a Bolzano è pari a 2.076 euro.

Assetto economico-finanziario

Spesa sanitaria pubblica pro capite (in €)		Disavanzo sanitario pubblico pro capite (in €)		Utile o perdita media di esercizio pro capite delle Asl (in €)	
2004	2005	2003	2004	2003	2004



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Bolzano	1.976	2.076	53,77	-53,15	-66,62	-8,25
Italia	1.548	1.621	39,09	105,60	-73,21	-44,07

Spesa sanitaria per livelli essenziali di assistenza LEA

In Italia, con l'Accordo Stato-Regioni, sottoscritto il 22/11/2001 sono stati definiti i livelli essenziali di assistenza (LEA); questi rappresentano le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o in compartecipazione, grazie alle risorse raccolte attraverso il sistema fiscale. La ripartizione dei costi per livelli essenziali di assistenza è relativa all'anno 2003. I macrolivelli che assorbono le maggiori risorse sono l'assistenza ospedaliera che rappresenta il 48,4% dei costi totali e il 47,7% dei costi dell'assistenza distrettuale.

A livello regionale i costi per l'assistenza ospedaliera a Bolzano sono pari al 50,3% dei costi totali mentre per l'assistenza distrettuale sono pari a 45,7%.

Disavanzo sanitario pubblico procapite

Il disavanzo sanitario pubblico misura la differenza tra quanto è stato speso e quanto è stato ricevuto come finanziamento. È un indicatore della sostenibilità del processo di devoluzione regionale: disavanzi che tendono strutturalmente ad accentuarsi nel tempo indica la presenza di un problema nella gestione federalista della sanità, mentre peggioramenti a livello di singole regioni indicano un probabile problema gestionale.

In Italia il disavanzo sanitario pubblico procapite nel 2005 è pari a 78,29 € con una variazione assoluta di +55,40.

A Bolzano il disavanzo sanitario pubblico procapite nel 2005 è pari a - 48,96 € con una variazione assoluta di - 204,84 euro pro capite.

Ticket

Il ticket farmaceutico rappresenta il contributo che il paziente deve pagare per ottenere farmaci rimborsati dal SSN.

L'indicatore permette di avere una visione d'insieme dell'utilizzo del ticket farmaceutico, evidenziandone, anche alcune caratteristiche, stabilite attraverso la normativa regionale di riferimento. L'utilizzo di questa leva finanziaria dovrebbe servire a frenare la crescita della spesa farmaceutica, che è spesso viziata dalla tendenza ad acquistare farmaci in quantità superiore ai bisogni effettivi.

La differenza tra Regione e Regione nell'applicazione del ticket, in termini di spesa farmaceutica pro capite, non sembrerebbe evidenziare solo una scelta di natura economico-finanziaria pura, ma una scelta legata alle difficoltà di bilancio e alla mancanza di utilizzo di altri strumenti più idonei a raggiungere il contenimento della spesa farmaceutica.

Nel 2005 il totale della compartecipazione richiesta ai cittadini è stato pari a 515 milioni di euro, corrispondenti al 3,8% della spesa lorda complessiva, in riduzione rispetto al 2004 ed al 2003.

L'incidenza del ticket sulla spesa lorda in Italia è stata pari a 8,9€ corrispondente al 3,8% della spesa farmaceutica pro capite.

Bolzano ha una spesa farmaceutica lorda di 9,8€ corrispondente al 5,3% della spesa farmaceutica pro capite.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Rating

Il rating è una valutazione, fornita da parte di un'agenzia privata specializzata, del merito di credito di un soggetto emittente obbligazioni sui mercati finanziari internazionali. È un indicatore della capacità del soggetto di far fronte puntualmente al servizio del debito. Il rating assume rilevanza in quanto fornisce agli operatori finanziari un'informazione omogenea sul grado di rischio degli emittenti e riveste una grande importanza per tutti gli investitori che non sono adeguatamente attrezzati per un'analisi autonoma del rischio di credito.

La scala internazionale che esprime il giudizio di rating è formata dalla combinazione di più lettere in cui la lettera A è utilizzata per esprimere il giudizio più elevato e la lettera C il giudizio più basso. Le regioni italiane hanno valori di rating piuttosto differenti si passa dalla AA della Lombardia alla A3- della Campania.

Le tre maggiori agenzie sono Standard and Poor's, Moody's e Fitch Rating che forniscono una gamma completa di valutazione, differente sia per tipologia dell'emittente che per strumento finanziario.

Le tre principali agenzie hanno dato tre differenti valutazioni per ogni regione italiana, mentre allo Stato Italiano la Fitch ha dato: AA-, Moody's Aa2, e S&P A+

Bolzano ha avuto una valutazione da parte di Fitch pari a AA+, Moody's attribuisce Aa1 e S&P non attribuisce nessun valore.

Responsabile Centro Riferimento Regionale

Dott. Flavio Girardi

Direzione Medica - Ospedale di Bolzano

Via Bohler Lorenz, 5

39100 BOLZANO

Tel. 0471 908504

Fax 0471 908831

E-mail: flavio.girardi@asbz.it



Comunicato stampa

ROMA 15 FEBBRAIO 2007

In Abruzzo: speranza di vita in costante crescita

77,7 anni è la speranza di vita alla nascita per gli uomini dell'Abruzzo (dato nazionale 77,7 anni), per le donne tale dato è pari a 84,2 anni (dato nazionale 83,7 anni) nel 2004, in linea con il dato nazionale per gli uomini, ma superiore alla media per quel che riguarda le donne.

La speranza di vita oltre i 75 anni è in linea con il dato nazionale, per quel che riguarda gli uomini è pari a 10,7 (dato nazionale 10,7) e 13,3 per le donne (dato nazionale 13,3) .

In termini di sopravvivenza, l'Italia è tra i paesi più longevi del mondo, tanto per gli uomini quanto per le donne. I livelli di sopravvivenza così elevati sono il frutto dei continui progressi in medicina e delle migliori condizioni di vita della popolazione che hanno contribuito a ridurre notevolmente i rischi di morte a tutte le età della vita. Al 2004, la speranza di vita alla nascita, mostra l'ormai noto vantaggio delle donne rispetto agli uomini, con un'aspettativa di vita mediamente di 6 anni più elevata per le prime rispetto ai secondi.

Sono i dati che emergono dal **Rapporto Osservasalute 2006**, un'approfondita analisi dello stato di salute della popolazione e della qualità dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane, pubblicato oggi dall'**Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane** e frutto del lavoro di **oltre 200 ricercatori distribuiti su tutto il territorio italiano**, che operano presso Università, Agenzie regionali e provinciali di sanità, Assessorati regionali e provinciali, Aziende ospedaliere ed Aziende sanitarie, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale Tumori, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Ministero della Salute, Istat

Aspetti demografici								
	Tasso fecondità totale		Saldo migratorio totale		Indice di invecchiamento		% anziani di età 85 e oltre	
	2003	2004	2004	2005	2003	2004	2003	2004
Abruzzo	1.186,4	1.193,6	15.350	8.328	151,90	154,48	2,30	2,25
Italia	1.293,2	1.322,6	-	-	134,80	136,86	2,00	1,98

Sopravvivenza e mortalità

	Speranza di vita alla nascita				Speranza di vita a 65 anni				Speranza di vita a 75 anni			
	2003		2004		2003		2004		2003		2004	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Abruzzo	77,4	83,2	77,7	84,2	17,3	20,9	17,5	21,7	10,5	12,7	10,7	13,3



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Italia	76,9	82,6	77,7	83,7	16,8	20,5	17,4	21,4	10,3	12,6	10,7	13,3
---------------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

L'Italia è tra i paesi più longevi al mondo, tanto per gli uomini quanto per le donne. I livelli di sopravvivenza così elevati sono frutto dei continui progressi in medicina e delle migliori condizioni di vita della popolazione che hanno contribuito a ridurre notevolmente i rischi di morte a tutte le età della vita.

Al 2004, la speranza di vita alla nascita, mostra l'ormai noto vantaggio delle donne rispetto agli uomini, con un'aspettativa di vita mediamente di 6 anni più elevata per le prime rispetto ai secondi (83,7 anni per le donne con un aumento di un anno rispetto al 2003 contro i 77,7 per gli uomini pari a 0,8 anni rispetto al 2003).

In Abruzzo nel 2004 la speranza di vita alla nascita è in linea con i dati nazionali, infatti per gli uomini è pari a 77,7 anni e le donne 84,2; mentre la speranza di vita tra i 65 e i 75 anni è pari a 17,5 anni per gli uomini e 21,7 anni per le donne; a 75 anni la speranza di vita per gli uomini è pari a 10,7 anni e 13,3 anni per le donne.

In Italia, nel 2004, ultimo anno in cui è disponibile una stima della mortalità per causa di decesso, il tasso di mortalità standardizzato oltre l'anno di vita è risultato pari a 92,96 per 10.000 uomini e a 53,93 per 10.000 donne.

In Abruzzo il tasso di mortalità per gli uomini è pari a 87 su 10.000 uomini e a 49,02 su 10.000 donne.

Tra le cause di morte, le maggiori responsabili dell'aumento del rischio di morte degli uomini, tra il 2002 e il 2003 sono state le malattie cardio-respiratorie: quasi tutte le regioni hanno assistito ad un incremento nel rischio di morte per tale causa in Italia, su 10.000 abitanti il tasso di mortalità per gli uomini è pari a 6,83 e per le donne è pari a 2,43.

In Abruzzo il tasso di mortalità dovuto a malattie per l'apparato respiratorio su 10.000 abitanti è pari a 7,15 per gli uomini con un decremento rispetto al 2003 dello 0,53 e 2,43 per le donne con un decremento dello 0,22.

Per alcune regioni le malattie del sistema circolatorio hanno avuto un forte impatto sull'incidenza del tasso di mortalità, che per gli uomini è pari al 34,34 su 10.000 abitanti con un decremento del 3,78% e per le donne è pari a 22,16 con un decremento del 3,34%.

In Abruzzo tale tasso è pari a 34,69 per gli uomini con un decremento dell'1,19% e per le donne è pari al 22,10 con un decremento dell'1,9%.

Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione

Fattori di rischio e stili di vita								
	Prevalenza di fumatori di 14 anni e oltre		% persone obese		% persone in sovrappeso		Prevalenza consumatori bevande alcoliche di 11 anni e oltre	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2003	
							M	F
Abruzzo	21,7	25,8	10,9	9,7	36,3	37,1	85,9	58,7
Italia	23,7	25,0	8,5	9,0	33,5	33,6	84,7	59,8



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Il fumo

La lotta al tabagismo rappresenta uno degli obiettivi prioritari delle politiche sanitarie; la prevalenza di fumatori permette di misurare il fenomeno e programmare interventi finalizzati al suo contenimento nella popolazione. I dati rilevati nell'ambito dell'Indagine Multiscopo sulle famiglie Stili di vita e condizioni di salute nell'anno 2005, mostrano che l'abitudine al fumo riguarda circa il 25% della popolazione italiana, la prevalenza dei non fumatori e degli ex fumatori è rispettivamente di circa 53% ed il 21,3%. Inoltre si osserva un decremento significativo della percentuale di fumatrici (dal 17,4% al 15,8%) .

In Italia la percentuale di fumatori è pari a 25% della popolazione residente, mentre gli ex fumatori sono il 21,3% e i non fumatori il 53%.

In Abruzzo la percentuale di fumatori è pari a 25,8% della popolazione residente, mentre gli ex fumatori sono il 21% e i non fumatori il 54,1%.

Sovrappeso e obesità

L'epidemia di obesità si sta rapidamente diffondendo: nel mondo circa 300 milioni di individui sono obesi, il tasso di incidenza è in continuo ed allarmante aumento e si stima che nel 2010 circa 150 milioni di adulti saranno affetti da questo problema.

Solo poco più della metà della popolazione italiana è in normopeso: il 42,6% è in eccesso ponderale. Nel confronto temporale tra il 2002 e il 2003 il dato relativo all'obesità presenta un aumento da 8,5% a 9%.

In Italia la prevalenza di persone di 18 anni e oltre in sovrappeso è 33,6% della popolazione totale, mentre quelle in sovrappeso sono pari a 9,0%.

In Abruzzo la prevalenza di persone di 18 anni e oltre in sovrappeso è 37,1% della popolazione totale, mentre quelle in sovrappeso sono pari a 9,7%.

Ambiente

L'inquinamento da polveri fini (PM_{10}), originato sia da sorgenti naturali che antropiche, provoca effetti sulla salute a breve, medio e lungo termine dovuti ad una compromissione dell'apparato respiratorio con danni acuti e cronico degenerativi.

L'incremento delle concentrazioni sembrerebbe essere accentuato durante i mesi invernali. L'analisi dei dati relativi alla "media annua delle concentrazioni medie giornaliere delle polveri fini" mostrerebbe che quattro regioni (Veneto, Marche, Lombardia e Valle d'Aosta) superano il valore limite. Un esame disaggregato dei dati derivanti da 76 comuni dimostra che in 31 comuni almeno una centralina ha registrato un valore medio annuo superiore al limite di riferimento.

La media annua delle concentrazioni medie giornaliere delle PM_{10} è pari a 33.

In Italia la media annua delle concentrazioni medie giornaliere delle PM_{10} è pari a 33, sono presenti 10 stazioni per ogni 382.397 abitanti e il limite è stato superato con una media di 53 giorni.

Nel 2004 in Abruzzo la media annua delle concentrazioni giornaliere delle PM_{10} è pari a 37 con una diminuzione rispetto alle concentrazioni del 2003, sono presenti 3 stazioni per il rilevamento delle PM_{10} , il cui limite è stato superato per circa 72 giorni.



Ambiente				
	Media annua delle concentrazioni medie giornaliere di PM10		N° medio gg di superamento limite delle concentrazioni medie giornaliere	
	2003	2004	2003	2004
Abruzzo	59	37	201	72
Italia	41	33	80	53

Salute immigrati

All'inizio del 2006 gli immigrati presenti regolarmente in Italia erano 3.035.000 secondo la stima dell'Equipe del Dossier statistico Immigrazione Caritas/Migrantes. Ai dati ufficiali vanno aggiunti coloro che sono presenti irregolarmente e quindi complessivamente si può indicare la presenza di circa 3.500.000 persone.

Come conseguenza dell'aumento del fenomeno migratorio si è osservato in Italia un incremento nel tempo delle nascite da cittadini stranieri.

In Italia i nati vivi con almeno uno dei genitori cittadino straniero sono pari a 65.062 bambini, con una prevalenza di entrambi genitori stranieri (46.598).

In Abruzzo i nati vivi con almeno un cittadino straniero sono pari a 951 bambini di cui 540 hanno entrambi i genitori stranieri.

Negli ultimi anni si è evidenziato un incremento del numero di interruzioni volontarie di gravidanza (38.364) da parte di donne straniere immigrate in Italia. La maggior parte delle donne straniere che abortisce in Italia sono donne nate nell'Est Europa (17.350 interruzioni di gravidanza), ma anche in paesi del Centro-Sud America (7.090), dell'Africa(6.169) e dell'Asia (3.865).

In Abruzzo il totale delle interruzioni di gravidanza da parte di donne immigrate nel nostro paese è pari a 790.

Nel decennio di osservazione (1992-2002) l'ammontare complessivo dei decessi tra gli stranieri oltre il primo anno di vita in Italia supera le 32.000 unità con un andamento crescente che mostra negli anni delle forti correlazioni con il processo legislativo delle regolarizzazioni della popolazione straniera.

Il tasso standardizzato di mortalità per 10.000 stranieri residenti in Italia è pari a 20,03.

In Abruzzo e Molise il tasso standardizzato di mortalità per 10.000 stranieri residenti è pari a 13,93.

Tumori

A seguito della crisi del 2003, i tumori maligni dello stomaco mantengono un andamento piuttosto stabile, nel 2004 il tasso standardizzato è pari a 2,2 per 10.000 uomini e a 1,1 per le donne come pure i tumori maligni del colon, retto e ano (3,2uomini e 1,9 donne ogni 10.000); continuano a ridursi i tumori maligni di trachea, bronchi e polmoni per gli uomini (8,7 per 10.000 ab.) ma continuano ad aumentare quelli delle donne (1,8 per 10.000 ab. pari ad un aumento dello 0,12%).

Secondo i dati osservati dai Registri Tumore di popolazione emerge che i tumori più frequenti tra gli uomini sono il tumore della prostata, del polmone e del colon-retto mentre tra le donne sono il tumore della mammella, del colon-retto e del polmone.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Il rischio oncologico delle regioni del Sud è stato sempre stimato essere più basso di quello delle regioni del Nord anche se negli ultimi anni questa differenza si è ridotta notevolmente.

I tassi di incidenza delle donne invece sono in aumento in tutte le regioni, ma la crescita sembra sempre più accentuata in alcune regioni del sud.

In Italia, nel periodo che va dal 2001 al 2006 il tasso medio di incidenza di tutti i tumori per 100.000 abitanti è pari a 304,5.

In Abruzzo, nel periodo che va da 2001 al 2006 il tasso medio di incidenza di tutti i tumori per 100.000 abitanti è pari a 240,7.

Tumore alla mammella

Il tumore alla mammella è il tumore più frequente nelle donne dei paesi occidentali, per le quali il rischio di ammalarsi nel corso della vita giunge fino al 10-11%. L'incidenza del tumore alla mammella in Italia nel quinquennio 2001-2006 rispetto al precedente 1995-2000 è in lieve aumento. I tassi di incidenza del tumore alla mammella sono in aumento in tutte le regioni italiane, presumibilmente in associazione con la diffusione dei programmi di screening organizzati e dell'aumentata attenzione a controlli in fase preclinica.

In Italia, il tasso di incidenza del tumore alla mammella nelle donne è pari a 92,6 su 100.000 abitanti con un aumento del 1,5%

In Abruzzo, nel periodo 2001-2006 questo tasso è pari a 72,2 con un incremento del 10,4% delle donne rispetto al quinquennio precedente.

Tumore del colon retto

In Europa il tumore del colon retto è la seconda neoplasia più comune in entrambi i sessi. In Italia l'incidenza del tumore del colon-retto 1995-2000 verso 2001-2006 è complessivamente in aumento, a causa del trend di crescita negli uomini (da 60 a 66 casi per 100.000); l'aumento dei tassi si verifica in tutte le fasce d'età, ma è più evidente nella fascia tra 75-84 anni

In Abruzzo il tasso standardizzato totale per il periodo 2001-2006 è pari a 40,2 casi ogni 100.000 abitanti così diviso 60,1 per gli uomini e 23,8 per le donne.

Tumore del Polmone

Il **cancro polmonare** è una delle neoplasie maligne più frequentemente diagnosticate nel mondo. In Italia, nel periodo 2001-2006, l'incidenza del tumore polmonare, è in riduzione rispetto al precedente periodo (1995-2000) ed è pari a 72 casi ogni 100.000 uomini e dimostra valori costanti per le donne pari a 14 casi ogni 100.000, ma vi sono preoccupanti segnali di incremento in alcune regioni.

In Abruzzo il tasso medio di incidenza per tumore del polmone per classe di età 0-84 anni ogni 100.000 abitanti nel periodo 2001-2006 è pari ad un tasso standardizzato del 29,3 casi diviso in 56 casi per gli uomini con una diminuzione del 4% e del 6,7 casi per le donne con una diminuzione dello 0,5%.

Tumore allo stomaco

Il carcinoma gastrico rappresenta la quinta forma comune di cancro in Europa, dopo quello polmonare, prostatico, coloretale e vescicale nell'uomo e dopo quello mammario, coloretale, polmonare e uterino nella donna.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



La frequenza di tumore gastrico è in riduzione nel mondo occidentale e in generale nelle aree ricche del mondo.

In Italia nel 2005 si sono verificati 13.545 nuovi casi di tumore allo stomaco di cui 8.215 tra gli uomini, con un tasso standardizzato di 21 su 100.000, e 5.330 tra le donne con un tasso standardizzato di 9. Scarse le differenze tra le Regioni.

In Abruzzo il numero dei nuovi casi tra gli uomini è di 200, con un tasso standardizzato 20, mentre tra le donne è di 100 con un tasso standardizzato di 9.

Screening tumori per tumori femminili e del colon retto

Prosegue l'estensione nel territorio nazionale dell'attività di screening organizzato per i tumori femminili e per quelli del colon retto. A fronte di una maggiore diffusione nelle regioni del Centro e del Nord Italia, le regioni del sud si stanno attivando, anche sotto l'impulso della legge 138/2004 del CCM e al coordinamento del ONS.

Screening mammografico

L'attivazione di programmi di screening per tumore alla mammella è raccomandata in Italia con programmi organizzati su un invito attivo ed è richiesta nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza. Nel 2004 vi è stata una ulteriore espansione dei programmi di screening ed è stata pari al 68,7%. Questo significa che due donne su tre risiedono in un territorio in cui è stato attivato un programma di screening mammografico. Le donne che hanno realmente ricevuto un invito a partecipare al programma di screening mammografico hanno avuto un incremento pari a circa il 24%.

In Italia, nel 2004 la percentuale di donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni inseriti in un programma di screening mammografico mostra un'estensione teorica è pari a 68,7% con un incremento del 12,5% di cui l'estensione effettiva è pari a 51,1%.

In Abruzzo, nel 2004 la percentuale di donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni inseriti in un programma di screening mammografico mostra un'estensione teorica è pari al 44,7% con un decremento dei 10% di cui l'estensione effettiva è pari a 32,3%.

Malattie infettive

Nel corso del XX secolo la scoperta di antibiotici sempre più attivi, la produzione di vaccini efficaci e l'applicazione di idonee misure di igiene ambientale hanno contrastato con grande efficacia un crescente numero di malattie infettive. La prevalenza di molte patologie infettive è gradualmente diminuita soprattutto nei paesi industrializzati. Questi successi hanno favorito la diffusione dell'idea che le malattie infettive siano state vinte. Ma questo concetto non è propriamente giusto se si pensa ai paesi sottosviluppati, e se si esamina che per alcune malattie (AIDS, EBOLA; SARS etc) sono aumentate le aspettative di vita, ma sono ancora causa di morte.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che entro il 2015 saranno disponibili ben 36 nuovi vaccini (ad esempio contro l'HIV o il virus C dell'epatite) o migliorati (ad esempio contro il virus B dell'epatite o la febbre tifoide).

	Tasso di incidenza AIDS (per 100.000)		Tasso std di incidenza epatite A (per 100.000)	
	2004	2005	2003	2004
Abruzzo	2,97	1,60	1,32	1,54
Italia	2,85	1,80	3,33	4,25



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Incidenza AIDS

In Italia, dal 1994 al 2005 sono stati notificati 32.996 casi di AIDS con un tasso di incidenza di 1,8 nuovi casi ogni 100.000 abitanti. Per quanto riguarda i tassi di incidenza si è registrata una sensibile diminuzione a partire dal 1996/97 a livello di tutti gli ambiti regionali. Il trend coincide con l'ingresso in Italia di farmaci antiretrovirali che hanno ridotto il rischio di progressione in AIDS degli HIV positivi aumentando pertanto la quota dei soggetti sieropositivi.

In Abruzzo nel 2005 sono stati registrati 17 nuovi casi di AIDS con un tasso di incidenza pari a 1,6 nuovi casi ogni 100.000 abitanti.

Epatite A

L'epidemia in Italia viene considerata a basse endemia, nel 2004 il tasso di incidenza è stato di 4 casi ogni 100.000 abitanti.

In Abruzzo il tasso di incidenza di epatite A per l'anno 2004 è pari a 1,54 casi su 100.000 abitanti con un aumento dello 0,22% rispetto al 2003.

Tubercolosi

L'Italia è stata classificata come paese a bassa incidenza di tubercolosi. In base ai dati ricavati dalle notifiche obbligatorie nell'anno 2004, il tasso di incidenza di tubercolosi per gli uomini è pari a 8,70 casi per 100.000 residenti quasi il doppio rispetto a quello registrato per le donne (5,45 per 100.000 ab.)

In Abruzzo, nel 2004 il tasso standardizzato di incidenza per tubercolosi nei maschi è pari a 7,58 casi ogni 100.000 mentre per le donne è di 2,99 casi.

Dipendenze da sostanza

All'interno della popolazione italiana l'abuso di alcune sostanze illegali (principalmente eroina e cocaina) risulta correlato ad un aumentato rischio di mortalità. La classe d'età maggiormente toccata dal fenomeno consumo è 15-44 anni. A livello italiano si evidenzia un continuo decremento del tasso di mortalità dal 1996 al 2002; il calo risulta particolarmente evidente tra il 1996 (6,31 morti ogni 100.000 ab) e il 1997 (4,71 morti) e tra il 2001 (3,42 morti) e il 2002 (2,17 morti). Si rileva poi un tasso costante fino a fine del 2003 con una successiva inversione di tendenza nel 2004 (2,50 morti) confermata nel 2005 con 2,52 morti.

In Abruzzo nel 2005 il tasso di mortalità per abuso di stupefacenti nella fascia di età compresa tra 15 e 44 anni è pari a 2,08 con un decremento dell'1% su 100.000 abitanti.

Salute materno-infantile

Gli indicatori della salute materno-infantile rappresentano un importante strumento per valutare lo stato di salute di una popolazione.

Abortività volontaria

I dati del 2003 con 124.118 di interruzioni di gravidanza volontarie (IVG) confermano la tendenza alla stabilizzazione del fenomeno, dopo un costante declino iniziato a partire dalla metà degli anni 80. Le regioni del Nord Ovest e del Centro presentano valori superiori alla media nazionale.

Il tasso standardizzato è di 9,2 casi ogni 1.000 donne, mentre il tasso più elevato si osserva nella classe 20-24 anni con 15,1. Questo dato può essere determinato in parte



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



dall'ingresso delle donne straniere, prevalentemente giovani, presenti nel nostro paese che fanno ricorrenza alla IVG.

Osservando il fenomeno per lo stato civile, i livelli di abortività più elevati si osservano tra le persone separate, divorziate e vedove (22,2 per 1.000 nel 1993 e 24,3 nel 2003) che però numericamente costituiscono un gruppo più piccolo.

In Abruzzo, nel 2003, il tasso standardizzato delle interruzioni volontarie della gravidanza è pari al 9,02 casi ogni 1.000 donne.

Abortività spontanea

La normativa italiana definisce l'aborto spontaneo come l'interruzione spontanea della gravidanza entro il 180 giorno di gestazione.

Il trend del rapporto standardizzato mostra un debole andamento crescente fino alla metà degli anni '90, seguito da una fase di stabilizzazione. Le differenze territoriali sono abbastanza marcate: il Centro e il nord Est seguono l'andamento nazionale con valori più elevati della media, mentre il Mezzogiorno con valori inferiori. Tali andamenti possono essere spiegati in parte dalle differenze territoriali dell'età media del parto. L'aumento del rapporto di abortività spontanea può essere attribuibile a vari fattori, quali una diagnosi più precoce della gravidanza, una migliorata notifica dell'evento, l'innalzamento dell'età della madre al parto e in particolare al primo figlio, il ricorso a tecniche di procreazione medicalmente assistita o la diffusione di fattori ambientali e lavorativi che hanno un'influenza negativa sullo sviluppo del feto.

In Italia il rapporto standardizzato per rapporti di abortività spontanea nella classe 15-49 anni è pari a 127,6 donne gravide.

In Abruzzo il rapporto standardizzato per abortività spontanea nella classe di età 15-49 è pari a 106,8 donne gravide.

Parti cesarei

La proporzione dei parti cesarei ha subito negli ultimi decenni un costante incremento in molti paesi occidentali, ed in Italia in particolare sono stati raggiunti i valori più elevati al mondo.

Nel 2004 la proporzione dei parti cesarei a livello nazionale è di 38% sul totale.

In Abruzzo il totale dei parti cesarei nel 2004 è stato del 40,7% sul totale; con un aumento del 7,2% rispetto al 1998.

Incidenti stradali

Gli incidenti, sia domestici che stradali, rappresentano attualmente un problema emergente della Sanità pubblica in Italia.

Gli incidenti stradali nel nostro paese nel 2004 secondo le fonti della polizia di stato sono stati 224.553 di questi ci sono stati 5.625 decessi, con 316.630 feriti. La metà dei decessi avviene prima dei 41 anni d'età ed il 25% prima dei 23 anni.

In Abruzzo, nel 2004 gli incidenti registrati sono pari a 4.725 di cui 137 persone coinvolte sono decedute e 7.205 ferite.

Incidenti sul lavoro

L'inail definisce infortunio sul lavoro la conseguenza di una causa violenta ed esterna verificatasi in occasione del lavoro da cui deriva o la morte o un'inabilità temporanea che comporta l'astensione dal lavoro per oltre tre giorni.

In Italia, la media tra il 2002 e il 2005 di mortalità per infortuni sul lavoro in Italia ogni 100.000 abitanti è pari a 7,85 persone.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



In Abruzzo, la media di mortalità per infortuni sul lavoro tra 2002 e 2005, è pari a 11.56 persone su 100.000.

Assistenza territoriale

Negli ultimi anni in Italia si è assistito ad un sostanziale mutamento nel profilo demografico e, di conseguenza, il bisogno socio-sanitario e la domanda emergente della popolazione è cambiata.

Il territorio non è più solo il luogo tradizionale di servizi ambulatoriali di medicina generale, di continuità assistenziale, delle attività distrettuali di tutela della salute collettive e delle strutture residenziali per anziani, ma è diventato anche la sede primaria di promozione della salute, di governo della domanda e dell'integrazione dell'assistenza ospedaliera con le cure primarie, la riabilitazione e di riflesso tutte le forme di assistenza destinate all'accompagnamento di anziani, malati cronici, disabili e più in generale soggetti fragili.

In Italia l'esperienza della domiciliarizzazione dell'assistenza, espressione di funzioni e attività proprie delle cure extraospedaliere è ricca e variegata. Le cure domiciliari includono l'assistenza infermieristica e riabilitativa domiciliare (ADI), l'assistenza programmata domiciliare (ADP) fornita da medici di medicina generale gli assistiti non deambulanti e le applicazioni della teleassistenza domiciliare nelle diverse forme di telecontrollo, telesoccorso o teleconsulto.

In Italia, nel 2004 i casi di assistenza domiciliare sono stati 373.424 ovvero 645 casi ogni 100.000 abitanti. Mentre l'assistenza domiciliare agli anziani è stata pari all'84,1% degli anziani residenti.

In Abruzzo, nel 2004 i casi di assistenza domiciliare sono stati 11.930 ovvero 928 casi ogni 100.000 abitanti. Mentre l'assistenza domiciliare agli anziani è stata pari all'82,3% degli anziani residenti.

Trapianti

Il trapianto di organi e tessuti, associato alla scoperta di nuovi farmaci che migliorano la tolleranza dell'organo trapiantato nel ricevente, è uno dei progressi più rilevanti nella cura di un grande numero di malattie per le quali non esistono cure alternative.

La promozione delle donazioni, dei trapianti e della valutazione di qualità dell'attività di trapianto organi, cellule staminali e tessuti sono obiettivi importanti del sistema sanitario.

I dati al 31/12/2005 dimostrano un aumento dell'attività di donazione e trapianto ottenuto nel nostro paese, nel giro di dieci anni l'Italia è passata dagli ultimi al secondo posto in Europa e al terzo nel mondo. Anche dal punto di vista qualitativo si registrano ottimi risultati.

In Italia, il tasso dei donatori effettivi per milione di popolazione al 31/12/05 era di 21.

In Abruzzo il tasso dei donatori effettivi per milione di popolazione al 31/12/05 era di 23,0.

Spesa sanitaria in rapporto al PIL e spesa sanitaria pubblica pro capite

L'analisi dell'assetto economico finanziario dei sistemi sanitari delle regioni italiane restituisce uno scenario particolarmente eterogeneo. L'attenzione è posta sui fabbisogni della spesa sanitaria a livello regionale e sui relativi disavanzi che, soprattutto in alcune regioni, stanno portando all'accumularsi di debiti particolarmente ingenti e preoccupanti per la stabilità del sistema economico regionale. La presenza di disavanzi ha spinto molte regioni a trovare soluzioni



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



finanziarie in grado di assicurare la necessaria liquidità per lo svolgimento delle operazioni correnti nell'ambito delle aziende sanitarie.

Il rapporto tra spesa e PIL dovrebbe identificare la disponibilità a spendere per l'assistenza sanitaria di una regione in relazione alle proprie disponibilità in termini di reddito.

La spesa sanitaria pubblica corrente in rapporto al PIL negli anni 2002-2003 ha subito un decremento dello 0,32%.

La spesa pro capite delle regioni italiane mostra una significativa variabilità tra il 2003 e il 2005 con un notevole incremento negli ultimi anni soprattutto a favore delle regioni meridionali.

La spesa sanitaria dell'Italia in rapporto al PIL negli anni 2002-2003 ha subito un decremento dello 0,32%, mentre la spesa sanitaria pubblica pro capite è pari a 1.621euro.

La spesa sanitaria dell'Abruzzo in rapporto al PIL negli anni 2002-2003 ha subito un decremento dell'1,29%, mentre la spesa sanitaria pubblica pro capite è pari a 1700 euro.

Assetto economico-finanziario						
	Spesa sanitaria pubblica pro capite (in €)		Disavanzo sanitario pubblico pro capite (in €)		Utile o perdita media di esercizio pro capite delle Asl (in €)	
	2004	2005	2003	2004	2003	2004
Abruzzo	1.511	1.700	169,18	100,95	-196,39	-121,26
Italia	1.548	1.621	39,09	105,60	-73,21	-44,07

Spesa sanitaria per livelli essenziali di assistenza LEA

In Italia, con l'Accordo Stato-Regioni, sottoscritto il 22/11/2001 sono stati definiti i livelli essenziali di assistenza (LEA); questi rappresentano le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o in compartecipazione, grazie alle risorse raccolte attraverso il sistema fiscale. La ripartizione dei costi per livelli essenziali di assistenza è relativa all'anno 2003. I macrolivelli che assorbono le maggiori risorse sono l'assistenza ospedaliera che rappresenta il 48,4% dei costi totali e il 47,7% dei costi dell'assistenza distrettuale.

A livello regionale i costi per l'assistenza ospedaliera dell'Abruzzo sono pari al 52,1% dei costi totali mentre per l'assistenza distrettuale sono pari a 43,9%.

Disavanzo sanitario pubblico procapite

Il disavanzo sanitario pubblico misura la differenza tra quanto è stato speso e quanto è stato ricevuto come finanziamento. È un indicatore della sostenibilità del processo di devoluzione regionale: disavanzi che tendono strutturalmente ad accentuarsi nel tempo indica la presenza di un problema nella gestione federalista della sanità, mentre peggioramenti a livello di singole regioni indicano un probabile problema gestionale.

In Italia il disavanzo sanitario pubblico procapite nel 2005 è pari a 78,29 € con una variazione assoluta di +55,40.

In Abruzzo il disavanzo sanitario pubblico procapite nel 2005 è pari a 140,57 € con una variazione assoluta di -5,20 euro pro capite.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Ticket

Il ticket farmaceutico rappresenta il contributo che il paziente deve pagare per ottenere farmaci rimborsati dal SSN.

L'indicatore permette di avere una visione d'insieme dell'utilizzo del ticket farmaceutico, evidenziandone, anche alcune caratteristiche, stabilite attraverso la normativa regionale di riferimento. L'utilizzo di questa leva finanziaria dovrebbe servire a frenare la crescita della spesa farmaceutica, che è spesso viziata dalla tendenza ad acquistare farmaci in quantità superiore ai bisogni effettivi.

La differenza tra Regione e Regione nell'applicazione del ticket, in termini di spesa farmaceutica pro capite, non sembrerebbe evidenziare solo una scelta di natura economico-finanziaria pura, ma una scelta legata alle difficoltà di bilancio e alla mancanza di utilizzo di altri strumenti più idonei a raggiungere il contenimento della spesa farmaceutica.

Nel 2005 il totale della compartecipazione richiesta ai cittadini è stato pari a 515 milioni di euro, corrispondenti al 3,8% della spesa lorda complessiva, in riduzione rispetto al 2004 ed al 2003.

L'incidenza del ticket sulla spesa lorda in Italia è stata pari a 8,9€ corrispondente al 3,8% della spesa farmaceutica pro capite.

L'Abruzzo ha una spesa farmaceutica lorda di 2,0€ corrispondente allo 0.9% della spesa farmaceutica pro capite.

Rating

Il rating è una valutazione, fornita da parte di un'agenzia privata specializzata, del merito di credito di un soggetto emittente obbligazioni sui mercati finanziari internazionali. È un indicatore della capacità del soggetto di far fronte puntualmente al servizio del debito. Il rating assume rilevanza in quanto fornisce agli operatori finanziari un'informazione omogenea sul grado di rischio degli emittenti e riveste una grande importanza per tutti gli investitori che non sono adeguatamente attrezzati per un'analisi autonoma del rischio di credito.

La scala internazionale che esprime il giudizio di rating è formata dalla combinazione di più lettere in cui la lettera A è utilizzata per esprimere il giudizio più elevato e la lettera C il giudizio più basso. Le regioni italiane hanno valori di rating piuttosto differenti si passa dalla AA della Lombardia alla A3- della Campania.

Le tre maggiori agenzie sono Standard and Poor's, Moody's e Fitch Rating che forniscono una gamma completa di valutazione, differente sia per tipologia dell'emittente che per strumento finanziario.

Le tre principali agenzie hanno dato tre differenti valutazioni per ogni regione italiana, mentre allo Stato Italiano la Fitch ha dato: AA-, Moody's Aa2, e S&P A+

L'Abruzzo non ha avuto nessuna valutazione da parte di Fitch, Moody's attribuisce un A1 e S&P attribuisce una A.

Per eventuali approfondimenti è possibile contattare il referente regionale del Rapporto Osservasalute 2006

Dott. Lamberto Manzoli, Dipartimento di Scienze Biomediche, Via dei Vestini, 31, 66013 CHIETI, Tel. 0865 442. 576, Tel. 347 4727282, Fax. 0871 13554001



COMUNICATO STAMPA

ROMA, 15 FEBBRAIO 2007

**Calabria:
la più bassa percentuale di fumatori e
la più bassa incidenza di tumori al polmone**

Nel 2003 solo il 19,2% della popolazione calabrese di età superiore ai 14 anni si dichiara fumatore, e in questa regione con il 28,8% si registra il più basso tasso di incidenza per tumore del polmone nella fascia di età da 0 a 84 anni (tasso standardizzato per 100.000 abitanti). La lotta al tabagismo rappresenta uno degli obiettivi prioritari delle politiche sanitarie; la prevalenza di fumatori permette di misurare il fenomeno e programmare interventi finalizzati al suo contenimento nella popolazione. Il fattore di rischio più importante per il tumore del polmone è il fumo di sigaretta. Esiste una accertata correlazione fra insorgenza di neoplasie polmonari e numero di sigarette fumate, durata all'abitudine al fumo, e età d'inizio all'abitudine al fumo; anche il fumo passivo è associato ad un aumento di rischio di tumore del polmone in non fumatori

Sono i dati che emergono dal **Rapporto Osservasalute 2006**, un'approfondita analisi dello stato di salute della popolazione e della qualità dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane, pubblicato oggi dall'**Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane** e frutto del lavoro di **oltre 200 ricercatori distribuiti su tutto il territorio italiano**, che operano presso Università, Agenzie regionali e provinciali di sanità, Assessorati regionali e provinciali, Aziende ospedaliere ed Aziende sanitarie, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale Tumori, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Ministero della Salute, Istat

Sopravvivenza e mortalità

Sopravvivenza e mortalità												
	Speranza di vita alla nascita*				Speranza di vita a 65 anni*				Speranza di vita a 75 anni*			
	2003		2004		2003		2004		2003		2004	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Calabria	77,4	82,3	78,1	83,5	17,2	20,2	17,7	21,1	10,6	12,3	11,0	13,0
Italia	76,9	82,6	77,7	83,7	16,8	20,5	17,4	21,4	10,3	12,6	10,7	13,3

L'Italia è tra i paesi più longevi al mondo, tanto per gli uomini quanto per le donne. I livelli di sopravvivenza così elevati sono frutto dei continui progressi in medicina e delle migliori condizioni di vita della popolazione che hanno contribuito a ridurre notevolmente i rischi di morte a tutte le età della vita.

Al 2004, la speranza di vita alla nascita, mostra l'ormai noto vantaggio delle donne rispetto agli uomini, con un'aspettativa di vita mediamente di 6 anni più elevata per le prime rispetto ai secondi (**83,7 anni per le donne con un aumento di un anno rispetto al 2003 contro i 77,7 per gli uomini pari a 0,8 anni rispetto al 2003**).



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



In Calabria nel 2004 la speranza di vita alla nascita per gli uomini è pari a 78,1 anni e le donne 83,5; mentre la speranza di vita tra i 65 e i 75 anni è pari a 17,7 anni per gli uomini e 21,1 anni per le donne; a 75 anni la speranza di vita per gli uomini è pari a 11,0 anni e 13,0 anni per le donne.

Nel 2004, ultimo anno in cui è disponibile una stima della mortalità per causa di decesso, il tasso di mortalità standardizzato oltre l'anno di vita è risultato pari a **92,96** per 10.000 uomini e a **53,93** per 10.000 donne.

In Calabria il tasso di mortalità per gli uomini è pari a 86,68 su 10.000 uomini e a 54,28 su 10.000 donne.

Tra le cause di morte, le maggiori responsabili dell'aumento del rischio di morte degli uomini, tra il 2002 e il 2003 sono state le malattie cardio-respiratorie: quasi tutte le regioni hanno assistito ad un incremento nel rischio di morte per tale causa in Italia, su 10.000 abitanti il tasso di mortalità per gli uomini è pari a 6,83 e per le donne è pari a 2,43.

In Calabria il tasso di mortalità dovuto a malattie per l'apparato respiratorio su 10.000 abitanti è pari a 6,89 per gli uomini con un decremento rispetto al 2003 dell'1,07% e 2,04 per le donne con un decremento dell'1,3%.

Per alcune regioni le malattie del sistema circolatorio hanno avuto un forte impatto sull'incidenza del tasso di mortalità, che per gli uomini è pari al 34,34 su 10.000 abitanti con un decremento del 3,78% e per le donne è pari a 22,16 con un decremento del 3,34%.

In Calabria tale tasso è pari a 35,68 per gli uomini con un decremento del 4,64% e per le donne è pari al 25,90 con un decremento del 4,54%.

Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione

Fattori di rischio e stili di vita								
	Prevalenza di fumatori di 14 anni e oltre		% persone obese		% persone in sovrappeso		Prevalenza consumatori bevande alcoliche di 11 anni e oltre	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2003	
							M	F
Calabria	18,8	19,2	8,4	9,7	37,6	37,3	84,3	56,9
Italia	23,7	25,0	8,5	9,0	33,5	33,6	84,7	59,8

Il fumo

La lotta al tabagismo rappresenta uno degli obiettivi prioritari delle politiche sanitarie; la prevalenza di fumatori permette di misurare il fenomeno e programmare interventi finalizzati al suo contenimento nella popolazione. I dati rilevati nell'ambito dell'Indagine Multiscopo sulle famiglie Stili di vita e condizioni di salute nell'anno 2005, mostrano che l'abitudine al fumo riguarda circa il 25% della popolazione italiana, la prevalenza dei non fumatori e degli ex fumatori è rispettivamente di circa 53% ed il 21,3%. Inoltre si osserva un decremento significativo della percentuale di fumatrici (dal 17,4% al 15,8%) .



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



In Italia la percentuale di fumatori è pari a 25% della popolazione residente, mentre gli ex fumatori sono il 21,3% e i non fumatori il 53%.

In Calabria la percentuale di fumatori è pari a 19,2% della popolazione residente, mentre gli ex fumatori sono il 18,1% e i non fumatori il 60,8%.

Sovrappeso e obesità

L'epidemia di obesità si sta rapidamente diffondendo: nel mondo circa 300 milioni di individui sono obesi, il tasso di incidenza è in continuo ed allarmante aumento e si stima che nel 2010 circa 150 milioni di adulti saranno affetti da questo problema.

Solo poco più della metà della popolazione italiana è in normopeso: il 42,6% è in eccesso ponderale. Nel confronto temporale tra il 2002 e il 2003 il dato relativo all'obesità presenta un aumento da 8,5% a 9%.

In Italia la prevalenza di persone di 18 anni e oltre in sovrappeso è 33,6% della popolazione totale, mentre quelle in sovrappeso sono pari a 9,0%.

In Calabria la prevalenza di persone di 18 anni e oltre in sovrappeso è 37,3% della popolazione totale, mentre quelle in sovrappeso sono pari a 9,7%.

Ambiente

L'inquinamento da polveri fini (PM₁₀), originato sia da sorgenti naturali che antropiche, provoca effetti sulla salute a breve, medio e lungo termine dovuti ad una compromissione dell'apparato respiratorio con danni acuti e cronico degenerativi.

L'incremento delle concentrazioni sembrerebbe essere accentuato durante i mesi invernali. L'analisi dei dati relativi alla "media annua delle concentrazioni medie giornaliere delle polveri fini" mostrerebbe che quattro regioni (Veneto, Marche, Lombardia e Valle d'Aosta) superano il valore limite. Un esame disaggregato dei dati derivanti da 76 comuni dimostra che in 31 comuni almeno una centralina ha registrato un valore medio annuo superiore al limite di riferimento.

In Italia la media annua delle concentrazioni medie giornaliere delle PM₁₀ è pari a 33, sono presenti 10 stazioni per ogni 382.397 abitanti e il limite è stato superato con una media di 53 giorni.

Non sono presenti dati relativi alla salute della Calabria.

Ambiente				
	Media annua delle concentrazioni medie giornaliere di PM10		N° medio gg di superamento limite delle concentrazioni medie giornaliere	
	2003	2004	2003	2004
Calabria	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Italia	41	33	80	53
n.d. = dato non disponibile				

Salute immigrati

All'inizio del 2006 gli immigrati presenti regolarmente in Italia erano 3.035.000 secondo la stima dell'Equipe del Dossier statistico Immigrazione Caritas/Migrantes. Ai



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



dati ufficiali vanno aggiunti coloro che sono presenti irregolarmente e quindi complessivamente si può indicare la presenza di circa 3.500.000 persone.

Come conseguenza dell'aumento del fenomeno migratorio si è osservato in Italia un incremento nel tempo delle nascite da cittadini stranieri.

In Italia i nati vivi con almeno uno dei genitori cittadino straniero sono pari a 65.062 bambini, con una prevalenza di entrambi i genitori stranieri (46.598).

In Calabria i nati vivi con almeno un cittadino straniero sono pari a 731 bambini di cui 300 hanno entrambi i genitori stranieri.

Negli ultimi anni si è evidenziato un incremento del numero di interruzioni volontarie di gravidanza (38.364) da parte di donne straniere immigrate in Italia. La maggior parte delle donne straniere che abortisce in Italia sono donne nate nell'Est Europa (17.350 interruzioni di gravidanza), ma anche in paesi del Centro-Sud America (7.090), dell'Africa (6.169) e dell'Asia (3.865).

In Calabria il totale delle interruzioni di gravidanza da parte di donne immigrate nel nostro paese è pari a 564.

Nel decennio di osservazione (1992-2002) l'ammontare complessivo dei decessi tra gli stranieri oltre il primo anno di vita in Italia supera le 32.000 unità con un andamento crescente che mostra negli anni delle forti correlazioni con il processo legislativo delle regolarizzazioni della popolazione straniera.

Il tasso standardizzato di mortalità per 10.000 stranieri residenti in Italia è pari a 20,03.

In Calabria il tasso standardizzato di mortalità per 10.000 stranieri residenti è pari a 21,58.

Tumori

A seguito della crisi del 2003, i tumori maligni dello stomaco mantengono un andamento piuttosto stabile, nel 2004 il tasso standardizzato è pari a 2,2 per 10.000 uomini e a 1,1 per le donne come pure i tumori maligni del colon, retto e ano (3,2 uomini e 1,9 donne ogni 10.000); continuano a ridursi i tumori maligni di trachea, bronchi e polmoni per gli uomini (8,7 per 10.000 ab.) ma continuano ad aumentare quelli delle donne (1,8 per 10.000 ab. pari ad un aumento dello 0,12%).

Secondo i dati osservati dai Registri Tumore di popolazione emerge che i tumori più frequenti tra gli uomini sono il tumore della prostata, del polmone e del colon-retto mentre tra le donne sono il tumore della mammella, del colon-retto e del polmone.

Il rischio oncologico delle regioni del Sud è stato sempre stimato essere più basso di quello delle regioni del Nord anche se negli ultimi anni questa differenza si è ridotta notevolmente.

In Italia, nel periodo che va dal 2001 al 2006 il tasso medio di incidenza di tutti i tumori per 100.000 abitanti è pari a 304,5.

In Calabria, nel periodo che va da 2001 al 2006 il tasso medio di incidenza di tutti i tumori per 100.000 abitanti è pari a 233,1.

Tumore alla mammella

Il tumore alla mammella è il tumore più frequente nelle donne dei paesi occidentali, per le quali il rischio di ammalarsi nel corso della vita giunge fino al 10-11%. L'incidenza del tumore alla mammella in Italia nel quinquennio 2001-2006 rispetto al precedente 1995-2000 è in lieve aumento. I tassi di incidenza del tumore alla mammella sono in aumento in tutte le regioni italiane, presumibilmente in associazione con la diffusione dei programmi di screening organizzati e dell'aumentata attenzione a controlli in fase preclinica.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



In Italia, Il tasso di incidenza del tumore alla mammella nelle donne è pari a 92,6 su 100.000 abitanti con un aumento del 1,5%

In Calabria, nel periodo 2001-2006 questo tasso è pari a 70,8 con un incremento dell'11,2% delle donne rispetto al quinquennio precedente.

Tumore del colon retto

In Europa il timore del colon retto è la seconda neoplasia più comune in entrambi i sessi. In Italia l'incidenza del tumore del colon-retto 1995-2000 verso 2001-2006 è complessivamente in aumento, a causa del trend di crescita negli uomini (da 60 a 66 casi per 100.000); l'aumento dei tassi si verifica in tutte le fasce d'età, ma è più evidente nella fascia tra 75-84 anni

In Calabria il tasso standardizzato totale per il periodo 2001-2006 è pari a 35,1 casi ogni 100.000 abitanti così diviso 50,0 per gli uomini e 22,8 per le donne.

Tumore del Polmone

Il **cancro polmonare** è una delle neoplasie maligne più frequentemente diagnosticate nel mondo. In Italia, nel periodo 2001-2006, l'incidenza del tumore polmonare, è in riduzione rispetto al precedente periodo (1995-2000) ed è pari a 72 casi ogni 100.000 uomini e dimostra valori costanti per le donne pari a 14 casi ogni 100.000, ma vi sono preoccupanti segnali di incremento in alcune regioni.

In Calabria il tasso medio di incidenza per tumore del polmone per classe di età 0-84 anni ogni 100.000 abitanti nel periodo 2001-2006 è pari ad un tasso standardizzato del 28,8 casi diviso in 54,8 casi per gli uomini con una diminuzione dell'1,8% e del 6,2 casi per le donne con un incremento dello 0,1%.

Screening

Prosegue l'estensione nel territorio nazionale dell'attività di screening organizzato per i tumori femminili e per quelli del colon retto. A fronte di una maggiore diffusione nelle regione del Centro e del Nord Italia, le regione del sud si stanno attivando, anche sotto l'impulso della legge 138/2004 del CCM e al coordinamento del ONS.

Screening mammografico

L'attivazione di programmi di screening per tumore alla mammella è raccomandata in Italia con programmi organizzati su un invito attivo ed è richiesta nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza. Nel 2004 vi è stata una ulteriore espansione dei programmi di screening ed è stata pari al 68,7%. Questo significa che due donne su tre risiedono in un territorio in cui è stato attivato un programma di screening mammografico. Le donne che hanno realmente ricevuto un invito a partecipare al programma di screening mammografico hanno avuto un incremento pari a circa il 24%.

In Italia, nel 2004 la percentuale di donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni inseriti in un programma di screening mammografico mostra un'estensione teorica è pari a 68,7% con un incremento del 12,5% di cui l'estensione effettiva è pari a 51,1%.

Per la Calabria non è disponibile nessun dato



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Malattie infettive

Nel corso del XX secolo la scoperta di antibiotici sempre più attivi, la produzione di vaccini efficaci e l'applicazione di idonee misure di igiene ambientale hanno contrastato con grande efficacia un crescente numero di malattie infettive. La prevalenza di molte patologie infettive è gradualmente diminuita soprattutto nei paesi industrializzati. Questi successi hanno favorito la diffusione dell'idea che le malattie infettive siano state vinte. Ma questo concetto non è propriamente giusto se si pensa ai paesi sottosviluppati, e se si esamina che per alcune malattie (AIDS, EBOLA; SARS etc) sono aumentate le aspettative di vita, ma sono ancora causa di morte.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che entro il 2015 saranno disponibili ben 36 nuovi vaccini (ad esempio contro l'HIV o il virus C dell'epatite) o migliorati (ad esempio contro il virus B dell'epatite o la febbre tifoide).

Malattie infettive				
	Tasso di incidenza AIDS (per 100.000)		Tasso std di incidenza epatite A (per 100.000)	
	2004	2005	2003	2004
Calabria	2,92	0,90	0,74	1,19
Italia	2,85	1,80	3,33	4,25

Incidenza AIDS

In Italia, dal 1994 al 2005 sono stati notificati 32.996 casi di AIDS con un tasso di 1,8 nuovi casi ogni 100.000 abitanti. Per quanto riguarda i tassi di incidenza si è registrata una sensibile diminuzione a partire dal 1996/97 a livello di tutti gli ambiti regionali. Il trend coincide con l'ingresso in Italia di farmaci antiretrovirali che hanno ridotto il rischio di progressione in AIDS degli HIV positivi aumentando pertanto la quota dei soggetti sieropositivi.

In Calabria nel 2005 sono stati registrati 13 nuovi casi di AIDS con un tasso di incidenza pari a 0,9 nuovi casi ogni 100.000 abitanti.

Epatite A

L'epidemia in Italia viene considerata a basse endemia, nel 2004 il tasso di incidenza è stato di 4 casi ogni 100.000 abitanti.

In Calabria il tasso di incidenza di epatite A per l'anno 2004 è pari a 1,19 casi su 100.000 abitanti con un incremento dello 0,45% rispetto al 2003.

Tubercolosi

L'Italia è stata classificata come paese a bassa incidenza di tubercolosi. In base ai dati ricavati dalle notifiche obbligatorie nell'anno 2004, il tasso di incidenza di tubercolosi per gli uomini è pari a 8,70 casi per 100.000 residenti quasi il doppio rispetto a quello registrato per le donne (5,45 per 100.000 ab.)

In Calabria, nel 2004 il tasso standardizzato di incidenza per tubercolosi nei maschi è pari a 0,70 casi ogni 100.000 mentre per le donne è di 0,39 casi.

Dipendenze da sostanza

All'interno della popolazione italiana l'abuso di alcune sostanze illegali (principalmente eroina e cocaina) risulta correlato ad un aumentato rischio di mortalità. La classe d'età maggiormente toccata dal fenomeno consumo è 15-44 anni. A livello italiano si evidenzia un continuo decremento del tasso di mortalità dal 1996 al 2002; il calo



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



risulta particolarmente evidente tra il 1996 (6,31 morti ogni 100.000 ab) e il 1997 (4,71 morti) e tra il 2001 (3,42 morti) e il 2002 (2,17 morti). Si rileva poi un tasso costante fino a fine del 2003 con una successiva inversione di tendenza nel 2004 (2,50 morti) confermata nel 2005 con 2,52 morti.

In Calabria nel 2005 il tasso di mortalità per abuso di stupefacenti nella fascia di età compresa tra 15 e 44 anni è pari a 1,50 con un incremento dello 0,58% su 100.000 abitanti.

Salute materno-infantile

Gli indicatori della salute materno-infantile rappresentano un importante strumento per valutare lo stato di salute di una popolazione.

Abortività volontaria

I dati del 2003 con 124.118 di interruzioni di gravidanza volontarie (IVG) confermano la tendenza alla stabilizzazione del fenomeno, dopo un costante declino iniziato a partire dalla metà degli anni 80. Le regioni del Nord Ovest e del Centro presentano valori superiori alla media nazionale.

Il tasso standardizzato è di 9,2 casi ogni 1.000 donne, mentre il tasso più elevato si osserva nella classe 20-24 anni con 15,1. Questo dato può essere determinato in parte dall'ingresso delle donne straniere, prevalentemente giovani, presenti nel nostro paese che fanno ricorrenza alla IVG.

Osservando il fenomeno per lo stato civile, i livelli di abortività più elevati si osservano tra le persone separate, divorziate e vedove (22,2 per 1.000 nel 1993 e 24,3 nel 2003) che però numericamente costituiscono un gruppo più piccolo.

In Calabria, nel 2003, il tasso standardizzato delle interruzioni volontarie della gravidanza è pari a 6,64 casi ogni 1.000 donne.

Abortività spontanea

La normativa italiana definisce l'aborto spontaneo come l'interruzione spontanea della gravidanza entro il 180 giorno di gestazione.

Il trend del rapporto standardizzato mostra un debole andamento crescente fino alla metà degli anni '90, seguito da una fase di stabilizzazione. Le differenze territoriali sono abbastanza marcate: il Centro e il nord Est seguono l'andamento nazionale con valori più elevati della media, mentre il Mezzogiorno con valori inferiori. Tali andamenti possono essere spiegati in parte dalle differenze territoriali dell'età media del parto. L'aumento del rapporto di abortività spontanea può essere attribuibile a vari fattori, quali una diagnosi più precoce della gravidanza, una migliorata notifica dell'evento, l'innalzamento dell'età della madre al parto e in particolare al primo figlio, il ricorso a tecniche di procreazione medicalmente assistita o la diffusione di fattori ambientali e lavorativi che hanno un'influenza negativa sullo sviluppo del feto.

In Italia il rapporto standardizzato per rapporti di abortività spontanea nella classe 15-49 anni è pari a 127,6 donne gravide.

In Calabria il rapporto standardizzato per abortività spontanea nella classe di età 15-49 è pari a 113,8 donne gravide.

Parti cesarei

La proporzione dei parti cesarei ha subito negli ultimi decenni un costante incremento in molti paesi occidentali, ed in Italia in particolare sono stati raggiunti i valori più elevati al mondo.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Nel 2004 la proporzione dei parti cesarei a livello nazionale è di 38% sul totale.

In Calabria il totale dei parti cesarei nel 2004 è stato del 43,7% sul totale; con un aumento del 9,5% rispetto al 1998.

Incidenti stradali

Gli incidenti, sia domestici che stradali, rappresentano attualmente un problema emergente della Sanità pubblica in Italia.

Gli incidenti stradali nel nostro paese nel 2004 secondo le fonti della polizia di stato sono stati 224.553 di questi ci sono stati 5.625 decessi, con 316.630 feriti. La metà dei decessi avviene prima dei 41 anni d'età ed il 25% prima dei 23 anni.

In Calabria, nel 2004 gli incidenti registrati sono pari a 3.602 di cui 155 persone coinvolte sono decedute e 6.196 ferite.

Incidenti sul lavoro

L'inail definisce infortunio sul lavoro la conseguenza di una causa violenta ed esterna verificatasi in occasione del lavoro da cui deriva o la morte o un'inabilità temporanea che comporta l'astensione dal lavoro per oltre tre giorni.

In Italia, la media tra il 2002 e il 2005 di mortalità per infortuni sul lavoro in Italia ogni 100.000 abitanti è pari a 7,85 persone.

In Calabria, la media del tasso di mortalità per infortuni sul lavoro tra 2002 e 2005, è pari a 15,51 persone su 100.000.

Assistenza territoriale

Negli ultimi anni in Italia si è assistito ad un sostanziale mutamento nel profilo demografico e, di conseguenza, il bisogno socio-sanitario e la domanda emergente della popolazione è cambiata.

Il territorio non è più solo il luogo tradizionale di servizi ambulatoriali di medicina generale, di continuità assistenziale, delle attività distrettuali di tutela della salute collettive e delle strutture residenziali per anziani, ma è diventato anche la sede primaria di promozione della salute, di governo della domanda e dell'integrazione dell'assistenza ospedaliera con le cure primarie, la riabilitazione e di riflesso tutte le forme di assistenza destinate all'accompagnamento di anziani, malati cronici, disabili e più in generale soggetti fragili.

In Italia l'esperienza della domiciliarizzazione dell'assistenza, espressione di funzioni e attività proprie delle cure extraospedaliere è ricca e variegata. Le cure domiciliari includono l'assistenza infermieristica e riabilitativa domiciliare (ADI), l'assistenza programmata domiciliare (ADP) fornita da medici di medicina generale gli assistiti non deambulanti e le applicazioni della teleassistenza domiciliare nelle diverse forme di telecontrollo, telesoccorso o teleconsulto.

In Italia, nel 2004 i casi di assistenza domiciliare sono stati 373.424 ovvero 645 casi ogni 100.000 abitanti. Mentre l'assistenza domiciliare agli anziani è stata pari all'84,1% degli anziani residenti.

In Calabria, nel 2004 i casi di assistenza domiciliare sono stati 4.821 ovvero 240 casi ogni 100.000 abitanti. Mentre l'assistenza domiciliare agli anziani è stata pari all'85,2% degli anziani residenti.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Trapianti

Il trapianto di organi e tessuti, associato alla scoperta di nuovi farmaci che migliorano la tolleranza dell'organo trapiantato nel ricevente, è uno dei progressi più rilevanti nella cura di un grande numero di malattie per le quali non esistono cure alternative.

La promozione delle donazioni, dei trapianti e della valutazione di qualità dell'attività di trapianto organi, cellule staminali e tessuti sono obiettivi importanti del sistema sanitario.

I dati al 31/12/2005 dimostrano un aumento dell'attività di donazione e trapianto ottenuto nel nostro paese, nel giro di dieci anni l'Italia è passata dagli ultimi al secondo posto in Europa e al terzo nel mondo. Anche dal punto di vista qualitativo si registrano ottimi risultati.

In Italia, il tasso dei donatori effettivi per milione di popolazione al 31/12/05 era del 21.

In Calabria il tasso dei donatori effettivi per milione di popolazione al 31/12/05 era del 6,5.

Spesa sanitaria in rapporto al PIL e spesa sanitaria pubblica pro capite

L'analisi dell'assetto economico finanziario dei sistemi sanitari delle regioni italiane restituisce uno scenario particolarmente eterogeneo. L'attenzione è posta sui fabbisogni della spesa sanitaria a livello regionale e sui relativi disavanzi che, soprattutto in alcune regioni, stanno poetando all'accumularsi di debiti particolarmente ingenti e preoccupanti per la stabilità del sistema economico regionale. La presenza di disavanzi ha spinto molte regioni a trovare soluzioni finanziarie in grado di assicurare la necessaria liquidità per lo svolgimento delle operazioni correnti nell'ambito delle aziende sanitarie.

Il rapporto tra spesa e PIL dovrebbe identificare la disponibilità a spendere per l'assistenza sanitaria di una regione in relazione alle proprie disponibilità in termini di reddito.

La spesa sanitaria pubblica corrente in rapporto al PIL negli anni 2002-2003 ha subito un decremento dello 0,32%.

La spesa pro capite delle regioni italiane mostra una significativa variabilità tra il 2003 e il 2005 con un notevole incremento negli ultimi anni soprattutto a favore delle regioni meridionali.

La spesa sanitaria dell'Italia in rapporto al PIL negli anni 2002-2003 ha subito un decremento dello 0,32%, mentre la spesa sanitaria pubblica pro capite è pari a 1.621euro.

La spesa sanitaria della Calabria in rapporto al PIL negli anni 2002-2003 ha subito un decremento del 5,61%, mentre la spesa sanitaria pubblica pro capite è pari a 1.404 euro.

Assetto economico-finanziario

	Spesa sanitaria pubblica pro capite (in €)		Disavanzo sanitario pubblico pro capite (in €)		Utile o perdita media di esercizio pro capite delle Asl (in €)	
	2004	2005	2003	2004	2003	2004
Calabria	1.376	1.404	-5,76	83,88	-3,95	-11,72
Italia	1.548	1.621	39,09	105,60	-73,21	-44,07



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Spesa sanitaria per livelli essenziali di assistenza LEA

In Italia, con l'Accordo Stato-Regioni, sottoscritto il 22/11/2001 sono stati definiti i livelli essenziali di assistenza (LEA); questi rappresentano le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o in compartecipazione, grazie alle risorse raccolte attraverso il sistema fiscale. La ripartizione dei costi per livelli essenziali di assistenza è relativa all'anno 2003. I macrolivelli che assorbono le maggiori risorse sono l'assistenza ospedaliera che rappresenta il 48,4% dei costi totali e il 47,7% dei costi dell'assistenza distrettuale.

A livello regionale i costi per l'assistenza ospedaliera della Calabria sono pari al 49,2% dei costi totali mentre per l'assistenza distrettuale sono pari a 46,1%.

Disavanzo sanitario pubblico procapite

Il disavanzo sanitario pubblico misura la differenza tra quanto è stato speso e quanto è stato ricevuto come finanziamento. È un indicatore della sostenibilità del processo di devoluzione regionale: disavanzi che tendono strutturalmente ad accentuarsi nel tempo indica la presenza di un problema nella gestione federalista della sanità, mentre peggioramenti a livello di singole regioni indicano un probabile problema gestionale.

In Italia il disavanzo sanitario pubblico procapite nel 2005 è pari a 78,29 € con una variazione assoluta di +55,40.

In Calabria il disavanzo sanitario pubblico procapite nel 2005 è pari a 26,65 € con una variazione assoluta di +10,83.

Ticket

Il ticket farmaceutico rappresenta il contributo che il paziente deve pagare per ottenere farmaci rimborsati dal SSN.

L'indicatore permette di avere una visione d'insieme dell'utilizzo del ticket farmaceutico, evidenziandone, anche alcune caratteristiche, stabilite attraverso la normativa regionale di riferimento. L'utilizzo di questa leva finanziaria dovrebbe servire a frenare la crescita della spesa farmaceutica, che è spesso viziata dalla tendenza ad acquistare farmaci in quantità superiore ai bisogni effettivi.

La differenza tra Regione e Regione nell'applicazione del ticket, in termini di spesa farmaceutica pro capite, non sembrerebbe evidenziare solo una scelta di natura economico-finanziaria pura, ma una scelta legata alle difficoltà di bilancio e alla mancanza di utilizzo di altri strumenti più idonei a raggiungere il contenimento della spesa farmaceutica.

Nel 2005 il totale della compartecipazione richiesta ai cittadini è stato pari a 515 milioni di euro, corrispondenti al 3,8% della spesa lorda complessiva, in riduzione rispetto al 2004 ed al 2003.

L'incidenza del ticket sulla spesa lorda in Italia è stata pari a 8,9€ corrispondente al 3,8% della spesa farmaceutica pro capite.

La Calabria ha una spesa farmaceutica lorda di 10,1€ corrispondente al 3,6% della spesa farmaceutica pro capite.

Rating

Il rating è una valutazione, fornita da parte di un'agenzia privata specializzata, del merito di credito di un soggetto emittente obbligazioni sui mercati finanziari internazionali. È un indicatore della capacità del soggetto di far fronte puntualmente al



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



servizio del debito. Il rating assume rilevanza in quanto fornisce agli operatori finanziari un'informazione omogenea sul grado di rischio degli emittenti e riveste una grande importanza per tutti gli investitori che non sono adeguatamente attrezzati per un'analisi autonoma del rischio di credito.

La scala internazionale che esprime il giudizio di rating è formata dalla combinazione di più lettere in cui la lettera A è utilizzata per esprimere il giudizio più elevato e la lettera C il giudizio più basso. Le regioni italiane hanno valori di rating piuttosto differenti si passa dalla AA della Lombardia alla A3- della Campania.

Le tre maggiori agenzie sono Standard and Poor's, Moody's e Fitch Rating che forniscono una gamma completa di valutazione, differente sia per tipologia dell'emittente che per strumento finanziario.

Le tre principali agenzie hanno dato tre differenti valutazioni per ogni regione italiana, mentre allo Stato Italiano la Fitch ha dato: AA-, Moody's Aa2, e S&P A+

La Calabria ha avuto una valutazione da parte di Fitch pari a A+, Moody's attribuisce A2 e S&P non attribuisce valori.



COMUNICATO STAMPA

ROMA, 15 FEBBRAIO 2007

Emilia Romagna: la Regione a più alta "immunizzazione sociale"

Molto importante l'impegno della Regione Emilia Romagna sul fronte della prevenzione e degli stili di vita. In questa regione nel 2003 si registrano: la più alta percentuale di ex-fumatori pari al 24,7 a fronte della percentuale nazionale che è del 21,3; la più elevata percentuale di copertura vaccinale per morbillo, parotite e rosolia che è del 92,9 mentre in Italia è dell'88,3; elevate tutte le percentuali di copertura vaccinale ma ancora ai vertici quella per l'influenza nella popolazione anziana pari al 75,1 rispetto al 68,3 (dati 2005-2006); importanti le attività di screening mammografico che negli anni 2003-2004 ha raggiunto un'estensione effettiva del 92,8% a fronte del 51,1 del dato nazionale, e sono stati attivati lo screening per il collo dell'utero e quello per il tumore del colon retto, quest'ultimo non attivo in tutte le regioni.

Sono i dati che emergono dal **Rapporto Osservasalute 2006**, un'approfondita analisi dello stato di salute della popolazione e della qualità dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane, pubblicato oggi dall'**Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane** e frutto del lavoro di **oltre 200 ricercatori distribuiti su tutto il territorio italiano**, che operano presso Università, Agenzie regionali e provinciali di sanità, Assessorati regionali e provinciali, Aziende ospedaliere ed Aziende sanitarie, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale Tumori, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Ministero della Salute, Istat.

Sopravvivenza e mortalità

	Speranza di vita alla nascita				Speranza di vita a 65 anni				Speranza di vita a 75 anni			
	2003		2004		2003		2004		2003		2004	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Emilia-Romagna	77,1	82,9	78,0	83,9	17,2	21,1	17,8	21,9	10,6	13,1	11,1	13,8
Italia	76,9	82,6	77,7	83,7	16,8	20,5	17,4	21,4	10,3	12,6	10,7	13,3

L'Italia è tra i paesi più longevi al mondo, tanto per gli uomini quanto per le donne. I livelli di sopravvivenza così elevati sono frutto dei continui progressi in medicina e delle migliori condizioni di vita della popolazione che hanno contribuito a ridurre notevolmente i rischi di morte a tutte le età della vita.

Al 2004, la speranza di vita alla nascita, mostra l'ormai noto vantaggio delle donne rispetto agli uomini, con un'aspettativa di vita mediamente di 6 anni più elevata per le prime rispetto ai secondi (**83,7 anni per le donne con un aumento di un anno rispetto al 2003 contro i 77,7 per gli uomini pari a 0,8 anni rispetto al 2003**).



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



In Emilia Romagna nel 2004 la speranza di vita alla nascita per gli uomini è pari a 78 anni e le donne 83,9; mentre la speranza di vita tra i 65 e i 75 anni è pari a 17,8 anni per gli uomini e 21,9 anni per le donne; a 75 anni la speranza di vita per gli uomini è pari a 11,1 anni e 13,8 anni per le donne.

Nel 2004, ultimo anno in cui è disponibile una stima della mortalità per causa di decesso, il tasso di mortalità standardizzato oltre l'anno di vita è risultato pari a **92,96** per 10.000 uomini e a **53,93** per 10.000 donne.

In Emilia Romagna il tasso di mortalità per gli uomini è pari a 90,85 su 10.000 uomini e a 52,63 su 10.000 donne.

Tra le cause di morte, le maggiori responsabili dell'aumento del rischio di morte degli uomini, tra il 2002 e il 2003 sono state le malattie cardio-respiratorie: quasi tutte le regioni hanno assistito ad un incremento nel rischio di morte per tale causa in Italia, su 10.000 abitanti il tasso di mortalità per gli uomini è pari a 6,83 e per le donne è pari a 2,43.

In Emilia Romagna il tasso di mortalità dovuto a malattie per l'apparato respiratorio su 10.000 abitanti è pari a 6,16 per gli uomini con un decremento rispetto al 2003 dell'1,49% e 2,63 per le donne con un decremento dello 0,59%.

Per alcune regioni le malattie del sistema circolatorio hanno avuto un forte impatto sull'incidenza del tasso di mortalità, che per gli uomini è pari al 34,34 su 10.000 abitanti con un decremento del 3,78% e per le donne è pari a 22,16 con un decremento del 3,34%.

In Emilia Romagna tale tasso è pari a 33,27 per gli uomini con un decremento del 3,54% e per le donne è pari al 20,58 con un decremento del 2,48%.

Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione

Fattori di rischio e stili di vita								
	Prevalenza di fumatori di 14 anni e oltre		% persone obese		% persone in sovrappeso		Prevalenza consumatori bevande alcoliche di 11 anni e oltre	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2003	
							M	F
Emilia-Romagna	26,7	25,8	8,7	10,3	33,2	33,5	86,2	66,6
Italia	23,7	25,0	8,5	9,0	33,5	33,6	84,7	59,8

Il fumo

La lotta al tabagismo rappresenta uno degli obiettivi prioritari delle politiche sanitarie; la prevalenza di fumatori permette di misurare il fenomeno e programmare interventi finalizzati al suo contenimento nella popolazione. I dati rilevati nell'ambito dell'Indagine Multiscopo sulle famiglie Stili di vita e condizioni di salute nell'anno 2005, mostrano che l'abitudine al fumo riguarda circa il 25% della popolazione italiana, la prevalenza dei non fumatori e degli ex fumatori è rispettivamente di circa 53% ed il 21,3%. Inoltre si osserva un decremento significativo della percentuale di fumatrici (dal 17,4% al 15,8%) .



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



In Italia la percentuale di fumatori è pari a 25% della popolazione residente, mentre gli ex fumatori sono il 21,3% e i non fumatori il 53%.

In Emilia Romagna la percentuale di fumatori è pari a 25,8% della popolazione residente, mentre gli ex fumatori sono il 24,7% e i non fumatori il 48,6%.

Sovrappeso e obesità

L'epidemia di obesità si sta rapidamente diffondendo: nel mondo circa 300 milioni di individui sono obesi, il tasso di incidenza è in continuo ed allarmante aumento e si stima che nel 2010 circa 150 milioni di adulti saranno affetti da questo problema.

Solo poco più della metà della popolazione italiana è in normopeso: il 42,6% è in eccesso ponderale. Nel confronto temporale tra il 2002 e il 2003 il dato relativo all'obesità presenta un aumento da 8,5% a 9%.

In Italia la prevalenza di persone di 18 anni e oltre in sovrappeso è 33,6% della popolazione totale, mentre quelle in sovrappeso sono pari a 9,0%.

In Emilia Romagna la prevalenza di persone di 18 anni e oltre in sovrappeso è 33,5% della popolazione totale, mentre quelle in sovrappeso sono pari a 10,3%.

Ambiente

L'inquinamento da polveri fini (PM₁₀), originato sia da sorgenti naturali che antropiche, provoca effetti sulla salute a breve, medio e lungo termine dovuti ad una compromissione dell'apparato respiratorio con danni acuti e cronico degenerativi.

L'incremento delle concentrazioni sembrerebbe essere accentuato durante i mesi invernali. L'analisi dei dati relativi alla "media annua delle concentrazioni medie giornaliere delle polveri fini" mostrerebbe che quattro regioni (Veneto, Marche, Lombardia e Valle d'Aosta) superano il valore limite. Un esame disaggregato dei dati derivanti da 76 comuni dimostra che in 31 comuni almeno una centralina ha registrato un valore medio annuo superiore al limite di riferimento.

La media annua delle concentrazioni medie giornaliere delle PM₁₀ è pari a 33.

In Italia la media annua delle concentrazioni medie giornaliere delle PM₁₀ è pari a 33, sono presenti 10 stazioni per ogni 382.397 abitanti e il limite è stato superato con una media di 53 giorni.

Nel 2004 in Emilia Romagna la media annua delle concentrazioni giornaliere delle PM₁₀ è pari a 38 con una diminuzione rispetto alle concentrazioni del 2003, sono presenti 28 stazioni per il rilevamento delle PM₁₀, il cui limite è stato superato per circa 73 giorni.

Ambiente				
	Media annua delle concentrazioni medie giornaliere di PM10		N° medio gg di superamento limite delle concentrazioni medie giornaliere	
	2003	2004	2003	2004
Emilia-Romagna	41	38	83	73
Italia	41	33	80	53



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Salute immigrati

All'inizio del 2006 gli immigrati presenti regolarmente in Italia erano 3.035.000 secondo la stima dell'Equipe del Dossier statistico Immigrazione Catitas/Migrantes. Ai dati ufficiali vanno aggiunti coloro che sono presenti irregolarmente e quindi complessivamente si può indicare la presenza di circa 3.500.000 persone.

Come conseguenza dell'aumento del fenomeno migratorio si è osservato in Italia un incremento nel tempo delle nascite da cittadini stranieri.

In Italia i nati vivi con almeno uno dei genitori cittadino straniero sono pari a 65.062 bambini, con una prevalenza di entrambi i genitori stranieri (46.598).

In Emilia Romagna i nati vivi con almeno un cittadino straniero sono pari a 7.317 bambini di cui 5.556 hanno entrambi i genitori stranieri.

Negli ultimi anni si è evidenziato un incremento del numero di interruzioni volontarie di gravidanza (38.364) da parte di donne straniere immigrate in Italia. La maggior parte delle donne straniere che abortisce in Italia sono donne nate nell'Est Europa (17.350 interruzioni di gravidanza), ma anche in paesi del Centro-Sud America (7.090), dell'Africa (6.169) e dell'Asia (3.865).

In Emilia Romagna il totale delle interruzioni di gravidanza da parte di donne immigrate nel nostro paese è pari a 6.994.

Nel decennio di osservazione (1992-2002) l'ammontare complessivo dei decessi tra gli stranieri oltre il primo anno di vita in Italia supera le 32.000 unità con un andamento crescente che mostra negli anni delle forti correlazioni con il processo legislativo delle regolarizzazioni della popolazione straniera.

Il tasso standardizzato di mortalità per 10.000 stranieri residenti in Italia è pari a 20,03.

In Emilia Romagna il tasso standardizzato di mortalità per 10.000 stranieri residenti è pari a 17.54.

Tumori

A seguito della crisi del 2003, i tumori maligni dello stomaco mantengono un andamento piuttosto stabile, nel 2004 il tasso standardizzato è pari a 2,2 per 10.000 uomini e a 1,1 per le donne come pure i tumori maligni del colon, retto e ano (3,2 uomini e 1,9 donne ogni 10.000); continuano a ridursi i tumori maligni di trachea, bronchi e polmoni per gli uomini (8,7 per 10.000 ab.) ma continuano ad aumentare quelli delle donne (1,8 per 10.000 ab. pari ad un aumento dello 0,12%).

Secondo i dati osservati dai Registri Tumore di popolazione emerge che i tumori più frequenti tra gli uomini sono il tumore della prostata, del polmone e del colon-retto mentre tra le donne sono il tumore della mammella, del colon-retto e del polmone.

Il rischio oncologico delle regioni del Sud è stato sempre stimato essere più basso di quello delle regioni del Nord anche se negli ultimi anni questa differenza si è ridotta notevolmente.

I tassi di incidenza delle donne invece sono in aumento in tutte le regioni, ma la crescita sembra sempre più accentuata in alcune regioni del sud.

In Italia, nel periodo che va dal 2001 al 2006 il tasso medio di incidenza di tutti i tumori per 100.000 abitanti è pari a 304,5.

In Emilia Romagna, nel periodo che va da 2001 al 2006 il tasso medio di incidenza di tutti i tumori per 100.000 abitanti è pari a 319,2.

Tumore alla mammella

Il tumore alla mammella è il tumore più frequente nelle donne dei paesi occidentali, per le quali il rischio di ammalarsi nel corso della vita giunge fino al 10-11%.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



L'incidenza del tumore alla mammella in Italia nel quinquennio 2001-2006 rispetto al precedente 1995-2000 è in lieve aumento. I tassi di incidenza del tumore alla mammella sono in aumento in tutte le regioni italiane, presumibilmente in associazione con la diffusione dei programmi di screening organizzati e dell'aumentata attenzione a controlli in fase preclinica. Il tasso di incidenza del tumore alla mammella nelle donne è pari a 92,6 su 100.000 abitanti con un aumento del 1,5%

In Italia, il tasso di incidenza del tumore alla mammella nelle donne è pari a 92,6 su 100.000 abitanti con un aumento del 1,5%

In Emilia Romagna, nel periodo 2001-2006 questo tasso è pari a 119,3 con un incremento del 6,9% delle donne rispetto al quinquennio precedente.

Tumore del colon retto

In Europa il timore del colon retto è la seconda neoplasia più comune in entrambi i sessi. In Italia l'incidenza del tumore del colon-retto 1995-2000 verso 2001-2006 è complessivamente in aumento, a causa del trend di crescita negli uomini (da 60 a 66 casi per 100.000); l'aumento dei tassi si verifica in tutte le fasce d'età, ma è più evidente nella fascia tra 75-84 anni

In Emilia Romagna il tasso standardizzato totale per il periodo 2001-2006 è pari a 54.4 casi ogni 100.000 abitanti così diviso 72,1 per gli uomini e 39,9 per le donne.

Tumore del Polmone

Il **cancro polmonare** è una delle neoplasie maligne più frequentemente diagnosticate nel mondo. In Italia, nel periodo 2001-2006, l'incidenza del tumore polmonare, è in riduzione rispetto al precedente periodo (1995-2000) ed è pari a 72 casi ogni 100.000 uomini e dimostra valori costanti per le donne pari a 14 casi ogni 100.000, ma vi sono preoccupanti segnali di incremento in alcune regioni.

In Emilia Romagna il tasso medio di incidenza per tumore del polmone per classe di età 0-84 anni ogni 100.000 abitanti nel periodo 2001-2006 è pari ad un tasso standardizzato del 39,1 casi diviso in 65.6 casi per gli uomini con una diminuzione del 17,4% e del 17,2 casi per le donne con un incremento dell'1,1%.

Screening

Prosegue l'estensione nel territorio nazionale dell'attività di screening organizzato per i tumori femminili e per quelli del colon retto. A fronte di una maggiore diffusione nelle regione del Centro e del Nord Italia, le regione del sud si stanno attivando, anche sotto l'impulso della legge 138/2004 del CCM e al coordinamento del ONS.

Screening mammografico

L'attivazione di programmi di screening per tumore alla mammella è raccomandata in Italia con programmi organizzati su un invito attivo ed è richiesta nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza. Nel 2004 vi è stata una ulteriore espansione dei programmi di screening ed è stata pari al 68,7%. Questo significa che due donne su tre risiedono in un territorio in cui è stato attivato un programma di screening mammografico. Le donne che hanno realmente ricevuto un invito a partecipare al programma di screening mammografico hanno avuto un incremento pari a circa il 24%.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



In Italia, nel 2004 la percentuale di donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni inseriti in un programma di screening mammografico mostra un'estensione teorica è pari a 68,7% con un incremento del 12,5% di cui l'estensione effettiva è pari a 51,1%.

In Emilia Romagna, nel 2004 la percentuale di donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni inseriti in un programma di screening mammografico mostra un'estensione teorica è pari al 100% pari a quella del 2003 di cui l'estensione effettiva è pari a 92,8%.

Malattie infettive

Nel corso del XX secolo la scoperta di antibiotici sempre più attivi, la produzione di vaccini efficaci e l'applicazione di idonee misure di igiene ambientale hanno contrastato con grande efficacia un crescente numero di malattie infettive. La prevalenza di molte patologie infettive è gradualmente diminuita soprattutto nei paesi industrializzati. Questi successi hanno favorito la diffusione dell'idea che le malattie infettive siano state vinte. Ma questo concetto non è propriamente giusto se si pensa ai paesi sottosviluppati, e se si esamina che per alcune malattie (AIDS, EBOLA; SARS etc) sono aumentate le aspettative di vita, ma sono ancora causa di morte.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che entro il 2015 saranno disponibili ben 36 nuovi vaccini (ad esempio contro l'HIV o il virus C dell'epatite) o migliorati (ad esempio contro il virus B dell'epatite o la febbre tifoide).

Malattie infettive				
	Tasso di incidenza AIDS (per 100.000)		Tasso std di incidenza epatite A (per 100.000)	
	2004	2005	2003	2004
Emilia-Romagna	3,07	3,50	4,70	2,47
Italia	2,85	1,80	3,33	4,25

Incidenza AIDS

In Italia, dal 1994 al 2005 sono stati notificati 32.996 casi di AIDS con un tasso di incidenza di 1,8 nuovi casi ogni 100.000 abitanti. Per quanto riguarda i tassi di incidenza si è registrata una sensibile diminuzione a partire dal 1996/97 a livello di tutti gli ambiti regionali. Il trend coincide con l'ingresso in Italia di farmaci antiretrovirali che hanno ridotto il rischio di progressione in AIDS degli HIV positivi aumentando pertanto la quota dei soggetti sieropositivi.

In Emilia Romagna nel 2005 sono stati registrati 111 nuovi casi di AIDS con un tasso di incidenza pari a 3,5 nuovi casi ogni 100.000 abitanti.

Epatite A

L'epidemia in Italia viene considerata a basse endemia, nel 2004 il tasso di incidenza è stato di 4 casi ogni 100.000 abitanti.

In Emilia Romagna il tasso di incidenza di epatite A per l'anno 2004 è pari a 2,47 casi su 100.000 abitanti con una diminuzione del 2,23% rispetto al 2003.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Tubercolosi

L'Italia è stata classificata come paese a bassa incidenza di tubercolosi. In base ai dati ricavati dalle notifiche obbligatorie nell'anno 2004, il tasso di incidenza di tubercolosi per gli uomini è pari a 8,70 casi per 100.000 residenti quasi il doppio rispetto a quello registrato per le donne (5,45 per 100.000 ab.)

In Emilia Romagna nel 2004 il tasso standardizzato di incidenza per tubercolosi nei maschi è pari a 12,32 casi ogni 100.000 mentre per le donne è di 8,29 casi.

Dipendenze da sostanza

All'interno della popolazione italiana l'abuso di alcune sostanze illegali (principalmente eroina e cocaina) risulta correlato ad un aumentato rischio di mortalità. La classe d'età maggiormente toccata dal fenomeno consumo è 15-44 anni. A livello italiano si evidenzia un continuo decremento del tasso di mortalità dal 1996 al 2002; il calo risulta particolarmente evidente tra il 1996 (6,31 morti ogni 100.000 ab) e il 1997 (4,71 morti) e tra il 2001 (3,42 morti) e il 2002 (2,17 morti). Si rileva poi un tasso costante fino a fine del 2003 con una successiva inversione di tendenza nel 2004 (2,50 morti) confermata nel 2005 con 2,52 morti.

In Emilia Romagna nel 2005 il tasso di mortalità per abuso di stupefacenti nella fascia di età compresa tra 15 e 44 anni è pari a 2,09 con un decremento dello 0,29% su 100.000 abitanti.

Salute materno-infantile

Gli indicatori della salute materno-infantile rappresentano un importante strumento per valutare lo stato di salute di una popolazione.

Abortività volontaria

I dati del 2003 con 124.118 di interruzioni di gravidanza volontarie (IVG) confermano la tendenza alla stabilizzazione del fenomeno, dopo un costante declino iniziato a partire dalla metà degli anni 80. Le regioni del Nord Ovest e del Centro presentano valori superiori alla media nazionale.

Il tasso standardizzato è di 9,2 casi ogni 1.000 donne, mentre il tasso più elevato si osserva nella classe 20-24 anni con 15,1. Questo dato può essere determinato in parte dall'ingresso delle donne straniere, prevalentemente giovani, presenti nel nostro paese che fanno ricorrenza alla IVG.

Osservando il fenomeno per lo stato civile, i livelli di abortività più elevati si osservano tra le persone separate, divorziate e vedove (22,2 per 1.000 nel 1993 e 24,3 nel 2003) che però numericamente costituiscono un gruppo più piccolo.

In Emilia Romagna, nel 2003, il tasso standardizzato delle interruzioni volontarie della gravidanza è pari al 10,96 casi ogni 1.000 donne.

Abortività spontanea

La normativa italiana definisce l'aborto spontaneo come l'interruzione spontanea della gravidanza entro il 180 giorno di gestazione.

Il trend del rapporto standardizzato mostra un debole andamento crescente fino alla metà degli anni '90, seguito da una fase di stabilizzazione. Le differenze territoriali sono abbastanza marcate: il Centro e il nord Est seguono l'andamento nazionale con valori più elevati della media, mentre il Mezzogiorno con valori inferiori. Tali andamenti possono essere spiegati in parte dalle differenze territoriali dell'età media



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



del parto. L'aumento del rapporto di abortività spontanea può essere attribuibile a vari fattori, quali una diagnosi più precoce della gravidanza, una migliorata notifica dell'evento, l'innalzamento dell'età della madre al parto e in particolare al primo figlio, il ricorso a tecniche di procreazione medicalmente assistita o la diffusione di fattori ambientali e lavorativi che hanno un'influenza negativa sullo sviluppo del feto.

In Italia il rapporto standardizzato per rapporti di abortività spontanea nella classe 15-49 anni è pari a 127,6 donne gravide.

In Emilia Romagna il rapporto standardizzato per abortività spontanea nella classe di età 15-49 è pari a 137,4 donne gravide.

Parti cesarei

La proporzione dei parti cesarei ha subito negli ultimi decenni un costante incremento in molti paesi occidentali, ed in Italia in particolare sono stati raggiunti i valori più elevati al mondo.

Nel 2004 la proporzione dei parti cesarei a livello nazionale è di 38% sul totale.

In Emilia Romagna il totale dei parti cesarei nel 2004 è stato del 31,2% sul totale; con un aumento del 1,9% rispetto al 1998.

Incidenti stradali

Gli incidenti, sia domestici che stradali, rappresentano attualmente un problema emergente della Sanità pubblica in Italia.

Gli incidenti stradali nel nostro paese nel 2004 secondo le fonti della polizia di stato sono stati 224.553 di questi ci sono stati 5.625 decessi, con 316.630 feriti. La metà dei decessi avviene prima dei 41 anni d'età ed il 25% prima dei 23 anni.

In Emilia Romagna, nel 2004 gli incidenti registrati sono pari a 23.531 di cui 596 persone coinvolte sono decedute e 32.414 ferite.

Incidenti sul lavoro

L'inail definisce infortunio sul lavoro la conseguenza di una causa violenta ed esterna verificatasi in occasione del lavoro da cui deriva o la morte o un'inabilità temporanea che comporta l'astensione dal lavoro per oltre tre giorni. La media tra il 2002 e il 2005 di mortalità per infortuni sul lavoro in Italia ogni 100.000 abitanti è pari a 7,85 persone.

In Emilia Romagna, la media del tasso di mortalità per infortuni sul lavoro tra 2002 e 2005, è pari a 9,45 persone su 100.000.

Assistenza territoriale

Negli ultimi anni in Italia si è assistito ad un sostanziale mutamento nel profilo demografico e, di conseguenza, il bisogno socio-sanitario e la domanda emergente della popolazione è cambiata.

Il territorio non è più solo il luogo tradizionale di servizi ambulatoriali di medicina generale, di continuità assistenziale, delle attività distrettuali di tutela della salute collettive e delle strutture residenziali per anziani, ma è diventato anche la sede primaria di promozione della salute, di governo della domanda e dell'integrazione dell'assistenza ospedaliera con le cure primarie, la riabilitazione e di riflesso tutte le forme di assistenza destinate all'accompagnamento di anziani, malati cronici, disabili e più in generale soggetti fragili.

In Italia l'esperienza della domiciliarizzazione dell'assistenza, espressione di funzioni e attività proprie delle cure extraospedaliere è ricca e variegata cure domiciliari



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



includono l'assistenza infermieristica e riabilitativa domiciliare (ADI), l'assistenza programmata domiciliare (ADP) fornita da medici di medicina generale gli assistiti non deambulanti e le applicazioni della teleassistenza domiciliare nelle diverse forme di telecontrollo, telesoccorso o teleconsulto.

In Italia, nel 2004 i casi di assistenza domiciliare sono stati 373.424 ovvero 645 casi ogni 100.000 abitanti. Mentre l'assistenza domiciliare agli anziani è stata pari all'84,1% degli anziani residenti.

In Emilia Romagna, nel 2004 i casi di assistenza domiciliare sono stati 52.382 ovvero 1.284 casi ogni 100.000 abitanti. Mentre l'assistenza domiciliare agli anziani è stata pari all'88,0% degli anziani residenti.

Trapianti

Il trapianto di organi e tessuti, associato alla scoperta di nuovi farmaci che migliorano la tolleranza dell'organo trapiantato nel ricevente, è uno dei progressi più rilevanti nella cura di un grande numero di malattie per le quali non esistono cure alternative.

La promozione delle donazioni, dei trapianti e della valutazione di qualità dell'attività di trapianto organi, cellule staminali e tessuti sono obiettivi importanti del sistema sanitario.

I dati al 31/12/2005 dimostrano un aumento dell'attività di donazione e trapianto ottenuto nel nostro paese, nel giro di dieci anni l'Italia è passata dagli ultimi al secondo posto in Europa e al terzo nel mondo. Anche dal punto di vista qualitativo si registrano ottimi risultati.

In Italia, il tasso dei donatori effettivi per milione di popolazione al 31/12/05 era di 21.

In Emilia Romagna il tasso dei donatori effettivi per milione di popolazione al 31/12/05 era di 36,4.

Spesa sanitaria in rapporto al PIL e spesa sanitaria pubblica pro capite

L'analisi dell'assetto economico finanziario dei sistemi sanitari delle regioni italiane restituisce uno scenario particolarmente eterogeneo. L'attenzione è posta sui fabbisogni della spesa sanitaria a livello regionale e sui relativi disavanzi che, soprattutto in alcune regioni, stanno portando all'accumularsi di debiti particolarmente ingenti e preoccupanti per la stabilità del sistema economico regionale. La presenza di disavanzi ha spinto molte regioni a trovare soluzioni finanziarie in grado di assicurare la necessaria liquidità per lo svolgimento delle operazioni correnti nell'ambito delle aziende sanitarie.

Il rapporto tra spesa e PIL dovrebbe identificare la disponibilità a spendere per l'assistenza sanitaria di una regione in relazione alle proprie disponibilità in termini di reddito.

La spesa sanitaria pubblica corrente in rapporto al PIL negli anni 2002-2003 ha subito un decremento dello 0,32%.

La spesa pro capite delle regioni italiane mostra una significativa variabilità tra il 2003 e il 2005 con un notevole incremento negli ultimi anni soprattutto a favore delle regioni meridionali.

La spesa sanitaria dell'Italia in rapporto al PIL negli anni 2002-2003 ha subito un decremento dello 0,32%, mentre la spesa sanitaria pubblica pro capite è pari a 1.621euro.

La spesa sanitaria dell' Emilia Romagna in rapporto al PIL negli anni 2002-2003 ha subito un aumento dell'1,36%, mentre la spesa sanitaria pubblica pro capite è pari a 1.686euro.



Assetto economico-finanziario						
	Spesa sanitaria pubblica pro capite (in €)		Disavanzo sanitario pubblico pro capite (in €)		Utile o perdita media di esercizio pro capite delle Asl (in €)	
	2004	2005	2003	2004	2003	2004
Emilia-Romagna	1.630	1.686	9,86	92,35	-45,01	-116,45
Italia	1.548	1.621	39,09	105,60	-73,21	-44,07

Spesa sanitaria per livelli essenziali di assistenza LEA

In Italia, con l'Accordo Stato-Regioni, sottoscritto il 22/11/2001 sono stati definiti i livelli essenziali di assistenza (LEA); questi rappresentano le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o in compartecipazione, grazie alle risorse raccolte attraverso il sistema fiscale. La ripartizione dei costi per livelli essenziali di assistenza è relativa all'anno 2003. I macrolivelli che assorbono le maggiori risorse sono l'assistenza ospedaliera che rappresenta il 48,4% dei costi totali e il 47,7% dei costi dell'assistenza distrettuale.

A livello regionale i costi per l'assistenza ospedaliera dell'Emilia Romagna sono pari al 46,4% dei costi totali mentre per l'assistenza distrettuale sono pari a 49,3%.

Disavanzo sanitario pubblico procapite

Il disavanzo sanitario pubblico misura la differenza tra quanto è stato speso e quanto è stato ricevuto come finanziamento. È un indicatore della sostenibilità del processo di devoluzione regionale: disavanzi che tendono strutturalmente ad accentuarsi nel tempo indica la presenza di un problema nella gestione federalista della sanità, mentre peggioramenti a livello di singole regioni indicano un probabile problema gestionale.

In Italia il disavanzo sanitario pubblico procapite nel 2005 è pari a 78,29 € con una variazione assoluta di +55,40.

In Emilia Romagna il disavanzo sanitario pubblico procapite nel 2005 è pari a - 6,31€ con una variazione assoluta di +79,92.

Ticket

Il ticket farmaceutico rappresenta il contributo che il paziente deve pagare per ottenere farmaci rimborsati dal SSN.

L'indicatore permette di avere una visione d'insieme dell'utilizzo del ticket farmaceutico, evidenziandone, anche alcune caratteristiche, stabilite attraverso la normativa regionale di riferimento. L'utilizzo di questa leva finanziaria dovrebbe servire a frenare la crescita della spesa farmaceutica, che è spesso viziata dalla tendenza ad acquistare farmaci in quantità superiore ai bisogni effettivi.

La differenza tra Regione e Regione nell'applicazione del ticket, in termini di spesa farmaceutica pro capite, non sembrerebbe evidenziare solo una scelta di natura economico-finanziaria pura, ma una scelta legata alle difficoltà di bilancio e alla mancanza di utilizzo di altri strumenti più idonei a raggiungere il contenimento della spesa farmaceutica.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Nel 2005 il totale della compartecipazione richiesta ai cittadini è stato pari a 515 milioni di euro, corrispondenti al 3,8% della spesa lorda complessiva, in riduzione rispetto al 2004 ed al 2003.

L'incidenza del ticket sulla spesa lorda in Italia è stata pari a 8,9€ corrispondente al 3,8% della spesa farmaceutica pro capite.

L'Emilia Romagna ha una spesa farmaceutica lorda di 1,7€ corrispondente allo 0.9% della spesa farmaceutica pro capite.

Rating

Il rating è una valutazione, fornita da parte di un'agenzia privata specializzata, del merito di credito di un soggetto emittente obbligazioni sui mercati finanziari internazionali. È un indicatore della capacità del soggetto di far fronte puntualmente al servizio del debito. Il rating assume rilevanza in quanto fornisce agli operatori finanziari un'informazione omogenea sul grado di rischio degli emittenti e riveste una grande importanza per tutti gli investitori che non sono adeguatamente attrezzati per un'analisi autonoma del rischio di credito.

La scala internazionale che esprime il giudizio di rating è formata dalla combinazione di più lettere in cui la lettera A è utilizzata per esprimere il giudizio più elevato e la lettera C il giudizio più basso. Le regioni italiane hanno valori di rating piuttosto differenti si passa dalla AA della Lombardia alla A3- della Campania.

Le tre maggiori agenzie sono Standard and Poor's, Moody's e Fitch Rating che forniscono una gamma completa di valutazione, differente sia per tipologia dell'emittente che per strumento finanziario.

Le tre principali agenzie hanno dato tre differenti valutazioni per ogni regione italiana, mentre allo Stato Italiano la Fitch ha dato: AA-, Moody's Aa2, e S&P A+

L'Emilia Romagna non ha avuto nessuna valutazione da parte di Fitch, Moody's attribuisce un Aa2 e S&P attribuisce una A+.

Per eventuali approfondimenti

Responsabile Centro di Riferimento Regionale

Prof. Carlo Signorelli

Istituto di Igiene

Via Volturno, 39

43100 PARMA

Tel. 0521 903833

Fax 0521 903832

E-mail: carlo.signorelli@unipr.it



COMUNICATO STAMPA

ROMA, 15 FEBBRAIO 2007

Lazio: la maggiore sicurezza sul lavoro si traduce in minori infortuni

Nella regione Lazio la migliore performance sul fronte infortuni sul lavoro: qui il tasso di mortalità (per 100.000 abitanti) per infortuni sul lavoro è stato nel 2005 del 4,46), il più basso di tutta l'Italia che complessivamente registra un tasso del 6,95, come anche il più basso è il tasso di infortuni sul lavoro.

I tassi di mortalità presentati sono i tassi grezzi derivati dal rapporto fra il numero totale di morti per infortuni sul lavoro denunciati all'INAIL per anno e per regione e la popolazione esposta (rappresentata dagli addetti cioè lavoratori dipendenti e autonomi), per anno e per regione, relativamente agli anni 2002-2005. Tali tassi stimano il numero di morti rispetto alla popolazione lavorativa attiva. Il numero di morti totale utilizzato è ricavato dalla somma dei morti per infortuni per gestione (agricoltura, industria, commercio e servizi, dipendenti conto stato).

Sono i dati che emergono dal **Rapporto Osservasalute 2006**, un'approfondita analisi dello stato di salute della popolazione e della qualità dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane, pubblicato oggi dall'**Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane** e frutto del lavoro di **oltre 200 ricercatori distribuiti su tutto il territorio italiano**, che operano presso Università, Agenzie regionali e provinciali di sanità, Assessorati regionali e provinciali, Aziende ospedaliere ed Aziende sanitarie, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale Tumori, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Ministero della Salute, Istat.

Sopravvivenza e mortalità

	Speranza di vita alla nascita*				Speranza di vita a 65 anni*				Speranza di vita a 75 anni*			
	2003		2004		2003		2004		2003		2004	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Lazio	76,8	82,0	77,3	82,7	16,6	20,1	16,9	20,7	10,0	12,2	10,3	12,7
Italia	76,9	82,6	77,7	83,7	16,8	20,5	17,4	21,4	10,3	12,6	10,7	13,3

L'Italia è tra i paesi più longevi al mondo, tanto per gli uomini quanto per le donne. I livelli di sopravvivenza così elevati sono frutto dei continui progressi in medicina e delle migliori condizioni di vita della popolazione che hanno contribuito a ridurre notevolmente i rischi di morte a tutte le età della vita.

Al 2004, la speranza di vita alla nascita, mostra l'ormai noto vantaggio delle donne rispetto agli uomini, con un'aspettativa di vita mediamente di 6 anni più elevata per le prime rispetto ai secondi (83,7 anni per le donne con un aumento di un anno rispetto al 2003 contro i 77,7 per gli uomini pari a 0,3 anni rispetto al 2003).

Nel Lazio, al 2004 la speranza di vita alla nascita per gli uomini è pari a 77,3 anni e le donne 82,7; la speranza di vita tra i 65 e i 75 anni è pari a 16,9 anni



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



per gli uomini e 20,7 anni per le donne; a 75 anni la speranza di vita per gli uomini è pari a 10,3 anni e 12,7 anni per le donne.

Nel 2004, ultimo anno in cui è disponibile una stima della mortalità per causa di decesso, il tasso di mortalità standardizzato oltre l'anno di vita è risultato pari a **92,96** per 10.000 uomini e a **53,93** per 10.000 donne.

Nel Lazio il tasso di mortalità per gli uomini è pari a 95,56 su 10.000 uomini e a 55,81 su 10.000 donne.

Tra le cause di morte, le maggiori responsabili dell'aumento del rischio di morte degli uomini, tra il 2002 e il 2003 sono state le malattie cardio-respiratorie: quasi tutte le regioni hanno assistito ad un incremento nel rischio di morte per tale causa in Italia, su 10.000 abitanti il tasso di mortalità per gli uomini è pari a 6,83 e per le donne è pari a 2,43.

Nel Lazio il tasso di mortalità dovuto a malattie per l'apparato respiratorio su 10.000 abitanti è pari a 6,02 per gli uomini con un decremento rispetto al 2003 dell'1,51 e 2,35 per le donne con un decremento dello 0,75.

Per alcune regioni le malattie del sistema circolatorio hanno avuto un forte impatto sull'incidenza del tasso di mortalità, che per gli uomini è pari al 34,34 su 10.000 abitanti con un decremento del 3,78% e per le donne è pari a 22,16 con un decremento del 3,34%.

Nel Lazio tale tasso è pari a 35,76 per gli uomini con un decremento dell'1,53% e per le donne è pari al 23,51 con un decremento dell' 1,26 per cento.

Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione

Fattori di rischio e stili di vita								
	Prevalenza di fumatori di 14 anni e oltre		% persone obese		% persone in sovrappeso		Prevalenza consumatori bevande alcoliche di 11 anni e oltre	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2003	
							M	F
Lazio	27,1	27,3	8,2	8,2	38,8	33,1	84,5	60,2
Italia	23,7	25,0	8,5	9,0	33,5	33,6	84,7	59,8

Il fumo

La lotta al tabagismo rappresenta uno degli obiettivi prioritari delle politiche sanitarie; la prevalenza di fumatori permette di misurare il fenomeno e programmare interventi finalizzati al suo contenimento nella popolazione. I dati rilevati nell'ambito dell'Indagine Multiscopo sulle famiglie Stili di vita e condizioni di salute nell'anno 2005, mostrano che l'abitudine al fumo riguarda circa il 25% della popolazione italiana, la prevalenza dei non fumatori e degli ex fumatori è rispettivamente di circa 53% ed il 21,3%. Inoltre si osserva un decremento significativo della percentuale di fumatrici (dal 17,4% al 15,8%) .

In Italia la percentuale di fumatori è pari a 25% della popolazione residente, mentre gli ex fumatori sono il 21,3% e i non fumatori il 53%.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Nel Lazio la percentuale di fumatori è pari a 27,3% della popolazione residente, mentre gli ex fumatori sono il 20,8% e i non fumatori il 48,1%.

Sovrappeso e obesità

L'epidemia di obesità si sta rapidamente diffondendo: nel mondo circa 300 milioni di individui sono obesi, il tasso di incidenza è in continuo ed allarmante aumento e si stima che nel 2010 circa 150 milioni di adulti saranno affetti da questo problema.

Solo poco più della metà della popolazione italiana è in normopeso: il 42,6% è in eccesso ponderale. Nel confronto temporale tra il 2002 e il 2003 il dato relativo all'obesità presenta un aumento da 8,5% a 9%.

In Italia la prevalenza di persone di 18 anni e oltre in sovrappeso è 33,6% della popolazione totale, mentre quelle in sovrappeso sono pari a 9,0%.

Nel Lazio la prevalenza di persone di 18 anni e oltre in sovrappeso è 33,1% della popolazione totale, mentre quelle in sovrappeso sono pari a 8,2%.

Ambiente

L'inquinamento da polveri fini (PM₁₀), originato sia da sorgenti naturali che antropiche, provoca effetti sulla salute a breve, medio e lungo termine dovuti ad una compromissione dell'apparato respiratorio con danni acuti e cronico degenerativi.

L'incremento delle concentrazioni sembrerebbe essere accentuato durante i mesi invernali. L'analisi dei dati relativi alla "media annua delle concentrazioni medie giornaliere delle polveri fini" mostrerebbe che quattro regioni (Veneto, Marche, Lombardia e Valle d'Aosta) superano il valore limite. Un esame disaggregato dei dati derivanti da 76 comuni dimostra che in 31 comuni almeno una centralina ha registrato un valore medio annuo superiore al limite di riferimento.

In Italia la media annua delle concentrazioni medie giornaliere delle PM₁₀ è pari a 33, sono presenti 10 stazioni per ogni 382.397 abitanti e il limite è stato superato con una media di 53 giorni.

Nel 2004 nel Lazio la media annua delle concentrazioni giornaliere delle PM₁₀ è pari a 37 con una diminuzione rispetto alle concentrazioni del 2003, sono presenti 8 stazioni per il rilevamento delle PM₁₀, il cui limite è stato superato per circa 64 giorni.

Ambiente				
	Media annua delle concentrazioni medie giornaliere di PM10		N° medio gg di superamento limite delle concentrazioni medie giornaliere	
	2003	2004	2003	2004
Lazio	44	37	110	64
Italia	41	33	80	53

Salute immigrati

All'inizio del 2006 gli immigrati presenti regolarmente in Italia erano 3.035.000 secondo la stima dell'Equipe del Dossier statistico Immigrazione Caritas/Migrantes. Ai dati ufficiali vanno aggiunti coloro che sono presenti irregolarmente e quindi complessivamente si può indicare la presenza di circa 3.500.000 persone.

Come conseguenza dell'aumento del fenomeno migratorio si è osservato in Italia un incremento nel tempo delle nascite da cittadini stranieri.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



In Italia i nati vivi con almeno uno dei genitori cittadino straniero sono pari a 65.062 bambini, con una prevalenza di entrambi i genitori stranieri (46.598).

Nel Lazio i nati vivi con almeno un cittadino straniero sono pari a 6.054 bambini di cui 4.000 hanno entrambi i genitori stranieri.

Negli ultimi anni si è evidenziato un incremento del numero di interruzioni volontarie di gravidanza (38.364) da parte di donne straniere immigrate in Italia. La maggior parte delle donne straniere che abortisce in Italia sono donne nate nell'Est Europa (17.350 interruzioni di gravidanza), ma anche in paesi del Centro-Sud America (7.090), dell'Africa (6.169) e dell'Asia (3.865).

Nel Lazio il totale delle interruzioni di gravidanza da parte di donne immigrate nel nostro paese è pari a 5.912.

Nel decennio di osservazione (1992-2002) l'ammontare complessivo dei decessi tra gli stranieri oltre il primo anno di vita in Italia supera le 32.000 unità con un andamento crescente che mostra negli anni delle forti correlazioni con il processo legislativo delle regolarizzazioni della popolazione straniera.

Il tasso standardizzato di mortalità per 10.000 stranieri residenti in Italia è pari a 20,03.

Nel Lazio il tasso standardizzato di mortalità per 10.000 stranieri residenti è pari a 15,51.

Tumori

A seguito della crisi del 2003, i tumori maligni dello stomaco mantengono un andamento piuttosto stabile, nel 2004 il tasso standardizzato è pari a 2,2 per 10.000 uomini e a 1,1 per le donne come pure i tumori maligni del colon, retto e ano (3,2 uomini e 1,9 donne ogni 10.000); continuano a ridursi i tumori maligni di trachea, bronchi e polmoni per gli uomini (8,7 per 10.000 ab.) ma continuano ad aumentare quelli delle donne (1,8 per 10.000 ab. pari ad un aumento dello 0,12%).

Secondo i dati osservati dai Registri Tumore di popolazione emerge che i tumori più frequenti tra gli uomini sono il tumore della prostata, del polmone e del colon-retto mentre tra le donne sono il tumore della mammella, del colon-retto e del polmone.

Il rischio oncologico delle regioni del Sud è stato sempre stimato essere più basso di quello delle regioni del Nord anche se negli ultimi anni questa differenza si è ridotta notevolmente.

I tassi di incidenza delle donne invece sono in aumento in tutte le regioni, ma la crescita sembra sempre più accentuata in alcune regioni del sud.

In Italia, nel periodo che va dal 2001 al 2006 il tasso medio di incidenza di tutti i tumori per 100.000 abitanti è pari a 304,5.

Nel Lazio il periodo che va da 2001 al 2006 ha un tasso medio di incidenza di tutti i tumori per 100.000 abitanti pari a 318,4.

Tumore alla mammella

Il tumore alla mammella è il tumore più frequente nelle donne dei paesi occidentali, per le quali il rischio di ammalarsi nel corso della vita giunge fino al 10-11%. L'incidenza del tumore alla mammella in Italia nel quinquennio 2001-2006 rispetto al precedente 1995-2000 è in lieve aumento. I tassi di incidenza del tumore alla mammella sono in aumento in tutte le regioni italiane, presumibilmente in associazione con la diffusione dei programmi di screening organizzati e dell'aumentata attenzione a controlli in fase preclinica. Il tasso di incidenza del tumore alla mammella nelle donne è pari a 92,6 su 100.000 abitanti con un aumento del 1,5%



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



In Italia, Il tasso di incidenza del tumore alla mammella nelle donne è pari a 92,6 su 100.000 abitanti con un aumento del 1,5%

Nel Lazio, nel periodo 2001-2006 questo tasso è pari a 110,8 con un incremento del 4,5% delle donne rispetto al quinquennio precedente.

Tumore del colon retto

In Europa il timore del colon retto è la seconda neoplasia più comune in entrambi i sessi. In Italia l'incidenza del tumore del colon-retto 1995-2000 verso 2001-2006 è complessivamente in aumento, a causa del trend di crescita negli uomini (da 60 a 66 casi per 100.000); l'aumento dei tassi si verifica in tutte le fasce d'età, ma è più evidente nella fascia tra 75-84 anni

Nel Lazio il tasso standardizzato totale per il periodo 2001-2006 è pari a 43,4 casi ogni 100.000 abitanti così diviso 57,3 per gli uomini e 32,6 per le donne.

Tumore del Polmone

Il **cancro polmonare** è una delle neoplasie maligne più frequentemente diagnosticate nel mondo. In Italia, nel periodo 2001-2006, l'incidenza del tumore polmonare, è in riduzione rispetto al precedente periodo (1995-2000) ed è pari a 72 casi ogni 100.000 uomini e dimostra valori costanti per le donne pari a 14 casi ogni 100.000, ma vi sono preoccupanti segnali di incremento in alcune regioni.

Nel Lazio il tasso medio di incidenza per tumore del polmone per classe di età 0-84 anni ogni 100.000 abitanti nel periodo 2001-2006 è pari ad un tasso standardizzato del 45,0 casi diviso in 74,6 casi per gli uomini con una diminuzione dell'11,5% e del 21,4 casi per le donne con un incremento del 2,3%.

Screening tumori per tumori femminili e del colon retto

Prosegue l'estensione nel territorio nazionale dell'attività di screening organizzato per i tumori femminili e per quelli del colon retto. A fronte di una maggiore diffusione nelle regione del Centro e del Nord Italia, le regione del sud si stanno attivando, anche sotto l'impulso della legge 138/2004 del CCM e al coordinamento del ONS.

Screening mammografico

L'attivazione di programmi di screening per tumore alla mammella è raccomandata in Italia con programmi organizzati su un invito attivo ed è richiesta nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza. Nel 2004 vi è stata una ulteriore espansione dei programmi di screening ed è stata pari al 68,7%. Questo significa che due donne su tre risiedono in un territorio in cui è stato attivato un programma di screening mammografico. Le donne che hanno realmente ricevuto un invito a partecipare al programma di screening mammografico hanno avuto un incremento pari a circa il 24%.

In Italia, nel 2004 la percentuale di donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni inseriti in un programma di screening mammografico mostra un'estensione teorica è pari a 68,7% con un incremento del 12,5% di cui l'estensione effettiva è pari a 51,1%.

Nel Lazio, nel 2004 la percentuale di donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni inseriti in un programma di screening mammografico mostra un'estensione teorica è pari a 100% di cui l'estensione effettiva è pari a 50,2%.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Malattie infettive

Nel corso del XX secolo la scoperta di antibiotici sempre più attivi, la produzione di vaccini efficaci e l'applicazione di idonee misure di igiene ambientale hanno contrastato con grande efficacia un crescente numero di malattie infettive. La prevalenza di molte patologie infettive è gradualmente diminuita soprattutto nei paesi industrializzati. Questi successi hanno favorito la diffusione dell'idea che le malattie infettive siano state vinte. Ma questo concetto non è propriamente giusto se si pensa ai paesi sottosviluppati, e se si esamina che per alcune malattie (AIDS, EBOLA; SARS etc) sono aumentate le aspettative di vita, ma sono ancora causa di morte.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che entro il 2015 saranno disponibili ben 36 nuovi vaccini (ad esempio contro l'HIV o il virus C dell'epatite) o migliorati (ad esempio contro il virus B dell'epatite o la febbre tifoide).

Malattie infettive				
	Tasso di incidenza AIDS (per 100.000)		Tasso std di incidenza epatite A (per 100.000)	
	2004	2005	2003	2004
Lazio	3,08	2,80	3,32	4,10
Italia	2,85	1,80	3,33	4,25

Incidenza AIDS

In Italia, dal 1994 al 2005 sono stati notificati 32.996 casi di AIDS con un tasso di incidenza di 1,8 nuovi casi ogni 100.000 abitanti. Per quanto riguarda i tassi di incidenza si è registrata una sensibile diminuzione a partire dal 1996/97 a livello di tutti gli ambiti regionali. Il trend coincide con l'ingresso in Italia di farmaci antiretrovirali che hanno ridotto il rischio di progressione in AIDS degli HIV positivi aumentando pertanto la quota dei soggetti sieropositivi.

Nel Lazio, nel 2005 sono stati registrati 93 nuovi casi di AIDS con un tasso di incidenza pari a 2,8 nuovi casi ogni 100.000 abitanti.

Epatite A

L'epidemia in Italia viene considerata a basse endemia, nel 2004 il tasso di incidenza è stato di 4 casi ogni 100.000 abitanti.

Nel Lazio il tasso di incidenza di epatite A per l'anno 2004 è pari a 4,10 casi su 100.000 abitanti con una diminuzione dello 0,78% rispetto al 2003.

Tubercolosi

L'Italia è stata classificata come paese a bassa incidenza di tubercolosi. In base ai dati ricavati dalle notifiche obbligatorie nell'anno 2004, il tasso di incidenza di tubercolosi per gli uomini è pari a 8,70 casi per 100.000 residenti quasi il doppio rispetto a quello registrato per le donne (5,45 per 100.000 ab.)

Nel Lazio nel 2004 il tasso standardizzato di incidenza per tubercolosi nei maschi è pari a 13.07 casi ogni 100.000 mentre per le donne è di 8,75 casi.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Dipendenze da sostanza

All'interno della popolazione italiana l'abuso di alcune sostanze illegali (principalmente eroina e cocaina) risulta correlato ad un aumentato rischio di mortalità. La classe d'età maggiormente toccata dal fenomeno consumo è 15-44 anni. A livello italiano si evidenzia un continuo decremento del tasso di mortalità dal 1996 al 2002; il calo risulta particolarmente evidente tra il 1996 (6,31 morti ogni 100.000 ab) e il 1997 (4,71 morti) e tra il 2001 (3,42 morti) e il 2002 (2,17 morti). Si rileva poi un tasso costante fino a fine del 2003 con una successiva inversione di tendenza nel 2004 (2,50 morti) confermata nel 2005 con 2,52 morti.

Nel Lazio nel 2005 il tasso di mortalità per abuso di stupefacenti nella fascia di età compresa tra 15 e 44 anni è pari a 5,88 con un incremento dello 0,74% su 100.000 abitanti.

Salute materno-infantile

Gli indicatori della salute materno-infantile rappresentano un importante strumento per valutare lo stato di salute di una popolazione.

Abortività volontaria

I dati del 2003 con 124.118 di interruzioni di gravidanza volontarie (IVG) confermano la tendenza alla stabilizzazione del fenomeno, dopo un costante declino iniziato a partire dalla metà degli anni 80. Le regioni del Nord Ovest e del Centro presentano valori superiori alla media nazionale.

Il tasso standardizzato è di 9,2 casi ogni 1.000 donne, mentre il tasso più elevato si osserva nella classe 20-24 anni con 15,1. Questo dato può essere determinato in parte dall'ingresso delle donne straniere, prevalentemente giovani, presenti nel nostro paese che fanno ricorrenza alla IVG.

Osservando il fenomeno per lo stato civile, i livelli di abortività più elevati si osservano tra le persone separate, divorziate e vedove (22,2 per 1.000 nel 1993 e 24,3 nel 2003) che però numericamente costituiscono un gruppo più piccolo.

Nel Lazio, nel 2003, il tasso standardizzato delle interruzioni volontarie della gravidanza è pari a 10,94 casi ogni 1.000 donne.

Abortività spontanea

La normativa italiana definisce l'aborto spontaneo come l'interruzione spontanea della gravidanza entro il 180 giorno di gestazione.

Il trend del rapporto standardizzato mostra un debole andamento crescente fino alla metà degli anni '90, seguito da una fase di stabilizzazione. Le differenze territoriali sono abbastanza marcate: il Centro e il nord Est seguono l'andamento nazionale con valori più elevati della media, mentre il Mezzogiorno con valori inferiori. Tali andamenti possono essere spiegati in parte dalle differenze territoriali dell'età media del parto. L'aumento del rapporto di abortività spontanea può essere attribuibile a vari fattori, quali una diagnosi più precoce della gravidanza, una migliorata notifica dell'evento, l'innalzamento dell'età della madre al parto e in particolare al primo figlio, il ricorso a tecniche di procreazione medicalmente assistita o la diffusione di fattori ambientali e lavorativi che hanno un'influenza negativa sullo sviluppo del feto.

In Italia il rapporto standardizzato per rapporti di abortività spontanea nella classe 15-49 anni è pari a 127,6 donne gravide.

Nel Lazio il rapporto standardizzato per abortività spontanea nella classe di età 15-49 è pari a 171,4 donne gravide.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Parti cesarei

La proporzione dei parti cesarei ha subito negli ultimi decenni un costante incremento in molti paesi occidentali, ed in Italia in particolare sono stati raggiunti i valori più elevati al mondo.

Nel 2004 la proporzione dei parti cesarei a livello nazionale è di 38% sul totale.

Nel Lazio il totale dei parti cesarei nel 2004 è stato del 39,4% sul totale; con un aumento del 3,9% rispetto al 1998.

Incidenti stradali

Gli incidenti, sia domestici che stradali, rappresentano attualmente un problema emergente della Sanità pubblica in Italia.

Gli incidenti stradali nel nostro paese nel 2004 secondo le fonti della polizia di stato sono stati 224.553 di questi ci sono stati 5.625 decessi, con 316.630 feriti. La metà dei decessi avviene prima dei 41 anni d'età ed il 25% prima dei 23 anni.

Nel Lazio, nel 2004 gli incidenti registrati sono pari a 27.377 di cui 543 persone coinvolte sono decedute e 38.190 ferite.

Incidenti sul lavoro

L'inail definisce infortunio sul lavoro la conseguenza di una causa violenta ed esterna verificatasi in occasione del lavoro da cui deriva o la morte o un'inabilità temporanea che comporta l'astensione dal lavoro per oltre tre giorni.

In Italia, la media tra il 2002 e il 2005 di mortalità per infortuni sul lavoro in Italia ogni 100.000 abitanti è pari a 7,85 persone.

Nel Lazio, la media di mortalità per infortuni sul lavoro tra 2002 e 2005, è pari a 4,51 persone su 100.000.

Assistenza territoriale

Negli ultimi anni in Italia si è assistito ad un sostanziale mutamento nel profilo demografico e, di conseguenza, il bisogno socio-sanitario e la domanda emergente della popolazione è cambiata.

Il territorio non è più solo il luogo tradizionale di servizi ambulatoriali di medicina generale, di continuità assistenziale, delle attività distrettuali di tutela della salute collettive e delle strutture residenziali per anziani, ma è diventato anche la sede primaria di promozione della salute, di governo della domanda e dell'integrazione dell'assistenza ospedaliera con le cure primarie, la riabilitazione e di riflesso tutte le forme di assistenza destinate all'accompagnamento di anziani, malati cronici, disabili e più in generale soggetti fragili.

In Italia l'esperienza della domiciliarizzazione dell'assistenza, espressione di funzioni e attività proprie delle cure extraospedaliere è ricca e variegata. Le cure domiciliari includono l'assistenza infermieristica e riabilitativa domiciliare (ADI), l'assistenza programmata domiciliare (ADP) fornita da medici di medicina generale gli assistiti non deambulanti e le applicazioni della teleassistenza domiciliare nelle diverse forme di telecontrollo, telesoccorso o teleconsulto.

In Italia, nel 2004 i casi di assistenza domiciliare sono stati 373.424 ovvero 645 casi ogni 100.000 abitanti. Mentre l'assistenza domiciliare agli anziani è stata pari all'84,1% degli anziani residenti.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Nel Lazio, nel 2004 i casi di assistenza domiciliare sono stati 44.900 ovvero 863 casi ogni 100.000 abitanti. Mentre l'assistenza domiciliare agli anziani è stata pari all'84,5% degli anziani residenti.

Trapianti

Il trapianto di organi e tessuti, associato alla scoperta di nuovi farmaci che migliorano la tolleranza dell'organo trapiantato nel ricevente, è uno dei progressi più rilevanti nella cura di un grande numero di malattie per le quali non esistono cure alternative.

La promozione delle donazioni, dei trapianti e della valutazione di qualità dell'attività di trapianto organi, cellule staminali e tessuti sono obiettivi importanti del sistema sanitario.

I dati al 31/12/2005 dimostrano un aumento dell'attività di donazione e trapianto ottenuto nel nostro paese, nel giro di dieci anni l'Italia è passata dagli ultimi al secondo posto in Europa e al terzo nel mondo. Anche dal punto di vista qualitativo si registrano ottimi risultati.

In Italia, il tasso dei donatori effettivi per milione di popolazione al 31/12/05 era di 21.

Nel Lazio il tasso dei donatori effettivi per milione di popolazione al 31/12/05 era di 13,3.

Spesa sanitaria in rapporto al PIL e spesa sanitaria pubblica pro capite

L'analisi dell'assetto economico finanziario dei sistemi sanitari delle regioni italiane restituisce uno scenario particolarmente eterogeneo. L'attenzione è posta sui fabbisogni della spesa sanitaria a livello regionale e sui relativi disavanzi che, soprattutto in alcune regioni, stanno poetando all'accumularsi di debiti particolarmente ingenti e preoccupanti per la stabilità del sistema economico regionale. La presenza di disavanzi ha spinto molte regioni a trovare soluzioni finanziarie in grado di assicurare la necessaria liquidità per lo svolgimento delle operazioni correnti nell'ambito delle aziende sanitarie.

Il rapporto tra spesa e PIL dovrebbe identificare la disponibilità a spendere per l'assistenza sanitaria di una regione in relazione alle proprie disponibilità in termini di reddito.

La spesa sanitaria pubblica corrente in rapporto al PIL negli anni 2002-2003 ha subito un decremento dello 0,32%.

La spesa pro capite delle regioni italiane mostra una significativa variabilità tra il 2003 e il 2005 con un notevole incremento negli ultimi anni soprattutto a favore delle regioni meridionali.

La spesa sanitaria dell'Italia in rapporto al PIL negli anni 2002-2003 ha subito un decremento dello 0,32%, mentre la spesa sanitaria pubblica pro capite è pari a 1.621euro.

La spesa sanitaria del Lazio in rapporto al PIL negli anni 2002-2003 ha subito un incremento del 2,5%; la spesa sanitaria pubblica pro capite è pari a 1.816 euro.

Assetto economico-finanziario						
	Spesa sanitaria pubblica pro capite (in €)		Disavanzo sanitario pubblico pro capite (in €)		Utile o perdita media di esercizio pro capite delle Asl (in €)	
	2004	2005	2003	2004	2003	2004
Lazio	1.844	1.816	137,30	354,14	-182,25	-170,84



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Italia	1.548	1.621	39,09	105,60	-73,21	-44,07
--------	-------	-------	-------	--------	--------	--------

Spesa sanitaria per livelli essenziali di assistenza LEA

In Italia, con l'Accordo Stato-Regioni, sottoscritto il 22/11/2001 sono stati definiti i livelli essenziali di assistenza (LEA); questi rappresentano le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o in compartecipazione, grazie alle risorse raccolte attraverso il sistema fiscale. La ripartizione dei costi per livelli essenziali di assistenza è relativa all'anno 2003. I macrolivelli che assorbono le maggiori risorse sono l'assistenza ospedaliera che rappresenta il 48,4% dei costi totali e il 47,7% dei costi dell'assistenza distrettuale.

A livello regionale i costi per l'assistenza ospedaliera nel Lazio sono pari al 52,9% dei costi totali mentre per l'assistenza distrettuale sono pari a 45,3%.

Disavanzo sanitario pubblico procapite

Il disavanzo sanitario pubblico misura la differenza tra quanto è stato speso e quanto è stato ricevuto come finanziamento. È un indicatore della sostenibilità del processo di devoluzione regionale: disavanzi che tendono strutturalmente ad accentuarsi nel tempo indica la presenza di un problema nella gestione federalista della sanità, mentre peggioramenti a livello di singole regioni indicano un probabile problema gestionale.

In Italia il disavanzo sanitario pubblico procapite nel 2005 è pari a 78,29 € con una variazione assoluta di +55,40.

Nel Lazio il disavanzo sanitario pubblico procapite nel 2005 è pari a 265,05 € con una variazione assoluta di + 244,24 euro pro capite.

Ticket

Il ticket farmaceutico rappresenta il contributo che il paziente deve pagare per ottenere farmaci rimborsati dal SSN.

L'indicatore permette di avere una visione d'insieme dell'utilizzo del ticket farmaceutico, evidenziandone, anche alcune caratteristiche, stabilite attraverso la normativa regionale di riferimento. L'utilizzo di questa leva finanziaria dovrebbe servire a frenare la crescita della spesa farmaceutica, che è spesso viziata dalla tendenza ad acquistare farmaci in quantità superiore ai bisogni effettivi.

La differenza tra Regione e Regione nell'applicazione del ticket, in termini di spesa farmaceutica pro capite, non sembrerebbe evidenziare solo una scelta di natura economico-finanziaria pura, ma una scelta legata alle difficoltà di bilancio e alla mancanza di utilizzo di altri strumenti più idonei a raggiungere il contenimento della spesa farmaceutica.

Nel 2005 il totale della compartecipazione richiesta ai cittadini è stato pari a 515 milioni di euro, corrispondenti al 3,8% della spesa lorda complessiva, in riduzione rispetto al 2004 ed al 2003.

L'incidenza del ticket sulla spesa lorda in Italia è stata pari a 8,9€ corrispondente al 3,8% della spesa farmaceutica pro capite.

Nel Lazio ha una spesa farmaceutica lorda di 9,4€ corrispondente al 3,1% della spesa farmaceutica pro capite.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Rating

Il rating è una valutazione, fornita da parte di un'agenzia privata specializzata, del merito di credito di un soggetto emittente obbligazioni sui mercati finanziari internazionali. È un indicatore della capacità del soggetto di far fronte puntualmente al servizio del debito. Il rating assume rilevanza in quanto fornisce agli operatori finanziari un'informazione omogenea sul grado di rischio degli emittenti e riveste una grande importanza per tutti gli investitori che non sono adeguatamente attrezzati per un'analisi autonoma del rischio di credito.

La scala internazionale che esprime il giudizio di rating è formata dalla combinazione di più lettere in cui la lettera A è utilizzata per esprimere il giudizio più elevato e la lettera C il giudizio più basso. Le regioni italiane hanno valori di rating piuttosto differenti si passa dalla AA della Lombardia alla A3- della Campania.

Le tre maggiori agenzie sono Standard and Poor's, Moody's e Fitch Rating che forniscono una gamma completa di valutazione, differente sia per tipologia dell'emittente che per strumento finanziario.

Le tre principali agenzie hanno dato tre differenti valutazioni per ogni regione italiana, mentre allo Stato Italiano la Fitch ha dato: AA-, Moody's Aa2, e S&P A+

Il Lazio ha avuto una valutazione da parte di Fitch pari a A, Moody's pari A1, e S&P pari a A-.



COMUNICATO STAMPA

ROMA, 15 FEBBRAIO 2007

Lombardia: Poco meno di due pazienti trapiantati ogni giorno

In Lombardia nel 2005 sono stati effettuati 655 trapianti, ponendo la regione in testa alla classifica del più alto numero di trapianti effettuati. Negli ultimi anni è stata realizzata una vera e propria rete trapiantologica che rappresenta un punto di eccellenza riconosciuta a livello europeo. Nel nostro paese sono attivi regolari programmi di trapianto di rene (1750 trapianti/anno), fegato (1100 trapianti/anno), cuore (350 trapianti anno), pancreas (associato quasi sempre a rene in 100 trapianti/anno) e polmone (100 trapianti/anno). Analizzando i dati di sopravvivenza a un anno dal trapianto di cuore, è emerso che l'Italia ha raggiunto l'84,7% nella sopravvivenza ad un anno dell'organo e l'84,9% nella sopravvivenza ad un anno del paziente, dati che risultano allineati con la media del Regno Unito e USA. La percentuale di sopravvivenza dell'organo e paziente dopo 4 anni dal trapianto rimane significativamente alta. In modo particolare in Lombardia si registrano le percentuali di sopravvivenza particolarmente alte a 4 anni: 80,9% per i trapianti effettuati al Niguarda di Milano e 84% per quelli fatti al Policlinico San Matteo di Pavia. Analoghi risultati positivi si registrano sul fronte dei trapianti di fegato e di rene nei centri trapianti lombardi.

Sono i dati che emergono dal **Rapporto Osservasalute 2006**, un'approfondita analisi dello stato di salute della popolazione e della qualità dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane, pubblicato oggi dall'**Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane** e frutto del lavoro di **oltre 200 ricercatori distribuiti su tutto il territorio italiano**, che operano presso Università, Agenzie regionali e provinciali di sanità, Assessorati regionali e provinciali, Aziende ospedaliere ed Aziende sanitarie, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale Tumori, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Ministero della Salute, Istat

Sopravvivenza e mortalità

	Speranza di vita alla nascita*				Speranza di vita a 65 anni*				Speranza di vita a 75 anni*			
	2003		2004		2003		2004		2003		2004	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Lombardia	76,6	82,7	77,6	83,9	16,6	20,7	17,3	21,7	10,2	12,8	10,7	13,7
Italia	76,9	82,6	77,7	83,7	16,8	20,5	17,4	21,4	10,3	12,6	10,7	13,3

L'Italia è tra i paesi più longevi al mondo, tanto per gli uomini quanto per le donne. I livelli di sopravvivenza così elevati sono frutto dei continui progressi in medicina e delle migliori condizioni di vita della popolazione che hanno contribuito a ridurre notevolmente i rischi di morte a tutte le età della vita.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Al 2004, in Italia la speranza di vita alla nascita, mostra l'ormai noto vantaggio delle donne rispetto agli uomini, con un'aspettativa di vita mediamente di 6 anni più elevata per le prime rispetto ai secondi (83,7 anni per le donne con un aumento di un anno rispetto al 2003 contro i 77,7 per gli uomini pari a 0,3 anni rispetto al 2003).

In Lombardia nel 2004 la speranza di vita alla nascita per gli uomini è pari a 77,6 anni e le donne 83,9; mentre la speranza di vita tra i 65 e i 75 anni è pari a 17,3 anni per gli uomini e 21,7 anni per le donne; a 75 anni la speranza di vita per gli uomini è pari a 10,7 anni e 13,7 anni per le donne.

Nel 2004, ultimo anno in cui è disponibile una stima della mortalità per causa di decesso, il tasso di mortalità standardizzato oltre l'anno di vita è risultato pari a 92,96 per 10.000 uomini e a **53,93** per 10.000 donne.

In Lombardia il tasso di mortalità per gli uomini è pari a 95,24 su 10.000 uomini e a 52,46 su 10.000 donne.

Tra le cause di morte, le maggiori responsabili dell'aumento del rischio di morte degli uomini, tra il 2002 e il 2003 sono state le malattie cardio-respiratorie: quasi tutte le regioni hanno assistito ad un incremento nel rischio di morte per tale causa in Italia, su 10.000 abitanti il tasso di mortalità per gli uomini è pari a 6,83 e per le donne è pari a 2,43.

In Lombardia il tasso di mortalità dovuto a malattie per l'apparato respiratorio su 10.000 abitanti è pari a 6,41 per gli uomini con un decremento rispetto al 2003 del 2,42% e 2,78 per le donne con un decremento dello 0,7%.

Per alcune regioni italiane, le malattie del sistema circolatorio hanno avuto un forte impatto sull'incidenza del tasso di mortalità, che per gli uomini è pari al 34,34 su 10.000 abitanti con un decremento del 3,78% e per le donne è pari a 22,16 con un decremento del 3,34%.

In Lombardia tale tasso è pari a 33,22 per gli uomini con un decremento del 3,72% e per le donne è pari al 19,64 con un decremento del 3,5%.

Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione

Il fumo

La lotta al tabagismo rappresenta uno degli obiettivi prioritari delle politiche sanitarie; la prevalenza di fumatori permette di misurare il fenomeno e programmare interventi finalizzati al suo contenimento nella popolazione. I dati rilevati nell'ambito dell'Indagine Multiscopo sulle famiglie Stili di vita e condizioni di salute nell'anno 2005, mostrano che l'abitudine al fumo riguarda circa il 25% della popolazione italiana, la prevalenza dei non fumatori e degli ex fumatori è rispettivamente di circa 53% ed il 21,3%. Inoltre si osserva un decremento significativo della percentuale di fumatrici (dal 17,4% al 15,8%) .

	Prevalenza di fumatori di 14 anni e oltre		% persone obese		% persone in sovrappeso		Prevalenza consumatori bevande alcoliche di 11 anni e oltre	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2003	
							M	F
Lombardia	26,3	25,1	7,2	8,0	31,2	31,1	87,0	60,6



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Italia	23,7	25,0	8,5	9,0	33,5	33,6	84,7	59,8
--------	------	------	-----	-----	------	------	------	------

In Italia la percentuale di fumatori è pari a 25% della popolazione residente, mentre gli ex fumatori sono il 21,3% e i non fumatori il 53%.

In Lombardia la percentuale di fumatori è pari a 25,1% della popolazione residente, mentre gli ex fumatori sono il 21,4% e i non fumatori il 51,2%.

Sovrappeso e obesità

L'epidemia di obesità si sta rapidamente diffondendo: nel mondo circa 300 milioni di individui sono obesi, il tasso di incidenza è in continuo ed allarmante aumento e si stima che nel 2010 circa 150 milioni di adulti saranno affetti da questo problema.

Solo poco più della metà della popolazione italiana è in normopeso: il 42,6% è in eccesso ponderale. Nel confronto temporale tra il 2002 e il 2003 il dato relativo all'obesità presenta un aumento da 8,5% a 9%.

In Italia la prevalenza di persone di 18 anni e oltre in sovrappeso è 33,6% della popolazione totale, mentre quelle in sovrappeso sono pari a 9,0%.

In Lombardia la prevalenza di persone di 18 anni e oltre in sovrappeso è 31,1% della popolazione totale, mentre quelle in sovrappeso sono pari a 8,0%.

Ambiente

L'inquinamento da polveri fini (PM₁₀), originato sia da sorgenti naturali che antropiche, provoca effetti sulla salute a breve, medio e lungo termine dovuti ad una compromissione dell'apparato respiratorio con danni acuti e cronico degenerativi.

L'incremento delle concentrazioni sembrerebbe essere accentuato durante i mesi invernali. L'analisi dei dati relativi alla "media annua delle concentrazioni medie giornaliere delle polveri fini" mostrerebbe che quattro regioni (Veneto, Marche, Lombardia e Valle d'Aosta) superano il valore limite. Un esame disaggregato dei dati derivanti da 76 comuni dimostra che in 31 comuni almeno una centralina ha registrato un valore medio annuo superiore al limite di riferimento.

In Italia la media annua delle concentrazioni medie giornaliere delle PM₁₀ è pari a 33, sono presenti 10 stazioni per ogni 382.397 abitanti e il limite è stato superato con una media di 53 giorni.

Nel 2004 in Lombardia, la media annua delle concentrazioni giornaliere di PM₁₀ è pari a 41 con un aumento rispetto alle concentrazioni del 2003, sono presenti 36 stazioni per il rilevamento delle PM₁₀, il cui limite è stato superato per circa 83 giorni.

Ambiente				
	Media annua delle concentrazioni medie giornaliere di PM10		N° medio gg di superamento limite delle concentrazioni medie giornaliere	
	2003	2004	2003	2004
Lombardia	40	41	98	83
Italia	41	33	80	53



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Salute immigrati

All'inizio del 2006 gli immigrati presenti regolarmente in Italia erano 3.035.000 secondo la stima dell'Equipe del Dossier statistico Immigrazione Caritas/Migrantes. Ai dati ufficiali vanno aggiunti coloro che sono presenti irregolarmente e quindi complessivamente si può indicare la presenza di circa 3.500.000 persone.

Come conseguenza dell'aumento del fenomeno migratorio si è osservato in Italia un incremento nel tempo delle nascite da cittadini stranieri.

In Italia i nati vivi con almeno uno dei genitori cittadino straniero sono pari a 65.062 bambini, con una prevalenza di entrambi i genitori stranieri (46.598).

In Lombardia i nati vivi con almeno un cittadino straniero sono pari a 15.868 bambini di cui 12.244 hanno entrambi i genitori stranieri.

Negli ultimi anni si è evidenziato un incremento del numero di interruzioni volontarie di gravidanza (38.364) da parte di donne straniere immigrate in Italia. La maggior parte delle donne straniere che abortisce in Italia sono donne nate nell'Est Europa (17.350 interruzioni di gravidanza), ma anche in paesi del Centro-Sud America (7.090), dell'Africa (6.169) e dell'Asia (3.865).

In Lombardia il totale delle interruzioni di gravidanza da parte di donne immigrate nel nostro paese è pari a 9.536.

Nel decennio di osservazione (1992-2002) l'ammontare complessivo dei decessi tra gli stranieri oltre il primo anno di vita in Italia supera le 32.000 unità con un andamento crescente che mostra negli anni delle forti correlazioni con il processo legislativo delle regolarizzazioni della popolazione straniera.

Il tasso standardizzato di mortalità per 10.000 stranieri residenti in Italia è pari a 20,03.

In Lombardia il tasso standardizzato di mortalità per 10.000 stranieri residenti è pari a 17,08.

Tumori

A seguito della crisi del 2003, i tumori maligni dello stomaco mantengono un andamento piuttosto stabile; in Italia nel 2004 il tasso standardizzato è pari a 2,2 per 10.000 uomini e a 1,1 per le donne come pure i tumori maligni del colon, retto e ano (3,2 uomini e 1,9 donne ogni 10.000); continuano a ridursi i tumori maligni di trachea, bronchi e polmoni per gli uomini (8,7 per 10.000 ab.) ma continuano ad aumentare quelli delle donne (1,8 per 10.000 ab. pari ad un aumento dello 0,12%).

Secondo i dati osservati dai Registri Tumore di popolazione emerge che i tumori più frequenti tra gli uomini sono il tumore della prostata, del polmone e del colon-retto mentre tra le donne sono il tumore della mammella, del colon-retto e del polmone.

Il rischio oncologico delle regioni del Sud è stato sempre stimato essere più basso di quello delle regioni del Nord anche se negli ultimi anni questa differenza si è ridotta notevolmente.

I tassi di incidenza delle donne invece sono in aumento in tutte le regioni, ma la crescita sembra sempre più accentuata in alcune regioni del sud.

In Italia, nel periodo che va dal 2001 al 2006 il tasso medio di incidenza di tutti i tumori per 100.000 abitanti è pari a 304,5.

In Lombardia, nel periodo che va dal 2001 al 2006 il tasso medio di incidenza di tutti i tumori per 100.000 abitanti è pari a 343,4.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Tumore alla mammella

Il tumore alla mammella è il tumore più frequente nelle donne dei paesi occidentali, per le quali il rischio di ammalarsi nel corso della vita giunge fino al 10-11%. L'incidenza del tumore alla mammella in Italia nel quinquennio 2001-2006 rispetto al precedente 1995-2000 è in lieve aumento. I tassi di incidenza del tumore alla mammella sono in aumento in tutte le regioni italiane, presumibilmente in associazione con la diffusione dei programmi di screening organizzati e dell'aumentata attenzione a controlli in fase preclinica.

In Italia, il tasso di incidenza del tumore alla mammella nelle donne è pari a 92,6 su 100.000 abitanti con un aumento del 1,5%

In Lombardia, nel periodo 2001-2006 questo tasso è pari a 109,9 con un incremento dello 0,9% delle donne rispetto al quinquennio precedente.

Tumore del colon retto

In Europa il timore del colon retto è la seconda neoplasia più comune in entrambi i sessi.

In Italia l'incidenza del tumore del colon-retto 1995-2000 verso 2001-2006 è complessivamente in aumento (da 47 a 50,2 casi ogni 100.000), a causa del trend di crescita negli uomini (da 60 a 66 casi per 100.000); l'aumento dei tassi si verifica in tutte le fasce d'età, ma è più evidente nella fascia tra 75-84 anni.

In Lombardia il tasso standardizzato totale per il periodo 2001-2006 è pari a 51,7 casi ogni 100.000 abitanti così diviso 67,8 per gli uomini e 39,5 per le donne.

Tumore del Polmone

Il **cancro polmonare** è una delle neoplasie maligne più frequentemente diagnosticate nel mondo.

In Italia, nel periodo 2001-2006, l'incidenza del tumore polmonare, è in riduzione rispetto al precedente periodo (1995-2000) ed è pari a 72 casi ogni 100.000 uomini e dimostra valori costanti per le donne pari a 14 casi ogni 100.000, ma vi sono preoccupanti segnali di incremento in alcune regioni.

In Lombardia il tasso medio di incidenza per tumore del polmone per classe di età 0-84 anni ogni 100.000 abitanti nel periodo 2001-2006 è pari ad un tasso standardizzato del 42,9 casi diviso in 77,4 casi per gli uomini con una diminuzione del 17,7% e del 15,6 casi per le donne con un incremento dello 0,4%.

Screening

Prosegue l'estensione nel territorio nazionale dell'attività di screening organizzato per i tumori femminili e per quelli del colon retto. A fronte di una maggiore diffusione nella regione del Centro e del Nord Italia, le regioni del sud si stanno attivando, anche sotto l'impulso della legge 138/2004 del CCM e al coordinamento del ONS.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Screening mammografico

L'attivazione di programmi di screening per tumore alla mammella è raccomandata in Italia con programmi organizzati su un invito attivo ed è richiesta nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza. Nel 2004 vi è stata una ulteriore espansione dei programmi di screening ed è stata pari al 68,7%. Questo significa che due donne su tre risiedono in un territorio in cui è stato attivato un programma di screening mammografico. Le donne che hanno realmente ricevuto un invito a partecipare al programma di screening mammografico hanno avuto un incremento pari a circa il 24%.

In Italia, nel 2004 la percentuale di donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni inseriti in un programma di screening mammografico mostra un'estensione teorica è pari a 68,7% con un incremento del 12,5% di cui l'estensione effettiva è pari a 51,1%.

In Lombardia, nel 2004 la percentuale di donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni inseriti in un programma di screening mammografico mostra un'estensione teorica è pari all'84,9% con un incremento del 17,6% di cui l'estensione effettiva è pari a 69,7%.

Malattie infettive

Nel corso del XX secolo la scoperta di antibiotici sempre più attivi, la produzione di vaccini efficaci e l'applicazione di idonee misure di igiene ambientale hanno contrastato con grande efficacia un crescente numero di malattie infettive. La prevalenza di molte patologie infettive è gradualmente diminuita soprattutto nei paesi industrializzati. Questi successi hanno favorito la diffusione dell'idea che le malattie infettive siano state vinte. Ma questo concetto non è propriamente giusto se si pensa ai paesi sottosviluppati, e se si esamina che per alcune malattie (AIDS, EBOLA; SARS etc) sono aumentate le aspettative di vita, ma sono ancora causa di morte.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che entro il 2015 saranno disponibili ben 36 nuovi vaccini (ad esempio contro l'HIV o il virus C dell'epatite) o migliorati (ad esempio contro il virus B dell'epatite o la febbre tifoide).

	Tasso di incidenza AIDS (per 100.000)		Tasso std di incidenza epatite A (per 100.000)	
	2004	2005	2003	2004
Lombardia	3,12	5,80	5,34	2,65
Italia	2,85	1,80	3,33	4,25

Incidenza AIDS

In Italia, dal 1994 al 2005 sono stati notificati 32.996 casi di AIDS con un tasso di incidenza di 1,8 nuovi casi ogni 100.000 abitanti. Per quanto riguarda i tassi di incidenza si è registrata una sensibile diminuzione a partire dal 1996/97 a livello di tutti gli ambiti regionali. Il trend coincide con l'ingresso in Italia di farmaci antiretrovirali che hanno ridotto il rischio di progressione in AIDS degli HIV positivi aumentando pertanto la quota dei soggetti sieropositivi.

In Lombardia nel 2005 sono stati registrati 372 nuovi casi di AIDS con un tasso di incidenza pari a 5,8 nuovi casi ogni 100.000 abitanti.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Epatite A

L'epidemia in Italia viene considerata a basse endemia, nel 2004 il tasso di incidenza è stato di 4 casi ogni 100.000 abitanti.

In Lombardia il tasso di incidenza di epatite A per l'anno 2004 è pari a 2,65 casi su 100.000 abitanti con una diminuzione del 2,69% rispetto al 2003.

Tubercolosi

L'Italia è stata classificata come paese a bassa incidenza di tubercolosi. In base ai dati ricavati dalle notifiche obbligatorie nell'anno 2004, il tasso di incidenza di tubercolosi per gli uomini è pari a 8,70 casi per 100.000 residenti quasi il doppio rispetto a quello registrato per le donne (5,45 per 100.000 ab.)

In Lombardia, nel 2004 il tasso standardizzato di incidenza per tubercolosi nei maschi è pari a 10,53 casi ogni 100.000 mentre per le donne è di 6,30 casi.

Dipendenze da sostanza

All'interno della popolazione italiana l'abuso di alcune sostanze illegali (principalmente eroina e cocaina) risulta correlato ad un aumentato rischio di mortalità. La classe d'età maggiormente toccata dal fenomeno consumo è 15-44 anni. A livello italiano si evidenzia un continuo decremento del tasso di mortalità dal 1996 al 2002; il calo risulta particolarmente evidente tra il 1996 (6,31 morti ogni 100.000 ab) e il 1997 (4,71 morti) e tra il 2001 (3,42 morti) e il 2002 (2,17 morti). Si rileva poi un tasso costante fino a fine del 2003 con una successiva inversione di tendenza nel 2004 (2,50 morti) confermata nel 2005 con 2,52 morti.

In Lombardia nel 2005 il tasso di mortalità per abuso di stupefacenti nella fascia di età compresa tra 15 e 44 anni è pari a 1,06 con un decremento dello 0,24% su 100.000 abitanti.

Salute materno-infantile

Gli indicatori della salute materno-infantile rappresentano un importante strumento per valutare lo stato di salute di una popolazione.

Abortività volontaria (i dati sono invariati rispetto a Osserva Salute 2005)

I dati del 2003 con 124.118 di interruzioni di gravidanza volontarie (IVG) confermano la tendenza alla stabilizzazione del fenomeno, dopo un costante declino iniziato a partire dalla metà degli anni 80. le regioni del Nord Ovest e del Centro presentano valori superiori alla media nazionale.

Il tasso standardizzato è di 9,2 casi ogni 1.000 donne, mentre il tasso più elevato si osserva nella classe 20-24 anni con 15,1. Questo dato può essere determinato in parte dall'ingresso delle donne straniere, prevalentemente giovani, presenti nel nostro paese che fanno ricorrenza alla IVG.

Osservando il fenomeno per lo stato civile, i livelli di abortività più elevati si osservano tra le persone separate, divorziate e vedove (22,2 per 1.000 nel 1993 e 24,3 nel 2003) che però numericamente costituiscono un gruppo più piccolo.

In Italia, nel 2003, il tasso standardizzato delle interruzioni volontarie della gravidanza è pari a 9,29 casi ogni 1.000 donne.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



In Lombardia, nel 2003, il tasso standardizzato delle interruzioni volontarie della gravidanza è pari a 10,10 casi ogni 1.000 donne.

Abortività spontanea

La normativa italiana definisce l'aborto spontaneo come l'interruzione spontanea della gravidanza entro il 180 giorno di gestazione.

Il trend del rapporto standardizzato mostra un debole andamento crescente fino alla metà degli anni '90, seguito da una fase di stabilizzazione. Le differenze territoriali sono abbastanza marcate: il Centro e il nord Est seguono l'andamento nazionale con valori più elevati della media, mentre il Mezzogiorno con valori inferiori. Tali andamenti possono essere spiegati in parte dalle differenze territoriali dell'età media del parto. L'aumento del rapporto di abortività spontanea può essere attribuibile a vari fattori, quali una diagnosi più precoce della gravidanza, una migliorata notifica dell'evento, l'innalzamento dell'età della madre al parto e in particolare al primo figlio, il ricorso a tecniche di procreazione medicalmente assistita o la diffusione di fattori ambientali e lavorativi che hanno un'influenza negativa sullo sviluppo del feto.

In Italia il rapporto standardizzato per rapporti di abortività spontanea nella classe 15-49 anni è pari a 127,6 donne gravide.

In Lombardia il rapporto standardizzato per abortività spontanea nella classe di età 15-49 è pari a 126,7 donne gravide.

Parti cesarei

La proporzione dei parti cesarei ha subito negli ultimi decenni un costante incremento in molti paesi occidentali, ed in Italia in particolare sono stati raggiunti i valori più elevati al mondo.

Nel 2004 la proporzione dei parti cesarei a livello nazionale è di 38% sul totale, con un incremento del 6,6 rispetto al 1998

In Lombardia il totale dei parti cesarei nel 2004 è stato del 27,5% sul totale; con un aumento del 4,2 rispetto al 1998.

Incidenti stradali

Gli incidenti, sia domestici che stradali, rappresentano attualmente un problema emergente della Sanità pubblica in Italia.

Gli incidenti stradali nel nostro paese nel 2004 secondo le fonti della polizia di stato sono stati 224.553 di questi ci sono stati 5.625 decessi, con 316.630 feriti. La metà dei decessi avviene prima dei 41 anni d'età ed il 25% prima dei 23 anni.

In Lombardia, nel 2004 gli incidenti registrati sono pari a 46.798 di cui 832 persone coinvolte sono decedute e 63.218 ferite.

Incidenti sul lavoro

L'inail definisce infortunio sul lavoro la conseguenza di una causa violenta ed esterna verificatasi in occasione del lavoro da cui deriva o la morte o un'inabilità temporanea che comporta l'astensione dal lavoro per oltre tre giorni.

In Italia, la media tra il 2002 e il 2005 di mortalità per infortuni sul lavoro in Italia ogni 100.000 abitanti è pari a 7,85 persone.

In Lombardia, la media del tasso di mortalità per infortuni sul lavoro tra 2002 e 2005, è pari a 5,76 persone su 100.000.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Assistenza territoriale

Negli ultimi anni in Italia si è assistito ad un sostanziale mutamento nel profilo demografico e, di conseguenza, il bisogno socio-sanitario e la domanda emergente della popolazione è cambiata.

Il territorio non è più solo il luogo tradizionale di servizi ambulatoriali di medicina generale, di continuità assistenziale, delle attività distrettuali di tutela della salute collettive e delle strutture residenziali per anziani, ma è diventato anche la sede primaria di promozione della salute, di governo della domanda e dell'integrazione dell'assistenza ospedaliera con le cure primarie, la riabilitazione e di riflesso tutte le forme di assistenza destinate all'accompagnamento di anziani, malati cronici, disabili e più in generale soggetti fragili.

In Italia l'esperienza della domiciliarizzazione dell'assistenza, espressione di funzioni e attività proprie delle cure extraospedaliere è ricca e variegata. Le cure domiciliari includono l'assistenza infermieristica e riabilitativa domiciliare (ADI), l'assistenza programmata domiciliare (ADP) fornita da medici di medicina generale gli assistiti non deambulanti e le applicazioni della teleassistenza domiciliare nelle diverse forme di telecontrollo, telesoccorso o teleconsulto.

In Italia, nel 2004 i casi di assistenza domiciliare sono stati 373.424 ovvero 645 casi ogni 100.000 abitanti. Mentre l'assistenza domiciliare agli anziani è stata pari all'84,1% degli anziani residenti.

In Lombardia, nel 2004 i casi di assistenza domiciliare sono stati 70.754 ovvero 765 casi ogni 100.000 abitanti. Mentre l'assistenza domiciliare agli anziani è stata pari all'86,5% degli anziani residenti.

Trapianti

Il trapianto di organi e tessuti, associato alla scoperta di nuovi farmaci che migliorano la tolleranza dell'organo trapiantato nel ricevente, è uno dei progressi più rilevanti nella cura di un grande numero di malattie per le quali non esistono cure alternative.

La promozione delle donazioni, dei trapianti e della valutazione di qualità dell'attività di trapianto organi, cellule staminali e tessuti sono obiettivi importanti del sistema sanitario.

I dati al 31/12/2005 dimostrano un aumento dell'attività di donazione e trapianto ottenuto nel nostro paese, nel giro di dieci anni l'Italia è passata dagli ultimi al secondo posto in Europa e al terzo nel mondo. Anche dal punto di vista qualitativo si registrano ottimi risultati.

In Italia, il tasso dei donatori effettivi per milione di popolazione al 31/12/05 era di 21.

In Lombardia il tasso dei donatori effettivi per milione di popolazione al 31/12/05 era di 20,4.

Spesa sanitaria in rapporto al PIL e spesa sanitaria pubblica pro capite

L'analisi dell'assetto economico finanziario dei sistemi sanitari delle regioni italiane restituisce uno scenario particolarmente eterogeneo. L'attenzione è posta sui fabbisogni della spesa sanitaria a livello regionale e sui relativi disavanzi che, soprattutto in alcune regioni, stanno portando all'accumularsi di debiti particolarmente ingenti e preoccupanti per la stabilità del sistema economico regionale. La presenza di disavanzi ha spinto molte regioni a trovare soluzioni finanziarie in grado di assicurare la necessaria liquidità per lo svolgimento delle operazioni correnti nell'ambito delle aziende sanitarie.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Il rapporto tra spesa e PIL dovrebbe identificare la disponibilità a spendere per l'assistenza sanitaria di una regione in relazione alle proprie disponibilità in termini di reddito.

La spesa sanitaria pubblica corrente in rapporto al PIL negli anni 2002-2003 ha subito un decremento dello 0,32%.

La spesa pro capite delle regioni italiane mostra una significativa variabilità tra il 2003 e il 2005 con un notevole incremento negli ultimi anni soprattutto a favore delle regioni meridionali.

La spesa sanitaria dell'Italia in rapporto al PIL negli anni 2002-2003 ha subito un decremento dello 0,32%, mentre la spesa sanitaria pubblica pro capite è pari a 1.621euro.

La spesa sanitaria della Lombardia in rapporto al PIL negli anni 2002-2003 ha subito un decremento dell'1,25%, mentre la spesa sanitaria pubblica pro capite è pari a 1.575euro.

Assetto economico-finanziario

	Spesa sanitaria pubblica pro capite (in €)		Disavanzo sanitario pubblico pro capite (in €)		Utile o perdita media di esercizio pro capite delle Asl (in €)	
	2004	2005	2003	2004	2003	2004
Lombardia	1.437	1.575	-6,94	-14,09	-1,81	-49,84
Italia	1.548	1.621	39,09	105,60	-73,21	-44,07

Spesa sanitaria per livelli essenziali di assistenza LEA

In Italia, con l'Accordo Stato-Regioni, sottoscritto il 22/11/2001 sono stati definiti i livelli essenziali di assistenza (LEA); questi rappresentano le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o in compartecipazione, grazie alle risorse raccolte attraverso il sistema fiscale. La ripartizione dei costi per livelli essenziali di assistenza è relativa all'anno 2003.

I macrolivelli che assorbono le maggiori risorse sono l'assistenza ospedaliera che rappresenta il 48,4% dei costi totali e il 47,7% dei costi dell'assistenza distrettuale.

A livello regionale i costi per l'assistenza ospedaliera della Lombardia sono pari al 47,7% dei costi totali mentre per l'assistenza distrettuale sono pari a 48,1%.

Disavanzo sanitario pubblico procapite

Il disavanzo sanitario pubblico misura la differenza tra quanto è stato speso e quanto è stato ricevuto come finanziamento. È un indicatore della sostenibilità del processo di devoluzione regionale: disavanzi che tendono strutturalmente ad accentuarsi nel tempo indica la presenza di un problema nella gestione federalista della sanità, mentre peggioramenti a livello di singole regioni indicano un probabile problema gestionale.

In Italia il disavanzo sanitario pubblico procapite nel 2005 è pari a 78,29 € con una variazione assoluta di +55,40.

In Lombardia il disavanzo sanitario pubblico procapite nel 2005 è pari a -3,28 € con una variazione assoluta di +49.48.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Ticket

Il ticket farmaceutico rappresenta il contributo che il paziente deve pagare per ottenere farmaci rimborsati dal SSN.

L'indicatore permette di avere una visione d'insieme dell'utilizzo del ticket farmaceutico, evidenziandone, anche alcune caratteristiche, stabilite attraverso la normativa regionale di riferimento. L'utilizzo di questa leva finanziaria dovrebbe servire a frenare la crescita della spesa farmaceutica, che è spesso viziata dalla tendenza ad acquistare farmaci in quantità superiore ai bisogni effettivi.

La differenza tra Regione e Regione nell'applicazione del ticket, in termini di spesa farmaceutica pro capite, non sembrerebbe evidenziare solo una scelta di natura economico-finanziaria pura, ma una scelta legata alle difficoltà di bilancio e alla mancanza di utilizzo di altri strumenti più idonei a raggiungere il contenimento della spesa farmaceutica.

Nel 2005 il totale della compartecipazione richiesta ai cittadini è stato pari a 515 milioni di euro, corrispondenti al 3,8% della spesa lorda complessiva, in riduzione rispetto al 2004 ed al 2003.

L'incidenza del ticket sulla spesa lorda in Italia è stata pari a 8,9€ corrispondente al 3,8% della spesa farmaceutica pro capite.

La Lombardia ha una spesa farmaceutica lorda di 14,8€ corrispondente al 7,1% della spesa farmaceutica pro capite.

Rating

Il rating è una valutazione, fornita da parte di un'agenzia privata specializzata, del merito di credito di un soggetto emittente obbligazioni sui mercati finanziari internazionali. È un indicatore della capacità del soggetto di far fronte puntualmente al servizio del debito. Il rating assume rilevanza in quanto fornisce agli operatori finanziari un'informazione omogenea sul grado di rischio degli emittenti e riveste una grande importanza per tutti gli investitori che non sono adeguatamente attrezzati per un'analisi autonoma del rischio di credito.

La scala internazionale che esprime il giudizio di rating è formata dalla combinazione di più lettere in cui la lettera A è utilizzata per esprimere il giudizio più elevato e la lettera C il giudizio più basso. Le regioni italiane hanno valori di rating piuttosto differenti si passa dalla AA della Lombardia alla A3- della Campania.

Le tre maggiori agenzie sono Standard and Poor's, Moody's e Fitch Rating che forniscono una gamma completa di valutazione, differente sia per tipologia dell'emittente che per strumento finanziario.

Le tre principali agenzie hanno dato tre differenti valutazioni per ogni regione italiana, mentre allo Stato Italiano la Fitch ha dato: AA-, Moody's Aa2, e S&P A+

La Lombardia ha avuto una valutazione da parte di Fitch pari a AA-, Moody's attribuisce un Aa1 e S&P attribuisce una A+.

Per eventuali approfondimenti

Prof. Francesco Auxilia

Istituto di Igiene e Medicina Preventiva

Via F. Sforza, 35

20122 MILANO

Tel. 02 55038347

Fax 02 54100406

E-mail :francesco.auxilia@unimi.it

COMUNICATO STAMPA

ROMA, 15 FEBBRAIO 2007

Molise
il maggior numero di casi trattati in Assistenza Domiciliare Integrata in rapporto alla popolazione

Sono 2.167 ogni 100.000 abitanti i casi trattati in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) in Molise, e per quanto riguarda gli anziani in questa regione ben oltre 67,8 ogni 1000 sono assistiti domiciliariamente. In Italia i casi trattati in ADI sono 645 ogni 100.000 abitanti e la percentuale di anziani trattati domiciliariamente è del 28,2. L'assistenza domiciliare integrata rappresenta la forma più complessa e diffusa di assistenza domiciliare. Fa riferimento ad un insieme di attività mediche, infermieristiche, riabilitative e socio-assistenziali collegate tramite un approccio multidisciplinare, più o meno integrate e coordinate fra loro, da un punto di vista clinico organizzativo e gestionale secondo un caratteristico piano assistenziale individualizzato, tese ad umanizzare il rapporto con l'assistito ed assicurare continuità tra azioni di cura e riabilitazione nella stabilizzazione della situazione patologica in atto.

Sono i dati che emergono dal **Rapporto Osservasalute 2006**, un'approfondita analisi dello stato di salute della popolazione e della qualità dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane, pubblicato oggi dall'**Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane** e frutto del lavoro di **oltre 200 ricercatori distribuiti su tutto il territorio italiano**, che operano presso Università, Agenzie regionali e provinciali di sanità, Assessorati regionali e provinciali, Aziende ospedaliere ed Aziende sanitarie, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale Tumori, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Ministero della Salute, Istat.

Sopravvivenza e mortalità

	Speranza di vita alla nascita				Speranza di vita a 65 anni				Speranza di vita a 75 anni			
	2003		2004		2003		2004		2003		2004	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Molise	77,4	83,2	77,7	84,2	17,3	20,9	17,5	21,7	10,5	12,7	10,7	13,3
Italia	76,9	82,6	77,7	83,7	16,8	20,5	17,4	21,4	10,3	12,6	10,7	13,3

L'Italia è tra i paesi più longevi al mondo, tanto per gli uomini quanto per le donne. I livelli di sopravvivenza così elevati sono frutto dei continui progressi in medicina e delle migliori condizioni di vita della popolazione che hanno contribuito a ridurre notevolmente i rischi di morte a tutte le età della vita.

Al 2004, la speranza di vita alla nascita, mostra l'ormai noto vantaggio delle donne rispetto agli uomini, con un'aspettativa di vita mediamente di 6 anni più elevata per le



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



prime rispetto ai secondi (**83,7 anni per le donne con un aumento di un anno rispetto al 2003 contro i 77,7 per gli uomini pari 0,8 anni rispetto al 2003**).

In Abruzzo e Molise nel 2004 la speranza di vita alla nascita è tra le più alte del paese, infatti per gli uomini è pari a 77,7 anni e le donne 84,2; mentre la speranza di vita tra i 65 e i 75 anni è pari a 17,5 anni per gli uomini e 21,7 anni per le donne; a 75 anni la speranza di vita per gli uomini è pari a 10,7 anni e 13,3 anni per le donne.

Nel 2004, ultimo anno in cui è disponibile una stima della mortalità per causa di decesso, il tasso di mortalità standardizzato oltre l'anno di vita è risultato pari a **92,96** per 10.000 uomini e a **53,93** per 10.000 donne.

In Molise il tasso di mortalità per gli uomini è pari a 93,16 su 10.000 uomini e a 52,93 su 10.000 donne.

Tra le cause di morte, le maggiori responsabili dell'aumento del rischio di morte degli uomini, tra il 2002 e il 2003 sono state le malattie cardio-respiratorie: quasi tutte le regioni hanno assistito ad un incremento nel rischio di morte per tale causa in Italia, su 10.000 abitanti il tasso di mortalità per gli uomini è pari a 6,83 e per le donne è pari a 2,43.

In Molise il tasso di mortalità dovuto a malattie per l'apparato respiratorio su 10.000 abitanti è pari a 8,07 per gli uomini con un incremento rispetto al 2003 dell'1,93 e 2,30 per le donne con un decremento dello 0,32.

Per alcune regioni le malattie del sistema circolatorio hanno avuto un forte impatto sull'incidenza del tasso di mortalità, che per gli uomini è pari al 34,34 su 10.000 abitanti con un decremento del 3,78% e per le donne è pari a 22,16 con un decremento del 3,34%.

In Molise tale tasso è pari a 37,58 per gli uomini con un decremento del 3% e per le donne è pari al 22,78 con un decremento del 9,22%.

Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione

Fattori di rischio e stili di vita								
	Prevalenza di fumatori di 14 anni e oltre		% persone obese		% persone in sovrappeso		Prevalenza consumatori bevande alcoliche di 11 anni e oltre**	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2003	
							M	F
Molise	21,3	20,9	10,8	13,2	34,8	36,3	87,2	52,1
Italia	23,7	25,0	8,5	9,0	33,5	33,6	84,7	59,8

** i dati del Molise sono stati accorpati con quelli dell'Abruzzo

Il fumo

La lotta al tabagismo rappresenta uno degli obiettivi prioritari delle politiche sanitarie; la prevalenza di fumatori permette di misurare il fenomeno e programmare interventi finalizzati al suo contenimento nella popolazione. I dati rilevati nell'ambito dell'Indagine Multiscopo sulle famiglie Stili di vita e condizioni di salute nell'anno 2005, mostrano che l'abitudine al fumo riguarda circa il 25% della popolazione italiana, la prevalenza dei non fumatori e degli ex fumatori è rispettivamente di circa 53% ed il 21,3%. Inoltre si osserva un decremento significativo della percentuale di fumatrici (dal 17,4% al 15,8%) .



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



In Italia la percentuale di fumatori è pari a 25% della popolazione residente, mentre gli ex fumatori sono il 21,3% e i non fumatori il 53%.

In Molise la percentuale di fumatori è pari a 20,9% della popolazione residente, mentre gli ex fumatori sono il 19,7% e i non fumatori il 57,3%.

Sovrappeso e obesità

L'epidemia di obesità si sta rapidamente diffondendo: nel mondo circa 300 milioni di individui sono obesi, il tasso di incidenza è in continuo ed allarmante aumento e si stima che nel 2010 circa 150 milioni di adulti saranno affetti da questo problema.

Solo poco più della metà della popolazione italiana è in normopeso: il 42,6% è in eccesso ponderale. Nel confronto temporale tra il 2002 e il 2003 il dato relativo all'obesità presenta un aumento da 8,5% a 9%.

In Italia la prevalenza di persone di 18 anni e oltre in sovrappeso è 33,6% della popolazione totale, mentre quelle in sovrappeso sono pari a 9,0%.

In Molise la prevalenza di persone di 18 anni e oltre in sovrappeso è 36,3% della popolazione totale, mentre quelle in sovrappeso sono pari a 13,2%.

Ambiente

L'inquinamento da polveri fini (PM₁₀), originato sia da sorgenti naturali che antropiche, provoca effetti sulla salute a breve, medio e lungo termine dovuti ad una compromissione dell'apparato respiratorio con danni acuti e cronico degenerativi.

L'incremento delle concentrazioni sembrerebbe essere accentuato durante i mesi invernali. L'analisi dei dati relativi alla "media annua delle concentrazioni medie giornaliere delle polveri fini" mostrerebbe che quattro regioni (Veneto, Marche, Lombardia e Valle d'Aosta) superano il valore limite. Un esame disaggregato dei dati derivanti da 76 comuni dimostra che in 31 comuni almeno una centralina ha registrato un valore medio annuo superiore al limite di riferimento.

In Italia la media annua delle concentrazioni medie giornaliere delle PM₁₀ è pari a 33, sono presenti 10 stazioni per ogni 382.397 abitanti e il limite è stato superato con una media di 53 giorni.

Non vi sono dati relativi all'inquinamento del Molise.

Ambiente				
	Media annua delle concentrazioni medie giornaliere di PM10		N° medio gg di superamento limite delle concentrazioni medie giornaliere	
	2003	2004	2003	2004
Molise	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Italia	41	33	80	53
n.d. = dato non disponibile				

Salute immigrati

All'inizio del 2006 gli immigrati presenti regolarmente in Italia erano 3.035.000 secondo la stima dell'Equipe del Dossier statistico Immigrazione Caritas/Migrantes. Ai dati ufficiali vanno aggiunti coloro che sono presenti irregolarmente e quindi complessivamente si può indicare la presenza di circa 3.500.000 persone.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Come conseguenza dell'aumento del fenomeno migratorio si è osservato in Italia un incremento nel tempo delle nascite da cittadini stranieri.

In Italia i nati vivi con almeno uno dei genitori cittadino straniero sono pari a 65.062 bambini, con una prevalenza di entrambi i genitori stranieri (46.598).

In Molise i nati vivi con almeno un cittadino straniero sono pari a 115 bambini di cui 44 hanno entrambi i genitori stranieri.

Negli ultimi anni si è evidenziato un incremento del numero di interruzioni volontarie di gravidanza (38.364) da parte di donne straniere immigrate in Italia. La maggior parte delle donne straniere che abortisce in Italia sono donne nate nell'Est Europa (17.350 interruzioni di gravidanza), ma anche in paesi del Centro-Sud America (7.090), dell'Africa (6.169) e dell'Asia (3.865).

In Molise il totale delle interruzioni di gravidanza da parte di donne immigrate nel nostro paese è pari a 71.

Nel decennio di osservazione (1992-2002) l'ammontare complessivo dei decessi tra gli stranieri oltre il primo anno di vita in Italia supera le 32.000 unità con un andamento crescente che mostra negli anni delle forti correlazioni con il processo legislativo delle regolarizzazioni della popolazione straniera.

Il tasso standardizzato di mortalità per 10.000 stranieri residenti in Italia è pari a 20,03.

In Abruzzo e Molise il tasso standardizzato di mortalità per 10.000 stranieri residenti è pari a 13,93.

Tumori

A seguito della crisi del 2003, i tumori maligni dello stomaco mantengono un andamento piuttosto stabile, nel 2004 il tasso standardizzato è pari a 2,2 per 10.000 uomini e a 1,1 per le donne come pure i tumori maligni del colon, retto e ano (3,2 uomini e 1,9 donne ogni 10.000); continuano a ridursi i tumori maligni di trachea, bronchi e polmoni per gli uomini (8,7 per 10.000 ab.) ma continuano ad aumentare quelli delle donne (1,8 per 10.000 ab. pari ad un aumento dello 0,12%).

Secondo i dati osservati dai Registri Tumore di popolazione emerge che i tumori più frequenti tra gli uomini sono il tumore della prostata, del polmone e del colon-retto mentre tra le donne sono il tumore della mammella, del colon-retto e del polmone.

Il rischio oncologico delle regioni del Sud è stato sempre stimato essere più basso di quello delle regioni del Nord anche se negli ultimi anni questa differenza si è ridotta notevolmente.

I tassi di incidenza delle donne invece sono in aumento in tutte le regioni, ma la crescita sembra sempre più accentuata in alcune regioni del sud.

In Italia, nel periodo che va dal 2001 al 2006 il tasso medio di incidenza di tutti i tumori per 100.000 abitanti è pari a 304,5.

In Molise, nel periodo che va da 2001 al 2006 il tasso medio di incidenza di tutti i tumori per 100.000 abitanti è pari a 242,0.

Tumore alla mammella

Il tumore alla mammella è il tumore più frequente nelle donne dei paesi occidentali, per le quali il rischio di ammalarsi nel corso della vita giunge fino al 10-11%. L'incidenza del tumore alla mammella in Italia nel quinquennio 2001-2006 rispetto al precedente 1995-2000 è in lieve aumento. I tassi di incidenza del tumore alla mammella sono in aumento in tutte le regioni italiane, presumibilmente in associazione con la diffusione dei programmi di screening organizzati e dell'aumentata



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



attenzione a controlli in fase preclinica. Il tasso di incidenza del tumore alla mammella nelle donne è pari a 92,6 su 100.000 abitanti con un aumento del 1,5%

In Italia, Il tasso di incidenza del tumore alla mammella nelle donne è pari a 92,6 su 100.000 abitanti con un aumento del 1,5%

In Molise, nel periodo 2001-2006 questo tasso è pari a 72,2 con un incremento del 10,4% delle donne rispetto al quinquennio precedente.

Tumore del colon retto

In Europa il timore del colon retto è la seconda neoplasia più comune in entrambi i sessi. In Italia l'incidenza del tumore del colon-retto 1995-2000 verso 2001-2006 è complessivamente in aumento, a causa del trend di crescita negli uomini (da 60 a 66 casi per 100.000); l'aumento dei tassi si verifica in tutte le fasce d'età, ma è più evidente nella fascia tra 75-84 anni

In Molise il tasso standardizzato totale per il periodo 2001-2006 è pari a 40,3 casi ogni 100.000 abitanti così diviso 60,1 per gli uomini e 23,8 per le donne.

Tumore del Polmone

Il **cancro polmonare** è una delle neoplasie maligne più frequentemente diagnosticate nel mondo. In Italia, nel periodo 2001-2006, l'incidenza del tumore polmonare, è in riduzione rispetto al precedente periodo (1995-2000) ed è pari a 72 casi ogni 100.000 uomini e dimostra valori costanti per le donne pari a 14 casi ogni 100.000, ma vi sono preoccupanti segnali di incremento in alcune regioni.

In Molise il tasso medio di incidenza per tumore del polmone per classe di età 0-84 anni ogni 100.000 abitanti nel periodo 2001-2006 è pari ad un tasso standardizzato del 29,3 casi diviso in 56 casi per gli uomini con una diminuzione del 4% e del 6,7 casi per le donne con una diminuzione dello 0,5%.

Screening tumori per tumori femminili e del colon retto

Prosegue l'estensione nel territorio nazionale dell'attività di screening organizzato per i tumori femminili e per quelli del colon retto. A fronte di una maggiore diffusione nelle regione del Centro e del Nord Italia, le regione del sud si stanno attivando, anche sotto l'impulso della legge 138/2004 del CCM e al coordinamento del ONS.

Screening mammografico

L'attivazione di programmi di screening per tumore alla mammella è raccomandata in Italia con programmi organizzati su un invito attivo ed è richiesta nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza. Nel 2004 vi è stata una ulteriore espansione dei programmi di screening ed è stata pari al 68,7%. Questo significa che due donne su tre risiedono in un territorio in cui è stato attivato un programma di screening mammografico. Le donne che hanno realmente ricevuto un invito a partecipare al programma di screening mammografico hanno avuto un incremento pari a circa il 24%.

In Italia, nel 2004 la percentuale di donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni inseriti in un programma di screening mammografico mostra un'estensione teorica è pari a 68,7% con un incremento del 12,5% di cui l'estensione effettiva è pari a 51,1%.

In Molise, nel 2004 la percentuale di donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni inseriti in un programma di screening mammografico mostra



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



un'estensione teorica è pari al 100% con un'estensione effettiva è pari a 133,7%.

Malattie infettive

Nel corso del XX secolo la scoperta di antibiotici sempre più attivi, la produzione di vaccini efficaci e l'applicazione di idonee misure di igiene ambientale hanno contrastato con grande efficacia un crescente numero di malattie infettive. La prevalenza di molte patologie infettive è gradualmente diminuita soprattutto nei paesi industrializzati. Questi successi hanno favorito la diffusione dell'idea che le malattie infettive siano state vinte. Ma questo concetto non è propriamente giusto se si pensa ai paesi sottosviluppati, e se si esamina che per alcune malattie (AIDS, EBOLA; SARS etc) sono aumentate le aspettative di vita, ma sono ancora causa di morte.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che entro il 2015 saranno disponibili ben 36 nuovi vaccini (ad esempio contro l'HIV o il virus C dell'epatite) o migliorati (ad esempio contro il virus B dell'epatite o la febbre tifoide).

Malattie infettive				
	Tasso di incidenza AIDS (per 100.000)		Tasso std di incidenza epatite A (per 100.000)	
	2004	2005	2003	2004
Molise	2,92	0,90	0,31	0,00
Italia	2,85	1,80	3,33	4,25

Incidenza AIDS

In Italia, dal 1994 al 2005 sono stati notificati 32.996 casi di AIDS con un tasso di incidenza di 1,8 nuovi casi ogni 100.000 abitanti. Per quanto riguarda i tassi di incidenza si è registrata una sensibile diminuzione a partire dal 1996/97 a livello di tutti gli ambiti regionali. Il trend coincide con l'ingresso in Italia di farmaci antiretrovirali che hanno ridotto il rischio di progressione in AIDS degli HIV positivi aumentando pertanto la quota dei soggetti sieropositivi.

In Molise nel 2005 sono stati registrati 3 nuovi casi di AIDS con un tasso di incidenza pari a 0,9 nuovi casi ogni 100.000 abitanti.

Epatite A

L'epidemia in Italia viene considerata a basse endemia, nel 2004 il tasso di incidenza è stato di 4 casi ogni 100.000 abitanti.

In Molise non sono stati registrati casi di Epatite

Tubercolosi

L'Italia è stata classificata come paese a bassa incidenza di tubercolosi. In base ai dati ricavati dalle notifiche obbligatorie nell'anno 2004, il tasso di incidenza di tubercolosi per gli uomini è pari a 8,70 casi per 100.000 residenti quasi il doppio rispetto a quello registrato per le donne(5,45 per 100.000 ab.)

In Molise non sono stati registrati casi di tubercolosi



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Dipendenze da sostanza

All'interno della popolazione italiana l'abuso di alcune sostanze illegali (principalmente eroina e cocaina) risulta correlato ad un aumentato rischio di mortalità. La classe d'età maggiormente toccata dal fenomeno consumo è 15-44 anni. A livello italiano si evidenzia un continuo decremento del tasso di mortalità dal 1996 al 2002; il calo risulta particolarmente evidente tra il 1996 (6,31 morti ogni 100.000 ab) e il 1997 (4,71 morti) e tra il 2001 (3,42 morti) e il 2002 (2,17 morti). Si rileva poi un tasso costante fino a fine del 2003 con una successiva inversione di tendenza nel 2004 (2,50 morti) confermata nel 2005 con 2,52 morti.

In Molise nel 2005 il tasso di mortalità per abuso di stupefacenti nella fascia di età compresa tra 15 e 44 anni è pari a 2,30 con un decremento dell' 1,51% su 100.000 abitanti.

Salute materno-infantile

Gli indicatori della salute materno-infantile rappresentano un importante strumento per valutare lo stato di salute di una popolazione.

Abortività volontaria

I dati del 2003 con 124.118 di interruzioni di gravidanza volontarie (IVG) confermano la tendenza alla stabilizzazione del fenomeno, dopo un costante declino iniziato a partire dalla metà degli anni 80. Le regioni del Nord Ovest e del Centro presentano valori superiori alla media nazionale.

Il tasso standardizzato è di 9,2 casi ogni 1.000 donne, mentre il tasso più elevato si osserva nella classe 20-24 anni con 15,1. Questo dato può essere determinato in parte dall'ingresso delle donne straniere, prevalentemente giovani, presenti nel nostro paese che fanno ricorrenza alla IVG.

Osservando il fenomeno per lo stato civile, i livelli di abortività più elevati si osservano tra le persone separate, divorziate e vedove (22,2 per 1.000 nel 1993 e 24,3 nel 2003) che però numericamente costituiscono un gruppo più piccolo.

In Molise, nel 2003, il tasso standardizzato delle interruzioni volontarie della gravidanza è pari all'8,17 casi ogni 1.000 donne.

Abortività spontanea

La normativa italiana definisce l'aborto spontaneo come l'interruzione spontanea della gravidanza entro il 180 giorno di gestazione.

Il trend del rapporto standardizzato mostra un debole andamento crescente fino alla metà degli anni '90, seguito da una fase di stabilizzazione. Le differenze territoriali sono abbastanza marcate: il Centro e il nord Est seguono l'andamento nazionale con valori più elevati della media, mentre il Mezzogiorno con valori inferiori. Tali andamenti possono essere spiegati in parte dalle differenze territoriali dell'età media del parto. L'aumento del rapporto di abortività spontanea può essere attribuibile a vari fattori, quali una diagnosi più precoce della gravidanza, una migliorata notifica dell'evento, l'innalzamento dell'età della madre al parto e in particolare al primo figlio, il ricorso a tecniche di procreazione medicalmente assistita o la diffusione di fattori ambientali e lavorativi che hanno un'influenza negativa sullo sviluppo del feto.

In Italia il rapporto standardizzato per rapporti di abortività spontanea nella classe 15-49 anni è pari a 127,6 donne gravide.

In Molise il rapporto standardizzato per abortività spontanea nella classe di età 15-49 è pari a 100,0 donne gravide.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Parti cesarei

La proporzione dei parti cesarei ha subito negli ultimi decenni un costante incremento in molti paesi occidentali, ed in Italia in particolare sono stati raggiunti i valori più elevati al mondo.

Nel 2004 la proporzione dei parti cesarei a livello nazionale è di 38% sul totale.

In Molise il totale dei parti cesarei nel 2004 è stato del 49,0% sul totale; con un aumento del 15,5 rispetto al 1998.

Incidenti stradali

Gli incidenti, sia domestici che stradali, rappresentano attualmente un problema emergente della Sanità pubblica in Italia.

Gli incidenti stradali nel nostro paese nel 2004 secondo le fonti della polizia di stato sono stati 224.553 di questi ci sono stati 5.625 decessi, con 316.630 feriti.

Gli incidenti stradali nel nostro paese nel 2004 secondo le fonti della polizia di stato sono stati 224.553 di questi ci sono stati 5.625 decessi, con 316.630 feriti. La metà dei decessi avviene prima dei 41 anni d'età ed il 25% prima dei 23 anni.

In Molise, nel 2004 gli incidenti registrati sono pari a 470 di cui 17 persone coinvolte sono decedute e 799 ferite.

Incidenti sul lavoro

L'inail definisce infortunio sul lavoro la conseguenza di una causa violenta ed esterna verificatasi in occasione del lavoro da cui deriva o la morte o un'inabilità temporanea che comporta l'astensione dal lavoro per oltre tre giorni.

In Italia, la media tra il 2002 e il 2005 di mortalità per infortuni sul lavoro in Italia ogni 100.000 abitanti è pari a 7,85 persone.

In Molise, la media di mortalità per infortuni sul lavoro tra 2002 e 2005, è pari a 21,09 persone su 100.000.

Assistenza territoriale

Negli ultimi anni in Italia si è assistito ad un sostanziale mutamento nel profilo demografico e, di conseguenza, il bisogno socio-sanitario e la domanda emergente della popolazione è cambiata.

Il territorio non è più solo il luogo tradizionale di servizi ambulatoriali di medicina generale, di continuità assistenziale, delle attività distrettuali di tutela della salute collettive e delle strutture residenziali per anziani, ma è diventato anche la sede primaria di promozione della salute, di governo della domanda e dell'integrazione dell'assistenza ospedaliera con le cure primarie, la riabilitazione e di riflesso tutte le forme di assistenza destinate all'accompagnamento di anziani, malati cronici, disabili e più in generale soggetti fragili.

In Italia l'esperienza della domiciliarizzazione dell'assistenza, espressione di funzioni e attività proprie delle cure extraospedaliere è ricca e variegata. Le cure domiciliari includono l'assistenza infermieristica e riabilitativa domiciliare (ADI), l'assistenza programmata domiciliare (ADP) fornita da medici di medicina generale gli assistiti non deambulanti e le applicazioni della teleassistenza domiciliare nelle diverse forme di telecontrollo, telesoccorso o teleconsulto.

In Italia, nel 2004 i casi di assistenza domiciliare sono stati 373.424 ovvero 645 casi ogni 100.000 abitanti. Mentre l'assistenza domiciliare agli anziani è stata pari all'84,1% degli anziani residenti.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



In Molise, nel 2004 i casi di assistenza domiciliare sono stati 6.971 ovvero 2.167 casi ogni 100.000 abitanti. Mentre l'assistenza domiciliare agli anziani è stata pari al 67,2% degli anziani residenti.

Trapianti

Il trapianto di organi e tessuti, associato alla scoperta di nuovi farmaci che migliorano la tolleranza dell'organo trapiantato nel ricevente, è uno dei progressi più rilevanti nella cura di un grande numero di malattie per le quali non esistono cure alternative.

La promozione delle donazioni, dei trapianti e della valutazione di qualità dell'attività di trapianto organi, cellule staminali e tessuti sono obiettivi importanti del sistema sanitario.

I dati al 31/12/2005 dimostrano un aumento dell'attività di donazione e trapianto ottenuto nel nostro paese, nel giro di dieci anni l'Italia è passata dagli ultimi al secondo posto in Europa e al terzo nel mondo. Anche dal punto di vista qualitativo si registrano ottimi risultati.

In Italia, il tasso dei donatori effettivi per milione di popolazione al 31/12/05 era di 21.

In Molise il tasso dei donatori effettivi per milione di popolazione al 31/12/05 era di 9,4.

Spesa sanitaria in rapporto al PIL e spesa sanitaria pubblica pro capite

L'analisi dell'assetto economico finanziario dei sistemi sanitari delle regioni italiane restituisce uno scenario particolarmente eterogeneo. L'attenzione è posta sui fabbisogni della spesa sanitaria a livello regionale e sui relativi disavanzi che, soprattutto in alcune regioni, stanno poetando all'accumularsi di debiti particolarmente ingenti e preoccupanti per la stabilità del sistema economico regionale. La presenza di disavanzi ha spinto molte regioni a trovare soluzioni finanziarie in grado di assicurare la necessaria liquidità per lo svolgimento delle operazioni correnti nell'ambito delle aziende sanitarie.

Il rapporto tra spesa e PIL dovrebbe identificare la disponibilità a spendere per l'assistenza sanitaria di una regione in relazione alle proprie disponibilità in termini di reddito.

La spesa sanitaria pubblica corrente in rapporto al PIL negli anni 2002-2003 ha subito un decremento dello 0,32%.

La spesa pro capite delle regioni italiane mostra una significativa variabilità tra il 2003 e il 2005 con un notevole incremento negli ultimi anni soprattutto a favore delle regioni meridionali.

La spesa sanitaria dell'Italia in rapporto al PIL negli anni 2002-2003 ha subito un decremento dello 0,32%, mentre la spesa sanitaria pubblica pro capite è pari a 1.621euro.

La spesa sanitaria del Molise in rapporto al PIL negli anni 2002-2003 ha subito un incremento del 12,56%, mentre la spesa sanitaria pubblica pro capite è pari a 1.854euro.

Assetto economico-finanziario		
Spesa sanitaria pubblica pro capite (in €)	Disavanzo sanitario pubblico pro capite (in €)	Utile o perdita media di esercizio pro capite delle Asl (in €)



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



	2004	2005	2003	2004	2003	2004
Molise	1.614	1.854	227,19	156,93	-326,32	-317,32
Italia	1.548	1.621	39,09	105,60	-73,21	-44,07

Spesa sanitaria per livelli essenziali di assistenza LEA

In Italia, con l'Accordo Stato-Regioni, sottoscritto il 22/11/2001 sono stati definiti i livelli essenziali di assistenza (LEA); questi rappresentano le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o in compartecipazione, grazie alle risorse raccolte attraverso il sistema fiscale. La ripartizione dei costi per livelli essenziali di assistenza è relativa all'anno 2003. I macrolivelli che assorbono le maggiori risorse sono l'assistenza ospedaliera che rappresenta il 48,4% dei costi totali e il 47,7% dei costi dell'assistenza distrettuale.

A livello regionale i costi per l'assistenza ospedaliera del Molise sono pari al 48% dei costi totali mentre per l'assistenza distrettuale sono pari a 44,9%.

Disavanzo sanitario pubblico procapite

Il disavanzo sanitario pubblico misura la differenza tra quanto è stato speso e quanto è stato ricevuto come finanziamento. È un indicatore della sostenibilità del processo di devoluzione regionale: disavanzi che tendono strutturalmente ad accentuarsi nel tempo indica la presenza di un problema nella gestione federalista della sanità, mentre peggioramenti a livello di singole regioni indicano un probabile problema gestionale.

In Italia il disavanzo sanitario pubblico procapite nel 2005 è pari a 78,29 € con una variazione assoluta di +55,40.

In Molise il disavanzo sanitario pubblico procapite nel 2005 è pari a 246,86 € con una variazione assoluta di +99,71 euro pro capite.

Ticket

Il ticket farmaceutico rappresenta il contributo che il paziente deve pagare per ottenere farmaci rimborsati dal SSN.

L'indicatore permette di avere una visione d'insieme dell'utilizzo del ticket farmaceutico, evidenziandone, anche alcune caratteristiche, stabilite attraverso la normativa regionale di riferimento. L'utilizzo di questa leva finanziaria dovrebbe servire a frenare la crescita della spesa farmaceutica, che è spesso viziata dalla tendenza ad acquistare farmaci in quantità superiore ai bisogni effettivi.

La differenza tra Regione e Regione nell'applicazione del ticket, in termini di spesa farmaceutica pro capite, non sembrerebbe evidenziare solo una scelta di natura economico-finanziaria pura, ma una scelta legata alle difficoltà di bilancio e alla mancanza di utilizzo di altri strumenti più idonei a raggiungere il contenimento della spesa farmaceutica.

Nel 2005 il totale della compartecipazione richiesta ai cittadini è stato pari a 515 milioni di euro, corrispondenti al 3,8% della spesa lorda complessiva, in riduzione rispetto al 2004 ed al 2003.

L'incidenza del ticket sulla spesa lorda in Italia è stata pari a 8,9€ corrispondente al 3,8% della spesa farmaceutica pro capite.

Il Molise ha una spesa farmaceutica lorda di 10,4€ corrispondente al 4,8% della spesa farmaceutica pro capite.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Rating

Il rating è una valutazione, fornita da parte di un'agenzia privata specializzata, del merito di credito di un soggetto emittente obbligazioni sui mercati finanziari internazionali. È un indicatore della capacità del soggetto di far fronte puntualmente al servizio del debito. Il rating assume rilevanza in quanto fornisce agli operatori finanziari un'informazione omogenea sul grado di rischio degli emittenti e riveste una grande importanza per tutti gli investitori che non sono adeguatamente attrezzati per un'analisi autonoma del rischio di credito.

La scala internazionale che esprime il giudizio di rating è formata dalla combinazione di più lettere in cui la lettera A è utilizzata per esprimere il giudizio più elevato e la lettera C il giudizio più basso. Le regioni italiane hanno valori di rating piuttosto differenti si passa dalla AA della Lombardia alla A3- della Campania.

Le tre maggiori agenzie sono Standard and Poor's, Moody's e Fitch Rating che forniscono una gamma completa di valutazione, differente sia per tipologia dell'emittente che per strumento finanziario.

Le tre principali agenzie hanno dato tre differenti valutazioni per ogni regione italiana, mentre allo Stato Italiano la Fitch ha dato: AA-, Moody's Aa2, e S&P A+

Il Molise non ha avuto nessuna valutazione da parte di Fitch e S&P, Moody's attribuisce A2.

Per eventuali approfondimenti

Dott. Nicola Ricci, Direttore UO Igiene e Sanità Pubblica ASREM – Azienda Sanitaria regionale – Molise

Tel 0865 442576



COMUNICATO STAMPA

ROMA, 15 FEBBRAIO 2007

Puglia: il più basso tasso di mortalità per infarto

In Puglia nel 2004 si registra il più basso tasso standardizzato (per 10.000 abitanti) di mortalità per infarto: 5,58 per gli uomini e 2,72 per le donne (il dato nazionale si attesta rispettivamente a 7,28 e 3,22) Particolarmente basso anche il tasso medio di incidenza per tumore di colon-retto nella fascia di età compresa tra 0 e 84 anni, pari a 35% per il periodo 2001-2006 50,2 il dato nazionale). Sul fronte degli stili di vita, secondo i dati 2003, è la regione con la più alta percentuale di non fumatori (61,6% rispetto al 53% di Italiani) e quella che fa registrare la percentuale più alta di persone (maggiori di tre anni di età) che consumano quotidianamente frutta, 84,9%, mentre il dato italiano è del 76,7.

Sono i dati che emergono dal **Rapporto Osservasalute 2006**, un'approfondita analisi dello stato di salute della popolazione e della qualità dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane, pubblicato oggi dall'**Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane** e frutto del lavoro di **oltre 200 ricercatori distribuiti su tutto il territorio italiano**, che operano presso Università, Agenzie regionali e provinciali di sanità, Assessorati regionali e provinciali, Aziende ospedaliere ed Aziende sanitarie, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale Tumori, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Ministero della Salute, Istat

Sopravvivenza e mortalità

	Speranza di vita alla nascita				Speranza di vita a 65 anni				Speranza di vita a 75 anni			
	2003		2004		2003		2004		2003		2004	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Puglia	77,6	82,8	78,7	84,0	17,1	20,6	17,9	21,5	10,4	12,5	10,9	13,3
Italia	76,9	82,6	77,7	83,7	16,8	20,5	17,4	21,4	10,3	12,6	10,7	13,3

L'Italia è tra i paesi più longevi al mondo, tanto per gli uomini quanto per le donne. I livelli di sopravvivenza così elevati sono frutto dei continui progressi in medicina e delle migliori condizioni di vita della popolazione che hanno contribuito a ridurre notevolmente i rischi di morte a tutte le età della vita.

Al 2004, la speranza di vita alla nascita, mostra l'ormai noto vantaggio delle donne rispetto agli uomini, con un'aspettativa di vita mediamente di 6 anni più elevata per le prime rispetto ai secondi (**83,7 anni per le donne con un aumento di un anno rispetto al 2003 contro i 77,7 per gli uomini pari a 0,8 anni rispetto al 2003**). **In Puglia nel 2004 la speranza di vita alla nascita per gli uomini è pari a 78,7 anni e le donne 84,0; mentre la speranza di vita tra i 65 e i 75 anni è pari a 17,9 anni per gli uomini e 21,5 anni per le donne; a 75 anni la speranza di vita per gli uomini è pari a 10,9 anni e 13,3 anni per le donne.**



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Nel 2004, ultimo anno in cui è disponibile una stima della mortalità per causa di decesso, il tasso di mortalità standardizzato oltre l'anno di vita è risultato pari a 92,96 per 10.000 uomini e a 53,13 per 10.000 donne.

In Puglia il tasso di mortalità per gli uomini è pari a 86,98 su 10.000 uomini e a 53,13 su 10.000 donne.

Tra le cause di morte, le maggiori responsabili dell'aumento del rischio di morte degli uomini, tra il 2002 e il 2003 sono state le malattie cardio-respiratorie: quasi tutte le regioni hanno assistito ad un incremento nel rischio di morte per tale causa in Italia, su 10.000 abitanti il tasso di mortalità per gli uomini è pari a 6,83 e per le donne è pari a 2,43.

In Puglia il tasso di mortalità dovuto a malattie per l'apparato respiratorio su 10.000 abitanti è pari a 6,82 per gli uomini con un decremento rispetto al 2003 del 3,21% e 2,11 per le donne con un decremento dell'1,32%.

Per alcune regioni le malattie del sistema circolatorio hanno avuto un forte impatto sull'incidenza del tasso di mortalità, che per gli uomini è pari al con 34,45 su 10.000 abitanti con un decremento del 3,78% e per le donne è pari a 22,16 con un decremento del 3,34%.

In Puglia tale tasso è pari a 30,23 per gli uomini con un decremento del 6,13% e per le donne è pari al 22,37% con un decremento del 3,7%.

Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione

Fattori di rischio e stili di vita								
	Prevalenza di fumatori di 14 anni e oltre		% persone obese		% persone in sovrappeso		Prevalenza consumatori bevande alcoliche di 11 anni e oltre	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2003	
							M	F
Puglia	20,0	20,9	9,6	10,0	36,3	34,8	84,6	55,1
Italia	23,7	25,0	8,5	9,0	33,5	33,6	84,7	59,8

Il fumo

La lotta al tabagismo rappresenta uno degli obiettivi prioritari delle politiche sanitarie; la prevalenza di fumatori permette di misurare il fenomeno e programmare interventi finalizzati al suo contenimento nella popolazione. I dati rilevati nell'ambito dell'Indagine Multiscopo sulle famiglie Stili di vita e condizioni di salute nell'anno 2005, mostrano che l'abitudine al fumo riguarda circa il 25% della popolazione italiana, la prevalenza dei non fumatori e degli ex fumatori è rispettivamente di circa 53% ed il 21,3%. Inoltre si osserva un decremento significativo della percentuale di fumatrici (dal 17,4% al 15,8%) .

In Italia la percentuale di fumatori è pari a 25% della popolazione residente, mentre gli ex fumatori sono il 21,3% e i non fumatori il 53%.

In Puglia la percentuale di fumatori è pari a 20,9% della popolazione residente, mentre gli ex fumatori sono il 16,3% e i non fumatori il 61,6%.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Sovrappeso e obesità

L'epidemia di obesità si sta rapidamente diffondendo: nel mondo circa 300 milioni di individui sono obesi, il tasso di incidenza è in continuo ed allarmante aumento e si stima che nel 2010 circa 150 milioni di adulti saranno affetti da questo problema.

Solo poco più della metà della popolazione italiana è in normopeso: il 42,6% è in eccesso ponderale. Nel confronto temporale tra il 2002 e il 2003 il dato relativo all'obesità presenta un aumento da 8,5% a 9%.

In Italia la prevalenza di persone di 18 anni e oltre in sovrappeso è 33,6% della popolazione totale, mentre quelle in sovrappeso sono pari a 9,0%.

In Puglia la prevalenza di persone di 18 anni e oltre in sovrappeso è 34,8% della popolazione totale, mentre quelle in sovrappeso sono pari a 10,0%.

Ambiente

L'inquinamento da polveri fini (PM₁₀), originato sia da sorgenti naturali che antropiche, provoca effetti sulla salute a breve, medio e lungo termine dovuti ad una compromissione dell'apparato respiratorio con danni acuti e cronico degenerativi.

L'incremento delle concentrazioni sembrerebbe essere accentuato durante i mesi invernali. L'analisi dei dati relativi alla "media annua delle concentrazioni medie giornaliere delle polveri fini" mostrerebbe che quattro regioni (Veneto, Marche, Lombardia e Valle d'Aosta) superano il valore limite. Un esame disaggregato dei dati derivanti da 76 comuni dimostra che in 31 comuni almeno una centralina ha registrato un valore medio annuo superiore al limite di riferimento.

In Italia la media annua delle concentrazioni medie giornaliere delle PM₁₀ è pari a 33, sono presenti 10 stazioni per ogni 382.397 abitanti e il limite è stato superato con una media di 53 giorni.

Nel 2004 in Puglia la media annua delle concentrazioni giornaliere delle PM₁₀ è pari a 35 è presente 1 stazione per il rilevamento delle PM₁₀, il cui limite è stato superato per circa 27 giorni.

Ambiente				
	Media annua delle concentrazioni medie giornaliere di PM10		N° medio gg di superamento limite delle concentrazioni medie giornaliere	
	2003	2004	2003	2004
Puglia	d.m.	35	d.m.	27
Italia	41	33	80	53
d.m. = dato mancante per assenza di stazioni				

Salute immigrati

All'inizio del 2006 gli immigrati presenti regolarmente in Italia erano 3.035.000 secondo la stima dell'Equipe del Dossier statistico Immigrazione Catitas/Migrantes. Ai dati ufficiali vanno aggiunti coloro che sono presenti irregolarmente e quindi complessivamente si può indicare la presenza di circa 3.500.000 persone.

Come conseguenza dell'aumento del fenomeno migratorio si è osservato in Italia un incremento nel tempo delle nascite da cittadini stranieri.

In Italia i nati vivi con almeno uno dei genitori cittadino straniero sono pari a 65.062 bambini, con una prevalenza di entrambi genitori stranieri (46.598).



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



In Puglia i nati vivi con almeno un cittadino straniero sono pari a 1.076 bambini di cui 628 hanno entrambi i genitori stranieri.

Negli ultimi anni si è evidenziato un incremento del numero di interruzioni volontarie di gravidanza (38.364) da parte di donne straniere immigrate in Italia. La maggior parte delle donne straniere che abortisce in Italia sono donne nate nell'Est Europa (17.350 interruzioni di gravidanza), ma anche in paesi del Centro-Sud America (7.090), dell'Africa (6.169) e dell'Asia (3.865).

In Puglia il totale delle interruzioni di gravidanza da parte di donne immigrate nel nostro paese è pari a 1.066.

Nel decennio di osservazione (1992-2002) l'ammontare complessivo dei decessi tra gli stranieri oltre il primo anno di vita in Italia supera le 32.000 unità con un andamento crescente che mostra negli anni delle forti correlazioni con il processo legislativo delle regolarizzazioni della popolazione straniera.

Il tasso standardizzato di mortalità per 10.000 stranieri residenti in Italia è pari a 20,03.

In Puglia il tasso standardizzato di mortalità per 10.000 stranieri residenti è pari a 15,85.

Tumori

A seguito della crisi del 2003, i tumori maligni dello stomaco mantengono un andamento piuttosto stabile, nel 2004 il tasso standardizzato è pari a 2,2 per 10.000 uomini e a 1,1 per le donne come pure i tumori maligni del colon, retto e ano (3,2 uomini e 1,9 donne ogni 10.000); continuano a ridursi i tumori maligni di trachea, bronchi e polmoni per gli uomini (8,7 per 10.000 ab.) ma continuano ad aumentare quelli delle donne (1,8 per 10.000 ab. pari ad un aumento dello 0,12%).

Secondo i dati osservati dai Registri Tumore di popolazione emerge che i tumori più frequenti tra gli uomini sono il tumore della prostata, del polmone e del colon-retto mentre tra le donne sono il tumore della mammella, del colon-retto e del polmone.

Il rischio oncologico delle regioni del Sud è stato sempre stimato essere più basso di quello delle regioni del Nord anche se negli ultimi anni questa differenza si è ridotta notevolmente.

I tassi di incidenza delle donne invece sono in aumento in tutte le regioni, ma la crescita sembra sempre più accentuata in alcune regioni del sud.

In Italia, nel periodo che va dal 2001 al 2006 il tasso medio di incidenza di tutti i tumori per 100.000 abitanti è pari a 304,5.

In Puglia, nel periodo che va da 2001 al 2006 il tasso medio di incidenza di tutti i tumori per 100.000 abitanti è pari a 257,5.

Tumore alla mammella

Il tumore alla mammella è il tumore più frequente nelle donne dei paesi occidentali, per le quali il rischio di ammalarsi nel corso della vita giunge fino al 10-11%. L'incidenza del tumore alla mammella in Italia nel quinquennio 2001-2006 rispetto al precedente 1995-2000 è in lieve aumento. I tassi di incidenza del tumore alla mammella sono in aumento in tutte le regioni italiane, presumibilmente in associazione con la diffusione dei programmi di screening organizzati e dell'aumentata attenzione a controlli in fase preclinica. Il tasso di incidenza del tumore alla mammella nelle donne è pari a 92,6 su 100.000 abitanti con un aumento del 1,5%

In Italia, il tasso di incidenza del tumore alla mammella nelle donne è pari a 92,6 su 100.000 abitanti con un aumento del 1,5%



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



In Puglia, nel periodo 2001-2006 questo tasso è pari a 65,5 con un incremento dello 0,6% delle donne rispetto al quinquennio precedente.

Tumore del colon retto

In Europa il timore del colon retto è la seconda neoplasia più comune in entrambi i sessi. In Italia l'incidenza del tumore del colon-retto 1995-2000 verso 2001-2006 è complessivamente in aumento, a causa del trend di crescita negli uomini (da 60 a 66 casi per 100.000); l'aumento dei tassi si verifica in tutte le fasce d'età, ma è più evidente nella fascia tra 75-84 anni

In Puglia il tasso standardizzato totale per il periodo 2001-2006 è pari a 35,0 casi ogni 100.000 abitanti così diviso 45,6% per gli uomini e 26,6% per le donne.

Tumore del Polmone

Il **cancro polmonare** è una delle neoplasie maligne più frequentemente diagnosticate nel mondo. In Italia, nel periodo 2001-2006, l'incidenza del tumore polmonare, è in riduzione rispetto al precedente periodo (1995-2000) ed è pari a 72 casi ogni 100.000 uomini e dimostra valori costanti per le donne pari a 14 casi ogni 100.000, ma vi sono preoccupanti segnali di incremento in alcune regioni.

In Puglia il tasso medio di incidenza per tumore del polmone per classe di età 0-84 anni ogni 100.000 abitanti nel periodo 2001-2006 è pari ad un tasso standardizzato del 34,9 casi diviso in 67,0 casi per gli uomini con una diminuzione del 10% e dell'8,5 casi per le donne con un incremento dello 0,2%.

Screening

Prosegue l'estensione nel territorio nazionale dell'attività di screening organizzato per i tumori femminili e per quelli del colon retto. A fronte di una maggiore diffusione nelle regione del Centro e del Nord Italia, le regione del sud si stanno attivando, anche sotto l'impulso della legge 138/2004 del CCM e al coordinamento del ONS.

Screening mammografico

L'attivazione di programmi di screening per tumore alla mammella è raccomandata in Italia con programmi organizzati su un invito attivo ed è richiesta nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza. Nel 2004 vi è stata una ulteriore espansione dei programmi di screening ed è stata pari al 68,7%. Questo significa che due donne su tre risiedono in un territorio in cui è stato attivato un programma di screening mammografico. Le donne che hanno realmente ricevuto un invito a partecipare al programma di screening mammografico hanno avuto un incremento pari a circa il 24%.

In Italia, nel 2004 la percentuale di donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni inseriti in un programma di screening mammografico mostra un'estensione teorica è pari a 68,7% con un incremento del 12,5% di cui l'estensione effettiva è pari a 51,1%.

Per la Puglia non è disponibile nessun dato.

Malattie infettive

Nel corso del XX secolo la scoperta di antibiotici sempre più attivi, la produzione di vaccini efficaci e l'applicazione di idonee misure di igiene ambientale hanno contrastato con grande efficacia un crescente numero di malattie infettive. La



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



prevalenza di molte patologie infettive è gradualmente diminuita soprattutto nei paesi industrializzati. Questi successi hanno favorito la diffusione dell'idea che le malattie infettive siano state vinte. Ma questo concetto non è propriamente giusto se si pensa ai paesi sottosviluppati, e se si esamina che per alcune malattie (AIDS, EBOLA; SARS etc) sono aumentate le aspettative di vita, ma sono ancora causa di morte.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che entro il 2015 saranno disponibili ben 36 nuovi vaccini (ad esempio contro l'HIV o il virus C dell'epatite) o migliorati (ad esempio contro il virus B dell'epatite o la febbre tifoide).

Malattie infettive				
	Tasso di incidenza AIDS (per 100.000)		Tasso std di incidenza epatite A (per 100.000)	
	2004	2005	2003	2004
Puglia	0,51	1,50	0,89	1,47
Italia	2,85	1,80	3,33	4,25

Incidenza AIDS

In Italia, dal 1994 al 2005 sono stati notificati 32.996 casi di AIDS con un tasso di di 1,8 nuovi casi ogni 100.000 abitanti. Per quanto riguarda i tassi di incidenza si è registrata una sensibile diminuzione a partire dal 1996/97 a livello di tutti gli ambiti regionali. Il trend coincide con l'ingresso in Italia di farmaci antiretrovirali che hanno ridotto il rischio di progressione in AIDS degli HIV positivi aumentando pertanto la quota dei soggetti sieropositivi.

In Puglia nel 2005 sono stati registrati 56 nuovi casi di AIDS con un tasso di incidenza pari a 1,5 nuovi casi ogni 100.000 abitanti.

Epatite A

L'epidemia in Italia viene considerata a basse endemia, nel 2004 il tasso di incidenza è stato di 4 casi ogni 100.000 abitanti.

In Puglia il tasso di incidenza di epatite A per l'anno 2004 è pari a 1,47 casi su 100.000 abitanti con un incremento dello 0,58% rispetto al 2003.

Tubercolosi

L'Italia è stata classificata come paese a bassa incidenza di tubercolosi. In base ai dati ricavati dalle notifiche obbligatorie nell'anno 2004, il tasso di incidenza di tubercolosi per gli uomini è pari a 8,70 casi per 100.000 residenti quasi il doppio rispetto a quello registrato per le donne(5,45 per 100.000 ab.)

In Puglia, nel 2004 il tasso standardizzato di incidenza per tubercolosi nei maschi è pari a 4,25 casi ogni 100.000 mentre per le donne è di 2,21 casi.

Dipendenze da sostanza

All'interno della popolazione italiana l'abuso di alcune sostanze illegali (principalmente eroina e cocaina) risulta correlato ad un aumentato rischio di mortalità. La classe d'età maggiormente toccata dal fenomeno consumo è 15-44 anni. A livello italiano si evidenzia un continuo decremento del tasso di mortalità dal 1996 al 2002; il calo risulta particolarmente evidente tra il 1996 (6,31 morti ogni 100.000 ab) e il 1997 (4,71 morti) e tra il 2001 (3,42 morti) e il 2002 (2,17 morti). Si rileva poi un tasso



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



costante fino a fine del 2003 con una successiva inversione di tendenza nel 2004 (2,50 morti) confermata nel 2005 con 2,52 morti.

In Puglia nel 2005 il tasso di mortalità per abuso di stupefacenti nella fascia di età compresa tra 15 e 44 anni è pari allo 0,74 con un incremento dello 0,06% su 100.000 abitanti.

Salute materno-infantile

Gli indicatori della salute materno-infantile rappresentano un importante strumento per valutare lo stato di salute di una popolazione.

Abortività volontaria

I dati del 2003 con 124.118 di interruzioni di gravidanza volontarie (IVG) confermano la tendenza alla stabilizzazione del fenomeno, dopo un costante declino iniziato a partire dalla metà degli anni 80. Le regioni del Nord Ovest e del Centro presentano valori superiori alla media nazionale.

Il tasso standardizzato è di 9,2 casi ogni 1.000 donne, mentre il tasso più elevato si osserva nella classe 20-24 anni con 15,1. Questo dato può essere determinato in parte dall'ingresso delle donne straniere, prevalentemente giovani, presenti nel nostro paese che fanno ricorrenza alla IVG.

Osservando il fenomeno per lo stato civile, i livelli di abortività più elevati si osservano tra le persone separate, divorziate e vedove (22,2 per 1.000 nel 1993 e 24,3 nel 2003) che però numericamente costituiscono un gruppo più piccolo.

In Puglia, nel 2003, il tasso standardizzato delle interruzioni volontarie della gravidanza è pari a 12,07 casi ogni 1.000 donne.

Abortività spontanea

La normativa italiana definisce l'aborto spontaneo come l'interruzione spontanea della gravidanza entro il 180 giorno di gestazione.

Il trend del rapporto standardizzato mostra un debole andamento crescente fino alla metà degli anni '90, seguito da una fase di stabilizzazione. Le differenze territoriali sono abbastanza marcate: il Centro e il nord Est seguono l'andamento nazionale con valori più elevati della media, mentre il Mezzogiorno con valori inferiori. Tali andamenti possono essere spiegati in parte dalle differenze territoriali dell'età media del parto. L'aumento del rapporto di abortività spontanea può essere attribuibile a vari fattori, quali una diagnosi più precoce della gravidanza, una migliorata notifica dell'evento, l'innalzamento dell'età della madre al parto e in particolare al primo figlio, il ricorso a tecniche di procreazione medicalmente assistita o la diffusione di fattori ambientali e lavorativi che hanno un'influenza negativa sullo sviluppo del feto.

In Italia il rapporto standardizzato per rapporti di abortività spontanea nella classe 15-49 anni è pari a 127,6 donne gravide.

In Puglia il rapporto standardizzato per abortività spontanea nella classe di età 15-49 è pari a 109,4 donne gravide.

Parti cesarei

La proporzione dei parti cesarei ha subito negli ultimi decenni un costante incremento in molti paesi occidentali, ed in Italia in particolare sono stati raggiunti i valori più elevati al mondo.

Nel 2004 la proporzione dei parti cesarei a livello nazionale è di 38% sul totale.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



In Puglia il totale dei parti cesarei nel 2004 è stato del 45,8% sul totale; con un aumento del 10,8% rispetto al 1998.

Incidenti stradali

Gli incidenti, sia domestici che stradali, rappresentano attualmente un problema emergente della Sanità pubblica in Italia.

Gli incidenti stradali nel nostro paese nel 2004 secondo le fonti della polizia di stato sono stati 224.553 di questi ci sono stati 5.625 decessi, con 316.630 feriti. La metà dei decessi avviene prima dei 41 anni d'età ed il 25% prima dei 23 anni.

In Puglia, nel 2004 gli incidenti registrati sono pari a 9.315 di cui 370 persone coinvolte sono decedute e 15.309 ferite.

Incidenti sul lavoro

L'inail definisce infortunio sul lavoro la conseguenza di una causa violenta ed esterna verificatasi in occasione del lavoro da cui deriva o la morte o un'inabilità temporanea che comporta l'astensione dal lavoro per oltre tre giorni.

In Italia, la media tra il 2002 e il 2005 di mortalità per infortuni sul lavoro in Italia ogni 100.000 abitanti è pari a 7,85 persone.

In Puglia, la media del tasso di mortalità per infortuni sul lavoro tra 2002 e 2005, è pari a 12,64 persone su 100.000.

Assistenza territoriale

Negli ultimi anni in Italia si è assistito ad un sostanziale mutamento nel profilo demografico e, di conseguenza, il bisogno socio-sanitario e la domanda emergente della popolazione è cambiata.

Il territorio non è più solo il luogo tradizionale di servizi ambulatoriali di medicina generale, di continuità assistenziale, delle attività distrettuali di tutela della salute collettive e delle strutture residenziali per anziani, ma è diventato anche la sede primaria di promozione della salute, di governo della domanda e dell'integrazione dell'assistenza ospedaliera con le cure primarie, la riabilitazione e di riflesso tutte le forme di assistenza destinate all'accompagnamento di anziani, malati cronici, disabili e più in generale soggetti fragili.

In Italia l'esperienza della domiciliarizzazione dell'assistenza, espressione di funzioni e attività proprie delle cure extraospedaliere è ricca e variegata. Le cure domiciliari includono l'assistenza infermieristica e riabilitativa domiciliare (ADI), l'assistenza programmata domiciliare (ADP) fornita da medici di medicina generale gli assistiti non deambulanti e le applicazioni della teleassistenza domiciliare nelle diverse forme di telecontrollo, telesoccorso o teleconsulto.

In Italia, nel 2004 i casi di assistenza domiciliare sono stati 373.424 ovvero 645 casi ogni 100.000 abitanti. Mentre l'assistenza domiciliare agli anziani è stata pari all'84,1% degli anziani residenti.

In Puglia, nel 2004 i casi di assistenza domiciliare sono stati 10.476 ovvero 259 casi ogni 100.000 abitanti. Mentre l'assistenza domiciliare agli anziani è stata pari all'80,9% degli anziani residenti.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Trapianti

Il trapianto di organi e tessuti, associato alla scoperta di nuovi farmaci che migliorano la tolleranza dell'organo trapiantato nel ricevente, è uno dei progressi più rilevanti nella cura di un grande numero di malattie per le quali non esistono cure alternative.

La promozione delle donazioni, dei trapianti e della valutazione di qualità dell'attività di trapianto organi, cellule staminali e tessuti sono obiettivi importanti del sistema sanitario.

I dati al 31/12/2005 dimostrano un aumento dell'attività di donazione e trapianto ottenuto nel nostro paese, nel giro di dieci anni l'Italia è passata dagli ultimi al secondo posto in Europa e al terzo nel mondo. Anche dal punto di vista qualitativo si registrano ottimi risultati.

In Italia, il tasso dei donatori effettivi per milione di popolazione al 31/12/05 era di 21.

In Puglia il tasso dei donatori effettivi per milione di popolazione al 31/12/05 era di 7,5.

Spesa sanitaria in rapporto al PIL e spesa sanitaria pubblica pro capite

L'analisi dell'assetto economico finanziario dei sistemi sanitari delle regioni italiane restituisce uno scenario particolarmente eterogeneo. L'attenzione è posta sui fabbisogni della spesa sanitaria a livello regionale e sui relativi disavanzi che, soprattutto in alcune regioni, stanno poetando all'accumularsi di debiti particolarmente ingenti e preoccupanti per la stabilità del sistema economico regionale. La presenza di disavanzi ha spinto molte regioni a trovare soluzioni finanziarie in grado di assicurare la necessaria liquidità per lo svolgimento delle operazioni correnti nell'ambito delle aziende sanitarie.

Il rapporto tra spesa e PIL dovrebbe identificare la disponibilità a spendere per l'assistenza sanitaria di una regione in relazione alle proprie disponibilità in termini di reddito.

La spesa sanitaria pubblica corrente in rapporto al PIL negli anni 2002-2003 ha subito un decremento dello 0,32%.

La spesa pro capite delle regioni italiane mostra una significativa variabilità tra il 2003 e il 2005 con un notevole incremento negli ultimi anni soprattutto a favore delle regioni meridionali.

La spesa sanitaria dell'Italia in rapporto al PIL negli anni 2002-2003 ha subito un decremento dello 0,32%, mentre la spesa sanitaria pubblica pro capite è pari a 1.621euro.

La spesa sanitaria della Puglia in rapporto al PIL negli anni 2002-2003 ha subito un decremento del 2,94%, mentre la spesa sanitaria pubblica pro capite è pari a 1.432 €.

Assetto economico-finanziario

	Spesa sanitaria pubblica pro capite (in €)		Disavanzo sanitario pubblico pro capite (in €)		Utile o perdita media di esercizio pro capite delle Asl (in €)	
	2004	2005	2003	2004	2003	2004
Puglia	1.337	1.432	-27,00	-10,27	-15,64	-52,14
Italia	1.548	1.621	39,09	105,60	-73,21	-44,07



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Spesa sanitaria per livelli essenziali di assistenza LEA

In Italia, con l'Accordo Stato-Regioni, sottoscritto il 22/11/2001 sono stati definiti i livelli essenziali di assistenza (LEA); questi rappresentano le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o in compartecipazione, grazie alle risorse raccolte attraverso il sistema fiscale. La ripartizione dei costi per livelli essenziali di assistenza è relativa all'anno 2003. I macrolivelli che assorbono le maggiori risorse sono l'assistenza ospedaliera che rappresenta il 48,4% dei costi totali e il 47,7% dei costi dell'assistenza distrettuale.

A livello regionale i costi per l'assistenza ospedaliera della Puglia sono pari al 49,2% dei costi totali mentre per l'assistenza distrettuale sono pari a 47,4%.

Disavanzo sanitario pubblico procapite

Il disavanzo sanitario pubblico misura la differenza tra quanto è stato speso e quanto è stato ricevuto come finanziamento. È un indicatore della sostenibilità del processo di devoluzione regionale: disavanzi che tendono strutturalmente ad accentuarsi nel tempo indica la presenza di un problema nella gestione federalista della sanità, mentre peggioramenti a livello di singole regioni indicano un probabile problema gestionale.

In Italia il disavanzo sanitario pubblico procapite nel 2005 è pari a 78,29 € con una variazione assoluta di +55,40.

In Puglia il disavanzo sanitario pubblico procapite nel 2005 è pari a 14,82 € con una variazione assoluta di -11,31.

Ticket

Il ticket farmaceutico rappresenta il contributo che il paziente deve pagare per ottenere farmaci rimborsati dal SSN.

L'indicatore permette di avere una visione d'insieme dell'utilizzo del ticket farmaceutico, evidenziandone, anche alcune caratteristiche, stabilite attraverso la normativa regionale di riferimento. L'utilizzo di questa leva finanziaria dovrebbe servire a frenare la crescita della spesa farmaceutica, che è spesso viziata dalla tendenza ad acquistare farmaci in quantità superiore ai bisogni effettivi.

La differenza tra Regione e Regione nell'applicazione del ticket, in termini di spesa farmaceutica pro capite, non sembrerebbe evidenziare solo una scelta di natura economico-finanziaria pura, ma una scelta legata alle difficoltà di bilancio e alla mancanza di utilizzo di altri strumenti più idonei a raggiungere il contenimento della spesa farmaceutica.

Nel 2005 il totale della compartecipazione richiesta ai cittadini è stato pari a 515 milioni di euro, corrispondenti al 3,8% della spesa lorda complessiva, in riduzione rispetto al 2004 ed al 2003.

L'incidenza del ticket sulla spesa lorda in Italia è stata pari a 8,9€ corrispondente al 3,8% della spesa farmaceutica pro capite.

La Puglia ha una spesa farmaceutica lorda di 15,2€ corrispondente al 5,5% della spesa farmaceutica pro capite.

Rating

Il rating è una valutazione, fornita da parte di un'agenzia privata specializzata, del merito di credito di un soggetto emittente obbligazioni sui mercati finanziari internazionali. È un indicatore della capacità del soggetto di far fronte puntualmente al servizio del debito. Il rating assume rilevanza in quanto fornisce agli operatori



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



finanziari un'informazione omogenea sul grado di rischio degli emittenti e riveste una grande importanza per tutti gli investitori che non sono adeguatamente attrezzati per un'analisi autonoma del rischio di credito.

La scala internazionale che esprime il giudizio di rating è formata dalla combinazione di più lettere in cui la lettera A è utilizzata per esprimere il giudizio più elevato e la lettera C il giudizio più basso. Le regioni italiane hanno valori di rating piuttosto differenti si passa dalla AA della Lombardia alla A3- della Campania.

Le tre maggiori agenzie sono Standard and Poor's, Moody's e Fitch Rating che forniscono una gamma completa di valutazione, differente sia per tipologia dell'emittente che per strumento finanziario.

Le tre principali agenzie hanno dato tre differenti valutazioni per ogni regione italiana, mentre allo Stato Italiano la Fitch ha dato: AA-, Moody's Aa2, e S&P A+

La Puglia non ha avuto nessuna valutazione da parte di Fitch e S&P, Moody's attribuisce un A2.

Per eventuali approfondimenti

Prof.ssa Cinzia Germinario

Istituto di Igiene

P.zza Giulio Cesare, 11

70124 BARI

Tel. 080 5478481

Cell 3334811635

Fax 080 5478472

E-mail: c.germinario@igiene.uniba.it



COMUNICATO STAMPA

ROMA, 15 FEBBRAIO 2007

Sicilia: Aumento del rating in controtendenza rispetto all'Italia

Aumentato da Moodys il rating della regione Sicilia che è passato a A2 a A1. E' l'unico segnale in controtendenza.

Il rating sintetizza la capacità dell'amministrazione di far fronte ai debiti nei confronti dei terzi e deriva da una dettagliata analisi delle condizioni di finanza pubblica considerando però anche la stabilità politica e la solidità dei processi di amministrazione pubblica, sanità compresa. Tra agosto 2005 e novembre 2006 il peggioramento è stato diffuso a seguito dell'abbassamento del rating assegnato alla Repubblica Italiana. Il segnale è forte soprattutto perché riguarda la credibilità delle amministrazioni Regionali

Sono i dati che emergono dal **Rapporto Osservasalute 2006**, un'approfondita analisi dello stato di salute della popolazione e della qualità dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane, pubblicato oggi dall'**Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane** e frutto del lavoro di **oltre 200 ricercatori distribuiti su tutto il territorio italiano**, che operano presso Università, Agenzie regionali e provinciali di sanità, Assessorati regionali e provinciali, Aziende ospedaliere ed Aziende sanitarie, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale Tumori, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Ministero della Salute, Istat.

Sopravvivenza e mortalità

	Speranza di vita alla nascita				Speranza di vita a 65 anni				Speranza di vita a 75 anni			
	2003		2004		2003		2004		2003		2004	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Sicilia	76,7	81,6	77,8	82,8	16,6	19,5	17,3	20,4	9,9	11,7	10,4	12,4
Italia	76,9	82,6	77,7	83,7	16,8	20,5	17,4	21,4	10,3	12,6	10,7	13,3

L'Italia è tra i paesi più longevi al mondo, tanto per gli uomini quanto per le donne. I livelli di sopravvivenza così elevati sono frutto dei continui progressi in medicina e delle migliori condizioni di vita della popolazione che hanno contribuito a ridurre notevolmente i rischi di morte a tutte le età della vita.

Al 2004, la speranza di vita alla nascita, mostra l'ormai noto vantaggio delle donne rispetto agli uomini, con un'aspettativa di vita mediamente di 6 anni più elevata per le prime rispetto ai secondi (83,7 anni per le donne con un aumento di un anno rispetto al 2003 contro i 77,7 per gli uomini pari a 0,3 anni rispetto al 2003).

In Sicilia nel 2004 la speranza di vita alla nascita per gli uomini è pari a 77,8 anni e le donne 82,8; mentre la speranza di vita tra i 65 e i 75 anni è pari a 17,3 anni per gli uomini e 20,4 anni per le donne; a 75 anni la speranza di vita per gli uomini è pari a 10,4 anni e 12,4 anni per le donne.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Nel 2004, ultimo anno in cui è disponibile una stima della mortalità per causa di decesso, il tasso di mortalità standardizzato oltre l'anno di vita è risultato pari a 93 per 10.000 uomini e a 54 per 10.000 donne.

In Sicilia il tasso di mortalità per gli uomini è pari a 95,25 su 10.000 uomini e a 61 su 10.000 donne.

Tra le cause di morte, le maggiori responsabili dell'aumento del rischio di morte degli uomini, tra il 2002 e il 2003 sono state le malattie cardio-respiratorie: quasi tutte le regioni hanno assistito ad un incremento nel rischio di morte per tale causa in Italia, su 10.000 abitanti il tasso di mortalità per gli uomini è pari a 6,83 e per le donne è pari a 2,43.

In Sicilia il tasso di mortalità dovuto a malattie per l'apparato respiratorio su 10.000 abitanti è pari a 7,67 per gli uomini con un decremento rispetto al 2003 dell'1,6% e 2,34 per le donne con un decremento dello 0,99%.

Per alcune regioni le malattie del sistema circolatorio hanno avuto un forte impatto sull'incidenza del tasso di mortalità, che per gli uomini è pari al 34,34 su 10.000 abitanti con un decremento del 3,78% e per le donne è pari a 22,16 con un decremento del 3,34%.

In Sicilia tale tasso è pari a 39,14 per gli uomini con un decremento del 4,39% e per le donne è pari al 28,38 con un decremento del 4,61%.

Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione

Fattori di rischio e stili di vita								
	Prevalenza di fumatori di 14 anni e oltre		% persone obese		% persone in sovrappeso		Prevalenza consumatori bevande alcoliche di 11 anni e oltre	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2003	
							M	F
Sicilia	23,3	23,1	9,9	9,6	36,8	38,8	77,9	49,4
Italia	23,7	25,0	8,5	9,0	33,5	33,6	84,7	59,8

Il fumo

La lotta al tabagismo rappresenta uno degli obiettivi prioritari delle politiche sanitarie; la prevalenza di fumatori permette di misurare il fenomeno e programmare interventi finalizzati al suo contenimento nella popolazione. I dati rilevati nell'ambito dell'Indagine Multiscopo sulle famiglie Stili di vita e condizioni di salute nell'anno 2005, mostrano che l'abitudine al fumo riguarda circa il 25% della popolazione italiana, la prevalenza dei non fumatori e degli ex fumatori è rispettivamente di circa 53% ed il 21,3%. Inoltre si osserva un decremento significativo della percentuale di fumatrici (dal 17,4% al 15,8%) .

In Italia la percentuale di fumatori è pari a 25% della popolazione residente, mentre gli ex fumatori sono il 21,3% e i non fumatori il 53%.

In Sicilia la percentuale di fumatori è pari a 23,1% della popolazione residente, mentre gli ex fumatori sono il 17,9% e i non fumatori il 58,6%.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Sovrappeso e obesità

L'epidemia di obesità si sta rapidamente diffondendo: nel mondo circa 300 milioni di individui sono obesi, il tasso di incidenza è in continuo ed allarmante aumento e si stima che nel 2010 circa 150 milioni di adulti saranno affetti da questo problema.

Solo poco più della metà della popolazione italiana è in normopeso: il 42,6% è in eccesso ponderale. Nel confronto temporale tra il 2002 e il 2003 il dato relativo all'obesità presenta un aumento da 8,5% a 9%.

In Italia la prevalenza di persone di 18 anni e oltre in sovrappeso è 33,6% della popolazione totale, mentre quelle obese sono pari a 9,0%.

In Sicilia la prevalenza di persone di 18 anni e oltre in sovrappeso è 38,8% della popolazione totale, mentre quelle obese sono pari a 9,6%.

Ambiente

L'inquinamento da polveri fini (PM₁₀), originato sia da sorgenti naturali che antropiche, provoca effetti sulla salute a breve, medio e lungo termine dovuti ad una compromissione dell'apparato respiratorio con danni acuti e cronico degenerativi.

L'incremento delle concentrazioni sembrerebbe essere accentuato durante i mesi invernali. L'analisi dei dati relativi alla "media annua delle concentrazioni medie giornaliere delle polveri fini" mostrerebbe che quattro regioni (Veneto, Marche, Lombardia e Valle d'Aosta) superano il valore limite. Un esame disaggregato dei dati derivanti da 76 comuni dimostra che in 31 comuni almeno una centralina ha registrato un valore medio annuo superiore al limite di riferimento.

In Italia la media annua delle concentrazioni medie giornaliere delle PM₁₀ è pari a 33, sono presenti 10 stazioni per ogni 382.397 abitanti e il limite è stato superato con una media di 53 giorni.

Nel 2004 in Sicilia la media annua delle concentrazioni giornaliere delle PM₁₀ è pari a 36 sono presenti 8 stazioni per il rilevamento delle PM₁₀, il cui limite è stato superato per circa 46 giorni

Ambiente				
	Media annua delle concentrazioni medie giornaliere di PM10		N° medio gg di superamento limite delle concentrazioni medie giornaliere	
	2003	2004	2003	2004
Sicilia	36	36	56	46
Italia	41	33	80	53

Salute immigrati

All'inizio del 2006 gli immigrati presenti regolarmente in Italia erano 3.035.000 secondo la stima dell'Equipe del Dossier statistico Immigrazione Catitas/Migrantes. Ai dati ufficiali vanno aggiunti coloro che sono presenti irregolarmente e quindi complessivamente si può indicare la presenza di circa 3.500.000 persone.

Come conseguenza dell'aumento del fenomeno migratorio si è osservato in Italia un incremento nel tempo delle nascite da cittadini stranieri.

In Italia i nati vivi con almeno uno dei genitori cittadino straniero sono pari a 65.062 bambini, con una prevalenza di entrambi genitori stranieri (46.598).



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



In Sicilia i nati vivi con almeno un cittadino straniero sono pari a 1.490 bambini di cui 927 hanno entrambi i genitori stranieri.

Negli ultimi anni si è evidenziato un incremento del numero di interruzioni volontarie di gravidanza (38.364) da parte di donne straniere immigrate in Italia. La maggior parte delle donne straniere che abortisce in Italia sono donne nate nell'Est Europa (17.350 interruzioni di gravidanza), ma anche in paesi del Centro-Sud America (7.090), dell'Africa (6.169) e dell'Asia (3.865).

In Sicilia il totale delle interruzioni di gravidanza da parte di donne immigrate nel nostro paese è pari a 986.

Nel decennio di osservazione (1992-2002) l'ammontare complessivo dei decessi tra gli stranieri oltre il primo anno di vita in Italia supera le 32.000 unità con un andamento crescente che mostra negli anni delle forti correlazioni con il processo legislativo delle regolarizzazioni della popolazione straniera.

Il tasso standardizzato di mortalità per 10.000 stranieri residenti in Italia è pari a 20,03.

In Sicilia il tasso standardizzato di mortalità per 10.000 stranieri residenti è pari a 20,08.

Tumori

A seguito della crisi del 2003, i tumori maligni dello stomaco mantengono un andamento piuttosto stabile, nel 2004 il tasso standardizzato è pari a 2,2 per 10.000 uomini e a 1,1 per le donne come pure i tumori maligni del colon, retto e ano (3,2 uomini e 1,9 donne ogni 10.000); continuano a ridursi i tumori maligni di trachea, bronchi e polmoni per gli uomini (8,7 per 10.000 ab.) ma continuano ad aumentare quelli delle donne (1,8 per 10.000 ab. pari ad un aumento dello 0,12%).

Secondo i dati osservati dai Registri Tumore di popolazione emerge che i tumori più frequenti tra gli uomini sono il tumore della prostata, del polmone e del colon-retto mentre tra le donne sono il tumore della mammella, del colon-retto e del polmone.

Il rischio oncologico delle regioni del Sud è stato sempre stimato essere più basso di quello delle regioni del Nord anche se negli ultimi anni questa differenza si è ridotta notevolmente.

I tassi di incidenza delle donne invece sono in aumento in tutte le regioni, ma la crescita sembra sempre più accentuata in alcune regioni del sud.

In Italia, nel periodo che va dal 2001 al 2006 il tasso medio di incidenza di tutti i tumori per 100.000 abitanti è pari a 304,5.

In Sicilia, nel periodo che va da 2001 al 2006 il tasso medio di incidenza di tutti i tumori per 100.000 abitanti è pari a 232,9.

Tumore alla mammella

Il tumore alla mammella è il tumore più frequente nelle donne dei paesi occidentali, per le quali il rischio di ammalarsi nel corso della vita giunge fino al 10-11%. L'incidenza del tumore alla mammella in Italia nel quinquennio 2001-2006 rispetto al precedente 1995-2000 è in lieve aumento. I tassi di incidenza del tumore alla mammella sono in aumento in tutte le regioni italiane, presumibilmente in associazione con la diffusione dei programmi di screening organizzati e dell'aumentata attenzione a controlli in fase preclinica.

In Italia, il tasso di incidenza del tumore alla mammella nelle donne è pari a 92,6 su 100.000 abitanti con un aumento del 1,5%



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



In Sicilia, nel periodo 2001-2006 questo tasso è pari a 74,9 con un incremento del 5,7% delle donne rispetto al quinquennio precedente.

Tumore del colon retto

In Europa il timore del colon retto è la seconda neoplasia più comune in entrambi i sessi. In Italia l'incidenza del tumore del colon-retto 1995-2000 verso 2001-2006 è complessivamente in aumento, a causa del trend di crescita negli uomini (da 60 a 66 casi per 100.000); l'aumento dei tassi si verifica in tutte le fasce d'età, ma è più evidente nella fascia tra 75-84 anni

In Sicilia il tasso standardizzato totale per il periodo 2001-2006 è pari a 35,7 casi ogni 100.000 abitanti così diviso 45,8 per gli uomini e 27,8 per le donne.

Tumore del Polmone

Il **cancro polmonare** è una delle neoplasie maligne più frequentemente diagnosticate nel mondo. In Italia, nel periodo 2001-2006, l'incidenza del tumore polmonare, è in riduzione rispetto al precedente periodo (1995-2000) ed è pari a 72 casi ogni 100.000 uomini e dimostra valori costanti per le donne pari a 14 casi ogni 100.000, ma vi sono preoccupanti segnali di incremento in alcune regioni.

In Sicilia il tasso medio di incidenza per tumore del polmone per classe di età 0-84 anni ogni 100.000 abitanti nel periodo 2001-2006 è pari ad un tasso standardizzato del 34,3 casi diviso in 63,1 casi per gli uomini con una diminuzione del 2,8% e del 10,3 casi per le donne con un incremento dello 0,3%.

Screening

Prosegue l'estensione nel territorio nazionale dell'attività di screening organizzato per i tumori femminili e per quelli del colon retto. A fronte di una maggiore diffusione nelle regione del Centro e del Nord Italia, le regione del sud si stanno attivando, anche sotto l'impulso della legge 138/2004 del CCM e al coordinamento del ONS.

Screening mammografico

L'attivazione di programmi di screening per tumore alla mammella è raccomandata in Italia con programmi organizzati su un invito attivo ed è richiesta nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza. Nel 2004 vi è stata una ulteriore espansione dei programmi di screening ed è stata pari al 68,7%. Questo significa che due donne su tre risiedono in un territorio in cui è stato attivato un programma di screening mammografico. Le donne che hanno realmente ricevuto un invito a partecipare al programma di screening mammografico hanno avuto un incremento pari a circa il 24%.

In Italia, nel 2004 la percentuale di donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni inseriti in un programma di screening mammografico mostra un'estensione teorica è pari a 68,7% con un incremento del 12,5% di cui l'estensione effettiva è pari a 51,1%.

In Sicilia nel 2004 la percentuale di donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni inseriti in un programma di screening mammografico mostra un'estensione teorica è pari all'8,3% uguale al 2003 di cui l'estensione effettiva è pari al 5%.

Malattie infettive

Nel corso del XX secolo la scoperta di antibiotici sempre più attivi, la produzione di vaccini efficaci e l'applicazione di idonee misure di igiene ambientale hanno



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



contrastato con grande efficacia un crescente numero di malattie infettive. La prevalenza di molte patologie infettive è gradualmente diminuita soprattutto nei paesi industrializzati. Questi successi hanno favorito la diffusione dell'idea che le malattie infettive siano state vinte. Ma questo concetto non è propriamente giusto se si pensa ai paesi sottosviluppati, e se si esamina che per alcune malattie (AIDS, EBOLA; SARS etc) sono aumentate le aspettative di vita, ma sono ancora causa di morte. L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che entro il 2015 saranno disponibili ben 36 nuovi vaccini (ad esempio contro l'HIV o il virus C dell'epatite) o migliorati (ad esempio contro il virus B dell'epatite o la febbre tifoide).

Malattie infettive				
	Tasso di incidenza AIDS (per 100.000)		Tasso std di incidenza epatite A (per 100.000)	
	2004	2005	2003	2004
Sicilia	2,89	1,70	0,54	0,39
Italia	2,85	1,80	3,33	4,25

Incidenza AIDS

In Italia, dal 1994 al 2005 sono stati notificati 32.996 casi di AIDS con un tasso di incidenza di 1,8 nuovi casi ogni 100.000 abitanti. Per quanto riguarda i tassi di incidenza si è registrata una sensibile diminuzione a partire dal 1996/97 a livello di tutti gli ambiti regionali. Il trend coincide con l'ingresso in Italia di farmaci antiretrovirali che hanno ridotto il rischio di progressione in AIDS degli HIV positivi aumentando pertanto la quota dei soggetti sieropositivi.

In Sicilia nel 2005 sono stati registrati 41 nuovi casi di AIDS con un tasso di incidenza pari a 1,7 nuovi casi ogni 100.000 abitanti.

Epatite A

L'epidemia in Italia viene considerata a basse endemia, nel 2004 il tasso di incidenza è stato di 4 casi ogni 100.000 abitanti.

In Sicilia il tasso di incidenza di epatite A per l'anno 2004 è pari a 0,39 casi su 100.000 abitanti con una diminuzione dello 0,15% rispetto al 2003.

Tubercolosi

L'Italia è stata classificata come paese a bassa incidenza di tubercolosi. In base ai dati ricavati dalle notifiche obbligatorie nell'anno 2004, il tasso di incidenza di tubercolosi per gli uomini è pari a 8,70 casi per 100.000 residenti quasi il doppio rispetto a quello registrato per le donne (5,45 per 100.000 ab.)

In Sicilia nel 2004 il tasso standardizzato di incidenza per tubercolosi nei maschi è pari a 3,58 casi ogni 100.000 mentre per le donne è di 1,71 casi.

Dipendenze da sostanza

All'interno della popolazione italiana l'abuso di alcune sostanze illegali (principalmente eroina e cocaina) risulta correlato ad un aumentato rischio di mortalità. La classe d'età maggiormente toccata dal fenomeno consumo è 15-44 anni. A livello italiano si evidenzia un continuo decremento del tasso di mortalità dal 1996 al 2002; il calo risulta particolarmente evidente tra il 1996 (6,31 morti ogni 100.000 ab) e il 1997 (4,71 morti) e tra il 2001 (3,42 morti) e il 2002 (2,17 morti). Si rileva poi un tasso



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



costante fino a fine del 2003 con una successiva inversione di tendenza nel 2004 (2,50 morti) confermata nel 2005 con 2,52 morti.

In Sicilia nel 2005 il tasso di mortalità per abuso di stupefacenti nella fascia di età compresa tra 15 e 44 anni è pari a 1,22 con un incremento dello 0,09% su 100.000 abitanti.

Salute materno-infantile

Gli indicatori della salute materno-infantile rappresentano un importante strumento per valutare lo stato di salute di una popolazione.

Abortività volontaria

I dati del 2003 con 124.118 di interruzioni di gravidanza volontarie (IVG) confermano la tendenza alla stabilizzazione del fenomeno, dopo un costante declino iniziato a partire dalla metà degli anni 80. Le regioni del Nord Ovest e del Centro presentano valori superiori alla media nazionale.

Il tasso standardizzato è di 9,2 casi ogni 1.000 donne, mentre il tasso più elevato si osserva nella classe 20-24 anni con 15,1. Questo dato può essere determinato in parte dall'ingresso delle donne straniere, prevalentemente giovani, presenti nel nostro paese che fanno ricorrenza alla IVG.

Osservando il fenomeno per lo stato civile, i livelli di abortività più elevati si osservano tra le persone separate, divorziate e vedove (22,2 per 1.000 nel 1993 e 24,3 nel 2003) che però numericamente costituiscono un gruppo più piccolo.

In Sicilia, nel 2003, il tasso standardizzato delle interruzioni volontarie della gravidanza è pari a 7,44 casi ogni 1.000 donne.

Abortività spontanea

La normativa italiana definisce l'aborto spontaneo come l'interruzione spontanea della gravidanza entro il 180 giorno di gestazione.

Il trend del rapporto standardizzato mostra un debole andamento crescente fino alla metà degli anni '90, seguito da una fase di stabilizzazione. Le differenze territoriali sono abbastanza marcate: il Centro e il nord Est seguono l'andamento nazionale con valori più elevati della media, mentre il Mezzogiorno con valori inferiori. Tali andamenti possono essere spiegati in parte dalle differenze territoriali dell'età media del parto. L'aumento del rapporto di abortività spontanea può essere attribuibile a vari fattori, quali una diagnosi più precoce della gravidanza, una migliorata notifica dell'evento, l'innalzamento dell'età della madre al parto e in particolare al primo figlio, il ricorso a tecniche di procreazione medicalmente assistita o la diffusione di fattori ambientali e lavorativi che hanno un'influenza negativa sullo sviluppo del feto.

In Italia il rapporto standardizzato per rapporti di abortività spontanea nella classe 15-49 anni è pari a 127,6 donne gravide.

In Sicilia il rapporto standardizzato per abortività spontanea nella classe di età 15-49 è pari a 124,0 donne gravide.

Parti cesarei

La proporzione dei parti cesarei ha subito negli ultimi decenni un costante incremento in molti paesi occidentali, ed in Italia in particolare sono stati raggiunti i valori più elevati al mondo.

Nel 2004 la proporzione dei parti cesarei a livello nazionale è di 38% sul totale.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



In Sicilia il totale dei parti cesarei nel 2004 è stato del 50,4% sul totale; con un aumento del 13,8% rispetto al 1998.

Incidenti stradali

Gli incidenti, sia domestici che stradali, rappresentano attualmente un problema emergente della Sanità pubblica in Italia.

Gli incidenti stradali nel nostro paese nel 2004 secondo le fonti della polizia di stato sono stati 224.553 di questi ci sono stati 5.625 decessi, con 316.630 feriti. La metà dei decessi avviene prima dei 41 anni d'età ed il 25% prima dei 23 anni.

In Sicilia, nel 2004 gli incidenti registrati sono pari a 12.685 di cui 347 persone coinvolte sono decedute e 19.132 ferite.

Incidenti sul lavoro

L'inail definisce infortunio sul lavoro la conseguenza di una causa violenta ed esterna verificatasi in occasione del lavoro da cui deriva o la morte o un'inabilità temporanea che comporta l'astensione dal lavoro per oltre tre giorni.

In Italia, la media tra il 2002 e il 2005 di mortalità per infortuni sul lavoro in Italia ogni 100.000 abitanti è pari a 7,85 persone.

In Sicilia la media del tasso di mortalità per infortuni sul lavoro tra 2002 e 2005, è pari a 10,63 persone su 100.000.

Assistenza territoriale

Negli ultimi anni in Italia si è assistito ad un sostanziale mutamento nel profilo demografico e, di conseguenza, il bisogno socio-sanitario e la domanda emergente della popolazione è cambiata.

Il territorio non è più solo il luogo tradizionale di servizi ambulatoriali di medicina generale, di continuità assistenziale, delle attività distrettuali di tutela della salute collettive e delle strutture residenziali per anziani, ma è diventato anche la sede primaria di promozione della salute, di governo della domanda e dell'integrazione dell'assistenza ospedaliera con le cure primarie, la riabilitazione e di riflesso tutte le forme di assistenza destinate all'accompagnamento di anziani, malati cronici, disabili e più in generale soggetti fragili.

In Italia l'esperienza della domiciliarizzazione dell'assistenza, espressione di funzioni e attività proprie delle cure extraospedaliere è ricca e variegata. Le cure domiciliari includono l'assistenza infermieristica e riabilitativa domiciliare (ADI), l'assistenza programmata domiciliare (ADP) fornita da medici di medicina generale gli assistiti non deambulanti e le applicazioni della teleassistenza domiciliare nelle diverse forme di telecontrollo, telesoccorso o teleconsulto.

In Italia, nel 2004 i casi di assistenza domiciliare sono stati 373.424 ovvero 645 casi ogni 100.000 abitanti. Mentre l'assistenza domiciliare agli anziani è stata pari all'84,1% degli anziani residenti.

In Sicilia, nel 2004 i casi di assistenza domiciliare sono stati 8.630 ovvero 172 casi ogni 100.000 abitanti. Mentre l'assistenza domiciliare agli anziani è stata pari al 79,6% degli anziani residenti.

Trapianti

Il trapianto di organi e tessuti, associato alla scoperta di nuovi farmaci che migliorano la tolleranza dell'organo trapiantato nel ricevente, è uno dei progressi più rilevanti nella cura di un grande numero di malattie per le quali non esistono cure alternative.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



La promozione delle donazioni, dei trapianti e della valutazione di qualità dell'attività di trapianto organi, cellule staminali e tessuti sono obiettivi importanti del sistema sanitario.

I dati al 31/12/2005 dimostrano un aumento dell'attività di donazione e trapianto ottenuto nel nostro paese, nel giro di dieci anni l'Italia è passata dagli ultimi al secondo posto in Europa e al terzo nel mondo. Anche dal punto di vista qualitativo si registrano ottimi risultati.

In Italia, il tasso dei donatori effettivi per milione di popolazione al 31/12/05 era di 21.

In Sicilia il tasso dei donatori effettivi per milione di popolazione al 31/12/05 era di 7,2.

Spesa sanitaria in rapporto al PIL e spesa sanitaria pubblica pro capite

L'analisi dell'assetto economico finanziario dei sistemi sanitari delle regioni italiane restituisce uno scenario particolarmente eterogeneo. L'attenzione è posta sui fabbisogni della spesa sanitaria a livello regionale e sui relativi disavanzi che, soprattutto in alcune regioni, stanno poetando all'accumularsi di debiti particolarmente ingenti e preoccupanti per la stabilità del sistema economico regionale. La presenza di disavanzi ha spinto molte regioni a trovare soluzioni finanziarie in grado di assicurare la necessaria liquidità per lo svolgimento delle operazioni correnti nell'ambito delle aziende sanitarie.

Il rapporto tra spesa e PIL dovrebbe identificare la disponibilità a spendere per l'assistenza sanitaria di una regione in relazione alle proprie disponibilità in termini di reddito.

La spesa sanitaria pubblica corrente in rapporto al PIL negli anni 2002-2003 ha subito un decremento dello 0,32%.

La spesa pro capite delle regioni italiane mostra una significativa variabilità tra il 2003 e il 2005 con un notevole incremento negli ultimi anni soprattutto a favore delle regioni meridionali.

La spesa sanitaria dell'Italia in rapporto al PIL negli anni 2002-2003 ha subito un decremento dello 0,32%, mentre la spesa sanitaria pubblica pro capite è pari a 1.621euro.

La spesa sanitaria della Sicilia in rapporto al PIL negli anni 2002-2003 ha subito un incremento dello 0,47%, mentre la spesa sanitaria pubblica pro capite è pari a 1.556euro.

Assetto economico-finanziario						
	Spesa sanitaria pubblica pro capite (in €)		Disavanzo sanitario pubblico pro capite (in €)		Utile o perdita media di esercizio pro capite delle Asl (in €)	
	2004	2005	2003	2004	2003	2004
Sicilia	1.501	1.556	53,02	175,57	-79,4	-166,02
Italia	1.548	1.621	39,09	105,60	-73,21	-44,07

Spesa sanitaria per livelli essenziali di assistenza LEA

In Italia, con l'Accordo Stato-Regioni, sottoscritto il 22/11/2001 sono stati definiti i livelli essenziali di assistenza (LEA); questi rappresentano le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o in



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



compartecipazione, grazie alle risorse raccolte attraverso il sistema fiscale. La ripartizione dei costi per livelli essenziali di assistenza è relativa all'anno 2003. I macrolivelli che assorbono le maggiori risorse sono l'assistenza ospedaliera che rappresenta il 48,4% dei costi totali e il 47,7% dei costi dell'assistenza distrettuale.

A livello regionale i costi per l'assistenza ospedaliera della Sicilia sono pari al 48,2% dei costi totali mentre per l'assistenza distrettuale sono pari a 49,1%.

Disavanzo sanitario pubblico procapite

Il disavanzo sanitario pubblico misura la differenza tra quanto è stato speso e quanto è stato ricevuto come finanziamento. È un indicatore della sostenibilità del processo di devoluzione regionale: disavanzi che tendono strutturalmente ad accentuarsi nel tempo indica la presenza di un problema nella gestione federalista della sanità, mentre peggioramenti a livello di singole regioni indicano un probabile problema gestionale.

In Italia il disavanzo sanitario pubblico procapite nel 2005 è pari a 78,29 € con una variazione assoluta di +55,40.

In Sicilia il disavanzo sanitario pubblico procapite nel 2005 è pari a 102,92 € con una variazione assoluta di +107,57.

Ticket

Il ticket farmaceutico rappresenta il contributo che il paziente deve pagare per ottenere farmaci rimborsati dal SSN.

L'indicatore permette di avere una visione d'insieme dell'utilizzo del ticket farmaceutico, evidenziandone, anche alcune caratteristiche, stabilite attraverso la normativa regionale di riferimento. L'utilizzo di questa leva finanziaria dovrebbe servire a frenare la crescita della spesa farmaceutica, che è spesso viziata dalla tendenza ad acquistare farmaci in quantità superiore ai bisogni effettivi.

La differenza tra Regione e Regione nell'applicazione del ticket, in termini di spesa farmaceutica pro capite, non sembrerebbe evidenziare solo una scelta di natura economico-finanziaria pura, ma una scelta legata alle difficoltà di bilancio e alla mancanza di utilizzo di altri strumenti più idonei a raggiungere il contenimento della spesa farmaceutica.

Nel 2005 il totale della compartecipazione richiesta ai cittadini è stato pari a 515 milioni di euro, corrispondenti al 3,8% della spesa lorda complessiva, in riduzione rispetto al 2004 ed al 2003.

L'incidenza del ticket sulla spesa lorda in Italia è stata pari a 8,9€ corrispondente al 3,8% della spesa farmaceutica pro capite.

La Sicilia ha una spesa farmaceutica lorda di 13,8€ corrispondente al 4,6% della spesa farmaceutica pro capite.

Rating

Il rating è una valutazione, fornita da parte di un'agenzia privata specializzata, del merito di credito di un soggetto emittente obbligazioni sui mercati finanziari internazionali. È un indicatore della capacità del soggetto di far fronte puntualmente al servizio del debito. Il rating assume rilevanza in quanto fornisce agli operatori finanziari un'informazione omogenea sul grado di rischio degli emittenti e riveste una grande importanza per tutti gli investitori che non sono adeguatamente attrezzati per un'analisi autonoma del rischio di credito.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



La scala internazionale che esprime il giudizio di rating è formata dalla combinazione di più lettere in cui la lettera A è utilizzata per esprimere il giudizio più elevato e la lettera C il giudizio più basso. Le regioni italiane hanno valori di rating piuttosto differenti si passa dalla AA della Lombardia alla A3- della Campania.

Le tre maggiori agenzie sono Standard and Poor's, Moody's e Fitch Rating che forniscono una gamma completa di valutazione, differente sia per tipologia dell'emittente che per strumento finanziario.

Le tre principali agenzie hanno dato tre differenti valutazioni per ogni regione italiana, mentre allo Stato Italiano la Fitch ha dato: AA-, Moody's Aa2, e S&P A+

La Sicilia ha avuto una valutazione da parte di Fitch pari ad A-, Moody's attribuisce A1 e S&P attribuisce A+.

Responsabile Centro di Riferimento Regionale

Dott. Renato Malta

Azienda Ospedaliera Universitaria "P. Giaccone"

Via Del Vespro

90127 PALERMO

Tel. 091 6553141

Fax 091 6552962

E-mail: remalta@unipa.it

Principale collaboratore

Prof. Francesco Vitale

Dipartimento di Igiene e Microbiologia

Via del Vespro, 133

90127 PALERMO

Tel. 091 6553601

E-mail: fvitale@igiene.unipa.it

COMUNICATO STAMPA

ROMA, 15 FEBBRAIO 2007

Umbria: Approccio completo al tumore della mammella

Con il 75,8%, l'Umbria è nel 2003 la regione con la più alta percentuale di interventi conservativi per neoplasia mammaria, percentuale che in Italia si attesta al 67,6. E' questo un importante indicatore di appropriatezza clinica e tecnico-professionale, basato sia sul grado di adesione alle linee guida diagnostico-terapeutiche che sull'utilizzo delle moderne tecnologie. Nel caso degli interventi chirurgici effettuati per patologia mammaria, le principali linee guida sottolineano, in primo luogo, l'importanza di ridurre il numero degli interventi chirurgici per patologia benigna attraverso una più adeguata diagnosi preoperatoria e il potenziamento della diagnosi precoce, con l'obiettivo di individuare lesioni di dimensioni ridotte, tali da consentire una chirurgia conservativa. L'attenzione particolare a questo tipo di neoplasia è declinata dalla regione Umbria anche sul fronte della prevenzione con una percentuale di estensione effettiva dei programmi di screening per questo tumore, nel biennio 2003-4 tra le donne di età 50-69 anni, del 92,6 rispetto al dato nazionale che è del 51,1.

Sono i dati che emergono dal **Rapporto Osservasalute 2006**, un'approfondita analisi dello stato di salute della popolazione e della qualità dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane, pubblicato oggi dall'**Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane** e frutto del lavoro di **oltre 200 ricercatori distribuiti su tutto il territorio italiano**, che operano presso Università, Agenzie regionali e provinciali di sanità, Assessorati regionali e provinciali, Aziende ospedaliere ed Aziende sanitarie, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale Tumori, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Ministero della Salute, Istat.

Sopravvivenza e mortalità

Sopravvivenza e mortalità												
	Speranza di vita alla nascita				Speranza di vita a 65 anni				Speranza di vita a 75 anni			
	2003		2004		2003		2004		2003		2004	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Umbria	78,0	83,9	78,8	84,6	17,4	21,6	17,9	22,2	10,4	13,2	10,8	13,7
Italia	76,9	82,6	77,7	83,7	16,8	20,5	17,4	21,4	10,3	12,6	10,7	13,3

L'Italia è tra i paesi più longevi al mondo, tanto per gli uomini quanto per le donne. I livelli di sopravvivenza così elevati sono frutto dei continui progressi in medicina e delle migliori condizioni di vita della popolazione che hanno contribuito a ridurre notevolmente i rischi di morte a tutte le età della vita.

Al 2004, la speranza di vita alla nascita, mostra l'ormai noto vantaggio delle donne rispetto agli uomini, con un'aspettativa di vita mediamente di 6 anni più elevata per le prime rispetto ai secondi (83,7 anni per le donne con un aumento di un anno rispetto al 2003 contro i 77,7 per gli uomini pari a 0,3 anni rispetto al 2003).



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



In Umbria nel 2004 la speranza di vita alla nascita per gli uomini è pari a 78,8 anni e le donne 84,6; mentre la speranza di vita tra i 65 e i 75 anni è pari a 17,9 anni per gli uomini e 22,2 anni per le donne; a 75 anni la speranza di vita per gli uomini è pari a 10,8 anni e 13,7 anni per le donne.

Nel 2004, ultimo anno in cui è disponibile una stima della mortalità per causa di decesso, il tasso di mortalità standardizzato oltre l'anno di vita è risultato pari a 93 per 10.000 uomini e a 54 per 10.000 donne.

In Umbria il tasso di mortalità per gli uomini è pari a 88,63 su 10.000 uomini e a 50,64 su 10.000 donne.

Tra le cause di morte, le maggiori responsabili dell'aumento del rischio di morte degli uomini, tra il 2002 e il 2003 sono state le malattie cardio-respiratorie: quasi tutte le regioni hanno assistito ad un incremento nel rischio di morte per tale causa in Italia, su 10.000 abitanti il tasso di mortalità per gli uomini è pari a 6,83 e per le donne è pari a 2,43.

In Umbria il tasso di mortalità dovuto a malattie per l'apparato respiratorio su 10.000 abitanti è pari a 5,52 per gli uomini con un decremento rispetto al 2003 del 1,74% e 2,62 per le donne con un decremento dello 0,15%.

Per alcune regioni le malattie del sistema circolatorio hanno avuto un forte impatto sull'incidenza del tasso di mortalità, che per gli uomini è pari al 34,34 su 10.000 abitanti con un decremento del 3,78% e per le donne è pari a 22,16 con un decremento del 3,34%.

In Umbria tale tasso è pari a 35,07 per gli uomini con un decremento del 4,55% e per le donne è pari al 22,00 con un decremento del 1,32.

Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione

Fattori di rischio e stili di vita								
	Prevalenza di fumatori di 14 anni e oltre		% persone obese		% persone in sovrappeso		Prevalenza consumatori bevande alcoliche di 11 anni e oltre	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2003	
							M	F
Umbria	22,9	21,9	7,9	9,6	36,9	35,0	84,0	62,6
Italia	23,7	25,0	8,5	9,0	33,5	33,6	84,7	59,8

Il fumo

La lotta al tabagismo rappresenta uno degli obiettivi prioritari delle politiche sanitarie; la prevalenza di fumatori permette di misurare il fenomeno e programmare interventi finalizzati al suo contenimento nella popolazione. I dati rilevati nell'ambito dell'Indagine Multiscopo sulle famiglie Stili di vita e condizioni di salute nell'anno 2005, mostrano che l'abitudine al fumo riguarda circa il 25% della popolazione italiana, la prevalenza dei non fumatori e degli ex fumatori è rispettivamente di circa 53% ed il 21,3%. Inoltre si osserva un decremento significativo della percentuale di fumatrici (dal 17,4% al 15,8%) .

In Italia la percentuale di fumatori è pari a 25% della popolazione residente, mentre gli ex fumatori sono il 21,3% e i non fumatori il 53%.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



In Umbria la percentuale di fumatori è pari a 21,9% della popolazione residente, mentre gli ex fumatori sono il 22,3% e i non fumatori il 51,2%.

Sovrappeso e obesità

L'epidemia di obesità si sta rapidamente diffondendo: nel mondo circa 300 milioni di individui sono obesi, il tasso di incidenza è in continuo ed allarmante aumento e si stima che nel 2010 circa 150 milioni di adulti saranno affetti da questo problema.

Solo poco più della metà della popolazione italiana è in normopeso: il 42,6% è in eccesso ponderale. Nel confronto temporale tra il 2002 e il 2003 il dato relativo all'obesità presenta un aumento da 8,5% a 9%.

In Italia la prevalenza di persone di 18 anni e oltre in sovrappeso è 33,6% della popolazione totale, mentre quelle in sovrappeso sono pari a 9,0%.

In Umbria la prevalenza di persone di 18 anni e oltre in sovrappeso è 35,0% della popolazione totale, mentre quelle in sovrappeso sono pari a 9,6%.

Ambiente

L'inquinamento da polveri fini (PM₁₀), originato sia da sorgenti naturali che antropiche, provoca effetti sulla salute a breve, medio e lungo termine dovuti ad una compromissione dell'apparato respiratorio con danni acuti e cronico degenerativi.

L'incremento delle concentrazioni sembrerebbe essere accentuato durante i mesi invernali. L'analisi dei dati relativi alla "media annua delle concentrazioni medie giornaliere delle polveri fini" mostrerebbe che quattro regioni (Veneto, Marche, Lombardia e Valle d'Aosta) superano il valore limite. Un esame disaggregato dei dati derivanti da 76 comuni dimostra che in 31 comuni almeno una centralina ha registrato un valore medio annuo superiore al limite di riferimento.

In Italia la media annua delle concentrazioni medie giornaliere delle PM₁₀ è pari a 33, sono presenti 10 stazioni per ogni 382.397 abitanti e il limite è stato superato con una media di 53 giorni.

Nel 2004 in Umbria la media annua delle concentrazioni giornaliere delle PM₁₀ è pari a 39 con una diminuzione rispetto alle concentrazioni del 2003, sono presenti 2 stazioni per il rilevamento delle PM₁₀, il cui limite è stato superato per circa 62 giorni.

Ambiente				
	Media annua delle concentrazioni medie giornaliere di PM10		N° medio gg di superamento limite delle concentrazioni medie giornaliere	
	2003	2004	2003	2004
Umbria	42	39	n.d.	62
Italia	41	33	80	53

Salute immigrati

All'inizio del 2006 gli immigrati presenti regolarmente in Italia erano 3.035.000 secondo la stima dell'Equipe del Dossier statistico Immigrazione Catitas/Migrantes. Ai dati ufficiali vanno aggiunti coloro che sono presenti irregolarmente e quindi complessivamente si può indicare la presenza di circa 3.500.000 persone.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Come conseguenza dell'aumento del fenomeno migratorio si è osservato in Italia un incremento nel tempo delle nascite da cittadini stranieri.

In Italia i nati vivi con almeno uno dei genitori cittadino straniero sono pari a 65.062 bambini, con una prevalenza di entrambi i genitori stranieri (46.598).

In Umbria i nati vivi con almeno un cittadino straniero sono pari a 1.400 bambini di cui 1.058 hanno entrambi i genitori stranieri.

Negli ultimi anni si è evidenziato un incremento del numero di interruzioni volontarie di gravidanza (38.364) da parte di donne straniere immigrate in Italia. La maggior parte delle donne straniere che abortisce in Italia sono donne nate nell'Est Europa (17.350 interruzioni di gravidanza), ma anche in paesi del Centro-Sud America (7.090), dell'Africa (6.169) e dell'Asia (3.865).

In Umbria il totale delle interruzioni di gravidanza da parte di donne immigrate nel nostro paese è pari a 896.

Nel decennio di osservazione (1992-2002) l'ammontare complessivo dei decessi tra gli stranieri oltre il primo anno di vita in Italia supera le 32.000 unità con un andamento crescente che mostra negli anni delle forti correlazioni con il processo legislativo delle regolarizzazioni della popolazione straniera.

Il tasso standardizzato di mortalità per 10.000 stranieri residenti in Italia è pari a 20,03.

In Umbria il tasso standardizzato di mortalità per 10.000 stranieri residenti è pari a 15,46.

Tumori

A seguito della crisi del 2003, i tumori maligni dello stomaco mantengono un andamento piuttosto stabile, nel 2004 il tasso standardizzato è pari a 2,2 per 10.000 uomini e a 1,1 per le donne come pure i tumori maligni del colon, retto e ano (3,2 uomini e 1,9 donne ogni 10.000); continuano a ridursi i tumori maligni di trachea, bronchi e polmoni per gli uomini (8,7 per 10.000 ab.) ma continuano ad aumentare quelli delle donne (1,8 per 10.000 ab. pari ad un aumento dello 0,12%).

Secondo i dati osservati dai Registri Tumore di popolazione emerge che i tumori più frequenti tra gli uomini sono il tumore della prostata, del polmone e del colon-retto mentre tra le donne sono il tumore della mammella, del colon-retto e del polmone.

Il rischio oncologico delle regioni del Sud è stato sempre stimato essere più basso di quello delle regioni del Nord anche se negli ultimi anni questa differenza si è ridotta notevolmente.

I tassi di incidenza delle donne invece sono in aumento in tutte le regioni, ma la crescita sembra sempre più accentuata in alcune regioni del sud.

In Italia, nel periodo che va dal 2001 al 2006 il tasso medio di incidenza di tutti i tumori per 100.000 abitanti è pari a 304,5.

In Umbria, nel periodo che va da 2001 al 2006 il tasso medio di incidenza di tutti i tumori per 100.000 abitanti è pari a 310,2.

Tumore alla mammella

Il tumore alla mammella è il tumore più frequente nelle donne dei paesi occidentali, per le quali il rischio di ammalarsi nel corso della vita giunge fino al 10-11%. L'incidenza del tumore alla mammella in Italia nel quinquennio 2001-2006 rispetto al precedente 1995-2000 è in lieve aumento. I tassi di incidenza del tumore alla mammella sono in aumento in tutte le regioni italiane, presumibilmente in



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



associazione con la diffusione dei programmi di screening organizzati e dell'aumentata attenzione a controlli in fase preclinica.

In Italia, Il tasso di incidenza del tumore alla mammella nelle donne è pari a 92,6 su 100.000 abitanti con un aumento del 1,5%

In Umbria, nel periodo 2001-2006 questo tasso è pari a 94,7 con un incremento del 2,9% delle donne rispetto al quinquennio precedente.

Tumore del colon retto

In Europa il timore del colon retto è la seconda neoplasia più comune in entrambi i sessi. In Italia l'incidenza del tumore del colon-retto 1995-2000 verso 2001-2006 è complessivamente in aumento, a causa del trend di crescita negli uomini (da 60 a 66 casi per 100.000); l'aumento dei tassi si verifica in tutte le fasce d'età, ma è più evidente nella fascia tra 75-84 anni

In Umbria il tasso standardizzato totale per il periodo 2001-2006 è pari a 48,9 casi ogni 100.000 abitanti così diviso 63,7 per gli uomini e 37,0 per le donne.

Tumore del Polmone

Il **cancro polmonare** è una delle neoplasie maligne più frequentemente diagnosticate nel mondo. In Italia, nel periodo 2001-2006, l'incidenza del tumore polmonare, è in riduzione rispetto al precedente periodo (1995-2000) ed è pari a 72 casi ogni 100.000 uomini e dimostra valori costanti per le donne pari a 14 casi ogni 100.000, ma vi sono preoccupanti segnali di incremento in alcune regioni.

In Umbria il tasso medio di incidenza per tumore del polmone per classe di età 0-84 anni ogni 100.000 abitanti nel periodo 2001-2006 è pari ad un tasso standardizzato del 32,5 casi diviso in 54,5 casi per gli uomini con una diminuzione dell'11,4% e del 14,2 casi per le donne con un incremento dello 2,2%.

Screening

Prosegue l'estensione nel territorio nazionale dell'attività di screening organizzato per i tumori femminili e per quelli del colon retto. A fronte di una maggiore diffusione nelle regione del Centro e del Nord Italia, le regione del sud si stanno attivando, anche sotto l'impulso della legge 138/2004 del CCM e al coordinamento del ONS.

Screening mammografico

L'attivazione di programmi di screening per tumore alla mammella è raccomandata in Italia con programmi organizzati su un invito attivo ed è richiesta nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza. Nel 2004 vi è stata una ulteriore espansione dei programmi di screening ed è stata pari al 68,7%. Questo significa che due donne su tre risiedono in un territorio in cui è stato attivato un programma di screening mammografico. Le donne che hanno realmente ricevuto un invito a partecipare al programma di screening mammografico hanno avuto un incremento pari a circa il 24%.

In Italia, nel 2004 la percentuale di donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni inseriti in un programma di screening mammografico mostra un'estensione teorica è pari a 68,7% con un incremento del 12,5% di cui l'estensione effettiva è pari a 51,1%.

In Umbria, nel 2004 la percentuale di donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni inseriti in un programma di screening mammografico mostra



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



un'estensione teorica è pari al 100% pari al 2003 di cui l'estensione effettiva è pari a 92,6%.

Malattie infettive

Nel corso del XX secolo la scoperta di antibiotici sempre più attivi, la produzione di vaccini efficaci e l'applicazione di idonee misure di igiene ambientale hanno contrastato con grande efficacia un crescente numero di malattie infettive. La prevalenza di molte patologie infettive è gradualmente diminuita soprattutto nei paesi industrializzati. Questi successi hanno favorito la diffusione dell'idea che le malattie infettive siano state vinte. Ma questo concetto non è propriamente giusto se si pensa ai paesi sottosviluppati, e se si esamina che per alcune malattie (AIDS, EBOLA; SARS etc) sono aumentate le aspettative di vita, ma sono ancora causa di morte.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che entro il 2015 saranno disponibili ben 36 nuovi vaccini (ad esempio contro l'HIV o il virus C dell'epatite) o migliorati (ad esempio contro il virus B dell'epatite o la febbre tifoide).

Malattie infettive				
	Tasso di incidenza AIDS (per 100.000)		Tasso std di incidenza epatite A (per 100.000)	
	2004	2005	2003	2004
Umbria	2,98	3,00	5,70	2,10
Italia	2,85	1,80	3,33	4,25

Incidenza AIDS

In Italia, dal 1994 al 2005 sono stati notificati 32.996 casi di AIDS con un tasso di incidenza di 1,8 nuovi casi ogni 100.000 abitanti. Per quanto riguarda i tassi di incidenza si è registrata una sensibile diminuzione a partire dal 1996/97 a livello di tutti gli ambiti regionali. Il trend coincide con l'ingresso in Italia di farmaci antiretrovirali che hanno ridotto il rischio di progressione in AIDS degli HIV positivi aumentando pertanto la quota dei soggetti sieropositivi.

In Umbria nel 2005 sono stati registrati 21 nuovi casi di AIDS con un tasso di incidenza pari a 3,0 nuovi casi ogni 100.000 abitanti.

Epatite A

L'epidemia in Italia viene considerata a basse endemia, nel 2004 il tasso di incidenza è stato di 4 casi ogni 100.000 abitanti.

In Umbria il tasso di incidenza di epatite A per l'anno 2004 è pari a 2,10 casi su 100.000 abitanti con una diminuzione del 3,6% rispetto al 2003.

Tubercolosi

L'Italia è stata classificata come paese a bassa incidenza di tubercolosi. In base ai dati ricavati dalle notifiche obbligatorie nell'anno 2004, il tasso di incidenza di tubercolosi per gli uomini è pari a 8,70 casi per 100.000 residenti quasi il doppio rispetto a quello registrato per le donne(5,45 per 100.000 ab.)

In Umbria, nel 2004 il tasso standardizzato di incidenza per tubercolosi nei maschi è pari a 5,82 casi ogni 100.000 mentre per le donne è di 5,45 casi.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Dipendenze da sostanza

All'interno della popolazione italiana l'abuso di alcune sostanze illegali (principalmente eroina e cocaina) risulta correlato ad un aumentato rischio di mortalità. La classe d'età maggiormente toccata dal fenomeno consumo è 15-44 anni. A livello italiano si evidenzia un continuo decremento del tasso di mortalità dal 1996 al 2002; il calo risulta particolarmente evidente tra il 1996 (6,31 morti ogni 100.000 ab) e il 1997 (4,71 morti) e tra il 2001 (3,42 morti) e il 2002 (2,17 morti). Si rileva poi un tasso costante fino a fine del 2003 con una successiva inversione di tendenza nel 2004 (2,50 morti) confermata nel 2005 con 2,52 morti.

In Umbria nel 2005 il tasso di mortalità per abuso di stupefacenti nella fascia di età compresa tra 15 e 44 anni è pari a 7,52 con un incremento del 2,96% su 100.000 abitanti.

Salute materno-infantile

Gli indicatori della salute materno-infantile rappresentano un importante strumento per valutare lo stato di salute di una popolazione.

Abortività volontaria

I dati del 2003 con 124.118 di interruzioni di gravidanza volontarie (IVG) confermano la tendenza alla stabilizzazione del fenomeno, dopo un costante declino iniziato a partire dalla metà degli anni 80. Le regioni del Nord Ovest e del Centro presentano valori superiori alla media nazionale.

Il tasso standardizzato è di 9,2 casi ogni 1.000 donne, mentre il tasso più elevato si osserva nella classe 20-24 anni con 15,1. Questo dato può essere determinato in parte dall'ingresso delle donne straniere, prevalentemente giovani, presenti nel nostro paese che fanno ricorrenza alla IVG.

Osservando il fenomeno per lo stato civile, i livelli di abortività più elevati si osservano tra le persone separate, divorziate e vedove (22,2 per 1.000 nel 1993 e 24,3 nel 2003) che però numericamente costituiscono un gruppo più piccolo.

In Umbria, nel 2003, il tasso standardizzato delle interruzioni volontarie della gravidanza è pari a 11,21 casi ogni 1.000 donne.

Abortività spontanea

La normativa italiana definisce l'aborto spontaneo come l'interruzione spontanea della gravidanza entro il 180 giorno di gestazione.

Il trend del rapporto standardizzato mostra un debole andamento crescente fino alla metà degli anni '90, seguito da una fase di stabilizzazione. Le differenze territoriali sono abbastanza marcate: il Centro e il nord Est seguono l'andamento nazionale con valori più elevati della media, mentre il Mezzogiorno con valori inferiori. Tali andamenti possono essere spiegati in parte dalle differenze territoriali dell'età media del parto. L'aumento del rapporto di abortività spontanea può essere attribuibile a vari fattori, quali una diagnosi più precoce della gravidanza, una migliorata notifica dell'evento, l'innalzamento dell'età della madre al parto e in particolare al primo figlio, il ricorso a tecniche di procreazione medicalmente assistita o la diffusione di fattori ambientali e lavorativi che hanno un'influenza negativa sullo sviluppo del feto.

In Italia il rapporto standardizzato per rapporti di abortività spontanea nella classe 15-49 anni è pari a 127,6 donne gravide.

In Umbria il rapporto standardizzato per abortività spontanea nella classe di età 15-49 è pari a 110,8 donne gravide.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Parti cesarei

La proporzione dei parti cesarei ha subito negli ultimi decenni un costante incremento in molti paesi occidentali, ed in Italia in particolare sono stati raggiunti i valori più elevati al mondo.

Nel 2004 la proporzione dei parti cesarei a livello nazionale è di 38% sul totale.

In Umbria il totale dei parti cesarei nel 2004 è stato del 31,9% sul totale; con un aumento del 6,5 rispetto al 1998.

Incidenti stradali

Gli incidenti, sia domestici che stradali, rappresentano attualmente un problema emergente della Sanità pubblica in Italia.

Gli incidenti stradali nel nostro paese nel 2004 secondo le fonti della polizia di stato sono stati 224.553 di questi ci sono stati 5.625 decessi, con 316.630 feriti. La metà dei decessi avviene prima dei 41 anni d'età ed il 25% prima dei 23 anni.

In Umbria, nel 2004 gli incidenti registrati sono pari a 3.614 di cui 103 persone coinvolte sono decedute e 5.107 ferite.

Incidenti sul lavoro

L'inail definisce infortunio sul lavoro la conseguenza di una causa violenta ed esterna verificatasi in occasione del lavoro da cui deriva o la morte o un'inabilità temporanea che comporta l'astensione dal lavoro per oltre tre giorni.

In Italia, la media tra il 2002 e il 2005 di mortalità per infortuni sul lavoro in Italia ogni 100.000 abitanti è pari a 7,85 persone.

In Umbria, la media del tasso di mortalità per infortuni sul lavoro tra 2002 e 2005, è pari a 12,39 persone su 100.000.

Assistenza territoriale

Negli ultimi anni in Italia si è assistito ad un sostanziale mutamento nel profilo demografico e, di conseguenza, il bisogno socio-sanitario e la domanda emergente della popolazione è cambiata.

Il territorio non è più solo il luogo tradizionale di servizi ambulatoriali di medicina generale, di continuità assistenziale, delle attività distrettuali di tutela della salute collettive e delle strutture residenziali per anziani, ma è diventato anche la sede primaria di promozione della salute, di governo della domanda e dell'integrazione dell'assistenza ospedaliera con le cure primarie, la riabilitazione e di riflesso tutte le forme di assistenza destinate all'accompagnamento di anziani, malati cronici, disabili e più in generale soggetti fragili.

In Italia l'esperienza della domiciliarizzazione dell'assistenza, espressione di funzioni e attività proprie delle cure extraospedaliere è ricca e variegata. Le cure domiciliari includono l'assistenza infermieristica e riabilitativa domiciliare (ADI), l'assistenza programmata domiciliare (ADP) fornita da medici di medicina generale gli assistiti non deambulanti e le applicazioni della teleassistenza domiciliare nelle diverse forme di telecontrollo, telesoccorso o teleconsulto.

In Italia, nel 2004 i casi di assistenza domiciliare sono stati 373.424 ovvero 645 casi ogni 100.000 abitanti. Mentre l'assistenza domiciliare agli anziani è stata pari all'84,1% degli anziani residenti.

In Umbria, nel 2004 i casi di assistenza domiciliare sono stati 5.860 ovvero 691 casi ogni 100.000 abitanti. Mentre l'assistenza domiciliare agli anziani è stata pari a 83,1% degli anziani residenti.



Trapianti

Il trapianto di organi e tessuti, associato alla scoperta di nuovi farmaci che migliorano la tolleranza dell'organo trapiantato nel ricevente, è uno dei progressi più rilevanti nella cura di un grande numero di malattie per le quali non esistono cure alternative.

La promozione delle donazioni, dei trapianti e della valutazione di qualità dell'attività di trapianto organi, cellule staminali e tessuti sono obiettivi importanti del sistema sanitario.

I dati al 31/12/2005 dimostrano un aumento dell'attività di donazione e trapianto ottenuto nel nostro paese, nel giro di dieci anni l'Italia è passata dagli ultimi al secondo posto in Europa e al terzo nel mondo. Anche dal punto di vista qualitativo si registrano ottimi risultati.

In Italia, il tasso dei donatori effettivi per milione di popolazione al 31/12/05 era di 21.

In Umbria il tasso dei donatori effettivi per milione di popolazione al 31/12/05 era di 15,7.

Spesa sanitaria in rapporto al PIL e spesa sanitaria pubblica pro capite

L'analisi dell'assetto economico finanziario dei sistemi sanitari delle regioni italiane restituisce uno scenario particolarmente eterogeneo. L'attenzione è posta sui fabbisogni della spesa sanitaria a livello regionale e sui relativi disavanzi che, soprattutto in alcune regioni, stanno portando all'accumularsi di debiti particolarmente ingenti e preoccupanti per la stabilità del sistema economico regionale. La presenza di disavanzi ha spinto molte regioni a trovare soluzioni finanziarie in grado di assicurare la necessaria liquidità per lo svolgimento delle operazioni correnti nell'ambito delle aziende sanitarie.

Il rapporto tra spesa e PIL dovrebbe identificare la disponibilità a spendere per l'assistenza sanitaria di una regione in relazione alle proprie disponibilità in termini di reddito.

La spesa sanitaria pubblica corrente in rapporto al PIL negli anni 2002-2003 ha subito un decremento dello 0,32%.

La spesa pro capite delle regioni italiane mostra una significativa variabilità tra il 2003 e il 2005 con un notevole incremento negli ultimi anni soprattutto a favore delle regioni meridionali.

La spesa sanitaria dell'Italia in rapporto al PIL negli anni 2002-2003 ha subito un decremento dello 0,32%, mentre la spesa sanitaria pubblica pro capite è pari a 1.621euro.

La spesa sanitaria dell'Umbria in rapporto al PIL negli anni 2002-2003 ha subito una diminuzione dello 0,15%, mentre la spesa sanitaria pubblica pro capite è pari a 1.618 euro.

Assetto economico-finanziario						
	Spesa sanitaria pubblica pro capite (in €)		Disavanzo sanitario pubblico pro capite (in €)		Utile o perdita media di esercizio pro capite delle Asl (in €)	
	2004	2005	2003	2004	2003	2004
Umbria	1.573	1.618	54,56	61,37	-66,24	-11,75
Italia	1.548	1.621	39,09	105,60	-73,21	-44,07



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Spesa sanitaria per livelli essenziali di assistenza LEA

In Italia, con l'Accordo Stato-Regioni, sottoscritto il 22/11/2001 sono stati definiti i livelli essenziali di assistenza (LEA); questi rappresentano le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o in compartecipazione, grazie alle risorse raccolte attraverso il sistema fiscale. La ripartizione dei costi per livelli essenziali di assistenza è relativa all'anno 2003. I macrolivelli che assorbono le maggiori risorse sono l'assistenza ospedaliera che rappresenta il 48,4% dei costi totali e il 47,7% dei costi dell'assistenza distrettuale.

A livello regionale i costi per l'assistenza ospedaliera dell'Umbria sono pari al 49,5% dei costi totali mentre per l'assistenza distrettuale sono pari a 46,0%.

Disavanzo sanitario pubblico procapite

Il disavanzo sanitario pubblico misura la differenza tra quanto è stato speso e quanto è stato ricevuto come finanziamento. È un indicatore della sostenibilità del processo di devoluzione regionale: disavanzi che tendono strutturalmente ad accentuarsi nel tempo indica la presenza di un problema nella gestione federalista della sanità, mentre peggioramenti a livello di singole regioni indicano un probabile problema gestionale.

In Italia il disavanzo sanitario pubblico procapite nel 2005 è pari a 78,29 € con una variazione assoluta di +55,40.

In Umbria il disavanzo sanitario pubblico pro capite nel 2005 è pari a -7,73 € con una variazione assoluta di +49,69.

Ticket

Il ticket farmaceutico rappresenta il contributo che il paziente deve pagare per ottenere farmaci rimborsati dal SSN.

L'indicatore permette di avere una visione d'insieme dell'utilizzo del ticket farmaceutico, evidenziandone, anche alcune caratteristiche, stabilite attraverso la normativa regionale di riferimento. L'utilizzo di questa leva finanziaria dovrebbe servire a frenare la crescita della spesa farmaceutica, che è spesso viziata dalla tendenza ad acquistare farmaci in quantità superiore ai bisogni effettivi.

La differenza tra Regione e Regione nell'applicazione del ticket, in termini di spesa farmaceutica pro capite, non sembrerebbe evidenziare solo una scelta di natura economico-finanziaria pura, ma una scelta legata alle difficoltà di bilancio e alla mancanza di utilizzo di altri strumenti più idonei a raggiungere il contenimento della spesa farmaceutica.

Nel 2005 il totale della compartecipazione richiesta ai cittadini è stato pari a 515 milioni di euro, corrispondenti al 3,8% della spesa lorda complessiva, in riduzione rispetto al 2004 ed al 2003.

L'incidenza del ticket sulla spesa lorda in Italia è stata pari a 8,9€ corrispondente al 3,8% della spesa farmaceutica pro capite.

L'Umbria ha una spesa farmaceutica lorda di 1,8€ corrispondente allo 0,9% della spesa farmaceutica pro capite.

Rating

Il rating è una valutazione, fornita da parte di un'agenzia privata specializzata, del merito di credito di un soggetto emittente obbligazioni sui mercati finanziari internazionali. È un indicatore della capacità del soggetto di far fronte puntualmente al



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



servizio del debito. Il rating assume rilevanza in quanto fornisce agli operatori finanziari un'informazione omogenea sul grado di rischio degli emittenti e riveste una grande importanza per tutti gli investitori che non sono adeguatamente attrezzati per un'analisi autonoma del rischio di credito.

La scala internazionale che esprime il giudizio di rating è formata dalla combinazione di più lettere in cui la lettera A è utilizzata per esprimere il giudizio più elevato e la lettera C il giudizio più basso. Le regioni italiane hanno valori di rating piuttosto differenti si passa dalla AA della Lombardia alla A3- della Campania.

Le tre maggiori agenzie sono Standard and Poor's, Moody's e Fitch Rating che forniscono una gamma completa di valutazione, differente sia per tipologia dell'emittente che per strumento finanziario.

Le tre principali agenzie hanno dato tre differenti valutazioni per ogni regione italiana, mentre allo Stato Italiano la Fitch ha dato: AA-, Moody's Aa2, e S&P A+

L'Umbria ha avuto una valutazione da parte di Moody's attribuisce un Aa3 e S&P A+, Fitch non attribuisce nessun valore.

COMUNICATO STAMPA

ROMA, 15 FEBBRAIO 2007

Veneto: in crescita la spesa sanitaria pubblica procapite

E' di 1.616 euro pro capite il costo per la spesa sanitaria pubblica pro capite al 2005 con un incremento del 5% circa rispetto all'anno 2004 (dato nazionale 1.661).

La spesa sanitaria procapite rappresenta l'ammontare di risorse in termini monetari che è in media disponibile per ogni individuo di una data regione per far fronte alle spese sanitarie per un periodo di riferimento. In tal senso dovrebbe indicare le risorse disponibili mediamente per fornire sia i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), sia gli altri servizi che la regione ritiene di essere in grado di garantire alla popolazione locale. Non rappresenta, invece i costi gravanti sulla popolazione della specifica regione, essendo parte della spesa coperta da entrate provenienti da altre regioni.

Sono i dati che emergono dal **Rapporto Osservasalute 2006**, un'approfondita analisi dello stato di salute della popolazione e della qualità dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane, pubblicato oggi dall'**Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane** e frutto del lavoro di **oltre 200 ricercatori distribuiti su tutto il territorio italiano**, che operano presso Università, Agenzie regionali e provinciali di sanità, Assessorati regionali e provinciali, Aziende ospedaliere ed Aziende sanitarie, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale Tumori, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Ministero della Salute, Istat.

Sopravvivenza e mortalità

	Speranza di vita alla nascita				Speranza di vita a 65 anni				Speranza di vita a 75 anni			
	2003		2004		2003		2004		2003		2004	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Veneto	77,2	83,4	77,9	84,3	17,0	21,2	17,4	22,0	10,6	13,2	10,9	13,8
Italia	76,9	82,6	77,7	83,7	16,8	20,5	17,4	21,4	10,3	12,6	10,7	13,3

L'Italia è tra i paesi più longevi al mondo, tanto per gli uomini quanto per le donne. I livelli di sopravvivenza così elevati sono frutto dei continui progressi in medicina e delle migliori condizioni di vita della popolazione che hanno contribuito a ridurre notevolmente i rischi di morte a tutte le età della vita.

Al 2004, la speranza di vita alla nascita, mostra l'ormai noto vantaggio delle donne rispetto agli uomini, con un'aspettativa di vita mediamente di 6 anni più elevata per le prime rispetto ai secondi (83,7 anni per le donne con un aumento di un anno rispetto al 2003 contro i 77,7 per gli uomini pari a **0,8** anni rispetto al 2003).

In Veneto, nel 2004 la speranza di vita alla nascita per gli uomini è pari a 77,9 anni e le donne 84,3; la speranza di vita tra i 65 e i 75 anni è pari a 17,4



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



anni per gli uomini e 22 anni per le donne; a 75 anni la speranza di vita per gli uomini è pari a 10,9 anni e 13,8 anni per le donne.

Nel 2004, ultimo anno in cui è disponibile una stima della mortalità per causa di decesso, il tasso di mortalità standardizzato oltre l'anno di vita è risultato pari a **92,96** per 10.000 uomini e a **53,93** per 10.000 donne.

In Veneto il tasso di mortalità per gli uomini è pari a 92,21 su 10.000 uomini e a 49,97 su 10.000 donne.

Tra le cause di morte, le maggiori responsabili dell'aumento del rischio di morte degli uomini, tra il 2002 e il 2003 sono state le malattie cardio-respiratorie: quasi tutte le regioni hanno assistito ad un incremento nel rischio di morte per tale causa in Italia, su 10.000 abitanti il tasso di mortalità per gli uomini è pari a 6,83 e per le donne è pari a 2,43.

In Veneto il tasso di mortalità dovuto a malattie per l'apparato respiratorio su 10.000 abitanti è pari a 6,86 per gli uomini con un decremento rispetto al 2003 dello 0,58 e 2,85 per le donne con un decremento dello 0,17.

Per alcune regioni le malattie del sistema circolatorio hanno avuto un forte impatto sull'incidenza del tasso di mortalità, che per gli uomini è pari al 34,34 su 10.000 abitanti con un decremento del 3,78% e per le donne è pari a 22,16 con un decremento del 3,34%.

In Veneto tale tasso è pari a 32,75 per gli uomini con un decremento del 2,92% e per le donne è pari al 19,42 con un decremento dello 2,52%.

Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione

	Prevalenza di fumatori di 14 anni e oltre		% persone obese		% persone in sovrappeso		Prevalenza consumatori bevande alcoliche di 11 anni e oltre	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2003	
							M	F
Veneto	19,9	21,8	8,6	9,0	33,9	33,2	88,2	67,0
Italia	23,7	25,0	8,5	9,0	33,5	33,6	84,7	59,8

(*) almeno una volta al giorno di persone di 3 anni e oltre

Il fumo

La lotta al tabagismo rappresenta uno degli obiettivi prioritari delle politiche sanitarie; la prevalenza di fumatori permette di misurare il fenomeno e programmare interventi finalizzati al suo contenimento nella popolazione. I dati rilevati nell'ambito dell'Indagine Multiscopo sulle famiglie Stili di vita e condizioni di salute nell'anno 2005, mostrano che l'abitudine al fumo riguarda circa il 25% della popolazione italiana, la prevalenza dei non fumatori e degli ex fumatori è rispettivamente di circa 53% ed il 21,3%. Inoltre si osserva un decremento significativo della percentuale di fumatrici (dal 17,4% al 15,8%) .

In Italia la percentuale di fumatori è pari a 25% della popolazione residente, mentre gli ex fumatori sono il 21,3% e i non fumatori il 53%.

In Veneto la percentuale di fumatori è pari a 21,8% della popolazione residente, mentre gli ex fumatori sono il 23,3% e i non fumatori il 53,3%.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Sovrappeso e obesità

L'epidemia di obesità si sta rapidamente diffondendo: nel mondo circa 300 milioni di individui sono obesi, il tasso di incidenza è in continuo ed allarmante aumento e si stima che nel 2010 circa 150 milioni di adulti saranno affetti da questo problema.

Solo poco più della metà della popolazione italiana è in normopeso: il 42,6% è in eccesso ponderale. Nel confronto temporale tra il 2002 e il 2003 il dato relativo all'obesità presenta un aumento da 8,5% a 9%.

In Italia la prevalenza di persone di 18 anni e oltre in sovrappeso è 33,6% della popolazione totale, mentre quelle in sovrappeso sono pari a 9,0%.

In Veneto la prevalenza di persone di 18 anni e oltre in sovrappeso è 33,2% della popolazione totale, mentre quelle in sovrappeso sono pari a 9,0%.

Ambiente

L'inquinamento da polveri fini (PM₁₀), originato sia da sorgenti naturali che antropiche, provoca effetti sulla salute a breve, medio e lungo termine dovuti ad una compromissione dell'apparato respiratorio con danni acuti e cronico degenerativi.

L'incremento delle concentrazioni sembrerebbe essere accentuato durante i mesi invernali. L'analisi dei dati relativi alla "media annua delle concentrazioni medie giornaliere delle polveri fini" mostrerebbe che quattro regioni (Veneto, Marche, Lombardia e Valle d'Aosta) superano il valore limite. Un esame disaggregato dei dati derivanti da 76 comuni dimostra che in 31 comuni almeno una centralina ha registrato un valore medio annuo superiore al limite di riferimento.

In Italia la media annua delle concentrazioni medie giornaliere delle PM₁₀ è pari a 33, sono presenti 10 stazioni per ogni 382.397 abitanti e il limite è stato superato con una media di 53 giorni.

Nel 2004 in Veneto la media annua delle concentrazioni giornaliere delle PM₁₀ è pari a 47 con una diminuzione rispetto alle concentrazioni del 2003, sono presenti 9 stazioni per il rilevamento delle PM₁₀, il cui limite è stato superato per circa 91 giorni.

Ambiente				
	Media annua delle concentrazioni medie giornaliere di PM10		N° medio gg di superamento limite delle concentrazioni medie giornaliere	
	2003	2004	2003	2004
Veneto	49	47	n.d.	91
Italia	41	33	80	53

Salute immigrati

All'inizio del 2006 gli immigrati presenti regolarmente in Italia erano 3.035.000 secondo la stima dell'Equipe del Dossier statistico Immigrazione Catitas/Migrantes. Ai dati ufficiali vanno aggiunti coloro che sono presenti irregolarmente e quindi complessivamente si può indicare la presenza di circa 3.500.000 persone.

Come conseguenza dell'aumento del fenomeno migratorio si è osservato in Italia un incremento nel tempo delle nascite da cittadini stranieri.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



In Italia i nati vivi con almeno uno dei genitori cittadino straniero sono pari a 65.062 bambini, con una prevalenza di entrambi i genitori stranieri (46.598).

In Veneto i nati vivi con almeno un cittadino straniero sono pari a 8.718 bambini di cui 6.946 hanno entrambi i genitori stranieri.

Negli ultimi anni si è evidenziato un incremento del numero di interruzioni volontarie di gravidanza (38.364) da parte di donne straniere immigrate in Italia. La maggior parte delle donne straniere che abortisce in Italia sono donne nate nell'Est Europa (17.350 interruzioni di gravidanza), ma anche in paesi del Centro-Sud America (7.090), dell'Africa (6.169) e dell'Asia (3.865).

In Veneto il totale delle interruzioni di gravidanza da parte di donne immigrate nel nostro paese è pari a 3.859.

Nel decennio di osservazione (1992-2002) l'ammontare complessivo dei decessi tra gli stranieri oltre il primo anno di vita in Italia supera le 32.000 unità con un andamento crescente che mostra negli anni delle forti correlazioni con il processo legislativo delle regolarizzazioni della popolazione straniera.

Il tasso standardizzato di mortalità per 10.000 stranieri residenti in Italia è pari a 20,03.

In Veneto il tasso standardizzato di mortalità per 10.000 stranieri residenti è pari a 17,86.

Tumori

A seguito della crisi del 2003, i tumori maligni dello stomaco mantengono un andamento piuttosto stabile, nel 2004 il tasso standardizzato è pari a 2,2 per 10.000 uomini e a 1,1 per le donne come pure i tumori maligni del colon, retto e ano (3,2 uomini e 1,9 donne ogni 10.000); continuano a ridursi i tumori maligni di trachea, bronchi e polmoni per gli uomini (8,7 per 10.000 ab.) ma continuano ad aumentare quelli delle donne (1,8 per 10.000 ab. pari ad un aumento dello 0,12%).

Secondo i dati osservati dai Registri Tumore di popolazione emerge che i tumori più frequenti tra gli uomini sono il tumore della prostata, del polmone e del colon-retto mentre tra le donne sono il tumore della mammella, del colon-retto e del polmone.

Il rischio oncologico delle regioni del Sud è stato sempre stimato essere più basso di quello delle regioni del Nord anche se negli ultimi anni questa differenza si è ridotta notevolmente.

I tassi di incidenza delle donne invece sono in aumento in tutte le regioni, ma la crescita sembra sempre più accentuata in alcune regioni del sud.

In Italia, nel periodo che va dal 2001 al 2006 il tasso medio di incidenza di tutti i tumori per 100.000 abitanti è pari a 304,5.

In Veneto nel periodo che va da 2001 al 2006 il tasso medio di incidenza di tutti i tumori per 100.000 abitanti è pari a 314,3.

Tumore alla mammella

Il tumore alla mammella è il tumore più frequente nelle donne dei paesi occidentali, per le quali il rischio di ammalarsi nel corso della vita giunge fino al 10-11%. L'incidenza del tumore alla mammella in Italia nel quinquennio 2001-2006 rispetto al precedente 1995-2000 è in lieve aumento. I tassi di incidenza del tumore alla mammella sono in aumento in tutte le regioni italiane, presumibilmente in associazione con la diffusione dei programmi di screening organizzati e dell'aumentata attenzione a controlli in fase preclinica. Il tasso di incidenza del tumore alla mammella nelle donne è pari a 92,6 su 100.000 abitanti con un aumento del 1,5%



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



In Italia, Il tasso di incidenza del tumore alla mammella nelle donne è pari a 92,6 su 100.000 abitanti con un aumento del 1,5%

In Veneto nel periodo 2001-2006 questo tasso è pari a 125,2 con un incremento del 9,8% delle donne rispetto al quinquennio precedente.

Tumore del colon retto

In Europa il timore del colon retto è la seconda neoplasia più comune in entrambi i sessi. In Italia l'incidenza del tumore del colon-retto 1995-2000 verso 2001-2006 è complessivamente in aumento, a causa del trend di crescita negli uomini (da 60 a 66 casi per 100.000); l'aumento dei tassi si verifica in tutte le fasce d'età, ma è più evidente nella fascia tra 75-84 anni

In Veneto il tasso standardizzato totale per il periodo 2001-2006 è pari a 56,2 casi ogni 100.000 abitanti così diviso 74,7 per gli uomini e 41,6 per le donne.

Tumore del Polmone

Il **cancro polmonare** è una delle neoplasie maligne più frequentemente diagnosticate nel mondo. In Italia, nel periodo 2001-2006, l'incidenza del tumore polmonare, è in riduzione rispetto al precedente periodo (1995-2000) ed è pari a 72 casi ogni 100.000 uomini e dimostra valori costanti per le donne pari a 14 casi ogni 100.000, ma vi sono preoccupanti segnali di incremento in alcune regioni.

In Veneto il tasso medio di incidenza per tumore del polmone per classe di età 0-84 anni ogni 100.000 abitanti nel periodo 2001-2006 è pari ad un tasso standardizzato del 42,5 casi diviso in 74,0 casi per gli uomini con una diminuzione del 20,4% e del 17,7 casi per le donne con un incremento dello 0,7%.

Screening tumori per tumori femminili e del colon retto

Prosegue l'estensione nel territorio nazionale dell'attività di screening organizzato per i tumori femminili e per quelli del colon retto. A fronte di una maggiore diffusione nelle regione del Centro e del Nord Italia, le regione del sud si stanno attivando, anche sotto l'impulso della legge 138/2004 del CCM e al coordinamento del ONS.

Screening mammografico

L'attivazione di programmi di screening per tumore alla mammella è raccomandata in Italia con programmi organizzati su un invito attivo ed è richiesta nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza. Nel 2004 vi è stata una ulteriore espansione dei programmi di screening ed è stata pari al 68,7%. Questo significa che due donne su tre risiedono in un territorio in cui è stato attivato un programma di screening mammografico. Le donne che hanno realmente ricevuto un invito a partecipare al programma di screening mammografico hanno avuto un incremento pari a circa il 24%.

In Italia, nel 2004 la percentuale di donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni inseriti in un programma di screening mammografico mostra un'estensione teorica è pari a 68,7% con un incremento del 12,5% di cui l'estensione effettiva è pari a 51,1%.

In Veneto, nel 2004 la percentuale di donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni inseriti in un programma di screening mammografico mostra un'estensione teorica è pari a 82,8% pari al 2003 di cui l'estensione effettiva è pari a 65,5%.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Malattie infettive

Nel corso del XX secolo la scoperta di antibiotici sempre più attivi, la produzione di vaccini efficaci e l'applicazione di idonee misure di igiene ambientale hanno contrastato con grande efficacia un crescente numero di malattie infettive. La prevalenza di molte patologie infettive è gradualmente diminuita soprattutto nei paesi industrializzati. Questi successi hanno favorito la diffusione dell'idea che le malattie infettive siano state vinte. Ma questo concetto non è propriamente giusto se si pensa ai paesi sottosviluppati, e se si esamina che per alcune malattie (AIDS, EBOLA; SARS etc) sono aumentate le aspettative di vita, ma sono ancora causa di morte.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che entro il 2015 saranno disponibili ben 36 nuovi vaccini (ad esempio contro l'HIV o il virus C dell'epatite) o migliorati (ad esempio contro il virus B dell'epatite o la febbre tifoide).

Malattie infettive				
	Tasso di incidenza AIDS (per 100.000)		Tasso std di incidenza epatite A (per 100.000)	
	2004	2005	2003	2004
Veneto	3,12	1,30	3,05	2,14
Italia	2,85	1,80	3,33	4,25

Incidenza AIDS

In Italia, dal 1994 al 2005 sono stati notificati 32.996 casi di AIDS con un tasso di incidenza di 1,8 nuovi casi ogni 100.000 abitanti. Per quanto riguarda i tassi di incidenza si è registrata una sensibile diminuzione a partire dal 1996/97 a livello di tutti gli ambiti regionali. Il trend coincide con l'ingresso in Italia di farmaci antiretrovirali che hanno ridotto il rischio di progressione in AIDS degli HIV positivi aumentando pertanto la quota dei soggetti sieropositivi.

In Veneto nel 2005 sono stati registrati 46 nuovi casi di AIDS con un tasso di incidenza pari a 1,3 nuovi casi ogni 100.000 abitanti.

Epatite A

L'epidemia in Italia viene considerata a basse endemia, nel 2004 il tasso di incidenza è stato di 4 casi ogni 100.000 abitanti.

In Veneto il tasso di incidenza di epatite A per l'anno 2004 è pari a 2,14 casi su 100.000 abitanti con una diminuzione dello 0,91% rispetto al 2003.

Tubercolosi

L'Italia è stata classificata come paese a bassa incidenza di tubercolosi. In base ai dati ricavati dalle notifiche obbligatorie nell'anno 2004, il tasso di incidenza di tubercolosi per gli uomini è pari a 8,70 casi per 100.000 residenti quasi il doppio rispetto a quello registrato per le donne(5,45 per 100.000 ab.)

In Veneto nel 2004 il tasso standardizzato di incidenza per tubercolosi nei maschi è pari a 12,75 casi ogni 100.000 mentre per le donne è di 9,00 casi.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Dipendenze da sostanza

All'interno della popolazione italiana l'abuso di alcune sostanze illegali (principalmente eroina e cocaina) risulta correlato ad un aumentato rischio di mortalità. La classe d'età maggiormente toccata dal fenomeno consumo è 15-44 anni. A livello italiano si evidenzia un continuo decremento del tasso di mortalità dal 1996 al 2002; il calo risulta particolarmente evidente tra il 1996 (6,31 morti ogni 100.000 ab) e il 1997 (4,71 morti) e tra il 2001 (3,42 morti) e il 2002 (2,17 morti). Si rileva poi un tasso costante fino a fine del 2003 con una successiva inversione di tendenza nel 2004 (2,50 morti) confermata nel 2005 con 2,52 morti.

In Veneto nel 2005 il tasso di mortalità per abuso di stupefacenti nella fascia di età compresa tra 15 e 44 anni è pari a 2,46 con un incremento del 1,07% su 100.000 abitanti.

Salute materno-infantile

Gli indicatori della salute materno-infantile rappresentano un importante strumento per valutare lo stato di salute di una popolazione.

Abortività volontaria

I dati del 2003 con 124.118 di interruzioni di gravidanza volontarie (IVG) confermano la tendenza alla stabilizzazione del fenomeno, dopo un costante declino iniziato a partire dalla metà degli anni 80. Le regioni del Nord Ovest e del Centro presentano valori superiori alla media nazionale.

Il tasso standardizzato è di 9,2 casi ogni 1.000 donne, mentre il tasso più elevato si osserva nella classe 20-24 anni con 15,1. Questo dato può essere determinato in parte dall'ingresso delle donne straniere, prevalentemente giovani, presenti nel nostro paese che fanno ricorrenza alla IVG.

Osservando il fenomeno per lo stato civile, i livelli di abortività più elevati si osservano tra le persone separate, divorziate e vedove (22,2 per 1.000 nel 1993 e 24,3 nel 2003) che però numericamente costituiscono un gruppo più piccolo.

In Veneto, nel 2003, il tasso standardizzato delle interruzioni volontarie della gravidanza è pari a 6,47 casi ogni 1.000 donne.

Abortività spontanea

La normativa italiana definisce l'aborto spontaneo come l'interruzione spontanea della gravidanza entro il 180 giorno di gestazione.

Il trend del rapporto standardizzato mostra un debole andamento crescente fino alla metà degli anni '90, seguito da una fase di stabilizzazione. Le differenze territoriali sono abbastanza marcate: il Centro e il nord Est seguono l'andamento nazionale con valori più elevati della media, mentre il Mezzogiorno con valori inferiori. Tali andamenti possono essere spiegati in parte dalle differenze territoriali dell'età media del parto. L'aumento del rapporto di abortività spontanea può essere attribuibile a vari fattori, quali una diagnosi più precoce della gravidanza, una migliorata notifica dell'evento, l'innalzamento dell'età della madre al parto e in particolare al primo figlio, il ricorso a tecniche di procreazione medicalmente assistita o la diffusione di fattori ambientali e lavorativi che hanno un'influenza negativa sullo sviluppo del feto.

In Italia il rapporto standardizzato per rapporti di abortività spontanea nella classe 15-49 anni è pari a 127,6 donne gravide.

In Veneto il rapporto standardizzato per abortività spontanea nella classe di età 15-49 è pari a 142,5 donne gravide.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Parti cesarei

La proporzione dei parti cesarei ha subito negli ultimi decenni un costante incremento in molti paesi occidentali, ed in Italia in particolare sono stati raggiunti i valori più elevati al mondo.

Nel 2004 la proporzione dei parti cesarei a livello nazionale è di 38% sul totale.

In Veneto il totale dei parti cesarei nel 2004 è stato del 28,8% sul totale; con un aumento del 4,3% rispetto al 1998.

Incidenti stradali

Gli incidenti, sia domestici che stradali, rappresentano attualmente un problema emergente della Sanità pubblica in Italia.

Gli incidenti stradali nel nostro paese nel 2004 secondo le fonti della polizia di stato sono stati 224.553 di questi ci sono stati 5.625 decessi, con 316.630 feriti. La metà dei decessi avviene prima dei 41 anni d'età ed il 25% prima dei 23 anni.

In Veneto, nel 2004 gli incidenti registrati sono pari a 18.268 di cui 542 persone coinvolte sono decedute e 25.524 ferite.

Incidenti sul lavoro

L'inail definisce infortunio sul lavoro la conseguenza di una causa violenta ed esterna verificatasi in occasione del lavoro da cui deriva o la morte o un'inabilità temporanea che comporta l'astensione dal lavoro per oltre tre giorni.

In Italia, la media tra il 2002 e il 2005 di mortalità per infortuni sul lavoro in Italia ogni 100.000 abitanti è pari a 7,85 persone.

In Veneto, la media di mortalità per infortuni sul lavoro tra 2002 e 2005, è pari a 7,65 persone su 100.000.

Assistenza territoriale

Negli ultimi anni in Italia si è assistito ad un sostanziale mutamento nel profilo demografico e, di conseguenza, il bisogno socio-sanitario e la domanda emergente della popolazione è cambiata.

Il territorio non è più solo il luogo tradizionale di servizi ambulatoriali di medicina generale, di continuità assistenziale, delle attività distrettuali di tutela della salute collettive e delle strutture residenziali per anziani, ma è diventato anche la sede primaria di promozione della salute, di governo della domanda e dell'integrazione dell'assistenza ospedaliera con le cure primarie, la riabilitazione e di riflesso tutte le forme di assistenza destinate all'accompagnamento di anziani, malati cronici, disabili e più in generale soggetti fragili.

In Italia l'esperienza della domiciliarizzazione dell'assistenza, espressione di funzioni e attività proprie delle cure extraospedaliere è ricca e variegata. Le cure domiciliari includono l'assistenza infermieristica e riabilitativa domiciliare (ADI), l'assistenza programmata domiciliare (ADP) fornita da medici di medicina generale gli assistiti non deambulanti e le applicazioni della teleassistenza domiciliare nelle diverse forme di telecontrollo, telesoccorso o teleconsulto.

In Italia, nel 2004 i casi di assistenza domiciliare sono stati 373.424 ovvero 645 casi ogni 100.000 abitanti. Mentre l'assistenza domiciliare agli anziani è stata pari all'84,1% degli anziani residenti.

In Veneto, nel 2004 i casi di assistenza domiciliare sono stati 45.987 ovvero 990 casi ogni 100.000 abitanti. Mentre l'assistenza domiciliare agli anziani è stata pari all'82,5% degli anziani residenti.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Trapianti

Il trapianto di organi e tessuti, associato alla scoperta di nuovi farmaci che migliorano la tolleranza dell'organo trapiantato nel ricevente, è uno dei progressi più rilevanti nella cura di un grande numero di malattie per le quali non esistono cure alternative.

La promozione delle donazioni, dei trapianti e della valutazione di qualità dell'attività di trapianto organi, cellule staminali e tessuti sono obiettivi importanti del sistema sanitario.

I dati al 31/12/2005 dimostrano un aumento dell'attività di donazione e trapianto ottenuto nel nostro paese, nel giro di dieci anni l'Italia è passata dagli ultimi al secondo posto in Europa e al terzo nel mondo. Anche dal punto di vista qualitativo si registrano ottimi risultati.

In Italia, il tasso dei donatori effettivi per milione di popolazione al 31/12/05 era di 21.

In Veneto il tasso dei donatori effettivi per milione di popolazione al 31/12/05 era di 32,0.

Spesa sanitaria in rapporto al PIL e spesa sanitaria pubblica pro capite

L'analisi dell'assetto economico finanziario dei sistemi sanitari delle regioni italiane restituisce uno scenario particolarmente eterogeneo. L'attenzione è posta sui fabbisogni della spesa sanitaria a livello regionale e sui relativi disavanzi che, soprattutto in alcune regioni, stanno portando all'accumularsi di debiti particolarmente ingenti e preoccupanti per la stabilità del sistema economico regionale. La presenza di disavanzi ha spinto molte regioni a trovare soluzioni finanziarie in grado di assicurare la necessaria liquidità per lo svolgimento delle operazioni correnti nell'ambito delle aziende sanitarie.

Il rapporto tra spesa e PIL dovrebbe identificare la disponibilità a spendere per l'assistenza sanitaria di una regione in relazione alle proprie disponibilità in termini di reddito.

La spesa sanitaria pubblica corrente in rapporto al PIL negli anni 2002-2003 ha subito un decremento dello 0,32%.

La spesa pro capite delle regioni italiane mostra una significativa variabilità tra il 2003 e il 2005 con un notevole incremento negli ultimi anni soprattutto a favore delle regioni meridionali.

La spesa sanitaria dell'Italia in rapporto al PIL negli anni 2002-2003 ha subito un decremento dello 0,32%, mentre la spesa sanitaria pubblica pro capite è pari a 1.621euro.

La spesa sanitaria del Veneto in rapporto al PIL negli anni 2002-2003 ha subito un incremento dell'1,12%; la spesa sanitaria pubblica pro capite è pari a 1,616 euro.

Assetto economico-finanziario						
	Spesa sanitaria pubblica pro capite (in €)		Disavanzo sanitario pubblico pro capite (in €)		Utile o perdita media di esercizio pro capite delle Asl (in €)	
	2004	2005	2003	2004	2003	2004
Veneto	1.491	1.616	31,51	-1,22	-78,94	-115,53
Italia	1.548	1.621	39,09	105,60	-73,21	-44,07

Spesa sanitaria per livelli essenziali di assistenza LEA



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



In Italia, con l'Accordo Stato-Regioni, sottoscritto il 22/11/2001 sono stati definiti i livelli essenziali di assistenza (LEA); questi rappresentano le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o in compartecipazione, grazie alle risorse raccolte attraverso il sistema fiscale. La ripartizione dei costi per livelli essenziali di assistenza è relativa all'anno 2003. I macrolivelli che assorbono le maggiori risorse sono l'assistenza ospedaliera che rappresenta il 48,4% dei costi totali e il 47,7% dei costi dell'assistenza distrettuale.

A livello regionale i costi per l'assistenza ospedaliera in Veneto sono pari al 49% dei costi totali mentre per l'assistenza distrettuale sono pari a 47,1%.

Disavanzo sanitario pubblico procapite

Il disavanzo sanitario pubblico misura la differenza tra quanto è stato speso e quanto è stato ricevuto come finanziamento. È un indicatore della sostenibilità del processo di devoluzione regionale: disavanzi che tendono strutturalmente ad accentuarsi nel tempo indica la presenza di un problema nella gestione federalista della sanità, mentre peggioramenti a livello di singole regioni indicano un probabile problema gestionale.

In Italia il disavanzo sanitario pubblico procapite nel 2005 è pari a 78,29 € con una variazione assoluta di +55,40.

In Veneto il disavanzo sanitario pubblico procapite nel 2005 è pari a 40,63 € con una variazione assoluta di - 46,01 euro pro capite.

Ticket

Il ticket farmaceutico rappresenta il contributo che il paziente deve pagare per ottenere farmaci rimborsati dal SSN.

L'indicatore permette di avere una visione d'insieme dell'utilizzo del ticket farmaceutico, evidenziandone, anche alcune caratteristiche, stabilite attraverso la normativa regionale di riferimento. L'utilizzo di questa leva finanziaria dovrebbe servire a frenare la crescita della spesa farmaceutica, che è spesso viziata dalla tendenza ad acquistare farmaci in quantità superiore ai bisogni effettivi.

La differenza tra Regione e Regione nell'applicazione del ticket, in termini di spesa farmaceutica pro capite, non sembrerebbe evidenziare solo una scelta di natura economico-finanziaria pura, ma una scelta legata alle difficoltà di bilancio e alla mancanza di utilizzo di altri strumenti più idonei a raggiungere il contenimento della spesa farmaceutica.

Nel 2005 il totale della compartecipazione richiesta ai cittadini è stato pari a 515 milioni di euro, corrispondenti al 3,8% della spesa lorda complessiva, in riduzione rispetto al 2004 ed al 2003.

L'incidenza del ticket sulla spesa lorda in Italia è stata pari a 8,9€ corrispondente al 3,8% della spesa farmaceutica pro capite.

Il Veneto ha una spesa farmaceutica lorda di 12,5€ corrispondente al 6,4% della spesa farmaceutica pro capite.

Rating

Il rating è una valutazione, fornita da parte di un'agenzia privata specializzata, del merito di credito di un soggetto emittente obbligazioni sui mercati finanziari internazionali. È un indicatore della capacità del soggetto di far fronte puntualmente al servizio del debito. Il rating assume rilevanza in quanto fornisce agli operatori finanziari un'informazione omogenea sul grado di rischio degli emittenti e riveste una



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



grande importanza per tutti gli investitori che non sono adeguatamente attrezzati per un'analisi autonoma del rischio di credito.

La scala internazionale che esprime il giudizio di rating è formata dalla combinazione di più lettere in cui la lettera A è utilizzata per esprimere il giudizio più elevato e la lettera C il giudizio più basso. Le regioni italiane hanno valori di rating piuttosto differenti si passa dalla AA della Lombardia alla A3- della Campania.

Le tre maggiori agenzie sono Standard and Poor's, Moody's e Fitch Rating che forniscono una gamma completa di valutazione, differente sia per tipologia dell'emittente che per strumento finanziario.

Le tre principali agenzie hanno dato tre differenti valutazioni per ogni regione italiana, mentre allo Stato Italiano la Fitch ha dato: AA-, Moody's Aa2, e S&P A+

Il Veneto ha avuto una valutazione da parte di Moody's pari Aa2, S&P e Fitch non attribuiscono nessun valore.

Per eventuali approfondimenti

Dott. Stefano Tardivo

Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica

Strada Le Grazie, 8

37134 VERONA

Tel. 045 8073429

Fax 045 505357

E-mail: stefano.tardivo@univr.it