



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

COMUNICATO STAMPA

ROMA, 29 APRILE 2013

Rapporto Osservasalute 2012

Ecco il "paradosso" italiano: nonostante i pessimi stili di vita della popolazione ancora buona la salute degli italiani

Nel decennale di Osservasalute, italiani più longevi, ma lo Stivale è sempre più anziano e appesantito da crisi economica, chili di troppo e sedentarietà

La salute degli abitanti del Belpaese sembra per molti aspetti migliorare nonostante la crisi e i cattivi stili di vita adottati, comportamenti dannosi come sedentarietà e consumo smodato di alcolici: è questo il "paradosso degli italiani", evidenziato anche dal trend in aumento della speranza di vita (dal 2007 al 2011 i maschi hanno guadagnato 0,7 anni e le femmine 0,5 anni), in particolare per gli uomini che riducono la distanza rispetto alle donne (trend in atto dal 1979). Continua la diminuzione del rischio di morte per le malattie circolatorie (2007-2009: la diminuzione maggiore si riscontra per entrambi i generi nella classe di età 19-64 anni, -4,65% per gli uomini e -8,46% per le donne), tumori (2007-2009: la classe di età dove la riduzione è maggiore è 65-74anni, -6,97% per gli uomini e -8,71% per le donne), apparato digerente (2007-2009: la riduzione maggiore si riscontra per entrambi i generi nella classe di età 19-64 anni con -4,03% per gli uomini e -8,62% per le donne) e respiratorio (2007-2009: la diminuzione maggiore tra gli uomini si riscontra nella classe di età 65-74 anni e nelle donne nella classe di età over-75 anni con valori, rispettivamente, di -3,55% e -0,55%).

Riguardo agli stili di vita, emerge un quadro in chiaro scuro: da un lato, aumentano coloro che non consumano alcolici (+3,3 punti percentuali dal 2008 al 2010) e diminuiscono i fumatori (nel 2010 fumava il 22,8% degli over-14 nel 2011 è il 22,3%), dall'altro aumentano le persone in sovrappeso e obese (dal 2002 al 2011 le persone in sovrappeso aumentano del 6,9% e quelle obese del 17,6%; nel 2011 sono rispettivamente il 35,8% e il 10% della popolazione) e i giovani che adottano comportamenti a rischio. Un fenomeno emergente negli ultimi anni nel nostro Paese è rappresentato dall'avvio precoce al consumo di alcol e dal "binge drinking" e dal consumo di alcol fuori pasto. Il dato che desta maggiore preoccupazione è quello relativo al progressivo e costante abbassamento dell'età media di avvio all'uso dell'alcol (11-12 anni, la più bassa in Europa) e il riscontro di oltre 300 mila minori di 11-15 anni di età che usano l'alcol secondo modalità rischiose e fonte di danni per la salute.

Aumentano anche le fasce di popolazione a rischio, a causa del noto processo d'invecchiamento (dal 2002 al 2011 si registra un aumento del 4,7% degli anziani tra 65-74 anni e del 28,7% per gli over-75) e della presenza di una



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

discreta quota di popolazione straniera immigrata (gli stranieri residenti in Italia sono oltre 4,5 milioni pari al 7,5% del totale dei residenti).

Aumenta anche, con la complicità dell'attuale fase di complessità sociale ed economica, la sofferenza mentale degli italiani, che ricorrono sempre più di frequente al farmaco per "sedare" angosce e disagi sempre più spesso confusi con un franco disturbo depressivo: anche quest'anno prosegue, infatti, il trend di aumento del consumo di farmaci antidepressivi, come già visto nel precedente Rapporto. Il volume prescrittivo dei farmaci antidepressivi mostra un continuo aumento negli ultimi 10 anni: nel 2011 il consumo (in DDD/1000 ab die) di farmaci antidepressivi è di 36,1, contro un consumo di 8,18 nel 2000. Il trend dell'utilizzo dei farmaci antidepressivi difficilmente vedrà un'inversione di tendenza.

"Ma non solo la popolazione è a rischio – avverte il professor Walter Ricciardi - il pericolo investe anche la tenuta dello stesso Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Infatti, per quanto il Ssn stia lentamente migliorando la sua efficienza economica, anche in risposta alle sempre più pressanti richieste di razionalizzazione e più di recente alla *spending review*, il rischio è che all'aumento dell'efficienza non corrisponda un aumento di efficacia delle cure e quindi un miglioramento degli esiti delle stesse. La ricerca di efficienza, attuata con tagli all'offerta, in prospettiva, potrebbe comportare dei rischi per quanto riguarda l'accessibilità alle cure e di conseguenza l'efficacia del sistema nel produrre salute".

"Un dato positivo è che diminuisce la mortalità evitabile, ovvero i decessi imputabili a errori o inapproprietezze delle cure prestate dal Ssn. Nel periodo considerato nel Rapporto, tra 2006 e 2009, si è assistito a una lieve riduzione del tasso di mortalità riconducibile ai servizi sanitari: si è passati, difatti, dal 63,86 (per 100.000) del 2006 al 61,69 (per 100.000) del 2009. Queste cause di morte riguardano soprattutto gli uomini" – prosegue il professore. "Le Regioni che sul fronte della mortalità evitabile presentano la peggiore performance in tutti gli anni considerati sono Calabria (dove si è passati dal 69,95 per 100.000 del 2006 al 69,13 del 2009), Campania (dove si è passati dal 77,49 per 100.000 del 2006 al 75,68 – valore peggiore in Italia - del 2009) e Sicilia (dove si è passati dal 73,36 per 100.000 al 75,32 del 2009)".

È questa in estrema sintesi la situazione che emerge dalla decima edizione del **Rapporto Osservasalute (2012)**, un'approfondita analisi dello stato di salute della popolazione e della qualità dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane presentata oggi a Roma all'Università Cattolica. Pubblicato dall'**Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane** che ha sede presso l'**Università Cattolica di Roma** e coordinato dal Professor **Walter Ricciardi**, direttore del Dipartimento di Sanità Pubblica del Policlinico Gemelli di Roma. Il Rapporto è frutto del lavoro di 184 esperti di sanità pubblica, clinici, demografi, epidemiologi, matematici, statistici ed economisti, distribuiti su tutto il territorio italiano, che operano presso Università e numerose istituzioni pubbliche nazionali, regionali e aziendali (Ministero della Salute, Istat, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale Tumori, Istituto Italiano di Medicina Sociale, Agenzia Italiana del Farmaco, Aziende Ospedaliere e Aziende Sanitarie, Osservatori Epidemiologici Regionali,



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

Agenzie Regionali e Provinciali di Sanità Pubblica, Assessorati Regionali e Provinciali alla Salute).

Giunto alla sua decima edizione, ora più che mai il Rapporto Osservasalute fotografa la condizione di salute degli italiani e quella del Ssn in un contesto di profonda crisi economica e di crescente incertezza per il futuro. Tali condizioni potrebbero produrre gravi conseguenze sulla salute dei cittadini, come già accaduto in altri paesi europei in profonda sofferenza come Grecia, Spagna e Portogallo, anche in considerazione dei ripetuti interventi di contenimento della spesa sanitaria attuati negli ultimi anni. Infatti negli ultimi anni il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale è cresciuto con un ritmo decisamente inferiore a quello del passato (nel 2012 +0,8 rispetto al 2011 contro una crescita del +3,4% del 2009, +2% del 2010, +1,3% del 2011). In prospettiva le Regioni stimano che gli interventi del Governo Centrale causeranno una riduzione del finanziamento, un aumento dei tagli alla spesa delle entrate da ticket per un valore complessivo di 8 miliardi a partire dal 2013 fino ad arrivare a 11 miliardi nel 2015.

In più, sempre nel 2012, si è assistito a una sensibile riduzione delle strutture e dei posti letto negli ospedali (da circa 270 mila del 2004 a circa 251 mila del 2010).

“L’attuale quadro di sofferenza economica che il nostro Paese sta vivendo minaccia di compromettere i progressi fatti nel corso degli anni in tutte le dimensioni del benessere della popolazione – dichiara il dottor Alessandro Solipaca, Segretario scientifico dell’Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane dell’Università Cattolica di Roma - e le misure di austerità programmate per far fronte alla crisi, a livello centrale e locale, introducono pesanti tagli alla spesa pubblica, in particolare alla spesa sanitaria e socio-sanitaria, minando la già precaria sostenibilità del settore. I tagli previsti potrebbero diminuire i livelli di tutela del sistema, indebolendo la sua funzionalità proprio in un periodo di recessione economica. Lo scenario prospettato si inserisce in una realtà italiana già caratterizzata da evidenti svantaggi, sia in termini di salute che di accessibilità alle cure mediche delle fasce di popolazione di livello socio-economico più basso e di forti sperequazioni territoriali che, specie per le cosiddette ‘Regioni in Piano di Rientro’, rappresentano una costante già da prima del 2008, anno in cui la crisi economica ha cominciato a sortire i suoi effetti negativi”.

ECCO L’ITALIA FOTOGRAFATA DAL RAPPORTO

Continua la crescita della popolazione, ma non grazie alle nascite – Anche quest’anno i risultati del Rapporto danno conferma delle tendenze emerse negli anni scorsi: si riscontra un tendenziale aumento della popolazione residente in Italia imputabile, sostanzialmente, alla componente migratoria. Il saldo medio annuo è in questa edizione del Rapporto pari a 4,2 per 1.000 mentre nella precedente edizione era 4,8 per 1.000. Le Regioni che non crescono (saldo totale negativo) sono solamente tre: Basilicata (-2,5 per 1.000), Molise (-0,6 per 1.000) e Liguria (-0,1 per 1.000); anche in questa edizione del Rapporto si riscontra un saldo naturale medio (relativo al biennio 2010-2011) che si mantiene pressoché costante rispetto al biennio precedente e si attesta su livelli ancora di segno negativo, anche se, per alcune



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

Regioni, è prossimo allo 0; invece il saldo migratorio è positivo grazie, soprattutto, alla capacità attrattiva delle regioni del Centro-Nord.

Anche il movimento migratorio interno al Paese ha confermato i trend già evidenziati negli anni precedenti, ovvero il movimento in uscita dalle regioni meridionali (escluso l'Abruzzo).

Le regioni più "abbandonate" dai propri cittadini e meno attrattive verso quelli di altre regioni sono Basilicata, Calabria e Campania che hanno un saldo migratorio negativo molto elevato (rispettivamente, -3‰, -3,3‰, -3,4‰). Le realtà territoriali che maggiormente hanno beneficiato di tali spostamenti sono state la PA di Trento (+2,9‰), l'Emilia-Romagna (+2‰), la Toscana (+1,5‰), il Friuli Venezia Giulia (+1,4‰) e il Lazio (+1,4‰).

La fecondità subisce una lieve flessione – Scompare quella sia pur flebile speranza di crescita riscontrata nelle precedenti edizioni del Rapporto: il tasso di fecondità totale (Tft) è passato, infatti, da 1,42 del 2008 a 1,41 del 2009 e nel 2011 è pari a 1,39. Si arresta quindi il sia pur minimo processo di ripresa dei livelli di fecondità che era iniziato a partire dal 1995 quando il Tft raggiunse il suo valore minimo di 1,2 figli per donna.

Il Tft resta inferiore al livello di sostituzione (ossia 2,1 figli per donna, che garantirebbe il ricambio generazionale).

I valori più alti si registrano anche quest'anno nelle PA di Trento e Bolzano e in Valle d'Aosta, dove tale indicatore è prossimo a 1,6 figli per donna.

Seguono, a breve distanza, la Lombardia (1,48), l'Emilia Romagna (1,46), il Veneto (1,44), il Lazio (1,41), il Piemonte (1,4), le Marche (1,39). Le regioni dove si registra un Tft particolarmente basso (ossia inferiore a 1,2 figli per donna in età feconda) sono nel Sud (Sardegna con 1,14, Molise con 1,16 e Basilicata con 1,17). La fecondità delle donne straniere (2,04), è circa il 50% in più di quella delle donne italiane (1,39).

Italia sempre più vecchia, un peso crescente per la sanità – Anche il Rapporto 2012 mostra la tendenza incessante all'invecchiamento della popolazione italiana, la quota dei giovani sul totale della popolazione è, difatti, contenuta, mentre il peso della popolazione "anziana" (65-74 anni) e "molto anziana" (75 anni e oltre) è consistente. Nel 2011 la popolazione in età 65-74 anni rappresenta il 10,2% del totale, e quella dai 75 anni in su il 10,1%. Significa che un italiano su dieci ha più di 65. Si confermano Regione più vecchia la Liguria (gli anziani di 65-74 anni sono il 12,7% della popolazione; gli over-75 il 14%), Regione più giovane la Campania (65-74 anni sono l'8,3% della popolazione; over-75 il 7,8%).

Sempre di più anziani che vivono soli: come lo scorso anno a livello nazionale oltre un anziano su quattro (28,1% della popolazione con 65 anni ed oltre nel 2010) vive da solo. È in Valle d'Aosta che tale percentuale raggiunge il suo valore massimo (33,6%). Il valore più contenuto si registra nelle Marche (22,9%), seguono Umbria (23,9%), Campania (25,5%), Abruzzo (25,8%) e Veneto (26,1%).

Solo il 15,1% (come nel 2009) degli uomini di 65 anni e oltre vive solo, mentre tale percentuale è decisamente più elevata, pari al 37,6% (38% nel 2009) per le femmine. Sia la differenza di età fra i coniugi, sia la maggiore mortalità maschile rende le donne più a rischio di sperimentare l'evento vedovanza e, quindi, di vivere sole nell'ultima parte della propria vita.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

Italiani sempre più istruiti, dovrebbero avere gli strumenti conoscitivi per proteggere la propria salute – Quest'anno il Rapporto prende in esame quanto sono istruiti gli italiani: il livello d'istruzione della popolazione è un dato importante perché a titoli di studio più elevati corrispondono in media condizioni socio-economiche migliori e una più frequente adozione di stili di vita salutari. Nel periodo 2004-2011 si è assistito a un aumento relativo della quota di popolazione con titoli di studio più elevati. Questo è dovuto, soprattutto, al progressivo estinguersi delle generazioni più anziane e meno istruite. In particolare, la quota di popolazione che ha conseguito al massimo la licenza elementare passa, nel periodo considerato, dal 29% al 22%. Al contrario, il peso della popolazione che ha conseguito il diploma di scuola media superiore aumenta nel tempo passando dal 26% al 29%. A livello nazionale, il 13,4% della popolazione maschile di 25-64 anni ha conseguito la laurea o un titolo superiore contro il 16,4% della controparte femminile. Ci sono più laureati nelle regioni del Centro (nel Lazio ha conseguito la laurea il 18,2% degli uomini e il 20,4% delle donne) e in alcune regioni del Nord, mentre è inferiore al valore nazionale nelle regioni del Mezzogiorno, escluso l'Abruzzo per entrambi i generi e Molise per le donne. La Regione con meno laureati tra i maschi è la Sardegna (10,6%), quella con meno laureati tra le donne è la Puglia (12,4%). A livello nazionale, il 34% degli uomini ha conseguito un diploma di scuola secondaria superiore, mentre per il collettivo femminile tale percentuale è pari al 33,3%. Infine la metà della popolazione residente con un'età compresa tra 25-64 anni ha conseguito al massimo un diploma di 2-3 anni (qualifica professionale): questa percentuale era pari al 52,6% per gli uomini e al 50,2% per le donne.

Si noti che, secondo uno studio pubblicato con il Rapporto Osservasalute 2010, nella popolazione con livello di istruzione non superiore alla licenza elementare il rischio di soffrire di una o più malattie croniche è, per gli uomini, circa un quarto più elevato di quello di coloro che hanno almeno il diploma superiore, per le donne il 30% in più.

Migliora la speranza di vita – Al 2011, stando ai dati provvisori, la speranza di vita alla nascita è pari a 84,5 anni per le donne e a 79,4 anni per gli uomini. Procede, quindi, l'andamento più favorevole per gli uomini negli ultimi anni.

Si continua a erodere il vantaggio delle donne rispetto agli uomini: nel 2006 il vantaggio femminile alla nascita era di 5,6 anni, si riduce a 5,1 anni nel 2011 continuando una tendenza che si è instaurata dal 1979, quando il vantaggio di sopravvivenza delle donne raggiunse il suo massimo, 6,8 anni in più rispetto agli uomini.

Per la prima volta negli ultimi anni la PA di Bolzano (80,5 anni), relativamente agli uomini, strappa il titolo di area geografica a maggiore longevità alla Regione Marche (la speranza di vita alla nascita nelle Marche è per i maschi pari a 80,3 anni) che lo deteneva da tempo. Anche per le donne è la PA di Bolzano (85,8 anni) quella con la sopravvivenza media più elevata. È ancora la Campania, invece, la Regione dove la speranza di vita alla nascita è più bassa, tanto per gli uomini (77,7) quanto per le donne (83).

Sempre meno morti, soprattutto tra i maschi – Il dato di mortalità registrato nel 2009, rispecchiando quanto descritto per la sopravvivenza, conferma il trend visto negli ultimi anni: un sensibile miglioramento per gli uomini (il tasso standardizzato di mortalità scende di 2 punti percentuali circa passando da 111,85 per 10.000 del 2007 a 109,91 per 10.000 nel 2009) e una situazione pressoché stabile per le donne rispetto a due anni prima (69,44 per 10.000 nel 2007 e 69,31 per 10.000 nel 2009).



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



**UNIVERSITÀ
CATTOLICA**
del Sacro Cuore

Per entrambi i generi e fino ai 74 anni, ma con un'intensità generalmente maggiore per gli uomini rispetto alle donne, nel triennio 2007-2009 è continuato il calo dei rischi di morte per le malattie del sistema circolatorio, dei tumori, delle malattie dell'apparato digerente e del sistema respiratorio. Oltre i 75 anni, l'evoluzione della mortalità nei due generi si differenzia e, per la prima volta, si osserva un lieve aumento dei tassi per le donne: +0,5% contro -0,8% degli uomini.

ITALIANI BOCCIATI PER STILI DI VITA

Sempre più grassi gli italiani; e più crescono, più ingrassano – Continua a crescere, anche se di poco, la percentuale di italiani che ha problemi con la bilancia: nel 2011, oltre un terzo della popolazione adulta (35,8%, mentre era il 35,6% nel 2010) è in sovrappeso (Indice di Massa Corporea – IMC – tra 25 e 30), mentre una persona su dieci (10%) è obesa (IMC>30); complessivamente, il 45,8% dei soggetti di età ≥18 anni è in eccesso ponderale (era il 45,4% nel 2009 e il 45,9 nel 2010). In Italia, nel periodo 2001-2011, è aumentata sia la percentuale di coloro che sono in sovrappeso (33,9% vs 35,8%) sia quella degli obesi (8,5% vs 10%).

Si conferma il gradiente Nord-Sud, ma dal 2001 è boom di obesi a Nord: le regioni meridionali presentano la prevalenza più alta di persone obese (Basilicata 13,1% e Molise 13,5%) e in sovrappeso (Campania 40,1% e Puglia 40,4%) rispetto alle regioni settentrionali (obese: PA Trento 6,4%; sovrappeso: Veneto 31,4%). Confrontando i dati con quelli degli anni precedenti e raggruppando per macro-regioni (Nord-Ovest: Piemonte, Valle d'Aosta, Liguria, Lombardia; Nord-Est: PA di Bolzano, PA di Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia-Romagna; Centro: Toscana, Umbria, Marche, Lazio; Sud: Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria; Isole: Sicilia, Sardegna) si osserva che dal 2001 nel Nord-Ovest si è registrato il maggior aumento (2,4 punti percentuali) di persone con eccesso ponderale, mentre nel Nord-Est è cresciuta notevolmente la prevalenza di persone obese. Diversamente, nelle Isole la percentuale di persone in sovrappeso e obese è rimasta pressoché stabile negli ultimi anni. A livello nazionale, i dati del 2011 risultano sovrapponibili rispetto a quelli del 2010, ma confermano il trend in aumento degli ultimi 10 anni.

Anche l'età pesa sulla bilancia - La percentuale di popolazione in condizione di eccesso ponderale cresce all'aumentare dell'età: dalla fascia 18-24 anni a quella 65-74 anni il sovrappeso passa dal 15,7% a oltre il 45%, l'obesità dal 2,5% al 15,5%. Nelle persone dai 75 anni in su il valore diminuisce lievemente (sovrappeso 42,3%, obesità 13%).

Uomini peggio delle donne – Come nelle precedenti edizioni gli uomini hanno più problemi delle donne: risulta in sovrappeso il 45,5% (44,3% nel 2010) degli uomini rispetto al 26,8 (27,6% nel 2010) delle donne e obeso il 10,7% (era l'11,1% nel 2010) degli uomini e il 9,4% (9,6% nel 2010) delle donne.

Lieve flessione degli sportivi, il Paese è sempre pigro, soprattutto le donne – Rispetto alla precedente edizione del Rapporto, diminuiscono anche se di poco gli sportivi: nel 2010 il 22,8% della popolazione italiana con età ≥3 anni praticava con continuità, nel tempo libero, uno o più sport (nel 2009 era il 21,5%, nel 2008 era il 21,6%, nel 2007 il 20,6%). Nel 2011 si scende al 21,9% della popolazione. I sedentari sono pari al 39,8%. L'abitudine all'attività fisica non è uguale in tutte le regioni, ma c'è un gradiente Nord-Sud con livelli più elevati e continui di svolgimento



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

di una qualsiasi attività fisica nella PA di Bolzano (37,9%) e in Valle d'Aosta (29,3%) e livelli più bassi in Campania (13,1%) e Puglia (13,6%).

La sedentarietà aumenta man mano che si scende da Nord verso Sud, in particolare in Sicilia (57%) e in Puglia (57,2%). La pratica sportiva è molto più frequente fra gli uomini: il 26,0% pratica sport con continuità e il 12,6% lo pratica saltuariamente, mentre fra le donne la quota è, rispettivamente, del 18% e del 7,9%. La quota di sedentari è maggiore tra le donne (44,4% vs 35%).

Gli italiani continuano a consumare poca frutta e verdura – Complessivamente, le persone di 3 anni e oltre che consumano quotidianamente Verdura, Ortaggi e Frutta (VOF) costituiscono una percentuale abbastanza stabile con un minimo di 83,7% nel 2009 e un massimo di 85,3% nel 2006, per attestarsi all'85% nel 2011 come valore nazionale. Osservando, tra di loro, la percentuale di persone che mangia almeno 5 e più porzioni al giorno di VOF, si è registrato un massimo di 5,7% nel 2008 al termine di un periodo di crescita dell'indicatore che partiva da un 5,3% nel 2005. Nel 2009, e sceso al 4,8% per poi risalire nel 2010 (5,5%) e, infine, attestarsi al 4,9% nel 2011. L'evoluzione osservata nel tempo vede una crescita in alcune delle regioni che inizialmente presentavano un livello inferiore, in particolare l'Abruzzo (che passa da una percentuale di 4,3% a 6,6%), la Basilicata e la Sardegna, mentre si registra un andamento opposto per le regioni che partivano da un livello più elevato, come Piemonte, Veneto, Toscana e Lazio.

Alcolici, meno consumatori ma più diffusi i comportamenti a rischio – Diminuiscono i consumatori ma aumentano i comportamenti a rischio, come il binge drinking (ovvero l'assunzione di 5 o più bevande alcoliche in un intervallo di tempo più o meno breve). La prevalenza dei non consumatori, che corrispondono agli astemi e ai sobri degli ultimi 12 mesi, è pari nel 2010, al 32,7%, dato in aumento rispetto agli ultimi anni. L'aumento rispetto all'anno 2008 è statisticamente significativo sia a livello nazionale (+3,3 punti percentuali) sia in molte realtà locali grazie all'aumento degli astinenti degli ultimi 12 mesi (+2,8 punti percentuali); gli aumenti più consistenti di non consumatori si registrano in alcune regioni del Centro, quali Umbria (+7,7 punti percentuali), Marche (+6,5 punti percentuali) e Emilia-Romagna (+5,7 punti percentuali).

Cresce il fenomeno del *binge drinking* tra i giovani: il dato passa dal 9,5% del 2009 al 10,5% del 2010.

Si fuma un po' meno – Diminuiscono, anche se di poco, i fumatori, infatti, mentre nel 2010 fumava il 22,8% degli over-14 nel 2011 è il 22,3%. Non emergono grandi differenze rispetto al 2010, ma si evidenzia una maggior prevalenza rispetto al dato nazionale nel Lazio (27,2%) e in Abruzzo (24%), entrambe in aumento rispetto al 2010 (26,7% e 21,8%, rispettivamente). Una netta diminuzione, rispetto all'anno precedente, si osserva, invece, in Valle d'Aosta (19,8% vs 16,3%) e in Campania (26,1% vs 23,1%).

Notevoli sono le differenze di genere: gli uomini fumatori sono il 28,4%, mentre le donne il 16,6%. Il vizio del fumo è più diffuso nei giovani adulti, in particolare, tra i 25-34 anni, fascia di età in cui si concentra circa un terzo del campione (30,6%).



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



**UNIVERSITÀ
CATTOLICA**
del Sacro Cuore

Si riduce la mortalità per malattie cardiovascolari, ma gli uomini muoiono il doppio delle donne - Un dato rilevante per la salute degli italiani e che negli ultimi 40 anni la mortalità totale si è più che dimezzata (il tasso standardizzato di mortalità totale si è ridotto del 53,0% tra il 1970 e il 2008) e la riduzione della mortalità per le malattie cardiovascolari è stato il fattore che più ha influito sul trend in discesa della mortalità totale (nello stesso periodo, la mortalità per malattie cardiovascolari si è ridotta del 63%).

La mortalità per le malattie ischemiche del cuore continua a colpire quasi il doppio degli uomini rispetto alle donne; in particolare, nel 2009, si sono registrati 14,07 decessi (per 10.000) fra gli uomini e 7,79 decessi (per 10.000) fra le donne e è da sottolineare che entrambi i tassi di mortalità sono in diminuzione rispetto al 2008. A livello regionale, il primato negativo spetta alla Campania sia per gli uomini (17,13 per 10.000) sia per le donne (10,43 per 10.000). La Sardegna per gli uomini e la Valle d'Aosta per le donne sono le regioni più virtuose con tassi di mortalità, rispettivamente, di 11,81 decessi e 5,34 decessi (per 10.000). Il dato positivo è che si registra per la mortalità per malattie ischemiche del cuore un trend in discesa che continua dal 2003 in entrambi i generi, in tutte le classi di età e in tutte le regioni.

Prosegue l'aumento dei consumi di antidepressivi - Anche quest'anno prosegue il trend di aumento del consumo di farmaci antidepressivi, come già visto nel precedente Rapporto. Il volume prescrittivo dei farmaci antidepressivi mostra un continuo aumento negli ultimi 10 anni: nel 2011 il consumo (in DDD/1000 ab die) di farmaci antidepressivi è di 36,1, contro un consumo di 8,18 nel 2000. Il trend dell'utilizzo dei farmaci antidepressivi difficilmente vedrà un'inversione di tendenza. Questo potrebbe essere imputato a due fattori principali. Il primo è la facilità di utilizzo della tipologia farmaceutica. "Infatti - spiega la professoressa **Roberta Siliquini**, Ordinario di Igiene all'Università di Torino - sempre più spesso le forme di depressione lievi vengono trattate dai Medici di Medicina Generale senza il supporto specialistico, motivo per cui senza un adeguato controllo il volume di farmaci prescrivibili, tramite il SSN, potrebbe essere destinato ad aumentare, con relativo aumento della spesa. Il secondo, e forse di maggior importanza, dipende dalle ultime stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità dalle quali emerge che, nel 2020, la depressione sarà la seconda causa di morte nei Paesi occidentali, con crescente e continuo utilizzo dei farmaci correlati".

Alla luce dei risultati mostrati, potrebbe rendersi necessaria una riflessione che miri a trovare i giusti supporti nelle strutture territoriali per la diagnosi e la cura delle patologie depressive in modo da migliorare, laddove possibile, l'appropriatezza prescrittiva.

Continua il trend in aumento per i suicidi, sono gli uomini a togliersi più spesso la vita - Nel biennio 2008-2009, il tasso medio annuo di mortalità per suicidio è pari a 7,23 per 100.000 residenti dai 15 anni in su. Nel 77% dei casi il suicida è un uomo. Il tasso di mortalità è pari a 12,05 (per 100.000) per gli uomini e a 3,12 per le donne.

Dopo il minimo storico raggiunto nel 2006 (quando sono stati registrati 3.607 suicidi) si evidenzia una nuova tendenza all'aumento negli ultimi anni di osservazione (con 3.870 suicidi nel 2009). L'incremento registrato osservato negli anni più recenti si deve pressoché esclusivamente a un aumento dei suicidi tra gli uomini per i quali il tasso è passato da 11,70 (per 100.000) nel 2006 e nel 2007 a 11,90 (per 100.000) nel 2008 e 12,20 (per 100.000) nel 2009. L'aumento della mortalità per suicidio riguarda soprattutto gli uomini tra 25 e 69 anni.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

L'aumento costante del tasso di suicidi negli ultimi anni può essere un segno, oltre che di patologia psichiatrica, del crescente disagio sociale e va monitorato con attenzione anche al fine di prevedere un rafforzamento delle attività preventive e della presa in carico sanitaria e sociale di soggetti a rischio.

UNA FOTOGRAFIA DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Tagli continui e a pioggia mettono in pericolo il SSN – Il Rapporto sembra confermare una certa efficacia delle iniziative di contenimento della spesa destinata alla salute: anche il 2011, come già il 2010, è stato caratterizzato da una crescita molto contenuta della spesa sanitaria pubblica (+0,1% a parità di criteri di contabilizzazione) che mantiene l'Italia al di sotto della media dell'Unione Europea sia in termini pro capite, sia in rapporto al PIL; i disavanzi permangono, ma sono ormai ridotti a livelli molto circoscritti, almeno in termini di valori medi nazionali (nel 2011, circa 29€ pro capite, pari all'1,6% del finanziamento complessivo). Tutto ciò riflette e sintetizza un profondo mutamento negli atteggiamenti delle aziende rispetto ai vincoli economico-finanziari: se in passato i vincoli venivano spesso giudicati irrealistici e non incidevano sugli effettivi comportamenti aziendali, alimentando dei circoli viziosi di generazione e copertura dei disavanzi, oggi gli stessi vincoli sono giudicati pienamente credibili e condizionano fortemente le scelte gestionali. Sotto il profilo degli equilibri economici di breve periodo, l'unico elemento di forte preoccupazione è la differenziazione interregionale, con risultati economici consolidati positivi in tutte le regioni del Centro-Nord (tranne Liguria) e negativi in tutte le regioni del Centro-Sud (tranne Abruzzo) e con 2 regioni (Lazio e Campania) che, anche nel 2011, hanno generato da sole il 63% dell'intero disavanzo nazionale.

Risulta da ciò chiaro che gli ulteriori sacrifici richiesti alla Sanità Pubblica dalla Spending Review non si possono giustificare con una presunta dispendiosità del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), bensì da un lato, con l'elevato livello del debito pubblico e della correlata spesa per interessi (quest'ultima è pari a circa i 2/3 dell'intero fabbisogno sanitario nazionale), dall'altro con l'incapacità del sistema economico di crescere adeguatamente (tanto che l'aumento della spesa sanitaria pubblica, seppur spesso molto contenuto, è stato negli ultimi 20 anni quasi sempre superiore a quello del PIL).

Il rischio evidente è che questi ulteriori sacrifici aggravino il divario tra le risorse disponibili e quelle necessarie per rispondere in modo adeguato alle attese, intaccando ulteriormente una copertura pubblica già incompleta. Particolarmente critiche sono le prospettive per l'equità intergenerazionale, per effetto sia del sostanziale blocco degli investimenti (cui contribuisce, in verità, anche la frequente incapacità di spendere bene i limitati fondi disponibili), sia dell'impatto che le iniziative di risparmio e razionalizzazione potrebbero avere sullo stato di salute dei cittadini. In linea di principio, naturalmente, tali iniziative dovrebbero identificare e incidere su situazioni di inefficienza e inappropriata, quindi salvaguardare gli attuali livelli di servizio. Laddove il contenimento dei costi sia ottenuto riducendo i servizi offerti, invece, si potrebbe generare un impatto negativo di medio periodo sulle condizioni di salute della popolazione, con gravi conseguenze negative anche sul piano economico. Naturalmente, il rischio è più accentuato nelle regioni assoggettate a Piano di Rientro, dove le iniziative di contenimento dei costi sono state più intense.

In questa prospettiva e nell'attuale congiuntura economica soluzioni come recuperare efficienza; adottare esplicite scelte di razionamento e ricercare risorse aggiuntive potrebbero non bastare, potrebbe, quindi, diventare necessario chiarire in modo più



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



**UNIVERSITÀ
CATTOLICA**
del Sacro Cuore

esplicito i livelli di assistenza che il SSN potrà continuare effettivamente a garantire su base universalistica.

In caso contrario, il rischio è che si estendano forme di razionamento implicite e non governate, prevalentemente attraverso compartecipazioni alla spesa e lunghi tempi di attesa. Nel contempo, potrebbe essere opportuno attivare risorse aggiuntive, per esempio tramite lo sviluppo dell'attività a pagamento e dei fondi integrativi (salvaguardando, però, il rispetto dei principi ispiratori del SSN), nonché ricercare un'integrazione più forte con l'assistenza socio-sanitaria, in termini di *governance*, di canali di finanziamento, di erogatori e di servizi erogati.

Spesa sanitaria pubblica inferiore a quella di alcuni Paesi OCSE – Si conferma anche che il valore della spesa sanitaria pubblica è allineato alla media dei Paesi OCSE, anche se inferiore a quelli di altri Paesi come Regno Unito, Germania e Francia di circa 2 punti percentuali e addirittura degli USA che hanno un sistema privato. Si conferma pure il trend in crescita a partire dal 2003 passando dal 6,09% al 7,22% del 2009, con un tasso medio composto annuo del 2,87%. L'incremento è particolarmente significativo nel 2009, anno in cui, in valore assoluto, la spesa sanitaria pubblica aumenta, mentre il PIL subisce una riduzione. A livello regionale l'indicatore mostra delle significative differenze nel 2009, variando da un massimo di 11,02% del Molise a un minimo di 5,42% della Lombardia, un divario che supera i 5 punti percentuali.

Spesa sanitaria pro capite in aumento - Il Rapporto mostra che la spesa sanitaria pro capite è cresciuta dell'1,09% fra 2010 e 2011 passando da 1.831€ a 1.851€. La spesa è aumentata del 12,59% rispetto al 2005. Occorre osservare, però, come l'incremento tra il 2011 e il 2010 include l'effetto dovuto alla contabilizzazione a partire dal 2011 dei costi relativi agli ammortamenti degli investimenti. Anche quest'anno le regioni del Nord mettono a disposizione un ammontare di risorse superiore rispetto alle regioni meridionali.

Disavanzi in diminuzione - Nel 2011 il disavanzo sanitario nazionale ammontava a circa 1,779 miliardi di euro, in diminuzione rispetto al 2010 (2,206 miliardi di euro), a conferma del trend di sistematica riduzione avviato dopo il picco (5,790 miliardi di euro) raggiunto nel 2004. Anche a livello pro capite il disavanzo 2011 (29€) è il più basso dell'intero arco temporale considerato (2002-2011).

La "pagella" al SSN – Quest'anno il Rapporto presenta anche un'analisi delle performance del nostro sistema sanitario sulla base di alcuni parametri quali efficienza (offerta di servizi con la spesa minima possibile), efficacia (esito delle prestazioni erogate), appropriatezza, che valuta gli atti medici in relazione ai costi, alle risorse disponibili e ai risultati auspicabili, qualità per il cittadino, intesa come accessibilità e soddisfazione, che il sistema sanitario assicura alla popolazione.

La valutazione della performance dei sistemi sanitari è divenuta una priorità ineludibile, visto il crescente impegno di risorse economiche di cui essi necessitano e le forti implicazioni sociali delle scelte di politica sanitaria attuate dai Governi.

Nel corso degli ultimi 20 anni, infatti, si è assistito in tutti i Paesi sviluppati a una crescita continua della spesa destinata alla sanità che ha messo in discussione la sostenibilità economica dei sistemi sanitari, in particolare quelli a finanziamento pubblico. La dinamica della spesa osservata in questo settore è da attribuire sia all'incremento della domanda di assistenza e cure sanitarie (dovuto all'aumento degli anziani e di fasce bisognose di cure), sia all'aumento dei costi legati all'innovazione scientifica e tecnologica.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

I risultati della valutazione della performance rispetto alle singole dimensioni considerate mettono in evidenza il consueto divario tra Nord e Mezzogiorno, seppure caratterizzato da alcune eccezioni interessanti. Ancora più interessante è spingere l'analisi sul confronto tra alcune dimensioni della performance con cui si possono mettere in luce dei trade-off che possono fornire spunti di riflessione e indicazioni su come procedere. Il trade-off è il rapporto tra due dimensioni usate per valutare la performance, per esempio il rapporto tra efficienza e efficacia.

In generale, ad esempio, ci si preoccupa quando al crescere dell'efficienza di un SSR diminuisce l'efficacia delle cure perché potrebbe significare che il mirare troppo al risparmio si traduce, di fatto, in un danno per la salute dei cittadini. Le spinte verso l'efficienza della spesa spesso hanno conseguenze poco desiderabili sugli outcome, sia in termini di esiti di salute che di appropriatezza, accessibilità e soddisfazione.

Dal confronto tra i livelli di efficienza e di efficacia registrati nelle regioni emerge che la PA di Bolzano e l'Abruzzo, a fronte di bilanci di spesa positivi, fanno registrare livelli bassi e medio-bassi di efficacia. Si tratta, quindi, di casi in cui una buona gestione della spesa non concorda con altrettanti buoni risultati in termini di salute. Per contro, le regioni che lamentano conti in rosso, come la Liguria e la Basilicata, possono vantare livelli medio-alti di efficacia del sistema sanitario. La Valle d'Aosta si dimostra un'eccellenza in quanto riesce a coniugare conti in ordine e alta efficacia; all'estremo opposto troviamo Calabria e Sardegna, negative sia in termini di efficienza che di efficacia.

Sul fronte del rapporto tra efficienza e grado di soddisfazione e di facilità di accesso alle cure dei cittadini emerge invece come Regione meno virtuosa l'Umbria, in quanto pur risultando capace di controllare la spesa, non riesce però a fornire ai propri residenti un alto livello di accessibilità e soddisfazione; per contro, Marche, Liguria, Molise e Sardegna evidenziano scarsa capacità nel tenere i conti in ordine, ma possono vantare livelli di accessibilità e soddisfazione medio-alti.

Mortalità evitabile - Il concetto di mortalità evitabile per cause riconducibili ai servizi sanitari o *Amenable Mortality* (AM) è potenziale strumento per la valutazione della qualità e dell'efficacia dei sistemi sanitari e per monitorarne i cambiamenti nel tempo. La "mortalità riconducibile alle cure sanitarie" è definita come "decessi considerati prematuri, che non si verificherebbero in condizioni di cure efficaci e tempestive" o come "morti attribuibili" a condizioni per cui esistono efficaci interventi diagnostico-terapeutici e di prevenzione secondaria, che potrebbero prevenire le "morti premature". Nel periodo considerato nel Rapporto, tra 2006 e 2009, si è assistito a una lieve riduzione del tasso di mortalità riconducibile ai servizi sanitari: si è passati, difatti, dal 63,86 (per 100.000) del 2006 al 61,69 (per 100.000) del 2009. Queste cause di morte riguardano soprattutto gli uomini. Le regioni che presentano la peggiore performance in tutti gli anni considerati sono Calabria, Campania e Sicilia.

Ormai il divario tra i cittadini delle regioni più virtuose e quelle in difficoltà è impressionante: quasi 4 anni separano gli uni dagli altri ed è come se negli ultimi dieci anni, alcuni fossero tornati al secondo dopoguerra in termini di guadagno di aspettativa di vita.

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

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



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

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

Rapporto Osservasalute 2012

“Atlante” della salute nelle Regioni italiane La migliore (e la peggiore) performance Regione per Regione

Piemonte: la Regione con la quota più alta di ricoveri con degenza di un solo giorno

Ma è la Regione con il maggior aumento della mortalità nelle donne anziane

Il Piemonte è la Regione che presenta la percentuale più alta di utilizzo del One Day Surgery (indicatore di appropriatezza clinica organizzativa): il 32,06% sul totale delle dimissioni in regime di ricovero ordinario con DRG chirurgico, a fronte di una media italiana del 18,9%. Questa modalità di ricovero consiste in un ricovero per intervento chirurgico con degenza breve, non superiore alla durata di un giorno.

In negativo, invece, si segnala che il Piemonte è la Regione dove si registra il maggior aumento (+4,6%) tra 2007 e 2009 del tasso di mortalità nelle donne di 75 anni e oltre (passando da un valore di 596,22 per 10.000 ad un valore di 623,54). In Italia si passa da un valore di 594,85 per 10.000 del 2007 ad un valore di 597,91 per 10.000 (+0,5%).

Valle d'Aosta: la Regione con meno morti per tumore tra le donne

Ma è la Regione con più anziani che vivono da soli

La Valle d'Aosta è la Regione in cui muoiono meno donne per tumore: infatti la Regione ha il tasso di mortalità per tumori più basso tra le donne di 19-64 anni, pari a 6,58 per 10.000, a fronte di un valore nazionale di 7,93 per 10.000

In negativo, invece, si segnala che la Valle d'Aosta è la Regione dove risiedono più anziani che vivono da soli, infatti in Regione ben il 33,6% delle persone dai 65 anni in su che vive sola a fronte di un valore medio nazionale del 28,1%; lo stesso dicasi per le donne anziane che vivono sole: sono 44,9% delle femmine, percentuale maggiore in Italia, a fronte di un valore medio italiano del 37,6%.

Lombardia: la Regione che consuma meno farmaci

La Lombardia è la Regione con il minor consumo di farmaci: infatti il consumo territoriale di farmaci a carico del SSN (espresso in termini di “DDD/1.000 ab die”, cioè come numero medio di dosi di farmaco consumate giornalmente ogni 1.000 abitanti), nel 2011 è pari a 870 DDD/1.000 ab die, a fronte di un valore medio nazionale di 963. solo le PA di Trento e Bolzano hanno un consumo minore, ma trattasi di due realtà molto particolari e quindi non comparabili.

PA di Bolzano: il primato dei più longevi

Ma la provincia autonoma ha la quota maggiore di consumatori di alcolici

Nella provincia autonoma (PA) di Bolzano vivono le persone più longeve: infatti, la speranza di vita alla nascita è per i maschi pari a 80,5 anni – la maggiore in Italia (medie italiane 79,4). Per le femmine è pari a 85,8 anni – la maggiore in Italia (valori medi italiani 84,5).

In negativo, invece, si segnala che la PA di Bolzano presenta il maggior numero di consumatori di alcolici: presenta, infatti, una quota di non consumatori pari al 24,5% - percentuale minore in Italia, a fronte di un valore medio nazionale del 32,7%. I consumatori sono il 73,1% - percentuale maggiore in Italia, a fronte di un valore medio nazionale del 65,7%.

PA di Trento: dove vivono gli italiani meno sedentari

Ma è dove è aumentata di più la spesa sanitaria pro capite

Nella provincia autonoma (PA) di Trento vivono le persone meno sedentarie in Italia, infatti la PA vanta la più bassa percentuale di persone che non praticano alcuno sport: il 13,5% della popolazione dai 3 anni in su.

In negativo, invece, si segnala che la PA di Trento ha registrato il maggior aumento di spesa sanitaria procapite sia dal 2010 (+6,25% a fronte di un aumento medio italiano del +1,09%), sia dal 2005 (+28,96% a fronte di un aumento medio italiano del +12,59%).

Veneto: la Regione con meno problemi di persone sovrappeso

La Regione con il più elevato consumo di farmaci antibiotici in ospedale

Il Veneto è la Regione con meno problemi di sovrappeso, infatti, presenta la percentuale minore in Italia di individui (persone di 18 anni e oltre) in sovrappeso, che è pari al 31,4%; il valore medio nazionale è il 35,8%. È obeso l'8,4% dei cittadini, contro il valore medio italiano di 10%.

In negativo, invece, la Regione fa registrare il più alto consumo di farmaci antibiotici in ospedale nel 2010, anno in cui raggiunge il valore di 10.933 DDD per 1.000 ricoveri in regime ordinario.

Friuli Venezia Giulia: la Regione con la quota minore di tagli cesarei

Ma è la Regione con la maggiore mortalità per tumori tra le donne

Il Friuli Venezia Giulia è la Regione con la migliore nella gestione dei parti mediante ricorso al taglio cesareo: infatti, in Friuli solo il 23,99% dei parti (totale TC sul totale



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

dei parti - anno 2010) avviene con taglio cesareo, contro la media nazionale di 38,71%.

In negativo, invece, la Regione fa registrare il più alto tasso standardizzato di mortalità per tumore tra le donne di 19-64 anni nel 2009 (8,78 per 10.000 contro un valore nazionale di 7,93 per 10.000).

Liguria: la Regione con la maggiore offerta di servizi socio-sanitari ai disabili

Ma è la Regione con più incidenti stradali

La Liguria è la Regione che offre più servizi socio-sanitari ai disabili: infatti ha il più alto tasso di posti letto per disabili nelle strutture socio-sanitarie, 147,2 per 100.000, a fronte di una media italiana di 83,5 per 100.000. Le strutture socio-sanitarie residenziali svolgono un ruolo importante nell'ambito del processo d'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale: la loro attività è, infatti, finalizzata a fornire assistenza di mantenimento o lunga assistenza a pazienti non autosufficienti o con elevata necessità di tutela sanitaria.

In negativo, invece, si segnala che la Liguria è la Regione dove si registrano più incidenti stradali, infatti presenta la media d'incidentalità stradale maggiore d'Italia per il biennio 2008-2010, pari a 5,94 per 1000 contro una media italiana di 3,58.

Emilia Romagna: la Regione con la percentuale maggiore di ex-fumatori

Ma è la Regione che consuma più penicilline in ospedale

L'Emilia Romagna è la Regione con la quota maggiore di persone che hanno smesso di fumare: infatti presenta una quota di ex-fumatori pari al 27,3% della popolazione regionale di 14 anni ed oltre (23,4% il valore italiano).

In negativo, invece, si segnala che l'Emilia Romagna è la Regione in cui si consumano più antibiotici, nella forma di penicilline, in ospedale con un valore nel 2010 di 4.459 DDD per 1.000 ricoveri in regime ordinario, a fronte di un valore medio nazionale di 2.330 DDD per 1.000 ricoveri in regime ordinario.

Toscana: la Regione che ha la spesa più alta per i farmaci generici

Si conferma un consumo elevato di antidepressivi

In Toscana la spesa per farmaci generici è pari al 38,5% (dati 2011) della spesa totale – percentuale maggiore in Italia (valore medio nazionale 32,2%) e presenta il maggior aumento percentuale (+32,8% dal 2002).

In Toscana si registra, tuttavia, un consumo di antidepressivi pari a 55,82 dosi mediamente consumate ogni giorno per 1.000 abitanti. Anche nel 2011 si conferma la Regione con il maggior consumo di questa classe di farmaci in Italia. A livello nazionale il consumo medio è di 36,10 DDD/1.000 ab die.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



**UNIVERSITÀ
CATTOLICA**
del Sacro Cuore

Umbria: la Regione con la migliore copertura vaccinale contro l'influenza nella popolazione anziana

Ma è la Regione che in un anno ha aumentato di più il tasso di dimissioni ospedaliere per infarto

L'Umbria è la Regione che presenta la migliore copertura vaccinale negli over-65 anni, pari al 75,2% degli individui in questa classe di età, a fronte di un valore medio nazionale del 62,4%. L'Umbria è l'unica Regione in Italia che raggiunge l'obiettivo minimo stabilito del 75% per la copertura vaccinale in questa classe di età.

In negativo, invece, si segnala che l'Umbria è la Regione in cui in un solo anno è aumentato di più il tasso di dimissioni ospedaliere per infarto acuto del miocardio in regime di ricovero ordinario, passando da un valore di 333,2 per 100.000 del 2009 ad un valore di 373 per 100.000 del 2010. L'Italia passa da 363,1 per 100.000 del 2009 a 362,7 per 100.000 del 2010. Questo aumento può essere interpretato in vario modo: può essere dovuto ad un aumento delle malattie cardiovascolari, oppure a una gestione delle emergenze non adeguata, o ancora a carenza nelle iniziative di prevenzione delle malattie cardiovascolari a livello territoriale.

Marche: la Regione con meno anziani che vivono soli

Ma con un bisogno di implementare gli interventi di prevenzione dei comportamenti a rischio per la salute nei giovanissimi

Le Marche si confermano la Regione con la più bassa percentuale di anziani che vivono soli (22,9%) a fronte di un valore nazionale del 28,1%: la percentuale di persone dai 65 anni in su che vive sola in Regione (dati 2010) è pari all'11% dei maschi in quella fascia d'età – valore minore in Italia (valore medio italiano 15,1%), al 31,8% delle femmine – valore minore in Italia (valore medio italiano 37,6%).

Ma in Regione si avverte la necessità di fare maggiore prevenzione dei comportamenti a rischio per la salute dei giovanissimi, comportamenti quali il consumo di alcolici: è infatti preoccupante il dato sulla prevalenza di consumatori a rischio di 11-18 anni che è pari al 20,5% dei maschi; tale valore è il sesto in ordine di grandezza rispetto alle altre Regioni italiane ed è superiore al valore nazionale del 15,2%.

Lazio: la Regione più istruita, ha la maggior percentuale di laureati

Si conferma la Regione con più fumatori

Il Lazio è promossa come Regione più istruita d'Italia, infatti è la Regione che vanta la migliore percentuale di individui con livello di istruzione elevato: nel 2011, la percentuale della popolazione di età 25-64 anni con un titolo di studio di diploma di 4-5 anni è stata pari al 40,8% per i maschi (media italiana 34%), al 41% per le femmine, la percentuale maggiore in Italia (media italiana 33,3%); è anche la Regione italiana con più laureati per entrambi i generi: nel Lazio ha conseguito la laurea il 18,2% degli uomini (media italiana 13,4%) ed il 20,4% delle donne (media italiana 16,4%).



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



**UNIVERSITÀ
CATTOLICA**
del Sacro Cuore

Il miglioramento delle condizioni di salute della popolazione dipende anche dall'adozione di comportamenti e stili di vita corretti e a titoli di studio più elevati corrisponde in media una maggiore tendenza a sposare stili di vita salutari.

Ma in negativo, il Lazio si distingue anche quest'anno per un primato molto pericoloso, il fumo: la Regione, infatti, presenta (anno 2011) una quota di non fumatori pari al 48,8% della popolazione regionale di 14 anni ed oltre, la percentuale minore in Italia (media nazionale 52,7%). Nel Lazio fuma il 27,2% della popolazione regionale di 14 anni ed oltre, a fronte di un valore medio nazionale del 22,3%. Il Lazio ha infine una quota di ex-fumatori del 22,6% (23,4% valore italiano).

Abruzzo: la Regione con la migliore copertura vaccinale nei bambini

Ma è la Regione in cui muoiono più ragazzi

L'Abruzzo è la Regione con la migliore copertura vaccinale nei bambini con meno di 24 mesi per poliomielite, anti-Difterite e Tetano (DT), o DT e Pertosse (DTP), *Haemophilus influenzae* di tipo b (Hib): presenta infatti il tasso maggiore di copertura, 99,1% per tutte e tre le vaccinazioni (valori medi italiani 96,4%, 96,6%, 95,9%).

In negativo, invece, si segnala che l'Abruzzo è la Regione in cui muoiono più giovani: presenta infatti il maggior tasso standardizzato (per 10.000) di mortalità tra i maschi nella classe di età 0-18 anni, 6,15 per 10.000, a fronte di un valore medio nazionale del 3,63 per 10.000. Tali dati sono imputabili all'evento sismico che ha interessato l'Abruzzo nell'aprile 2009.

Molise: la Regione con il più alto tasso di ospiti disabili adulti assistiti nelle strutture socio-sanitarie

La Regione con la maggiore percentuale di obesi

Il Molise è la Regione che nel 2010 ha registrato il più alto tasso (per 100.000) di ospiti adulti con disabilità assistiti nelle strutture socio-sanitarie con un valore di 276,3 (per 100.000) a fronte di un valore medio nazionale di 134,5 (per 100.000).

In negativo, il Molise è la Regione con più problemi di obesità, infatti presenta la maggiore percentuale di obesi, il 13,5% dei cittadini, contro il valore medio italiano di 10%. Ha anche parecchi problemi di sovrappeso, infatti presenta una percentuale di individui (persone di 18 anni e oltre) in sovrappeso pari al 37,1%; il valore medio nazionale è il 35,8%.

Campania: la Regione con meno consumatori di alcolici

Ma resta la Regione dove si pratica meno sport

La Campania è la Regione dove si consumano meno alcolici: nel 2010 presenta una quota di non consumatori pari al 40,9% - la percentuale più alta in Italia a fronte di un valore medio nazionale del 32,7%. I consumatori sono il 58,3% - percentuale minore in Italia, a fronte di un valore medio nazionale del 65,7%.

In negativo, invece, si segnala che la Campania resta la Regione dove si pratica meno sport: appena il 13,1% della popolazione dai 3 anni in su pratica sport in modo



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

continuativo – la percentuale più bassa in Italia, contro un valore medio italiano di 21,9%.

Puglia: la Regione con un'ottima copertura vaccinale per influenza in età pediatrica

Ma è la Regione più sedentaria e con più persone in sovrappeso

La Puglia è la Regione con la migliore copertura vaccinale antinfluenzale per le classi di età 6-23 mesi (11,5 per 1000), 2-4 anni (16 per mille) 5-8 anni (11,3 per 1000), 9-14 anni (12,8 per 1000), 15-17 anni (10,1 per 1000). Anche per quanto riguarda le vaccinazioni di più recente introduzione in età pediatrica, come MPR (92,7%), e negli adolescenti, come l'anti-HPV (80,8%) i dati di copertura sono stabilmente più elevati rispetto alle altre regioni meridionali.

In negativo, invece, si segnala che la Puglia è la Regione più sedentaria d'Italia e quella con la maggiore percentuale di persone in sovrappeso. Infatti si registra una percentuale di individui in sovrappeso pari al 40,4% a fronte di un valore medio nazionale del 35,8% e una quota di persone che non svolgono alcuno sport pari al 57,2% della popolazione, a fronte di una media nazionale 39,8%.

Basilicata: la Regione con meno incidenti stradali

La Regione con la minore quota di laureati maschi

La Basilicata è la Regione dove si registrano meno incidenti stradali, infatti presenta la media d'incidentalità stradale minore d'Italia per il biennio 2008-2010, pari a 1,72 per 1000 contro una media italiana di 3,58.

In negativo, la Basilicata risulta la Regione con meno laureati tra i maschi: infatti quest'anno il Rapporto osserva anche il livello di istruzione medio dei residenti in Regione, che ha un impatto indiretto sulla salute dei cittadini visto che a titoli di studio più elevati corrisponde, in media, una maggiore tendenza a sposare stili di vita salutari. In Basilicata la percentuale della popolazione di età 25-64 anni con un titolo di studio di diploma di 4-5 anni è pari al 36,2% per i maschi (dati 2011 - media italiana 34,0%), al 35,6% per le femmine, (media italiana 33,3%). In Basilicata ha conseguito la laurea il 10,2% degli uomini – la percentuale minore in Italia (media italiana 13,4%) e il 14,8% delle donne (media italiana 16,4%).

Calabria: resta la Regione con la maggior quota di non fumatori

Ma è la Regione in cui si mangiano meno frutta e verdura

La Calabria resta anche quest'anno la Regione in cui si fuma meno: presenta infatti la maggiore quota di non fumatori pari al 60,5% (anno 2011) della popolazione regionale di 14 anni e oltre (media nazionale 52,7%). In Calabria fuma il 18,8% della popolazione regionale di 14 anni ed oltre (valore medio nazionale 22,3%). La Calabria ha una quota di ex-fumatori del 19,4% (23,4% valore italiano).



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



**UNIVERSITÀ
CATTOLICA**
del Sacro Cuore

In negativo, invece, si segnala che la Calabria è la Regione in cui si consumano meno frutta e verdura, solo il 2,5% della popolazione consuma in media le 5 o più porzioni di verdura, ortaggi e frutta al dì, contro una media nazionale del 4,9%.

Sicilia: la Regione dalle mamme più giovani

Ma è la Regione dove si consumano più farmaci

La Sicilia è la Regione dalle mamme più giovani, in cui cioè è più bassa l'età media delle donne al parto. Infatti in Sicilia l'età media delle donne al parto è pari a 30,6 anni (età media nazionale 31,4 anni). In Sicilia il 16,3% dei nuovi nati è partorito da donne con meno di 25 anni e il 5,1% da donne over-40.

In negativo, invece, si segnala che la Sicilia è la Regione dove si consumano più farmaci: nel 2011 il consumo territoriale di farmaci a carico del SSN (espresso in termini di "DDD/1.000 ab die", cioè come numero medio di dosi di farmaco consumate giornalmente ogni 1.000 abitanti), è stato di 1.086 DDD/1.000 ab die, a fronte di un valore medio nazionale di 963.

Sardegna: la Regione in cui si mangia più frutta e verdura

Ma è la Regione dove si fanno meno figli

La Sardegna è la Regione con più consumatori di frutta e verdura secondo le porzioni raccomandate: in Sardegna l'8,1% della popolazione consuma in media le 5 o più porzioni di verdura, ortaggi e frutta al dì – percentuale maggiore in Italia, a fronte di una media nazionale del 4,9%.

In negativo, invece, si segnala che la Sardegna è la Regione dove si fanno meno figli: infatti, il tasso di fecondità totale (tft) è il più basso in Italia, 1,14 figli per donna.



osservatorio
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

COMUNICATO STAMPA

ROMA, 29 APRILE 2013

Piemonte: la Regione con la quota più alta di ricoveri con degenza di un solo giorno

Ma è la Regione con il maggior aumento della mortalità nelle donne anziane

Il Piemonte è la Regione che presenta la percentuale più alta di utilizzo del One Day Surgery (indicatore di appropriatezza clinica organizzativa): il 32,06% sul totale delle dimissioni in regime di ricovero ordinario con DRG chirurgico, a fronte di una media italiana del 18,9%. Questa modalità di ricovero consiste in un ricovero per intervento chirurgico con degenza breve, non superiore alla durata di un giorno.

In negativo, invece, si segnala che il Piemonte è la Regione dove si registra il maggior aumento (+4,6%) tra 2007 e 2009 del tasso di mortalità nelle donne di 75 anni e oltre (passando da un valore di 596,22 per 10.000 ad un valore di 623,54). In Italia si passa da un valore di 594,85 per 10.000 del 2007 ad un valore di 597,91 per 10.000 (+0,5%).

Sono alcuni dei dati che emergono dalla decima edizione del **Rapporto Osservasalute (2012)**, un'approfondita analisi dello stato di salute della popolazione e della qualità dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane presentata oggi all'Università Cattolica. Pubblicato dall'**Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane** che ha sede presso l'**Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma** e coordinato dal Professor **Walter Ricciardi**, direttore dell'Osservatorio e del Dipartimento di Sanità Pubblica del Policlinico Universitario "Agostino Gemelli", il Rapporto è frutto del lavoro di 184 esperti di sanità pubblica, clinici, demografi, epidemiologi, matematici, statistici e economisti distribuiti su tutto il territorio italiano, che operano presso Università e numerose istituzioni pubbliche nazionali, regionali e aziendali (Ministero della Salute, Istat, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale Tumori, Istituto Italiano di Medicina Sociale, Agenzia Italiana del Farmaco, Aziende Ospedaliere e Aziende Sanitarie, Osservatori Epidemiologici Regionali, Agenzie Regionali e Provinciali di Sanità Pubblica, Assessorati Regionali e Provinciali alla Salute).



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

In Piemonte si registra un **saldo medio annuo** nel biennio 2010-2011 pari a 3,1 per 1.000 residenti per anno (media nazionale di 4,2 per 1.000).

Il Piemonte presenta un tasso di **fecondità totale** (ovvero il numero medio di figli per donna) pari a 1,4 figli per donna (1,26 figli per le italiane; 2,06 figli per le straniere) contro un valore medio italiano, che comprende donne italiane e straniere, di 1,39 figli - dati 2011. In Piemonte l'età media delle donne al parto è pari a 31,4 anni (età media nazionale 31,4 anni).

Quest'anno il Rapporto osserva anche il livello di istruzione medio dei residenti in Regione, che ha un impatto indiretto sulla salute dei cittadini visto che a titoli di studio più elevati corrispondono in media condizioni socio-economiche migliori e una tendenza maggiore a sposare stili di vita salutari. In Piemonte la percentuale della popolazione di età 25-64 anni con un titolo di studio (2011) di diploma di 4-5 anni è pari al 33,5% per i maschi (media italiana 34,0%), al 33,9% per le femmine, (media italiana 33,3%), in Piemonte ha conseguito la laurea il 12,7% degli uomini (media italiana 13,4%) ed il 15,4% delle donne (media italiana 16,4%).

ANZIANI

In Piemonte nel 2011 l'11,4% dei cittadini ha tra 65 e 74 anni (-0,5% dal 2005), a fronte di una media nazionale del 10,2%, mentre le persone con 75 anni ed oltre sono l'11,5% della popolazione regionale (+2,6% dal 2005), a fronte di una media nazionale del 10,1%.

Anziani che vivono soli - La percentuale di persone dai 65 anni in su che vive sola in Piemonte (dati 2010) è pari al 18,6% dei maschi in quella fascia d'età (valore medio italiano 15,1%), al 38,2% delle femmine (valore medio italiano 37,6%), per un totale del 29,8% delle persone in questa fascia d'età, contro una media nazionale di 28,1%.

La quota di persone anziane che vivono sole sul totale della popolazione della stessa fascia di età rappresenta un prezioso indicatore in sede di programmazione dei servizi territoriali di tipo socio-sanitario. Il motivo è che gli anziani che vivono soli sono maggiormente esposti al rischio di emarginazione sociale e, data l'età, all'insorgenza di patologie gravi e invalidanti che possono portare al confinamento e, comunque, alla necessità di assistenza socio-sanitaria anche nello svolgimento delle normali attività della vita quotidiana.

Tali dati possono anche parzialmente spiegare l'eccesso di mortalità che si individua nella fascia d'età anziana per il genere femminile. L'anziana, sola non adeguatamente supportata dalla famiglia o dai servizi sociali riceve diagnosi e cure probabilmente meno tempestive.

SPERANZA DI VITA

In Piemonte la speranza di vita alla nascita è per i maschi pari a 79,2 anni (media italiana 79,4). Per le femmine la speranza di vita alla nascita è pari a 84,4 anni (valore medio italiano 84,5).

MORTALITÀ

In Piemonte la **mortalità complessiva** (per tutte le cause) oltre il primo anno di vita è pari a 113,56 per 10.000 abitanti tra i maschi (2009), contro una media nazionale di 109,41 per 10.000, mentre è pari a 71,56 per 10.000 tra le donne (contro una media nazionale di 69,31 per 10.000).

Per quanto riguarda i tassi di **mortalità per alcune cause** (2009) il Piemonte presenta, nella classe di età 19-64 anni, una mortalità per tumori tra i maschi pari a 10,94 per 10.000 (vs un valore medio nazionale di 10,53 per 10.000) e una mortalità per malattie del sistema circolatorio di 5,69 per 10.000 (vs un valore medio nazionale di 5,54 per 10.000). Tra le femmine la mortalità per tumori è pari a 8,15 per 10.000, (vs un valore medio nazionale di 7,93 per 10.000) e la mortalità per malattie del sistema circolatorio di 1,76 per 10.000 (vs un valore medio nazionale di 1,84 per 10.000).

STILI DI VITA

Fumo - Il Piemonte presenta una quota di non fumatori pari al 49,1% (anno 2011) della popolazione regionale di 14 anni ed oltre (media nazionale 52,7%). In Piemonte fuma il 23% della popolazione regionale di 14 anni ed oltre (valore medio nazionale 22,3%). Il Piemonte ha una quota di ex-fumatori del 26,2% (23,4% valore italiano).

Consumo di alcol - Il Piemonte fa registrare i seguenti valori: nel 2010 presenta una quota di non consumatori pari al 29,4% a fronte di un valore medio nazionale del 32,7%. I consumatori sono il 68,8%, a fronte di un valore medio nazionale del 65,7%. La prevalenza di consumatori a rischio di 11-18 anni (ovvero quei giovani che praticano almeno uno dei comportamenti a rischio relativamente al consumo di alcol, come l'eccedenza quotidiana o il binge drinking) è pari al 23,5% dei maschi (valore medio italiano 15,2%), al 13,1% per le femmine (valore medio italiano 10,2%), per un totale del 18,6% dei giovani in questa fascia d'età (valore medio italiano 12,8%). La prevalenza di consumatori a rischio di 19-64 anni è pari al 25% dei maschi (valore medio italiano 21,5%) e al 7,8% delle femmine (valore medio italiano 5,4%). Il totale dei consumatori a rischio è il 16,4% degli individui in questa fascia d'età (valore medio italiano 13,4%).

DIETA, PESO E SPORT

Quanto alle **abitudini alimentari** in Piemonte il 6,2% della popolazione consuma in media le 5 o più porzioni di verdura, ortaggi e frutta al dì, a fronte di una media nazionale del 4,9%.

Obesità e sovrappeso - Il Piemonte presenta una percentuale di obesi pari al 9,1% dei cittadini (persone di 18 anni e oltre), a fronte di un valore medio italiano del 10% e una percentuale di individui in sovrappeso pari al 32,5%; il valore medio nazionale è il 35,8%.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

Per quanto riguarda la **pratica di sport** in Piemonte il 24,7% della popolazione dai 3 anni in su pratica sport in modo continuativo, contro un valore medio italiano di 21,9%; il 31,1% fa qualche attività fisica (valore medio nazionale 27,7%). In Piemonte coloro che non svolgono alcuno sport sono il 31,5% della popolazione, a fronte di una media nazionale 39,8%.

SALUTE MENTALE

In Piemonte si registra un consumo di antidepressivi pari a 39,9 dosi definite giornaliere per 1.000 abitanti nel 2011. A livello nazionale il consumo medio è di 36,10 DDD/1.000 ab die.

In Piemonte il tasso standardizzato di suicidio è pari al 9,84 per 100.000, a fronte di un valore medio nazionale di 7,23 per 100.000 fra i soggetti con 15 anni ed oltre.

SALUTE MATERNO INFANTILE

Organizzazione dei punti nascita – L'obiettivo da perseguire a livello regionale è avere un'alta percentuale di parti in punti nascita ciascuno dei quali gestisca annualmente un ampio numero di parti (questi sono i punti nascita in cui si registrano i migliori esiti dei parti perché più è ampio il bacino di utenza di ciascun punto nascita, maggiore è l'esperienza delle professionalità che si concentrano al suo interno).

Nel 2010 in Piemonte si registra che nessun parto è avvenuto in punti nascita con un volume di attività inferiore a 500 parti annui (media nazionale del 7,37%); il 3,57% dei parti è avvenuto in punti nascita con un volume di attività compreso tra 500 e 799 parti annui (14,83% il valore medio nazionale). L'8% dei parti (contro il 9,62% italiano dei parti) in punti nascita con un volume di attività compreso tra 800 e 999 parti annui. Infine l'88,43% dei parti è avvenuto in punti nascita con un volume di attività superiore a 1.000 (68,19% il valore medio nazionale).

Gestione dei parti con Taglio Cesareo (TC): il Piemonte presenta una quota di TC pari al 30,22% sul totale dei parti nel 2010, contro la media nazionale di 38,71%.

SISTEMA SANITARIO REGIONALE

Passando all'analisi sulla "salute" del Sistema Sanitario Regionale emerge tra le performance economico-finanziarie che nel 2009 in Piemonte il **rapporto spesa/PIL** è pari al 6,85% (valore medio italiano 7,22%).

La **spesa sanitaria pro capite** in Piemonte nel 2011 è pari a 1.895 euro, a fronte di una spesa media nazionale di 1.851 euro. Sempre nel 2011 il Piemonte ha un avanzo procapite di 1 euro (dato medio italiano 29 euro). La Regione presenta inoltre un



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

disavanzo procapite cumulato pari a 178 euro dal 2002 (dato medio italiano 608 euro).

CONSUMO DI FARMACI

Per quanto riguarda il **consumo territoriale di farmaci** a carico del SSN (espresso in termini di "DDD/1.000 ab die", cioè come numero medio di dosi di farmaco consumate giornalmente ogni 1.000 abitanti), nel 2011 il Piemonte presenta un consumo di 899 DDD/1.000 ab die, a fronte di un valore medio nazionale di 963.

Sempre nel 2011 la **spesa pro capite per consumo di farmaci** a carico del SSN in Piemonte è pari a 182 euro (la media nazionale di 204,3 euro).

In Piemonte il dato sull'utilizzo di **farmaci a brevetto scaduto** sul totale delle DDD prescritte è pari al 56% del totale dei consumi, contro una media nazionale del 55,7%. La spesa per questi farmaci è pari al 34% della spesa totale (valore medio nazionale 32,2%).

ASSISTENZA OSPEDALIERA

Gestione dell'assistenza ospedaliera: la Regione presenta un **tasso standardizzato complessivo di dimissioni ospedaliere** (ovvero in regime ordinario e in Day Hospital) di 155,9 per 1.000 nel 2010; il valore medio nazionale è pari a 172,4 per 1.000.

Per il tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere in regime ordinario il Piemonte ha un valore pari a 112,8 per 1.000 (2010), a fronte di un valore medio italiano pari a 122,2 per 1.000. Infine il tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere in regime di Day Hospital è pari a 43,1 per 1.000, mentre la media nazionale è di 50,2 per 1.000.

Nel 2010 il Piemonte presenta una **Degenza Media Preoperatoria** standardizzata pari a 1,61 giorni, a fronte di una media nazionale di 1,88. Questo parametro è indice di efficienza organizzativa e di appropriato utilizzo dei servizi diagnostici e dei reparti di degenza chirurgici.

Gestione delle fratture del collo del femore - La frattura del collo del femore (evento frequente nella popolazione anziana) è un ottimo modo per valutare la qualità dell'assistenza ospedaliera in quanto, se non trattata a dovere, può causare il peggioramento della qualità di vita e/o di mortalità. Infatti, diversi studi hanno dimostrato che lunghe attese per l'intervento per questa frattura corrispondono a un aumento del rischio di mortalità e di disabilità del paziente, aumento delle complicanze legate all'intervento e minore efficacia della fase riabilitativa. Di conseguenza, molte delle Linee Guida più recenti raccomandano che il paziente con frattura del collo del femore venga operato entro 48 o addirittura 24 ore dall'ingresso



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



**UNIVERSITÀ
CATTOLICA**
del Sacro Cuore

in ospedale. In Piemonte il 33,3% (dato 2010) dei pazienti che hanno riportato tale frattura è operato entro 2 giorni (valore medio italiano di 35,1%).

Mortalità evitabile – Si tratta di un altro indicatore di performance del SSR. Il concetto di mortalità evitabile per cause riconducibili ai servizi sanitari o *Amenable Mortality* (AM) è potenziale strumento per la valutazione della qualità e dell'efficacia dei sistemi sanitari e per monitorarne i cambiamenti nel tempo. La "mortalità riconducibile alle cure sanitarie" è definita come "decessi considerati prematuri, che non si verificherebbero in condizioni di cure efficaci e tempestive" o come "morti attribuibili" a condizioni per cui esistono interventi diagnostico-terapeutici e di prevenzione secondaria efficaci, che potrebbero prevenire le "morti premature". Nel periodo considerato nel Rapporto, tra 2006 e 2009, si è assistito ad una riduzione del tasso di mortalità riconducibile ai servizi sanitari: si è passati, difatti, dal 67,81 per 100.000 (valore medio italiano 63,86 per 100.000) del 2006 al 62,02 (per 100.000) del 2009 (valore medio italiano 61,69 per 100.000).

Performance del Ssr – Sul fronte delle performance emerge che il Piemonte ha un livello medio-basso di efficienza, (si noti che la componente dell'efficienza considerata nel Rapporto si riferisce solo alla capacità delle amministrazioni regionali di mantenere i bilanci in pareggio), alto di efficacia, laddove per efficacia si intende il grado con cui i beni e servizi erogati dal SSR alla popolazione portano migliorano la salute dei cittadini. L'efficacia come dimensione della performance è, quindi, riferita a quei cambiamenti nello stato di salute delle persone che sono strettamente attribuibili all'attività del sistema sanitario.

È medio-alto il livello di appropriatezza (parametro riferito alla valutazione degli atti medici in relazione ai costi, alle risorse disponibili ed ai risultati auspicabili) in Piemonte. Mentre è medio-basso il livello di soddisfazione ed accessibilità del sistema da parte dei cittadini residenti, ovvero rispettivamente il livello di gradimento o di scontento dei cittadini verso il sistema sanitario e la facilità con cui i servizi sanitari sono raggiungibili da chi ne ha bisogno (la facilità o difficoltà di accesso possono essere di tipo fisico, finanziario o psicologico. Con tale dimensione della performance si valuta quindi la capacità del sistema di organizzare adeguatamente l'offerta dei servizi, in base alla possibilità degli utenti di ottenere le cure nel luogo giusto ed al momento giusto).

CONCLUSIONI

In sintesi, si può evidenziare che lo stato di salute della popolazione presenta dei problemi che sono, però, affrontati dalla Regione. Si tratta di una popolazione anziana, composita per etnie e stato sociale, in un territorio particolarmente vasto e disomogeneo.

Tali problematiche emergono anche molto bene dai dati di mortalità relativi alla popolazione anziana, dove si evince un aumento preoccupante della mortalità femminile delle over-75: popolazione, come già più volte ribadito nei precedenti rapporti, più sola e meno in grado di accedere tempestivamente, se non adeguatamente supportata, ai servizi di diagnosi, cura e assistenza.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

Sono tuttavia rilevabili gli sforzi attuati dai professionisti della salute per conservare, seppur in uno momento di pesante taglio di risorse (facilmente ricavabili dai dati relativi alla spesa sanitaria), l'efficacia dei servizi che, come rilevano i dati, si dimostrano, tra i più appropriati del Paese, soprattutto quelli ospedalieri.

Anche per quanto riguarda la prevenzione primaria riferibile all'alimentazione ed alla riduzione del rischio di sovrappeso sono da segnalarsi i buoni risultati raggiunti.

Maggior rilievo va nel prossimo futuro dato alle necessità sanitarie e sociali della popolazione anziana, in particolare quella di genere femminile.

Per ulteriori approfondimenti contattare

Prof. Roberta **Siliquini**
Professore Ordinario di Igiene
Università di Torino
Dipartimento di Sanità Pubblica
via Santena 5/bis - 10126 TORINO
Tel. +390116705875
Fax +390116705889
e-mail: roberta.siliquini@unito.it



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

COMUNICATO STAMPA

ROMA, 29 APRILE 2013

Valle d'Aosta: la Regione con meno morti per tumore tra le donne

Ma è la Regione con più anziani che vivono da soli

La Valle d'Aosta è la Regione in cui muoiono meno donne per tumore: infatti la Regione ha il tasso di mortalità per tumori più basso tra le donne di 19-64 anni, pari a 6,58 per 10.000, a fronte di un valore nazionale di 7,93 per 10.000

In negativo, invece, si segnala che la Valle d'Aosta è la Regione dove risiedono più anziani che vivono da soli, infatti in Regione ben il 33,6% delle persone dai 65 anni in su che vive sola a fronte di un valore medio nazionale del 28,1%; lo stesso dicasi per le donne anziane che vivono sole: sono 44,9% delle femmine, percentuale maggiore in Italia, a fronte di un valore medio italiano del 37,6%.

Sono alcuni dei dati che emergono dalla decima edizione del **Rapporto Osservasalute (2012)**, un'approfondita analisi dello stato di salute della popolazione e della qualità dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane presentata oggi all'Università Cattolica. Pubblicato dall'**Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane** che ha sede presso l'**Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma** e coordinato dal Professor **Walter Ricciardi**, direttore dell'Osservatorio e del Dipartimento di Sanità Pubblica del Policlinico Universitario "Agostino Gemelli", il Rapporto è frutto del lavoro di 184 esperti di sanità pubblica, clinici, demografi, epidemiologi, matematici, statistici e economisti distribuiti su tutto il territorio italiano, che operano presso Università e numerose istituzioni pubbliche nazionali, regionali e aziendali (Ministero della Salute, Istat, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale Tumori, Istituto Italiano di Medicina Sociale, Agenzia Italiana del Farmaco, Aziende Ospedaliere e Aziende Sanitarie, Osservatori Epidemiologici Regionali, Agenzie Regionali e Provinciali di Sanità Pubblica, Assessorati Regionali e Provinciali alla Salute).

In Valle d'Aosta si registra un **saldo medio annuo** nel biennio 2010-2011 pari a 4,1 per 1.000 residenti per anno (media nazionale di 4,2 per 1.000).

La Valle d'Aosta presenta un tasso di **fecondità totale** (ovvero il numero medio di figli per donna) pari a 1,57 figli per donna (1,5 figli per le italiane; 2,03 figli per le



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



**UNIVERSITÀ
CATTOLICA**
del Sacro Cuore

straniere) contro un valore medio italiano, che comprende donne italiane e straniere, di 1,39 figli – dati 2011. In Valle d'Aosta l'età media delle donne al parto è pari a 31,1 anni (età media nazionale 31,4 anni). Si tratta di indicatori indiretti della riconosciuta buona qualità di vita di questa piccola regione alpina.

Quest'anno il Rapporto osserva anche il livello di istruzione medio dei residenti in Regione, che ha un impatto indiretto sulla salute dei cittadini visto che a titoli di studio più elevati corrispondono in media condizioni socio-economiche migliori e una tendenza maggiore a sposare stili di vita salutari. In Valle d'Aosta la percentuale della popolazione di età 25-64 anni con un titolo di studio (2011) di diploma di 4-5 anni è pari al 31,7% per i maschi (media italiana 34,0%), al 32,5% per le femmine, (media italiana 33,3%), in Valle d'Aosta ha conseguito la laurea il 10,9% degli uomini (media italiana 13,4%) ed il 13,5% delle donne (media italiana 16,4%). Occorre considerare tuttavia che questa piccola Regione di montagna si è dotata solo nel 2000 di una propria sede universitaria. Prima di questa data la popolazione giovanile era sottoposta a trasferimenti obbligati in altre regioni, o all'estero, per conseguire studi avanzati. Il progetto di sviluppo dell'Ateneo valdostano, iniziato nel 1997, prende proprio origine dalla necessità di rendere accessibile a tutti una formazione di alto livello in continuo aggiornamento e dalla volontà di creare una struttura di produzione e diffusione del sapere, un organismo di confronto e di crescita sociale, culturale ed economica e, dunque, di sviluppo del sistema globale regionale. Un investimento che a distanza di anni conferma la sua validità essendo in continua crescita il numero di iscritti all'Università della Valle d'Aosta.

ANZIANI

In Valle d'Aosta l'indice di vecchiaia approssima i livelli medi nazionali. Nel 2011 il 10,7% dei cittadini ha tra 65 e 74 anni (+1% dal 2005), a fronte di una media nazionale del 10,2%, mentre le persone con 75 anni e oltre sono il 10,2% della popolazione regionale (+1,9% dal 2005), a fronte di una media nazionale del 10,1%.

Anziani che vivono soli - La percentuale di persone dai 65 anni in su che vive sola in Valle d'Aosta (dati 2010) è pari al 18,3% dei maschi in quella fascia d'età (valore medio italiano 15,1%), al 44,9% delle femmine – percentuale maggiore in Italia (valore medio italiano 37,6%), per un totale del 33,6% delle persone in questa fascia d'età – percentuale maggiore in Italia, contro una media nazionale di 28,1%.

La quota di persone anziane che vivono sole sul totale della popolazione della stessa fascia di età rappresenta un prezioso indicatore in sede di programmazione dei servizi territoriali di tipo socio-sanitario. Il motivo è che gli anziani che vivono soli sono maggiormente esposti al rischio di emarginazione sociale e, data l'età, all'insorgenza di patologie gravi e invalidanti che possono portare al confinamento e, comunque, alla necessità di assistenza socio-sanitaria anche nello svolgimento delle normali attività della vita quotidiana. Consapevoli di tale rischio, molte sono le iniziative che la Regione ha finalizzato per mantenere e sostenere l'anziano, la persona o il nucleo fragile, al proprio domicilio, specie se nel piccolo villaggio (hameau) di montagna in cui è sempre vissuto coerentemente ad una politica che, da sempre, contrasta lo spopolamento delle aree di montagna. Già nel 2010 la Valle d'Aosta ha dato vita a un servizio sperimentale in alcuni comuni, denominato **Assistant de hameau, (assistente di villaggio) per il quale era prevista una durata di due anni ma**



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

che, dati gli esiti incoraggianti, è stato prorogato per altri sei mesi. Si è proceduto quindi ad avviare l'iter che porterà all'individuazione di un soggetto gestore del servizio per i prossimi due anni con un'estensione all'intero territorio regionale. Tale servizio, in realtà, è rivolto non solo agli anziani ma a tutte le persone non autosufficienti, residenti in alcune zone isolate del territorio regionale e opera in stretta connessione con lo sportello sociale, previsto dal primo Piano di Zona della Valle d'Aosta. Il progetto, che ha l'obiettivo di rilevare i bisogni non ancora presi in carico dai servizi sociali e di fornire un supporto alle famiglie, mira anche ad attivare reti di relazioni e promuovere la collaborazione tra diversi soggetti, pubblici e privati, presenti in ogni piccolo territorio montano. Si tratta infatti di un servizio di prossimità, **che va alla ricerca di chi ha bisogno e non è pensato per il contrario, che può svolgere attività classiche di assistenza, ma che prevalentemente aiuta e accompagna le persone e i nuclei familiari fragili e isolati verso l'individuazione di risposte adeguate ai loro bisogni.**

SPERANZA DI VITA

In Valle d'Aosta la speranza di vita alla nascita è per i maschi pari a 79,2 anni (media italiana 79,4). Per le femmine la speranza di vita alla nascita è pari a 84,4 anni (valore medio italiano 84,5). Il dato è però unito al Piemonte: siamo troppo piccoli per dare affidabilità ad un valore in comune.

MORTALITÀ

In Valle d'Aosta la **mortalità complessiva** (per tutte le cause) oltre il primo anno di vita è più elevata rispetto la media nazionale tra gli uomini, infatti, essa è pari a 117,13 per 10.000 abitanti tra i maschi (2009), contro una media nazionale di 109,41 per 10.000, mentre è pari a 65,14 per 10.000 tra le donne (contro una media nazionale di 69,31 per 10.000).

Per quanto riguarda i tassi di **mortalità per alcune cause** (2009) la Valle d'Aosta presenta, nella classe di età 19-64 anni, una mortalità per tumori tra i maschi pari a 9,51 per 10.000 (vs un valore medio nazionale di 10,53 per 10.000) e una mortalità per malattie del sistema circolatorio di 4,69 per 10.000 (vs un valore medio nazionale di 5,54 per 10.000). Tra le femmine la mortalità per tumori è pari a 6,58 per 10.000 – il tasso minore in Italia, (vs un valore medio nazionale di 7,93 per 10.000) e la mortalità per malattie del sistema circolatorio di 1,71 per 10.000 (vs un valore medio nazionale di 1,84 per 10.000). Trattandosi di eventi riguardanti una popolazione di soli 126.000 abitanti ogni variazione annuale dei tassi subisce un'elevata variabilità che induce prudenza nell'interpretazione del fenomeno che può essere meglio interpretato solo osservando un trend temporale più lungo.

STILI DI VITA

Fumo - La Valle d'Aosta presenta una quota di non fumatori pari al 55,4% (anno 2011) della popolazione regionale di 14 anni ed oltre (media nazionale 52,7%). In Valle d'Aosta fuma il 16,3% della popolazione regionale di 14 anni ed oltre – percentuale minore in Italia (valore medio nazionale 22,3%). La Valle d'Aosta ha una quota di ex-fumatori del 25,8% (23,4% valore italiano). La ricchezza del contesto



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

ambientale e di vita di cui dispone la popolazione valdostana sembrano in questo dato trovare conferma di un'influenza positiva verso l'adozione di stili di vita salutari. Situazione che invece non riesce ancora ad affermarsi per quanto riguarda il consumo di alcol, per il quale è ancora troppo prevalente una percezione culturale, diffusa in tutte le zone di montagna, di sottovalutazione del rischio e di, seppure blando, consenso verso questa abitudine all'abuso di alcol tra tutte le fasce di età e i generi.

Consumo di alcol – La Valle d'Aosta fa registrare valori che propendono ancora più verso l'abuso che non il consumo di alcol: nel 2010 presenta una quota di non consumatori pari al 27,7% a fronte di un valore medio nazionale del 32,7%. I consumatori sono il 72%, a fronte di un valore medio nazionale del 65,7%.

Anche quest'anno in Regione si rilevano parecchi problemi con l'alcol. Infatti, la prevalenza di consumatori a rischio di 11-18 anni (ovvero quei giovani che praticano almeno uno dei comportamenti a rischio relativamente al consumo di alcol, come l'eccedenza quotidiana o il binge drinking) è pari al 38% dei maschi – percentuale maggiore in Italia (valore medio italiano 15,2%), all'11,6% per le femmine (valore medio italiano 10,2%), per un totale del 25% dei giovani in questa fascia d'età – percentuale maggiore in Italia (valore medio italiano 12,8%). La prevalenza di consumatori a rischio di 19-64 anni è pari al 33,5% dei maschi (valore medio italiano 21,5%) e al 10,4% delle femmine (valore medio italiano 5,4%). Il totale dei consumatori a rischio è il 22,1% degli individui in questa fascia d'età (valore medio italiano 13,4%).

DIETA, PESO E SPORT

Quanto alle **abitudini alimentari** in Valle d'Aosta il 6,4% della popolazione consuma in media le 5 o più porzioni di verdura, ortaggi e frutta al dì consigliate, a fronte di una media nazionale del 4,9%.

Obesità e sovrappeso - La Valle d'Aosta presenta una percentuale di obesi pari all'8,7% dei cittadini (persone di 18 anni e oltre), a fronte di un valore medio italiano del 10% e una percentuale di individui in sovrappeso pari al 34,6%; il valore medio nazionale è il 35,8%.

Per quanto riguarda la **pratica di sport** in Valle d'Aosta il 29,3% della popolazione dai 3 anni in su pratica sport in modo continuativo, contro un valore medio italiano di 21,9%, favoriti certamente da un ambiente di vita ad elevato valore naturalistico; il 22,8% fa qualche attività fisica (valore medio nazionale 27,7%). Infine, in Valle d'Aosta, coloro che non svolgono alcuno sport sono il 31,7% della popolazione, a fronte di una media nazionale 39,8%.

SALUTE MENTALE

In Valle d'Aosta si registra un consumo di antidepressivi pari a 34,21 dosi definite giornaliere per 1.000 abitanti nel 2011. A livello nazionale il consumo medio è di 36,10 DDD/1.000 ab die.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

In Valle d'Aosta il tasso standardizzato di suicidio è pari al 10,53 per 100.000, a fronte di un valore medio nazionale di 7,23 per 100.000 fra i soggetti con 15 anni ed oltre. La frequenza più elevata di suicidi caratterizza purtroppo molte zone di montagna presenti nell'arco alpino. Le ragioni sono complesse e non vi sono evidenze scientifiche certe, ma è verosimile che il maggiore isolamento e una ridotta rete di relazioni che contraddistinguono le popolazioni di montagna costituiscano, in alcuni soggetti, elementi di maggiore predisposizione al rischio.

SALUTE MATERNO INFANTILE

Organizzazione dei punti nascita – L'obiettivo da perseguire a livello regionale è avere un'alta percentuale di parti in punti nascita, ciascuno dei quali gestisca annualmente un ampio numero di parti (questi sono i punti nascita in cui si registrano i migliori esiti dei parti perché più è ampio il bacino di utenza di ciascun punto nascita, maggiore è l'esperienza delle professionalità che si concentrano al suo interno). Nel 2010 nella Regione tutti i parti sono avvenuti nell'unico punto nascita dell'ospedale regionale (non esistono strutture private) con un volume di attività superiore a 1.000 (68,19% il valore medio nazionale).

Gestione dei parti con Taglio Cesareo (TC): la Valle d'Aosta presenta una quota di TC pari al 34,55% sul totale dei parti nel 2010, contro la media nazionale di 38,71%.

SISTEMA SANITARIO REGIONALE

Passando all'analisi sulla "salute" del Sistema Sanitario Regionale emerge tra le performance economico-finanziarie che nel 2009 in Valle D'Aosta il **rapporto spesa/PIL** è pari al 6,14% (valore medio italiano 7,22%).

La **spesa sanitaria pro capite** in Valle d'Aosta nel 2011 è pari a 2.222 euro, a fronte di una spesa media nazionale di 1.851 euro. Sempre nel 2011 la Valle d'Aosta ha un avanzo procapite di -8 euro (dato medio italiano 29 euro). La Regione presenta inoltre un disavanzo procapite cumulato pari a 717 euro dal 2002 (dato medio italiano 608 euro). Valori economici che, seppure oggetto di valutazione e analisi da parte della politica regionale, vanno opportunamente letti all'interno della specificità regionale poiché la Valle d'Aosta ha scelto già dal 1994 di uscire dal Fondo sanitario Nazionale, decidendo di garantire, in proprio, tutti i livelli essenziali di assistenza con finanziamenti provenienti dal Bilancio regionale.

CONSUMO DI FARMACI

Per quanto riguarda il **consumo territoriale di farmaci** a carico del SSN (espresso in termini di "DDD/1.000 ab die", cioè come numero medio di dosi di farmaco consumate giornalmente ogni 1.000 abitanti), nel 2011 la Valle d'Aosta presenta un consumo di 894 DDD/1.000 ab die, a fronte di un valore medio nazionale di 963.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



**UNIVERSITÀ
CATTOLICA**
del Sacro Cuore

Sempre nel 2011 la **spesa pro capite per consumo di farmaci** a carico del SSN in Valle d'Aosta è pari a 175,7 euro (la media nazionale di 204,3 euro).

In Valle d'Aosta il dato sull'utilizzo di **farmaci a brevetto scaduto**, sul totale delle DDD prescritte, è pari al 54,7% del totale dei consumi, contro una media nazionale del 55,7%. La spesa per questi farmaci è pari al 31,8% della spesa totale (valore medio nazionale 32,2%).

ASSISTENZA OSPEDALIERA

La gestione dell'assistenza ospedaliera è da migliorare in Valle d'Aosta: la Regione presenta un **tasso standardizzato complessivo di dimissioni ospedaliere** (ovvero in regime ordinario e in Day Hospital) di 176,5 per 1.000 nel 2010; il valore medio nazionale è pari a 172,4 per 1.000. La ragione di un tasso standardizzato più alto di dimissione rispetto alla media nazionale risiede in una quota di inappropriatelyzza, nota alla Regione, imputabile soprattutto ai ricoveri di pazienti anziani, che vivono in zone disagiate per altimetria e isolamento, che vengono trattenuti in un regime più protettivo di quello raccomandato, oppure per anziani ricoverati provenienti da strutture residenziali per non autosufficienti. Per contrastare entrambe queste problematiche sono state date, di recente, alcune disposizioni: nel primo caso, fornendo indicazioni all'Azienda Usl affinché alcune prestazioni in ricovero ordinario siano effettuate in regime di ricovero diurno; nel secondo caso, prevedendo un responsabile medico nelle strutture residenziali per anziani più grandi, che valuti sul posto la richiesta di ospedalizzazione eliminando quelle inappropriate e orientando l'anziano verso il servizio e la prestazione più adeguata al suo bisogno.

Infatti, per il tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere in regime ordinario la Valle d'Aosta ha un valore pari a 128,2 per 1.000 (2010), a fronte di un valore medio italiano pari a 122,2 per 1.000. Mentre il tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere in regime di Day Hospital è pari a 48,3 per 1.000, mentre la media nazionale è di 50,2 per 1.000.

Nel 2010 la Valle d'Aosta presenta una **Degenza Media Preoperatoria** standardizzata pari a 1,42 giorni, a fronte di una media nazionale di 1,88. Questo parametro è indice di efficienza organizzativa e di appropriato utilizzo dei servizi diagnostici e dei reparti di degenza chirurgici.

Gestione delle fratture del collo del femore - La frattura del collo del femore (evento frequente nella popolazione anziana) è un ottimo modo per valutare la qualità dell'assistenza ospedaliera in quanto, se non trattata a dovere, può causare il peggioramento della qualità di vita e/o di mortalità. Infatti, diversi studi hanno dimostrato che lunghe attese per l'intervento per questa frattura corrispondono a un aumento del rischio di mortalità e di disabilità del paziente, aumento delle complicanze legate all'intervento e minore efficacia della fase riabilitativa. Di conseguenza, molte delle Linee Guida più recenti raccomandano che il paziente con



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

frattura del collo del femore venga operato entro 48 o addirittura 24 ore dall'ingresso in ospedale. In Valle d'Aosta ben il 66,7% (dato 2010) dei pazienti che hanno riportato tale frattura è operato entro 2 giorni (valore medio italiano di 35,1%).

Mortalità evitabile – Si tratta di un altro indicatore di performance del SSR. Il concetto di mortalità evitabile per cause riconducibili ai servizi sanitari o *Amenable Mortality* (AM) è potenziale strumento per la valutazione della qualità e dell'efficacia dei sistemi sanitari e per monitorarne i cambiamenti nel tempo. La "mortalità riconducibile alle cure sanitarie" è definita come "decessi considerati prematuri, che non si verificherebbero in condizioni di cure efficaci e tempestive" o come "morti attribuibili" a condizioni per cui esistono interventi diagnostico-terapeutici e di prevenzione secondaria efficaci, che potrebbero prevenire le "morti premature". Nel periodo considerato nel Rapporto, tra 2006 e 2009, si è assistito a una riduzione elevata del tasso di mortalità riconducibile ai servizi sanitari anche se la differenza, dati i piccoli numeri, non è statisticamente significativa: si è passati, infatti, dal 62,54 per 100.000 (valore medio italiano 63,86 per 100.000) del 2006 al 55,97 (per 100.000) del 2009 (valore medio italiano 61,69 per 100.000) anche se la variabilità elevata all'interno del periodo richiede un'osservazione temporale più lunga.

Performance del Ssr – Sul fronte delle performance emerge che la Valle d'Aosta ha un livello alto sia di efficienza, (si noti che la componente dell'efficienza considerata nel Rapporto si riferisce solo alla capacità delle amministrazioni regionali di mantenere i bilanci in pareggio), sia di efficacia, laddove per efficacia si intende il grado con cui i beni e servizi erogati dal SSR alla popolazione migliorano la salute dei cittadini. L'efficacia come dimensione della performance è, quindi, riferita a quei cambiamenti nello stato di salute delle persone che sono strettamente attribuibili all'attività del sistema sanitario.

È alto anche il livello di appropriatezza (parametro riferito alla valutazione degli atti medici in relazione ai costi, alle risorse disponibili ed ai risultati auspicabili) in Valle d'Aosta. Mentre è medio-basso il livello di soddisfazione e di accessibilità del sistema da parte dei cittadini residenti, ovvero rispettivamente il livello di gradimento o di scontento dei cittadini verso il sistema sanitario e la facilità con cui i servizi sanitari sono raggiungibili da chi ne ha bisogno (la facilità o difficoltà di accesso possono essere di tipo fisico, finanziario o psicologico. Con tale dimensione della performance si valuta quindi la capacità del sistema di organizzare adeguatamente l'offerta dei servizi, in base alla possibilità degli utenti di ottenere le cure nel luogo giusto ed al momento giusto). La Valle d'Aosta si dimostra comunque un'eccellenza in quanto riesce a coniugare conti in ordine ed alta efficacia. L'esito dell'indicatore composto attraverso cui è stato valutato il gradimento ha risentito certamente di uno degli indicatori di cui è costituito, relativo alla spesa privata sul totale della spesa sanitaria, che, in una Regione con reddito pro capite più elevato della media, può anche essere un proxy di una maggiore disponibilità economica che induce una libera scelta da parte del cittadino non necessariamente in contrasto al servizio pubblico per un giudizio negativo su di esso.

CONCLUSIONI

Una Regione di ridotte dimensioni, come la Valle d'Aosta, assume, nel confronto con dati statistici nazionali, caratteristiche peculiari, in parte attribuibili ai piccoli numeri



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

generati da una popolazione interamente montana di appena 126.000 abitanti, visibili nelle oscillazioni casuali da un anno all'altro spesso indipendenti dal fenomeno in studio.

I punti di forza registrati da questo Rapporto (riduzione della mortalità per tumore nelle donne, minore abitudine al fumo, maggiore pratica sportiva, ottimale organizzazione del punto nascita, minore degenza pre-operatoria, ottima gestione delle fratture del collo del femore) sono gli esiti di politiche di promozione della salute e di organizzazione di modello assistenziale che pone al centro la persona. La crisi economica, che ha prodotto i suoi effetti anche in questa piccola realtà, dove è più difficile, dati i piccoli numeri, assumere decisioni fondate su economie di scala e criteri di sola efficienza, sta producendo razionalizzazioni sempre più forti nei diversi segmenti dell'offerta organizzata per cercare di mantenere quanto più possibile invariati i livelli regionali di assistenza, garantendo protezione soprattutto alle fasce più deboli.

L'impegno, da sempre profuso per una politica regionale, non solo sanitaria ma integrata con dimensioni sociali, lavorative, abitative e di relazione è la caratteristica principale anche delle azioni del Piano Regionale per la Salute e il Benessere 2011-2013, fortemente incentrato sui bisogni della persona e della famiglia che si applica attraverso un modello organizzativo molto capillare sul territorio per contrastare i disagi nell'accessibilità ai servizi in un territorio di montagna.

Sotto il profilo epidemiologico permangono alcune criticità tipiche delle popolazioni di montagna. La programmazione sanitaria regionale intende proseguire sulla strada della riduzione del gap epidemiologico che caratterizza la salute di questa popolazione di montagna, ancora troppo penalizzata da abitudini dannose, come il consumo eccessivo di alcol, e dell'investimento sulle giovani generazioni, così pericolosamente attratte dai negativi modelli culturali prevalenti e dal consumo irresponsabile di alcol e altre sostanze a rischio di dipendenza.

Sotto il profilo organizzativo la regione proseguirà nella ricerca continua della qualità delle cure, ospedaliere e territoriali, secondo modelli di integrazione socio sanitaria e continuità assistenziale specie per le persone più fragili, come gli anziani, soprattutto se non autosufficienti e, in ambito clinico, attraverso l'applicazione di linee guida e l'applicazione di percorsi assistenziali per i quali è stata dimostrata l'efficacia.

Per ulteriori approfondimenti contattare

Patrizia Vittori

Responsabile dell'Osservatorio Regionale Epidemiologico e per le Politiche sociali (ORE PS)

Assessorato sanità, salute e politiche sociali

Regione Autonoma Valle d'Aosta

Via de Tillier, 30 - 11100 AOSTA - Italia

Telefono n. 0165/27.42.38 - Telefax n. 0165/27.43.00

E-mail p.vittori@regione.vda.it



osservatorio
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

COMUNICATO STAMPA

ROMA, 29 APRILE 2013

Lombardia: la Regione che consuma meno farmaci

La Lombardia è la Regione con il minor consumo di farmaci: infatti il consumo territoriale di farmaci a carico del SSN (espresso in termini di "DDD/1.000 ab die", cioè come numero medio di dosi di farmaco consumate giornalmente ogni 1.000 abitanti), nel 2011 è pari a 870 DDD/1.000 ab die, a fronte di un valore medio nazionale di 963. solo le PA di Trento e Bolzano hanno un consumo minore, ma trattasi di due realtà molto particolari e quindi non comparabili.

Sono alcuni dei dati che emergono dalla decima edizione del **Rapporto Osservasalute (2012)**, un'approfondita analisi dello stato di salute della popolazione e della qualità dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane presentata oggi all'Università Cattolica. Pubblicato dall'**Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane** che ha sede presso l'**Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma** e coordinato dal Professor **Walter Ricciardi**, direttore dell'Osservatorio e del Dipartimento di Sanità Pubblica del Policlinico Universitario "Agostino Gemelli", il Rapporto è frutto del lavoro di 184 esperti di sanità pubblica, clinici, demografi, epidemiologi, matematici, statistici e economisti distribuiti su tutto il territorio italiano, che operano presso Università e numerose istituzioni pubbliche nazionali, regionali e aziendali (Ministero della Salute, Istat, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale Tumori, Istituto Italiano di Medicina Sociale, Agenzia Italiana del Farmaco, Aziende Ospedaliere e Aziende Sanitarie, Osservatori Epidemiologici Regionali, Agenzie Regionali e Provinciali di Sanità Pubblica, Assessorati Regionali e Provinciali alla Salute).

In Lombardia si registra un **saldo medio annuo** nel biennio 2010-2011 pari a **8,3 per 1.000 residenti per anno (media nazionale di 4,2 per 1.000)**.

In Lombardia il tasso di **fecondità totale** (ovvero il numero medio di figli per donna) è pari a **1,48 figli per donna (1,3 figli per le italiane; 2,27 figli per le straniere)** contro un valore medio italiano, che comprende donne italiane e straniere, di 1,39 figli - dati 2011; in Lombardia l'età media delle donne al parto è pari a 31,5 anni (età media nazionale 31,4 anni).

Quest'anno il Rapporto osserva anche il livello di istruzione medio dei residenti in Regione, che ha un impatto indiretto sulla salute dei cittadini visto che a titoli di studio più elevati corrispondono in media condizioni socio-economiche migliori e una tendenza maggiore a sposare stili di vita salutari. In Lombardia la percentuale della



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

popolazione di età 25-64 anni con un titolo di studio (2011) di diploma di 4-5 anni è pari al 33,1% per i maschi (media italiana 34,0%), al 31,6% per le femmine, (media italiana 33,3%), in Lombardia ha conseguito la laurea il 14,6% degli uomini (media italiana 13,4%) ed il 17,4% delle donne (media italiana 16,4%).

ANZIANI

In Lombardia nel 2011 il 10,4% dei cittadini ha tra 65 e 74 anni (+0,2% dal 2005), a fronte di una media nazionale del 10,2%, mentre le persone con 75 anni ed oltre sono il 9,7% della popolazione regionale (+3,4% dal 2005), a fronte di una media nazionale del 10,1%.

Anziani che vivono soli - La percentuale di persone dai 65 anni in su che vive sola in Lombardia (dati 2010) è pari al 12,5% dei maschi in quella fascia d'età (valore medio italiano 15,1%), al 37,4% delle femmine (valore medio italiano 37,6%), per un totale del 27% delle persone in questa fascia d'età, contro una media nazionale di 28,1%.

La quota di persone anziane che vivono sole sul totale della popolazione della stessa fascia di età rappresenta un prezioso indicatore in sede di programmazione dei servizi territoriali di tipo socio-sanitario. Il motivo è che gli anziani che vivono soli sono maggiormente esposti al rischio di emarginazione sociale e, data l'età, all'insorgenza di patologie gravi e invalidanti che possono portare al confinamento e, comunque, alla necessità di assistenza socio-sanitaria anche nello svolgimento delle normali attività della vita quotidiana.

SPERANZA DI VITA

La speranza di vita alla nascita è per i maschi pari a 79,9 anni (media italiana 79,4). Per le femmine la speranza di vita alla nascita è pari a 84,7 anni (valore medio italiano 84,5).

MORTALITÀ

In Lombardia la **mortalità complessiva** (per tutte le cause) oltre il primo anno di vita è pari a 109,78 per 10.000 abitanti tra i maschi (2009), contro una media nazionale di 109,41 per 10.000, mentre è pari a 67,21 per 10.000 tra le donne (contro una media nazionale di 69,31 per 10.000).

Per quanto riguarda i tassi di **mortalità per alcune cause** (2009) la Lombardia presenta, nella classe di età 19-64 anni, una mortalità per tumori tra i maschi pari a 11,14 per 10.000 (vs un valore medio nazionale di 10,53 per 10.000) e una mortalità per malattie del sistema circolatorio di 4,93 per 10.000 (vs un valore medio nazionale di 5,54 per 10.000). Tra le femmine la mortalità per tumori è pari a 8,08 per 10.000, (vs un valore medio nazionale di 7,93 per 10.000) e la mortalità per malattie del sistema circolatorio di 1,65 per 10.000 (vs un valore medio nazionale di 1,84 per 10.000).

STILI DI VITA

Fumo - La Lombardia presenta una quota di non fumatori pari al 51,8% (anno 2011) della popolazione regionale di 14 anni ed oltre (media nazionale 52,7%). In Lombardia fuma il 23% della popolazione regionale di 14 anni ed oltre (valore medio nazionale 22,3%). La Lombardia ha una quota di ex-fumatori del 23,6% (23,4% valore italiano).

Consumo di alcol - La Lombardia fa registrare i seguenti valori: nel 2010 presenta una quota di non consumatori pari al 29%, contro un valore medio nazionale del 32,7%. I consumatori sono il 69,2% contro un valore medio nazionale del 65,7%.

La prevalenza di consumatori a rischio di 11-18 anni (ovvero quei giovani che praticano almeno uno dei comportamenti a rischio relativamente al consumo di alcol, come l'eccedenza quotidiana o il binge drinking) è pari al 16,8% dei maschi (valore medio italiano 15,2%), al 14,1% per le femmine (valore medio italiano 10,2%), per un totale del 15,5% dei giovani in questa fascia d'età (valore medio italiano 12,8%). La prevalenza di consumatori a rischio di 19-64 anni è pari al 21,6% dei maschi (valore medio italiano 21,5%) e al 5,9% delle femmine (valore medio italiano 5,4%). Il totale dei consumatori a rischio è il 13,9% degli individui in questa fascia d'età (valore medio italiano 13,4%).

DIETA, PESO E SPORT

Quanto alle **abitudini alimentari** in Lombardia il 6% della popolazione consuma in media le 5 o più porzioni di verdura, ortaggi e frutta al dì, contro una media nazionale del 4,9%.

Sovrappeso e obesità - La Lombardia presenta una percentuale di obesi pari all'8,3% dei cittadini (persone di 18 anni e oltre), contro il valore medio italiano di 10% e una percentuale di individui in sovrappeso pari al 34,4%; il valore medio nazionale è il 35,8%.

Per quanto riguarda la **pratica di sport** in Lombardia il 26,8% della popolazione dai 3 anni in su pratica sport in modo continuativo, contro un valore medio italiano di 21,9%; il 29,6% fa qualche attività fisica (valore medio nazionale 27,7%). In Lombardia coloro che non svolgono alcuno sport sono il 30,3% della popolazione contro una media nazionale 39,8%.

SALUTE MENTALE

In Lombardia si registra un consumo di antidepressivi pari a 33,37 dosi definite giornaliere per 1.000 abitanti nel 2011. A livello nazionale il consumo medio è di 36,10 DDD/1.000 ab die.

In Lombardia il tasso standardizzato di suicidio è pari a 7,05 per 100.000, a fronte di un valore medio nazionale di 7,23 per 100.000 fra i soggetti con 15 anni ed oltre.

SALUTE MATERNO INFANTILE

Organizzazione dei punti nascita – L’obiettivo da perseguire a livello regionale è avere un’alta percentuale di parti in punti nascita ciascuno dei quali gestisca annualmente un ampio numero di parti (questi sono i punti nascita in cui si registrano i migliori esiti dei parti perché più è ampio il bacino di utenza di ciascun punto nascita, maggiore è l’esperienza delle professionalità che si concentrano al suo interno).

Nel 2010 nella Regione si registra che il **3,36% dei parti è avvenuto in punti nascita con un volume di attività inferiore a 500 parti annui** (media nazionale del 7,37%); il 14,23% dei parti è avvenuto in punti nascita con un volume di attività compreso tra 500 e 799 parti annui (14,83% il valore medio nazionale). L’8,57% dei parti (contro il 9,62% italiano dei parti) in punti nascita con un volume di attività compreso tra 800 e 999 parti annui. Infine il 73,84% dei parti è avvenuto in punti nascita con un volume di attività superiore a 1.000 (68,19% il valore medio nazionale).

Per quanto riguarda la gestione dei parti con Taglio Cesareo (TC) la Lombardia presenta una quota del **29,16% di TC sul totale dei parti nel 2010, contro la media nazionale di 38,71%.**

SISTEMA SANITARIO REGIONALE

Passando all’analisi sulla “salute” del Sistema Sanitario Regionale emerge tra le performance economico-finanziarie che nel 2009 in Lombardia il **rapporto spesa/PIL è pari al 5,42%, anche quest’anno si conferma il minore in Italia** (valore medio italiano 7,22%).

La **spesa sanitaria pro capite** in Lombardia nel 2011 è pari a 2.867 euro, a fronte di una spesa media nazionale di 1.851 euro. Sempre nel 2011 la Lombardia ha un avanzo procapite di -2 euro (dato medio italiano 29 euro). La Regione presenta inoltre un disavanzo procapite cumulato pari a 11 euro dal 2002 (dato medio italiano 608 euro).

CONSUMO DI FARMACI

Per quanto riguarda il **consumo territoriale di farmaci** a carico del SSN (espresso in termini di “DDD/1.000 ab die”, cioè come numero medio di dosi di farmaco consumate giornalmente ogni 1.000 abitanti), nel 2011 la Lombardia presenta un consumo di 870 DDD/1.000 ab die, a fronte di un valore medio nazionale di 963.

Sempre nel 2011 la spesa pro capite per consumo di farmaci a carico del SSN in Lombardia è pari a 191,9 euro (la media nazionale di 204,3 euro), segnando un +2,6% dal 2001.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

In Lombardia il dato sull'utilizzo di **farmaci a brevetto scaduto** sul totale delle DDD prescritte è pari al 56% del totale dei consumi, contro una media nazionale del 55,7%. La spesa per questi farmaci è pari al 27,2% della spesa totale – percentuale minore in Italia (valore medio nazionale 32,2%).

ASSISTENZA OSPEDALIERA

Per quel che concerne la gestione dell'assistenza ospedaliera la Lombardia ha un **tasso standardizzato complessivo di dimissioni ospedaliere** (ovvero in regime ordinario e in Day Hospital) **di 158,5 per 1.000 nel 2010; il valore medio nazionale è pari a 172,4 per 1.000.**

Per il tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere in regime ordinario la Lombardia ha un valore pari a 124,6 per 1.000 (2010), contro un valore medio italiano pari a 122,2 per 1.000. Infine il tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere in regime di Day Hospital è pari a 33,9 per 1.000 – **valore minore in Italia, mentre la media nazionale è di 50,2 per 1.000.**

Nel 2010 la Lombardia presenta una **Degenza Media Preoperatoria** standardizzata pari a **1,73 giorni contro una media nazionale di 1,88**. Questo parametro è indice di efficienza organizzativa e di appropriato utilizzo dei servizi diagnostici e dei reparti di degenza chirurgici.

Gestione delle fratture del collo del femore - La frattura del collo del femore (evento frequente nella popolazione anziana) è un ottimo modo per valutare la qualità dell'assistenza ospedaliera in quanto, se non trattata a dovere, può causare il peggioramento della qualità di vita e/o di mortalità. Infatti, diversi studi hanno dimostrato che lunghe attese per l'intervento per questa frattura corrispondono a un aumento del rischio di mortalità e di disabilità del paziente, aumento delle complicanze legate all'intervento e minore efficacia della fase riabilitativa. Di conseguenza, molte delle Linee Guida più recenti raccomandano che il paziente con frattura del collo del femore venga operato entro 48 o addirittura 24 ore dall'ingresso in ospedale. In Lombardia il **41,4% (dato 2010) dei pazienti che hanno riportato tale frattura è operato entro 2 giorni (valore medio italiano di 35,1%).**

Mortalità evitabile – Si tratta di un altro indicatore di performance del SSR. Il concetto di mortalità evitabile per cause riconducibili ai servizi sanitari o *Amenable Mortality* (AM) è potenziale strumento per la valutazione della qualità e dell'efficacia dei sistemi sanitari e per monitorarne i cambiamenti nel tempo. La "mortalità riconducibile alle cure sanitarie" è definita come "decessi considerati prematuri, che non si verificherebbero in condizioni di cure efficaci e tempestive" o come "morti attribuibili" a condizioni per cui esistono interventi diagnostico-terapeutici e di prevenzione secondaria efficaci, che potrebbero prevenire le "morti premature". Nel periodo considerato nel Rapporto, tra 2006 e 2009, si è assistito a una riduzione del tasso di mortalità riconducibile ai servizi sanitari: si è passati, difatti, dal 60,07 per



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

100.000 (valore medio italiano 63,86 per 100.000) del 2006 al 56,72 (per 100.000) del 2009 (valore medio italiano 61,69 per 100.000).

Performance del Ssr – Sul fronte delle performance emerge che la Lombardia ha un livello **medio-alto di efficienza**, (si noti che la componente dell'efficienza considerata nel Rapporto si riferisce solo alla capacità delle amministrazioni regionali di mantenere i bilanci in pareggio) e un livello **medio-basso di efficacia**, laddove per efficacia si intende il grado con cui i beni e servizi erogati dal SSR alla popolazione portano miglioramento della salute dei cittadini. L'efficacia come dimensione della performance è, quindi, riferita a quei cambiamenti nello stato di salute delle persone che sono strettamente attribuibili all'attività del sistema sanitario.

Per l'appropriatezza (parametro riferito alla valutazione degli atti medici in relazione ai costi, alle risorse disponibili ed ai risultati auspicabili) la Lombardia ha un livello **medio-alto**. Infine è **medio-alto** in Regione il livello di soddisfazione ed accessibilità del sistema da parte dei cittadini residenti, ovvero rispettivamente il livello di gradimento o di scontento dei cittadini verso il sistema sanitario e la facilità con cui i servizi sanitari sono raggiungibili da chi ne ha bisogno (la facilità o difficoltà di accesso possono essere di tipo fisico, finanziario o psicologico. Con tale dimensione della performance si valuta quindi la capacità del sistema di organizzare adeguatamente l'offerta dei servizi, in base alla possibilità degli utenti di ottenere le cure nel luogo giusto ed al momento giusto).

CONCLUSIONI

Il Rapporto Osservasalute 2012 introduce un elemento innovativo di sicuro interesse rappresentato dalla valutazione comparativa delle performance ottenuta sulla base di indicatori selezionati di efficacia, efficienza, appropriatezza, soddisfazione ed accessibilità del sistema. Questa analisi consente una verifica comparativa del livello di qualità del sistema sanitario lombardo rispetto agli altri sistemi sanitari regionali. Pur non raggiungendo l'eccellenza rispetto ad alcun criterio considerato, il posizionamento è costantemente nella categoria "medio-alto", eccezion fatta per quanto si riferisce alla efficacia, dove il posizionamento è nella categoria "medio-bassa". A fronte di tale risultato va comunque sottolineato come, in termini di "amenable mortality", nella Regione Lombardia si registrano valori del tasso standardizzato inferiori alla media nazionale e anche ai valori dei *best performers* e un andamento in diminuzione statisticamente significativo nel triennio considerato. Evidentemente altri elementi incidono sul risultato complessivo a cominciare dalla speranza di vita alla nascita che si conferma attestata su valori di poco superiori alla media nazionale, senza differenza di genere. Sul fronte della efficienza e della appropriatezza il Servizio sanitario regionale conferma le sue caratteristiche, si veda ad esempio il grado di incidenza della spesa sanitaria/PIL, come pure le rilevazioni relative alle caratteristiche dell'assistenza ospedaliera. Per questo livello di intervento si osserva una evidente riduzione del tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere, un valore inferiore alla media della degenza preoperatoria, una gestione appropriata di una patologia indice come le fratture di femore e, per quanto si riferisce al percorso nascita, un basso utilizzo di punti nascita con volume di attività inferiore a 500 parti/anno e un netto sottodimensionamento del ricorso al cesareo rispetto alla media nazionale. Alcune considerazioni vanno svolte invece sul livello assistenziale territoriale, ove il servizio sanitario non eccelle in termini di adeguato livello di presa in carico delle patologie croniche, in particolare del diabete mellito. Secondo l'indicatore utilizzato si registra



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



**UNIVERSITÀ
CATTOLICA**
del Sacro Cuore

un posizionamento della Regione ancora non soddisfacente, sebbene in miglioramento. Il fronte rappresentato dagli stili di vita continua ad evidenziare luci ed ombre. Tra le possibili luci si conferma lo scarto di oltre nove punti percentuali rispetto al valore medio nazionale di chi non pratica attività fisica, dato che tuttavia risulta ancora migliorabile. Tra le ombre il livello di adesione alla pratica vaccinale antiinfluenzale che colloca la Regione Lombardia tra le meno virtuose con una percentuale che negli ultrasessantacinquenni è inferiore di ben otto punti percentuali rispetto alla media nazionale e di quasi venti punti nei confronti della Regione che fa registrate il risultato migliore. Altro fattore critico degno di rilievo è rappresentato dalle attitudini verso il consumo a rischio di bevande alcoliche nella fascia 11-18 anni con particolare riferimento al sesso femminile: più di un adolescente su sei in media aderisce a tale modello di comportamento mentre il distacco per il sesso femminile è di circa quattro punti percentuali rispetto al valore medio nazionale. Questi indicatori insieme a quelli riferiti alla salute dei migranti continuano a rappresentare segnali meritevoli di attenzione e di monitoraggio ai fini della realizzazione degli obiettivi previsti nell'ambito della programmazione sanitaria regionale. In quest'ottica il Rapporto Osservasalute, a dieci anni di distanza dalla sua prima edizione, continua a rivelarsi un prezioso strumento di analisi e di confronto.

Per ulteriori approfondimenti contattare

Francesco Auxilia; Professore Ordinario di Igiene Università degli Studi di Milano
Tel 0250315114 (con casella vocale); 0255038347; 3383131896
francesco.auxilia@unimi.it



osservatorio
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

COMUNICATO STAMPA

ROMA, 29 APRILE 2013

PA di Bolzano: il primato dei più longevi

Ma la provincia autonoma ha la quota maggiore di consumatori di alcolici

Nella provincia autonoma (PA) di Bolzano vivono le persone più longeve: infatti, la speranza di vita alla nascita è per i maschi pari a 80,5 anni – la maggiore in Italia (medie italiane 79,4). Per le femmine è pari a 85,8 anni – la maggiore in Italia (valori medi italiani 84,5).

In negativo, invece, si segnala che la PA di Bolzano presenta il maggior numero di consumatori di alcolici: presenta, infatti, una quota di non consumatori pari al 24,5% - percentuale minore in Italia, a fronte di un valore medio nazionale del 32,7%. I consumatori sono il 73,1% - percentuale maggiore in Italia, a fronte di un valore medio nazionale del 65,7%.

Sono alcuni dei dati che emergono dalla decima edizione del **Rapporto Osservasalute (2012)**, un'approfondita analisi dello stato di salute della popolazione e della qualità dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane presentata oggi all'Università Cattolica. Pubblicato dall'**Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane** che ha sede presso l'**Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma** e coordinato dal Professor **Walter Ricciardi**, direttore dell'Osservatorio e del Dipartimento di Sanità Pubblica del Policlinico Universitario "Agostino Gemelli", il Rapporto è frutto del lavoro di 184 esperti di sanità pubblica, clinici, demografi, epidemiologi, matematici, statistici e economisti distribuiti su tutto il territorio italiano, che operano presso Università e numerose istituzioni pubbliche nazionali, regionali e aziendali (Ministero della Salute, Istat, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale Tumori, Istituto Italiano di Medicina Sociale, Agenzia Italiana del Farmaco, Aziende Ospedaliere e Aziende Sanitarie, Osservatori Epidemiologici Regionali, Agenzie Regionali e Provinciali di Sanità Pubblica, Assessorati Regionali e Provinciali alla Salute).

Nella PA di Bolzano si registra un **saldo medio annuo** nel biennio 2010-2011 pari a 8,6 per 1.000 residenti per anno (media nazionale di 4,2 per 1.000). La PA di Bolzano presenta un tasso di **fecondità totale** (ovvero il numero medio di figli per donna) pari a 1,6 figli per donna – il maggiore in Italia (1,51 figli per le



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

italiane- il maggiore in Italia; 2,31 figli per le straniere- il maggiore in Italia) contro un valore medio italiano, che comprende donne italiane e straniere, di 1,39 figli – dati 2011. Nella PA di Bolzano l'età media delle donne al parto è pari a 31,3 anni (età media nazionale 31,4 anni).

Quest'anno il Rapporto osserva anche il livello di istruzione medio dei residenti, che ha un impatto indiretto sulla salute dei cittadini visto che a titoli di studio più elevati corrispondono in media condizioni socio-economiche migliori e una tendenza maggiore a sposare stili di vita salutari. Nella PA di Bolzano la percentuale della popolazione di età 25-64 anni con un titolo di studio (2011) di diploma di 4-5 anni è pari al 22,3% per i maschi – percentuale minore in Italia (media italiana 34,0%), al 25,5% per le femmine – percentuale minore in Italia (media italiana 33,3%), nella PA di Bolzano ha conseguito la laurea il 12,6% degli uomini (media italiana 13,4%) ed il 12,9% delle donne (media italiana 16,4%).

ANZIANI

Nella PA di Bolzano nel 2011 il 9,4% dei cittadini ha tra 65 e 74 anni (+2,2% dal 2005- l'incremento maggiore in Italia), a fronte di una media nazionale del 10,2%, mentre le persone con 75 anni ed oltre sono l'8,5% della popolazione regionale (+3,4% dal 2005), a fronte di una media nazionale del 10,1%.

Anziani che vivono soli - La percentuale di persone dai 65 anni in su che vive sola nella PA di Bolzano (dati 2010) è pari al 16,7% dei maschi in quella fascia d'età (valore medio italiano 15,1%), al 38,3% delle femmine (valore medio italiano 37,6%), per un totale del 29% delle persone in questa fascia d'età, contro una media nazionale di 28,1%.

La quota di persone anziane che vivono sole sul totale della popolazione della stessa fascia di età rappresenta un prezioso indicatore in sede di programmazione dei servizi territoriali di tipo socio-sanitario. Il motivo è che gli anziani che vivono soli sono maggiormente esposti al rischio di emarginazione sociale e, data l'età, all'insorgenza di patologie gravi e invalidanti che possono portare al confinamento e, comunque, alla necessità di assistenza socio-sanitaria anche nello svolgimento delle normali attività della vita quotidiana.

SPERANZA DI VITA

Nella PA di Bolzano la speranza di vita alla nascita è per i maschi pari a 80,5 anni – la maggiore in Italia (media italiana 79,4 anni). Per le femmine la speranza di vita alla nascita è pari a 85,8 anni – la maggiore in Italia (valore medio italiano 84,5).

MORTALITÀ

Nella PA di Bolzano la **mortalità complessiva** (per tutte le cause) oltre il primo anno di vita è pari a 98,94 per 10.000 abitanti tra i maschi – tasso minore in Italia (2009),



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

contro una media nazionale di 109,41 per 10.000, mentre è pari a 61,78 per 10.000 tra le donne (contro una media nazionale di 69,31 per 10.000).

Per quanto riguarda i tassi di **mortalità per alcune cause** (2009) la PA di Bolzano presenta, nella classe di età 19-64 anni, una mortalità per tumori tra i maschi pari a 8,85 per 10.000 – tasso minore in Italia (vs un valore medio nazionale di 10,53 per 10.000) e una mortalità per malattie del sistema circolatorio di 4,92 per 10.000 (vs un valore medio nazionale di 5,54 per 10.000). Tra le femmine la mortalità per tumori è pari a 7,36 per 10.000 (vs un valore medio nazionale di 7,93 per 10.000) e, la mortalità per malattie del sistema circolatorio di 1,48 per 10.000 (vs un valore medio nazionale di 1,84 per 10.000).

STILI DI VITA

Fumo - La PA di Bolzano presenta una quota di non fumatori pari al 54,5% (anno 2011) della popolazione regionale di 14 anni ed oltre (media nazionale 52,7%). Nella PA di Bolzano fuma il 19,2% della popolazione regionale di 14 anni ed oltre (valore medio nazionale 22,3%). La PA di Bolzano ha una quota di ex-fumatori del 23,2% (23,4% valore italiano).

Consumo di alcol – La PA di Bolzano fa registrare i seguenti valori: nel 2010 presenta una quota di non consumatori pari al 24,5% - percentuale minore in Italia, a fronte di un valore medio nazionale del 32,7%. I consumatori sono il 73,1% - percentuale maggiore in Italia, a fronte di un valore medio nazionale del 65,7%. Infatti la prevalenza di consumatori a rischio di 11-18 anni (ovvero quei giovani che praticano almeno uno dei comportamenti a rischio relativamente al consumo di alcol, come l'eccedenza quotidiana o il binge drinking) è pari al 20,9% dei maschi (valore medio italiano 15,2%); il 23,6% delle femmine - percentuale maggiore in Italia (valore medio italiano 10,2%), per un totale del 22,2% dei giovani in questa fascia d'età (valore medio italiano 12,8%). La prevalenza di consumatori a rischio di 19-64 anni è pari al 37% dei maschi (valore medio italiano 21,5%) e al 13,4% delle femmine - percentuale maggiore in Italia (valore medio italiano 5,4%). Il totale dei consumatori a rischio è 25,4% degli individui in questa fascia d'età - percentuale maggiore in Italia (valore medio italiano 13,4%).

DIETA, PESO E SPORT

Quanto alle **abitudini alimentari** nella PA di Bolzano il 4,4% della popolazione consuma in media le 5 o più porzioni di verdura, ortaggi e frutta al dì, a fronte di una media nazionale del 4,9%.

Obesità e sovrappeso - La PA di Bolzano presenta una percentuale di obesi pari all'8,9% dei cittadini (persone di 18 anni e oltre), a fronte di un valore medio italiano del 10% e una percentuale di individui in sovrappeso pari al 32,9%; il valore medio nazionale è il 35,8%.

Per quanto riguarda la **pratica di sport** nella PA di Bolzano il 37,9% della popolazione dai 3 anni in pratica sport in modo continuativo - percentuale maggiore in Italia,



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

contro un valore medio italiano di 21,9%; il 27,9% fa qualche attività fisica (valore medio nazionale 27,7%). Nella PA di Bolzano coloro che non svolgono alcuno sport sono il 15,1% della popolazione, a fronte di una media nazionale 39,8%.

SALUTE MENTALE

Nella PA di Bolzano si registra un consumo di antidepressivi pari a 44,02 dosi definite giornaliere per 1.000 abitanti nel 2011. A livello nazionale il consumo medio è di 36,10 DDD/1.000 ab die.

Nella PA di Bolzano il tasso standardizzato di suicidio è pari al 12 per 100.000 – percentuale maggiore in Italia, a fronte di un valore medio nazionale di 7,23 per 100.000 fra i soggetti con 15 anni ed oltre.

SALUTE MATERNO INFANTILE

Organizzazione dei punti nascita – L'obiettivo da perseguire a livello regionale è avere un'alta percentuale di parti in punti nascita ciascuno dei quali gestisca annualmente un ampio numero di parti (questi sono i punti nascita in cui si registrano i migliori esiti dei parti perché più è ampio il bacino di utenza di ciascun punto nascita, maggiore è l'esperienza delle professionalità che si concentrano al suo interno).

Nel 2010 nella Regione il 15,35% dei parti è avvenuto in punti nascita con un volume di attività inferiore a 500 parti annui, contro una media nazionale del 7,37%; il 33,22% dei parti è avvenuto in punti nascita con un volume di attività compreso tra 500 e 799 parti annui (14,83% il valore medio nazionale) e nessun parto (contro il 9,62% italiano dei parti) è avvenuto in punti nascita con un volume di attività compreso tra 800 e 999 parti annui. Infine il 51,43% dei parti è avvenuto in punti nascita con un volume di attività superiore a 1.000 (68,19% il valore medio nazionale).

Gestione dei parti con Taglio Cesareo (TC): la PA di Bolzano presenta una quota di TC pari al 25,36% sul totale dei parti nel 2010, contro la media nazionale di 38,71%.

SISTEMA SANITARIO REGIONALE

Passando all'analisi sulla "salute" del Sistema Sanitario Regionale emerge tra le performance economico-finanziarie che nel 2009 nella PA di Bolzano il **rapporto spesa/PIL** è pari al 6,09% (valore medio italiano 7,22%).

La **spesa sanitaria pro capite** nella PA di Bolzano nel 2011 è pari a 2.256 euro - spesa maggiore in Italia, a fronte di una spesa media nazionale di 1.851 euro. Sempre nel 2011 la PA di Bolzano ha un avanzo procapite di 9 euro (dato medio italiano 29



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

euro). La PA di Bolzano presenta inoltre un avanzo procapite cumulato pari a 133 euro dal 2002 (dato medio italiano 608 euro).

CONSUMO DI FARMACI

Per quanto riguarda il **consumo territoriale di farmaci** a carico del SSN (espresso in termini di "DDD/1.000 ab die", cioè come numero medio di dosi di farmaco consumate giornalmente ogni 1.000 abitanti), nel 2011 la PA di Bolzano presenta un consumo di 729 DDD/1.000 ab die - il minore in Italia, a fronte di un valore medio nazionale di 963.

Sempre nel 2011 la **spesa pro capite per consumo di farmaci** a carico del SSN nella PA di Bolzano è pari a 149 euro - la minore in Italia (la media nazionale di 204,3 euro).

Nella PA di Bolzano il dato sull'utilizzo di **farmaci a brevetto scaduto** sul totale delle DDD prescritte è pari al 54,5% del totale dei consumi (dati aggregati con la PA di Trento), contro una media nazionale del 55,7%. La spesa per questi farmaci è pari al 31,2% (dati aggregati con la PA di Trento) della spesa totale (valore medio nazionale 32,2%).

ASSISTENZA OSPEDALIERA

Gestione dell'assistenza ospedaliera: la PA di Bolzano presenta un **tasso standardizzato complessivo di dimissioni ospedaliere** (ovvero in regime ordinario e in Day Hospital) di 183,6 per 1.000 nel 2010; il valore medio nazionale è pari a 172,4 per 1.000.

Per il tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere in regime ordinario la PA di Bolzano ha un valore pari a 136,2 per 1.000 (2010), a fronte di un valore medio italiano pari a 122,2 per 1.000. Infine il tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere in regime di Day Hospital è pari a 47,4 per 1.000, mentre la media nazionale è di 50,2 per 1.000.

Nel 2010 la PA di Bolzano presenta una **Degenza Media Preoperatoria** standardizzata pari a 1,57 giorni, a fronte di una media nazionale di 1,88. Questo parametro è indice di efficienza organizzativa e di appropriato utilizzo dei servizi diagnostici e dei reparti di degenza chirurgici.

Gestione delle fratture del collo del femore - La frattura del collo del femore (evento frequente nella popolazione anziana) è un ottimo modo per valutare la qualità dell'assistenza ospedaliera in quanto, se non trattata a dovere, può causare il peggioramento della qualità di vita e/o di mortalità. Infatti, diversi studi hanno dimostrato che lunghe attese per l'intervento per questa frattura corrispondono a un



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

aumento del rischio di mortalità e di disabilità del paziente, aumento delle complicanze legate all'intervento e minore efficacia della fase riabilitativa. Di conseguenza, molte delle Linee Guida più recenti raccomandano che il paziente con frattura del collo del femore venga operato entro 48 o addirittura 24 ore dall'ingresso in ospedale. Nella PA di Bolzano ben l'86,6% - la percentuale maggiore in Italia (dato 2010) dei pazienti che hanno riportato tale frattura è operato entro 2 giorni (valore medio italiano di 35,1%).

Mortalità evitabile – Si tratta di un altro indicatore di performance del SSR. Il concetto di mortalità evitabile per cause riconducibili ai servizi sanitari o *Amenable Mortality* (AM) è potenziale strumento per la valutazione della qualità e dell'efficacia dei sistemi sanitari e per monitorarne i cambiamenti nel tempo. La "mortalità riconducibile alle cure sanitarie" è definita come "decessi considerati prematuri, che non si verificherebbero in condizioni di cure efficaci e tempestive" o come "morti attribuibili" a condizioni per cui esistono interventi diagnostico-terapeutici e di prevenzione secondaria efficaci, che potrebbero prevenire le "morti premature". Nel periodo considerato nel Rapporto, tra 2006 e 2009, si è assistito ad un aumento del tasso di mortalità riconducibile ai servizi sanitari (in quasi tutte le Regioni d'Italia si ha una riduzione del dato): si è passati, difatti, dal 55,82 per 100.000 (valore medio italiano 63,86 per 100.000) del 2006 al 57,28 (per 100.000) del 2009 (valore medio italiano 61,69 per 100.000).

Performance del Ssr – Sul fronte delle performance emerge che la PA di Bolzano ha un livello alto di efficienza, (si noti che la componente dell'efficienza considerata nel Rapporto si riferisce solo alla capacità delle amministrazioni regionali di mantenere i bilanci in pareggio), basso di efficacia, laddove per efficacia si intende il grado con cui i beni e servizi erogati dal SSR alla popolazione portano migliorano la salute dei cittadini. L'efficacia come dimensione della performance è, quindi, riferita a quei cambiamenti nello stato di salute delle persone che sono strettamente attribuibili all'attività del sistema sanitario.

È medio-alto anche il livello di appropriatezza (parametro riferito alla valutazione degli atti medici in relazione ai costi, alle risorse disponibili ed ai risultati auspicabili) nella PA di Bolzano. Alto il livello di soddisfazione ed accessibilità del sistema da parte dei cittadini residenti, ovvero rispettivamente il livello di gradimento o di scontento dei cittadini verso il sistema sanitario e la facilità con cui i servizi sanitari sono raggiungibili da chi ne ha bisogno (la facilità o difficoltà di accesso possono essere di tipo fisico, finanziario o psicologico. Con tale dimensione della performance si valuta quindi la capacità del sistema di organizzare adeguatamente l'offerta dei servizi, in base alla possibilità degli utenti di ottenere le cure nel luogo giusto ed al momento giusto).

Per ulteriori approfondimenti contattare

Dott.ssa Carla Melani
Responsabile Osservatorio Epidemiologico
Tel. 0471-418040; e-mail: carla.melani@provincia.bz.it



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

COMUNICATO STAMPA

ROMA, 29 APRILE 2013

PA di Trento: dove vivono gli italiani meno sedentari

Ma è dove è aumentata di più la spesa sanitaria pro capite

Nella provincia autonoma (PA) di Trento vivono le persone meno sedentarie in Italia, infatti la PA vanta la più bassa percentuale di persone che non praticano alcuno sport: il 13,5% della popolazione dai 3 anni in su.

In negativo, invece, si segnala che la PA di Trento ha registrato il maggior aumento di spesa sanitaria procapite sia dal 2010 (+6,25% a fronte di un aumento medio italiano del +1,09%), sia dal 2005 (+28,96% a fronte di un aumento medio italiano del +12,59%).

Sono alcuni dei dati che emergono dalla decima edizione del **Rapporto Osservasalute (2012)**, un'approfondita analisi dello stato di salute della popolazione e della qualità dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane presentata oggi all'Università Cattolica. Pubblicato dall'**Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane** che ha sede presso l'**Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma** e coordinato dal Professor **Walter Ricciardi**, direttore dell'Osservatorio e del Dipartimento di Sanità Pubblica del Policlinico Universitario "Agostino Gemelli", il Rapporto è frutto del lavoro di 184 esperti di sanità pubblica, clinici, demografi, epidemiologi, matematici, statistici e economisti distribuiti su tutto il territorio italiano, che operano presso Università e numerose istituzioni pubbliche nazionali, regionali e aziendali (Ministero della Salute, Istat, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale Tumori, Istituto Italiano di Medicina Sociale, Agenzia Italiana del Farmaco, Aziende Ospedaliere e Aziende Sanitarie, Osservatori Epidemiologici Regionali, Agenzie Regionali e Provinciali di Sanità Pubblica, Assessorati Regionali e Provinciali alla Salute).

Nella PA di Trento si registra un **saldo medio annuo** nel biennio 2010-2011 pari a 8,9 per 1.000 residenti per anno – come lo scorso anno il maggiore in Italia (media nazionale di 4,2 per 1.000).

La PA di Trento presenta un tasso di **fecondità totale** (ovvero il numero medio di figli per donna) pari a 1,59 figli per donna (1,47 figli per le italiane; 2,21 figli per le straniere) contro un valore medio italiano, che comprende donne italiane e straniere, di 1,39 figli – dati 2011. Nella PA di Trento l'età media delle donne al parto è pari a 31,5 anni (età media nazionale 31,4 anni).



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

Quest'anno il Rapporto osserva anche il livello di istruzione medio dei residenti, che ha un impatto indiretto sulla salute dei cittadini visto che a titoli di studio più elevati corrispondono in media condizioni socio-economiche migliori e una tendenza maggiore a sposare stili di vita salutari. Nella PA di Trento la percentuale della popolazione di età 25-64 anni con un titolo di studio (2011) di diploma di 4-5 anni è pari al 29,7% per i maschi (media italiana 34,0%), al 31,9% per le femmine, (media italiana 33,3%), nella PA di Trento ha conseguito la laurea il 15,6% degli uomini (media italiana 13,4%) ed il 17,5% delle donne (media italiana 16,4%).

ANZIANI

Nella PA di Trento nel 2011 il 9,6% dei cittadini ha tra 65 e 74 anni (+1,5% dal 2005), a fronte di una media nazionale del 10,2%, mentre le persone con 75 anni ed oltre sono il 9,7% della popolazione regionale (+1,9% dal 2005), a fronte di una media nazionale del 10,1%.

Anziani che vivono soli - La percentuale di persone dai 65 anni in su che vive sola nella PA di Trento (dati 2010) è pari al 14,1% dei maschi in quella fascia d'età (valore medio italiano 15,1%), al 41% delle femmine (valore medio italiano 37,6%), per un totale del 29,8% delle persone in questa fascia d'età, contro una media nazionale di 28,1%.

La quota di persone anziane che vivono sole sul totale della popolazione della stessa fascia di età rappresenta un prezioso indicatore in sede di programmazione dei servizi territoriali di tipo socio-sanitario. Il motivo è che gli anziani che vivono soli sono maggiormente esposti al rischio di emarginazione sociale e, data l'età, all'insorgenza di patologie gravi e invalidanti che possono portare al confinamento e, comunque, alla necessità di assistenza socio-sanitaria anche nello svolgimento delle normali attività della vita quotidiana.

SPERANZA DI VITA

Nella PA di Trento la speranza di vita alla nascita è per i maschi pari a 80 anni (media italiana 79,4). Per le femmine la speranza di vita alla nascita è pari a 85,5 anni (valore medio italiano 84,5).

MORTALITÀ

Nella PA di Trento la **mortalità complessiva** (per tutte le cause) oltre il primo anno di vita è pari a 107,32 per 10.000 abitanti tra i maschi (2009), contro una media nazionale di 109,41 per 10.000, mentre è pari a 60,72 per 10.000 tra le donne - tasso minore in Italia (contro una media nazionale di 69,31 per 10.000).

Per quanto riguarda i tassi di **mortalità per alcune cause** (2009) la PA di Trento presenta, nella classe di età 19-64 anni, una mortalità per tumori tra i maschi pari a 9,49 per 10.000 (vs un valore medio nazionale di 10,53 per 10.000) e una mortalità



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

per malattie del sistema circolatorio di 5,3 per 10.000 (vs un valore medio nazionale di 5,54 per 10.000). Tra le femmine la mortalità per tumori è pari a 7,64 per 10.000, (vs un valore medio nazionale di 7,93 per 10.000) e la mortalità per malattie del sistema circolatorio di 1,64 per 10.000 (vs un valore medio nazionale di 1,84 per 10.000).

STILI DI VITA

Fumo - La PA di Trento presenta una quota di non fumatori pari al 55% (anno 2011) della popolazione regionale di 14 anni ed oltre (media nazionale 52,7%). Nella PA di Trento fuma il 17,8% della popolazione regionale di 14 anni ed oltre (valore medio nazionale 22,3%). La PA di Trento ha una quota di ex-fumatori del 23,8% (23,4% valore italiano).

Consumo di alcol - La PA di Trento fa registrare i seguenti valori: nel 2010 presenta una quota di non consumatori pari al 32,9% a fronte di un valore medio nazionale del 32,7%. I consumatori sono il 66%, a fronte di un valore medio nazionale del 65,7%. Infatti la prevalenza di consumatori a rischio di 11-18 anni (ovvero quei giovani che praticano almeno uno dei comportamenti a rischio relativamente al consumo di alcol, come l'eccedenza quotidiana o il binge drinking) è pari all'8% dei maschi - percentuale minore in Italia (valore medio italiano 15,2%). La prevalenza di consumatori a rischio di 19-64 anni è pari al 35,3% dei maschi (valore medio italiano 21,5%) e all'8,7% delle femmine (valore medio italiano 5,4%). Il totale dei consumatori a rischio è 22,3% degli individui in questa fascia d'età (valore medio italiano 13,4%).

DIETA, PESO E SPORT

Quanto alle **abitudini alimentari** nella PA di Trento il 6% della popolazione consuma in media le 5 o più porzioni di verdura, ortaggi e frutta al dì, a fronte di una media nazionale del 4,9%.

Obesità e sovrappeso - La PA di Trento presenta una percentuale di obesi pari al 6,4% dei cittadini - percentuale minore in Italia, come lo scorso anno (persone di 18 anni e oltre), a fronte di un valore medio italiano del 10% e una percentuale di individui in sovrappeso pari al 33,4%; il valore medio nazionale è il 35,8%.

Per quanto riguarda la **pratica di sport** nella PA di Trento il 28,7% della popolazione dai 3 anni in su pratica sport in modo continuativo, contro un valore medio italiano di 21,9%; il 40% fa qualche attività fisica (valore medio nazionale 27,7%). Nella PA di Trento coloro che non svolgono alcuno sport sono il 13,5% della popolazione - percentuale minore in Italia, a fronte di una media nazionale 39,8%.

SALUTE MENTALE



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

Nella PA di Trento si registra un consumo di antidepressivi pari a 33,62 dosi definite giornaliere per 1.000 abitanti nel 2011. A livello nazionale il consumo medio è di 36,10 DDD/1.000 ab die.

Nella PA di Trento il tasso standardizzato di suicidio è pari al 8,4 per 100.000, a fronte di un valore medio nazionale di 7,23 per 100.000 fra i soggetti con 15 anni ed oltre.

SALUTE MATERNO INFANTILE

Organizzazione dei punti nascita – L'obiettivo da perseguire a livello regionale è avere un'alta percentuale di parti in punti nascita ciascuno dei quali gestisca annualmente un ampio numero di parti (questi sono i punti nascita in cui si registrano i migliori esiti dei parti perché più è ampio il bacino di utenza di ciascun punto nascita, maggiore è l'esperienza delle professionalità che si concentrano al suo interno).

Nel 2010 nella Regione il 19,18% dei parti è avvenuto in punti nascita con un volume di attività inferiore a 500 parti annui, contro una media nazionale del 7,37%; il 25,24% dei parti è avvenuto in punti nascita con un volume di attività compreso tra 500 e 799 parti annui (14,83% il valore medio nazionale) e nessun parto (contro il 9,62% italiano dei parti) è avvenuto in punti nascita con un volume di attività compreso tra 800 e 999 parti annui. Infine il 55,58% dei parti è avvenuto in punti nascita con un volume di attività superiore a 1.000 (68,19% il valore medio nazionale).

Gestione dei parti con Taglio Cesareo (TC): la PA di Trento presenta una quota di TC pari al 27,62% sul totale dei parti nel 2010, contro la media nazionale di 38,71%.

SISTEMA SANITARIO REGIONALE

Passando all'analisi sulla "salute" del Sistema Sanitario Regionale emerge tra le performance economico-finanziarie che nel 2009 nella PA di Trento il **rapporto spesa/PIL** è pari al 6,17% (valore medio italiano 7,22%).

La **spesa sanitaria pro capite** nella PA di Trento nel 2011 è pari a 2.209 euro, a fronte di una spesa media nazionale di 1.851 euro. Sempre nel 2011 la PA di Trento ha un avanzo procapite di 5 euro (dato medio italiano 29 euro). La PA di Trento presenta inoltre un disavanzo procapite cumulato pari a 139 euro dal 2002 (dato medio italiano 608 euro).

CONSUMO DI FARMACI

Per quanto riguarda il **consumo territoriale di farmaci** a carico del SSN (espresso in termini di "DDD/1.000 ab die", cioè come numero medio di dosi di farmaco consumate



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

giornalmente ogni 1.000 abitanti), nel 2011 la PA di Trento presenta un consumo di 837 DDD/1.000 ab die, a fronte di un valore medio nazionale di 963.

Sempre nel 2011 la **spesa pro capite per consumo di farmaci** a carico del SSN nella PA di Trento è pari a 162,2 euro (la media nazionale di 204,3 euro).

Nella PA di Trento il dato sull'utilizzo di **farmaci a brevetto scaduto** sul totale delle DDD prescritte è pari al 54,5% del totale dei consumi (dati aggregati con la PA di Bolzano), contro una media nazionale del 55,7%. La spesa per questi farmaci è pari al 31,2% (dati aggregati con la PA di Bolzano) della spesa totale (valore medio nazionale 32,2%).

ASSISTENZA OSPEDALIERA

Gestione dell'assistenza ospedaliera: la PA di Trento presenta un **tasso standardizzato complessivo di dimissioni ospedaliere** (ovvero in regime ordinario e in Day Hospital) di 176,5 per 1.000 nel 2010; il valore medio nazionale è pari a 172,4 per 1.000.

Per il tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere in regime ordinario la PA di Trento ha un valore pari a 115,5 per 1.000 (2010), a fronte di un valore medio italiano pari a 122,2 per 1.000. Infine il tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere in regime di Day Hospital è pari a 60,9 per 1.000, mentre la media nazionale è di 50,2 per 1.000.

Nel 2010 la PA di Trento presenta una **Degenza Media Preoperatoria** standardizzata pari a 1,76 giorni, a fronte di una media nazionale di 1,88. Questo parametro è indice di efficienza organizzativa e di appropriato utilizzo dei servizi diagnostici e dei reparti di degenza chirurgici.

Gestione delle fratture del collo del femore - La frattura del collo del femore (evento frequente nella popolazione anziana) è un ottimo modo per valutare la qualità dell'assistenza ospedaliera in quanto, se non trattata a dovere, può causare il peggioramento della qualità di vita e/o di mortalità. Infatti, diversi studi hanno dimostrato che lunghe attese per l'intervento per questa frattura corrispondono a un aumento del rischio di mortalità e di disabilità del paziente, aumento delle complicanze legate all'intervento e minore efficacia della fase riabilitativa. Di conseguenza, molte delle Linee Guida più recenti raccomandano che il paziente con frattura del collo del femore venga operato entro 48 o addirittura 24 ore dall'ingresso in ospedale. Nella PA di Trento ben il 34,6% (dato 2010) dei pazienti che hanno riportato tale frattura è operato entro 2 giorni (valore medio italiano di 35,1%).

Mortalità evitabile - Si tratta di un altro indicatore di performance del SSR. Il concetto di mortalità evitabile per cause riconducibili ai servizi sanitari o *Amenable Mortality* (AM) è potenziale strumento per la valutazione della qualità e dell'efficacia dei sistemi sanitari e per monitorarne i cambiamenti nel tempo. La "mortalità riconducibile alle cure sanitarie" è definita come "decessi considerati prematuri, che



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

non si verificherebbero in condizioni di cure efficaci e tempestive” o come “morti attribuibili” a condizioni per cui esistono interventi diagnostico-terapeutici e di prevenzione secondaria efficaci, che potrebbero prevenire le “morti premature”. Nel periodo considerato nel Rapporto, tra 2006 e 2009, si è assistito ad una riduzione elevata del tasso di mortalità riconducibile ai servizi sanitari: si è passati, difatti, dal 61,07 per 100.000 (valore medio italiano 63,86 per 100.000) del 2006 al 50,97 – tasso minore in Italia (per 100.000) del 2009 (valore medio italiano 61,69 per 100.000).

Performance del Ssr – Sul fronte delle performance emerge che la PA di Trento ha un livello medio-alto di efficienza, (si noti che la componente dell’efficienza considerata nel Rapporto si riferisce solo alla capacità delle amministrazioni regionali di mantenere i bilanci in pareggio), alto di efficacia, laddove per efficacia si intende il grado con cui i beni e servizi erogati dal SSR alla popolazione portano a migliorare la salute dei cittadini. L’efficacia come dimensione della performance è, quindi, riferita a quei cambiamenti nello stato di salute delle persone che sono strettamente attribuibili all’attività del sistema sanitario.

È medio-alto anche il livello di appropriatezza (parametro riferito alla valutazione degli atti medici in relazione ai costi, alle risorse disponibili ed ai risultati auspicabili) nella PA di Trento. Medio-alto anche il livello di soddisfazione ed accessibilità del sistema da parte dei cittadini residenti, ovvero rispettivamente il livello di gradimento o di scontento dei cittadini verso il sistema sanitario e la facilità con cui i servizi sanitari sono raggiungibili da chi ne ha bisogno (la facilità o difficoltà di accesso possono essere di tipo fisico, finanziario o psicologico. Con tale dimensione della performance si valuta quindi la capacità del sistema di organizzare adeguatamente l’offerta dei servizi, in base alla possibilità degli utenti di ottenere le cure nel luogo giusto ed al momento giusto).

CONCLUSIONI

I soddisfacenti dati sugli stili di vita confermano un quadro che è sostanzialmente tale, anche in riferimento alla media nazionale, dalla metà degli anni '90. Se ne differenzia in negativo solo per il consumo di alcol ed in particolare per l’entità dei consumatori a rischio, aspetto che peraltro va visto nel particolare contesto culturale, sociale e produttivo che accomuna il Trentino alle altre realtà di montagna. Certamente vanno comunque rafforzati gli sforzi informativi e di sensibilizzazione nei confronti dei più giovani. Tra gli stili di vita va anche ricompreso il soddisfacente profilo di consumo di farmaci che si ripercuote favorevolmente sulla spesa totale e procapite. Anche per gli aspetti inerenti gli stili di vita, va giudicato soddisfacente l’impatto sulla mortalità generale, sulla mortalità per causa specifica e sulla speranza di vita.

La forma di autonomia di cui gode la provincia autonoma di Trento ha consentito maggiori investimenti sul sistema salute rispetto alla media italiana, espandendo in particolare i servizi ed i benefici a favore dei residenti, oltre i termini previsti dai LEA nazionali. Un aspetto peculiare di tali servizi aggiuntivi è rappresentato dalla legge quadro provinciale sull’odontoiatria ed in particolare sulla prevenzione/assistenza odontoiatrica per l’infanzia. Dallo scorso anno si sta comunque programmando una revisione della spesa con interventi di ottimizzazione a valere per l’amministrazione provinciale e i servizi forniti dall’Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, azienda sanitaria unica della provincia autonoma di Trento. Questo dovrebbe portare,



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

attraverso un piano di miglioramento aziendale che è in fieri, alla revisione dei criteri di offerta ospedaliera: passaggio di prestazioni da ricovero ordinario a ricovero in day hospital/surgery, passaggio di prestazioni da ricovero in day hospital/surgery a prestazioni ambulatoriali. In questo quadro dovrebbe anche essere rivista la distribuzione dei punti nascita posto però che questa andrebbe valutata in base alle specifiche caratteristiche orografiche della provincia.

Ci conforta infine la valutazione sull'efficienza e sull'efficacia della gestione ospedaliera, testimoniata dai dati sulla degenza media, sulla gestione delle fratture del collo del femore e sulla mortalità evitabile attribuibile all'azione dei servizi sanitari. L'essere riusciti a coniugare riqualificazione della spesa con efficacia ci rende soddisfatti e ci sprona a proseguire in questa direzione.

Per ulteriori approfondimenti contattare

Silvano Piffer

Direttore Servizio Epidemiologia Clinica e Valutativa APSS – Trento

Silvano.piffer@apss.tn.it

0461 904638/39



osservatorio
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

COMUNICATO STAMPA

ROMA, 29 APRILE 2013

Veneto: la Regione con meno problemi di persone sovrappeso

La Regione con il più elevato consumo di farmaci antibiotici in ospedale

Il Veneto è la Regione con meno problemi di sovrappeso, infatti, presenta la percentuale minore in Italia di individui (persone di 18 anni e oltre) in sovrappeso, che è pari al 31,4%; il valore medio nazionale è il 35,8%. È obeso l'8,4% dei cittadini, contro il valore medio italiano di 10%.

In negativo, invece, la Regione fa registrare il più alto consumo di farmaci antibiotici in ospedale nel 2010, anno in cui raggiunge il valore di 10.933 DDD per 1.000 ricoveri in regime ordinario.

Sono alcuni dei dati che emergono dalla decima edizione del **Rapporto Osservasalute (2012)**, un'approfondita analisi dello stato di salute della popolazione e della qualità dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane presentata oggi all'Università Cattolica. Pubblicato dall'**Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane** che ha sede presso l'**Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma** e coordinato dal Professor **Walter Ricciardi**, direttore dell'Osservatorio e del Dipartimento di Sanità Pubblica del Policlinico Universitario "Agostino Gemelli", il Rapporto è frutto del lavoro di 184 esperti di sanità pubblica, clinici, demografi, epidemiologi, matematici, statistici e economisti distribuiti su tutto il territorio italiano, che operano presso Università e numerose istituzioni pubbliche nazionali, regionali e aziendali (Ministero della Salute, Istat, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale Tumori, Istituto Italiano di Medicina Sociale, Agenzia Italiana del Farmaco, Aziende Ospedaliere e Aziende Sanitarie, Osservatori Epidemiologici Regionali, Agenzie Regionali e Provinciali di Sanità Pubblica, Assessorati Regionali e Provinciali alla Salute).

Nel Veneto si registra un saldo medio annuo nel biennio 2010-2011 pari a 5,3 per 1.000 residenti per anno (media nazionale di 4,2 per 1.000).

Nel Veneto il tasso di **fecondità totale** (ovvero il numero medio di figli per donna) è pari a 1,44 figli per donna (1,27 figli per le italiane; 2,16 figli per le straniere) contro un valore medio italiano, che comprende donne italiane e straniere, di 1,39 figli – dati 2011; nel Veneto l'età media delle donne al parto è pari a 31,6 anni (età media nazionale 31,4 anni).



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



**UNIVERSITÀ
CATTOLICA**
del Sacro Cuore

Quest'anno il Rapporto osserva anche il livello di istruzione medio dei residenti in Regione, che ha un impatto indiretto sulla salute dei cittadini visto che a titoli di studio più elevati corrispondono in media condizioni socio-economiche migliori e una tendenza maggiore a sposare stili di vita salutari. In Veneto la percentuale della popolazione di età 25-64 anni con un titolo di studio (2011) di diploma di 4-5 anni è pari al 31,9% per i maschi (media italiana 34,0%), al 31% per le femmine, (media italiana 33,3%), in Veneto ha conseguito la laurea il 12,5% degli uomini (media italiana 13,4%) ed il 15,5% delle donne (media italiana 16,4%).

ANZIANI

Nel Veneto nel 2011 il 10,1% dei cittadini ha tra 65 e 74 anni (+0,8% dal 2005), a fronte di una media nazionale del 10,2%, mentre le persone con 75 anni ed oltre sono il 9,7% della popolazione regionale (+2,5% dal 2005), a fronte di una media nazionale del 10,1%.

Anziani che vivono soli - La percentuale di persone dai 65 anni in su che vive da sola nel Veneto (dati 2010) è pari al 13,1% dei maschi in quella fascia d'età (valore medio italiano 15,1%), al 35,6% delle femmine (valore medio italiano 37,6%), per un totale del 26,1% delle persone in questa fascia d'età, contro una media nazionale di 28,1%.

La quota di persone anziane che vivono sole sul totale della popolazione della stessa fascia di età rappresenta un prezioso indicatore in sede di programmazione dei servizi territoriali di tipo socio-sanitario. Il motivo è che gli anziani che vivono soli sono maggiormente esposti al rischio di emarginazione sociale e, data l'età, all'insorgenza di patologie gravi e invalidanti che possono portare al confinamento e, comunque, alla necessità di assistenza socio-sanitaria anche nello svolgimento delle normali attività della vita quotidiana.

SPERANZA DI VITA

La speranza di vita alla nascita è per i maschi pari a 79,8 anni (media italiana 79,4). Per le femmine la speranza di vita alla nascita è pari a 85 anni (valore medio italiano 84,5).

MORTALITÀ

Nel Veneto la **mortalità complessiva** (per tutte le cause) oltre il primo anno di vita è pari a 106,86 per 10.000 abitanti tra i maschi (2009), contro una media nazionale di 109,41 per 10.000, mentre è pari a 63,59 per 10.000 tra le donne (contro una media nazionale di 69,31 per 10.000).

Per quanto riguarda i tassi di **mortalità per alcune cause** (2009) il Veneto presenta, nella classe di età 19-64 anni, una mortalità per tumori tra i maschi pari a 9,65 per 10.000 (vs un valore medio nazionale di 10,53 per 10.000) e una mortalità per malattie del sistema circolatorio di 4,83 per 10.000 (vs un valore medio nazionale di



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

5,54 per 10.000). Tra le femmine la mortalità per tumori è pari a 7,46 per 10.000, (vs un valore medio nazionale di 7,93 per 10.000) e la mortalità per malattie del sistema circolatorio di 1,37 per 10.000 – tasso minore in Italia (vs un valore medio nazionale di 1,84 per 10.000).

STILI DI VITA

Fumo - Il Veneto presenta una quota di non fumatori pari al 54,4% (anno 2011) della popolazione regionale di 14 anni ed oltre (media nazionale 52,7%). In Veneto fuma il 18,6% della popolazione regionale di 14 anni ed oltre (valore medio nazionale 22,3%). Il Veneto ha una quota di ex-fumatori del 26% (23,4% valore italiano).

Consumo di alcol – Il Veneto fa registrare i seguenti valori: nel 2010 presenta una quota di non consumatori pari al 29,1%, contro un valore medio nazionale del 32,7%. I consumatori sono il 68,9% contro un valore medio nazionale del 65,7%.

La prevalenza di consumatori a rischio di 11-18 anni (ovvero quei giovani che praticano almeno uno dei comportamenti a rischio relativamente al consumo di alcol, come l'eccedenza quotidiana o il binge drinking) è pari al 17,6% dei maschi (valore medio italiano 15,2%), all'11,2% delle femmine (valore medio italiano 10,2%), per un totale del 14,5% dei giovani in questa fascia d'età (valore medio italiano 12,8%). La prevalenza di consumatori a rischio di 19-64 anni è pari al 29,1% dei maschi, (valore medio italiano 21,5%) e al 7,4% delle femmine (valore medio italiano 5,4%). Il totale dei consumatori a rischio è il 18,4% degli individui in questa fascia d'età (valore medio italiano 13,4%).

DIETA, PESO E SPORT

Quanto alle **abitudini alimentari** in Veneto il 6,4% della popolazione consuma in media le 5 o più porzioni di verdura, ortaggi e frutta al dì, contro una media nazionale del 4,9%.

Per quanto riguarda la **pratica di sport** nel Veneto il 28,7% della popolazione dai 3 anni in su pratica sport in modo continuativo, contro un valore medio italiano di 21,9%; il 34,5% fa qualche attività fisica (valore medio nazionale 27,7%). Nel Veneto coloro che non svolgono alcuno sport sono il 23,9% della popolazione contro una media nazionale 39,8%.

SALUTE MENTALE

Nel Veneto si registra un consumo di antidepressivi pari a 33,42 dosi definite giornaliere per 1.000 abitanti nel 2011. A livello nazionale il consumo medio è di 36,10 DDD/1.000 ab die.

Nel Veneto il tasso standardizzato di suicidio è pari a 7,49 per 100.000 contro un valore medio nazionale di 7,23 per 100.000 fra i soggetti con 15 anni ed oltre.

SALUTE MATERNO INFANTILE

Organizzazione dei punti nascita – L’obiettivo da perseguire a livello regionale è avere un’alta percentuale di parti in punti nascita ciascuno dei quali gestisca annualmente un ampio numero di parti (questi sono i punti nascita in cui si registrano i migliori esiti dei parti perché più è ampio il bacino di utenza di ciascun punto nascita, maggiore è l’esperienza delle professionalità che si concentrano al suo interno).

Nel 2010 nella Regione non si registrano parti in punti nascita con un volume di attività inferiore a 500 parti annui, (media nazionale del 7,37%); il 2,8% dei parti è avvenuto in punti nascita con un volume di attività compreso tra 500 e 799 parti annui (14,83% il valore medio nazionale) e il 9,96% dei parti (contro il 9,62% italiano dei parti) è avvenuto in punti nascita con un volume di attività compreso tra 800 e 999 parti annui. Infine l’87,24% dei parti è avvenuto in punti nascita con un volume di attività superiore a 1.000 (68,19% il valore medio nazionale).

Quanto alla **gestione dei parti**, in Veneto solo il 28,37% (totale TC sul totale dei parti - anno 2010) dei parti avviene con taglio cesareo, contro la media nazionale di 38,71%.

SISTEMA SANITARIO REGIONALE

Passando all’analisi sulla “salute” del Sistema Sanitario Regionale emerge tra le performance economico-finanziarie che nel 2009 nel Veneto il **rapporto spesa/PIL** è pari al 5,94% (valore medio italiano 7,22%).

La **spesa sanitaria pro capite** nel Veneto nel 2011 è pari a 1.812 euro, a fronte di una spesa media nazionale di 1.851 euro. Sempre nel 2011 il Veneto ha un avanzo procapite di -2 euro (dato medio italiano 29 euro). La Regione presenta inoltre un disavanzo procapite cumulato pari a 56 euro dal 2002 (dato medio italiano 608 euro).

CONSUMO DI FARMACI

Per quanto riguarda il **consumo territoriale di farmaci** a carico del SSN (espresso in termini di “DDD/1.000 ab die”, cioè come numero medio di dosi di farmaco consumate giornalmente ogni 1.000 abitanti), nel 2011 il Veneto presenta un consumo di 907 DDD/1.000 ab die (+43,5% dal 2001), a fronte di un valore medio nazionale di 963.

Sempre nel 2011 la spesa pro capite per consumo di farmaci a carico del SSN nel Veneto è pari a 177,6 euro (la media nazionale di 204,3 euro), segnando un -6,1% dal 2010.

Nel Veneto il dato sull’utilizzo di **farmaci a brevetto scaduto** sul totale delle DDD prescritte è pari al 57,8% del totale dei consumi, contro una media nazionale del 55,7%. La spesa per questi farmaci è pari al 31,8% della spesa totale (valore medio nazionale 32,2%).

ASSISTENZA OSPEDALIERA

Per quel che concerne la gestione dell'assistenza ospedaliera il Veneto ha un **tasso standardizzato complessivo di dimissioni ospedaliere** (ovvero in regime ordinario e in Day Hospital) di 146,8 per 1.000 nel 2010; il valore medio nazionale è pari a 172,4 per 1.000.

Per il tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere in regime ordinario il Veneto ha un valore pari a 106,4 per 1.000 – tasso minore in Italia (2010). Il valore medio italiano è pari a 122,2 per 1.000. Infine il tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere in regime di Day Hospital è pari a 40,3 per 1.000, mentre la media nazionale è di 50,2 per 1.000.

Nel 2010 il Veneto presenta una **Degenza Media Preoperatoria** standardizzata pari a 1,78 giorni contro una media nazionale di 1,88.

Gestione delle fratture del collo del femore - La frattura del collo del femore (evento frequente nella popolazione anziana) è un ottimo modo per valutare la qualità dell'assistenza ospedaliera in quanto, se non trattata a dovere, può causare il peggioramento della qualità di vita e/o di mortalità. Infatti, diversi studi hanno dimostrato che lunghe attese per l'intervento per questa frattura corrispondono a un aumento del rischio di mortalità e di disabilità del paziente, aumento delle complicanze legate all'intervento e minore efficacia della fase riabilitativa. Di conseguenza, molte delle Linee Guida più recenti raccomandano che il paziente con frattura del collo del femore venga operato entro 48 o addirittura 24 ore dall'ingresso in ospedale. In Veneto il 41,5% (dato 2010) dei pazienti che hanno riportato tale frattura è operato entro 2 giorni (valore medio italiano di 35,1%).

Mortalità evitabile – Si tratta di un altro indicatore di performance del SSR. Il concetto di mortalità evitabile per cause riconducibili ai servizi sanitari o *Amenable Mortality* (AM) è potenziale strumento per la valutazione della qualità e dell'efficacia dei sistemi sanitari e per monitorarne i cambiamenti nel tempo. La "mortalità riconducibile alle cure sanitarie" è definita come "decessi considerati prematuri, che non si verificherebbero in condizioni di cure efficaci e tempestive" o come "morti attribuibili" a condizioni per cui esistono interventi diagnostico-terapeutici e di prevenzione secondaria efficaci, che potrebbero prevenire le "morti premature". Nel periodo considerato nel Rapporto, tra 2006 e 2009, si è assistito a una lieve riduzione del tasso di mortalità riconducibile ai servizi sanitari: si è passati, difatti, dal 58,03 per 100.000 (valore medio italiano 63,86 per 100.000) del 2006 al 54,65 (per 100.000) del 2009 (valore medio italiano 61,69 per 100.000).

Performance del Ssr – Sul fronte delle performance emerge che il Veneto ha un livello medio-alto di efficienza, (si noti che la componente dell'efficienza considerata



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



**UNIVERSITÀ
CATTOLICA**
del Sacro Cuore

nel Rapporto si riferisce solo alla capacità delle amministrazioni regionali di mantenere i bilanci in pareggio) e di efficacia, laddove per efficacia si intende il grado con cui i beni e servizi erogati dal SSR alla popolazione portano migliorano la salute dei cittadini. L'efficacia come dimensione della performance è, quindi, riferita a quei cambiamenti nello stato di salute delle persone che sono strettamente attribuibili all'attività del sistema sanitario.

Per l'appropriatezza (parametro riferito alla valutazione degli atti medici in relazione ai costi, alle risorse disponibili ed ai risultati auspicabili), invece, il Veneto ha un livello elevato. Elevato in Regione anche il livello di soddisfazione ed accessibilità del sistema da parte dei cittadini residenti, ovvero rispettivamente il livello di gradimento o di scontento dei cittadini verso il sistema sanitario e la facilità con cui i servizi sanitari sono raggiungibili da chi ne ha bisogno (la facilità o difficoltà di accesso possono essere di tipo fisico, finanziario o psicologico. Con tale dimensione della performance si valuta quindi la capacità del sistema di organizzare adeguatamente l'offerta dei servizi, in base alla possibilità degli utenti di ottenere le cure nel luogo giusto ed al momento giusto).

CONCLUSIONI

Nel biennio 2010-2011 la popolazione del Veneto ha proseguito il trend di crescita, grazie anche ai fenomeni migratori: in tale periodo il tasso di fecondità totale è stato superiore alla media nazionale con un'età media al parto di 31,6 anni (nella media nazionale). Anche la percentuale di popolazione anziana ultrasettantacinquenne in Veneto è aumentata rispetto al 2005 del 2,5% con importanti riflessi sull'evoluzione dei bisogni sanitari e sociali della popolazione assistita. Circa un quarto degli anziani veneti vive da solo, soprattutto quelli di sesso femminile; questo dato rappresenta un indicatore utile nella programmazione dei servizi territoriali socio-sanitari, in quanto tali soggetti risultano maggiormente esposti al rischio di patologie gravi e invalidanti e necessitano più frequentemente di assistenza anche nello svolgimento delle normali attività quotidiane.

La speranza di vita alla nascita è leggermente superiore alla media italiana sia per i maschi che per le femmine. Anche la mortalità complessiva presenta valori sovrapponibili alla media nazionale per il sesso maschile, mentre è inferiore alla media nazionale in quello femminile. Le donne venete presentano la più bassa mortalità in Italia per malattie del sistema circolatorio.

In merito agli stili di vita, in Veneto si concentra una quota di ex-fumatori superiore alla media nazionale e una quota di fumatori attivi inferiore al valore medio italiano.

La Regione Veneto registra un tasso elevato di consumatori di alcol con una percentuale di consumatori a rischio nella fascia di età 19-64 anni di cinque punti più elevata della media nazionale.

Dall'analisi delle abitudini alimentari emerge un'inversione del trend in positivo del consumo di verdura, ortaggi e frutta che supera la media nazionale.

Il Veneto rappresenta la Regione con la minor percentuale di individui sovrappeso e l'obesità è di due punti percentuali inferiore alla media nazionale.

La popolazione veneta pratica sport in modo continuativo in percentuale superiore rispetto al valore medio nazionale: circa un terzo di essa svolge una qualche attività fisica.

Tra gli indicatori utilizzati in ambito di salute mentale è stato analizzato il consumo di antidepressivi, risultato in Veneto inferiore al consumo medio nazionale.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



**UNIVERSITÀ
CATTOLICA**
del Sacro Cuore

Nel 2010 nella Regione non si sono registrati parti in punti nascita con un volume di attività inferiore a 500 parti annui (livello di sicurezza stabilito internazionalmente). Inoltre il tasso di utilizzo del parto cesareo è stato del 28,4% a fronte di una media nazionale del 38,7%, indice di una forte attenzione all'appropriatezza nell'utilizzo di tale modalità assistenziale.

Dal punto di vista della sostenibilità economica del Servizio Sanitario Regionale il disavanzo pro capite cumulato dal 2002 al 2011 è stato di 56 euro a fronte del dato medio italiano di 608 euro e la spesa sanitaria pro capite è stata pari a 1.812 euro, in linea con la media nazionale.

Nel 2011 si è registrata una flessione del 6% rispetto al 2010 nella spesa pro capite per consumo di farmaci con una prescrizione di farmaci a brevetto scaduto del 31,8% (in linea con la media nazionale).

Tuttavia si è registrato il più alto consumo a livello nazionale di farmaci antibiotici in ospedale nel corso del 2010.

In Veneto è proseguita la progressiva riduzione del tasso standardizzato complessivo di dimissioni ospedaliere passando dal 149,5 per 1.000 abitanti del 2009 al 146,8 per 1.000 abitanti del 2010. In particolare spicca il dato della migliore performance per il tasso di ospedalizzazione in regime ordinario oramai sceso a 106,4 per 1.000 a fronte del 122,2 per 1.000 della media nazionale.

Nella valutazione della qualità dell'assistenza ospedaliera è stata considerata la gestione delle fratture del collo del femore, che si è dimostrata piuttosto efficace, aderendo in percentuale superiore alla media nazionale alle raccomandazioni presenti nelle Linee Guida più recenti che affermano che il paziente affetto da tale frattura debba essere operato entro 24-48 ore dall'ingresso in ospedale (41,5% regionale versus 35,1% valore medio nazionale).

Un ulteriore indicatore positivo della qualità dell'assistenza è riferito alla mortalità evitabile (o mortalità riconducibile alle cure sanitarie) che è diminuita dal 58 per 100.000 abitanti del 2006 al 54,6 per 100.000 abitanti del 2009 a fronte di un valore medio italiano di 61,6 per 100.000 abitanti.

Inoltre la Regione Veneto registra un livello medio-alto di efficienza e di efficacia del Servizio Socio Sanitario ed un livello elevato di appropriatezza (abbattimento ricoveri inappropriati, sviluppo del day-service e della rete territoriale, in particolare delle RSA e dell'ADI).

Elevato infine il livello di soddisfazione ed accessibilità al sistema dei cittadini residenti.

In conclusione e riassumendo emergono molteplici fattori positivi a favore del contesto regionale Veneto che comprendono la costante crescita di una popolazione attiva fisicamente, orientata verso un buono stile alimentare, con bassi tassi di sovrappeso e obesità, longeva, con un Servizio Socio-sanitario orientato ad una gestione efficiente (disavanzo pro capite cumulato dieci volte inferiore al dato medio nazionale) ed efficace (riduzione della mortalità evitabile) dei servizi testimoniato da un orientamento all'appropriatezza dell'offerta assistenziale (riduzione del tasso di ospedalizzazione, della spesa farmaceutica e del tasso di tagli cesarei) e allo sviluppo di una rete assistenziale complessa con un forte ruolo rivestito dal livello intermedio delle cure (in particolare le RSA) e territoriale (in particolare l'ADI nelle sue diverse forme).

Si confermano aree di potenziale miglioramento in particolare collegate alla promozione di stili di vita più sani nella popolazione giovanile (lotta alle dipendenze).



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

Infine si è evidenziata una potenziale criticità rappresentata dal consumo di farmaci antibiotici in ospedale in regime di ricovero ordinario che necessita di una valutazione rispetto al profilo di appropriatezza prescrittivo.

Per ulteriori approfondimenti contattare

Stefano Tardivo
Dipartimento di Sanità Pubblica e Medicina di Comunità
Università degli Studi di Verona
stefano.tardivo@univr.it
Tel 0458027660
Cell 3487499747



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

COMUNICATO STAMPA

ROMA, 29 APRILE 2013

Friuli Venezia Giulia: la Regione con la quota minore di tagli cesarei

Ma è la Regione con la maggiore mortalità per tumori tra le donne

Il Friuli Venezia Giulia è la Regione con la migliore nella gestione dei parti mediante ricorso al taglio cesareo: infatti, in Friuli solo il 23,99% dei parti (totale TC sul totale dei parti - anno 2010) avviene con taglio cesareo, contro la media nazionale di 38,71%.

In negativo, invece, la Regione fa registrare il più alto tasso standardizzato di mortalità per tumore tra le donne di 19-64 anni nel 2009 (8,78 per 10.000 contro un valore nazionale di 7,93 per 10.000).

Sono alcuni dei dati che emergono dalla decima edizione del **Rapporto Osservasalute (2012)**, un'approfondita analisi dello stato di salute della popolazione e della qualità dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane presentata oggi all'Università Cattolica. Pubblicato dall'**Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane** che ha sede presso l'**Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma** e coordinato dal Professor **Walter Ricciardi**, direttore dell'Osservatorio e del Dipartimento di Sanità Pubblica del Policlinico Universitario "Agostino Gemelli", il Rapporto è frutto del lavoro di 184 esperti di sanità pubblica, clinici, demografi, epidemiologi, matematici, statistici e economisti distribuiti su tutto il territorio italiano, che operano presso Università e numerose istituzioni pubbliche nazionali, regionali e aziendali (Ministero della Salute, Istat, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale Tumori, Istituto Italiano di Medicina Sociale, Agenzia Italiana del Farmaco, Aziende Ospedaliere e Aziende Sanitarie, Osservatori Epidemiologici Regionali, Agenzie Regionali e Provinciali di Sanità Pubblica, Assessorati Regionali e Provinciali alla Salute).

Nel Friuli Venezia Giulia si registra un saldo medio annuo nel biennio 2010-2011 pari a 1,6 per 1.000 residenti per anno (media nazionale di 4,2 per 1.000).

Nel Friuli Venezia Giulia il tasso di **fecondità totale** (ovvero il numero medio di figli per donna) è pari a 1,38 figli per donna (1,26 figli per le italiane; 1,98 figli per le straniere) contro un valore medio italiano, che comprende donne italiane e straniere, di 1,39 figli - dati 2011; nel Friuli Venezia Giulia l'età media delle donne al parto è pari a 31,5 anni (età media nazionale 31,4 anni).

Quest'anno il Rapporto osserva anche il livello di istruzione medio dei residenti in Regione, che ha un impatto indiretto sulla salute dei cittadini visto che a titoli di studio



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

più elevati corrispondono in media condizioni socio-economiche migliori e una tendenza maggiore a sposare stili di vita salutari. In Friuli Venezia Giulia la percentuale della popolazione di età 25-64 anni con un titolo di studio (2011) di diploma di 4-5 anni è pari al 33,3% per i maschi (media italiana 34,0%), al 33% per le femmine (media italiana 33,3%). In Friuli ha conseguito la laurea l'11,7% degli uomini (media italiana 13,4%) e il 15,4% delle donne (media italiana 16,4%).

ANZIANI

Nel Friuli Venezia Giulia nel 2011 l'11,9% dei cittadini ha tra 65 e 74 anni (+1,2% dal 2005), a fronte di una media nazionale del 10,2%, mentre le persone con 75 anni ed oltre sono l'11,5% della popolazione regionale (+1,4% dal 2005), contro il 10,1% medio italiano. Il Friuli Venezia Giulia è la Regione con la maggior percentuale di donne over-75 (64,6%); significa che quasi i due terzi della popolazione over-75 è donna.

Anziani che vivono soli - La percentuale di persone dai 65 anni in su che vive sola nel Friuli Venezia Giulia (dati 2010) è pari al 16,0% dei maschi in quella fascia d'età (valore medio italiano 15,1%), al 38,5% delle femmine (valore medio italiano 37,6%), per un totale del 29,2% delle persone in questa fascia d'età, contro una media nazionale di 28,1%.

La quota di persone anziane che vivono sole sul totale della popolazione della stessa fascia di età rappresenta un prezioso indicatore in sede di programmazione dei servizi territoriali di tipo socio-sanitario. Il motivo è che gli anziani che vivono soli sono maggiormente esposti al rischio di emarginazione sociale e, data l'età, all'insorgenza di patologie gravi e invalidanti che possono portare al confinamento e, comunque, alla necessità di assistenza socio-sanitaria anche nello svolgimento delle normali attività della vita quotidiana.

SPERANZA DI VITA

La speranza di vita alla nascita è per i maschi pari a 79,0 anni (media italiana 79,4 anni). Per le femmine la speranza di vita alla nascita è pari a 84,4 anni (valore medio italiano 84,5).

MORTALITÀ

Nel Friuli Venezia Giulia la **mortalità complessiva** (per tutte le cause) oltre il primo anno di vita è pari a 112,26 per 10.000 abitanti tra i maschi (2009), contro una media nazionale di 109,41 per 10.000, mentre è pari a 67,43 per 10.000 tra le donne (contro una media nazionale di 69,31 per 10.000).

Per quanto riguarda i tassi di **mortalità per alcune cause** (2009) il Friuli Venezia Giulia presenta, nella classe di età 19-64 anni, una mortalità per tumori tra i maschi pari a 10,28 per 10.000 (vs un valore medio nazionale di 10,53 per 10.000) e una mortalità per malattie del sistema circolatorio di 4,93 per 10.000 (vs un valore medio



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

nazionale di 5,54 per 10.000). Tra le femmine la mortalità per tumori è pari a 8,78 per 10.000, tasso maggiore in Italia (vs un valore medio nazionale di 7,93 per 10.000) e la mortalità per malattie del sistema circolatorio di 1,53 per 10.000 (vs un valore medio nazionale di 1,84 per 10.000). In regione FVG c'è stata un'importante riduzione dei tumori legati al fumo nei maschi, mentre c'è aumento in quelli delle femmine. Questo è un importante tema di sanità pubblica, visti anche i dati dello studio Passi sulle abitudini al fumo degli adolescenti.

STILI DI VITA

Fumo - Il Friuli Venezia Giulia presenta una quota di non fumatori pari al 50,4% (anno 2011) della popolazione regionale di 14 anni ed oltre (media nazionale 52,7%). Nel Friuli Venezia Giulia fuma il 21,4% della popolazione regionale di 14 anni ed oltre (valore medio nazionale 22,3%). Il Friuli Venezia Giulia ha una quota di ex-fumatori del 26,3% (23,4% valore italiano).

Consumo di alcol - Il Friuli Venezia Giulia fa registrare i seguenti valori: nel 2010 presenta una quota di non consumatori pari al 29,3%, contro un valore medio nazionale del 32,7%. I consumatori sono il 69,4% contro un valore medio nazionale del 65,7%.

La prevalenza di consumatori a rischio di 11-18 anni (ovvero quei giovani che praticano almeno uno dei comportamenti a rischio relativamente al consumo di alcol, come l'eccedenza quotidiana o il binge drinking) è pari al 14,4% dei maschi (valore medio italiano 15,2%) al 12,7% delle femmine (valore medio italiano 10,2%) per un totale del 13,6% dei giovani in questa fascia d'età (valore medio italiano 12,8%). La prevalenza di consumatori a rischio di 19-64 anni è pari al 27,2% dei maschi, (valore medio italiano 21,5%) e all'8,5% delle femmine (valore medio italiano 5,4%). Il totale dei consumatori a rischio è il 17,8% degli individui in questa fascia d'età (valore medio italiano 13,4%).

DIETA, PESO E SPORT

Quanto alle **abitudini alimentari** nel Friuli Venezia Giulia il 7% della popolazione consuma in media le 5 o più porzioni di verdura, ortaggi e frutta al dì, contro una media nazionale del 4,9%.

Sovrappeso e obesità - La percentuale di individui (persone di 18 anni e oltre) in sovrappeso è pari al 34,7%; il valore medio nazionale è il 35,8%. È obeso il 9,9% dei cittadini, contro il valore medio italiano di 10,0%.

Per quanto riguarda la **pratica di sport** nel Friuli Venezia Giulia il 25,0% della popolazione dai 3 anni in su pratica sport in modo continuativo, contro un valore medio italiano di 21,9%; il 35,7% fa qualche attività fisica (valore medio nazionale 27,7%). Nel Friuli Venezia Giulia coloro che non svolgono alcuno sport sono il 27,9% della popolazione contro una media nazionale 39,8%.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane

SALUTE MENTALE



**UNIVERSITÀ
CATTOLICA**
del Sacro Cuore

Nel Friuli Venezia Giulia si registra un consumo di antidepressivi pari a 29,32 dosi definite giornaliere per 1.000 abitanti nel 2011. A livello nazionale il consumo medio è di 36,10 DDD/1.000 ab die.

Nel Friuli Venezia Giulia il tasso standardizzato di suicidio è pari a 7,66 per 100.000 contro un valore medio nazionale di 7,43 per 100.000 fra i soggetti con 15 anni ed oltre.

SALUTE MATERNO INFANTILE

Organizzazione dei punti nascita – L'obiettivo da perseguire a livello regionale è avere un'alta percentuale di parti in punti nascita ciascuno dei quali gestisca annualmente un ampio numero di parti (questi sono i punti nascita in cui si registrano i migliori esiti dei parti perché più è ampio il bacino di utenza di ciascun punto nascita, maggiore è l'esperienza delle professionalità che si concentrano al suo interno).

Nel 2010 nella Regione il 3,58% dei parti sono avvenuti in punti nascita con un volume di attività inferiore a 500 parti annui, contro una media nazionale del 7,37%; il 22,74% dei parti è avvenuto in punti nascita con un volume di attività compreso tra 500 e 799 parti annui (14,83% il valore medio nazionale) e il 17,54% dei parti (contro il 9,62% italiano dei parti) è avvenuto in punti nascita con un volume di attività compreso tra 800 e 999 parti annui. Infine il 56,14% dei parti è avvenuto in punti nascita con un volume di attività superiore a 1.000 (68,19% il valore medio nazionale).

SISTEMA SANITARIO REGIONALE

Passando all'analisi sulla "salute" del Sistema Sanitario Regionale emerge tra le performance economico-finanziarie che nel 2009 nel Friuli Venezia Giulia il **rapporto spesa/PIL** è pari al 7,02% (valore medio italiano 7,22%).

La **spesa sanitaria pro capite** nel Friuli Venezia Giulia nel 2011 è pari a 2.074 euro, a fronte di una spesa media nazionale di 1.851 euro. Sempre nel 2011 il Friuli Venezia Giulia ha un avanzo procapite di -6 euro (dato medio italiano 29 euro). La Regione presenta inoltre un avanzo procapite cumulato è pari a -171 euro dal 2002 (dato medio italiano 608 euro), l'avanzo maggiore in Italia.

CONSUMO DI FARMACI

Per quanto riguarda il **consumo territoriale di farmaci** a carico del SSN (espresso in termini di "DDD/1.000 ab die", cioè come numero medio di dosi di farmaco consumate giornalmente ogni 1.000 abitanti), nel 2011 il Friuli Venezia Giulia presenta un consumo di 930 DDD/1.000 ab die (+49,5% dal 2001), a fronte di un valore medio nazionale di 963.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

Sempre nel 2011 la spesa pro capite per consumo di farmaci a carico del SSN nel Friuli Venezia Giulia è pari a 187,2 euro (la media nazionale di 204,3 euro), segnando un -3,4% dal 2010.

Nel Friuli Venezia Giulia il dato sull'utilizzo di **farmaci a brevetto scaduto** sul totale delle DDD prescritte è pari al 54,6% del totale dei consumi, contro una media nazionale del 55,7%. La spesa per questi farmaci è pari al 31,0% della spesa totale (valore medio nazionale 32,2%).

La Regione registra l'aumento maggiore del consumo di antibiotici dal 2001 al 2011 (+17,8% contro una variazione media nazionale del +0,5%), anno in cui raggiunge il valore di 15,2 DDD/1.000 ab die (valore medio italiano 22). L'uso estensivo di antibiotici, non solo in terapia umana, ma anche in zootecnia e in medicina veterinaria, ha fatto sì che un numero crescente di popolazioni batteriche resistenti agli antibiotici si sia diffuso rapidamente negli ultimi decenni.

Si noti però che nonostante l'importante aumento del consumo di antibiotici,, il Friuli si colloca ancora tra le Regioni che usano meno antibiotici ponendola al penultimo posto in Italia, con un consumo inferiore del 30% alla media nazionale. Non vi sono motivazioni epidemiologiche conosciute per giustificare l'aumento degli ultimi 10 anni.

ASSISTENZA OSPEDALIERA

Per quel che concerne la gestione dell'assistenza ospedaliera il Friuli Venezia Giulia ha un **tasso standardizzato complessivo di dimissioni ospedaliere** (ovvero in regime ordinario e in Day Hospital) di 145,1 per 1.000 nel 2010, tasso minore in Italia; il valore medio nazionale è pari a 172,4 per 1.000.

Per il tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere in regime ordinario il Friuli Venezia Giulia ha un valore pari a 107,1 per 1.000 (2010). Il valore medio italiano è pari a 122,2 per 1.000. Infine il tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere in regime di Day Hospital è pari a 38,0 per 1.000, mentre la media nazionale è di 50,2 per 1.000.

Nel 2010 il Friuli Venezia Giulia presenta una **Degenza Media Preoperatoria** standardizzata pari a 1,63 giorni contro una media nazionale di 1,88.

Gestione delle fratture del collo del femore - La frattura del collo del femore (evento frequente nella popolazione anziana) è un ottimo modo per valutare la qualità dell'assistenza ospedaliera in quanto, se non trattata a dovere, può causare il peggioramento della qualità di vita e/o di mortalità. Infatti, diversi studi hanno dimostrato che lunghe attese per l'intervento per questa frattura corrispondono a un aumento del rischio di mortalità e di disabilità del paziente, aumento delle complicanze legate all'intervento e minore efficacia della fase riabilitativa. Di conseguenza, molte delle Linee Guida più recenti raccomandano che il paziente con frattura del collo del femore venga operato entro 48 o addirittura 24 ore dall'ingresso in ospedale. Nel Friuli Venezia Giulia il 51,1% (dato 2010) dei pazienti che hanno riportato tale frattura è operato entro 2 giorni (valore medio italiano di 35,1%).



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

Mortalità evitabile – Si tratta di un altro indicatore di performance del SSR. Il concetto di mortalità evitabile per cause riconducibili ai servizi sanitari o *Amenable Mortality* (AM) è potenziale strumento per la valutazione della qualità e dell'efficacia dei sistemi sanitari e per monitorarne i cambiamenti nel tempo. La "mortalità riconducibile alle cure sanitarie" è definita come "decessi considerati prematuri, che non si verificherebbero in condizioni di cure efficaci e tempestive" o come "morti attribuibili" a condizioni per cui esistono interventi diagnostico-terapeutici e di prevenzione secondaria efficaci, che potrebbero prevenire le "morti premature". Nel periodo considerato nel Rapporto, tra 2006 e 2009, si è assistito a una lieve riduzione del tasso di mortalità riconducibile ai servizi sanitari: si è passati, difatti, dal 68,23 per 100.000 (valore medio italiano 63,86 per 100.000) del 2006 al 61,52 (per 100.000) del 2009 (valore medio italiano 61,69 per 100.000).

Performance del Ssr – Sul fronte delle performance emerge che il Friuli Venezia Giulia ha un livello medio-alto di efficienza, (si noti che la componente dell'efficienza considerata nel Rapporto si riferisce solo alla capacità delle amministrazioni regionali di mantenere i bilanci in pareggio) ma che a questa elevata efficienza non corrispondono "out come" altrettanto elevati: infatti, il Friuli Venezia Giulia è una delle poche regioni del Nord ad essere caratterizzata da un livello medio-basso di efficacia, laddove per efficacia si intende il grado con cui i beni e servizi erogati dal SSR alla popolazione portano a migliorare la salute dei cittadini. L'efficacia come dimensione della performance è, quindi, riferita a quei cambiamenti nello stato di salute delle persone che sono strettamente attribuibili all'attività del sistema sanitario.

Per l'appropriatezza (parametro riferito alla valutazione degli atti medici in relazione ai costi, alle risorse disponibili ed ai risultati auspicabili), invece, il Friuli Venezia Giulia ha un livello elevato. Elevato in Regione anche il livello di soddisfazione ed accessibilità del sistema da parte dei cittadini residenti, ovvero rispettivamente il livello di gradimento o di scontento dei cittadini verso il sistema sanitario e la facilità con cui i servizi sanitari sono raggiungibili da chi ne ha bisogno (la facilità o difficoltà di accesso possono essere di tipo fisico, finanziario o psicologico). Con tale dimensione della performance si valuta quindi la capacità del sistema di organizzare adeguatamente l'offerta dei servizi, in base alla possibilità degli utenti di ottenere le cure nel luogo giusto ed al momento giusto).

CONCLUSIONI

Come molte altre Regioni il Friuli Venezia Giulia si trova in una fase di transizione organizzativa determinata soprattutto da problemi di sostenibilità di bilancio. Una parte è stata recentemente definita con la LR 25/2012 che ha ridotto da sei a tre le Aziende sanitarie a partire dal 2014 e ha previsto la riorganizzazione dei distretti. Non si è invece attuata la prevista chiusura dei punti nascita che non raggiungono i parametri numerici e organizzativi previsti dall'Accordo Stato-Regioni. I dati del Rapporto Osservasalute confermano i punti di forza e di debolezza del sistema, collocando comunque la Regione Friuli Venezia Giulia ai primi posti in Italia per molti indicatori. L'incertezza sia delle risorse, sia decisionale ha rallentato alcuni progetti di cambiamento in atto quali ad esempio la riorganizzazione della medicina territoriale e della medicina generale o il processo di accreditamento. Restano ancora critici alcuni



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

aspetti di funzionamento quali il sovraffollamento dei reparti di medicina e i servizi di riabilitazione per i quali la Regione registra un'importante fuga extraregionale.

Per ulteriori approfondimenti contattare

Giorgio Simon

Medico

Responsabile cure primarie ASS6 Friuli Occidentale

e-mail giorgio.simon@ass6.sanita.fvg.it

Cellulare 335 1014954



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

COMUNICATO STAMPA

ROMA, 29 APRILE 2013

Liguria: la Regione con la maggiore offerta di servizi socio-sanitari ai disabili

Ma è la Regione con più incidenti stradali

La Liguria è la Regione che offre più servizi socio-sanitari ai disabili: infatti ha il più alto tasso di posti letto per disabili nelle strutture socio-sanitarie, 147,2 per 100.000, a fronte di una media italiana di 83,5 per 100.000. Le strutture socio-sanitarie residenziali svolgono un ruolo importante nell'ambito del processo d'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale: la loro attività è, infatti, finalizzata a fornire assistenza di mantenimento o lunga assistenza a pazienti non autosufficienti o con elevata necessità di tutela sanitaria.

In negativo, invece, si segnala che la Liguria è la Regione dove si registrano più incidenti stradali, infatti presenta la media d'incidentalità stradale maggiore d'Italia per il biennio 2008-2010, pari a 5,94 per 1000 contro una media italiana di 3,58.

Sono alcuni dei dati che emergono dalla decima edizione del **Rapporto Osservasalute (2012)**, un'approfondita analisi dello stato di salute della popolazione e della qualità dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane presentata oggi all'Università Cattolica. Pubblicato dall'**Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane** che ha sede presso l'**Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma** e coordinato dal Professor **Walter Ricciardi**, direttore dell'Osservatorio e del Dipartimento di Sanità Pubblica del Policlinico Universitario "Agostino Gemelli", il Rapporto è frutto del lavoro di 184 esperti di sanità pubblica, clinici, demografi, epidemiologi, matematici, statistici e economisti distribuiti su tutto il territorio italiano, che operano presso Università e numerose istituzioni pubbliche nazionali, regionali e aziendali (Ministero della Salute, Istat, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale Tumori, Istituto Italiano di Medicina Sociale, Agenzia Italiana del Farmaco, Aziende Ospedaliere e Aziende Sanitarie, Osservatori Epidemiologici Regionali, Agenzie Regionali e Provinciali di Sanità Pubblica, Assessorati Regionali e Provinciali alla Salute).



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



**UNIVERSITÀ
CATTOLICA**
del Sacro Cuore

In Liguria si registra un **saldo medio annuo** nel biennio 2010-2011 pari a -0,1 per 1.000 residenti per anno (media nazionale di 4,2 per 1.000). Si tratta della Regione che cresce meno in termini di popolazione e a ciò si associa anche il valore minimo di natalità, pari a 7,4 nati per mille residenti (valore medio nazionale 9,2), e il valore massimo di mortalità, pari a 13,3 decessi per mille residenti (valore medio nazionale 9,7).

In Liguria il tasso di **fecondità totale** (ovvero il numero medio di figli per donna) è pari a 1,29 figli per donna (1,17 figli per le italiane; 1,92 figli per le straniere) contro un valore medio italiano, che comprende donne italiane e straniere, di 1,39 figli – dati 2011; nella Liguria l'età media delle donne al parto è pari a 31,6 anni (età media nazionale 31,4 anni).

Quest'anno il Rapporto osserva anche il livello di istruzione medio dei residenti in Regione, che ha un impatto indiretto sulla salute dei cittadini visto che a titoli di studio più elevati corrispondono in media condizioni socio-economiche migliori e una tendenza maggiore a sposare stili di vita salutari. In Liguria la percentuale della popolazione di età 25-64 anni con un titolo di studio (2011) di diploma di 4-5 anni è pari al 38,3% per i maschi (media italiana 34,0%), al 35,1% per le femmine, (media italiana 33,3%), in Liguria ha conseguito la laurea il 15,7% degli uomini (media italiana 13,4%) ed il 20% delle donne (media italiana 16,4%).

ANZIANI

La Liguria si conferma Regione più vecchia d'Italia, infatti nel 2011 il 12,7% dei cittadini ha tra 65 e 74 anni – percentuale massima in Italia (-0,9% dal 2005), a fronte di una media nazionale del 10,2%, mentre le persone con 75 anni ed oltre sono il 14% della popolazione regionale – percentuale massima in Italia (+1,3% dal 2005), a fronte di una media nazionale del 10,1%.

Anziani che vivono soli - La percentuale di persone dai 65 anni in su che vive sola nella Liguria (dati 2010) è pari al 19% dei maschi in quella fascia d'età (valore medio italiano 15,1%), al 43,1% delle femmine (valore medio italiano 37,6%), per un totale del 33,2% delle persone in questa fascia d'età, contro una media nazionale di 28,1%. La quota di persone anziane che vivono sole sul totale della popolazione della stessa fascia di età rappresenta un prezioso indicatore in sede di programmazione dei servizi territoriali di tipo socio-sanitario. Il motivo è che gli anziani che vivono soli sono maggiormente esposti al rischio di emarginazione sociale e, data l'età, all'insorgenza di patologie gravi e invalidanti che possono portare al confinamento e, comunque, alla necessità di assistenza socio-sanitaria anche nello svolgimento delle normali attività della vita quotidiana.

SPERANZA DI VITA

La speranza di vita alla nascita è per i maschi pari a 79,1 anni (media italiana 79,4). Per le femmine la speranza di vita alla nascita è pari a 84,1 anni (valore medio italiano 84,5).



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

MORTALITÀ

In Liguria la **mortalità complessiva** (per tutte le cause) oltre il primo anno di vita è pari a 112,51 per 10.000 abitanti tra i maschi (2009), contro una media nazionale di 109,41 per 10.000, mentre è pari a 69,03 per 10.000 tra le donne (contro una media nazionale di 69,31 per 10.000).

Per quanto riguarda i tassi di **mortalità per alcune cause** (2009) la Liguria presenta, nella classe di età 19-64 anni, una mortalità per tumori tra i maschi pari a 11,96 per 10.000 (vs un valore medio nazionale di 10,53 per 10.000) e una mortalità per malattie del sistema circolatorio di 5,14 per 10.000 (vs un valore medio nazionale di 5,54 per 10.000). Tra le femmine la mortalità per tumori è pari a 8,01 per 10.000, (vs un valore medio nazionale di 7,93 per 10.000) e la mortalità per malattie del sistema circolatorio di 1,55 per 10.000 (vs un valore medio nazionale di 1,84 per 10.000).

STILI DI VITA

Fumo - La Liguria presenta una quota di non fumatori pari al 51,8% (anno 2011) della popolazione regionale di 14 anni ed oltre (media nazionale 52,7%). In Liguria fuma il 20,9% della popolazione regionale di 14 anni ed oltre (valore medio nazionale 22,3%). La Liguria ha una quota di ex-fumatori del 26,6% (23,4% valore italiano).

Consumo di alcol - La Liguria fa registrare i seguenti valori: nel 2010 presenta una quota di non consumatori pari al 31,7%, contro un valore medio nazionale del 32,7%. I consumatori sono il 67% contro un valore medio nazionale del 65,7%.

La prevalenza di consumatori a rischio di 11-18 anni (ovvero quei giovani che praticano almeno uno dei comportamenti a rischio relativamente al consumo di alcol, come l'eccedenza quotidiana o il binge drinking) è pari al 16,1% dei maschi (valore medio italiano 15,2%), all'8,6% per le femmine (valore medio italiano 10,2%), per un totale del 12,4% dei giovani in questa fascia d'età (valore medio italiano 12,8%). La prevalenza di consumatori a rischio di 19-64 anni è pari al 18,6% dei maschi (valore medio italiano 21,5%) e al 6,8% delle femmine (valore medio italiano 5,4%). Il totale dei consumatori a rischio è il 12,7% degli individui in questa fascia d'età (valore medio italiano 13,4%).

DIETA, PESO E SPORT

Quanto alle **abitudini alimentari** in Liguria il 5,3% della popolazione consuma in media le 5 o più porzioni di verdura, ortaggi e frutta al dì, contro una media nazionale del 4,9%.

La Liguria ha molti problemi di linea: presenta una percentuale di obesi pari all'11,8% dei cittadini (persone di 18 anni e oltre), contro il valore medio italiano di 10% e una percentuale di individui in sovrappeso pari al 37,9%; il valore medio nazionale è il 35,8%.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

Per quanto riguarda la **pratica di sport** in Liguria il 21,8% della popolazione dai 3 anni in su pratica sport in modo continuativo, contro un valore medio italiano di 21,9%; il 26,9% fa qualche attività fisica (valore medio nazionale 27,7%). In Liguria coloro che non svolgono alcuno sport sono il 42,6% della popolazione contro una media nazionale 39,8%.

SALUTE MENTALE

In Liguria si registra un consumo di antidepressivi pari a 48,05 dosi definite giornaliere per 1.000 abitanti nel 2011. A livello nazionale il consumo medio è di 36,10 DDD/1.000 ab die.

In Liguria il tasso standardizzato di suicidio è pari a 4,82 per 100.000 – valore minore in Italia, a fronte di un valore medio nazionale di 7,23 per 100.000 fra i soggetti con 15 anni ed oltre.

SALUTE MATERNO INFANTILE

Organizzazione dei punti nascita – L'obiettivo da perseguire a livello regionale è avere un'alta percentuale di parti in punti nascita ciascuno dei quali gestisca annualmente un ampio numero di parti (questi sono i punti nascita in cui si registrano i migliori esiti dei parti perché più è ampio il bacino di utenza di ciascun punto nascita, maggiore è l'esperienza delle professionalità che si concentrano al suo interno).

Nel 2010 nella Regione non si registrano parti in punti nascita con un volume di attività inferiore a 500 parti annui (media nazionale del 7,37%); il 17,76% dei parti è avvenuto in punti nascita con un volume di attività compreso tra 500 e 799 parti annui (14,83% il valore medio nazionale). L'8,75% dei parti (contro il 9,62% italiano dei parti) in punti nascita con un volume di attività compreso tra 800 e 999 parti annui. Infine il 73,49% dei parti è avvenuto in punti nascita con un volume di attività superiore a 1.000 (68,19% il valore medio nazionale).

Per quanto riguarda la gestione dei parti con Taglio Cesareo (TC) la Liguria presenta una quota del 38,12% di TC sul totale dei parti nel 2010, contro la media nazionale di 38,71%.

SISTEMA SANITARIO REGIONALE

Passando all'analisi sulla "salute" del Sistema Sanitario Regionale emerge tra le performance economico-finanziarie che nel 2009 in Liguria il **rapporto spesa/PIL** è pari al 7,57% (valore medio italiano 7,22%).

La **spesa sanitaria pro capite** in Liguria nel 2011 è pari a 2.044 euro, a fronte di una spesa media nazionale di 1.851 euro. Sempre nel 2011 la Liguria ha un disavanzo procapite di 89 euro (dato medio italiano 29 euro). La Regione presenta inoltre un



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

disavanzo procapite cumulato pari a 854 euro dal 2002 (dato medio italiano 608 euro).

CONSUMO DI FARMACI

Per quanto riguarda il **consumo territoriale di farmaci** a carico del SSN (espresso in termini di "DDD/1.000 ab die", cioè come numero medio di dosi di farmaco consumate giornalmente ogni 1.000 abitanti), nel 2011 la Liguria presenta un consumo di 919 DDD/1.000 ab die, a fronte di un valore medio nazionale di 963.

Sempre nel 2011 la spesa pro capite per consumo di farmaci a carico del SSN in Liguria è pari a 188,3 euro (la media nazionale di 204,3 euro), segnando un -11,8% dal 2001, riduzione maggiore in Italia per questo arco di tempo.

In Liguria il dato sull'utilizzo di **farmaci a brevetto scaduto** sul totale delle DDD prescritte è pari al 54,1% del totale dei consumi, contro una media nazionale del 55,7%. La spesa per questi farmaci è pari al 32% della spesa totale (valore medio nazionale 32,2%).

ASSISTENZA OSPEDALIERA

Per quel che concerne la gestione dell'assistenza ospedaliera la Liguria ha un **tasso standardizzato complessivo di dimissioni ospedaliere** (ovvero in regime ordinario e in Day Hospital) di 192,9 per 1.000 nel 2010; il valore medio nazionale è pari a 172,4 per 1.000.

Per il tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere in regime ordinario la Liguria ha un valore pari a 112,9 per 1.000 (2010), contro un valore medio italiano pari a 122,2 per 1.000. Infine il tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere in regime di Day Hospital è pari a 80 per 1.000 - valore maggiore in Italia, mentre la media nazionale è di 50,2 per 1.000.

Nel 2010 la Liguria presenta una **Degenza Media Preoperatoria** standardizzata pari a 1,99 giorni contro una media nazionale di 1,88. Questo parametro è indice di efficienza organizzativa e di appropriato utilizzo dei servizi diagnostici e dei reparti di degenza chirurgici.

Gestione delle fratture del collo del femore - La frattura del collo del femore (evento frequente nella popolazione anziana) è un ottimo modo per valutare la qualità dell'assistenza ospedaliera in quanto, se non trattata a dovere, può causare il peggioramento della qualità di vita e/o di mortalità. Infatti, diversi studi hanno dimostrato che lunghe attese per l'intervento per questa frattura corrispondono a un aumento del rischio di mortalità e di disabilità del paziente, aumento delle complicanze legate all'intervento e minore efficacia della fase riabilitativa. Di conseguenza, molte delle Linee Guida più recenti raccomandano che il paziente con



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

frattura del collo del femore venga operato entro 48 o addirittura 24 ore dall'ingresso in ospedale. In Liguria il 43% (dato 2010) dei pazienti che hanno riportato tale frattura è operato entro 2 giorni (valore medio italiano di 35,1%).

Mortalità evitabile – Si tratta di un altro indicatore di performance del SSR. Il concetto di mortalità evitabile per cause riconducibili ai servizi sanitari o *Amenable Mortality* (AM) è potenziale strumento per la valutazione della qualità e dell'efficacia dei sistemi sanitari e per monitorarne i cambiamenti nel tempo. La "mortalità riconducibile alle cure sanitarie" è definita come "decessi considerati prematuri, che non si verificherebbero in condizioni di cure efficaci e tempestive" o come "morti attribuibili" a condizioni per cui esistono interventi diagnostico-terapeutici e di prevenzione secondaria efficaci, che potrebbero prevenire le "morti premature". Nel periodo considerato nel Rapporto, tra 2006 e 2009, si è assistito a una lieve riduzione del tasso di mortalità riconducibile ai servizi sanitari: si è passati, difatti, dal 62,5 per 100.000 (valore medio italiano 63,86 per 100.000) del 2006 al 60,68 (per 100.000) del 2009 (valore medio italiano 61,69 per 100.000).

Performance del Ssr – Sul fronte delle performance emerge che la Liguria ha un livello basso di efficienza, (si noti che la componente dell'efficienza considerata nel Rapporto si riferisce solo alla capacità delle amministrazioni regionali di mantenere i bilanci in pareggio) e un livello alto di efficacia, laddove per efficacia si intende il grado con cui i beni e servizi erogati dal SSR alla popolazione portano migliorano la salute dei cittadini. L'efficacia come dimensione della performance è, quindi, riferita a quei cambiamenti nello stato di salute delle persone che sono strettamente attribuibili all'attività del sistema sanitario.

Per l'appropriatezza (parametro riferito alla valutazione degli atti medici in relazione ai costi, alle risorse disponibili ed ai risultati auspicabili) la Liguria ha un livello alto. Medio-alto in Regione il livello di soddisfazione ed accessibilità del sistema da parte dei cittadini residenti, ovvero rispettivamente il livello di gradimento o di scontento dei cittadini verso il sistema sanitario e la facilità con cui i servizi sanitari sono raggiungibili da chi ne ha bisogno (la facilità o difficoltà di accesso possono essere di tipo fisico, finanziario o psicologico. Con tale dimensione della performance si valuta quindi la capacità del sistema di organizzare adeguatamente l'offerta dei servizi, in base alla possibilità degli utenti di ottenere le cure nel luogo giusto ed al momento giusto).

Per ulteriori approfondimenti contattare

Prof. Pietro Crovari

Professore emerito di Igiene Università di Genova

Tel 010 3538520

Dott.ssa Laura Sticchi Tel 010 3538530

Ricercatore presso il Dipartimento di Scienze della Salute Università di Genova

Cell 3470182238



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane

Prof. Roberto Gasperini

Dipartimento di Scienze della Salute

Università degli Studi di Geneva gasparini@unige.it



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

COMUNICATO STAMPA

ROMA, 29 APRILE 2013

Emilia Romagna: la Regione con la percentuale maggiore di ex-fumatori

Ma è la Regione che consuma più penicilline in ospedale

L'Emilia Romagna è la Regione con la quota maggiore di persone che hanno smesso di fumare: infatti presenta una quota di ex-fumatori pari al 27,3% della popolazione regionale di 14 anni ed oltre (23,4% il valore italiano).

In negativo, invece, si segnala che l'Emilia Romagna è la Regione in cui si consumano più antibiotici, nella forma di penicilline, in ospedale con un valore nel 2010 di 4.459 DDD per 1.000 ricoveri in regime ordinario, a fronte di un valore medio nazionale di 2.330 DDD per 1.000 ricoveri in regime urdinario.

Sono alcuni dei dati che emergono dalla decima edizione del **Rapporto Osservasalute (2012)**, un'approfondita analisi dello stato di salute della popolazione e della qualità dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane presentata oggi all'Università Cattolica. Pubblicato dall'**Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane** che ha sede presso l'**Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma** e coordinato dal Professor **Walter Ricciardi**, direttore dell'Osservatorio e del Dipartimento di Sanità Pubblica del Policlinico Universitario "Agostino Gemelli", il Rapporto è frutto del lavoro di 184 esperti di sanità pubblica, clinici, demografi, epidemiologi, matematici, statistici e economisti distribuiti su tutto il territorio italiano, che operano presso Università e numerose istituzioni pubbliche nazionali, regionali e aziendali (Ministero della Salute, Istat, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale Tumori, Istituto Italiano di Medicina Sociale, Agenzia Italiana del Farmaco, Aziende Ospedaliere e Aziende Sanitarie, Osservatori Epidemiologici Regionali, Agenzie Regionali e Provinciali di Sanità Pubblica, Assessorati Regionali e Provinciali alla Salute).

In Emilia Romagna si registra un **saldo medio annuo** nel biennio 2010-2011 pari a 7,4 per 1.000 residenti per anno (media nazionale di 4,2 per 1.000).

L'Emilia Romagna presenta un tasso di **fecondità totale** (ovvero il numero medio di figli per donna) pari a 1,46 figli per donna (1,25 figli per le italiane; 2,17 figli per le straniere) contro un valore medio italiano, che comprende donne italiane e straniere,



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

di 1,39 figli – dati 2011. In Emilia Romagna l'età media delle donne al parto è pari a 31,2 anni (età media nazionale 31,4 anni).

Quest'anno il Rapporto osserva anche il livello di istruzione medio dei residenti in Regione, che ha un impatto indiretto sulla salute dei cittadini visto che a titoli di studio più elevati corrispondono in media condizioni socio-economiche migliori e una tendenza maggiore a sposare stili di vita salutari. In Emilia Romagna la percentuale della popolazione di età 25-64 anni con un titolo di studio (2011) di diploma di 4-5 anni è pari al 34,2% per i maschi (media italiana 34,0%), al 34,4% per le femmine, (media italiana 33,3%), in Emilia Romagna ha conseguito la laurea il 14,8% degli uomini (media italiana 13,4%) ed il 19,7% delle donne (media italiana 16,4%).

ANZIANI

In Emilia Romagna nel 2011 il 10,6% dei cittadini ha tra 65 e 74 anni (-0,4% dal 2005), a fronte di una media nazionale del 10,2%, mentre le persone con 75 anni ed oltre sono l'11,7% della popolazione regionale (+1,9% dal 2005), a fronte di una media nazionale del 10,1%.

Anziani che vivono soli - La percentuale di persone dai 65 anni in su che vive sola in Emilia Romagna (dati 2010) è pari al 15% dei maschi in quella fascia d'età (valore medio italiano 15,1%), al 37% delle femmine (valore medio italiano 37,6%), per un totale del 27,7% delle persone in questa fascia d'età, contro una media nazionale di 28,1%.

La quota di persone anziane che vivono sole sul totale della popolazione della stessa fascia di età rappresenta un prezioso indicatore in sede di programmazione dei servizi territoriali di tipo socio-sanitario. Il motivo è che gli anziani che vivono soli sono maggiormente esposti al rischio di emarginazione sociale e, data l'età, all'insorgenza di patologie gravi e invalidanti che possono portare al confinamento e, comunque, alla necessità di assistenza socio-sanitaria anche nello svolgimento delle normali attività della vita quotidiana.

SPERANZA DI VITA

In Emilia Romagna la speranza di vita alla nascita è per i maschi pari a 80 anni (media italiana 79,4). Per le femmine la speranza di vita alla nascita è pari a 84,7 anni (valore medio italiano 84,5).

MORTALITÀ

In Emilia Romagna la **mortalità complessiva** (per tutte le cause) oltre il primo anno di vita è pari a 104,56 per 10.000 abitanti tra i maschi (2009), contro una media nazionale di 109,41 per 10.000, mentre è pari a 66,55 per 10.000 tra le donne (contro una media nazionale di 69,31 per 10.000).



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

Per quanto riguarda i tassi di **mortalità per alcune cause** (2009) l'Emilia Romagna presenta, nella classe di età 19-64 anni, una mortalità per tumori tra i maschi pari a 9,7 per 10.000 (vs un valore medio nazionale di 10,53 per 10.000) e una mortalità per malattie del sistema circolatorio di 4,47 per 10.000 – tasso minore in Italia (vs un valore medio nazionale di 5,54 per 10.000). Tra le femmine la mortalità per tumori è pari a 7,92 per 10.000, (vs un valore medio nazionale di 7,93 per 10.000) e la mortalità per malattie del sistema circolatorio di 1,46 per 10.000 (vs un valore medio nazionale di 1,84 per 10.000).

STILI DI VITA

Fumo - L'Emilia Romagna presenta una quota di non fumatori pari al 49,8% (anno 2011) della popolazione regionale di 14 anni ed oltre (media nazionale 52,7%). In Emilia Romagna fuma il 21,2% della popolazione regionale di 14 anni ed oltre (valore medio nazionale 22,3%). L'Emilia Romagna ha una quota di ex-fumatori del 27,3% - percentuale maggiore in Italia (23,4% valore italiano).

Consumo di alcol - L'Emilia Romagna fa registrare i seguenti valori: nel 2010 presenta una quota di non consumatori pari al 31,7% a fronte di un valore medio nazionale del 32,7%. I consumatori sono il 67%, a fronte di un valore medio nazionale del 65,7%.

La prevalenza di consumatori a rischio di 11-18 anni (ovvero quei giovani che praticano almeno uno dei comportamenti a rischio relativamente al consumo di alcol, come l'eccedenza quotidiana o il binge drinking) è pari al 12,4% dei maschi (valore medio italiano 15,2%), al 9,3% per le femmine (valore medio italiano 10,2%), per un totale del 10,9% dei giovani in questa fascia d'età (valore medio italiano 12,8%). La prevalenza di consumatori a rischio di 19-64 anni è pari al 22,4% dei maschi (valore medio italiano 21,5%) e al 4,9% delle femmine (valore medio italiano 5,4%). Il totale dei consumatori a rischio è il 13,7% degli individui in questa fascia d'età (valore medio italiano 13,4%).

DIETA, PESO E SPORT

Quanto alle **abitudini alimentari** in Emilia Romagna il 5,2% della popolazione consuma in media le 5 o più porzioni di verdura, ortaggi e frutta al dì, a fronte di una media nazionale del 4,9%.

Obesità e sovrappeso - L'Emilia Romagna presenta una percentuale di obesi pari al 12% dei cittadini (persone di 18 anni e oltre), a fronte di un valore medio italiano del 10% e una percentuale di individui in sovrappeso pari al 36,2%; il valore medio nazionale è il 35,8%.

Per quanto riguarda la **pratica di sport** in Emilia Romagna il 26,4% della popolazione dai 3 anni in su pratica sport in modo continuativo, contro un valore medio italiano di 21,9%; il 31,5% fa qualche attività fisica (valore medio nazionale 27,7%). In Emilia Romagna coloro che non svolgono alcuno sport sono il 30,5% della popolazione, a fronte di una media nazionale 39,8%.

SALUTE MENTALE

In Emilia Romagna si registra un consumo di antidepressivi pari a 42,17 dosi definite giornaliere per 1.000 abitanti nel 2011. A livello nazionale il consumo medio è di 36,10 DDD/1.000 ab die.

In Emilia Romagna il tasso standardizzato di suicidio è pari al 9,25 per 100.000, a fronte di un valore medio nazionale di 7,23 per 100.000 fra i soggetti con 15 anni ed oltre.

SALUTE MATERNO INFANTILE

Organizzazione dei punti nascita – L'obiettivo da perseguire a livello regionale è avere un'alta percentuale di parti in punti nascita ciascuno dei quali gestisca annualmente un ampio numero di parti (questi sono i punti nascita in cui si registrano i migliori esiti dei parti perché più è ampio il bacino di utenza di ciascun punto nascita, maggiore è l'esperienza delle professionalità che si concentrano al suo interno).

Nel 2010 in Emilia Romagna si registra che l'1,67% dei parti è avvenuto in punti nascita con un volume di attività inferiore a 500 parti annui (media nazionale del 7,37%); il 3,55% dei parti è avvenuto in punti nascita con un volume di attività compreso tra 500 e 799 parti annui (14,83% il valore medio nazionale). Il 2,11% dei parti (contro il 9,62% italiano dei parti) in punti nascita con un volume di attività compreso tra 800 e 999 parti annui. Infine il 92,68% dei parti è avvenuto in punti nascita con un volume di attività superiore a 1.000 (68,19% il valore medio nazionale).

Gestione dei parti con Taglio Cesareo (TC): l'Emilia Romagna presenta una quota di TC pari al 29,92% sul totale dei parti nel 2010, contro la media nazionale di 38,71%.

SISTEMA SANITARIO REGIONALE

Passando all'analisi sulla "salute" del Sistema Sanitario Regionale emerge tra le performance economico-finanziarie che nel 2009 in Emilia Romagna il **rapporto spesa/PIL** è pari al 5,83% (valore medio italiano 7,22%).

La **spesa sanitaria pro capite** in Emilia Romagna nel 2011 è pari a 1.922 euro, a fronte di una spesa media nazionale di 1.851 euro. Sempre nel 2011 l'Emilia Romagna ha un avanzo procapite di 8 euro (dato medio italiano 29 euro). La Regione presenta inoltre un avanzo procapite cumulato pari a 96 euro dal 2002 (dato medio italiano 608 euro).

CONSUMO DI FARMACI



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

Per quanto riguarda il **consumo territoriale di farmaci** a carico del SSN (espresso in termini di "DDD/1.000 ab die", cioè come numero medio di dosi di farmaco consumate giornalmente ogni 1.000 abitanti), nel 2011 l'Emilia Romagna presenta un consumo di 948 DDD/1.000 ab die, a fronte di un valore medio nazionale di 963.

Sempre nel 2011 la **spesa pro capite per consumo di farmaci** a carico del SSN in Emilia Romagna è pari a 170,2 euro (la media nazionale di 204,3 euro).

In Emilia Romagna il dato sull'utilizzo di **farmaci a brevetto scaduto** sul totale delle DDD prescritte è pari al 57,1% del totale dei consumi, a fronte di una media nazionale del 55,7%. La spesa per questi farmaci è pari al 36,6% della spesa totale (valore medio nazionale 32,2%).

ASSISTENZA OSPEDALIERA

Gestione dell'assistenza ospedaliera: la Regione presenta un **tasso standardizzato complessivo di dimissioni ospedaliere** (ovvero in regime ordinario e in Day Hospital) di 162,1 per 1.000 nel 2010; il valore medio nazionale è pari a 172,4 per 1.000.

Per il tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere in regime ordinario l'Emilia Romagna ha un valore pari a 120,5 per 1.000 (2010), a fronte di un valore medio italiano pari a 122,2 per 1.000. Infine il tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere in regime di Day Hospital è pari a 41,6 per 1.000, mentre la media nazionale è di 50,2 per 1.000.

Nel 2010 l'Emilia Romagna presenta una **Degenza Media Preoperatoria** standardizzata pari a 1,27 giorni - durata minore in Italia, a fronte di una media nazionale di 1,88. Questo parametro è indice di efficienza organizzativa e di appropriato utilizzo dei servizi diagnostici e dei reparti di degenza chirurgici.

Gestione delle fratture del collo del femore - La frattura del collo del femore (evento frequente nella popolazione anziana) è un ottimo modo per valutare la qualità dell'assistenza ospedaliera in quanto, se non trattata a dovere, può causare il peggioramento della qualità di vita e/o di mortalità. Infatti, diversi studi hanno dimostrato che lunghe attese per l'intervento per questa frattura corrispondono a un aumento del rischio di mortalità e di disabilità del paziente, aumento delle complicanze legate all'intervento e minore efficacia della fase riabilitativa. Di conseguenza, molte delle Linee Guida più recenti raccomandano che il paziente con frattura del collo del femore venga operato entro 48 o addirittura 24 ore dall'ingresso in ospedale. In Emilia Romagna il 46% (dato 2010) dei pazienti che hanno riportato tale frattura è operato entro 2 giorni (valore medio italiano di 35,1%).

Mortalità evitabile - Si tratta di un altro indicatore di performance del SSR. Il concetto di mortalità evitabile per cause riconducibili ai servizi sanitari o *Amenable*



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

Mortality (AM) è potenziale strumento per la valutazione della qualità e dell'efficacia dei sistemi sanitari e per monitorarne i cambiamenti nel tempo. La "mortalità riconducibile alle cure sanitarie" è definita come "decessi considerati prematuri, che non si verificherebbero in condizioni di cure efficaci e tempestive" o come "morti attribuibili" a condizioni per cui esistono interventi diagnostico-terapeutici e di prevenzione secondaria efficaci, che potrebbero prevenire le "morti premature". Nel periodo considerato nel Rapporto, tra 2006 e 2009, si è assistito ad una lieve riduzione del tasso di mortalità riconducibile ai servizi sanitari: si è passati, difatti, dal 58,99 per 100.000 (valore medio italiano 63,86 per 100.000) del 2006 al 56,97 (per 100.000) del 2009 (valore medio italiano 61,69 per 100.000).

Performance del Ssr – Sul fronte delle performance emerge che l'Emilia Romagna ha un livello alto di efficienza, (si noti che la componente dell'efficienza considerata nel Rapporto si riferisce solo alla capacità delle amministrazioni regionali di mantenere i bilanci in pareggio); medio-alto di efficacia, laddove per efficacia si intende il grado con cui i beni e servizi erogati dal SSR alla popolazione portano a migliorare la salute dei cittadini. L'efficacia come dimensione della performance è, quindi, riferita a quei cambiamenti nello stato di salute delle persone che sono strettamente attribuibili all'attività del sistema sanitario.

È medio-basso il livello di appropriatezza (parametro riferito alla valutazione degli atti medici in relazione ai costi, alle risorse disponibili ed ai risultati auspicabili) in Emilia Romagna. Mentre è alto il livello di soddisfazione ed accessibilità del sistema da parte dei cittadini residenti, ovvero rispettivamente il livello di gradimento o di scontento dei cittadini verso il sistema sanitario e la facilità con cui i servizi sanitari sono raggiungibili da chi ne ha bisogno (la facilità o difficoltà di accesso possono essere di tipo fisico, finanziario o psicologico. Con tale dimensione della performance si valuta quindi la capacità del sistema di organizzare adeguatamente l'offerta dei servizi, in base alla possibilità degli utenti di ottenere le cure nel luogo giusto ed al momento giusto).

CONCLUSIONI

L'Emilia Romagna presenta una crescita demografica sensibilmente al di sopra della media nazionale (7,4 per 1000 residenti versus 4,2 per 1000). Questo risultato è dovuto principalmente al saldo migratorio di 8,7 per 1000 residenti che rappresenta il dato regionale più alto del panorama nazionale.

Il tasso di fecondità totale è leggermente al di sopra della media nazionale (1,46 figli per donna versus un dato nazionale di 1,39) e anche in questo caso il contributo della popolazione straniera è determinante grazie alla percentuale più elevata di nuovi nati con madre straniera (29,1%).

Per quanto riguarda il livello di istruzione della popolazione emiliano-romagnola, risalta l'elevata percentuale di donne laureate tra i 25 e i 64 anni (19,4% versus una media nazionale del 16,4%).

Nettamente al di sotto della media nazionale il tasso di mortalità maschile (104,56 per 10000 versus un valore nazionale di 109,41) e femminile (66,55 per 10000 versus



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

69,31 per 10000). In Regione si registra anche il tasso di mortalità maschile più basso per malattie del sistema cardio-circolatorio (4,47 per 10000 versus una media nazionale del 5,54 per 10000).

Per quanto riguarda gli stili di vita, la Regione presenta una quota di consumatori di alcolici leggermente al di sopra della media nazionale (67% versus 65,7%), mentre è al di sotto della media nazionale la quota di fumatori (complessiva e tra la popolazione con meno di 14 anni). Inoltre l'Emilia Romagna è la Regione con la maggiore quota di ex-fumatori tra la popolazione generale (27,3% del totale della popolazione regionale versus un valore nazionale del 23,4%).

L'Indagine Multiscopo dell'Istituto Nazionale di Statistica, "Aspetti della vita quotidiana", condotta nel 2011, ha rilevato che la popolazione dell'Emilia Romagna ha una maggiore tendenza a svolgere attività fisica rispetto alla popolazione italiana (età > 3 anni): il 26,4% della popolazione pratica sport in modo continuativo, contro un valore medio italiano del 21,9%; la percentuale di chi non pratica attività fisica è del 30,5% a fronte di una media nazionale del 39,8%.

Nonostante questi risultati, l'Emilia Romagna presenta un dato lievemente al di sopra della media nazionale per la percentuale di persone sovrappeso e uno dei valori più elevati per la percentuale di obesi (12% versus un valore medio nazionale del 10%).

Dal rapporto Osservasalute 2012 risulta che in Emilia Romagna è molto alta la percentuale di nati in strutture che effettuano più di 1000 parti all'anno e per questi motivi la Regione risulta essere fra quelle con una maggiore razionalizzazione dei punti nascita.

Dal punto di vista della spesa sanitaria, l'Emilia Romagna ha un rapporto spesa sanitaria pubblica/PIL inferiore alla media nazionale (5,83% versus il 7,22%), mentre la spesa sanitaria pubblica pro-capite è superiore alla media (1992 euro pro-capite versus 1851 euro).

Gli indicatori contenuti nel capitolo sull'assistenza farmaceutica evidenziano una buona razionalizzazione della spesa farmaceutica. Infatti si registra una spesa pro-capite per farmaci più bassa rispetto alla media nazionale (170,2 euro versus 204,3), un consumo di farmaci, in termini di DDD, e una percentuale di farmaci generici (brevetto scaduto) rispettivamente minore e maggiore rispetto al valore nazionale.

Per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera si rileva un tasso di ospedalizzazione più basso del valore medio nazionale: in ambito chirurgico, l'Emilia Romagna presenta la minore Degenza Media Preoperatoria (1,27 giorni versus un valore nazionale di 1,88) e la seconda percentuale (dopo il Piemonte) più bassa di dimessi da reparti chirurgici con un DRG medico, dati che indicano un'appropriatezza di utilizzo dei posti letto.

La buona efficienza organizzativa e appropriatezza dell'utilizzo dei servizi diagnostico-terapeutici emiliano-romagnoli è confermata anche dall'elevata percentuale (rispetto alla media nazionale) di interventi per frattura del collo del femore eseguiti entro le 48 ore dal ricovero (dato regionale del 46% versus un valore nazionale del 35,1%).



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

L'Emilia Romagna risulta avere un tasso di mortalità riconducibile ai servizi sanitari (*Amenable Mortality*), complessivo e per genere, minore rispetto alla media nazionale. Questo indicatore viene utilizzato, così come proposto da organismi internazionali, a livello regionale e nazionale per valutare la qualità complessiva, in termini di efficacia e tempestività dei servizi sanitari.

Infine gli indicatori di sintesi della performance sanitaria indicano che la Regione presenta un alto livello di accessibilità, efficienza e soddisfazione del cittadino nei confronti del servizio sanitario. Per quanto riguarda gli indicatori di efficacia e di appropriatezza, considerati nella valutazione sintetica della performance, la Regione si pone rispettivamente ad un livello medio-alto e medio-basso nel confronto con le altre regioni italiane.

Per ulteriori approfondimenti contattare

Maria Pia Fantini
Professore Associato Igiene Generale e Applicata
Università di Bologna
mariapia.fantini@unibo.it

Giuseppe Franchino
Specialista in Igiene e Medicina Preventiva
Università di Bologna

giuseppe.franchino@unibo.it 3295419901

Giovanni Pieroni
g.pieroni@ausl.bologna.it



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane

COMUNICATO STAMPA



**UNIVERSITÀ
CATTOLICA**
del Sacro Cuore

ROMA, 29 APRILE 2013

Toscana: la Regione che ha la spesa più alta per i farmaci generici

Si conferma un consumo elevato di antidepressivi

In Toscana la spesa per farmaci generici è pari al 38,5% (dati 2011) della spesa totale – percentuale maggiore in Italia (valore medio nazionale 32,2%) e presenta il maggior aumento percentuale (+32,8% dal 2002).

In Toscana si registra, tuttavia, un consumo di antidepressivi pari a 55,82 dosi mediamente consumate ogni giorno per 1.000 abitanti. Anche nel 2011 si conferma la Regione con il maggior consumo di questa classe di farmaci in Italia. A livello nazionale il consumo medio è di 36,10 DDD/1.000 ab die.

Sono alcuni dei dati che emergono dalla decima edizione del **Rapporto Osservasalute (2012)**, un'approfondita analisi dello stato di salute della popolazione e della qualità dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane presentata oggi all'Università Cattolica. Pubblicato dall'**Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane** che ha sede presso l'**Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma** e coordinato dal Professor **Walter Ricciardi**, direttore dell'Osservatorio e del Dipartimento di Sanità Pubblica del Policlinico Universitario "Agostino Gemelli", il Rapporto è frutto del lavoro di 184 esperti di sanità pubblica, clinici, demografi, epidemiologi, matematici, statistici e economisti distribuiti su tutto il territorio italiano, che operano presso Università e numerose istituzioni pubbliche nazionali, regionali e aziendali (Ministero della Salute, Istat, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale Tumori, Istituto Italiano di Medicina Sociale, Agenzia Italiana del Farmaco, Aziende Ospedaliere e Aziende Sanitarie, Osservatori Epidemiologici Regionali, Agenzie Regionali e Provinciali di Sanità Pubblica, Assessorati Regionali e Provinciali alla Salute).

In Toscana si registra un **saldo demografico** annuo nel biennio 2010-2011 pari a 4,8 per 1.000 residenti per anno (media nazionale di 4,2 per 1.000).

In Toscana il tasso di **fecondità totale** (ovvero il numero medio di figli per donna) è pari a 1,36 figli per donna (1,23 figli per le italiane; 1,9 figli per le straniere) contro un valore medio italiano, che comprende donne italiane e straniere, di 1,39 figli – dati 2011; nel Toscana l'età media delle donne al parto è pari a 31,6 anni (età media nazionale 31,4 anni).

Quest'anno il Rapporto osserva anche il **livello di istruzione** medio dei residenti in Regione, che ha un impatto indiretto sulla salute dei cittadini visto che a titoli di studio più elevati corrispondono in media condizioni socio-economiche migliori e una tendenza maggiore a sposare stili di vita salutari. In Toscana la percentuale della popolazione di età 25-64 anni con un titolo di studio (2011) di diploma di 4-5 anni è pari al 33,2% per i maschi (media italiana 34%), al 33,8% per le femmine, (media



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

italiana 33,3%), in Toscana ha conseguito la laurea il 13,8% degli uomini (media italiana 13,4%) ed il 18,4% delle donne (media italiana 16,4%).

ANZIANI

In Toscana nel 2011 l'11,3% dei cittadini ha tra 65 e 74 anni (invariata dal 2005), a fronte di una media nazionale del 10,2%, mentre le persone con 75 anni ed oltre sono il 12% della popolazione regionale (+1,6% dal 2005), a fronte di una media nazionale del 10,1%.

Anziani che vivono soli - La percentuale di persone dai 65 anni in su che vive sola nel Toscana (dati 2010) è pari al 17,4% dei maschi in quella fascia d'età (valore medio italiano 15,1%), al 36,5% delle femmine (valore medio italiano 37,6%), per un totale del 28,4% delle persone in questa fascia d'età, contro una media nazionale di 28,1%.

La quota di persone anziane che vivono sole sul totale della popolazione della stessa fascia di età rappresenta un prezioso indicatore in sede di programmazione dei servizi territoriali di tipo socio-sanitario. Il motivo è che gli anziani che vivono soli sono maggiormente esposti al rischio di emarginazione sociale e, data l'età, all'insorgenza di patologie gravi e invalidanti che possono portare al confinamento e, comunque, alla necessità di assistenza socio-sanitaria anche nello svolgimento delle normali attività della vita quotidiana.

SPERANZA DI VITA

La **speranza di vita alla nascita** è per i maschi pari a 80,1 anni (media italiana 79,4). Per le femmine la speranza di vita alla nascita è pari a 85 anni (valore medio italiano 84,5).

MORTALITÀ

In Toscana la **mortalità complessiva** (per tutte le cause) oltre il primo anno di vita è pari a 105,15 per 10.000 abitanti tra i maschi (2009), contro una media nazionale di 109,41 per 10.000, mentre è pari a 67,08 per 10.000 tra le donne (contro una media nazionale di 69,31 per 10.000).

Per quanto riguarda i tassi di **mortalità per alcune cause** (2009) la Toscana presenta, nella classe di età 19-64 anni, una mortalità per tumori tra i maschi pari a 9,83 per 10.000 (vs un valore medio nazionale di 10,53 per 10.000) e una mortalità per malattie del sistema circolatorio di 4,58 per 10.000 (vs un valore medio nazionale di 5,54 per 10.000). Tra le femmine la mortalità per tumori è pari a 7,78 per 10.000, (vs un valore medio nazionale di 7,93 per 10.000) e la mortalità per malattie del sistema circolatorio di 1,64 per 10.000 (vs un valore medio nazionale di 1,84 per 10.000).

STILI DI VITA



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

Fumo - La Toscana presenta una quota di non fumatori pari al 50,4% (anno 2011) della popolazione regionale di 14 anni ed oltre (media nazionale 52,7%). In Toscana

fuma il 23% della popolazione regionale di 14 anni ed oltre (valore medio nazionale 22,3%). La Toscana ha una quota di ex-fumatori del 24,4% (23,4% valore italiano).

Consumo di alcol - La Toscana fa registrare i seguenti valori: nel 2010 presenta una quota di non consumatori pari al 29,8%, contro un valore medio nazionale del 32,7%. I consumatori sono il 69% contro un valore medio nazionale del 65,7%.

La prevalenza di consumatori a rischio di 11-18 anni (ovvero quei giovani che praticano almeno uno dei comportamenti a rischio relativamente al consumo di alcol, come l'eccedenza quotidiana o il binge drinking) è pari all'11,4% dei maschi (valore medio italiano 15,2%), all'8,1% per le femmine (valore medio italiano 10,2%), per un totale del 9,8% dei giovani in questa fascia d'età (valore medio italiano 12,8%). La prevalenza di consumatori a rischio di 19-64 anni è pari al 21,2 dei maschi (valore medio italiano 21,5%) e al 6,9% delle femmine (valore medio italiano 5,4%). Il totale dei consumatori a rischio è il 14% degli individui in questa fascia d'età (valore medio italiano 13,4%).

DIETA, PESO E SPORT

Quanto alle **abitudini alimentari** in Toscana il 3,8% della popolazione consuma in media le 5 o più porzioni di verdura, ortaggi e frutta al dì, contro una media nazionale del 4,9%.

La Toscana ha molti problemi di linea: presenta una percentuale di **obesi** pari all'8,7% dei cittadini (persone di 18 anni e oltre), contro il valore medio italiano di 10% e una percentuale di individui in **sovrappeso** pari al 35,2%; il valore medio nazionale è il 35,8%.

Per quanto riguarda la **pratica di sport** nel Toscana il 23,5% della popolazione dai 3 anni in su pratica sport in modo continuativo, contro un valore medio italiano di 21,9%; il 31,3% fa qualche attività fisica (valore medio nazionale 27,7%). In Toscana coloro che non svolgono alcuno sport sono il 36,4% della popolazione contro una media nazionale 39,8%.

SALUTE MENTALE

In Toscana si registra un consumo di antidepressivi pari a 55,82 dosi mediamente consumate ogni giorno per 1.000 abitanti. Anche nel 2011 si conferma la Regione con il maggior consumo di questi farmaci in Italia. A livello nazionale il consumo medio è di 36,10 DDD/1.000 ab die.

In Toscana il tasso standardizzato di suicidio è pari a 7,81 per 100.000 contro un valore medio nazionale di 7,23 per 100.000 fra i soggetti con 15 anni ed oltre.

SALUTE MATERNO INFANTILE



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

Organizzazione dei punti nascita – L'obiettivo da perseguire a livello regionale è avere un'alta percentuale di parti in punti nascita ciascuno dei quali gestisca annualmente un ampio numero di parti (questi sono i punti nascita in cui si registrano i migliori esiti dei parti perché più è ampio il bacino di utenza di ciascun punto nascita, maggiore è l'esperienza delle professionalità che si concentrano al suo interno).

Nel 2010 nella Regione si registra una percentuale di parti in punti nascita con un volume di attività inferiore a 500 parti annui pari al 4,25% (media nazionale del 7,37%); il 10,29% dei parti è avvenuto in punti nascita con un volume di attività compreso tra 500 e 799 parti annui (14,83% il valore medio nazionale). Il 2,98% dei parti (contro il 9,62% italiano dei parti) in punti nascita con un volume di attività compreso tra 800 e 999 parti annui. Infine l'82,48% dei parti è avvenuto in punti nascita con un volume di attività superiore a 1.000 (68,19% il valore medio nazionale).

Buona la gestione dei parti con **Taglio Cesareo** (TC) in Regione: la Toscana presenta una quota del 26,79% di TC sul totale dei parti nel 2010, contro la media nazionale di 38,71%.

SISTEMA SANITARIO REGIONALE

Passando all'analisi sulla "salute" del Sistema Sanitario Regionale emerge tra le performance economico-finanziarie che nel 2009 nella Toscana il **rapporto spesa/PIL** è pari al 6,77% (valore medio italiano 7,22%).

La **spesa sanitaria pro capite** nella Toscana nel 2011 è pari a 1.896 euro, a fronte di una spesa media nazionale di 1.851 euro. Sempre nel 2011 la Toscana ha un avanzo procapite di -3 euro (dato medio italiano 29 euro). La Regione presenta inoltre un disavanzo procapite cumulato pari a 103 euro dal 2002 (dato medio italiano 608 euro).

CONSUMO DI FARMACI

Per quanto riguarda il **consumo territoriale di farmaci a carico del SSN** (espresso in termini di "DDD/1.000 ab die", cioè come numero medio di dosi di farmaco consumate giornalmente ogni 1.000 abitanti), nel 2011 la Toscana presenta un consumo di 951 DDD/1.000 ab die (+47% dal 2001), a fronte di un valore medio nazionale di 963.

Sempre nel 2011 la **spesa pro capite per consumo di farmaci a carico del SSN** nella Toscana è pari a 167,7 euro (la media nazionale di 204,3 euro), segnando un -5% dal 2010.

ASSISTENZA OSPEDALIERA

Per quel che concerne la gestione dell'assistenza ospedaliera la Toscana ha un **tasso standardizzato complessivo di dimissioni ospedaliere** (ovvero in regime ordinario e in Day Hospital) di 148 per 1.000 nel 2010; il valore medio nazionale è pari a 172,4 per 1.000.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



**UNIVERSITÀ
CATTOLICA**
del Sacro Cuore

Per il tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere in **regime ordinario** la Toscana ha un valore pari a 108,7 per 1.000 (2010), contro un valore medio italiano pari a 122,2 per 1.000. Infine il tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere in regime di **Day Hospital** è pari a 39,3 per 1.000, mentre la media nazionale è di 50,2 per 1.000.

Nel 2010 la Toscana presenta una **Degenza Media Preoperatoria** standardizzata pari a 1,41 giorni contro una media nazionale di 1,88. Questo parametro è indice di efficienza organizzativa e di appropriato utilizzo dei servizi diagnostici e dei reparti di degenza chirurgici.

Gestione delle fratture del collo del femore - La frattura del collo del femore (evento frequente nella popolazione anziana) è un ottimo modo per valutare la qualità dell'assistenza ospedaliera in quanto, se non trattata a dovere, può causare il peggioramento della qualità di vita e/o di mortalità. Infatti, diversi studi hanno dimostrato che lunghe attese per l'intervento per questa frattura corrispondono a un aumento del rischio di mortalità e di disabilità del paziente, aumento delle complicanze legate all'intervento e minore efficacia della fase riabilitativa. Di conseguenza, molte delle Linee Guida più recenti raccomandano che il paziente con frattura del collo del femore venga operato entro 48 o addirittura 24 ore dall'ingresso in ospedale. In Toscana il 56% (dato 2010) dei pazienti che hanno riportato tale frattura è operato entro 2 giorni (valore medio italiano di 35,1%).

Mortalità evitabile - Si tratta di un altro indicatore di performance del SSR. Il concetto di mortalità evitabile per cause riconducibili ai servizi sanitari o *Amenable Mortality* (AM) è potenziale strumento per la valutazione della qualità e dell'efficacia dei sistemi sanitari e per monitorarne i cambiamenti nel tempo. La "mortalità riconducibile alle cure sanitarie" è definita come "decessi considerati prematuri, che non si verificherebbero in condizioni di cure efficaci e tempestive" o come "morti attribuibili" a condizioni per cui esistono interventi diagnostico-terapeutici e di prevenzione secondaria efficaci, che potrebbero prevenire le "morti premature". Nel periodo considerato nel Rapporto, tra 2006 e 2009, si è assistito a una lieve riduzione del tasso di mortalità riconducibile ai servizi sanitari: si è passati, difatti, dal 55,92 per 100.000 (valore medio italiano 63,86 per 100.000) del 2006 al 54,02 (per 100.000) del 2009 (valore medio italiano 61,69 per 100.000).

Performance del Ssr - Sul fronte delle performance emerge che la Toscana ha un livello medio - alto di efficienza (si noti che la componente dell'efficienza considerata nel Rapporto si riferisce solo alla capacità delle amministrazioni regionali di mantenere i bilanci in pareggio) e un livello alto di efficacia, laddove per efficacia si intende il grado con cui i beni e servizi erogati dal SSR alla popolazione portano migliorano la salute dei cittadini. L'efficacia come dimensione della performance è, quindi, riferita a quei cambiamenti nello stato di salute delle persone che sono strettamente attribuibili all'attività del sistema sanitario.

Per l'appropriatezza (parametro riferito alla valutazione degli atti medici in relazione ai costi, alle risorse disponibili ed ai risultati auspicabili) la Toscana ha un livello medio-alto. Medio-basso in Regione il livello di soddisfazione ed accessibilità del sistema da parte dei cittadini residenti, ovvero rispettivamente il livello di gradimento o di scontento dei cittadini verso il sistema sanitario e la facilità con cui i servizi sanitari sono raggiungibili da chi ne ha bisogno (la facilità o difficoltà di accesso possono essere di tipo fisico, finanziario o psicologico. Con tale dimensione della performance



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



**UNIVERSITÀ
CATTOLICA**
del Sacro Cuore

si valuta quindi la capacità del sistema di organizzare adeguatamente l'offerta dei servizi, in base alla possibilità degli utenti di ottenere le cure nel luogo giusto ed al momento giusto).

CONCLUSIONI

La spesa procapite per consumo di farmaci a carico del SSN mostra un trend in diminuzione, in Italia ed in Toscana in particolare (-5% dal 2010): ad essa non corrisponde una diminuzione di assunzioni.

La Toscana, come da tre anni a questa parte, riconferma il primato della spesa più elevata per farmaci generici che, nel 2011, hanno assorbito il 38,5% della spesa totale, rispetto al valore medio nazionale di 32,2%. Una curiosità: parte proprio dalla Toscana la proposta di creare una classe di farmaci generici nella lista dei medicinali ad uso veterinario. Restando in tema farmaceutico, il Rapporto Osservasalute 2010 classifica la Toscana al primo posto in Italia per consumo di farmaci antidepressivi con 55,82 DDD/1000 ab., ben 19,72 punti percentuali in più rispetto al consumo medio nazionale (36,10 DDD/1000 ab.). Se da un lato il fenomeno si può leggere in positivo (maggior ricorso all'aiuto medico per un problema tradizionalmente sottaciuto o non riconosciuto), dall'altro esso potrebbe essere determinato da una quota di non appropriatezza prescrittiva come in una carenza di psicoterapie non farmacologiche. Rimane il fatto che i suicidi occorrono in Toscana ancora in misura superiore rispetto alla media nazionale (7,81 vs 7,23 per 100 mila).

Ciò potrebbe trovare riscontro nel fatto che è alta la quota di anziani, in particolare ultrasettantacinquenni (12% rispetto al dato nazionale del 10,1%) in seno alla popolazione toscana e che aumenta la percentuale di quanti vivono soli (il 28,4% degli over-65).

Complessivamente, la Toscana si può considerare una Regione in buona salute. La speranza di vita alla nascita è superiore ai già elevati valori medi italiani sia per i maschi (80,1 anni vs 79,4) sia per le femmine (85 anni vs 84,5): un guadagno costante di circa due mesi all'anno.

Effetto dei successi contro le morti evitabili, a partire da quelle infantili e da quelle neonatali. Non a caso in Toscana l'82,48% avviene in punti nascita con un volume di attività superiore a 1000 parti all'anno, a fronte del 68,19% della media nazionale: ciò appare garantire migliori esiti. Per inciso, in Toscana si ricorre al taglio cesareo nel 26,79% dei parti (media nazionale: 38,71%).

Buone le *performance* di assistenza ospedaliera: tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere di 148 per mille (media nazionale 172,4), degenza media preoperatoria di 1,41 giorni (dato nazionale: 1,88), ancora diminuita rispetto all'anno precedente, 56% delle fratture del collo del femore operate entro 48 (dato nazionale: 35,1%).

La Regione Toscana sta, infatti, perseguendo con determinazione la riorganizzazione della propria rete ospedaliera basata su presidi modulati per intensità di cura.

Nell'ambito dell'assistenza sanitaria territoriale, mentre il progetto "Società della Salute" subisce una battuta d'arresto, la propositività regionale si esprime attualmente fungendo da apripista nella realizzazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali dei Medici di Medicina Generale e delle Unità Complesse di Cure Primarie.

In merito alle performance economico-finanziarie, il rapporto toscano spesa/PIL è inferiore a quello nazionale (6,77 vs 7,22) mentre la spesa sanitaria pro-capite ammonta a 1896 euro, di poco superiore a quella media nazionale (1851).

Non mancano però le criticità: per quel che riguarda i comportamenti salubri, i toscani non si possono annoverare tra i più "virtuosi". Fuma sigarette il 23% dei residenti con



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

più di 14 anni (0,4% in più rispetto all'anno precedente), contro una media nazionale del 22,3%. Solo il 3,8% dei Toscani si attiene alla raccomandazione di assumere almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno. Risulta inoltre diminuita l'abitudine a praticare attività sportiva, sebbene i valori restino superiori alla media italiana (23,5% vs 21,9). È tuttavia in flessione costante la percentuale di obesi in seno alla popolazione (8,7% rispetto al dato nazionale del 10%).

Novità nel rapporto di quest'anno sono i dati relativi al livello di istruzione medio, che, associato al livello economico, è correlato direttamente al livello di salute ed inversamente al rischio di ammalarsi: in Toscana i laureati maschi sono il 13,8% della popolazione (valore medio italiano: 13,4%) e ancor di più sono le donne (18,4%, rispetto alla media nazionale del 16,4%).

Per ulteriori approfondimenti contattare

Prof. **Nicola Nante**

Università degli Studi di Siena

Dipartimento di Medicina Sperimentale e dello Sviluppo

tel. 0577/234084; fax 0577/234090; e-mail: nicola.nante@unisi.it

Via Aldo Moro, 2 - 53100 Siena



osservatorio
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

COMUNICATO STAMPA

ROMA, 29 APRILE 2013

Umbria: la Regione con la migliore copertura vaccinale contro l'influenza nella popolazione anziana

Ma è la Regione che in un anno ha aumentato di più il tasso di dimissioni ospedaliere per infarto

L'Umbria è la Regione che presenta la migliore copertura vaccinale negli over-65 anni, pari al 75,2% degli individui in questa classe di età, a fronte di un valore medio nazionale del 62,4%. L'Umbria è l'unica Regione in Italia che raggiunge l'obiettivo minimo stabilito del 75% per la copertura vaccinale in questa classe di età.

In negativo, invece, si segnala che l'Umbria è la Regione in cui in un solo anno è aumentato di più il tasso di dimissioni ospedaliere per infarto acuto del miocardio in regime di ricovero ordinario, passando da un valore di 333,2 per 100.000 del 2009 ad un valore di 373 per 100.000 del 2010. L'Italia passa da 363,1 per 100.000 del 2009 a 362,7 per 100.000 del 2010. Questo aumento può essere interpretato in vario modo: può essere dovuto ad un aumento delle malattie cardiovascolari, oppure a una gestione delle emergenze non adeguata, o ancora a carenza nelle iniziative di prevenzione delle malattie cardiovascolari a livello territoriale.

Sono alcuni dei dati che emergono dalla decima edizione del **Rapporto Osservasalute (2012)**, un'approfondita analisi dello stato di salute della popolazione e della qualità dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane presentata oggi all'Università Cattolica. Pubblicato dall'**Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane** che ha sede presso l'**Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma** e coordinato dal Professor **Walter Ricciardi**, direttore dell'Osservatorio e del Dipartimento di Sanità Pubblica del Policlinico Universitario "Agostino Gemelli", il Rapporto è frutto del lavoro di 184 esperti di sanità pubblica, clinici, demografi, epidemiologi, matematici, statistici e economisti distribuiti su tutto il territorio italiano, che operano presso Università e numerose istituzioni pubbliche nazionali, regionali e aziendali (Ministero della Salute, Istat, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale Tumori, Istituto Italiano di Medicina Sociale, Agenzia Italiana del Farmaco, Aziende Ospedaliere e Aziende Sanitarie,



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

Osservatori Epidemiologici Regionali, Agenzie Regionali e Provinciali di Sanità Pubblica, Assessorati Regionali e Provinciali alla Salute).

In Umbria si registra un **saldo medio annuo** nel biennio 2010-2011 pari a 5,7 per 1.000 residenti per anno (media nazionale di 4,2 per 1.000).

L'Umbria presenta un tasso di **fecondità totale** (ovvero il numero medio di figli per donna) pari a 1,34 figli per donna (1,23 figli per le italiane; 1,77 figli per le straniere) contro un valore medio italiano, che comprende donne italiane e straniere, di 1,39 figli - dati 2011. In Umbria l'età media delle donne al parto è pari a 31,4 anni (età media nazionale 31,4 anni).

Quest'anno il Rapporto osserva anche il livello di istruzione medio dei residenti in Regione, che ha un impatto indiretto sulla salute dei cittadini visto che a titoli di studio più elevati corrispondono in media condizioni socio-economiche migliori e una tendenza maggiore a sposare stili di vita salutari. In Umbria la percentuale della popolazione di età 25-64 anni con un titolo di studio (2011) di diploma di 4-5 anni è pari al 41,6% per i maschi - percentuale maggiore in Italia (media italiana 34,0%), al 39,4% per le femmine, (media italiana 33,3%), in Umbria ha conseguito la laurea il 13,4% degli uomini (media italiana 13,4%) ed il 19,8% delle donne (media italiana 16,4%).

ANZIANI

In Umbria nel 2011 il 10,9% dei cittadini ha tra 65 e 74 anni (-0,5% dal 2005), a fronte di una media nazionale del 10,2%, mentre le persone con 75 anni ed oltre sono il 12,2% della popolazione regionale (+1,9% dal 2005), a fronte di una media nazionale del 10,1%.

Anziani che vivono soli - La percentuale di persone dai 65 anni in su che vive sola in Umbria (dati 2010) è pari all'11,3% dei maschi in quella fascia d'età (valore medio italiano 15,1%), al 33,4% delle femmine (valore medio italiano 37,6%), per un totale del 23,9% delle persone in questa fascia d'età, contro una media nazionale di 28,1%. La quota di persone anziane che vivono sole sul totale della popolazione della stessa fascia di età rappresenta un prezioso indicatore in sede di programmazione dei servizi territoriali di tipo socio-sanitario. Il motivo è che gli anziani che vivono soli sono maggiormente esposti al rischio di emarginazione sociale e, data l'età, all'insorgenza di patologie gravi e invalidanti che possono portare al confinamento e, comunque, alla necessità di assistenza socio-sanitaria anche nello svolgimento delle normali attività della vita quotidiana.

SPERANZA DI VITA

In Umbria la speranza di vita alla nascita è per i maschi pari a 80 anni (media italiana 79,4). Per le femmine la speranza di vita alla nascita è pari a 85,1 anni (valore medio italiano 84,5).



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

MORTALITÀ

In Umbria la **mortalità complessiva** (per tutte le cause) oltre il primo anno di vita è pari a 102,36 per 10.000 abitanti tra i maschi (2009), contro una media nazionale di 109,41 per 10.000, mentre è pari a 63,81 per 10.000 tra le donne (contro una media nazionale di 69,31 per 10.000).

Per quanto riguarda i tassi di **mortalità per alcune cause** (2009) l'Umbria presenta, nella classe di età 19-64 anni, una mortalità per tumori tra i maschi pari a 9,21 per 10.000 (vs un valore medio nazionale di 10,53 per 10.000) e una mortalità per malattie del sistema circolatorio di 4,71 per 10.000 (vs un valore medio nazionale di 5,54 per 10.000). Tra le femmine la mortalità per tumori è pari a 7,88 per 10.000, (vs un valore medio nazionale di 7,93 per 10.000) e la mortalità per malattie del sistema circolatorio di 1,46 per 10.000 (vs un valore medio nazionale di 1,84 per 10.000).

STILI DI VITA

Fumo - L'Umbria presenta una quota di non fumatori pari al 52% (anno 2011) della popolazione regionale di 14 anni ed oltre (media nazionale 52,7%). In Umbria fuma il 21,6% della popolazione regionale di 14 anni ed oltre (valore medio nazionale 22,3%). L'Umbria ha una quota di ex-fumatori del 24,8% (23,4% valore italiano).

Consumo di alcol - L'Umbria fa registrare i seguenti valori: nel 2010 presenta una quota di non consumatori pari al 33,9% a fronte di un valore medio nazionale del 32,7%. I consumatori sono il 64,8%, a fronte di un valore medio nazionale del 65,7%. La prevalenza di consumatori a rischio di 11-18 anni (ovvero quei giovani che praticano almeno uno dei comportamenti a rischio relativamente al consumo di alcol, come l'eccedenza quotidiana o il binge drinking) è pari all'8,9% dei maschi (valore medio italiano 15,2%), al 10,2% per le femmine (valore medio italiano 10,2%), per un totale del 9,5% dei giovani in questa fascia d'età (valore medio italiano 12,8%). La prevalenza di consumatori a rischio di 19-64 anni è pari al 16,9% dei maschi (valore medio italiano 21,5%) e al 4% delle femmine (valore medio italiano 5,4%). Il totale dei consumatori a rischio è il 10,4% degli individui in questa fascia d'età (valore medio italiano 13,4%).

DIETA, PESO E SPORT

Quanto alle **abitudini alimentari** in Umbria il 7,4% della popolazione consuma in media le 5 o più porzioni di verdura, ortaggi e frutta al dì, a fronte di una media nazionale del 4,9%.

Obesità e sovrappeso - L'Umbria presenta una percentuale di obesi pari all'11,2% dei cittadini (persone di 18 anni e oltre), a fronte di un valore medio italiano del 10% e una percentuale di individui in sovrappeso pari al 38,2%; il valore medio nazionale è il 35,8%.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

Per quanto riguarda la **pratica di sport** in Umbria il 21,2% della popolazione dai 3 anni in su pratica sport in modo continuativo, contro un valore medio italiano di 21,9%; il 27,6% fa qualche attività fisica (valore medio nazionale 27,7%). In Umbria coloro che non svolgono alcuno sport sono il 37,5% della popolazione, a fronte di una media nazionale 39,8%.

SALUTE MENTALE

In Umbria si registra un consumo di antidepressivi pari a 43,48 dosi definite giornaliere per 1.000 abitanti nel 2011. A livello nazionale il consumo medio è di 36,10 DDD/1.000 ab die.

In Umbria il tasso standardizzato di suicidio è pari all'8,08 per 100.000, a fronte di un valore medio nazionale di 7,23 per 100.000 fra i soggetti con 15 anni ed oltre.

SALUTE MATERNO INFANTILE

Organizzazione dei punti nascita – L'obiettivo da perseguire a livello regionale è avere un'alta percentuale di parti in punti nascita ciascuno dei quali gestisca annualmente un ampio numero di parti (questi sono i punti nascita in cui si registrano i migliori esiti dei parti perché più è ampio il bacino di utenza di ciascun punto nascita, maggiore è l'esperienza delle professionalità che si concentrano al suo interno).

Nel 2010 in Umbria si registra che il 23,53% dei parti è avvenuto in punti nascita con un volume di attività inferiore a 500 parti annui (media nazionale del 7,37%); il 9,32% dei parti è avvenuto in punti nascita con un volume di attività compreso tra 500 e 799 parti annui (14,83% il valore medio nazionale). Nessun parto (contro il 9,62% italiano dei parti) in punti nascita con un volume di attività compreso tra 800 e 999 parti annui. Infine il 67,14% dei parti è avvenuto in punti nascita con un volume di attività superiore a 1.000 (68,19% il valore medio nazionale).

Gestione dei parti con Taglio Cesareo (TC): l'Umbria presenta una quota di TC pari al 32,23% sul totale dei parti nel 2010, contro la media nazionale di 38,71%.

SISTEMA SANITARIO REGIONALE

Passando all'analisi sulla "salute" del Sistema Sanitario Regionale emerge tra le performance economico-finanziarie che nel 2009 in Umbria il **rapporto spesa/PIL** è pari al 7,67% (valore medio italiano 7,22%).

La **spesa sanitaria pro capite** in Umbria nel 2011 è pari a 1.835 euro, a fronte di una spesa media nazionale di 1.851 euro. Sempre nel 2011 l'Umbria ha un avanzo procapite di -12 euro (dato medio italiano 29 euro). La Regione presenta inoltre un avanzo procapite cumulato pari a 141 euro dal 2002 (dato medio italiano 608 euro).

CONSUMO DI FARMACI

Per quanto riguarda il **consumo territoriale di farmaci** a carico del SSN (espresso in termini di "DDD/1.000 ab die", cioè come numero medio di dosi di farmaco consumate giornalmente ogni 1.000 abitanti), nel 2011 l'Umbria presenta un consumo di 1.031 DDD/1.000 ab die, a fronte di un valore medio nazionale di 963.

Sempre nel 2011 la **spesa pro capite per consumo di farmaci** a carico del SSN in Umbria è pari a 180,9 euro (la media nazionale di 204,3 euro).

In Umbria il dato sull'utilizzo di **farmaci a brevetto scaduto** sul totale delle DDD prescritte è pari al 60,2% del totale dei consumi - quota maggiore in Italia come lo scorso anno, contro una media nazionale del 55,7%. La spesa per questi farmaci è pari al 38,1% della spesa totale (valore medio nazionale 32,2%).

ASSISTENZA OSPEDALIERA

Gestione dell'assistenza ospedaliera: la Regione presenta un **tasso standardizzato complessivo di dimissioni ospedaliere** (ovvero in regime ordinario e in Day Hospital) di 165,5 per 1.000 nel 2010; il valore medio nazionale è pari a 172,4 per 1.000.

Per il tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere in regime ordinario l'Umbria ha un valore pari a 123,9 per 1.000 (2010), a fronte di un valore medio italiano pari a 122,2 per 1.000. Infine il tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere in regime di Day Hospital è pari a 41,6 per 1.000, mentre la media nazionale è di 50,2 per 1.000.

Nel 2010 l'Umbria presenta una **Degenza Media Preoperatoria** standardizzata pari a 1,64 giorni, a fronte di una media nazionale di 1,88. Questo parametro è indice di efficienza organizzativa e di appropriato utilizzo dei servizi diagnostici e dei reparti di degenza chirurgici.

Gestione delle fratture del collo del femore - La frattura del collo del femore (evento frequente nella popolazione anziana) è un ottimo modo per valutare la qualità dell'assistenza ospedaliera in quanto, se non trattata a dovere, può causare il peggioramento della qualità di vita e/o di mortalità. Infatti, diversi studi hanno dimostrato che lunghe attese per l'intervento per questa frattura corrispondono a un aumento del rischio di mortalità e di disabilità del paziente, aumento delle complicanze legate all'intervento e minore efficacia della fase riabilitativa. Di conseguenza, molte delle Linee Guida più recenti raccomandano che il paziente con frattura del collo del femore venga operato entro 48 o addirittura 24 ore dall'ingresso in ospedale. In Umbria il 36,1% (dato 2010) dei pazienti che hanno riportato tale frattura è operato entro 2 giorni (valore medio italiano di 35,1%).



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

Mortalità evitabile – Si tratta di un altro indicatore di performance del SSR. Il concetto di mortalità evitabile per cause riconducibili ai servizi sanitari o *Amenable Mortality* (AM) è potenziale strumento per la valutazione della qualità e dell'efficacia dei sistemi sanitari e per monitorarne i cambiamenti nel tempo. La "mortalità riconducibile alle cure sanitarie" è definita come "decessi considerati prematuri, che non si verificherebbero in condizioni di cure efficaci e tempestive" o come "morti attribuibili" a condizioni per cui esistono interventi diagnostico-terapeutici e di prevenzione secondaria efficaci, che potrebbero prevenire le "morti premature". Nel periodo considerato nel Rapporto, tra 2006 e 2009, si è assistito ad una riduzione del tasso di mortalità riconducibile ai servizi sanitari: si è passati, difatti, dal 58,69 per 100.000 (valore medio italiano 63,86 per 100.000) del 2006 al 53,41 (per 100.000) del 2009 (valore medio italiano 61,69 per 100.000).

Performance del Ssr – Sul fronte delle performance emerge che l'Umbria ha un livello alto di efficienza, (si noti che la componente dell'efficienza considerata nel Rapporto si riferisce solo alla capacità delle amministrazioni regionali di mantenere i bilanci in pareggio); medio-alto di efficacia, laddove per efficacia si intende il grado con cui i beni e servizi erogati dal SSR alla popolazione portano a migliorare la salute dei cittadini. L'efficacia come dimensione della performance è, quindi, riferita a quei cambiamenti nello stato di salute delle persone che sono strettamente attribuibili all'attività del sistema sanitario.

È medio-basso il livello di appropriatezza (parametro riferito alla valutazione degli atti medici in relazione ai costi, alle risorse disponibili ed ai risultati auspicabili) in Umbria. Mentre è basso il livello di soddisfazione ed accessibilità del sistema da parte dei cittadini residenti, ovvero rispettivamente il livello di gradimento o di scontento dei cittadini verso il sistema sanitario e la facilità con cui i servizi sanitari sono raggiungibili da chi ne ha bisogno (la facilità o difficoltà di accesso possono essere di tipo fisico, finanziario o psicologico. Con tale dimensione della performance si valuta quindi la capacità del sistema di organizzare adeguatamente l'offerta dei servizi, in base alla possibilità degli utenti di ottenere le cure nel luogo giusto ed al momento giusto).

Per ulteriori approfondimenti contattare

Dr. Marsilio Francucci Direttore S.C. Chirurgia generale, degenza breve, Azienda ospedaliera S. Maria Terni-Tel. 0744/205611, cell.331/2823802

francuccim@aosp terni.it

Marche: la Regione con meno anziani che vivono soli

Ma con un bisogno di implementare gli interventi di prevenzione dei comportamenti a rischio per la salute nei giovanissimi

Le Marche si confermano la Regione con la più bassa percentuale di anziani che vivono soli (22,9%) a fronte di un valore nazionale del 28,1%: la percentuale di persone dai 65 anni in su che vive sola in Regione (dati 2010) è pari all'11% dei maschi in quella fascia d'età - valore minore in Italia (valore medio italiano 15,1%), al 31,8% delle femmine - valore minore in Italia (valore medio italiano 37,6%).

Ma in Regione si avverte la necessità di fare maggiore prevenzione dei comportamenti a rischio per la salute dei giovanissimi, comportamenti quali il consumo di alcolici: è infatti preoccupante il dato sulla prevalenza di consumatori a rischio di 11-18 anni che è pari al 20,5% dei maschi; tale valore è il sesto in ordine di grandezza rispetto alle altre Regioni italiane ed è superiore al valore nazionale del 15,2%.

Sono alcuni dei dati che emergono dalla decima edizione del **Rapporto Osservasalute (2012)**, un'approfondita analisi dello stato di salute della popolazione e della qualità dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane presentata oggi all'Università Cattolica. Pubblicato dall'**Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane** che ha sede presso l'**Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma** e coordinato dal Professor **Walter Ricciardi**, direttore dell'Osservatorio e del Dipartimento di Sanità Pubblica del Policlinico Universitario "Agostino Gemelli", il Rapporto è frutto del lavoro di 184 esperti di sanità pubblica, clinici, demografi, epidemiologi, matematici, statistici ed economisti distribuiti su tutto il territorio italiano, che operano presso Università e numerose istituzioni pubbliche nazionali, regionali e aziendali (Ministero della Salute, Istat, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale Tumori, Istituto Italiano di Medicina Sociale, Agenzia Italiana del Farmaco, Aziende Ospedaliere e Aziende Sanitarie, Osservatori Epidemiologici Regionali, Agenzie Regionali e Provinciali di Sanità Pubblica, Assessorati Regionali e Provinciali alla Salute).

Nelle Marche si registra un **saldo medio annuo** della dinamica della popolazione nel biennio 2010-2011 positivo e pari a 3,7 per 1.000 residenti per anno (media nazionale



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

di 4,2 per 1.000), che evidenzia come la crescita della popolazione sia attribuibile maggiormente ai fenomeni migratori rispetto alla natalità.

Le Marche presentano un tasso di **fecondità totale** (ovvero il numero medio di figli per donna) pari a 1,39 figli per donna (1,25 figli per le italiane; 2,07 figli per le straniere) pari al valore medio italiano, che comprende donne italiane e straniere, di 1,39 figli – dati 2011. Nelle Marche l'età media delle donne al parto è pari a 31,5 anni (età media nazionale 31,4 anni).

Quest'anno il Rapporto riporta anche il livello di istruzione dei residenti in Regione, in considerazione del fatto che a titoli di studio più elevati corrispondono in media condizioni socio-economiche migliori e una tendenza maggiore a sposare stili di vita salutari. Nelle Marche la percentuale della popolazione di età 25-64 anni con un titolo di studio (2011) di diploma di 4-5 anni è pari al 36% per i maschi (media italiana 34,0%), al 36,5% per le femmine, (media italiana 33,3%), nelle Marche ha conseguito la laurea il 13,6% degli uomini (media italiana 13,4%) ed il 16,8% delle donne (media italiana 16,4%).

ANZIANI

Nelle Marche nel 2011 il 10,6% dei cittadini ha tra 65 e 74 anni (-1% dal 2005), a fronte di una media nazionale del 10,2%, mentre le persone con 75 anni ed oltre sono l'11,9% della popolazione regionale (+1,8% dal 2005), a fronte di una media nazionale del 10,1%.

Anziani che vivono soli – Anche quest'anno si conferma il primato di meno anziani soli per le Marche, infatti la percentuale di persone dai 65 anni in su che vive sola in Regione (dati 2010) è pari all'11% dei maschi in quella fascia d'età – valore minore in Italia (valore medio italiano 15,1%), al 31,8% delle femmine – valore minore in Italia (valore medio italiano 37,6%), per un totale del 22,9% delle persone in questa fascia d'età – valore minore in Italia, a fronte di una media nazionale di 28,1%.

La quota di persone anziane che vivono sole sul totale della popolazione della stessa fascia di età rappresentano un prezioso indicatore in sede di programmazione dei servizi territoriali di tipo socio-sanitario. Il motivo è che gli anziani che vivono soli sono maggiormente esposti al rischio di emarginazione sociale e, data l'età, all'insorgenza di patologie gravi e invalidanti che possono portare al confinamento e, comunque, alla necessità di assistenza socio-sanitaria anche nello svolgimento delle normali attività della vita quotidiana.

SPERANZA DI VITA

La Regione Marche resta una delle più longeve d'Italia, seconda solo alle Provincie di Bolzano (per entrambi i generi) e di Trento (per il solo genere femminile); perde quest'anno il primato assoluto di longevità che deteneva da anni. Nelle Marche la speranza di vita alla nascita è per i maschi pari a 80,3 anni (media italiana 79,4 anni). Per le femmine la speranza di vita alla nascita è pari a 85,4 anni (valore medio italiano 84,5 anni).



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

La Regione presenta il più basso tasso di mortalità nella classe di età 19-64 anni, riportando un valore di 21,39 per 10.000 a fronte di un valore nazionale del 25,02 per 10.000.

MORTALITÀ

Nelle Marche la **mortalità complessiva** (per tutte le cause) oltre il primo anno di vita è pari a 100,91 per 10.000 abitanti tra i maschi (2009), contro una media nazionale di 109,41 per 10.000, mentre è pari a 62,25 per 10.000 tra le donne (contro una media nazionale di 69,31 per 10.000).

Per quanto riguarda i tassi di **mortalità per alcune cause** (2009) le Marche presentano, nella classe di età 19-64 anni valori sempre inferiori al valore nazionale, con l'eccezione delle cause violente nelle donne. La mortalità per tumori tra i maschi è pari a 9,92 per 10.000 (vs un valore medio nazionale di 10,53 per 10.000) e la mortalità per malattie del sistema circolatorio è di 4,67 per 10.000 (vs un valore medio nazionale di 5,54 per 10.000). Tra le femmine la mortalità per tumori è pari a 7,5 per 10.000, (vs un valore medio nazionale di 7,93 per 10.000) e la mortalità per malattie del sistema circolatorio di 1,61 per 10.000 (vs un valore medio nazionale di 1,84 per 10.000).

STILI DI VITA

Fumo - Le Marche presentano una quota di non fumatori pari al 52,8% (anno 2011) della popolazione regionale di 14 anni ed oltre (media nazionale 52,7%). Nelle Marche fuma il 21,4% della popolazione regionale di 14 anni ed oltre (valore medio nazionale 22,3%). Le Marche hanno una quota di ex-fumatori del 24% (23,4% valore italiano).

Consumo di alcol - Le Marche fanno registrare i seguenti valori: nel 2010 presentano una quota di non consumatori pari al 32,9% a fronte di un valore medio nazionale del 32,7%. I consumatori sono pari al 64,8%, a fronte di un valore medio nazionale del 65,7%.

È preoccupante il dato sulla prevalenza di consumatori a rischio di 11-18 anni (ovvero quei giovani che praticano almeno uno dei comportamenti a rischio relativamente al consumo di alcol, come l'eccedenza quotidiana o il binge drinking) che è pari al 20,5% dei maschi; tale valore è il sesto in ordine di grandezza rispetto alle altre Regioni italiane ed è superiore al valore nazionale del 15,2%. La prevalenza di consumatori a rischio di 19-64 anni è pari al 21,4% dei maschi (valore medio italiano 21,5%) e al 3,7% delle femmine (valore medio italiano 5,4%). Il totale dei consumatori a rischio è il 12,6% degli individui in questa fascia d'età (valore medio italiano 13,4%).

DIETA, PESO E SPORT

Quanto alle **abitudini alimentari** nelle Marche il 5,5% della popolazione consuma in media le 5 o più porzioni di verdura, ortaggi e frutta al dì, a fronte di una media



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

nazionale del 4,9%. Questa abitudine alimentare risulta in aumento nel periodo 2005-2011 (3,4% annuo).

Obesità e sovrappeso - Le Marche presentano una percentuale di obesi pari al 9,6% dei cittadini (persone di 18 anni e oltre), a fronte di un valore medio italiano del 10% e una percentuale di individui in sovrappeso pari al 38,1%; il valore medio nazionale è il 35,8%.

Per quanto riguarda la **pratica di sport** nelle Marche il 23,7% della popolazione dai 3 anni in su pratica sport in modo continuativo, contro un valore medio italiano di 21,9%; il 28,6% fa qualche attività fisica (valore medio nazionale 27,7%). Nelle Marche coloro che non svolgono alcuno sport sono il 36,3% della popolazione, a fronte di una media nazionale 39,8%.

SALUTE MENTALE

Anche nelle Marche si conferma l'aumento delle prescrizioni osservato in Italia negli ultimi 10 anni, con valori di consumo di antidepressivi pari a 37,99 dosi definite giornaliere per 1.000 abitanti nel 2011, superiore al livello nazionale pari a 36,10 DDD/1.000 ab die.

Nelle Marche il tasso standardizzato di suicidio è pari al 8,17 per 100.000, a fronte di un valore medio nazionale di 7,23 per 100.000 fra i soggetti con 15 anni ed oltre; l'eccesso di suicidi rispetto al valore italiano diventa ancora più importante nei soggetti con più di 75 anni (17,9 vs 12,7 per 100000).

SALUTE MATERNO INFANTILE

Organizzazione dei punti nascita - L'obiettivo da perseguire a livello regionale è avere un'alta percentuale di parti in punti nascita ciascuno dei quali gestisca annualmente un ampio numero di parti (questi sono i punti nascita in cui si registrano i migliori esiti dei parti perché più è ampio il bacino di utenza di ciascun punto nascita, maggiore è l'esperienza delle professionalità che si concentrano al suo interno).

Nel 2010 nelle Marche si registra che il 7,01% dei parti è avvenuto in punti nascita con un volume di attività inferiore a 500 parti annui (media nazionale del 7,37%); il 33,55% dei parti è avvenuto in punti nascita con un volume di attività compreso tra 500 e 799 parti annui (14,83% il valore medio nazionale). Il 19,69% dei parti (contro il 9,62% italiano dei parti) in punti nascita con un volume di attività compreso tra 800 e 999 parti annui. Infine il 39,75% dei parti è avvenuto in punti nascita con un volume di attività superiore a 1.000 (68,19% il valore medio nazionale).

Gestione dei parti con Taglio Cesareo (TC): le Marche presentano una quota di TC pari al 34,41% sul totale dei parti nel 2010, contro la media nazionale di 38,71%.

Si noti, però, che la Regione presenta una quota di TC primari pari al 21,65% sul totale dei parti nel 2010, contro la media nazionale del 24%. Da rilevare inoltre la



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

tendenza al decremento di questa quota rispetto al 2009 (-3,1% vs -2,2% nazionale), come auspicato dalle Linee guida internazionali e nazionali.

SISTEMA SANITARIO REGIONALE

Passando all'analisi sulla "salute" del Sistema Sanitario Regionale emerge tra le performance economico-finanziarie che nel 2009 nelle Marche il **rapporto spesa/PIL** è pari al 6,75% (valore medio italiano 7,22%).

La **spesa sanitaria pro capite** nelle Marche nel 2011 è pari a 1.787 euro, a fronte di una spesa media nazionale di 1.851 euro. Sempre nel 2011 le Marche hanno un avanzo procapite di un euro (dato medio italiano 29 euro). La Regione presenta inoltre un disavanzo procapite cumulato pari a 215 euro dal 2002 (dato medio italiano 608 euro).

CONSUMO DI FARMACI

Per quanto riguarda il **consumo territoriale di farmaci** a carico del SSN (espresso in termini di "DDD/1.000 ab die", cioè come numero medio di dosi di farmaco consumate giornalmente ogni 1.000 abitanti), nel 2011 le Marche presentano un consumo di 959 DDD/1.000 ab die, a fronte di un valore medio nazionale di 963, con un aumento del 48% negli ultimi 10 anni che posiziona le Marche tra le 7 regioni con maggior incremento di consumo territoriale di farmaci.

Sempre negli ultimi 10 anni, a fronte dell'aumento del consumo si osserva una diminuzione della **spesa pro capite per consumo di farmaci** a carico del SSN pari al -2,3% e paragonabile al valore italiano (-2,7%). Nel 2011 il valore nelle Marche è pari a 190 euro (la media nazionale è di 204,3 euro).

Altra immagine positiva è l'aumento della quota di spesa per i **farmaci a brevetto scaduto** che passa dall'8,4% del 2001 al 35,2% del 2011, con una quota di consumo pari al 54,8% del totale, a fronte di una media nazionale del 55,7%. Il consumo e la spesa dei farmaci a brevetto scaduto rappresentano, un indicatore di efficienza della spesa farmaceutica pubblica; infatti alla scadenza del brevetto possono essere autorizzati dei farmaci "copia" (detti generici o equivalenti), cui per legge sono assegnati prezzi inferiori di almeno il 20% rispetto ai prezzi dei corrispondenti farmaci originari, determinando risparmi per il Servizio Sanitario Nazionale e per il cittadino.

ASSISTENZA OSPEDALIERA

Gestione dell'assistenza ospedaliera: la Regione presenta un **tasso standardizzato complessivo di dimissioni ospedaliere** (ovvero in regime ordinario e in Day Hospital) di 158,7 per 1.000 nel 2010, già inferiore al valore soglia di 160 per 1000 indicato dal **D.L. 95 del 2012**; il valore medio nazionale è pari a 172,4 per 1.000.

Il raggiungimento della soglia è dovuto sia alla riduzione del tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere in regime ordinario dal 127,1 per 1000 del 2007 al 120,4 per 1.000 del 2010, che a quello in regime di day hospital (46,7 per 100 nel 2007 e 38,4 per 1000 nel 2010). Questo andamento può essere interpretato come una tendenza della Regione a promuovere iniziative rivolte al miglioramento dell'appropriatezza dei



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

ricoveri ospedalieri sia ottimizzando la scelta del ricovero in Day Hospital per le situazioni per cui non è indispensabile la permanenza in ospedale, sia migliorando l'assistenza ambulatoriale in modo da evitare il ricovero a scopo diagnostico. L'analisi degli indicatori di appropriatezza dei ricoveri ospedalieri confermano la tendenza descritta.

Nel 2010 le Marche presentano una **Degenza Media Preoperatoria** standardizzata pari a 1,44 giorni, a fronte di una media nazionale di 1,88. Questo parametro è indice di efficienza organizzativa e di appropriato utilizzo dei servizi diagnostici e dei reparti di degenza chirurgici.

Gestione delle fratture del collo del femore - La frattura del collo del femore (evento frequente nella popolazione anziana) è un ottimo modo per valutare la qualità dell'assistenza ospedaliera in quanto, se non trattata a dovere, può causare il peggioramento della qualità di vita e/o di mortalità. Infatti, diversi studi hanno dimostrato che lunghe attese per l'intervento per questa frattura corrispondono a un aumento del rischio di mortalità e di disabilità del paziente, aumento delle complicanze legate all'intervento e minore efficacia della fase riabilitativa. Di conseguenza, molte delle Linee Guida più recenti raccomandano che il paziente con frattura del collo del femore venga operato entro 48 o addirittura 24 ore dall'ingresso in ospedale. Nelle Marche il 58,6% (dato 2010) dei pazienti che hanno riportato tale frattura è operato entro 2 giorni (valore medio italiano di 35,1%); questo valore è paragonabile a quello del 2009, mentre fino a quell'anno si osserva un incremento positivo.

Mortalità evitabile - Si tratta di un altro indicatore di performance del SSR. Il concetto di mortalità evitabile per cause riconducibili ai servizi sanitari o *Amenable Mortality* (AM) è potenziale strumento per la valutazione della qualità e dell'efficacia dei sistemi sanitari e per monitorarne i cambiamenti nel tempo. La "mortalità riconducibile alle cure sanitarie" è definita come "decessi considerati prematuri, che non si verificherebbero in condizioni di cure efficaci e tempestive" o come "morti attribuibili" a condizioni per cui esistono interventi diagnostico-terapeutici e di prevenzione secondaria efficaci, che potrebbero prevenire le "morti premature". Nelle Marche, tra il 2006 e il 2009, il tasso di mortalità riconducibile ai servizi sanitari non presenta variazioni significative, con un valore nel 2009 pari a 57,46 per 100.000, mentre in Italia si osserva un decremento significativo da 63,86 a 61,69 per 100.000 nel 2009.

Performance del Ssr - Sul fronte delle performance emerge che le Marche hanno un livello medio-basso di **efficienza**, (misurata come capacità delle amministrazioni regionali di mantenere i bilanci in pareggio); livello medio-alto di **efficacia**, definita come insieme di quei cambiamenti nello stato di salute delle persone che sono strettamente attribuibili all'attività del sistema sanitario.

Nelle Marche è alto il livello di **appropriatezza** organizzativa (ossia il livello di qualità con cui il sistema assolve alla propria funzione secondo il rapporto tra le prestazioni erogate ed i determinanti connessi alla qualità organizzativa, come, ad esempio, le risorse strutturali impiegate), così come il livello di **soddisfazione ed accessibilità** del sistema da parte dei cittadini residenti.

CONCLUSIONI

Il Rapporto 2012 conferma l'ottima salute della popolazione marchigiana e la più che buona qualità dell'assistenza sanitaria rispetto ai livelli nazionali. Infatti è la seconda Regione con la speranza di vita più alta in Italia preceduta soltanto dalle provincie di Bolzano (per entrambi i sessi) e di Trento (per il sesso femminile). Il tasso di mortalità complessiva oltre il primo anno di vita rimane inferiore alla media nazionale. La Regione presenta, inoltre, un tasso standardizzato complessivo di dimissioni ospedaliere (regime ordinario e day hospital) più basso di quello nazionale e già inferiore al valore soglia di 160 per 1000 indicato dal DL 95 del 2012. Questo dato può essere interpretato come una tendenza della Regione a promuovere iniziative volte al miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri, sia ottimizzando la scelta del ricovero in Day Hospital, sia migliorando l'assistenza ambulatoriale.

Più che soddisfacente il giudizio dei cittadini marchigiani sull'assistenza sanitaria ed in particolare di quella ospedaliera caratterizzata da elevata appropriatezza organizzativa e accessibilità ai servizi.

Per quanto riguarda gli stili di vita soprattutto per la popolazione giovanile si conferma, purtroppo, un maggior consumo di alcolici rispetto alla media nazionale. Pertanto è necessario promuovere maggiori iniziative nel campo della prevenzione primarie mirate a ridurre i fattori di rischio associati alla sindrome da dipendenza alcolica. Infine, le Marche si confermano come la Regione con il minor numero di anziani che vivono soli a testimonianza dell'ottima programmazione dei servizi territoriali di tipo socio-sanitario.

Per ulteriori approfondimenti contattare

Prof.ssa Flavia Carle – Direzione Generale della Programmazione Sanitaria - Ministero della Salute. Tel. 0659945204; e-mail: f.carle@sanita.it

Prof. Marcello D'Errico – Facoltà di Medicina e Chirurgia – Università Politecnica delle Marche. Tel. 0712206029; e-mail: derrico@univpm.it



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

COMUNICATO STAMPA

ROMA, 29 APRILE 2013

Lazio: la Regione più istruita, ha la maggior percentuale di laureati

Si conferma la Regione con più fumatori

Il Lazio è promossa come Regione più istruita d'Italia, infatti è la Regione che vanta la migliore percentuale di individui con livello di istruzione elevato: nel 2011, la percentuale della popolazione di età 25-64 anni con un titolo di studio di diploma di 4-5 anni è stata pari al 40,8% per i maschi (media italiana 34%), al 41% per le femmine, la percentuale maggiore in Italia (media italiana 33,3%); è anche la Regione italiana con più laureati per entrambi i generi: nel Lazio ha conseguito la laurea il 18,2% degli uomini (media italiana 13,4%) ed il 20,4% delle donne (media italiana 16,4%).

Il miglioramento delle condizioni di salute della popolazione dipende anche dall'adozione di comportamenti e stili di vita corretti e a titoli di studio più elevati corrisponde in media una maggiore tendenza a sposare stili di vita salutari.

Ma in negativo, il Lazio si distingue anche quest'anno per un primato molto pericoloso, il fumo: la Regione, infatti, presenta (anno 2011) una quota di non fumatori pari al 48,8% della popolazione regionale di 14 anni ed oltre, la percentuale minore in Italia (media nazionale 52,7%). Nel Lazio fuma il 27,2% della popolazione regionale di 14 anni ed oltre, a fronte di un valore medio nazionale del 22,3%. Il Lazio ha infine una quota di ex-fumatori del 22,6% (23,4% valore italiano).

Sono alcuni dei dati che emergono dalla decima edizione del **Rapporto Osservasalute (2012)**, un'approfondita analisi dello stato di salute della popolazione e della qualità dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane presentata oggi all'Università Cattolica. Pubblicato dall'**Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane** che ha sede presso l'**Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma** e coordinato dal Professor **Walter Ricciardi**, direttore dell'Osservatorio e del Dipartimento di Sanità Pubblica del Policlinico Universitario "Agostino Gemelli", il Rapporto è frutto del lavoro di 184 esperti di sanità pubblica, clinici, demografi, epidemiologi, matematici, statistici e economisti distribuiti su tutto il territorio italiano, che operano presso Università e numerose istituzioni pubbliche nazionali, regionali e aziendali (Ministero della Salute, Istat, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale Tumori, Istituto Italiano di Medicina Sociale, Agenzia Italiana del Farmaco, Aziende Ospedaliere e Aziende Sanitarie,



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

Osservatori Epidemiologici Regionali, Agenzie Regionali e Provinciali di Sanità Pubblica, Assessorati Regionali e Provinciali alla Salute).

Nel Lazio si registra un notevole aumento demografico, infatti, soprattutto grazie alla componente migratoria, la Regione ha un saldo medio annuo nel biennio 2010-2011 pari a 8,1 per 1.000 residenti per anno (media nazionale di 4,2 per 1.000).

Nel Lazio il tasso di **fecondità totale** (ovvero il numero medio di figli per donna) è pari a 1,41 figli per donna (1,37 figli per le italiane; 1,76 figli per le straniere) contro un valore medio italiano, che comprende donne italiane e straniere, di 1,39 figli – dati 2011; nel Lazio l'età media delle donne al parto è 32 anni (età media nazionale 31,4 anni).

ANZIANI

Nel Lazio nel 2011 il 10,1% dei cittadini ha tra 65 e 74 anni (+0,8% dal 2005), a fronte di una media nazionale del 10,2%, mentre le persone con 75 anni ed oltre sono il 9,7% della popolazione regionale (+4,2% dal 2005, aumento di gran lunga superiore alla media italiana del 2,6%), contro il 10,1% medio italiano.

Anziani che vivono soli - La percentuale di persone dai 65 anni in su che vive sola nel Lazio (dati 2010) è pari al 19,8% dei maschi in quella fascia d'età, la percentuale maggiore in Italia (valore medio italiano 15,1%), al 39,5% delle femmine (valore medio italiano 37,6%), per un totale del 31,2% delle persone in questa fascia d'età, contro una media nazionale di 28,1%.

La quota di persone anziane che vivono sole sul totale della popolazione della stessa fascia di età rappresenta un prezioso indicatore in sede di programmazione dei servizi territoriali di tipo socio-sanitario. Il motivo è che gli anziani che vivono soli sono maggiormente esposti al rischio di emarginazione sociale e, data l'età, all'insorgenza di patologie gravi e invalidanti che possono portare al confinamento e, comunque, alla necessità di assistenza socio-sanitaria anche nello svolgimento delle normali attività della vita quotidiana.

SPERANZA DI VITA

La speranza di vita alla nascita è per i maschi pari a 79,1 anni (media italiana 79,4). Per le femmine la speranza di vita alla nascita pari a 84,5 anni (valore medio italiano 84,5).

MORTALITÀ

Nel Lazio la **mortalità complessiva** (tasso standardizzato per tutte le cause) oltre il primo anno di vita è pari a 106,99 per 10.000 abitanti tra i maschi (2009), contro una media nazionale di 109,41 per 10.000, mentre è pari a 69,60 per 10.000 tra le donne (contro una media nazionale di 69,31 per 10.000); si noti che la Regione ha un basso tasso di mortalità per i maschi over-75 (835,63 vs. una media di 870,64).



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

Per quanto riguarda i tassi di **mortalità per alcune cause** (2009) il Lazio presenta, nella classe di età 19-64 anni, una mortalità per tumori tra i maschi pari a 10,22 per 10.000 (vs un valore medio nazionale di 10,53 per 10.000) e una mortalità per malattie del sistema circolatorio di 6,07 per 10.000 (vs un valore medio nazionale di 5,54 per 10.000). Tra le femmine la mortalità per tumori è pari a 8,36 per 10.000 (vs un valore medio nazionale di 7,93 per 10.000) e la mortalità per malattie del sistema circolatorio di 1,85 per 10.000 (vs un valore medio nazionale di 1,84 per 10.000).

STILI DI VITA

Consumo di alcol – Il Lazio fa registrare i seguenti valori: nel 2010 presenta una quota di non consumatori pari al 31,5%, a fronte di un valore medio nazionale del 32,7%. I consumatori sono il 65,9% contro un valore medio nazionale del 65,7%.

La prevalenza di consumatori a rischio di 11-18 anni (ovvero quei giovani che praticano almeno uno dei comportamenti a rischio relativamente al consumo di alcol, come l'eccedenza quotidiana o il binge drinking) è pari al 12,2% dei maschi (valore medio italiano 15,2%), all'8,4% delle femmine (valore medio italiano 10,2%), per un totale del 10,5% dei giovani in questa fascia d'età (valore medio italiano 12,8%). La prevalenza di consumatori a rischio di 19-64 anni è pari al 18,2% dei maschi, (valore medio italiano 21,5%) e al 5,7% delle femmine (valore medio italiano 5,4%). Il totale dei consumatori a rischio è l'11,8% degli individui in questa fascia d'età (valore medio italiano 13,4%).

DIETA, PESO E SPORT

Quanto alle **abitudini alimentari** nel Lazio il 3,9% della popolazione consuma in media le 5 o più porzioni di verdura, ortaggi e frutta al dì, contro una media nazionale del 4,9%: Tale percentuale, purtroppo, è in calo nel tempo (-5,6% tra il 2005 ed il 2011 a fronte di una diminuzione su scala nazionale di -1,3%).

Sovrappeso e obesità - La percentuale di individui (persone di 18 anni e oltre) in sovrappeso è pari al 34%; il valore medio nazionale è il 35,8%. È obeso il 9,2% dei cittadini, contro il valore medio italiano del 10%.

Per quanto riguarda la **pratica di sport** nel Lazio il 22,1% della popolazione dai 3 anni in su pratica sport in modo continuativo, contro un valore medio italiano di 21,9%; il 22,5% fa qualche attività fisica (valore medio nazionale 27,7%). Nel Lazio coloro che non svolgono alcuno sport sono il 44,9% della popolazione contro una media nazionale 39,8%.

INCIDENTI

Il Lazio ha un elevato livello di incidenti stradali: nel 2009 il tasso di mortalità per incidente era pari a 0,88 per 10.000, a fronte del valore nazionale di 0,77 per 10.000, ed anche la media dell'incidentalità (2008-2010) è pari a 4,94 per 1.000 (media italiana 3,58 per 1.000).



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

Al contrario, per quanto riguarda la mortalità per infortuni sul lavoro, il Lazio presenta valori inferiori alla media italiana (media 2009-2011) e cioè 4,04 per 100.000 (5,53 per 100.000 il valore italiano).

OSPEDALIZZAZIONE PER CAUSA

L'ospedalizzazione per malattie ischemiche del cuore è nel Lazio superiore alla media italiana per i maschi, ma non per le femmine: per i codici di ricovero 410-414, nell'anno 2010, il Lazio presenta un tasso per i maschi di 970,1 per 100.000, a fronte del valore italiano di 961,7, mentre per le femmine un tasso di 336,3 per 100.000 a fronte di un valore nazionale di 341,1 per 100.000. Per le malattie cerebro-vascolari (codici 430-438) il valore è superiore alla media sia per i maschi (730,2 per 100.000, a fronte di un valore per l'Italia di 676,9 per 100.000) che per le femmine (530 per 100.000 a fronte di 492,3 per 100.000 dell'Italia). Infine, per le malattie metaboliche (diabete mellito), il tasso standardizzato di dimissione è stato, nel 2010, di 85,53 per 10.000 nel Lazio e di 77 per 10.000 in Italia.

SALUTE MENTALE

Nel Lazio si registra un consumo di antidepressivi pari a 34,08 dosi definite giornaliere per 1.000 abitanti nel 2011. A livello nazionale il consumo medio è di 36,10 DDD/1.000 ab die.

Nel Lazio il tasso standardizzato di suicidio è pari a 5,32 per 100.000 contro un valore medio nazionale di 7,23 per 100.000 fra i soggetti con 15 anni ed oltre.

SALUTE MATERNO INFANTILE

Organizzazione dei punti nascita – L'obiettivo da perseguire a livello regionale è avere un'alta percentuale di parti in punti nascita ciascuno dei quali gestisca annualmente un ampio numero di parti (questi sono i punti nascita in cui si registrano i migliori esiti dei parti perché più è ampio il bacino di utenza di ciascun punto nascita, maggiore è l'esperienza delle professionalità che si concentrano al suo interno).

Nel 2010 nella Regione il 6,33% dei parti è avvenuto in punti nascita con un volume di attività inferiore a 500 parti annui, contro una media nazionale del 7,37%; il 13,32% dei parti è avvenuto in punti nascita con un volume di attività compreso tra 500 e 799 parti annui (14,83% il valore medio nazionale) e il 12,85% dei parti (contro il 9,62% italiano dei parti) è avvenuto in punti nascita con un volume di attività compreso tra 800 e 999 parti annui. Infine il 67,5% dei parti è avvenuto in punti nascita con un volume di attività superiore a 1.000 (68,19% il valore medio nazionale).

Nel Lazio resta da migliorare la gestione dei parti con **taglio cesareo**: infatti in Regione il 44,41% (totale TC sul totale dei parti - anno 2010) dei parti avviene con taglio cesareo, contro la media nazionale di 38,71%.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane

SISTEMA SANITARIO REGIONALE



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

Passando all'analisi sulla "salute" del Sistema Sanitario Regionale emerge tra le performance economico-finanziarie che nel 2009 nel Lazio il **rapporto spesa/PIL** è pari al 7,08% (valore medio italiano 7,22%).

La **spesa sanitaria pro capite** nel Lazio nel 2011 è pari a 1.969 euro, a fronte di una spesa media nazionale di 1.851 euro. Sempre nel 2011 il Lazio ha un disavanzo procapite di 152 euro – dato peggiore in Italia (dato medio italiano 29 euro). La Regione presenta anche in questa edizione del Rapporto il disavanzo procapite cumulato maggiore in Italia, pari a 2.434 euro dal 2002 (dato medio italiano 608 euro).

CONSUMO DI FARMACI

Per quanto riguarda il **consumo territoriale di farmaci** a carico del SSN (espresso in termini di "DDD/1.000 ab die", cioè come numero medio di dosi di farmaco consumate giornalmente ogni 1.000 abitanti), nel 2011 il Lazio presenta un consumo di 1.056 DDD/1.000 ab die (+38,8% dal 2001), a fronte di un valore medio nazionale di 963.

Sempre nel 2011 la spesa pro capite per consumo di farmaci a carico del SSN nel Lazio è pari a 234,4 euro (la media nazionale di 204,3 euro), segnando un -5,7% dal 2010.

Nel Lazio il dato sull'utilizzo di **farmaci a brevetto scaduto** sul totale delle DDD prescritte è pari al 54,9% del totale dei consumi, contro una media nazionale del 55,7%. La spesa per questi farmaci è pari al 34,3% della spesa totale (valore medio nazionale 32,2%).

ASSISTENZA TERRITORIALE

La dotazione di **posti letto per disabili ed anziani** nelle strutture socio-sanitarie è nel Lazio, per il 2010, pari a 286,5 per 100.000, valore inferiore al riferimento nazionale (567,8).

ASSISTENZA OSPEDALIERA

Per quel che concerne la gestione dell'assistenza ospedaliera il Lazio ha un **tasso standardizzato complessivo di dimissioni ospedaliere** (ovvero in regime ordinario e in Day Hospital) di 189,6 per 1.000 nel 2009 in considerevole diminuzione rispetto al 2006 quando era 228,4 per 1.000; il valore medio nazionale è pari a 179,4 per 1.000.

Per il tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere in regime ordinario il Lazio ha un valore pari a 121,1 per 1.000 (2010). Il valore medio italiano è pari a 122,2 per 1.000. Il tasso standardizzato complessivo di dimissioni ospedaliere è di 181,8 per 1.000 (valore medio nazionale 172,4). Infine il tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere in regime di Day Hospital è pari a 60,7 per 1.000, mentre la media nazionale è di 50,2 per 1.000.

Nel 2010 il Lazio presenta una **Degenza Media Preoperatoria** standardizzata pari a 2,47 giorni – come lo scorso anno è il dato peggiore in Italia, a fronte di una media nazionale di 1,88.

Gestione delle fratture del collo del femore - La frattura del collo del femore (evento frequente nella popolazione anziana) è un ottimo modo per valutare la qualità dell'assistenza ospedaliera in quanto, se non trattata a dovere, può causare il peggioramento della qualità di vita e/o di mortalità. Infatti, diversi studi hanno dimostrato che lunghe attese per l'intervento per questa frattura corrispondono a un aumento del rischio di mortalità e di disabilità del paziente, aumento delle complicanze legate all'intervento e minore efficacia della fase riabilitativa. Di conseguenza, molte delle Linee Guida più recenti raccomandano che il paziente con frattura del collo del femore venga operato entro 48 o addirittura 24 ore dall'ingresso in ospedale. Nel Lazio il 27,5% (dato 2010) dei pazienti che hanno riportato tale frattura è operato entro 2 giorni (valore medio italiano di 35,1%).

Mortalità evitabile – Si tratta di un altro indicatore di performance del SSR. Il concetto di mortalità evitabile per cause riconducibili ai servizi sanitari o *Amenable Mortality* (AM) è potenziale strumento per la valutazione della qualità e dell'efficacia dei sistemi sanitari e per monitorarne i cambiamenti nel tempo. La "mortalità riconducibile alle cure sanitarie" è definita come "decessi considerati prematuri, che non si verificherebbero in condizioni di cure efficaci e tempestive" o come "morti attribuibili" a condizioni per cui esistono interventi diagnostico-terapeutici e di prevenzione secondaria efficaci, che potrebbero prevenire le "morti premature". Nel periodo considerato nel Rapporto, tra 2006 e 2009, si è assistito a una lieve riduzione del tasso di mortalità riconducibile ai servizi sanitari: si è passati, difatti, dal 64,49 per 100.000 (valore medio italiano 63,86 per 100.000) del 2006 al 62,54 (per 100.000) del 2009 (valore medio italiano 61,69 per 100.000).

Performance del Ssr – Il Lazio è caratterizzato da un livello basso di efficienza. Si noti che la componente dell'efficienza considerata nel Rapporto si riferisce solo alla capacità delle amministrazioni regionali di mantenere i bilanci in pareggio. Per l'appropriatezza (parametro riferito alla valutazione degli atti medici in relazione ai costi, alle risorse disponibili ed ai risultati auspicabili), il Lazio ha un livello medio-basso.

Medio-basso è anche il livello di efficacia, laddove per efficacia si intende il grado con cui i beni e servizi erogati dal SSR alla popolazione portano ad un miglioramento della salute dei cittadini. L'efficacia come dimensione della performance è, quindi, riferita a quei cambiamenti nello stato di salute delle persone che sono strettamente attribuibili all'attività del sistema sanitario.

Basso in Regione anche il livello di soddisfazione ed accessibilità del sistema da parte dei cittadini residenti, ovvero rispettivamente il livello di gradimento o di scontento dei cittadini verso il sistema sanitario e la facilità con cui i servizi sanitari sono raggiungibili da chi ne ha bisogno (la facilità o difficoltà di accesso possono essere di tipo fisico, finanziario o psicologico). Con tale dimensione della performance si valuta quindi la capacità del sistema di organizzare adeguatamente l'offerta dei servizi, in



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



**UNIVERSITÀ
CATTOLICA**
del Sacro Cuore

base alla possibilità degli utenti di ottenere le cure nel luogo giusto ed al momento giusto).

CONCLUSIONI

Il Lazio fronteggia sfide rilevanti. Da un lato deve invertire la tendenza alla "meridionalizzazione" del suo SSR, misurata dai suoi indicatori di efficienza, efficacia, appropriatezza, soddisfazione dell'utenza, più simili a quelli delle regioni meridionali che a quelle del Centro-Nord (si guardi, ad esempio, alle carenze nel trattamento precoce della frattura del collo del femore, o all'elevata percentuale di parti cesarei). Dall'altra deve lavorare sui suoi cittadini e sui loro stili di vita: infatti le luci ed ombre del sistema laziale si riassumono nella divaricazione tra livello di istruzione, stili di vita e malattie ad essi legate; abbiamo infatti, a partire dall'abitudine al fumo e dalle carenze nel regime alimentare e di attività fisica, un possibile rischio che già si concretizza in tassi superiori alla media di ospedalizzazione per malattie cardiocircolatorie e metaboliche (diabete). Non pone invece problemi la salute mentale dei laziali, che forse proprio grazie alla loro sostanziale stabilità emotiva, riescono a fronteggiare avversità ancora rilevanti (elevata incidentalità stradale). Infine sarà necessario attrezzarsi per fronteggiare il rischio derivante dal costante invecchiamento della popolazione: a fronte dell'incremento demografico, proveniente prevalentemente da immigrati, si ha un incremento degli anziani, spesso in nuclei monocomponenti, e soprattutto di età delicata (75 anni ed oltre). Sembra ancora inadeguata, pur a fronte di elevate spese pro-capite, la dotazione di posti letto in strutture socio-assistenziali.

Per ulteriori approfondimenti contattare

Guido Citoni e Paolo Villari
Dipartimento di Sanità Pubblica, Centro Didattico Polifunzionale, Viale Regina Elena
324, 00161 Roma
tel 0649970251, fax 064958348



osservatorio
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

COMUNICATO STAMPA

ROMA, 29 APRILE 2013

Abruzzo: la Regione con la migliore copertura vaccinale nei bambini

Ma è la Regione in cui muoiono più ragazzi

L'Abruzzo è la Regione con la migliore copertura vaccinale nei bambini con meno di 24 mesi per poliomielite, anti-Difterite e Tetano (DT), o DT e Pertosse (DTP), *Haemophilus influenzae* di tipo b (Hib): presenta infatti il tasso maggiore di copertura, 99,1% per tutte e tre le vaccinazioni (valori medi italiani 96,4%, 96,6%, 95,9%).

In negativo, invece, si segnala che l'Abruzzo è la Regione in cui muoiono più giovani: presenta infatti il maggior tasso standardizzato (per 10.000) di mortalità tra i maschi nella classe di età 0-18 anni, 6,15 per 10.000, a fronte di un valore medio nazionale del 3,63 per 10.000. Tali dati sono imputabili all'evento sismico che ha interessato l'Abruzzo nell'aprile 2009.

Sono alcuni dei dati che emergono dalla decima edizione del **Rapporto Osservasalute (2012)**, un'approfondita analisi dello stato di salute della popolazione e della qualità dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane presentata oggi all'Università Cattolica. Pubblicato dall'**Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane** che ha sede presso l'**Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma** e coordinato dal Professor **Walter Ricciardi**, direttore dell'Osservatorio e del Dipartimento di Sanità Pubblica del Policlinico Universitario "Agostino Gemelli", il Rapporto è frutto del lavoro di 184 esperti di sanità pubblica, clinici, demografi, epidemiologi, matematici, statistici e economisti distribuiti su tutto il territorio italiano, che operano presso Università e numerose istituzioni pubbliche nazionali, regionali e aziendali (Ministero della Salute, Istat, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale Tumori, Istituto Italiano di Medicina Sociale, Agenzia Italiana del Farmaco, Aziende Ospedaliere e Aziende Sanitarie, Osservatori Epidemiologici Regionali, Agenzie Regionali e Provinciali di Sanità Pubblica, Assessorati Regionali e Provinciali alla Salute).

In Abruzzo si registra un **saldo medio annuo** nel biennio 2010-2011 pari a 3 per 1.000 residenti per anno (media nazionale di 4,2 per 1.000).



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

L'Abruzzo presenta un tasso di **fecondità totale** (ovvero il numero medio di figli per donna) pari a 1,3 figli per donna (1,23 figli per le italiane; 1,87 figli per le straniere) contro un valore medio italiano, che comprende donne italiane e straniere, di 1,39 figli – dati 2011. In Abruzzo l'età media delle donne al parto è pari a 31,6 anni (età media nazionale 31,4 anni).

Quest'anno il Rapporto osserva anche il livello di istruzione medio dei residenti in Regione, che ha un impatto indiretto sulla salute dei cittadini visto che a titoli di studio più elevati corrispondono in media condizioni socio-economiche migliori e una tendenza maggiore a sposare stili di vita salutari. In Abruzzo la percentuale della popolazione di età 25-64 anni con un titolo di studio (2011) di diploma di 4-5 anni è pari al 39% per i maschi (media italiana 34,0%), al 38,5% per le femmine, (media italiana 33,3%), in Abruzzo ha conseguito la laurea il 14,9% degli uomini (media italiana 13,4%) ed il 19,6% delle donne (media italiana 16,4%).

ANZIANI

In Abruzzo nel 2011 il 9,9% dei cittadini ha tra 65 e 74 anni (-1,1% dal 2005), a fronte di una media nazionale del 10,2%, mentre le persone con 75 anni ed oltre sono l'11,3% della popolazione regionale (+2,1% dal 2005), a fronte di una media nazionale del 10,1%.

Anziani che vivono soli - La percentuale di persone dai 65 anni in su che vive sola in Abruzzo (dati 2010) è pari al 13,7% dei maschi in quella fascia d'età (valore medio italiano 15,1%), al 34,9% delle femmine (valore medio italiano 37,6%), per un totale del 25,8% delle persone in questa fascia d'età, contro una media nazionale di 28,1%. La quota di persone anziane che vivono sole sul totale della popolazione della stessa fascia di età rappresenta un prezioso indicatore in sede di programmazione dei servizi territoriali di tipo socio-sanitario. Il motivo è che gli anziani che vivono soli sono maggiormente esposti al rischio di emarginazione sociale e, data l'età, all'insorgenza di patologie gravi e invalidanti che possono portare al confinamento e, comunque, alla necessità di assistenza socio-sanitaria anche nello svolgimento delle normali attività della vita quotidiana.

SPERANZA DI VITA

In Abruzzo la speranza di vita alla nascita è per i maschi pari a 79,2 anni (media italiana 79,4). Per le femmine la speranza di vita alla nascita è pari a 84,9 anni (valore medio italiano 84,5).

MORTALITÀ

In Abruzzo la **mortalità complessiva** (per tutte le cause) oltre il primo anno di vita è pari a 107,66 per 10.000 abitanti tra i maschi (2009), contro una media nazionale di 109,41 per 10.000, mentre è pari a 68,04 per 10.000 tra le donne (contro una media nazionale di 69,31 per 10.000).



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



**UNIVERSITÀ
CATTOLICA**
del Sacro Cuore

Per quanto riguarda i tassi di **mortalità per alcune cause** (2009) l'Abruzzo presenta, nella classe di età 19-64 anni, una mortalità per tumori tra i maschi pari a 9,47 per 10.000 (vs un valore medio nazionale di 10,53 per 10.000) e una mortalità per malattie del sistema circolatorio di 6,39 per 10.000 (vs un valore medio nazionale di 5,54 per 10.000). Tra le femmine la mortalità per tumori è pari a 6,77 per 10.000, (vs un valore medio nazionale di 7,93 per 10.000) e la mortalità per malattie del sistema circolatorio di 1,85 per 10.000 (vs un valore medio nazionale di 1,84 per 10.000).

STILI DI VITA

Fumo - L'Abruzzo presenta una quota di non fumatori pari al 49,4% (anno 2011) della popolazione regionale di 14 anni ed oltre (media nazionale 52,7%). In Abruzzo fuma il 24% della popolazione regionale di 14 anni ed oltre (valore medio nazionale 22,3%). L'Abruzzo ha una quota di ex-fumatori del 25,1% (23,4% valore italiano).

Consumo di alcol - L'Abruzzo fa registrare i seguenti valori: nel 2010 presenta una quota di non consumatori pari al 31,7% a fronte di un valore medio nazionale del 32,7%. I consumatori sono il 66,5%, a fronte di un valore medio nazionale del 65,7%. La prevalenza di consumatori a rischio di 11-18 anni (ovvero quei giovani che praticano almeno uno dei comportamenti a rischio relativamente al consumo di alcol, come l'eccedenza quotidiana o il binge drinking) è pari al 18,8% dei maschi (valore medio italiano 15,2%), al 21% per le femmine (valore medio italiano 10,2%), per un totale del 19,8% dei giovani in questa fascia d'età (valore medio italiano 12,8%). La prevalenza di consumatori a rischio di 19-64 anni è pari al 31,2% dei maschi (valore medio italiano 21,5%) e al 5,7% delle femmine (valore medio italiano 5,4%). Il totale dei consumatori a rischio è il 18,4% degli individui in questa fascia d'età (valore medio italiano 13,4%).

DIETA, PESO E SPORT

Quanto alle **abitudini alimentari** in Abruzzo il 6,6% della popolazione consuma in media le 5 o più porzioni di verdura, ortaggi e frutta al dì, a fronte di una media nazionale del 4,9%. L'Abruzzo è la Regione in cui questo consumo è cresciuto maggiormente dal 2005, segnando un +7,5% a fronte di una riduzione media nazionale del -1,3%.

Obesità e sovrappeso - L'Abruzzo presenta una percentuale di obesi pari all'8,7% dei cittadini (persone di 18 anni e oltre), a fronte di un valore medio italiano del 10% e una percentuale di individui in sovrappeso pari al 39,2%; il valore medio nazionale è il 35,8%.

Per quanto riguarda la **pratica di sport** in Abruzzo il 20,8% della popolazione dai 3 anni in su pratica sport in modo continuativo, contro un valore medio italiano di 21,9%; il 28,7% fa qualche attività fisica (valore medio nazionale 27,7%). In Abruzzo coloro che non svolgono alcuno sport sono il 40,4% della popolazione, a fronte di una media nazionale 39,8%.

SALUTE MENTALE

In Abruzzo si registra un consumo di antidepressivi pari a 34,7 dosi definite giornaliere per 1.000 abitanti nel 2011. A livello nazionale il consumo medio è di 36,10 DDD/1.000 ab die.

In Abruzzo il tasso standardizzato di suicidio è pari al 7,45 per 100.000, a fronte di un valore medio nazionale di 7,23 per 100.000 fra i soggetti con 15 anni ed oltre.

SALUTE MATERNO INFANTILE

Organizzazione dei punti nascita – L'obiettivo da perseguire a livello regionale è avere un'alta percentuale di parti in punti nascita ciascuno dei quali gestisca annualmente un ampio numero di parti (questi sono i punti nascita in cui si registrano i migliori esiti dei parti perché più è ampio il bacino di utenza di ciascun punto nascita, maggiore è l'esperienza delle professionalità che si concentrano al suo interno).

Nel 2010 in Abruzzo si registra che il 19,69% dei parti è avvenuto in punti nascita con un volume di attività inferiore a 500 parti annui (media nazionale del 7,37%); il 15% dei parti è avvenuto in punti nascita con un volume di attività compreso tra 500 e 799 parti annui (14,83% il valore medio nazionale). Il 10,58% dei parti (contro il 9,62% italiano dei parti) in punti nascita con un volume di attività compreso tra 800 e 999 parti annui. Infine il 54,73% dei parti è avvenuto in punti nascita con un volume di attività superiore a 1.000 (68,19% il valore medio nazionale).

Gestione dei parti con Taglio Cesareo (TC): l'Abruzzo presenta una quota di TC pari al 44,64% sul totale dei parti nel 2010, contro la media nazionale di 38,71%.

SISTEMA SANITARIO REGIONALE

Passando all'analisi sulla "salute" del Sistema Sanitario Regionale emerge tra le performance economico-finanziarie che nel 2009 in Abruzzo il **rapporto spesa/PIL** è pari al 8,42% (valore medio italiano 7,22%).

La **spesa sanitaria pro capite** in Abruzzo nel 2011 è pari a 1.757 euro, a fronte di una spesa media nazionale di 1.851 euro. Sempre nel 2011 l'Abruzzo ha un avanzo pro capite di 19 euro - avanzo maggiore in Italia (dato medio italiano 29 euro). La Regione presenta inoltre un disavanzo procapite cumulato pari a 911 euro dal 2002 (dato medio italiano 608 euro).

CONSUMO DI FARMACI

Per quanto riguarda il **consumo territoriale di farmaci** a carico del SSN (espresso in termini di "DDD/1.000 ab die", cioè come numero medio di dosi di farmaco consumate giornalmente ogni 1.000 abitanti), nel 2011 l'Abruzzo presenta un consumo di 968 DDD/1.000 ab die, a fronte di un valore medio nazionale di 963.

Sempre nel 2011 la **spesa pro capite per consumo di farmaci** a carico del SSN in Abruzzo è pari a 221,9 euro (la media nazionale di 204,3 euro).



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

In Abruzzo il dato sull'utilizzo di **farmaci a brevetto scaduto** sul totale delle DDD prescritte è pari al 52,9% del totale dei consumi, a fronte di una media nazionale del 55,7%. La spesa per questi farmaci è pari al 30,1% della spesa totale (valore medio nazionale 32,2%).

ASSISTENZA OSPEDALIERA

Gestione dell'assistenza ospedaliera: la Regione presenta un **tasso standardizzato complessivo di dimissioni ospedaliere** (ovvero in regime ordinario e in Day Hospital) di 176,6 per 1.000 nel 2010; il valore medio nazionale è pari a 172,4 per 1.000.

Per il tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere in regime ordinario l'Abruzzo ha un valore pari a 125,9 per 1.000 (2010), a fronte di un valore medio italiano pari a 122,2 per 1.000. Infine il tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere in regime di Day Hospital è pari a 50,7 per 1.000, mentre la media nazionale è di 50,2 per 1.000.

Nel 2010 l'Abruzzo presenta una **Degenza Media Preoperatoria** standardizzata pari a 1,88 giorni, pari alla media nazionale. Questo parametro è indice di efficienza organizzativa e di appropriato utilizzo dei servizi diagnostici e dei reparti di degenza chirurgici.

Gestione delle fratture del collo del femore - La frattura del collo del femore (evento frequente nella popolazione anziana) è un ottimo modo per valutare la qualità dell'assistenza ospedaliera in quanto, se non trattata a dovere, può causare il peggioramento della qualità di vita e/o di mortalità. Infatti, diversi studi hanno dimostrato che lunghe attese per l'intervento per questa frattura corrispondono a un aumento del rischio di mortalità e di disabilità del paziente, aumento delle complicanze legate all'intervento e minore efficacia della fase riabilitativa. Di conseguenza, molte delle Linee Guida più recenti raccomandano che il paziente con frattura del collo del femore venga operato entro 48 o addirittura 24 ore dall'ingresso in ospedale. In Abruzzo il 30,3% (dato 2010) dei pazienti che hanno riportato tale frattura è operato entro 2 giorni (valore medio italiano di 35,1%).

Mortalità evitabile - Si tratta di un altro indicatore di performance del SSR. Il concetto di mortalità evitabile per cause riconducibili ai servizi sanitari o *Amenable Mortality* (AM) è potenziale strumento per la valutazione della qualità e dell'efficacia dei sistemi sanitari e per monitorarne i cambiamenti nel tempo. La "mortalità riconducibile alle cure sanitarie" è definita come "decessi considerati prematuri, che non si verificherebbero in condizioni di cure efficaci e tempestive" o come "morti attribuibili" a condizioni per cui esistono interventi diagnostico-terapeutici e di prevenzione secondaria efficaci, che potrebbero prevenire le "morti premature". Nel periodo considerato nel Rapporto, tra 2006 e 2009, si è assistito addirittura a un aumento del tasso di mortalità riconducibile ai servizi sanitari (laddove in quasi tutte le altre regioni si assiste a una riduzione del dato in questo lasso di tempo): si è passati, difatti, dal 62,56 per 100.000 (valore medio italiano 63,86 per 100.000) del 2006 al 66,53 (per 100.000) del 2009 (valore medio italiano 61,69 per 100.000).



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



**UNIVERSITÀ
CATTOLICA**
del Sacro Cuore

Performance del Ssr – Sul fronte delle performance emerge che l’Abruzzo ha un livello alto di efficienza, (si noti che la componente dell’efficienza considerata nel Rapporto si riferisce solo alla capacità delle amministrazioni regionali di mantenere i bilanci in pareggio); livello medio-basso di efficacia, laddove per efficacia si intende il grado con cui i beni e servizi erogati dal SSR alla popolazione migliorano la salute dei cittadini. L’efficacia come dimensione della performance è, quindi, riferita a quei cambiamenti nello stato di salute delle persone che sono strettamente attribuibili all’attività del sistema sanitario.

È medio-basso il livello di appropriatezza (parametro riferito alla valutazione degli atti medici in relazione ai costi, alle risorse disponibili ed ai risultati auspicabili) in Abruzzo. È medio-basso anche il livello di soddisfazione ed accessibilità del sistema da parte dei cittadini residenti, ovvero rispettivamente il livello di gradimento o di scontento dei cittadini verso il sistema sanitario e la facilità con cui i servizi sanitari sono raggiungibili da chi ne ha bisogno (la facilità o difficoltà di accesso possono essere di tipo fisico, finanziario o psicologico. Con tale dimensione della performance si valuta quindi la capacità del sistema di organizzare adeguatamente l’offerta dei servizi, in base alla possibilità degli utenti di ottenere le cure nel luogo giusto ed al momento giusto).

CONCLUSIONI

Tra i dati più significativi che emergono dall’analisi del Rapporto Osservasalute 2012 vi è sicuramente quello relativo alla copertura vaccinale nei bambini con meno di 24 mesi.

Relativamente alla sopravvivenza e alla mortalità per causa, si segnala l’aumento della mortalità per entrambi i generi nel 2009 rispetto ai due anni precedenti. In particolare, un ruolo importante è rivestito dalla mortalità per cause violente sia nella fascia di età 0-18 anni, in cui è più che raddoppiata, sia nella fascia di età 19-64 anni, in cui si è registrato un considerevole aumento rispetto al 2007. **Tali dati sono imputabili all’evento sismico che ha interessato l’Abruzzo nell’aprile 2009.**

Relativamente allo stile di vita, in Abruzzo, si evidenzia un dato nettamente negativo rispetto alla media nazionale per quanto riguarda la prevalenza dei consumatori di alcoolici. Infatti, hanno comportamenti a rischio gli abruzzesi di età compresa tra 11 e 18 anni, con valori superiori rispetto alla media nazionale (19,8% vs. 12,8%) e quelli di età compresa tra 19 e 64 anni (18,4% vs. 13,4%).

Per quanto riguarda il fumo di sigaretta, si segnala una maggiore prevalenza di fumatori di età >14 anni rispetto al dato nazionale (24% vs. 22,3%).

Relativamente alla salute materno-infantile, si conferma anche per il 2010 il dato negativo dell’elevato numero di parti con taglio cesareo rispetto alla media nazionale (44,64% vs. 38,71%).

Infine, per quanto riguarda l’assistenza ospedaliera i dati del 2010 confermano la costante riduzione del tasso di ospedalizzazione generale che si attesta ad un valore di 176,6 per mille. Tale valore, seppur superiore al valore medio nazionale (172,4 per 1.000), rientra nei limiti di 180 ricoveri per 1.000 abitanti fissati dalla precedente programmazione (Patto per la Salute per gli anni 2010-2012) anche se risulta superiore al nuovo valore di 160 per 1.000 previsto dal D.L. n. 135/2012, la cosiddetta *Spending Review* della sanità.

Gli indicatori di salute espressi nel Rapporto Osservasalute 2012 descrivono una situazione nel suo complesso positiva per la popolazione abruzzese. I dati relativi agli



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

stili di vita evidenziano la necessità di continuare nella implementazione degli interventi di prevenzione primaria finalizzati alla riduzione dell'incidenza di malattie di tipo cronico-degenerative.

Gli indicatori dell'Assistenza Ospedaliera mettono in evidenza il continuo processo di modernizzazione e modifica dell'organizzazione e del ruolo dell'ospedale che ha portato ad un miglioramento dell'efficienza complessiva e alla ricerca di una maggiore appropriatezza, qualificazione e sicurezza delle cure erogate.

Per ulteriori approfondimenti contattare

Tommaso Staniscia dell'Università degli Studi G. d'Annunzio di Chieti-Pescara.

0871 3554006; 349 7166047; staniscia@unich.it



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

COMUNICATO STAMPA

ROMA, 29 APRILE 2013

Molise: la Regione con il più alto tasso di ospiti disabili adulti assistiti nelle strutture socio-sanitarie

La Regione con la maggiore percentuale di obesi

Il Molise è la Regione che nel 2010 ha registrato il più alto tasso (per 100.000) di ospiti adulti con disabilità assistiti nelle strutture socio-sanitarie con un valore di 276,3 (per 100.000) a fronte di un valore medio nazionale di 134,5 (per 100.000).

In negativo, il Molise è la Regione con più problemi di obesità, infatti presenta la maggiore percentuale di obesi, il 13,5% dei cittadini, contro il valore medio italiano di 10%. Ha anche parecchi problemi di sovrappeso, infatti presenta una percentuale di individui (persone di 18 anni e oltre) in sovrappeso pari al 37,1%; il valore medio nazionale è il 35,8%.

Sono alcuni dei dati che emergono dalla decima edizione del **Rapporto Osservasalute (2012)**, un'approfondita analisi dello stato di salute della popolazione e della qualità dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane presentata oggi all'Università Cattolica. Pubblicato dall'**Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane** che ha sede presso l'**Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma** e coordinato dal Professor **Walter Ricciardi**, direttore dell'Osservatorio e del Dipartimento di Sanità Pubblica del Policlinico Universitario "Agostino Gemelli", il Rapporto è frutto del lavoro di 184 esperti di sanità pubblica, clinici, demografi, epidemiologi, matematici, statistici e economisti distribuiti su tutto il territorio italiano, che operano presso Università e numerose istituzioni pubbliche nazionali, regionali e aziendali (Ministero della Salute, Istat, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale Tumori, Istituto Italiano di Medicina Sociale, Agenzia Italiana del Farmaco, Aziende Ospedaliere e Aziende Sanitarie, Osservatori Epidemiologici Regionali, Agenzie Regionali e Provinciali di Sanità Pubblica, Assessorati Regionali e Provinciali alla Salute).

In Molise si registra un saldo medio annuo nel biennio 2010-2011 pari a -0,6 per 1.000 residenti per anno (media nazionale di 4,2 per 1.000), ovvero la popolazione regionale è in decrescita.

In Molise il tasso di **fecondità totale** (ovvero il numero medio di figli per donna) è pari a 1,16 figli per donna (1,12 figli per le italiane; 1,8 figli per le straniere) contro un valore medio italiano, che comprende donne italiane e straniere, di 1,39 figli - dati



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

2011; in Molise l'età media delle donne al parto è pari a 32 anni (età media nazionale 31,4 anni).

Quest'anno il Rapporto osserva anche il livello di istruzione medio dei residenti in Regione, che ha un impatto indiretto sulla salute dei cittadini visto che a titoli di studio più elevati corrispondono in media condizioni socio-economiche migliori e una tendenza maggiore a sposare stili di vita salutari. In Molise la percentuale della popolazione di età 25-64 anni con un titolo di studio (2011) di diploma di 4-5 anni è pari al 35,5% per i maschi (media italiana 34,0%), al 32,1% per le femmine, (media italiana 33,3%), in Molise ha conseguito la laurea l'11,9% degli uomini (media italiana 13,4%) ed il 18,3% delle donne (media italiana 16,4%).

ANZIANI

In Molise nel 2011 il 9,0% dei cittadini ha tra 65 e 74 anni (-2,6% dal 2005, riduzione massima in Italia), a fronte di una media nazionale del 10,2%, mentre le persone con 75 anni ed oltre sono il 12,1% della popolazione regionale (+2,2% dal 2005), a fronte di una media nazionale del 10,1%.

Anziani che vivono soli - La percentuale di persone dai 65 anni in su che vive sola in Molise (dati 2010) è pari al 13,2% dei maschi in quella fascia d'età (valore medio italiano 15,1%), al 39,1% delle femmine (valore medio italiano 37,6%), per un totale del 28,1% delle persone in questa fascia d'età, pari al valore medio nazionale..

La quota di persone anziane che vivono sole sul totale della popolazione della stessa fascia di età rappresenta un prezioso indicatore in sede di programmazione dei servizi territoriali di tipo socio-sanitario. Il motivo è che gli anziani che vivono soli sono maggiormente esposti al rischio di emarginazione sociale e, data l'età, all'insorgenza di patologie gravi e invalidanti che possono portare al confinamento e, comunque, alla necessità di assistenza socio-sanitaria anche nello svolgimento delle normali attività della vita quotidiana.

SPERANZA DI VITA

La speranza di vita alla nascita è per i maschi pari a 79,2 anni (media italiana 79,4). Per le femmine la speranza di vita alla nascita è pari a 84,9 anni (valore medio italiano 84,5).

MORTALITÀ

In Molise la **mortalità complessiva** (per tutte le cause) oltre il primo anno di vita è pari a 103,41 per 10.000 abitanti tra i maschi (2009), contro una media nazionale di 109,41 per 10.000, mentre è pari a 65,18 per 10.000 tra le donne (contro una media nazionale di 69,31 per 10.000).

Per quanto riguarda i tassi di **mortalità per alcune cause** (2009) il Molise presenta, nella classe di età 19-64 anni, una mortalità per tumori tra i maschi pari a 11,2 per 10.000 (vs un valore medio nazionale di 10,53 per 10.000) e una mortalità per



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

malattie del sistema circolatorio di 6,07 per 10.000 (vs un valore medio nazionale di 5,54 per 10.000). Tra le femmine la mortalità per tumori è pari a 7,5 per 10.000, (vs un valore medio nazionale di 7,93 per 10.000) e la mortalità per malattie del sistema circolatorio di 2 per 10.000 – (vs un valore medio nazionale di 1,84 per 10.000).

STILI DI VITA

Fumo - Il Molise presenta una quota di non fumatori pari al 54,7% (anno 2011) della popolazione regionale di 14 anni ed oltre (media nazionale 52,7%). In Molise fuma il 21,7% della popolazione regionale di 14 anni ed oltre (valore medio nazionale 22,3%). Il Molise ha una quota di ex-fumatori del 23,1% (23,4% valore italiano).

Consumo di alcol – Il Molise fa registrare i seguenti valori: nel 2010 presenta una quota di non consumatori pari al 34,9%, contro un valore medio nazionale del 32,7%. I consumatori sono il 64,1% contro un valore medio nazionale del 65,7%.

La prevalenza di consumatori a rischio di 11-18 anni (ovvero quei giovani che praticano almeno uno dei comportamenti a rischio relativamente al consumo di alcol, come l'eccedenza quotidiana o il binge drinking) è pari al 27,2% dei maschi (valore medio italiano 15,2%), per un totale del 16,7% dei giovani in questa fascia d'età (valore medio italiano 12,8%) (manca il dato per le femmine molisane). La prevalenza di consumatori a rischio di 19-64 anni è pari al 42,8% dei maschi – valore peggiore in Italia (valore medio italiano 21,5%) e al 4,6% delle femmine (valore medio italiano 5,4%). Il totale dei consumatori a rischio è il 23,6% degli individui in questa fascia d'età (valore medio italiano 13,4%).

DIETA, PESO E SPORT

Quanto alle **abitudini alimentari** in Molise il 6,1% della popolazione consuma in media le 5 o più porzioni di verdura, ortaggi e frutta al dì, contro una media nazionale del 4,9%.

Per quanto riguarda la **pratica di sport** in Molise il 20,5% della popolazione dai 3 anni in su pratica sport in modo continuativo, contro un valore medio italiano di 21,9%; il 21,4% fa qualche attività fisica (valore medio nazionale 27,7%). In Molise coloro che non svolgono alcuno sport sono il 50,3% della popolazione contro una media nazionale 39,8%.

SALUTE MENTALE

In Molise si registra un consumo di antidepressivi pari a 30,28 dosi definite giornaliere per 1.000 abitanti nel 2011. A livello nazionale il consumo medio è di 36,10 DDD/1.000 ab die.

In Molise il tasso standardizzato di suicidio è pari a 8,45 per 100.000 contro un valore medio nazionale di 7,23 per 100.000 fra i soggetti con 15 anni ed oltre.

SALUTE MATERNO INFANTILE

Organizzazione dei punti nascita – L’obiettivo da perseguire a livello regionale è avere un’alta percentuale di parti in punti nascita ciascuno dei quali gestisca annualmente un ampio numero di parti (questi sono i punti nascita in cui si registrano i migliori esiti dei parti perché più è ampio il bacino di utenza di ciascun punto nascita, maggiore è l’esperienza delle professionalità che si concentrano al suo interno).

Nel 2010 nella Regione si registra la percentuale maggiore di parti in punti nascita con un volume di attività inferiore a 500 parti annui, il 23,69% (media nazionale del 7,37%); il 29,01% dei parti è avvenuto in punti nascita con un volume di attività compreso tra 500 e 799 parti annui (14,83% il valore medio nazionale) nessun parto (contro il 9,62% italiano dei parti) in punti nascita con un volume di attività compreso tra 800 e 999 parti annui. Infine il 47,3% dei parti è avvenuto in punti nascita con un volume di attività superiore a 1.000 (68,19% il valore medio nazionale).

Ancora da migliorare la gestione dei parti: sono troppi quelli con ricorso al taglio cesareo, anche se il Molise in un solo anno ha ridotto molto il ricorso a questa pratica, passando da una quota di TC del 50,3% nel 2009 a una del 46,27% (una riduzione di oltre l’8% in un solo anno) nel 2010, contro la media nazionale di 38,71%.

SISTEMA SANITARIO REGIONALE

Passando all’analisi sulla “salute” del Sistema Sanitario Regionale emerge tra le performance economico-finanziarie che nel 2009 in Molise il **rapporto spesa/PIL** è pari all’11,02% - valore maggiore in Italia (valore medio italiano 7,22%), facendo segnare un +9,83% dal 2008, aumento maggiore registrato in Italia.

La **spesa sanitaria pro capite** in Molise nel 2011 è pari a 2.057 euro, a fronte di una spesa media nazionale di 1.851 euro. Sempre nel 2011 il Molise ha un disavanzo procapite di 123 euro (dato medio italiano 29 euro). La Regione presenta inoltre un disavanzo procapite cumulato pari a 1.966 euro dal 2002 (dato medio italiano 608 euro).

CONSUMO DI FARMACI

Per quanto riguarda il **consumo territoriale di farmaci** a carico del SSN (espresso in termini di “DDD/1.000 ab die”, cioè come numero medio di dosi di farmaco consumate giornalmente ogni 1.000 abitanti), nel 2011 il Molise presenta un consumo di 949 DDD/1.000 ab die (+59,2% dal 2001 - massimo aumento in Italia), a fronte di un valore medio nazionale di 963.

Sempre nel 2011 la spesa pro capite per consumo di farmaci a carico del SSN in Molise è pari a 206,1 euro (la media nazionale di 204,3 euro), segnando un -0,9% dal 2010.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

In Molise il dato sull'utilizzo di **farmaci a brevetto scaduto** sul totale delle DDD prescritte è pari al 52% del totale dei consumi – valore minimo in Italia, contro una media nazionale del 55,7%. La spesa per questi farmaci è pari al 31,1% della spesa totale (valore medio nazionale 32,2%).

ASSISTENZA OSPEDALIERA

Per quel che concerne la gestione dell'assistenza ospedaliera il Molise ha un **tasso standardizzato complessivo di dimissioni ospedaliere** (ovvero in regime ordinario e in Day Hospital) di 201 per 1.000 nel 2010; il valore medio nazionale è pari a 172,4 per 1.000.

Per il tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere in regime ordinario il Molise ha un valore pari a 138,5 per 1.000 (2010). Il valore medio italiano è pari a 122,2 per 1.000. Infine il tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere in regime di Day Hospital è pari a 62,5 per 1.000, mentre la media nazionale è di 50,2 per 1.000.

Nel 2010 il Molise presenta una **Degenza Media Preoperatoria** standardizzata pari a 2,34 giorni contro una media nazionale di 1,88.

Gestione delle fratture del collo del femore - La frattura del collo del femore (evento frequente nella popolazione anziana) è un ottimo modo per valutare la qualità dell'assistenza ospedaliera in quanto, se non trattata a dovere, può causare il peggioramento della qualità di vita e/o di mortalità. Infatti, diversi studi hanno dimostrato che lunghe attese per l'intervento per questa frattura corrispondono a un aumento del rischio di mortalità e di disabilità del paziente, aumento delle complicanze legate all'intervento e minore efficacia della fase riabilitativa. Di conseguenza, molte delle Linee Guida più recenti raccomandano che il paziente con frattura del collo del femore venga operato entro 48 o addirittura 24 ore dall'ingresso in ospedale. In Molise il 26,2% (dato 2010) dei pazienti che hanno riportato tale frattura è operato entro 2 giorni (valore medio italiano di 35,1%).

Mortalità evitabile – Si tratta di un altro indicatore di performance del SSR. Il concetto di mortalità evitabile per cause riconducibili ai servizi sanitari o *Amenable Mortality* (AM) è potenziale strumento per la valutazione della qualità e dell'efficacia dei sistemi sanitari e per monitorarne i cambiamenti nel tempo. La "mortalità riconducibile alle cure sanitarie" è definita come "decessi considerati prematuri, che non si verificherebbero in condizioni di cure efficaci e tempestive" o come "morti attribuibili" a condizioni per cui esistono interventi diagnostico-terapeutici e di prevenzione secondaria efficaci, che potrebbero prevenire le "morti premature". Nel periodo considerato nel Rapporto, tra 2006 e 2009, si è assistito a una lieve riduzione del tasso di mortalità riconducibile ai servizi sanitari: si è passati, difatti, dal 67,98 per 100.000 (valore medio italiano 63,86 per 100.000) del 2006 al 62,49 (per 100.000) del 2009 (valore medio italiano 61,69 per 100.000).



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

Performance del Ssr – Sul fronte delle performance emerge che il Molise ha un livello basso di efficienza, (si noti che la componente dell'efficienza considerata nel Rapporto si riferisce solo alla capacità delle amministrazioni regionali di mantenere i bilanci in pareggio) e un livello medio-basso di efficacia, laddove per efficacia si intende il grado con cui i beni e servizi erogati dal SSR alla popolazione portano miglioramento la salute dei cittadini. L'efficacia come dimensione della performance è, quindi, riferita a quei cambiamenti nello stato di salute delle persone che sono strettamente attribuibili all'attività del sistema sanitario.

Per l'appropriatezza (parametro riferito alla valutazione degli atti medici in relazione ai costi, alle risorse disponibili ed ai risultati auspicabili) il Molise ha un livello basso. Medio-alto in Regione anche il livello di soddisfazione ed accessibilità del sistema da parte dei cittadini residenti, ovvero rispettivamente il livello di gradimento o di scontento dei cittadini verso il sistema sanitario e la facilità con cui i servizi sanitari sono raggiungibili da chi ne ha bisogno (la facilità o difficoltà di accesso possono essere di tipo fisico, finanziario o psicologico. Con tale dimensione della performance si valuta quindi la capacità del sistema di organizzare adeguatamente l'offerta dei servizi, in base alla possibilità degli utenti di ottenere le cure nel luogo giusto ed al momento giusto).

Per ulteriori approfondimenti contattare

Dott. Nicola RICCI, Direttore U.O.C. di Igiene e Sanità Pubblica,

ASReM, Sede di Isernia – L.go Cappuccini, 86170 Isernia – Tel/Fax 0865 442. 576

Email: ennericci@yahoo.it cell.3204379473

prof. Guido Maria Grasso, professore ordinario di Igiene, Direttore del Dipartimento di Scienze per la Salute, Università del Molise, via De Sanctis, Campobasso, tel. 0874404775

grasso@unimol.it



osservatorio
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

COMUNICATO STAMPA

ROMA, 29 APRILE 2013

Campania: la Regione con meno consumatori di alcolici

Ma resta la Regione dove si pratica meno sport

La Campania è la Regione dove si consumano meno alcolici: nel 2010 presenta una quota di non consumatori pari al 40,9% - la percentuale più alta in Italia a fronte di un valore medio nazionale del 32,7%. I consumatori sono il 58,3% - percentuale minore in Italia, a fronte di un valore medio nazionale del 65,7%.

In negativo, invece, si segnala che la Campania resta la Regione dove si pratica meno sport: appena il 13,1% della popolazione dai 3 anni in su pratica sport in modo continuativo - la percentuale più bassa in Italia, contro un valore medio italiano di 21,9%.

Sono alcuni dei dati che emergono dalla decima edizione del **Rapporto Osservasalute (2012)**, un'approfondita analisi dello stato di salute della popolazione e della qualità dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane presentata oggi all'Università Cattolica. Pubblicato dall'**Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane** che ha sede presso l'**Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma** e coordinato dal Professor **Walter Ricciardi**, direttore dell'Osservatorio e del Dipartimento di Sanità Pubblica del Policlinico Universitario "Agostino Gemelli", il Rapporto è frutto del lavoro di 184 esperti di sanità pubblica, clinici, demografi, epidemiologi, matematici, statistici e economisti distribuiti su tutto il territorio italiano, che operano presso Università e numerose istituzioni pubbliche nazionali, regionali e aziendali (Ministero della Salute, Istat, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale Tumori, Istituto Italiano di Medicina Sociale, Agenzia Italiana del Farmaco, Aziende Ospedaliere e Aziende Sanitarie, Osservatori Epidemiologici Regionali, Agenzie Regionali e Provinciali di Sanità Pubblica, Assessorati Regionali e Provinciali alla Salute).

In Campania si registra un **saldo medio annuo** nel biennio 2010-2011 pari a 0,7 per 1.000 residenti per anno (media nazionale di 4,2 per 1.000).

In Campania il tasso di **fecondità totale** (ovvero il numero medio di figli per donna) è pari a 1,39 figli per donna (1,39 figli per le italiane; 1,7 figli per le straniere) contro un valore medio italiano, che comprende donne italiane e straniere, di 1,39 figli - dati 2011; in Campania l'età media delle donne al parto è pari a 30,8 anni (età media nazionale 31,4 anni).

Quest'anno il Rapporto osserva anche il livello di istruzione medio dei residenti in Regione, che ha un impatto indiretto sulla salute dei cittadini visto che a titoli di studio più elevati corrispondono in media condizioni socio-economiche migliori e una



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

tendenza maggiore a sposare stili di vita salutari. In Campania la percentuale della popolazione di età 25-64 anni con un titolo di studio (2011) di diploma di 4-5 anni è pari al 32,3% per i maschi (media italiana 34,0%), al 30,8% per le femmine, (media italiana 33,3%), in Campania ha conseguito la laurea l'11,4% degli uomini (media italiana 13,4%) ed il 13,4% delle donne (media italiana 16,4%).

ANZIANI

La Campania si conferma la Regione più giovane d'Italia: nel 2011 l'8,3% dei cittadini ha tra 65 e 74 anni – percentuale minore in Italia (invariata dal 2005), a fronte di una media nazionale del 10,2%, mentre le persone con 75 anni ed oltre sono il 7,8% della popolazione regionale – percentuale minore in Italia (+2,9% dal 2005), a fronte di una media nazionale del 10,1%.

Anziani che vivono soli - La percentuale di persone dai 65 anni in su che vive sola in Campania (dati 2010) è pari al 12% dei maschi in quella fascia d'età (valore medio italiano 15,1%), al 35,3% delle femmine (valore medio italiano 37,6%), per un totale del 25,5% delle persone in questa fascia d'età, contro una media nazionale di 28,1%. La quota di persone anziane che vivono sole sul totale della popolazione della stessa fascia di età rappresenta un prezioso indicatore in sede di programmazione dei servizi territoriali di tipo socio-sanitario. Il motivo è che gli anziani che vivono soli sono maggiormente esposti al rischio di emarginazione sociale e, data l'età, all'insorgenza di patologie gravi e invalidanti che possono portare al confinamento e, comunque, alla necessità di assistenza socio-sanitaria anche nello svolgimento delle normali attività della vita quotidiana.

SPERANZA DI VITA

La Campania è la regione dove la speranza di vita alla nascita è più bassa, tanto per gli uomini quanto per le donne. Si conferma quindi la situazione già evidenziata negli anni precedenti.

La speranza di vita alla nascita è per i maschi pari a 77,7 anni (media italiana 79,4). Per le femmine la speranza di vita alla nascita è pari a 83 anni (valore medio italiano 84,5).

MORTALITÀ

La Campania resta la regione dove si muore di più. In Campania la **mortalità complessiva** (per tutte le cause) oltre il primo anno di vita è pari a 121,41 per 10.000 abitanti tra i maschi (2009) – valore peggiore in Italia, contro una media nazionale di 109,41 per 10.000, mentre è pari a 80,07 per 10.000 tra le donne – valore peggiore in Italia (contro una media nazionale di 69,31 per 10.000).

Per quanto riguarda i tassi di **mortalità per alcune cause** (2009) la Campania presenta, nella classe di età 19-64 anni, una mortalità per tumori tra i maschi pari a 12,12 per 10.000 (vs un valore medio nazionale di 10,53 per 10.000) e una mortalità per malattie del sistema circolatorio di 7,26 per 10.000 (vs un valore medio nazionale di 5,54 per 10.000). Tra le femmine la mortalità per tumori è pari a 8,55 per 10.000, (vs un valore medio nazionale di 7,93 per 10.000) e la mortalità per malattie del sistema circolatorio di 2,77 per 10.000 (vs un valore medio nazionale di 1,84 per 10.000).

STILI DI VITA

Fumo - La Campania presenta una quota di non fumatori pari al 56,5% (anno 2011) della popolazione regionale di 14 anni ed oltre (media nazionale 52,7%). In Campania fuma il 23,1% della popolazione regionale di 14 anni ed oltre (valore medio nazionale 22,3%). La Campania ha una quota di ex-fumatori del 19,7% (23,4% valore italiano).

Consumo di alcol - La Campania fa registrare i seguenti valori: nel 2010 presenta una quota di non consumatori pari al 40,9% - percentuale maggiore in Italia a fronte di un valore medio nazionale del 32,7%. I consumatori sono il 58,3% - percentuale minore in Italia, a fronte di un valore medio nazionale del 65,7%.

La prevalenza di consumatori a rischio di 11-18 anni (ovvero quei giovani che praticano almeno uno dei comportamenti a rischio relativamente al consumo di alcol, come l'eccedenza quotidiana o il binge drinking) è pari al 16,9% dei maschi (valore medio italiano 15,2%), al 5,9% per le femmine - percentuale minore in Italia (valore medio italiano 10,2%), per un totale dell'11,4% dei giovani in questa fascia d'età (valore medio italiano 12,8%). La prevalenza di consumatori a rischio di 19-64 anni è pari al 14,9% dei maschi (valore medio italiano 21,5%) e al 3,3% delle femmine (valore medio italiano 5,4%). Il totale dei consumatori a rischio è il 9,1% degli individui in questa fascia d'età (valore medio italiano 13,4%).

DIETA, PESO E SPORT

Quanto alle **abitudini alimentari** in Campania il 3,8% della popolazione consuma in media le 5 o più porzioni di verdura, ortaggi e frutta al dì, contro una media nazionale del 4,9%.

La Campania ha molti problemi di linea: presenta una percentuale di obesi pari al 10,9% dei cittadini (persone di 18 anni e oltre), contro il valore medio italiano del 10% e una percentuale di individui in sovrappeso pari al 40,1%; il valore medio nazionale è il 35,8%.

Per quanto riguarda la **pratica di sport** in Campania il 13,1% della popolazione dai 3 anni in su pratica sport in modo continuativo - percentuale minore in Italia, contro un valore medio italiano di 21,9%; il 23,5% fa qualche attività fisica (valore medio nazionale 27,7%). In Campania coloro che non svolgono alcuno sport sono il 56,3% della popolazione, a fronte di una media nazionale 39,8%.

SALUTE MENTALE

In Campania si registra un consumo di antidepressivi pari a 27,82 dosi definite giornaliere per 1.000 abitanti nel 2011 - consumo minore in Italia. A livello nazionale il consumo medio è di 36,10 DDD/1.000 ab die.

In Campania il tasso standardizzato di suicidio è pari a 4,98 per 100.000, a fronte di un valore medio nazionale di 7,23 per 100.000 fra i soggetti con 15 anni ed oltre.

SALUTE MATERNO INFANTILE

Organizzazione dei punti nascita – L'obiettivo da perseguire a livello regionale è avere un'alta percentuale di parti in punti nascita ciascuno dei quali gestisca annualmente un ampio numero di parti (questi sono i punti nascita in cui si registrano i migliori esiti dei parti perché più è ampio il bacino di utenza di ciascun punto nascita, maggiore è l'esperienza delle professionalità che si concentrano al suo interno).

Nel 2010 nella Regione si registra che il 13,1% dei parti è avvenuto in punti nascita con un volume di attività inferiore a 500 parti annui (media nazionale del 7,37%); il 18,98% dei parti è avvenuto in punti nascita con un volume di attività compreso tra 500 e 799 parti annui (14,83% il valore medio nazionale). Il 15,71% dei parti (contro il 9,62% italiano dei parti) in punti nascita con un volume di attività compreso tra 800 e 999 parti annui. Infine il 52,22% dei parti è avvenuto in punti nascita con un volume di attività superiore a 1.000 (68,19% il valore medio nazionale).

Gestione dei parti con Taglio Cesareo (TC): come negli anni precedenti la Campania presenta una quota ancora troppo elevata di TC, pari al 61,72% di TC sul totale dei parti nel 2010 – valore peggiore in Italia, contro la media nazionale di 38,71%.

SISTEMA SANITARIO REGIONALE

Passando all'analisi sulla "salute" del Sistema Sanitario Regionale emerge tra le performance economico-finanziarie che nel 2009 in Campania il **rapporto spesa/PIL** è pari al 10,66% (valore medio italiano 7,22%).

La **spesa sanitaria pro capite** in Campania nel 2011 è pari a 1.710 euro, a fronte di una spesa media nazionale di 1.851 euro. Sempre nel 2011 la Campania ha un disavanzo procapite di 44 euro (dato medio italiano 29 euro). La Regione presenta inoltre un disavanzo procapite cumulato pari a 1.405 euro dal 2002 (dato medio italiano 608 euro).

CONSUMO DI FARMACI

Per quanto riguarda il **consumo territoriale di farmaci** a carico del SSN (espresso in termini di "DDD/1.000 ab die", cioè come numero medio di dosi di farmaco consumate giornalmente ogni 1.000 abitanti), nel 2011 la Campania presenta un consumo di 988 DDD/1.000 ab die, a fronte di un valore medio nazionale di 963.

Sempre nel 2011 la **spesa pro capite per consumo di farmaci** a carico del SSN in Campania è pari a 232 euro (la media nazionale di 204,3 euro).

In Campania il dato sull'utilizzo di **farmaci a brevetto scaduto** sul totale delle DDD prescritte è pari al 55,7% del totale dei consumi, pari alla media nazionale. La spesa per questi farmaci è pari al 31,9% della spesa totale (valore medio nazionale 32,2%).

La Campania resta anche quest'anno la Regione con il maggior consumo di antibiotici (31,7 DDD/1.000 ab die vs un valore medio nazionale di 22,0), lasciando ancora pensare alla presenza di sacche di inappropriatazza con possibile rischio di sviluppare nuove resistenze a questi preziosi farmaci.

ASSISTENZA OSPEDALIERA

Gestione dell'assistenza ospedaliera da migliorare in Campania: la Regione presenta un **tasso standardizzato complessivo di dimissioni ospedaliere** (ovvero in regime ordinario e in Day Hospital) di 202 per 1.000 nel 2010; il valore medio nazionale è pari a 172,4 per 1.000.

Per il tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere in regime ordinario la Campania ha un valore pari a 132,9 per 1.000 (2010), a fronte di un valore medio italiano pari a 122,2 per 1.000. Infine il tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere in regime di Day Hospital è pari a 69,2 per 1.000, mentre la media nazionale è di 50,2 per 1.000.

Nel 2010 la Campania presenta una **Degenza Media Preoperatoria** standardizzata pari a 2,44 giorni contro una media nazionale di 1,88. Questo parametro è indice di efficienza organizzativa e di appropriato utilizzo dei servizi diagnostici e dei reparti di degenza chirurgici.

Gestione delle fratture del collo del femore - La frattura del collo del femore (evento frequente nella popolazione anziana) è un ottimo modo per valutare la qualità dell'assistenza ospedaliera in quanto, se non trattata a dovere, può causare il peggioramento della qualità di vita e/o di mortalità. Infatti, diversi studi hanno dimostrato che lunghe attese per l'intervento per questa frattura corrispondono a un aumento del rischio di mortalità e di disabilità del paziente, aumento delle complicanze legate all'intervento e minore efficacia della fase riabilitativa. Di conseguenza, molte delle Linee Guida più recenti raccomandano che il paziente con frattura del collo del femore venga operato entro 48 o addirittura 24 ore dall'ingresso in ospedale. In Campania appena il 16,3% - valore peggiore dopo quello della Sicilia (dato 2010) dei pazienti che hanno riportato tale frattura è operato entro 2 giorni (valore medio italiano di 35,1%).

Mortalità evitabile - Si tratta di un altro indicatore di performance del SSR. Il concetto di mortalità evitabile per cause riconducibili ai servizi sanitari o *Amenable Mortality* (AM) è potenziale strumento per la valutazione della qualità e dell'efficacia dei sistemi sanitari e per monitorarne i cambiamenti nel tempo. La "mortalità riconducibile alle cure sanitarie" è definita come "decessi considerati prematuri, che non si verificherebbero in condizioni di cure efficaci e tempestive" o come "morti attribuibili" a condizioni per cui esistono interventi diagnostico-terapeutici e di prevenzione secondaria efficaci, che potrebbero prevenire le "morti premature". Nel periodo considerato nel Rapporto, tra 2006 e 2009, si è assistito ad una riduzione minima del tasso di mortalità riconducibile ai servizi sanitari (laddove in tutte le altre regioni si assiste a una riduzione del dato in questo lasso di tempo): si è passati, difatti, dal 77,49 per 100.000 (valore medio italiano 63,86 per 100.000) del 2006 al 75,68 - valore peggiore in Italia (per 100.000) del 2009 (valore medio italiano 61,69 per 100.000).

Performance del Ssr - Sul fronte delle performance emerge che la Campania ha un livello medio-basso di efficienza, (si noti che la componente dell'efficienza considerata nel Rapporto si riferisce solo alla capacità delle amministrazioni regionali di mantenere i bilanci in pareggio) e basso di efficacia, laddove per efficacia si intende il grado con

cui i beni e servizi erogati dal SSR alla popolazione portano migliorano la salute dei cittadini. L'efficacia come dimensione della performance è, quindi, riferita a quei cambiamenti nello stato di salute delle persone che sono strettamente attribuibili all'attività del sistema sanitario.

Per l'appropriatezza (parametro riferito alla valutazione degli atti medici in relazione ai costi, alle risorse disponibili ed ai risultati auspicabili) la Campania ha un livello basso, come pure il livello di soddisfazione ed accessibilità del sistema da parte dei cittadini residenti, ovvero rispettivamente il livello di gradimento o di scontento dei cittadini verso il sistema sanitario e la facilità con cui i servizi sanitari sono raggiungibili da chi ne ha bisogno (la facilità o difficoltà di accesso possono essere di tipo fisico, finanziario o psicologico. Con tale dimensione della performance si valuta quindi la capacità del sistema di organizzare adeguatamente l'offerta dei servizi, in base alla possibilità degli utenti di ottenere le cure nel luogo giusto ed al momento giusto).

CONCLUSIONI

Le novità che si evidenziano relativamente agli indicatori di salute in Campania sono poche rispetto agli anni precedenti e, infatti, non si discostano di molto dai dati rilevati nelle passate edizioni del Rapporto.

La Campania ancora una volta si conferma la Regione con la popolazione più giovane d'Italia anche se il tasso di fecondità totale è in diminuzione, allineandosi ormai con la media nazionale, con un'età media delle donne al parto leggermente più bassa dei valori nazionali e un po' più alta rispetto al dato dello scorso anno (30,8 vs 30,6); il saldo demografico positivo ancora una volta è notevolmente più basso rispetto a quanto si riscontra sull'intero territorio nazionale.

La nostra Regione resta quella con il dato peggiore rispetto alla mortalità complessiva. La mortalità totale (per tutte le cause) oltre il primo anno di vita è di 121,41 per 10.000 abitanti tra i maschi, a fronte di una media nazionale di 109,41 e di 80,07 per 10.000 tra le donne a fronte di una media nazionale di 69,31 (dati 2008); entrambi sono i valori peggiori d'Italia e, almeno per quanto riguarda le donne, in ulteriore peggioramento rispetto allo scorso anno.

Per quanto riguarda i tassi di mortalità per alcune cause, si conferma come per i cittadini campani di entrambi i sessi si evidenzia una mortalità tra le più alte d'Italia per le malattie ischemiche del cuore; anche quella per tumori, per entrambi i sessi nella classe di età 19-64 anni, risulta più elevata della media nazionale (12,33 per 10.000 vs 10,78).

Alcuni indicatori legati agli stili di vita mostrano valori rassicuranti: quelli legati al consumo di alcolici sono i più bassi in Italia per quanto riguarda la percentuale dei consumatori totali e per alcune categorie a rischio come i giovani.

Preoccupante invece la percentuale di individui sovrappeso, tra le maggiori in Italia (40,1% vs 35,8), e obesi (con il 10,9% dei cittadini - in lieve diminuzione rispetto allo scorso anno - contro una media nazionale pari a 10%).

Circa i dati sul fumo, il numero di fumatori con più di 14 anni è più elevato della media nazionale (23,1 vs 22,3), anche se in decremento rispetto allo scorso anno così come si evidenzia una minor tendenza a voler smettere (19,7 vs 22,3). Per contro, il dato sui non fumatori viene segnalato come superiore al valore medio nazionale (56,5 vs 52,7).

Si conferma, infine, che la Campania è la Regione dove si pratica meno sport in modo continuativo, anche per l'oggettiva carenza di strutture dedicate; si rileva qualche segnale positivo come la realizzazione di piste ciclabili nel territorio del comune di Napoli.

Inversione di tendenza rispetto allo scorso anno per quanto riguarda il consumo di frutta e verdura: infatti, solo il 3,8% della popolazione campana consuma le 5 porzioni al giorno, contro un dato nazionale del 4,9%; l'anno precedente era il 5,4% della popolazione in Campania che consumava in media le 5 porzioni di frutta e verdura al dì, contro una media nazionale del 4,8%.

Da segnalare, ancora quale dato incoraggiante, il tasso standardizzato di suicidio tra i soggetti di 15 anni (4,98) che è ben al di sotto della media nazionale (7,23). Tale informazione, insieme al minor consumo di antidepressivi registrato in regione rispetto al dato italiano (27,82 vs 36,1 DDD/1.000 abitanti) sosterrrebbe l'ipotesi di un maggior spirito di adattamento e reattività alle contrarietà ed al disagio propri dei cittadini campani.

Per quanto riguarda gli indicatori correlati all'assistenza, si conferma una spesa sanitaria pro-capite particolarmente bassa (1710 euro vs. 1851 di spesa media nazionale), dove il consumo territoriale di farmaci a carico del SSN risulta più alto della media nazionale, con un consumo di antibiotici che è il più elevato d'Italia, ed ancora, il tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere complessivo che è tra i più alti in Italia.

Come negli anni precedenti, una menzione particolare in negativo merita la percentuale di parti con taglio cesareo (dato 2010) che è di gran lunga la peggiore in Italia con il 61,72% contro la media nazionale del 38,71%.

Tra i pochi dati positivi, quello relativo al consumo di antidepressivi che è il più basso tra tutte le regioni italiane.

Da segnalare, infine, che, per quanto riguarda la spesa sanitaria pro-capite ogni cittadino campano risulta "gravato" da un disavanzo di 44 euro; si tratta di un dato

sicuramente molto negativo, ma in miglioramento rispetto all'anno precedente allorquando evidenziato un disavanzo pro-capite quasi doppio (85 euro).

Ancora interessanti sono i dati relativi alla gestione delle fratture del collo del femore; questo evento, molto frequente tra gli anziani, viene utilizzato come un buon indicatore dell'assistenza ospedaliera perché, se non ben affrontato, soprattutto per quanto riguarda i tempi di attesa per l'intervento, determina un aumento del rischio di mortalità e di disabilità del paziente; in Campania le fratture del femore vengono operate entro due giorni solo nel 16,3% dei casi, dato peggiore in Italia dopo quello segnalato per la Sicilia (valore medio italiano 35,1%).

Nel Rapporto di quest'anno trovano conferma alcuni degli indicatori "storici" che pongono la Campania agli ultimi posti del panorama nazionale per quel che riguarda sia la salute e gli stili di vita (mortalità generale, mortalità per malattie cardiovascolari, percentuale di soggetti sovrappeso-obesi, scarsa attività sportiva), sia legati all'assistenza (parti cesarei, tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere per ricovero ordinario, consumo totale di farmaci).

Dalla lettura dei dati sui ricoveri e sulla mortalità si ribadisce la necessità di imprimere un ulteriore impulso all'organizzazione dell'assistenza domiciliare integrata e di una rete socio-assistenziale efficiente per ridurre i ricoveri ospedalieri, offrendo così un'assistenza più vicina ai bisogni sanitari e sociali del cittadino e coinvolgendo attivamente i medici delle cure primarie.

In Campania è ancora vigente il regime di commissariamento per la Sanità e si è obbligati a rispettare quanto previsto dal piano di rientro, con un notevole disagio nella risposta ai bisogni di salute della cittadinanza.

Per ulteriori approfondimenti contattare

Prof. Paolo Marinelli
Dipartimento di Medicina Pubblica, Clinica e Preventiva
Seconda Università di Napoli
Tel e fax 081 566.60.12
e-mail paolo.marinelli@unina2.it

Prof. Giorgio Liguori
Cattedra di Igiene ed Epidemiologia
Dipartimento Studio delle Istituzioni e dei Sistemi Territoriali
Università degli Studi di Napoli "*Parthenope*"
Tel e fax 081 547.47.90
giorgio.liguori@uniparthenope.it

Dott. Antonino Parlato
Area Dipartimentale di Epidemiologia e Prevenzione
Azienda Sanitaria Locale NA2
Tel 081 855.26.10
antonino.parlato1@virgilio.it



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

COMUNICATO STAMPA

ROMA, 29 APRILE 2013

Puglia: la Regione con un'ottima copertura vaccinale per influenza in età pediatrica

Ma è la Regione più sedentaria e con più persone in sovrappeso

La Puglia è la Regione con la migliore copertura vaccinale antinfluenzale per le classi di età 6-23 mesi (11,5 per 1000), 2-4 anni (16 per mille) 5-8 anni (11,3 per 1000), 9-14 anni (12,8 per 1000), 15-17 anni (10,1 per 1000). Anche per quanto riguarda le vaccinazioni di più recente introduzione in età pediatrica, come MPR (92,7%), e negli adolescenti, come l'anti-HPV (80,8%) i dati di copertura sono stabilmente più elevati rispetto alle altre regioni meridionali.

In negativo, invece, si segnala che la Puglia è la Regione più sedentaria d'Italia e quella con la maggiore percentuale di persone in sovrappeso. Infatti si registra una percentuale di individui in sovrappeso pari al 40,4% a fronte di un valore medio nazionale del 35,8% e una quota di persone che non svolgono alcuno sport pari al 57,2% della popolazione, a fronte di una media nazionale 39,8%.

Sono alcuni dei dati che emergono dalla decima edizione del **Rapporto Osservasalute (2012)**, un'approfondita analisi dello stato di salute della popolazione e della qualità dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane presentata oggi all'Università Cattolica. Pubblicato dall'**Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane** che ha sede presso l'**Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma** e coordinato dal Professor **Walter Ricciardi**, direttore dell'Osservatorio e del Dipartimento di Sanità Pubblica del Policlinico Universitario "Agostino Gemelli", il Rapporto è frutto del lavoro di 184 esperti di sanità pubblica, clinici, demografi, epidemiologi, matematici, statistici e economisti distribuiti su tutto il territorio italiano, che operano presso Università e numerose istituzioni pubbliche nazionali, regionali e aziendali (Ministero della Salute, Istat, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale Tumori, Istituto Italiano di Medicina Sociale, Agenzia Italiana del Farmaco, Aziende Ospedaliere e Aziende Sanitarie, Osservatori Epidemiologici Regionali, Agenzie Regionali e Provinciali di Sanità Pubblica, Assessorati Regionali e Provinciali alla Salute).

In Puglia si registra un **saldo medio annuo** nel biennio 2010-2011 pari a 0,8 per 1.000 residenti per anno (media nazionale di 4,2 per 1.000).



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

In Puglia il tasso di **fecondità totale** (ovvero il numero medio di figli per donna) è pari a 1,3 figli per donna (1,28 figli per le italiane; 1,87 figli per le straniere) contro un valore medio italiano, che comprende donne italiane e straniere, di 1,39 figli – dati 2011; in Puglia l'età media delle donne al parto è pari a 31,2 anni (età media nazionale 31,4 anni).

Quest'anno il Rapporto osserva anche il livello di istruzione medio dei residenti in Regione, che ha un impatto indiretto sulla salute dei cittadini visto che a titoli di studio più elevati corrispondono in media condizioni socio-economiche migliori e una tendenza maggiore a sposare stili di vita salutari. In Puglia la percentuale della popolazione di età 25-64 anni con un titolo di studio (2011) di diploma di 4-5 anni è pari al 30,9% per i maschi (media italiana 34,0%), al 29,8% per le femmine, (media italiana 33,3%), in Puglia ha conseguito la laurea il 10,7% degli uomini (media italiana 13,4%) ed il 12,4% delle donne – percentuale minore in Italia (media italiana 16,4%).

ANZIANI

In Puglia nel 2011 il 9,5% dei cittadini ha tra 65 e 74 anni (+0,3% dal 2005), a fronte di una media nazionale del 10,2%, mentre le persone con 75 anni ed oltre sono il 9% della popolazione regionale (+3% dal 2005), a fronte di una media nazionale del 10,1%.

Anziani che vivono soli - La percentuale di persone dai 65 anni in su che vive sola in Puglia (dati 2010) è pari al 14,9% dei maschi in quella fascia d'età (valore medio italiano 15,1%), al 36,9% delle femmine (valore medio italiano 37,6%), per un totale del 27,4% delle persone in questa fascia d'età, contro una media nazionale di 28,1%. La quota di persone anziane che vivono sole sul totale della popolazione della stessa fascia di età rappresenta un prezioso indicatore in sede di programmazione dei servizi territoriali di tipo socio-sanitario. Il motivo è che gli anziani che vivono soli sono maggiormente esposti al rischio di emarginazione sociale e, data l'età, all'insorgenza di patologie gravi e invalidanti che possono portare al confinamento e, comunque, alla necessità di assistenza socio-sanitaria anche nello svolgimento delle normali attività della vita quotidiana.

SPERANZA DI VITA

La speranza di vita alla nascita è per i maschi pari a 79,7 anni (media italiana 79,4). Per le femmine la speranza di vita alla nascita è pari a 84,4 anni (valore medio italiano 84,5).

MORTALITÀ

In Puglia la **mortalità complessiva** (per tutte le cause) oltre il primo anno di vita è pari a 104,85 per 10.000 abitanti tra i maschi (2009), contro una media nazionale di 109,41 per 10.000, mentre è pari a 69,58 per 10.000 tra le donne (contro una media nazionale di 69,31 per 10.000).



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

Per quanto riguarda i tassi di **mortalità per alcune cause** (2009) la Puglia presenta, nella classe di età 19-64 anni, una mortalità per tumori tra i maschi pari a 9,56 per 10.000 (vs un valore medio nazionale di 10,53 per 10.000) e una mortalità per malattie del sistema circolatorio di 5,05 per 10.000 (vs un valore medio nazionale di 5,54 per 10.000). Tra le femmine la mortalità per tumori è pari a 7,44 per 10.000, (vs un valore medio nazionale di 7,93 per 10.000) e la mortalità per malattie del sistema circolatorio di 2,01 per 10.000 (vs un valore medio nazionale di 1,84 per 10.000).

STILI DI VITA

Fumo - La Puglia presenta una quota di non fumatori pari al 58,7% (anno 2011) della popolazione regionale di 14 anni ed oltre (media nazionale 52,7%). In Puglia fuma il 21% della popolazione regionale di 14 anni ed oltre (valore medio nazionale 22,3%). La Puglia ha una quota di ex-fumatori del 19,2% (23,4% valore italiano).

Consumo di alcol - La Puglia fa registrare i seguenti valori: nel 2010 presenta una quota di non consumatori pari al 35%, contro un valore medio nazionale del 32,7%. I consumatori sono il 64,1% contro un valore medio nazionale del 65,7%.

La prevalenza di consumatori a rischio di 11-18 anni (ovvero quei giovani che praticano almeno uno dei comportamenti a rischio relativamente al consumo di alcol, come l'eccedenza quotidiana o il binge drinking) è pari all'11,2% dei maschi (valore medio italiano 15,2%), all'8,2% per le femmine (valore medio italiano 10,2%), per un totale del 9,8% dei giovani in questa fascia d'età (valore medio italiano 12,8%). La prevalenza di consumatori a rischio di 19-64 anni è pari al 18% dei maschi (valore medio italiano 21,5%) e al 2,9% delle femmine - percentuale minore in Italia (valore medio italiano 5,4%). Il totale dei consumatori a rischio è il 10,3% degli individui in questa fascia d'età (valore medio italiano 13,4%).

DIETA, PESO E SPORT

Quanto alle **abitudini alimentari** in Puglia il 2,7% della popolazione consuma in media le 5 o più porzioni di verdura, ortaggi e frutta al dì, contro una media nazionale del 4,9%.

La Puglia ha molti problemi di linea: presenta una percentuale di obesi pari al 12,6% dei cittadini (persone di 18 anni e oltre), contro il valore medio italiano del 10% e una percentuale di individui in sovrappeso pari al 40,4% - quota maggiore in Italia; il valore medio nazionale è il 35,8%.

Per quanto riguarda la **pratica di sport** in Puglia il 13,6% della popolazione dai 3 anni in su pratica sport in modo continuativo, contro un valore medio italiano di 21,9%; il 21,5% fa qualche attività fisica (valore medio nazionale 27,7%). In Puglia coloro che non svolgono alcuno sport sono il 57,2% della popolazione - quota maggiore in Italia, a fronte di una media nazionale 39,8%.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane

SALUTE MENTALE



**UNIVERSITÀ
CATTOLICA**
del Sacro Cuore

In Puglia si registra un consumo di antidepressivi pari a 29,08 dosi definite giornaliere per 1.000 abitanti nel 2011. A livello nazionale il consumo medio è di 36,10 DDD/1.000 ab die.

In Puglia il tasso standardizzato di suicidio è pari a 5,51 per 100.000, a fronte di un valore medio nazionale di 7,23 per 100.000 fra i soggetti con 15 anni ed oltre.

SALUTE MATERNO INFANTILE

Organizzazione dei punti nascita – L'obiettivo da perseguire a livello regionale è avere un'alta percentuale di parti in punti nascita ciascuno dei quali gestisca annualmente un ampio numero di parti (questi sono i punti nascita in cui si registrano i migliori esiti dei parti perché più è ampio il bacino di utenza di ciascun punto nascita, maggiore è l'esperienza delle professionalità che si concentrano al suo interno).

Nel 2010 nella Regione si registra che il 7,67% dei parti è avvenuto in punti nascita con un volume di attività inferiore a 500 parti annui (media nazionale del 7,37%); il 20,6% dei parti è avvenuto in punti nascita con un volume di attività compreso tra 500 e 799 parti annui (14,83% il valore medio nazionale). Il 9,44% dei parti (contro il 9,62% italiano dei parti) in punti nascita con un volume di attività compreso tra 800 e 999 parti annui. Infine il 62,28% dei parti è avvenuto in punti nascita con un volume di attività superiore a 1.000 (68,19% il valore medio nazionale).

Gestione dei parti con Taglio Cesareo (TC): la Puglia presenta una quota ancora troppo elevata di TC, pari al 47,1% di TC sul totale dei parti nel 2010, contro la media nazionale di 38,71%.

SISTEMA SANITARIO REGIONALE

Passando all'analisi sulla "salute" del Sistema Sanitario Regionale emerge tra le performance economico-finanziarie che nel 2009 in Puglia il **rapporto spesa/PIL** è pari al 10,45% (valore medio italiano 7,22%).

La **spesa sanitaria pro capite** in Puglia nel 2011 è pari a 1.731 euro, a fronte di una spesa media nazionale di 1.851 euro. Sempre nel 2011 la Puglia ha un disavanzo procapite di 29 euro (dato medio italiano 29 euro). La Regione presenta inoltre un disavanzo procapite cumulato pari a 454 euro dal 2002 (dato medio italiano 608 euro).

CONSUMO DI FARMACI

Per quanto riguarda il **consumo territoriale di farmaci** a carico del SSN (espresso in termini di "DDD/1.000 ab die", cioè come numero medio di dosi di farmaco consumate



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

giornalmente ogni 1.000 abitanti), nel 2011 la Puglia presenta un consumo di 1.055 DDD/1.000 ab die, a fronte di un valore medio nazionale di 963.

Sempre nel 2011 la spesa pro capite per consumo di farmaci a carico del SSN in Puglia è pari a 235 euro (la media nazionale di 204,3 euro).

In Puglia il dato sull'utilizzo di **farmaci a brevetto scaduto** sul totale delle DDD prescritte è pari al 54% del totale dei consumi, contro una media nazionale del 55,7%. La spesa per questi farmaci è pari al 32,1% della spesa totale (valore medio nazionale 32,2%).

ASSISTENZA OSPEDALIERA

Gestione dell'assistenza ospedaliera da migliorare in Puglia: la Regione presenta un **tasso standardizzato complessivo di dimissioni ospedaliere** (ovvero in regime ordinario e in Day Hospital) di 212 per 1.000 nel 2010 – tasso maggiore in Italia; il valore medio nazionale è pari a 172,4 per 1.000.

Per il tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere in regime ordinario la Puglia ha un valore pari a 151,5 per 1.000 (2010) – tasso maggiore in Italia, a fronte di un valore medio italiano pari a 122,2 per 1.000. Infine il tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere in regime di Day Hospital è pari a 60,5 per 1.000, mentre la media nazionale è di 50,2 per 1.000.

Nel 2010 la Puglia presenta una **Degenza Media Preoperatoria** standardizzata pari a 2,37 giorni contro una media nazionale di 1,88. Questo parametro è indice di efficienza organizzativa e di appropriato utilizzo dei servizi diagnostici e dei reparti di degenza chirurgici.

Gestione delle fratture del collo del femore - La frattura del collo del femore (evento frequente nella popolazione anziana) è un ottimo modo per valutare la qualità dell'assistenza ospedaliera in quanto, se non trattata a dovere, può causare il peggioramento della qualità di vita e/o di mortalità. Infatti, diversi studi hanno dimostrato che lunghe attese per l'intervento per questa frattura corrispondono a un aumento del rischio di mortalità e di disabilità del paziente, aumento delle complicanze legate all'intervento e minore efficacia della fase riabilitativa. Di conseguenza, molte delle Linee Guida più recenti raccomandano che il paziente con frattura del collo del femore venga operato entro 48 o addirittura 24 ore dall'ingresso in ospedale. In Puglia solo il 18,4% (dato 2010) dei pazienti che hanno riportato tale frattura è operato entro 2 giorni (valore medio italiano di 35,1%).

Mortalità evitabile – Si tratta di un altro indicatore di performance del SSR. Il concetto di mortalità evitabile per cause riconducibili ai servizi sanitari o *Amenable Mortality* (AM) è potenziale strumento per la valutazione della qualità e dell'efficacia dei sistemi sanitari e per monitorarne i cambiamenti nel tempo. La "mortalità riconducibile alle cure sanitarie" è definita come "decessi considerati prematuri, che



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

non si verificherebbero in condizioni di cure efficaci e tempestive” o come “morti attribuibili” a condizioni per cui esistono interventi diagnostico-terapeutici e di prevenzione secondaria efficaci, che potrebbero prevenire le “morti premature”. Nel periodo considerato nel Rapporto, tra 2006 e 2009, si è assistito a una minima riduzione del tasso di mortalità riconducibile ai servizi sanitari: si è passati, difatti, dal 59,79 per 100.000 (valore medio italiano 63,86 per 100.000) del 2006 al 59,76 (per 100.000) del 2009 (valore medio italiano 61,69 per 100.000).

Performance del Ssr – Sul fronte delle performance emerge che la Puglia ha un livello medio-basso di efficienza, (si noti che la componente dell’efficienza considerata nel Rapporto si riferisce solo alla capacità delle amministrazioni regionali di mantenere i bilanci in pareggio) e un livello basso di efficacia, laddove per efficacia si intende il grado con cui i beni e servizi erogati dal SSR alla popolazione portano migliorano la salute dei cittadini. L’efficacia come dimensione della performance è, quindi, riferita a quei cambiamenti nello stato di salute delle persone che sono strettamente attribuibili all’attività del sistema sanitario.

Per l’appropriatezza (parametro riferito alla valutazione degli atti medici in relazione ai costi, alle risorse disponibili ed ai risultati auspicabili) la Puglia ha un livello basso. Basso in Regione il livello di soddisfazione ed accessibilità del sistema da parte dei cittadini residenti, ovvero rispettivamente il livello di gradimento o di scontento dei cittadini verso il sistema sanitario e la facilità con cui i servizi sanitari sono raggiungibili da chi ne ha bisogno (la facilità o difficoltà di accesso possono essere di tipo fisico, finanziario o psicologico. Con tale dimensione della performance si valuta quindi la capacità del sistema di organizzare adeguatamente l’offerta dei servizi, in base alla possibilità degli utenti di ottenere le cure nel luogo giusto ed al momento giusto).

CONCLUSIONI

Il quadro che emerge dal Rapporto Osservasalute evidenzia una Regione complessivamente “in buona salute” ma che deve investire moltissimo, nei prossimi anni, in sanità, stili di vita e prevenzione per mantenere e migliorare i livelli di salute attuali.

Infatti, i principali indicatori di salute (mortalità complessiva, mortalità per cause, speranza di vita) sono stabilmente migliori rispetto ai corrispondenti dati nazionali. Sussiste in Puglia anche una rete di protezione sociale (famiglie o altri soggetti non istituzionali) che supporta gli anziani e i fragili, vicariando i pochi interventi strutturali. Le condizioni socio-ambientali evidentemente hanno avuto un ruolo più importante del sistema delle cure nel determinismo del fenomeno di salute, arginando i difetti di sistema.

Infatti, la Regione ha proporzioni di adulti in eccesso ponderale, ex-fumatori e sedentari maggiori rispetto alla media nazionale. Anche i principali indicatori di funzionamento del Servizio Sanitario Regionale (tasso di ospedalizzazione, consumo pro-capite di farmaci, organizzazione dei punti nascita) evidenziano un quadro peggiore rispetto alla situazione nazionale.

È urgente pertanto continuare l’investimento sulla *governance* di sistema e sulla qualità e appropriatezza delle cure avviato con il Piano di rientro e di riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale, con uno spostamento delle risorse e dei macro-obiettivi di sistema sull’assistenza territoriale (con particolare riferimento alle



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

cronicità) e sulla prevenzione, che deve tematizzare, accanto agli ambiti tradizionali, gli stili di vita.

Anche il setting ospedaliero deve essere profondamente innovato, non solo nell'ottica del suo ridimensionamento (che ha come obiettivo l'inappropriatezza e l'improduttività) ma anche del miglioramento continuo della qualità e della monitorabilità degli interventi.

Per ulteriori approfondimenti contattare

Prof.ssa Cinzia Germinario

Osservatorio Epidemiologico Regione Puglia

Sezione di Igiene- Dipartimento di Scienze Biomediche ed Oncologia Umana

Università degli Studi di Bari "Aldo Moro"

e-mail c.germinario@igiene.uniba.it

telefono 0805478484- fax 0805478472

Basilicata: la Regione con meno incidenti stradali

La Regione con la minore quota di laureati maschi

La Basilicata è la Regione dove si registrano meno incidenti stradali, infatti presenta la media d'incidentalità stradale minore d'Italia per il biennio 2008-2010, pari a 1,72 per 1000 contro una media italiana di 3,58.

In negativo, la Basilicata risulta la Regione con meno laureati tra i maschi: infatti quest'anno il Rapporto osserva anche il livello di istruzione medio dei residenti in Regione, che ha un impatto indiretto sulla salute dei cittadini visto che a titoli di studio più elevati corrisponde, in media, una maggiore tendenza a sposare stili di vita salutari. In Basilicata la percentuale della popolazione di età 25-64 anni con un titolo di studio di diploma di 4-5 anni è pari al 36,2% per i maschi (dati 2011 - media italiana 34,0%), al 35,6% per le femmine, (media italiana 33,3%). In Basilicata ha conseguito la laurea il 10,2% degli uomini – la percentuale minore in Italia (media italiana 13,4%) e il 14,8% delle donne (media italiana 16,4%).

Sono alcuni dei dati che emergono dalla decima edizione del **Rapporto Osservasalute (2012)**, un'approfondita analisi dello stato di salute della popolazione e della qualità dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane presentata oggi all'Università Cattolica. Pubblicato dall'**Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane** che ha sede presso l'**Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma** e coordinato dal Professor **Walter Ricciardi**, direttore dell'Osservatorio e del Dipartimento di Sanità Pubblica del Policlinico Universitario "Agostino Gemelli", il Rapporto è frutto del lavoro di 184 esperti di sanità pubblica, clinici, demografi, epidemiologi, matematici, statistici e economisti distribuiti su tutto il territorio italiano, che operano presso Università e numerose istituzioni pubbliche nazionali, regionali e aziendali (Ministero della Salute, Istat, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale Tumori, Istituto Italiano di Medicina Sociale, Agenzia Italiana del Farmaco, Aziende Ospedaliere e Aziende Sanitarie, Osservatori Epidemiologici Regionali, Agenzie Regionali e Provinciali di Sanità Pubblica, Assessorati Regionali e Provinciali alla Salute).

In Basilicata si registra un saldo medio annuo nel biennio 2010-2011 pari a -2,5 per 1.000 residenti per anno (media nazionale di 4,2 per 1.000), si conferma quindi la popolazione che cresce meno.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

In Basilicata il tasso di **fecondità totale** (ovvero il numero medio di figli per donna) è pari a 1,17 figli per donna (1,15 figli per le italiane; 1,59 figli per le straniere) contro un valore medio italiano, che comprende donne italiane e straniere, di 1,39 figli – dati 2011; nella Basilicata l'età media delle donne al parto è pari a 32 anni (età media nazionale 31,4 anni).

ANZIANI

In Basilicata nel 2011 il 9,3% dei cittadini ha tra 65 e 74 anni (-2,6% dal 2005 – diminuzione maggiore pari merito col Molise), a fronte di una media nazionale del 10,2%, mentre le persone con 75 anni ed oltre sono il 10,8% della popolazione regionale (+3,1% dal 2005), a fronte di una media nazionale del 10,1%.

Anziani che vivono da soli - La percentuale di persone dai 65 anni in su che vive sola in Basilicata (dati 2010) è pari al 17,9% dei maschi in quella fascia d'età (valore medio italiano 15,1%), al 42,9% delle femmine (valore medio italiano 37,6%), per un totale del 32% delle persone in questa fascia d'età, contro una media nazionale di 28,1%.

La quota di persone anziane che vivono sole sul totale della popolazione della stessa fascia di età rappresenta un prezioso indicatore in sede di programmazione dei servizi territoriali di tipo socio-sanitario. Il motivo è che gli anziani che vivono soli sono maggiormente esposti al rischio di emarginazione sociale e, data l'età, all'insorgenza di patologie gravi e invalidanti che possono portare al confinamento e, comunque, alla necessità di assistenza socio-sanitaria anche nello svolgimento delle normali attività della vita quotidiana.

SPERANZA DI VITA

La speranza di vita alla nascita è per i maschi pari a 79,4 anni (media italiana 79,4). Per le femmine la speranza di vita alla nascita è pari a 84,6 anni (valore medio italiano 84,5).

MORTALITÀ

In Basilicata la **mortalità complessiva** (per tutte le cause) oltre il primo anno di vita è pari a 107,07 per 10.000 abitanti tra i maschi (2009), contro una media nazionale di 109,41 per 10.000, mentre è pari a 67,13 per 10.000 tra le donne (contro una media nazionale di 69,31 per 10.000).

Per quanto riguarda i tassi di **mortalità per alcune cause** (2009) la Basilicata presenta, nella classe di età 19-64 anni, una mortalità per tumori tra i maschi pari a 10,32 per 10.000 (vs un valore medio nazionale di 10,53 per 10.000) e una mortalità per malattie del sistema circolatorio di 6,12 per 10.000 (vs un valore medio nazionale di 5,54 per 10.000). Tra le femmine la mortalità per tumori è pari a 6,97 per 10.000, (vs un valore medio nazionale di 7,93 per 10.000) e la mortalità per malattie del sistema circolatorio di 1,53 per 10.000 (vs un valore medio nazionale di 1,84 per 10.000).



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

STILI DI VITA

Fumo - La Basilicata presenta una quota di non fumatori pari al 53% (anno 2011) della popolazione regionale di 14 anni ed oltre (media nazionale 52,7%). In Basilicata fuma il 23,3% della popolazione regionale di 14 anni ed oltre (valore medio nazionale 22,3%). La Basilicata ha una quota di ex-fumatori del 20,9% (23,4% valore italiano).

Consumo di alcol - La Basilicata fa registrare i seguenti valori: nel 2010 presenta una quota di non consumatori pari al 35,7%, contro un valore medio nazionale del 32,7%. I consumatori sono il 61,9% contro un valore medio nazionale del 65,7%. La prevalenza di consumatori a rischio di 11-18 anni (ovvero quei giovani che praticano almeno uno dei comportamenti a rischio relativamente al consumo di alcol, come l'eccedenza quotidiana o il binge drinking) è pari al 25,8% dei maschi (valore medio italiano 15,2%), al 14% per le femmine (valore medio italiano 10,2%), per un totale del 19,7% dei giovani in questa fascia d'età (valore medio italiano 12,8%). La prevalenza di consumatori a rischio di 19-64 anni è pari al 24,9% dei maschi (valore medio italiano 21,5%) e al 5,4% delle femmine (valore medio italiano 5,4%). Il totale dei consumatori a rischio è il 15,1% degli individui in questa fascia d'età (valore medio italiano 13,4%).

DIETA, PESO E SPORT

Quanto alle **abitudini alimentari** in Basilicata il 4,7% della popolazione consuma in media le 5 o più porzioni di verdura, ortaggi e frutta al dì, contro una media nazionale del 4,9%.

La Basilicata ha molti problemi di linea: presenta una percentuale di obesi pari al 13,1% dei cittadini (persone di 18 anni e oltre), contro il valore medio italiano di 10% e una percentuale di individui in sovrappeso pari al 36,1%; il valore medio nazionale è il 35,8%.

Per quanto riguarda la **pratica di sport** in Basilicata il 16,3% della popolazione dai 3 anni in su pratica sport in modo continuativo, contro un valore medio italiano di 21,9%; il 29,1% fa qualche attività fisica (valore medio nazionale 27,7%). In Basilicata coloro che non svolgono alcuno sport sono il 48,4% della popolazione contro una media nazionale 39,8%.

SALUTE MENTALE

In Basilicata si registra un consumo di antidepressivi pari a 28,95 dosi definite giornaliere per 1.000 abitanti nel 2011. A livello nazionale il consumo medio è di 36,10 DDD/1.000 ab die.

In Basilicata il tasso standardizzato di suicidio è pari a 7,65 per 100.000 contro un valore medio nazionale di 7,23 per 100.000 fra i soggetti con 15 anni ed oltre.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

SALUTE MATERNO INFANTILE

Organizzazione dei punti nascita – L'obiettivo da perseguire a livello regionale è avere un'alta percentuale di parti in punti nascita ciascuno dei quali gestisca annualmente un ampio numero di parti (questi sono i punti nascita in cui si registrano i migliori esiti dei parti perché più è ampio il bacino di utenza di ciascun punto nascita, maggiore è l'esperienza delle professionalità che si concentrano al suo interno).

Nel 2010 nella Regione si registra una percentuale di parti in punti nascita con un volume di attività inferiore a 500 parti annui pari al 16,67% (media nazionale del 7,37%); il 26,72% dei parti è avvenuto in punti nascita con un volume di attività compreso tra 500 e 799 parti annui (14,83% il valore medio nazionale) nessun parto (contro il 9,62% italiano dei parti) in punti nascita con un volume di attività compreso tra 800 e 999 parti annui. Infine il 56,61% dei parti è avvenuto in punti nascita con un volume di attività superiore a 1.000 (68,19% il valore medio nazionale).

La Basilicata presenta un ricorso eccessivo al taglio cesareo, infatti registra una quota del 46,64% di TC sul totale dei parti nel 2010, contro la media nazionale di 38,71%.

SISTEMA SANITARIO REGIONALE

Passando all'analisi sulla "salute" del Sistema Sanitario Regionale emerge tra le performance economico-finanziarie che nel 2009 in Basilicata il **rapporto spesa/PII** è pari all'10,27% (valore medio italiano 7,22%).

La **spesa sanitaria pro capite** in Basilicata nel 2011 è pari a 1.817 euro, a fronte di una spesa media nazionale di 1.851 euro. Sempre nel 2011 la Basilicata ha un disavanzo procapite di 62 euro (dato medio italiano 29 euro). La Regione presenta inoltre un disavanzo procapite cumulato pari a 420 euro dal 2002 (dato medio italiano 608 euro).

CONSUMO DI FARMACI

Per quanto riguarda il **consumo territoriale di farmaci** a carico del SSN (espresso in termini di "DDD/1.000 ab die", cioè come numero medio di dosi di farmaco consumate giornalmente ogni 1.000 abitanti), nel 2011 la Basilicata presenta un consumo di 971 DDD/1.000 ab die (+53,6% dal 2001), a fronte di un valore medio nazionale di 963.

Sempre nel 2011 la spesa pro capite per consumo di farmaci a carico del SSN in Basilicata è pari a 197,1 euro (la media nazionale di 204,3 euro), segnando un -3,9% dal 2010.

In Basilicata il dato sull'utilizzo di **farmaci a brevetto scaduto** sul totale delle DDD prescritte è pari al 52,4% del totale dei consumi, contro una media nazionale del 55,7%. La spesa per questi farmaci è pari al 33,2% della spesa totale (valore medio nazionale 32,2%).

ASSISTENZA OSPEDALIERA

Per quel che concerne la gestione dell'assistenza ospedaliera la Basilicata ha un **tasso standardizzato complessivo di dimissioni ospedaliere** (ovvero in regime ordinario e in Day Hospital) di 179,7 per 1.000 nel 2010; il valore medio nazionale è pari a 172,4 per 1.000.

Per il tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere in regime ordinario la Basilicata ha un valore pari a 114,5 per 1.000 (2010), contro un valore medio italiano pari a 122,2 per 1.000. Infine il tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere in regime di Day Hospital è pari a 65,2 per 1.000, mentre la media nazionale è di 50,2 per 1.000.

Nel 2010 la Basilicata presenta una **Degenza Media Preoperatoria** standardizzata pari a 2,25 giorni contro una media nazionale di 1,88. Questo parametro è indice di efficienza organizzativa e di appropriato utilizzo dei servizi diagnostici e dei reparti di degenza chirurgici.

Gestione delle fratture del collo del femore - La frattura del collo del femore (evento frequente nella popolazione anziana) è un ottimo modo per valutare la qualità dell'assistenza ospedaliera in quanto, se non trattata a dovere, può causare il peggioramento della qualità di vita e/o di mortalità. Infatti, diversi studi hanno dimostrato che lunghe attese per l'intervento per questa frattura corrispondono a un aumento del rischio di mortalità e di disabilità del paziente, aumento delle complicanze legate all'intervento e minore efficacia della fase riabilitativa. Di conseguenza, molte delle Linee Guida più recenti raccomandano che il paziente con frattura del collo del femore venga operato entro 48 o addirittura 24 ore dall'ingresso in ospedale. In Basilicata il 21,4% (dato 2010) dei pazienti che hanno riportato tale frattura è operato entro 2 giorni (valore medio italiano di 35,1%).

Mortalità evitabile - Si tratta di un altro indicatore di performance del SSR. Il concetto di mortalità evitabile per cause riconducibili ai servizi sanitari o *Amenable Mortality* (AM) è potenziale strumento per la valutazione della qualità e dell'efficacia dei sistemi sanitari e per monitorarne i cambiamenti nel tempo. La "mortalità riconducibile alle cure sanitarie" è definita come "decessi considerati prematuri, che non si verificherebbero in condizioni di cure efficaci e tempestive" o come "morti attribuibili" a condizioni per cui esistono interventi diagnostico-terapeutici e di prevenzione secondaria efficaci, che potrebbero prevenire le "morti premature". Nel periodo considerato nel Rapporto, tra 2006 e 2009, si è assistito a una riduzione del tasso di mortalità riconducibile ai servizi sanitari: si è passati, difatti, dal 69,96 per 100.000 (valore medio italiano 63,86 per 100.000) del 2006 al 63,86 (per 100.000) del 2009 (valore medio italiano 61,69 per 100.000).



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



**UNIVERSITÀ
CATTOLICA**
del Sacro Cuore

Performance del Ssr – Sul fronte delle performance emerge che la Basilicata ha un livello basso di efficienza, (si noti che la componente dell'efficienza considerata nel Rapporto si riferisce solo alla capacità delle amministrazioni regionali di mantenere i bilanci in pareggio) e un livello medio-alto di efficacia, laddove per efficacia si intende il grado con cui i beni e servizi erogati dal SSR alla popolazione portano migliorano la salute dei cittadini. L'efficacia come dimensione della performance è, quindi, riferita a quei cambiamenti nello stato di salute delle persone che sono strettamente attribuibili all'attività del sistema sanitario.

Per l'appropriatezza (parametro riferito alla valutazione degli atti medici in relazione ai costi, alle risorse disponibili ed ai risultati auspicabili) la Basilicata ha un livello basso. Medio-basso in Regione il livello di soddisfazione ed accessibilità del sistema da parte dei cittadini residenti, ovvero rispettivamente il livello di gradimento o di scontento dei cittadini verso il sistema sanitario e la facilità con cui i servizi sanitari sono raggiungibili da chi ne ha bisogno (la facilità o difficoltà di accesso possono essere di tipo fisico, finanziario o psicologico. Con tale dimensione della performance si valuta quindi la capacità del sistema di organizzare adeguatamente l'offerta dei servizi, in base alla possibilità degli utenti di ottenere le cure nel luogo giusto ed al momento giusto).

CONCLUSIONI

Da qualche anno il rapporto Osservasalute mostra sempre più dati non lusinghieri per la Basilicata. A luglio 2008 la Legge Regionale n.12 ridisegna l'assetto organizzativo e territoriale del Servizio Sanitario Regionale (SSR) in coerenza con gli indirizzi, gli obiettivi e gli equilibri di gestione stabiliti dalla programmazione regionale e nel quadro di un governo partecipato delle politiche della salute. In particolare si prefigge “di riaffermare i caratteri del SSR quale sistema unitario e integrato, di accrescere le basi dimensionali e la logica di rete delle sue strutture organizzative e di perseguire obiettivi di organicità, appropriatezza, equità, efficienza, efficacia ed economicità nella predisposizione ed erogazione dei servizi. Il SSR è ordinato secondo un modello a rete (quale luogo di sinergia delle competenze e delle funzioni per modulare risposte appropriate ed efficaci ai bisogni dei cittadini), che comprende e integra la rete ospedaliera regionale e le reti infra e interaziendali. Esso persegue l'obiettivo della continuità dell'assistenza e dell'integrazione tra ospedale e territorio”.

Probabilmente è passato troppo poco tempo perché gli obiettivi proposti dal cambiamento potessero essere raggiunti e gli indicatori di performance efficienza, appropriatezza, efficacia, soddisfazione ed accessibilità, peraltro estremamente coerenti fra di loro per la Basilicata, disegnano una realtà lontana dal risultato atteso.

Naturalmente vanno sottolineate le “mille attenzioni” che gli autori hanno posto sulla lettura, sulla scelta degli indicatori e sul loro utilizzo in quanto “sono molti i fenomeni di un sistema sanitario da monitorare; tali fenomeni sono così eterogenei e ricchi di interrelazioni reciproche da rendere evidente come nessun indicatore, da solo, sia capace di definire compiutamente la performance di un sistema sanitario, così come l'utilizzo di proxy concettuali”.

Occorre aggiungere che gli indicatori proposti dipendono largamente dai dati non positivi di una assistenza ospedaliera o meglio ancora marcatamente “ospedalocentrica” che era intento di modificare con il modello a rete in una logica di reale integrazione con i servizi territoriali.

In questo caso un ruolo importante ha la resistenza al cambiamento da parte dei soggetti coinvolti che è indubbiamente una delle problematiche più difficili da affrontare per un'organizzazione.

Esistono peraltro delle difficoltà oggettive di “fare salute” in una Regione con una popolazione (588,879 abitanti nel 2010), in calo di oltre 10.000 unità per anno, molto dispersa sul territorio, con una densità



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

(2011) di 58,7 abitanti per km² e concentrata per lo più in grandi centri urbani. Un terzo della popolazione (34%) vive in piccoli comuni (con meno di 5.000 abitanti), che rappresentano il 76% di tutti i comuni della Basilicata. La maggior parte dei comuni è costituita da piccoli centri non urbani (al di fuori dell'area urbana e metropolitana) con problemi di accesso alla rete ferroviaria e autostradale. Questa condizione logistica, insieme alla difficoltà dei trasporti a causa di un territorio montuoso condiziona l'accesso e definisce "setting assistenziali" non completamente appropriati.

A settembre 2012 è stato deliberato dal Consiglio Regionale il nuovo piano sanitario che sostituisce il precedente relativo al periodo 1997-1999. "Il Piano regionale integrato della salute e dei servizi alla persona e alla comunità 2012-2015 Ammalarsi meno, curarsi meglio", con l'impegno di perseguire 'la salute in tutte le politiche' secondo le indicazioni della Comunità Europea, indica che "l'attività di prevenzione primaria è rivolta sia alla tutela delle nuove generazioni, sia allo stato di salute di tutti i cittadini e si articola in azioni volte a combattere il fumo e l'abuso di alcool nonché a promuovere una alimentazione salubre e l'attività fisica, a combattere gli agenti infettivi oncogeni e l'esposizione ad oncogeni negli ambienti di vita e di lavoro" e "in questo ambito è fondamentale il coinvolgimento dei cittadini nella tutela della propria salute; la comunicazione diviene strumento di lavoro per il sistema salute e deve fornire risposte appropriate alla domanda crescente di informazione su salute e malattia. Il SSR deve sviluppare un adeguato piano di comunicazione".

Gli indicatori dieta, peso, sport e stili di vita, soprattutto fra i giovani, confermano un preoccupante fenomeno negativo resistente al cambiamento.

Come la letteratura suggerisce è importante, ai fini dei processi di cambiamento, che si instaurino iniziative finalizzate a costruire e diffondere una cultura partecipativa e di commitment e tra l'una e l'altra cosa ci sta prima di tutto un elemento: la comunicazione.

Preferisco pensare in attesa che questi atti formali per tanti aspetti innovativi raggiungano i propri obiettivi come Eduardo De Filippo in Napoli Milionaria che "Adda passà 'a nuttata" piuttosto che come Tomasi di Lampedusa ne Il Gattopardo che "se vogliamo che tutto rimanga come è, bisogna che tutto cambi" e "dopo sarà diverso, ma peggiore".

Per ulteriori approfondimenti contattare

dott. Rocco Galasso

responsabile epidemiologia clinica, biostatistica e registro tumori

I.R.C.C.S. CROB di Rionero in Vulture

r.galasso@basilicatanet.it

telefono ufficio 0972 726720

3383794091



osservatorio
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

COMUNICATO STAMPA

ROMA, 29 APRILE 2013

Calabria: resta la Regione con la maggior quota di non fumatori

Ma è la Regione in cui si mangiano meno frutta e verdura

La Calabria resta anche quest'anno la Regione in cui si fuma meno: presenta infatti la maggiore quota di non fumatori pari al 60,5% (anno 2011) della popolazione regionale di 14 anni e oltre (media nazionale 52,7%). In Calabria fuma il 18,8% della popolazione regionale di 14 anni ed oltre (valore medio nazionale 22,3%). La Calabria ha una quota di ex-fumatori del 19,4% (23,4% valore italiano).

In negativo, invece, si segnala che la Calabria è la Regione in cui si consumano meno frutta e verdura, solo il 2,5% della popolazione consuma in media le 5 o più porzioni di verdura, ortaggi e frutta al dì, contro una media nazionale del 4,9%.

Sono alcuni dei dati che emergono dalla decima edizione del **Rapporto Osservasalute (2012)**, un'approfondita analisi dello stato di salute della popolazione e della qualità dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane presentata oggi all'Università Cattolica. Pubblicato dall'**Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane** che ha sede presso l'**Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma** e coordinato dal Professor **Walter Ricciardi**, direttore dell'Osservatorio e del Dipartimento di Sanità Pubblica del Policlinico Universitario "Agostino Gemelli", il Rapporto è frutto del lavoro di 184 esperti di sanità pubblica, clinici, demografi, epidemiologi, matematici, statistici e economisti distribuiti su tutto il territorio italiano, che operano presso Università e numerose istituzioni pubbliche nazionali, regionali e aziendali (Ministero della Salute, Istat, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale Tumori, Istituto Italiano di Medicina Sociale, Agenzia Italiana del Farmaco, Aziende Ospedaliere e Aziende Sanitarie, Osservatori Epidemiologici Regionali, Agenzie Regionali e Provinciali di Sanità Pubblica, Assessorati Regionali e Provinciali alla Salute).

In Calabria si registra un **saldo medio annuo** nel biennio 2010-2011 pari a 0,2 per 1.000 residenti per anno (media nazionale di 4,2 per 1.000).

In Calabria il tasso di **fecondità totale** (ovvero il numero medio di figli per donna) è pari a 1,25 figli per donna (1,23 figli per le italiane; 1,72 figli per le straniere) contro



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

un valore medio italiano, che comprende donne italiane e straniere, di 1,39 figli – dati 2011; in Calabria l'età media delle donne al parto è pari a 31,2 anni (età media nazionale 31,4 anni).

Quest'anno il Rapporto osserva anche il livello di istruzione medio dei residenti in Regione, che ha un impatto indiretto sulla salute dei cittadini visto che a titoli di studio più elevati corrispondono in media condizioni socio-economiche migliori e una tendenza maggiore a sposare stili di vita salutari. In Calabria la percentuale della popolazione di età 25-64 anni con un titolo di studio (2011) di diploma di 4-5 anni è pari al 36,6% per i maschi (media italiana 34,0%), al 33,3% per le femmine, (media italiana 33,3%), in Calabria ha conseguito la laurea l'11,9% degli uomini (media italiana 13,4%) ed il 15,3% delle donne (media italiana 16,4%).

ANZIANI

In Calabria nel 2011 il 9% dei cittadini ha tra 65 e 74 anni (-1,4% dal 2005), a fronte di una media nazionale del 10,2%, mentre le persone con 75 anni ed oltre sono il 9,7% della popolazione regionale (+2,8% dal 2005), a fronte di una media nazionale del 10,1%.

Anziani che vivono soli - La percentuale di persone dai 65 anni in su che vive sola in Calabria (dati 2010) è pari al 12,8% dei maschi in quella fascia d'età (valore medio italiano 15,1%), al 40,4% delle femmine (valore medio italiano 37,6%), per un totale del 28,3% delle persone in questa fascia d'età, contro una media nazionale di 28,1%. La quota di persone anziane che vivono sole sul totale della popolazione della stessa fascia di età rappresenta un prezioso indicatore in sede di programmazione dei servizi territoriali di tipo socio-sanitario. Il motivo è che gli anziani che vivono soli sono maggiormente esposti al rischio di emarginazione sociale e, data l'età, all'insorgenza di patologie gravi e invalidanti che possono portare al confinamento e, comunque, alla necessità di assistenza socio-sanitaria anche nello svolgimento delle normali attività della vita quotidiana.

SPERANZA DI VITA

La speranza di vita alla nascita è per i maschi pari a 79,4 anni (media italiana 79,4). Per le femmine la speranza di vita alla nascita è pari a 84,7 anni (valore medio italiano 84,5).

MORTALITÀ

In Calabria la **mortalità complessiva** (per tutte le cause) oltre il primo anno di vita è pari a 108,71 per 10.000 abitanti tra i maschi (2009), contro una media nazionale di 109,41 per 10.000, mentre è pari a 71,07 per 10.000 tra le donne (contro una media nazionale di 69,31 per 10.000).



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

Per quanto riguarda i tassi di **mortalità per alcune cause** (2009) la Calabria presenta, nella classe di età 19-64 anni, una mortalità per tumori tra i maschi pari a 10,32 per 10.000 (vs un valore medio nazionale di 10,53 per 10.000) e una mortalità per malattie del sistema circolatorio di 6,77 per 10.000 (vs un valore medio nazionale di 5,54 per 10.000). Tra le femmine la mortalità per tumori è pari a 7,34 per 10.000, (vs un valore medio nazionale di 7,93 per 10.000) e la mortalità per malattie del sistema circolatorio di 2,07 per 10.000 (vs un valore medio nazionale di 1,84 per 10.000).

STILI DI VITA

Fumo - La Calabria presenta una quota di non fumatori pari al 60,5% - percentuale maggiore in Italia (anno 2011) della popolazione regionale di 14 anni ed oltre (media nazionale 52,7%). In Calabria fuma il 18,8% della popolazione regionale di 14 anni ed oltre (valore medio nazionale 22,3%). La Calabria ha una quota di ex-fumatori del 19,4% (23,4% valore italiano).

Consumo di alcol - La Calabria fa registrare i seguenti valori: nel 2010 presenta una quota di non consumatori pari al 35,2%, contro un valore medio nazionale del 32,7%. I consumatori sono il 63,2% contro un valore medio nazionale del 65,7%.

La prevalenza di consumatori a rischio di 11-18 anni (ovvero quei giovani che praticano almeno uno dei comportamenti a rischio relativamente al consumo di alcol, come l'eccedenza quotidiana o il binge drinking) è pari all'11,6% dei maschi (valore medio italiano 15,2%), al 10% per le femmine (valore medio italiano 10,2%), per un totale del 10,8% dei giovani in questa fascia d'età (valore medio italiano 12,8%). La prevalenza di consumatori a rischio di 19-64 anni è pari al 19,4% dei maschi (valore medio italiano 21,5%) e al 4% delle femmine (valore medio italiano 5,4%). Il totale dei consumatori a rischio è l'11,6% degli individui in questa fascia d'età (valore medio italiano 13,4%).

DIETA, PESO E SPORT

Quanto alle **abitudini alimentari** in Calabria il 2,5% della popolazione consuma in media le 5 o più porzioni di verdura, ortaggi e frutta al dì - percentuale minore in Italia, contro una media nazionale del 4,9%.

La Calabria ha molti problemi di linea: presenta una percentuale di obesi pari all'11,4% dei cittadini (persone di 18 anni e oltre), contro il valore medio italiano del 10% e una percentuale di individui in sovrappeso pari al 37,1%; il valore medio nazionale è il 35,8%.

Per quanto riguarda la **pratica di sport** in Calabria il 14,4% della popolazione dai 3 anni in su pratica sport in modo continuativo, contro un valore medio italiano di 21,9%; il 26,4% fa qualche attività fisica (valore medio nazionale 27,7%). In Calabria coloro che non svolgono alcuno sport sono il 51% della popolazione, a fronte di una media nazionale 39,8%.



Osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

SALUTE MENTALE

In Calabria si registra un consumo di antidepressivi pari a 33,41 dosi definite giornaliere per 1.000 abitanti nel 2011. A livello nazionale il consumo medio è di 36,10 DDD/1.000 ab die.

In Calabria il tasso standardizzato di suicidio è pari a 6,61 per 100.000, a fronte di un valore medio nazionale di 7,23 per 100.000 fra i soggetti con 15 anni ed oltre.

SALUTE MATERNO INFANTILE

Organizzazione dei punti nascita – L'obiettivo da perseguire a livello regionale è avere un'alta percentuale di parti in punti nascita ciascuno dei quali gestisca annualmente un ampio numero di parti (questi sono i punti nascita in cui si registrano i migliori esiti dei parti perché più è ampio il bacino di utenza di ciascun punto nascita, maggiore è l'esperienza delle professionalità che si concentrano al suo interno).

Nel 2010 nella Regione si registra che il 13,51% dei parti è avvenuto in punti nascita con un volume di attività inferiore a 500 parti annui (media nazionale del 7,37%); il 34,43% dei parti è avvenuto in punti nascita con un volume di attività compreso tra 500 e 799 parti annui – percentuale maggiore in Italia (14,83% il valore medio nazionale). Il 14,58% dei parti (contro il 9,62% italiano dei parti) in punti nascita con un volume di attività compreso tra 800 e 999 parti annui. Infine il 37,48% dei parti è avvenuto in punti nascita con un volume di attività superiore a 1.000 – percentuale minore in Italia (68,19% il valore medio nazionale).

Gestione dei parti con Taglio Cesareo (TC): la Calabria presenta una quota ancora troppo elevata di TC, pari al 42,75% di TC sul totale dei parti nel 2010, contro la media nazionale di 38,71%.

SISTEMA SANITARIO REGIONALE

Passando all'analisi sulla "salute" del Sistema Sanitario Regionale emerge tra le performance economico-finanziarie che nel 2009 in Calabria il **rapporto spesa/PIL** è pari al 10,76% (valore medio italiano 7,22%).

La **spesa sanitaria pro capite** in Calabria nel 2011 è pari a 1.704 euro – valore minore in Italia, a fronte di una spesa media nazionale di 1.851 euro. Sempre nel 2011 la Calabria ha un disavanzo procapite di 65 euro (dato medio italiano 29 euro). La Regione presenta inoltre un disavanzo procapite cumulato pari a 622 euro dal 2002 (dato medio italiano 608 euro).

CONSUMO DI FARMACI



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

Per quanto riguarda il **consumo territoriale di farmaci** a carico del SSN (espresso in termini di "DDD/1.000 ab die", cioè come numero medio di dosi di farmaco consumate giornalmente ogni 1.000 abitanti), nel 2011 la Calabria presenta un consumo di 1.032 DDD/1.000 ab die, a fronte di un valore medio nazionale di 963.

Sempre nel 2011 la spesa pro capite per consumo di farmaci a carico del SSN in Calabria è pari a 231,2 euro (la media nazionale di 204,3 euro).

In Calabria il dato sull'utilizzo di **farmaci a brevetto scaduto** sul totale delle DDD prescritte è pari al 53,2% del totale dei consumi, contro una media nazionale del 55,7%. La spesa per questi farmaci è pari al 31,9% della spesa totale (valore medio nazionale 32,2%).

ASSISTENZA OSPEDALIERA

Gestione dell'assistenza ospedaliera da migliorare in Calabria: la Regione presenta un **tasso standardizzato complessivo di dimissioni ospedaliere** (ovvero in regime ordinario e in Day Hospital) di 177,1 per 1.000 nel 2010; il valore medio nazionale è pari a 172,4 per 1.000.

Per il tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere in regime ordinario la Calabria ha un valore pari a 125,8 per 1.000 (2010), a fronte di un valore medio italiano pari a 122,2 per 1.000. Infine il tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere in regime di Day Hospital è pari a 51,3 per 1.000, mentre la media nazionale è di 50,2 per 1.000.

Nel 2010 la Calabria presenta una **Degenza Media Preoperatoria** standardizzata pari a 2,44 giorni contro una media nazionale di 1,88. Questo parametro è indice di efficienza organizzativa e di appropriato utilizzo dei servizi diagnostici e dei reparti di degenza chirurgici.

Gestione delle fratture del collo del femore - La frattura del collo del femore (evento frequente nella popolazione anziana) è un ottimo modo per valutare la qualità dell'assistenza ospedaliera in quanto, se non trattata a dovere, può causare il peggioramento della qualità di vita e/o di mortalità. Infatti, diversi studi hanno dimostrato che lunghe attese per l'intervento per questa frattura corrispondono a un aumento del rischio di mortalità e di disabilità del paziente, aumento delle complicanze legate all'intervento e minore efficacia della fase riabilitativa. Di conseguenza, molte delle Linee Guida più recenti raccomandano che il paziente con frattura del collo del femore venga operato entro 48 o addirittura 24 ore dall'ingresso in ospedale. In Calabria solo il 20,6% (dato 2010) dei pazienti che hanno riportato tale frattura è operato entro 2 giorni (valore medio italiano di 35,1%).

Mortalità evitabile - Si tratta di un altro indicatore di performance del SSR. Il concetto di mortalità evitabile per cause riconducibili ai servizi sanitari o *Amenable Mortality* (AM) è potenziale strumento per la valutazione della qualità e dell'efficacia dei sistemi sanitari e per monitorarne i cambiamenti nel tempo. La "mortalità



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



**UNIVERSITÀ
CATTOLICA**
del Sacro Cuore

riconducibile alle cure sanitarie” è definita come “decessi considerati prematuri, che non si verificherebbero in condizioni di cure efficaci e tempestive” o come “morti attribuibili” a condizioni per cui esistono interventi diagnostico-terapeutici e di prevenzione secondaria efficaci, che potrebbero prevenire le “morti premature”. Nel periodo considerato nel Rapporto, tra 2006 e 2009, si è assistito a una piccola riduzione del tasso di mortalità riconducibile ai servizi sanitari: si è passati, difatti, dal 69,95 per 100.000 (valore medio italiano 63,86 per 100.000) del 2006 al 69,13 (per 100.000) del 2009 (valore medio italiano 61,69 per 100.000).

Performance del Ssr – Sul fronte delle performance emerge che la Calabria ha un livello basso sia di efficienza, (si noti che la componente dell’efficienza considerata nel Rapporto si riferisce solo alla capacità delle amministrazioni regionali di mantenere i bilanci in pareggio) sia di efficacia, laddove per efficacia si intende il grado con cui i beni e servizi erogati dal SSR alla popolazione portano migliorano la salute dei cittadini. L’efficacia come dimensione della performance è, quindi, riferita a quei cambiamenti nello stato di salute delle persone che sono strettamente attribuibili all’attività del sistema sanitario.

Per l’appropriatezza (parametro riferito alla valutazione degli atti medici in relazione ai costi, alle risorse disponibili ed ai risultati auspicabili) la Calabria ha un livello medio-basso. Basso in Regione il livello di soddisfazione ed accessibilità del sistema da parte dei cittadini residenti, ovvero rispettivamente il livello di gradimento o di scontento dei cittadini verso il sistema sanitario e la facilità con cui i servizi sanitari sono raggiungibili da chi ne ha bisogno (la facilità o difficoltà di accesso possono essere di tipo fisico, finanziario o psicologico. Con tale dimensione della performance si valuta quindi la capacità del sistema di organizzare adeguatamente l’offerta dei servizi, in base alla possibilità degli utenti di ottenere le cure nel luogo giusto ed al momento giusto).

CONCLUSIONI

Globalmente, i dati relativi sia agli indicatori di salute sia alle caratteristiche di erogazione dei servizi sanitari in Calabria non mostrano sostanziali variazioni rispetto a quanto evidenziato nel precedente Rapporto Osservasalute.

Decisamente soddisfacenti i dati relativi alla contenuta diffusione dell’abitudine al fumo, al valore medio regionale di consumatori di alcol ed alla prevalenza di consumatori a rischio nell’età compresa tra 11 e 18 anni nel sesso maschile (valori inferiori alla media nazionale). Per contro, spicca il dato relativo ad altri stili di vita tutt’altro che salubri, quali lo scarso consumo di frutta e verdura e la ridotta pratica dell’attività fisica che sono alla base dell’elevata diffusione del sovrappeso, dell’obesità e di malattie croniche.

Un dato che merita attenta valutazione in relazione ai riflessi che può assumere nella determinazione del bisogno di interventi e prestazioni sanitarie e socio-assistenziali è il progressivo incremento degli anziani sulla popolazione complessiva, fenomeno che si sta allineando all’andamento nazionale. In particolare, la quota di persone anziane che vivono sole sul totale della popolazione anziana (che in Calabria risulta, nel sesso femminile, più elevata rispetto al valore medio italiano) rappresenta un prezioso indicatore in sede di programmazione dei servizi territoriali di tipo socio-sanitario,



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

atteso il maggior rischio di emarginazione sociale e di insorgenza di patologie gravi e invalidanti che possono portare al confinamento.

Ancora troppo elevato il ricorso al taglio cesareo e, nell'ambito della salute materno-infantile, un dato rilevante riguarda il numero di parti in punti nascita con un volume di attività superiore a 1.000 parti annui ancora molto limitato rispetto al valore medio nazionale.

Questo dato, conseguenza di un numero di punti nascita eccessivo rispetto alla popolazione interessata, richiama la necessità di ricercare soluzioni efficaci in grado di coniugare la sicurezza delle cure con la salvaguardia della professionalità dei medici e del personale sanitario.

Da segnalare il numero medio di dosi di farmaco consumate giornalmente più elevato rispetto al valore medio nazionale, analogamente alla spesa pro capite per consumo di farmaci a carico del SSN; appare in crescita l'utilizzo di farmaci a brevetto scaduto sul totale dei consumi. Queste informazioni richiamano l'attenzione sull'importanza della diffusione delle informazioni nel campo dell'efficacia e del rapporto costo-benefici dei farmaci, in aggiunta alla promozione dell'appropriatezza delle prescrizioni.

Nell'ambito delle prestazioni erogate, si delinea un sistema sanitario ancora orientato a fornire risposte assistenziali di tipo ospedaliero nella gran parte dei bisogni della popolazione, come indicato dal tasso standardizzato complessivo di dimissioni ospedaliere, più elevato rispetto al valore medio nazionale. Inoltre, è possibile migliorare alcuni indicatori di appropriatezza organizzativa in ambito ospedaliero, quali la degenza media preoperatoria e la percentuale di fratture del femore operate entro 2 giorni dal ricovero, strettamente correlati anche alla qualità dell'assistenza erogata.

Le raccomandazioni, pertanto, sono ancora indirizzate ad una maggiore incisività degli interventi di prevenzione primaria e alla necessità di migliorare la qualità e la performance del servizio sanitario regionale, intesa come la capacità del sistema di organizzare adeguatamente l'offerta dei servizi, tenendo conto della possibilità degli utenti di ottenere le cure nel luogo giusto e al momento giusto.

Per ulteriori approfondimenti contattare

Maria Pavia, Professore Ordinario, Dipartimento di Scienze della Salute, Università "Magna Graecia" di Catanzaro, 0961 712367, pavia@unicz.it

Carmelo G. A. Nobile, Professore Associato, Dipartimento di Scienze della Salute, Università "Magna Graecia" di Catanzaro, 0961 712341, nobile@unicz.it

Aida Bianco, Dirigente Medico Azienda Ospedaliera "Mater Domini" di Catanzaro, 0961 712385, 339 4641463, a.bianco@unicz.it

Claudia Pileggi, Ricercatore, Dipartimento di Scienze della Salute, Università "Magna Graecia" di Catanzaro, 0961 712385, 331 6718343, claudiapileggi@unicz.it



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

COMUNICATO STAMPA

ROMA, 29 APRILE 2013

Sicilia: la Regione dalle mamme più giovani

Ma è la Regione dove si consumano più farmaci

La Sicilia è la Regione dalle mamme più giovani, in cui cioè è più bassa l'età media delle donne al parto. Infatti in Sicilia l'età media delle donne al parto è pari a 30,6 anni (età media nazionale 31,4 anni). In Sicilia il 16,3% dei nuovi nati è partorito da donne con meno di 25 anni e il 5,1% da donne over-40.

In negativo, invece, si segnala che la Sicilia è la Regione dove si consumano più farmaci: nel 2011 il consumo territoriale di farmaci a carico del SSN (espresso in termini di "DDD/1.000 ab die", cioè come numero medio di dosi di farmaco consumate giornalmente ogni 1.000 abitanti), è stato di 1.086 DDD/1.000 ab die, a fronte di un valore medio nazionale di 963.

Sono alcuni dei dati che emergono dalla decima edizione del **Rapporto Osservasalute (2012)**, un'approfondita analisi dello stato di salute della popolazione e della qualità dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane presentata oggi all'Università Cattolica. Pubblicato dall'**Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane** che ha sede presso l'**Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma** e coordinato dal Professor **Walter Ricciardi**, direttore dell'Osservatorio e del Dipartimento di Sanità Pubblica del Policlinico Universitario "Agostino Gemelli", il Rapporto è frutto del lavoro di 184 esperti di sanità pubblica, clinici, demografi, epidemiologi, matematici, statistici e economisti distribuiti su tutto il territorio italiano, che operano presso Università e numerose istituzioni pubbliche nazionali, regionali e aziendali (Ministero della Salute, Istat, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale Tumori, Istituto Italiano di Medicina Sociale, Agenzia Italiana del Farmaco, Aziende Ospedaliere e Aziende Sanitarie, Osservatori Epidemiologici Regionali, Agenzie Regionali e Provinciali di Sanità Pubblica, Assessorati Regionali e Provinciali alla Salute).

In Sicilia si registra un **saldo medio annuo** nel biennio 2010-2011 pari a 0,6 per 1.000 residenti per anno (media nazionale di 4,2 per 1.000).

In Sicilia il tasso di **fecondità totale** (ovvero il numero medio di figli per donna) è pari a 1,39 figli per donna (1,37 figli per le italiane; 1,89 figli per le straniere) contro



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

un valore medio italiano, che comprende donne italiane e straniere, di 1,39 figli – dati 2011; in Sicilia l'età media delle donne al parto è pari a 30,6 anni – età minore in Italia (età media nazionale 31,4 anni); 30,7 anni è l'età media delle donne al parto in Sicilia per quanto riguarda solo le italiane residenti - età minore in Italia.

Quest'anno il Rapporto osserva anche il livello di istruzione medio dei residenti in Regione, che ha un impatto indiretto sulla salute dei cittadini visto che a titoli di studio più elevati corrispondono in media condizioni socio-economiche migliori e una tendenza maggiore a sposare stili di vita salutari. In Sicilia la percentuale della popolazione di età 25-64 anni con un titolo di studio (2011) di diploma di 4-5 anni è pari al 32,6% per i maschi (media italiana 34,0%), al 31,8% per le femmine, (media italiana 33,3%), in Sicilia ha conseguito la laurea l'11% degli uomini (media italiana 13,4%) ed il 13% delle donne (media italiana 16,4%).

ANZIANI

In Sicilia nel 2011 il 9,2% dei cittadini ha tra 65 e 74 anni (-0,7% dal 2005), a fronte di una media nazionale del 10,2%, mentre le persone con 75 anni ed oltre sono il 9,4% della popolazione regionale (+2,4% dal 2005), a fronte di una media nazionale del 10,1%.

Anziani che vivono soli - La percentuale di persone dai 65 anni in su che vive sola in Sicilia (dati 2010) è pari al 15,5% dei maschi in quella fascia d'età (valore medio italiano 15,1%), al 40,6% delle femmine (valore medio italiano 37,6%), per un totale del 29,8% delle persone in questa fascia d'età, contro una media nazionale di 28,1%. La quota di persone anziane che vivono sole sul totale della popolazione della stessa fascia di età rappresenta un prezioso indicatore in sede di programmazione dei servizi territoriali di tipo socio-sanitario. Il motivo è che gli anziani che vivono soli sono maggiormente esposti al rischio di emarginazione sociale e, data l'età, all'insorgenza di patologie gravi e invalidanti che possono portare al confinamento e, comunque, alla necessità di assistenza socio-sanitaria anche nello svolgimento delle normali attività della vita quotidiana.

SPERANZA DI VITA

La speranza di vita alla nascita è per i maschi pari a 78,7 anni (media italiana 79,4). Per le femmine la speranza di vita alla nascita è pari a 83,4 anni (valore medio italiano 84,5).

MORTALITÀ

In Sicilia la **mortalità complessiva** (per tutte le cause) oltre il primo anno di vita è pari a 115,52 per 10.000 abitanti tra i maschi (2009), contro una media nazionale di 109,41 per 10.000, mentre è pari a 78,25 per 10.000 tra le donne (contro una media nazionale di 69,31 per 10.000).



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

Per quanto riguarda i tassi di **mortalità per alcune cause** (2009) la Sicilia presenta, nella classe di età 19-64 anni, una mortalità per tumori tra i maschi pari a 10,49 per 10.000 (vs un valore medio nazionale di 10,53 per 10.000) e una mortalità per malattie del sistema circolatorio di 6,98 per 10.000 (vs un valore medio nazionale di 5,54 per 10.000). Tra le femmine la mortalità per tumori è pari a 8,03 per 10.000, (vs un valore medio nazionale di 7,93 per 10.000) e la mortalità per malattie del sistema circolatorio di 2,52 per 10.000 (vs un valore medio nazionale di 1,84 per 10.000).

STILI DI VITA

Fumo - La Sicilia presenta una quota di non fumatori pari al 53,9% (anno 2011) della popolazione regionale di 14 anni ed oltre (media nazionale 52,7%). In Sicilia fuma il 22,7% della popolazione regionale di 14 anni ed oltre (valore medio nazionale 22,3%). La Sicilia ha una quota di ex-fumatori del 19,9% (23,4% valore italiano).

Consumo di alcol - La Sicilia fa registrare i seguenti valori: nel 2010 presenta una quota di non consumatori pari al 38,9% a fronte di un valore medio nazionale del 32,7%. I consumatori sono il 59,1% a fronte di un valore medio nazionale del 65,7%. La prevalenza di consumatori a rischio di 11-18 anni (ovvero quei giovani che praticano almeno uno dei comportamenti a rischio relativamente al consumo di alcol, come l'eccedenza quotidiana o il binge drinking) è pari al 10,9% dei maschi (valore medio italiano 15,2%), all'11% per le femmine (valore medio italiano 10,2%), per un totale dell'11% dei giovani in questa fascia d'età (valore medio italiano 12,8%). La prevalenza di consumatori a rischio di 19-64 anni è pari al 13,1% dei maschi - percentuale minore in Italia (valore medio italiano 21,5%) e al 3,1% delle femmine (valore medio italiano 5,4%). Il totale dei consumatori a rischio è l'8% degli individui in questa fascia d'età - percentuale minore in Italia (valore medio italiano 13,4%). La Sicilia è anche la Regione più virtuosa quanto a prevalenza percentuale di consumatori a rischio di 19-64 anni per due forme di comportamento a rischio, l'eccedenza dei limiti giornalieri e il binge drinking (in quest'ultimo caso a pari merito con la Campania): rispettivamente solo il 2,6% e il 6,4% dei siciliani.

DIETA, PESO E SPORT

Quanto alle **abitudini alimentari** in Sicilia il 3,7% della popolazione consuma in media le 5 o più porzioni di verdura, ortaggi e frutta al dì, contro una media nazionale del 4,9%.

La Sicilia ha molti problemi di linea: presenta una percentuale di obesi pari al 9,8% dei cittadini (persone di 18 anni e oltre), contro il valore medio italiano del 10% e una percentuale di individui in sovrappeso pari al 37,8%; il valore medio nazionale è il 35,8%.

Per quanto riguarda la **pratica di sport** in Sicilia il 15,1% della popolazione dai 3 anni in su pratica sport in modo continuativo, contro un valore medio italiano di 21,9%; il 19,4% fa qualche attività fisica (valore medio nazionale 27,7%). In Sicilia coloro che non svolgono alcuno sport sono il 57% della popolazione, a fronte di una media nazionale 39,8%.

SALUTE MENTALE

In Sicilia si registra un consumo di antidepressivi pari a 31,04 dosi definite giornaliere per 1.000 abitanti nel 2011. A livello nazionale il consumo medio è di 36,10 DDD/1.000 ab die.

In Sicilia il tasso standardizzato di suicidio è pari a 6,28 per 100.000, a fronte di un valore medio nazionale di 7,23 per 100.000 fra i soggetti con 15 anni ed oltre.

SALUTE MATERNO INFANTILE

Organizzazione dei punti nascita – L'obiettivo da perseguire a livello regionale è avere un'alta percentuale di parti in punti nascita ciascuno dei quali gestisca annualmente un ampio numero di parti (questi sono i punti nascita in cui si registrano i migliori esiti dei parti perché più è ampio il bacino di utenza di ciascun punto nascita, maggiore è l'esperienza delle professionalità che si concentrano al suo interno).

Nel 2010 nella Regione si registra che il 20,53% dei parti è avvenuto in punti nascita con un volume di attività inferiore a 500 parti annui (media nazionale del 7,37%); il 25,83% dei parti è avvenuto in punti nascita con un volume di attività compreso tra 500 e 799 parti annui (14,83% il valore medio nazionale). Il 10,89% dei parti (contro il 9,62% italiano dei parti) in punti nascita con un volume di attività compreso tra 800 e 999 parti annui. Infine il 42,75% dei parti è avvenuto in punti nascita con un volume di attività superiore a 1.000 (68,19% il valore medio nazionale).

Gestione dei parti con Taglio Cesareo (TC): la Sicilia presenta una quota ancora troppo elevata di TC, pari al 52,18% di TC sul totale dei parti nel 2010, contro la media nazionale di 38,71%.

SISTEMA SANITARIO REGIONALE

Passando all'analisi sulla "salute" del Sistema Sanitario Regionale emerge tra le performance economico-finanziarie che nel 2009 in Sicilia il **rapporto spesa/PIL** è pari al 10,15% (valore medio italiano 7,22%).

La **spesa sanitaria pro capite** in Sicilia nel 2011 è pari a 1.729 euro, a fronte di una spesa media nazionale di 1.851 euro. Sempre nel 2011 la Sicilia ha un disavanzo procapite di 20 euro (dato medio italiano 29 euro). La Regione presenta inoltre un disavanzo procapite cumulato pari a 801 euro dal 2002 (dato medio italiano 608 euro).

CONSUMO DI FARMACI



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

Per quanto riguarda il **consumo territoriale di farmaci** a carico del SSN (espresso in termini di "DDD/1.000 ab die", cioè come numero medio di dosi di farmaco consumate giornalmente ogni 1.000 abitanti), nel 2011 la Sicilia presenta un consumo di 1.086 DDD/1.000 ab die – consumo maggiore in Italia, a fronte di un valore medio nazionale di 963.

Sempre nel 2011 la **spesa pro capite per consumo di farmaci** a carico del SSN in Sicilia è pari a 258,1 euro – la maggiore in Italia (la media nazionale di 204,3 euro).

In Sicilia il dato sull'utilizzo di **farmaci a brevetto scaduto** sul totale delle DDD prescritte è pari al 55,7% del totale dei consumi, pari alla media nazionale. La spesa per questi farmaci è pari al 30,7% della spesa totale (valore medio nazionale 32,2%).

ASSISTENZA OSPEDALIERA

Gestione dell'assistenza ospedaliera da migliorare in Sicilia: la Regione presenta un **tasso standardizzato complessivo di dimissioni ospedaliere** (ovvero in regime ordinario e in Day Hospital) di 190 per 1.000 nel 2010; il valore medio nazionale è pari a 172,4 per 1.000.

Per il tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere in regime ordinario la Sicilia ha un valore pari a 122,5 per 1.000 (2010), a fronte di un valore medio italiano pari a 122,2 per 1.000. Infine il tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere in regime di Day Hospital è pari a 67,5 per 1.000, mentre la media nazionale è di 50,2 per 1.000.

Nel 2010 la Sicilia presenta una **Degenza Media Preoperatoria** standardizzata pari a 2,11 giorni contro una media nazionale di 1,88. Questo parametro è indice di efficienza organizzativa e di appropriato utilizzo dei servizi diagnostici e dei reparti di degenza chirurgici.

Gestione delle fratture del collo del femore - La frattura del collo del femore (evento frequente nella popolazione anziana) è un ottimo modo per valutare la qualità dell'assistenza ospedaliera in quanto, se non trattata a dovere, può causare il peggioramento della qualità di vita e/o di mortalità. Infatti, diversi studi hanno dimostrato che lunghe attese per l'intervento per questa frattura corrispondono a un aumento del rischio di mortalità e di disabilità del paziente, aumento delle complicanze legate all'intervento e minore efficacia della fase riabilitativa. Di conseguenza, molte delle Linee Guida più recenti raccomandano che il paziente con frattura del collo del femore venga operato entro 48 o addirittura 24 ore dall'ingresso in ospedale. In Sicilia appena il 16,1% - la percentuale minore d'Italia (dato 2010) dei pazienti che hanno riportato tale frattura è operato entro 2 giorni (valore medio italiano di 35,1%).

Mortalità evitabile – Si tratta di un altro indicatore di performance del SSR. Il concetto di mortalità evitabile per cause riconducibili ai servizi sanitari o *Amenable*



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

Mortality (AM) è potenziale strumento per la valutazione della qualità e dell'efficacia dei sistemi sanitari e per monitorarne i cambiamenti nel tempo. La "mortalità riconducibile alle cure sanitarie" è definita come "decessi considerati prematuri, che non si verificherebbero in condizioni di cure efficaci e tempestive" o come "morti attribuibili" a condizioni per cui esistono interventi diagnostico-terapeutici e di prevenzione secondaria efficaci, che potrebbero prevenire le "morti premature". Nel periodo considerato nel Rapporto, tra 2006 e 2009, si è assistito addirittura ad un aumento del tasso di mortalità riconducibile ai servizi sanitari (laddove in tutte le altre regioni si assiste a una riduzione del dato in questo lasso di tempo): si è passati, difatti, dal 73,36 per 100.000 (valore medio italiano 63,86 per 100.000) del 2006 al 75,32 (per 100.000) del 2009 (valore medio italiano 61,69 per 100.000).

Performance del Ssr – Sul fronte delle performance emerge che la Sicilia ha un livello medio-basso di efficienza, (si noti che la componente dell'efficienza considerata nel Rapporto si riferisce solo alla capacità delle amministrazioni regionali di mantenere i bilanci in pareggio) e basso di efficacia, laddove per efficacia si intende il grado con cui i beni e servizi erogati dal SSR alla popolazione portano migliorano la salute dei cittadini. L'efficacia come dimensione della performance è, quindi, riferita a quei cambiamenti nello stato di salute delle persone che sono strettamente attribuibili all'attività del sistema sanitario.

Per l'appropriatezza (parametro riferito alla valutazione degli atti medici in relazione ai costi, alle risorse disponibili ed ai risultati auspicabili) la Sicilia ha un livello basso, come pure il livello di soddisfazione ed accessibilità del sistema da parte dei cittadini residenti, ovvero rispettivamente il livello di gradimento o di scontento dei cittadini verso il sistema sanitario e la facilità con cui i servizi sanitari sono raggiungibili da chi ne ha bisogno (la facilità o difficoltà di accesso possono essere di tipo fisico, finanziario o psicologico). Con tale dimensione della performance si valuta quindi la capacità del sistema di organizzare adeguatamente l'offerta dei servizi, in base alla possibilità degli utenti di ottenere le cure nel luogo giusto ed al momento giusto).

CONCLUSIONI

I dati del Rapporto Osservasalute 2012 descrivono una realtà sanitaria regionale in grave sofferenza sia relativamente agli indicatori di efficienza organizzativa che di appropriatezza di erogazione delle prestazioni. Se da una parte molti dati sanitari e di assistenza ospedaliera rilevati negli anni passati (vedi Rapporti Osservasalute anni precedenti) tendono al riallineamento alle medie nazionali, altri, più specificamente collegabili al livello organizzativo-gestionale risultano ancora ampiamente deficitari e direttamente implicati nel principale indicatore di "performance" del SSR che è la mortalità evitabile.

Rimane da sottolineare ancora una volta come la spesa sanitaria pro capite sia tra le più basse a livello nazionale e come questo dato possa richiamare l'attenzione sulla necessità di miglioramento dell'allocazione delle risorse in un'ottica di maggiore appropriatezza ed efficienza.

Per ulteriori approfondimenti contattare

Prof. Francesco Vitale



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

Ordinario di Igiene e Medicina Preventiva
Dip. Scienze per la Promozione della Salute e Materno Infantile "G. D'Alessandro"
Università degli studi di Palermo
Tel 091-6553601
e-mail: francesco.vitale@unipa.it



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

COMUNICATO STAMPA

ROMA, 29 APRILE 2013

Sardegna: la Regione in cui si mangia più frutta e verdura

Ma è la Regione dove si fanno meno figli

La Sardegna è la Regione con più consumatori di frutta e verdura secondo le porzioni raccomandate: in Sardegna l'8,1% della popolazione consuma in media le 5 o più porzioni di verdura, ortaggi e frutta al dì – percentuale maggiore in Italia, a fronte di una media nazionale del 4,9%.

In negativo, invece, si segnala che la Sardegna è la Regione dove si fanno meno figli: infatti, il tasso di fecondità totale (tft) è il più basso in Italia, 1,14 figli per donna.

Sono alcuni dei dati che emergono dalla decima edizione del **Rapporto Osservasalute (2012)**, un'approfondita analisi dello stato di salute della popolazione e della qualità dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane presentata oggi all'Università Cattolica. Pubblicato dall'**Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane** che ha sede presso l'**Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma** e coordinato dal Professor **Walter Ricciardi**, direttore dell'Osservatorio e del Dipartimento di Sanità Pubblica del Policlinico Universitario "Agostino Gemelli", il Rapporto è frutto del lavoro di 184 esperti di sanità pubblica, clinici, demografi, epidemiologi, matematici, statistici e economisti distribuiti su tutto il territorio italiano, che operano presso Università e numerose istituzioni pubbliche nazionali, regionali e aziendali (Ministero della Salute, Istat, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale Tumori, Istituto Italiano di Medicina Sociale, Agenzia Italiana del Farmaco, Aziende Ospedaliere e Aziende Sanitarie, Osservatori Epidemiologici Regionali, Agenzie Regionali e Provinciali di Sanità Pubblica, Assessorati Regionali e Provinciali alla Salute).

In Sardegna si registra un **saldo medio annuo** nel biennio 2010-2011 pari a 1,2 per 1.000 residenti per anno (media nazionale di 4,2 per 1.000).

La Sardegna è la Regione dove si fanno meno figli: infatti, il tasso di **fecondità totale** (ovvero il numero medio di figli per donna) è pari a 1,14 figli per donna – il minore in Italia (1,11 figli per le italiane – il minore in Italia; 1,75 figli per le straniere) contro un valore medio italiano, che comprende donne italiane e straniere, di 1,39 figli – dati 2011. La Sardegna si conferma anche quest'anno Regione dalle mamme più vecchie, infatti, l'età media delle donne al parto è pari a 32,3 anni (età media nazionale 31,4



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

anni). Inoltre in Sardegna solo il 9,3% dei nuovi nati è partorito da donne con meno di 25 anni e ben l'9,8% da donne over-40.

Quest'anno il Rapporto osserva anche il livello di istruzione medio dei residenti in Regione, che ha un impatto indiretto sulla salute dei cittadini visto che, a titoli di studio più elevati, corrispondono in media condizioni socio-economiche migliori e una tendenza maggiore a sposare stili di vita salutari. In Sardegna la percentuale della popolazione di età 25-64 anni con un titolo di studio (2011) di diploma di 4-5 anni è pari al 29,3% per i maschi (media italiana 34,0%), al 31,1% per le femmine, (media italiana 33,3%), in Sardegna ha conseguito la laurea il 10,6% degli uomini (media italiana 13,4%) ed il 15,7% delle donne (media italiana 16,4%).

ANZIANI

In Sardegna nel 2011 il 10,3% dei cittadini ha tra 65 e 74 anni (+1,6% dal 2005), a fronte di una media nazionale del 10,2%, mentre le persone con 75 anni ed oltre sono il 9,2% della popolazione regionale (+3,2% dal 2005), a fronte di una media nazionale del 10,1%.

Anziani che vivono soli - La percentuale di persone dai 65 anni in su che vive sola in Sardegna (dati 2010) è pari al 16,2% dei maschi in quella fascia d'età (valore medio italiano 15,1%), al 36,5% delle femmine (valore medio italiano 37,6%), per un totale del 27,7% delle persone in questa fascia d'età, contro una media nazionale di 28,1%.

La quota di persone anziane che vivono sole sul totale della popolazione della stessa fascia di età rappresenta un prezioso indicatore in sede di programmazione dei servizi territoriali di tipo socio-sanitario. Il motivo è che gli anziani che vivono soli sono maggiormente esposti al rischio di emarginazione sociale e, data l'età, all'insorgenza di patologie gravi e invalidanti che possono portare al confinamento e, comunque, alla necessità di assistenza socio-sanitaria anche nello svolgimento delle normali attività della vita quotidiana.

SPERANZA DI VITA

In Sardegna la speranza di vita alla nascita è per i maschi pari a 78,8 anni (media italiana 79,4). Per le femmine la speranza di vita alla nascita è pari a 84,9 anni (valore medio italiano 84,5).

MORTALITÀ

In Sardegna la **mortalità complessiva** (per tutte le cause) oltre il primo anno di vita è pari a 109,67 per 10.000 abitanti tra i maschi (2009), contro una media nazionale di 109,41 per 10.000, mentre è pari a 67,19 per 10.000 tra le donne (contro una media nazionale di 69,31 per 10.000).

Per quanto riguarda i tassi di **mortalità per alcune cause** (2009) la Sardegna presenta, nella classe di età 19-64 anni, una mortalità per tumori tra i maschi pari a 12,38 per 10.000 – il tasso maggiore in Italia (vs un valore medio nazionale di 10,53 per 10.000) e una mortalità per malattie del sistema circolatorio di 5,95 per 10.000



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

(vs un valore medio nazionale di 5,54 per 10.000). Tra le femmine la mortalità per tumori è pari a 7,56 per 10.000, (vs un valore medio nazionale di 7,93 per 10.000) e la mortalità per malattie del sistema circolatorio di 1,7 per 10.000 (vs un valore medio nazionale di 1,84 per 10.000).

STILI DI VITA

Fumo - La Sardegna presenta una quota di non fumatori pari al 52,3% (anno 2011) della popolazione regionale di 14 anni ed oltre (media nazionale 52,7%). In Sardegna fuma il 19,4% della popolazione regionale di 14 anni ed oltre (valore medio nazionale 22,3%). La Sardegna ha una quota di ex-fumatori del 26,6% (23,4% valore italiano).

Consumo di alcol - La Sardegna fa registrare i seguenti valori: nel 2010 presenta una quota di non consumatori pari al 34,4% a fronte di un valore medio nazionale del 32,7%. I consumatori sono il 62,8%, a fronte di un valore medio nazionale del 65,7%. La prevalenza di consumatori a rischio di 11-18 anni (ovvero quei giovani che praticano almeno uno dei comportamenti a rischio relativamente al consumo di alcol, come l'eccedenza quotidiana o il binge drinking) è pari al 17,7 dei maschi (valore medio italiano 15,2%), al 7,8% per le femmine (valore medio italiano 10,2%), per un totale del 12,5% dei giovani in questa fascia d'età (valore medio italiano 12,8%). La prevalenza di consumatori a rischio di 19-64 anni è pari al 34% dei maschi (valore medio italiano 21,5%) e al 5,2% delle femmine (valore medio italiano 5,4%). Il totale dei consumatori a rischio è il 19,8% degli individui in questa fascia d'età (valore medio italiano 13,4%).

DIETA, PESO E SPORT

Quanto alle **abitudini alimentari**, in Sardegna l'8,1% della popolazione consuma in media le 5 o più porzioni di verdura, ortaggi e frutta al dì - percentuale maggiore in Italia, a fronte di una media nazionale del 4,9%.

La Sardegna non evidenzia particolare problemi di linea: infatti, presenta una percentuale di obesi pari al 10,2% dei cittadini (persone di 18 anni e oltre), contro il valore medio italiano del 10% e una percentuale di individui in sovrappeso pari al 32,9%; il valore medio nazionale è il 35,8%.

Per quanto riguarda la **pratica di sport** in Sardegna il 21,6% della popolazione dai 3 anni in su pratica sport in modo continuativo, contro un valore medio italiano di 21,9%; il 32,5% fa qualche attività fisica (valore medio nazionale 27,7%). In Sardegna coloro che non svolgono alcuno sport sono il 35,2% della popolazione, a fronte di una media nazionale 39,8%.

SALUTE MENTALE

In Sardegna si registra un consumo di antidepressivi pari a 42,88 dosi definite giornaliere per 1.000 abitanti nel 2011. A livello nazionale il consumo medio è di 36,10 DDD/1.000 ab die.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

In Sardegna il tasso standardizzato di suicidio è pari all'11,99 per 100.000, a fronte di un valore medio nazionale di 7,23 per 100.000 fra i soggetti con 15 anni ed oltre.

SALUTE MATERNO INFANTILE

Organizzazione dei punti nascita – L'obiettivo da perseguire a livello regionale è avere un'alta percentuale di parti in punti nascita ciascuno dei quali gestisca annualmente un ampio numero di parti (questi sono i punti nascita in cui si registrano i migliori esiti dei parti perché più è ampio il bacino di utenza di ciascun punto nascita, maggiore è l'esperienza delle professionalità che si concentrano al suo interno).

Nel 2010 nella Regione si registra che il 17,8% dei parti è avvenuto in punti nascita con un volume di attività inferiore a 500 parti annui (media nazionale del 7,37%); il 13,5% dei parti è avvenuto in punti nascita con un volume di attività compreso tra 500 e 799 parti annui (14,83% il valore medio nazionale). Il 14,5% dei parti (contro il 9,62% italiano dei parti) in punti nascita con un volume di attività compreso tra 800 e 999 parti annui. Infine il 54,2% dei parti è avvenuto in punti nascita con un volume di attività superiore a 1.000 (68,19% il valore medio nazionale).

Gestione dei parti con Taglio Cesareo (TC): la Sardegna presenta una quota piuttosto elevata di TC, pari al 41,16% di TC sul totale dei parti nel 2010, contro la media nazionale di 38,71%.

SISTEMA SANITARIO REGIONALE

Passando all'analisi sulla "salute" del Sistema Sanitario Regionale emerge tra le performance economico-finanziarie che nel 2009 in Sardegna il **rapporto spesa/PIL** è pari al 9,52% (valore medio italiano 7,22%).

La **spesa sanitaria pro capite** in Sardegna nel 2011 è pari a 1.911 euro, a fronte di una spesa media nazionale di 1.851 euro. Sempre nel 2011 la Sardegna ha un disavanzo procapite di 131 euro (dato medio italiano 29 euro). La Regione presenta inoltre un disavanzo procapite cumulato pari a 1.098 euro dal 2002 (dato medio italiano 608 euro).

CONSUMO DI FARMACI

Per quanto riguarda il **consumo territoriale di farmaci** a carico del SSN (espresso in termini di "DDD/1.000 ab die", cioè come numero medio di dosi di farmaco consumate giornalmente ogni 1.000 abitanti), nel 2011 la Sardegna presenta un consumo di 1.042 DDD/1.000 ab die, a fronte di un valore medio nazionale di 963.

Sempre nel 2011 la **spesa pro capite per consumo di farmaci** a carico del SSN in Sardegna è pari a 229 euro (la media nazionale di 204,3 euro).

In Sardegna il dato sull'utilizzo di **farmaci a brevetto scaduto** sul totale delle DDD prescritte è pari al 52,2% del totale dei consumi, contro una media nazionale del 55,7%. La spesa per questi farmaci è pari al 30,6% della spesa totale (valore medio nazionale 32,2%).

ASSISTENZA OSPEDALIERA

Gestione dell'assistenza ospedaliera da migliorare in Sardegna: la Regione presenta un **tasso standardizzato complessivo di dimissioni ospedaliere** (ovvero in regime ordinario e in Day Hospital) di 176,3 per 1.000 nel 2010; il valore medio nazionale è pari a 172,4 per 1.000.

Per il tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere in regime ordinario la Sardegna ha un valore pari a 125,4 per 1.000 (2010), a fronte di un valore medio italiano pari a 122,2 per 1.000. Infine il tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere in regime di Day Hospital è pari a 50,9 per 1.000, mentre la media nazionale è di 50,2 per 1.000.

Nel 2010 la Sardegna presenta una **Degenza Media Preoperatoria** standardizzata pari a 2,27 giorni contro una media nazionale di 1,88. Questo parametro è indice di efficienza organizzativa e di appropriato utilizzo dei servizi diagnostici e dei reparti di degenza chirurgici.

Gestione delle fratture del collo del femore - La frattura del collo del femore (evento frequente nella popolazione anziana) è un ottimo modo per valutare la qualità dell'assistenza ospedaliera in quanto, se non trattata a dovere, può causare il peggioramento della qualità di vita e/o di mortalità. Infatti, diversi studi hanno dimostrato che lunghe attese per l'intervento per questa frattura corrispondono a un aumento del rischio di mortalità e di disabilità del paziente, aumento delle complicanze legate all'intervento e minore efficacia della fase riabilitativa. Di conseguenza, molte delle Linee Guida più recenti raccomandano che il paziente con frattura del collo del femore venga operato entro 48 o addirittura 24 ore dall'ingresso in ospedale. In Sardegna appena il 23,5% (dato 2010) dei pazienti che hanno riportato tale frattura è operato entro 2 giorni (valore medio italiano di 35,1%).

Mortalità evitabile - Si tratta di un altro indicatore di performance del SSR. Il concetto di mortalità evitabile per cause riconducibili ai servizi sanitari o *Amenable Mortality* (AM) è potenziale strumento per la valutazione della qualità e dell'efficacia dei sistemi sanitari e per monitorarne i cambiamenti nel tempo. La "mortalità riconducibile alle cure sanitarie" è definita come "decessi considerati prematuri, che non si verificherebbero in condizioni di cure efficaci e tempestive" o come "morti attribuibili" a condizioni per cui esistono interventi diagnostico-terapeutici e di prevenzione secondaria efficaci, che potrebbero prevenire le "morti premature". Nel periodo considerato nel Rapporto, tra 2006 e 2009, si è assistito ad una riduzione minima del tasso di mortalità riconducibile ai servizi sanitari: si è passati, difatti, dal 65,3 per 100.000 (valore medio italiano 63,86 per 100.000) del 2006 al 64,39 (per 100.000) del 2009 (valore medio italiano 61,69 per 100.000).

Performance del Ssr - Sul fronte delle performance emerge che la Sardegna ha un basso livello sia di efficienza, (si noti che la componente dell'efficienza considerata nel Rapporto si riferisce solo alla capacità delle amministrazioni regionali di mantenere i bilanci in pareggio), sia di efficacia, laddove per efficacia si intende il grado con cui i



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

beni e servizi erogati dal SSR alla popolazione portano ad un miglioramento della salute dei cittadini. L'efficacia come dimensione della performance è, quindi, riferita a quei cambiamenti nello stato di salute delle persone che sono strettamente attribuibili all'attività del sistema sanitario.

Per l'appropriatezza (parametro riferito alla valutazione degli atti medici in relazione ai costi, alle risorse disponibili ed ai risultati auspicabili) la Sardegna ha un livello basso. Mentre è medio-alto il livello di soddisfazione ed accessibilità del sistema da parte dei cittadini residenti, ovvero rispettivamente il livello di gradimento o di scontento dei cittadini verso il sistema sanitario e la facilità con cui i servizi sanitari sono raggiungibili da chi ne ha bisogno (la facilità o difficoltà di accesso possono essere di tipo fisico, finanziario o psicologico. Con tale dimensione della performance si valuta quindi la capacità del sistema di organizzare adeguatamente l'offerta dei servizi, in base alla possibilità degli utenti di ottenere le cure nel luogo giusto ed al momento giusto).

Infine una nota sulla **salute dell'ambiente**: la Sardegna è promossa sulla raccolta differenziata dei rifiuti: infatti, un ulteriore consistente progresso, conferma la Sardegna come la regione più virtuosa del Sud il cui tasso di raccolta, nel 2009, era pari al 42,5%, invece, nel 2010, si attesta al 44,9% (+2,4% punti percentuali). Nell'Isola, a seguito della progressiva attivazione di specifici sistemi di raccolta differenziata, anche di tipo domiciliare, si segnala una variazione della quota percentuale di raccolta, tra il 2005-2010, di quasi 35 punti percentuali (infatti, nel 2005 la percentuale della raccolta differenziata era inferiore al 10,0%).

CONCLUSIONI

Dai dati qui esposti emergono alcune considerazioni finali in merito agli aspetti più significativi che evidenziano alcune peculiarità della Regione rispetto alla media nazionale o che suggeriscono spunti di miglioramento.

Tra questi spicca l'indicatore della **fecondità della popolazione**: nell'Isola si registra il valore più elevato dell'età media delle madri al parto rispetto a tutte le altre regioni d'Italia e il valore si mantiene tra i più elevati anche disaggregando i dati riferiti alle donne italiane residenti rispetto alle donne con altra cittadinanza. Tali dati, unitamente a valori estremamente ridotti di numero medio di figli per donna (valore più basso nelle donne italiane) sono verosimilmente indicativi di un consistente disagio sociale e lavorativo che ritarda la volontà/possibilità di maternità.

Inoltre, relativamente ad altri standard qualitativi riferiti alla **salute materno-infantile** appare necessario concentrare maggiormente i parti in punti nascita con elevata attività e, per quanto la percentuale sia lievemente superiore alla media nazionale, appare opportuno ridurre il ricorso al taglio cesareo che nell'ultimo anno di osservazione evidenzia, nonostante un calo del dato medio nazionale, un modesto incremento.

La Regione, invece, mostra un suo lato virtuoso relativamente ad **alcune abitudini alimentari**: infatti, fa rilevare il dato più elevato in assoluto (quasi doppio rispetto alla media nazionale) per quanto riguarda il consumo di verdura, ortaggi e frutta.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

Dati confortanti, inoltre, sono quelli relativi alla **salute dell'ambiente** e, in particolare, alla filiera di gestione dei rifiuti solidi urbani; in Sardegna, infatti, anche in seguito alla progressiva attivazione di specifici sistemi di raccolta differenziata, anche di tipo domiciliare, si è raggiunto il primato di migliore regione del Sud Italia con valori medi percentuali che superano quelli del Centro e sono prossimi alle migliori performance delle regioni del Settentrione.

Peraltro, ampi margini di miglioramento si rilevano nell'**assistenza ospedaliera**: infatti, alcuni indicatori quali il tasso standardizzato complessivo di dimissioni ospedaliere e quello di dimissioni ospedaliere in regime ordinario, la degenza media preoperatoria, la gestione delle fratture del collo del femore, l'appropriatezza nei ricoveri, l'assistenza in riabilitazione e lungodegenza, l'impiego del day-hospital e day-surgery, evidenziano performance inferiori alla media nazionale.

Inoltre, è necessario implementare l'assistenza territoriale in quanto si evidenziano tassi di soggetti assistibili in ADI e posti letto in strutture socio sanitarie, soprattutto per anziani, ampiamente inferiori rispetto alla media nazionale. Assai elevato risulta il consumo farmaceutico territoriale e la conseguente spesa lorda pro capite; peraltro, si rileva un costante incremento della percentuale di consumo di farmaci a brevetto scaduto anche se ancora inferiore al valore medio nazionale.

Infine, nonostante un livello medio alto di soddisfazione ed accessibilità degli utenti, l'analisi di alcune dimensioni della performance generale del Sistema Sanitario Regionale mostra chiaramente bassi tassi di efficacia, efficienza ed appropriatezza.

Per ulteriori approfondimenti contattare

Prof. Antonio Azara
Istituto di Igiene e Medicina Preventiva
Università degli Studi Sassari
Via Padre Manzella, 4 - 07100 SASSARI
Tel. 079228470
E-mail azara@uniss.it

Set indicatori

Rapporto Osservasalute

Edizioni dal 2003 al 2012

		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
ASPETTI DEMOGRAFICI												
Speranza di vita alla nascita. MASCHI	MIGLIORE		Marche (78,5) Campania (75,8)	Marche (78,2) Campania (75,7)	Marche (79,0) Campania (76,5)	Marche (79,4) Campania (76,4)	Marche (79,2) Campania (76,9)	Marche (79,3) Campania (77,0)	Marche (79,6) Campania (77,3)	Marche (79,8) Campania (77,5)	Marche (80,1) Campania (77,7)	Bolzano (80,5) Campania (77,7)
	PEGGIORE											
		Italia	77,1	77,2	77,9	78,1	78,3	78,4	78,7	78,9	79,2	79,4
Speranza di vita alla nascita. FEMMINE	MIGLIORE		Trento (84,7) Campania (81,4)	Trento (84,2) Campania (81,4)	Marche (84,7) Campania (82,3)	Marche (85,0) Campania (82,1)	Marche (84,8) Campania (82,6)	Marche (84,9) Campania (82,4)	Bolzano (85,1) Campania (82,7)	Trentino (85,3) Campania (82,8)	Bolzano (85,5) Campania (83,0)	Bolzano (85,8) Campania (83,0)
	PEGGIORE											
		Italia	83,0	82,8	83,7	83,7	83,9	83,8	84,0	84,1	84,4	84,5
Speranza di vita a 65 anni. MASCHI	MIGLIORE		Marche (17,9) Campania (16,0)	Marche (17,5) Campania (15,9)	Marche (18,2) Campania (16,6)	Marche (18,4) Campania (16,5)	Marche (18,3) Campania (16,8)	Marche, Bolzano (18,4) Campania (16,8)	Marche (18,6) Campania (17,1)	Bolzano (19,0) Campania (17,2)	Bolzano (19,1) Campania (17,4)	Bolzano (19,2) Campania (17,3)
	PEGGIORE											
		Italia	16,9	16,8	17,4	17,5	17,7	17,8	18,0	18,1	18,4	18,4
Speranza di vita a 65 anni. FEMMINE	MIGLIORE		Trento (22,3) Campania (19,5)	Trento (21,7) Campania (19,4)	Marche (22,3) Campania (20,2)	Marche (22,3) Campania (20,0)	Marche (22,3) Campania (20,4)	Marche (22,3) Campania (20,2)	Marche, Trento (22,4) Campania (20,4)	Trento (22,7) Campania (20,5)	Marche (22,7) Campania (20,6)	Bolzano (22,8) Campania (20,6)
	PEGGIORE											
		Italia	20,8	20,6	21,4	21,3	21,5	21,5	21,6	21,7	21,9	21,9
Speranza di vita a 75 anni. MASCHI	MIGLIORE		Marche (10,8) Campania (9,7)	Basilicata (10,7) Campania (9,5)	Basilicata (11,1) FVG (10,1)	Marche (11,0) Campania (9,9)	E-R, Marche, Sardegna (11,1) Campania (10,3)	Bolzano, E-R, Marche, Sardegna (11,2) Campania (10,4)	Sardegna (11,6) Campania (10,6)			
	PEGGIORE											
		Italia	10,2	10,0	10,6	10,5	10,8	10,9	11,1			
Speranza di vita a 75 anni. FEMMINE	MIGLIORE		Trento (14,1) Campania (11,9)	Trento (13,5) Campania, Sicilia (11,8)	Trento (14,0) Campania, Sicilia (12,5)	Trento (14,0) Campania (12,2)	Trento (14,0) Campania, Sicilia (12,5)	Trento (13,9) Sicilia (12,3)	Trento (14,1) Campania (12,6)			
	PEGGIORE											
		Italia	12,8	12,5	13,3	13,1	13,3	13,3	13,4			
Tasso standardizzato di mortalità oltre l'anno di vita (per 10.000) per tumori. MASCHI	MIGLIORE		Calabria (29,3) Lombardia (48,9)	Calabria (28,6) Lombardia (46,6)	Calabria (29,6) Lombardia (46,0)		Calabria (29,9) Lombardia (44,9)	Calabria (29,0) VDA (43,9)				
	PEGGIORE											
		Italia	41,3	40,1	40,0		38,8	37,8				
Tasso standardizzato di mortalità oltre l'anno di vita (per 10.000) per tumori. FEMMINE	MIGLIORE		Basilicata (15,5) Lombardia (24,3)	Molise (14,4) VDA (24,4)	Calabria (14,9) Lombardia (23,3)		Calabria (15,1) VDA (23,7)	Calabria (14,5) FVG (23,3)				
	PEGGIORE											
		Italia	21,2	20,7	20,4		20,3	20,1				

Set indicatori

Rapporto Osservasalute

Edizioni dal 2003 al 2012

		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Tasso standardizzato di mortalità oltre l'anno di vita (per 10.000) per sist. circolatorio. MASCHI	MIGLIORE PEGGIORE Italia	Marche (48,0) Campania, Trento (61,3)	Puglia (46,1) Campania (59,8)	Sardegna (46,6) Campania (59,9)			FVG (35,9) Campania (49,4)	FVG (37,5) Campania (48,0)				
		51,8	50,9	51,5			42,1	41,1				
Tasso standardizzato di mortalità oltre l'anno di vita (per 10.000) per sist. circolatorio. FEMMINE	MIGLIORE PEGGIORE Italia	Veneto (30,5) Campania (46,2)	Veneto (30,2) Campania (45,8)	Veneto (31,2) Campania (46,4)			Sardegna (24,6) Campania (37,0)	VDA (23,2) Campania (38,0)				
		35,5	34,7	36,1			28,8	28,9				
FATTORI DI RISCHIO, STILI DI VITA E PREVENZIONE												
Percentuale di fumatori	MIGLIORE PEGGIORE Italia			Calabria (19,2) Lazio (27,3)			FVG (17,2) Campania (25,2)	Calabria (18,7) Campania (26,9)	Calabria (17,0) Campania (26,2)	VDA (17,4) Campania (23,8)	Trento (17,9) Lazio (26,7)	VDA (16,3) Lazio (27,2)
				25,0			22,0	22,7	22,1	22,2	22,8	22,3
Percentuale di persone in sovrappeso	MIGLIORE PEGGIORE Italia		Bolzano (26,6) Calabria (37,6)	Piemonte (29,4) Basilicata (41,6)			Lombardia (29,8) Basilicata (39,8)	Bolzano (30,3) Basilicata (40,4)	Bolzano (30,7) Campania (41,3)	Liguria (31,5) Basilicata (41,0)	Trento (30,9) Molise (41,8)	Veneto (31,4) Puglia (40,4)
			33,5	33,6			34,7	35,0	35,6	35,5	35,6	35,8
Percentuale di persone obese	MIGLIORE PEGGIORE Italia		Bolzano (5,8) Abruzzo (10,9)	Trento (6,5) Molise (13,2)			VDA (6,6) Puglia (12,9)	Liguria (7,3) Basilicata (12,0)	Bolzano (7,3) Molise (13,2)	Bolzano (6,9) VDA, E-R, Campania (11,5)	Trento, Liguria (7,8) Basilicata (12,7)	Trento (6,4) Molise (13,5)
			8,5	9,0			9,9	10,2	9,9	9,9	10,3	10,0
Tasso di copertura vaccinale (per 100) di bambini <24 mesi - poliomelite	MIGLIORE PEGGIORE Italia			VDA (99,5) Lazio (91,1)			VDA (99,5) Bolzano (89,1)	Marche (98,8) Bolzano (89,9)	Basilicata (99,0) Bolzano (89,1)	Molise (98,2) Bolzano (89,7)	Basilicata (98,9) Bolzano (88,9)	
				96,8			96,5	96,5	96,7	96,3	96,2	
Tasso di copertura vaccinale (per 100) di bambini <24 mesi - anti-Difterite e Tetano (DT) o DT e Pertosse (DTP)	MIGLIORE PEGGIORE Italia			VDA (99,4) Calabria (81,6)			VDA (99,4) Calabria (81,6)	Marche (98,8) Bolzano (89,6)	Basilicata (99,1) Bolzano (89,0)	Bolzano (100,0) Campania (90,7)	Basilicata (98,9) Bolzano (88,8)	
				96,1			96,2	96,6	96,7	96,7	96,2	
Tasso di copertura vaccinale (per 100) di bambini <24 mesi - Epatite B	MIGLIORE PEGGIORE Italia			VDA (99,3) Calabria (81,6)			VDA (99,3) Calabria (81,6)	Marche (98,8) Bolzano (89,1)	Basilicata (99,1) Bolzano (88,6)	Molise (98,2) Bolzano (89,2)	Basilicata (98,9) Bolzano (88,3)	
				95,9			95,7	96,4	96,5	96,1	95,8	
Tasso di copertura vaccinale (per 100) di bambini <24 mesi - Morbillo-Parotite-Rosolia (MPR)	MIGLIORE PEGGIORE Italia			Umbria (93,2) Calabria (78,4)			Umbria (93,2) Bolzano (58,4)	E-R (93,7) Bolzano (67,0)	Molise (97,3) Bolzano (67,7)	Umbria (94,6) Bolzano (75,9)	Umbria (95,2) Bolzano (70,8)	
				88,3			87,3	88,0	89,6	89,5	89,9	

Set indicatori

Rapporto Osservasalute

Edizioni dal 2003 al 2012

		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Tasso di copertura vaccinale (per 100) di bambini <24 mesi - infezione da Haemophilus influenzae di tipo b (Hib)	MIGLIORE PEGGIORE Italia			Basilicata (98,9) Calabria (84,5) 94,9		Basilicata (98,9) Bolzano (87,3) 94,7	Molise (98,5) Bolzano (89,0) 95,5	Basilicata (99,1) Bolzano (89,0) 96,0	Molise (98,2) Bolzano (89,6) 95,7	Basilicata (98,9) Bolzano (88,8) 95,6		
Percentuale di donne inserite in un programma di screening mammografico (estensione effettiva)	MIGLIORE PEGGIORE Italia				Molise (134) Sicilia (5) 51	Molise (118) FVG (2) 50	Molise (133) Sardegna (1) 57,0	Lombardia (99,2) Puglia (11,8) 62,3				
MALATTIE INFETTIVE												
Tasso di incidenza di AIDS (per 100.000)	MIGLIORE PEGGIORE Italia					Basilicata, Trentino (0,8) Lombardia (5,8) 1,8	Campania, Basilicata, Calabria (0,8) Liguria (4,6) 1,7	Calabria (0,7) Lazio (5,5) 1,8	Calabria (0,3) Lombardia, Liguria (3,4) 1,8	Molise (0,3) Lazio, Lombardia (2,8) 1,8		
SALUTE MENTALE												
Tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere per disturbi psichici (per 10.000). MASCHI	MIGLIORE PEGGIORE Italia	FVG (37,5) Bolzano (89,7) 57,6	FVG (34,7) Abruzzo (98,1) 56,3	Campania (29,6) Bolzano (83,9) 48,4	FVG (31,6) Abruzzo (94,1) 53,1	Puglia (30,1) Abruzzo (92,2) 51,9	FVG (26,4) Abruzzo (87,8) 50,6		FVG (28,1) Bolzano (72,1) 45,8		FVG (24,96) Liguria (65,73) 41,45	
Tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere per disturbi psichici (per 10.000). FEMMINE	MIGLIORE PEGGIORE Italia	Campania (36,7) Bolzano (94,3) 54,9	FVG (34,9) Bolzano (90,8) 54,2	Campania (23,1) Bolzano (88,2) 46,1	FVG (32,2) Bolzano (99,5) 51,0	FVG (28,4) Bolzano (102,4) 50,0	FVG (28,1) Bolzano (97,2) 48,7		FVG (26,2) Bolzano (83,8) 43,1		FVG (23,63) Liguria (63,63) 40,24	
SALUTE MATERNO-INFANTILE												
Proporzione (per 100) di tagli cesarei	MIGLIORE PEGGIORE Italia	Bolzano (14,0) Campania (54,0) 34,0	Bolzano (19,9) Campania (56,1) 35,8	Bolzano (19,5) Campania (57,9) 36,6	Bolzano (23,1) Campania (59,0) 38,0	Bolzano (23,4) Campania (59,9) 38,3	Bolzano (25,0) Campania (61,9) 39,3	Bolzano (24,2) Campania (61,9) 39,3	FVG (23,6) Campania (62,0) 39,2	Bolzano (23,61) Campania (61,96) 39,01	FVG (23,99) Campania (61,72) 38,71	
ASSETTO ECONOMICO-FINANZIARIO												
Spesa sanitaria pubblica pro capite	MAGGIORE MINORE Italia	Bolzano (1.668) Basilicata (1.163) 1.307	Bolzano (1.846) Basilicata (1.215) 1.304		Bolzano (1.976) Puglia (1.337) 1.548	Bolzano (2.059) Calabria (1.423) 1.648	Bolzano (2.128) Calabria (1.488) 1.692	Bolzano (2.170) Calabria (1.625) 1.736	Bolzano (2.263) Calabria (1.658) 1.787	Bolzano (2.170) Sicilia (1.671) 1.816	Bolzano (2.191) Sicilia (1.690) 1.833	Bolzano (2.256) Calabria (1.704) 1.851
Disavanzo/Avanzo sanitario pubblico pro capite (€)	MIGLIORE PEGGIORE Italia	Trento (-9) Bolzano (638) 71	FVG (-28) Bolzano (152) 50			Bolzano (-59) Molise (433) 98	Bolzano (-53) Lazio (373) 77	Bolzano (-46) Lazio (292) 61	Bolzano (-31) Lazio (297) 54	Bolzano (-27) Lazio (244) 54	Marche (-18) Lazio (184) 39	Abruzzo (-19) Lazio (152) 29
Percentuale della spesa sanitaria pubblica corrente in rapporto al PIL	MAGGIORE MINORE Italia	Campania (9,3) Lombardia (4,4) 5,9	Calabria (9,4) Lombardia (4,8) 6,2	Molise (9,4) Lombardia (4,4) 6,1	Campania (10,0) Lombardia (4,7) 6,4	Molise (10,1) Lombardia (4,8) 6,7	Sicilia (10,6) Lombardia (5,0) 6,8	Calabria (10,8) Lombardia (5,0) 6,6	Campania (10,46) Lombardia (5,24) 6,87	Molise (11,02) Lombardia (5,42) 7,22		

Set indicatori

Rapporto Osservasalute

Edizioni dal 2003 al 2012

		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE												
Consumo farmaceutico territoriale a carico del SSN (DDD/1.000 ab die)	MIGLIORE	Trentino (554)	Trentino (590)	Trentino (614)	Trentino (659)	Trento (638)	Bolzano (648)	Bolzano (669)	Bolzano (691)	Trento (791)	Bolzano (711)	Bolzano (729)
	PEGGIORE	Sicilia (767)	Sicilia (799)	Lazio (852)	Lazio (947)	Lazio (979)	Lazio (1.068)	Lazio (1.019)	Calabria (1.054)	Puglia (1.044)	Puglia (1.081)	Sicilia (1.086)
Italia		674	707	720	783	807	857	880	924	926	952	963
Spesa farmaceutica territoriale lorda pro capite (€) pesata per età a carico del SSN	MIGLIORE	Trentino (160,4)	Trentino (172,3)	Trentino (171,8)	Trentino (185,8)	Trento (168,8)	Bolzano (160,1)	Bolzano (151,6)	Bolzano (149,1)	Bolzano (148,5)	Bolzano (152,8)	Bolzano (149,0)
	PEGGIORE	Sicilia (260,3)	Sicilia (273,8)	Lazio (274,3)	Lazio (307,4)	Lazio (306,6)	Lazio (306,9)	Sicilia (272,3)	Calabria (277,0)	Calabria (275,1)	Calabria (267,8)	Sicilia (258,1)
Italia		209,9	218,6	216,8	235,4	231,6	228,8	215,0	213,4	215,3	215,1	204,3
ASSISTENZA OSPEDALIERA												
Tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere (per 10.000) in Regime Ordinario	MIGLIORE		Piemonte (119,7)	Piemonte (116,4)	Toscana (113,5)	Toscana (109,3)	Toscana (106,1)	Toscana (103,2)	Toscana (100,3)	Toscana (108,1)	Veneto (106,4)	
	PEGGIORE		Abruzzo (208,4)	Abruzzo (200,6)	Abruzzo (200,0)	Abruzzo (192,5)	Abruzzo (184,0)	Puglia (166,6)	Puglia (160,1)	Puglia (154,8)	Puglia (151,5)	
Italia			158,9	152,0	146,2	141,1	138,8	133,1	129,1	126,4	122,2	
Tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere (per 10.000) in Day Hospital	MIGLIORE		Sicilia (81,3)	Sicilia (96,2)	Sicilia (106,8)	Sicilia (107,3)	Sicilia (112,1)	Sicilia (101,6)	Liguria (88,8)	Liguria (85,5)	Liguria (80,0)	
	PEGGIORE		Molise (26,4)	Puglia (36,1)	FVG (38,8)	FVG (37,0)	FVG (36,7)	FVG (35,9)	FVG (37,3)	FVG (38,3)	Lombardia (33,9)	
Italia			58,1	63,1	66,0	66,7	64,8	59,9	58,2	53,0	50,2	
Degenza media standardizzata per case mix	MIGLIORE			Sicilia (6,2)		Umbria, Sicilia (6,1)	Umbria, Campania, Sicilia (6,2)	Sicilia (6,2)	Campania, Sicilia (6,3)	Campania, Umbria (6,2)		
	PEGGIORE			VDA (8,1)		Lazio (7,8)	Lazio (7,6)	Veneto (7,7)	Trento (7,8)	VDA, Veneto (7,7)		
Italia				6,7		6,7	6,7	6,7	6,8	6,7		
TRAPIANTI												
Tasso di donatori segnalati (per milione di popolazione)	MIGLIORE				Toscana (62,9)	E-R (57,5)	Toscana (74,6)	Toscana (78,0)	Toscana (71,2)	Toscana (82,3)		Toscana (74,7)
	PEGGIORE				Trento (8,4)	Trento (6,3)	VDA (0,0)	VDA (8,4)	VDA (0,0)	Molise (6,2)		VDA (7,8)
Italia					35,8	34,4	36,6	38,7	38,4	38,8		37,3
Percentuale di opposizioni su 100 donatori segnalati	MIGLIORE				Trento (0,0)	VDA, Trento (30,0)	FVG (14,3)	Molise (11,1)	Trentino (0,0)	Molise (0,0)		VDA (0,0)
	PEGGIORE				Calabria (60,0)	Sicilia (60,6)	Sicilia (46,7)	VDA (100,0)	Sicilia (51,8)	Calabria (54,5)		Basilicata (64,3)
Italia					29,4	29,4	27,9	32,0	32,6	30,3		28,6
AMBIENTE												
Media annua delle concentrazioni medie giornaliere di PM10	MIGLIORE			Trentino (25,0)	FVG (21,0)		Molise (19,0)	Calabria (12,0)	Calabria (13,0)		Basilicata (16,0)	
	PEGGIORE			Abruzzo (59,0)	Veneto (47,0)		Lombardia (49,0)	Lombardia (43,0)	Campania (42,0)		Campania (38,0)	
Italia				41,0	33,0		34,0	30,0	28,0		26,0	
Produzione pro capite di rifiuti solidi urbani (kg/ab per 100)	MIGLIORE	Molise (363)	Molise (365)	Molise (373)		Molise (415)	Basilicata (401)	Basilicata (414)	Basilicata (386)	Basilicata (382)		
	PEGGIORE	Toscana (653)	Toscana (669)	Toscana (680)		Toscana (697)	Toscana (704)	Toscana (694)	Toscana (686)	E-R (666)		
Italia		516,0	521,0	524,0		539,0	550,0	546	541	532		

Fonte dei dati e anno di riferimento: Rapporto Osservasalute. Anni 2003-2012