



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane

Rapporto Osservasalute 2008

Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane

Sintesi a cura della *Dott.ssa Tiziana Sabetta*

Il Rapporto Osservasalute analizza lo stato di salute della popolazione italiana e la qualità dei servizi erogati dai Sistemi Sanitari Regionali. È uno strumento informativo sintetico e rigoroso per contribuire ad individuare, tramite l'analisi comparativa, le situazioni di più elevata qualità nei Sistemi Sanitari Regionali utilizzando una metodologia di analisi comparativa ed indicatori validati a livello internazionale.

Gli indicatori utilizzati sono stati scelti tra quelli elencati nel Progetto ECHI (*European Community Health Indicators*) della Commissione Europea a cui sono stati aggiunti altri indicatori costruiti per aspetti specifici non contemplati nel suddetto progetto. La selezione degli indicatori rappresenta un'esperienza pilota anche a livello europeo, dove intende creare una base metodologica di confronto tra regioni di differenti Stati membri per acquisire esperienze utili ad identificare le situazioni di eccellenza e comprenderne i meccanismi che ne stanno alla base.

Il Rapporto Osservasalute si muove in una doppia prospettiva: la prima è quella di dare continuità all'iniziativa, sviluppando confronti nel tempo ed ulteriori indagini su temi di rilevante interesse; la seconda è quella di muoversi in una logica europea per produrre un'attività di *benchmarking* della salute e dell'assistenza in Europa.

Per l'elaborazione del Rapporto Osservasalute 2008, giunto alla sesta edizione, l'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, con sede presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, ha svolto un'attività collaborativa tra l'Istituto di Igiene dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, gli Istituti di Igiene delle altre Università Italiane e numerose Istituzioni pubbliche nazionali, regionali e aziendali. Questa attività multidisciplinare ha coinvolto esperti di sanità pubblica, clinici, demografi, epidemiologi, matematici, statistici ed economisti che, a diverso titolo e con diverse competenze, hanno posto al centro del proprio orizzonte scientifico la salute degli individui e delle collettività per promuoverne il continuo miglioramento.

L'obiettivo del Rapporto Osservasalute, suddiviso in due parti dedicate rispettivamente la prima alla salute ed ai bisogni della popolazione e la seconda ai Sistemi Sanitari Regionali ed alla qualità dei servizi, è di mettere a disposizione dei decisori politici dati oggettivi e scientificamente rigorosi per adottare azioni adeguate, razionali e tempestive per la salute delle popolazioni di riferimento.

In linea generale, il quadro che emerge dal Rapporto Osservasalute 2008, evidenzia che lo stato di salute degli italiani è complessivamente buono, ma aumentano le differenze tra macroaree geografiche, tra singole regioni e tra uomini e donne. Le differenze sono emerse anche per quanto riguarda le *performance* dei Sistemi Sanitari Regionali poiché, in alcune regioni, la mancanza di razionali scelte programmatiche, organizzative e gestionali ha, nel corso degli anni, determinato scenari finanziari problematici e di difficile ricomposizione.

Il Rapporto risulta così strutturato:

- 101 Core Indicators

in cui vengono descritti gli aspetti essenziali della salute degli italiani e dei servizi sanitari di tutte le regioni e Province Autonome del nostro Paese, anche con l'ausilio di tabelle, grafici e cartogrammi;

- 12 Box

in cui vengono proposti esempi di buone pratiche sperimentate in alcune regioni nel nostro Paese e pronte per essere eventualmente adattate ad altre realtà regionali;

- 17 Approfondimenti

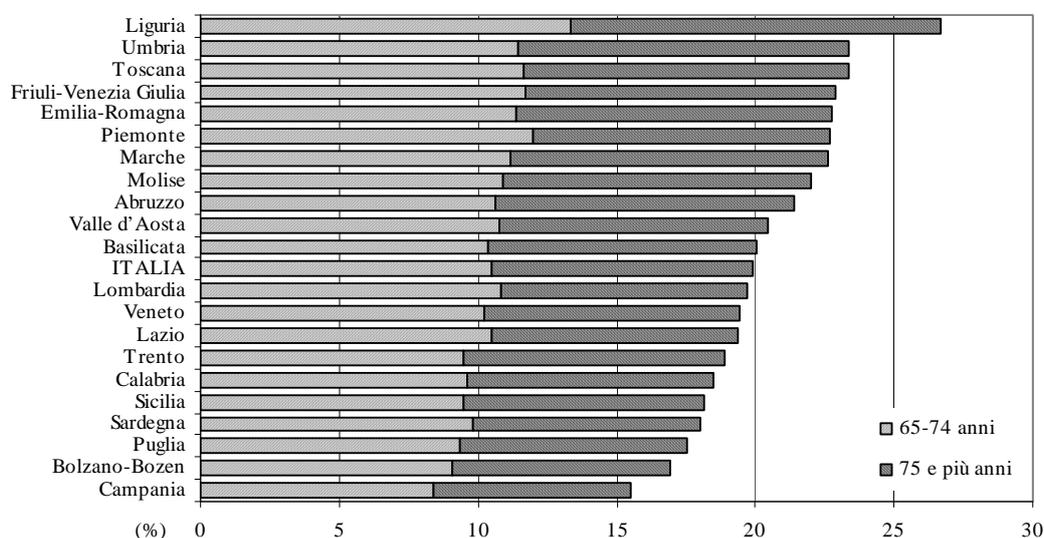
in cui alcuni problemi prioritari vengono approfonditi per prospettare possibili soluzioni.

PARTE PRIMA - Salute e bisogni della popolazione

Popolazione - In generale, i valori degli indicatori della dinamica e della struttura della popolazione, sono alquanto stabili da permettere di operare un monitoraggio meno frequente. Nel corso del tempo, però, possono intervenire alcuni fattori di disturbo delle componenti della dinamica (fecondità, mortalità, migratorietà) che influenzano sia il movimento e sia la composizione per sesso ed età della popolazione.

In questo capitolo sono stati aggiornati i dati sulla struttura demografica della popolazione, con riferimento soprattutto alla popolazione “anziana” (65-74 anni) e “molto anziana” (75 anni ed oltre) (Grafico 1) che è quella più esposta al rischio di malattie gravi ed invalidanti ed al rischio di morire ed i dati sulla dinamica della popolazione con una sezione dedicata alle componenti migratorie ed alla fecondità.

Grafico 1 - Popolazione residente (per 100) di 65-74 anni e 75 anni ed oltre per regione - 01/01/2007



Fonte dei dati e anno di riferimento: Rapporto Osservasalute 2008.

I risultati emersi evidenziano che una caratteristica del nostro Paese è la forte tendenza all'invecchiamento (una persona al di sopra dei sessantacinque anni ogni cinque residenti) e la regione più “vecchia” risulta la Liguria, mentre la più “giovane” è la Campania. Il monitoraggio di tale indicatore è particolarmente importante perché permette di valutare la domanda dei servizi socio-sanitari in base alla struttura per età e sesso della popolazione residente nelle singole regioni in modo da poter adeguare la relativa offerta locale rispetto alle difformità demografiche.

A livello nazionale si riscontra un tendenziale aumento della popolazione residente imputabile, principalmente, alla crescita della componente migratoria. Gli indici esaminati della migratorietà evidenziano l'aumento del saldo migratorio, confermano il movimento in uscita all'interno del Paese dalle regioni meridionali (Abruzzo e Sardegna esclusi), in particolare dalla Campania, e sottolineano la crescita del saldo migratorio con l'estero che vede le regioni del Nord e del Centro maggiormente coinvolte.

Una lieve ripresa si registra per quanto riguarda il tasso di fecondità. In Italia, infatti, da alcuni decenni, il Tasso di Fecondità Totale si attesta intorno a valori estremamente bassi e inferiori al livello di sostituzione (2 figli per donna) in grado di garantire il ricambio generazionale, ma dal 2000 al 2006 (1,26 vs 1,35 figli per donna) si è registrato un minimo aumento, soprattutto nelle regioni del Centro-Nord, dovuto alla quota di nati vivi da madri straniere. In crescita, però, anche l'età media delle madri al parto il cui valore nazionale, nel 2006, è pari a 31 anni (incremento di 0,6 anni rispetto al 2000).

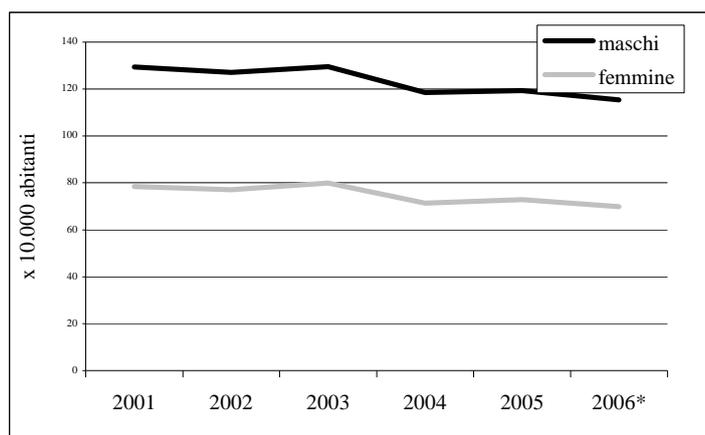
Sopravvivenza e mortalità per causa - L'obiettivo di questo capitolo è di descrivere l'evoluzione della sopravvivenza e della mortalità nelle singole regioni.

Per descrivere l'evoluzione della sopravvivenza è stata analizzata la speranza di vita alla nascita, a 65 anni ed a 75 anni. Il primo indicatore ha evidenziato che le donne, nell'anno 2007, possono aspettarsi di vivere mediamente 83,3 anni e gli uomini 78,4 anni. Come negli anni precedenti, per entrambi i sessi, la regione con la speranza di vita più elevata sono le Marche, mentre quella più svantaggiata è la Campania.

Anche per la speranza di vita a 65 anni ed a 75 anni sono sempre le donne a godere di una più elevata aspettativa di vita rispetto agli uomini. Importante è sottolineare, però, che dal 2004 ad oggi gli uomini, rispetto alle donne, presentano un trend caratterizzato da un aumento più veloce della speranza di vita (alla nascita 0,5 vs 0,1 - a 65 anni 0,4 vs 0,1 - a 75 anni 0,3 vs 0).

Per quanto riguarda l'evoluzione della mortalità complessiva i valori sembrano essere ritornati in linea con l'andamento interrotto bruscamente negli anni precedenti. Infatti, ad un generale rialzo della mortalità in seguito alla crisi di caldo del 2003, è seguita una marcata riduzione nel 2004 con un aumento generalizzato nel 2005 a cui ha fatto seguito l'attesa diminuzione stimata nel 2006. In particolare, tra il 2005 e il 2006, il tasso standardizzato di mortalità oltre l'anno di vita è diminuito in entrambi i sessi passando da 129,50 a 115,39 decessi negli uomini per 10.000 e da 79,97 a 69,87 nelle donne per 10.000 (Grafico 2).

Grafico 2 - Tassi standardizzati di mortalità (per 10.000) oltre l'anno di vita per sesso - Anni 2001-2006



Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione censuaria italiana del 2001.

*Dati provvisori.

Fonte dei dati ed anno di riferimento: Rapporto Osservasalute 2008.

A livello regionale, nel 2006, il primato negativo spetta alla Campania dove si registrano i tassi maggiori sia per gli uomini (125,76 per 10.000) che per le donne (79,36 per 10.000), mentre i valori minimi si registrano nelle Marche (uomini 105,85 per 10.000; donne 62,68 per 10.000).

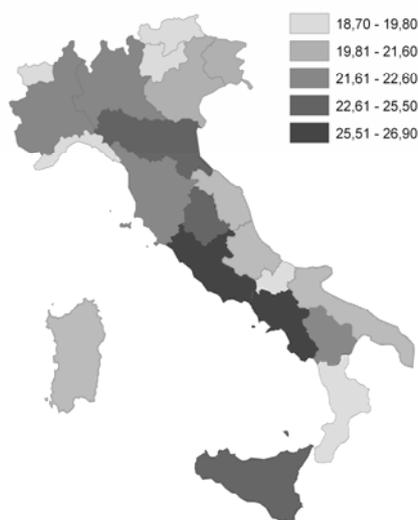
Le stime del 2006, per quanto concerne le principali cause di morte analizzate (tumori, malattie sistema circolatorio, malattie apparato respiratorio, malattie apparato digerente e cause violente), risultano in linea con i trend attesi e cioè una generale diminuzione sia tra gli uomini che tra le donne. Questa generale tendenza alla diminuzione, per entrambi i sessi, è emersa anche analizzando nello specifico i tassi di mortalità per alcune malattie del sistema circolatorio e cioè per l'infarto miocardio e per i disturbi circolatori dell'encefalo.

Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione - In questa sezione vengono affrontate tematiche emergenti e complesse relative ai comportamenti a rischio dei cittadini che necessitano sia di politiche socio-sanitarie adeguate che di verifica di efficacia delle stesse.

Fumo - Secondo i dati diffusi dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) il fumo di tabacco rappresenta la “prima causa di morte facilmente evitabile”. I valori di prevalenza evidenziano una dipendenza maggiore degli uomini rispetto alle donne e le fasce di età più interessate all'abitudine al fumo sono, per entrambi i sessi, quelle comprese tra i 20 ed i 54 anni.

L'età media alla quale le persone iniziano a consumare tabacco è di 15,8 anni e, per quanto riguarda la distribuzione geografica, si fuma di più al Centro-Sud rispetto alle regioni settentrionali (Cartogramma 1).

Cartogramma 1 - Prevalenza di persone di 14 anni ed oltre (per 100) per abitudine al fumo per regione - Anno 2006



Fonte dei dati e anno di riferimento: Rapporto Osservasalute 2008.

Alcol - Per il consumo di alcol i valori evidenziano che un numero consistente di individui consuma bevande alcoliche secondo modalità ed in quantità tali da risultare a maggior rischio, anche se la quota di coloro che tra il 2005 ed il 2006 non risultano esposti al rischio alcolcorrelato è aumentata a livello nazionale (27,9% vs 29,6%).

In generale, il maggior consumo di alcol si registra, per entrambi i sessi, nelle regioni del Nord ed in particolare nella PA di Bolzano, mentre la regione con la prevalenza minore è la Sicilia.

Alimenti - Per valutare la qualità della dieta sono stati analizzati due importanti indicatori e cioè il consumo di alimenti per tipologia e l'andamento temporale dei consumi alimentari.

Il primo indicatore, permette di evidenziare come le diverse regioni si collocano rispetto ad un “indicatore obiettivo” (consumi di almeno 5 porzioni giornaliere di ortaggi e frutta) e quali sono le relazioni tra l'indicatore e le altre variabili che caratterizzano lo stile alimentare globale, mentre il secondo analizza le tendenze evolutive delle frequenze di consumo nella popolazione in generale e tra i giovani in particolare.

Da questo studio è emerso che, rispetto all'indicatore obiettivo, nel 2006, tutte le regioni settentrionali presentano valori al di sopra della media nazionale (5,3%), mentre tutte le regioni meridionali si collocano al di sotto. Le regioni centrali, invece, si distribuiscono intorno alla media.

Per quanto riguarda le tendenze evolutive nella frequenza di consumo di alimenti e bevande, negli anni 2001-2007, l'unica regione con andamento più vicino a quello auspicabile risulta la Valle

d'Aosta. In generale, le regioni settentrionali risultano avere un trend più positivo, mentre le regioni dell'Italia centrale, meridionale e insulare risultano avere un andamento più simile a quello medio.

Nello specifico per i più giovani si osserva uno scostamento in senso negativo dal profilo medio soprattutto per i bambini di 3-5 anni e per gli adolescenti di 14-17 anni. Per i bambini, infatti, significativo è il trend crescente del gruppo delle carni, pesce e uova inclusi i salumi, invece, per i ragazzi, significativo è il trend fortemente crescente del consumo di alcolici fuori pasto, aperitivi alcolici e super alcolici.

È stato affrontato, inoltre, un aspetto della relazione nutrizione-salute che ha riflessi importanti sulla qualità della vita e cioè la disabilità implicata da malnutrizione per eccesso che sfocia nell'obesità.

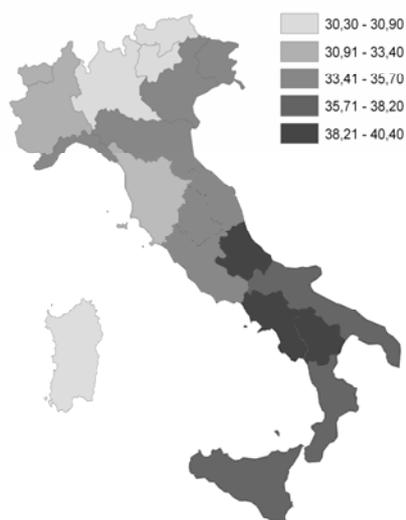
Peso - Sia il sovrappeso che l'obesità sono importanti fattori di rischio da considerare non come una malattia del singolo individuo, ma come il risultato di tanti fattori ambientali e socio-economici che condizionano fortemente le abitudini alimentari e gli stili di vita.

Nel 2005, secondo i dati raccolti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, in tutto il mondo erano in sovrappeso più di 1 miliardo di individui e obesi circa 300 milioni, ma il dato più allarmante è che la stima di ragazzi di età inferiore ai 15 anni che risulta obesa è di 22 milioni con tendenza all'aumento.

È per questo motivo che la prevenzione di tale fenomeno rappresenta una delle sfide più grandi del nostro secolo e le strategie di intervento dovrebbero essere caratterizzate da un approccio multisettoriale con interventi di tipo comportamentale e sociale.

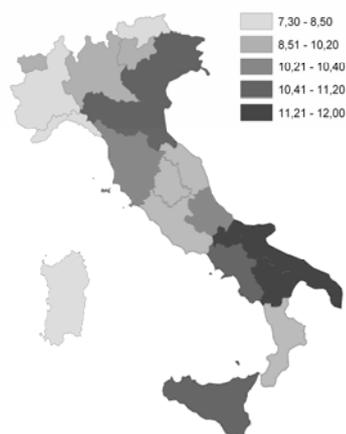
Nel nostro Paese i tassi di prevalenza di persone in sovrappeso ed obese sono, in entrambi i sessi e in tutte le fasce d'età, molto elevati e le regioni del Sud presentano la prevalenza più alta anche se, rispetto ai dati riportati nei precedenti Rapporti Osservasalute, si osserva una tendenza in leggero aumento anche per le regioni del Nord (Cartogramma 2 e 3).

Cartogramma 2 - Prevalenza di persone in sovrappeso di 18 anni ed oltre (per 100) per regione - Anno 2006



Fonte dei dati e anno di riferimento: Rapporto Osservasalute 2008.

Cartogramma 3 - Prevalenza di persone obese di 18 anni ed oltre (per 100) per regione - Anno 2006



Fonte dei dati e anno di riferimento: Rapporto Osservasalute 2008.

I valori maggiori, sia per il sovrappeso che per l'obesità, si registrano in Basilicata (40,4% e 12,0% rispettivamente) ed i dati stratificati per sesso ed età mostrano un aumento progressivo, per entrambi i sessi, all'avanzare dell'età soprattutto nelle fasce dai 45 ai 74 anni.

Di fondamentale importanza è il problema del sovrappeso e dell'obesità nei bambini che negli ultimi anni sta assumendo un'importanza crescente sia per le implicazioni dirette sulla salute del bambino stesso, sia perché tali condizioni rappresentano un rilevante fattore di rischio, in particolare per le malattie metaboliche e neoplastiche dell'età adulta.

Attività fisica - Esaminando i dati raccolti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, la prevalenza di inattività fisica al di sotto della soglia minima raccomandata per ricevere benefici per la salute è, purtroppo, elevata.

In Italia, è confermata una importante dicotomia geografica con le regioni meridionali in cui la prevalenza di coloro che dichiarano di non svolgere alcuna attività sportiva è nettamente superiore rispetto al Nord (Cartogramma 4).

Cartogramma 4 - Prevalenza di persone di 3 anni ed oltre (per 100) che non praticano alcuno sport per regione - Anno 2006



Fonte dei dati e anno di riferimento: Rapporto Osservasalute 2008.

Nel 2006, coloro che hanno dichiarato di praticare sport in modo continuativo sono il 20,5%, coloro che hanno dichiarato di svolgere attività fisica saltuariamente sono il 10,3%, mentre coloro che hanno dichiarato di non svolgere alcuna attività sportiva sono il 41,1%. Inoltre, i dati stratificati per classe di età, mostrano che sono i giovani, tra i 6 ed i 24 anni, a svolgere attività sportiva in maniera costante. Al contrario, con l'avanzare dell'età, la quota di coloro che riferiscono di non svolgere alcuno sport o attività fisica tende ad innalzarsi.

Vaccinazioni - La copertura vaccinale rappresenta un importante strumento di Sanità Pubblica poiché consente sia di identificare le aree in cui le malattie infettive si potrebbero manifestare più facilmente e di prevederne la comparsa e sia di sviluppare interventi tempestivi di miglioramento dei programmi di vaccinazione, in modo tale da mantenere elevate le coperture vaccinali e controllare lo sviluppo delle malattie infettive.

In Italia, le coperture vaccinali vengono rilevate annualmente e vengono valutati i dati al 24° mese per cicli completi (3 dosi) del vaccino anti-Difterite e Tetano (DT) o DT e Pertosse (DTP), Epatite B, Polio, *Haemophilus influenzae* di tipo b (Hib) e per una dose di vaccino anti-Morbillo, Rosolia e Parotite.

Le coperture che riguardano le vaccinazioni obbligatorie e la Pertosse sono uniformemente distribuite su tutto il territorio, con una media nazionale superiore al 96% (95% obiettivo previsto dal Piano Nazionale Vaccini). Per quanto riguarda la vaccinazione anti-Morbillo, Rosolia e Parotite, invece, i dati non hanno ancora raggiunto il valore ottimale previsto (media nazionale 88%), ma, a confronto con i dati del 2005, si osserva una leggera tendenza all'aumento in quasi tutte le regioni anche se nessuna ha raggiunto l'obiettivo indicato nel Piano Nazionale per l'Eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita e cioè il 95%.

Prevenzione - Negli ultimi anni l'attività di prevenzione oncologica si è sviluppata molto nell'ambito dell'attività degli screening organizzati ed è migliorata quasi ovunque.

Gli indicatori esaminati sono quelli più direttamente correlati alla diffusione ed alla distribuzione geografica delle attività riguardanti lo screening mammografico, lo screening per il cervicocarcinoma uterino e lo screening per il tumore colon retto. In relazione alla proporzione di partecipazione ai programmi organizzati basati su invito attivo è emerso che, il forte squilibrio tra Sud e Nord già evidente negli anni precedenti, persiste, ma si attenua lievemente.

Incidenti - Secondo le previsioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, entro il 2020, gli incidenti stradali diventeranno la sesta causa di morte ed il *burden of disease* in termini di giorni di vita persi si accentuerà sempre di più.

A livello generale in Italia, nel 2007, si è registrata una diminuzione del numero di incidenti stradali (-3,0%), del numero dei feriti (-2,1%) e, soprattutto, del numero dei morti (-9,5%) rispetto ai dati del 2006.

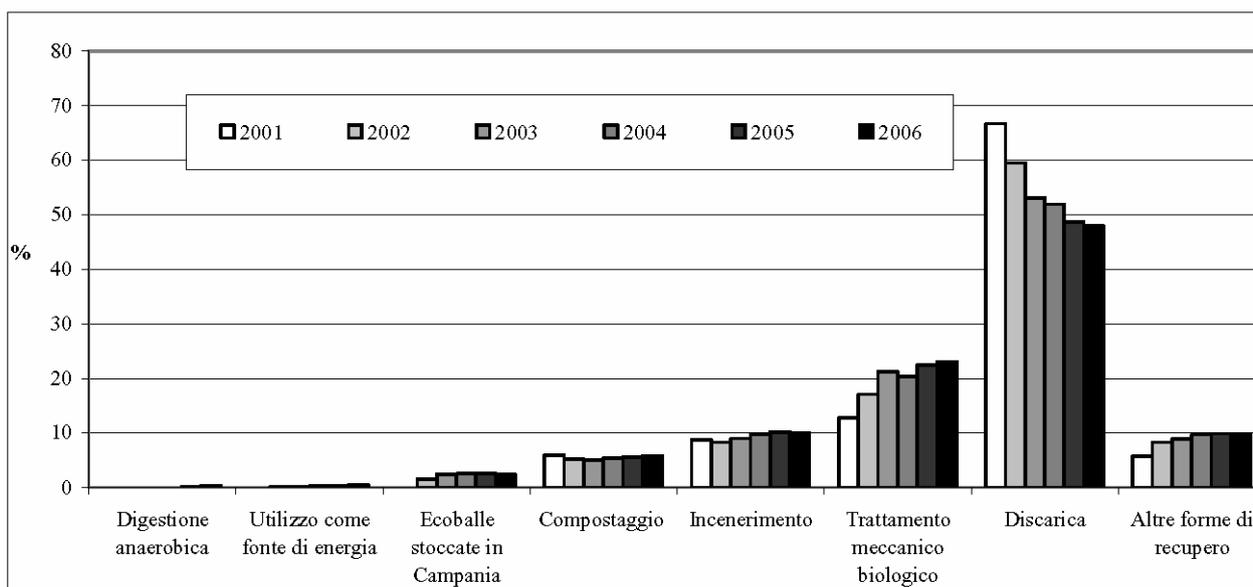
In questo capitolo sono stati esaminati gli indicatori relativi al tasso di incidenti domestici ed al tasso di infortunio sul lavoro.

Per quanto riguarda gli incidenti domestici i più colpiti sono donne, bambini e anziani e dai dati non emergono significative differenze regionali. Il tasso infortunistico, invece, che risulta complessivamente più alto tra i lavoratori stranieri (9,3%) rispetto ai lavoratori italiani (3,4%), presenta differenze regionali e nel Nord si registrano i valori più elevati. Le percentuali maggiori, inoltre, si registrano, sia per i lavoratori stranieri che italiani, nel settore dell'agricoltura.

Ambiente - Tra i numerosi fattori che influenzano la salute umana un ruolo di primo piano è rappresentato dall'ambiente. Per caratterizzare al meglio il rapporto ambiente-salute sono stati individuati indicatori il cui studio permette la descrizione di alcuni temi prioritari quali i rifiuti solidi urbani, l'inquinamento acustico, l'inquinamento da benzene e l'inquinamento da polveri fini (PM₁₀).

Tra i fattori più importanti di pressione ambientale sono stati esaminati i rifiuti solidi urbani la cui produzione è in continuo incremento. Per descrivere il potenziale rischio nella popolazione sono stati utilizzati indicatori che riportano sia la quantità di rifiuti solidi urbani prodotti, sia di quelli smaltiti nelle varie regioni attraverso la discarica controllata e l'incenerimento e sia l'entità del ricorso alla raccolta differenziata. Nel 2006, rispetto ai dati del 2005, la quantità totale di rifiuti prodotti è aumentata del 2,8%. Tale aumento risulta più marcato nel Nord (+2,9%) rispetto al Sud (+2,8%) e al Centro (+1,8%). Relativamente alle principali modalità di gestione lo smaltimento in discarica risulta la forma più diffusa, mentre la raccolta differenziata, anche se in crescita rispetto agli anni precedenti, risulta ancora inferiore rispetto al valore obiettivo (Grafico 3).

Grafico 3 - Tipologie di gestione dei rifiuti solidi urbani (per 100) rispetto al totale dei rifiuti - Anni 2001-2006



Fonte dei dati e anno di riferimento: Rapporto Osservasalute 2008.

Una delle cause del peggioramento della qualità di vita nella popolazione, soprattutto nelle aree urbane, è l'inquinamento acustico. Infatti, i disturbi da rumore, rappresentano nella popolazione una problematica socio-sanitaria rilevante non solo come percezione di fastidio o alterazione del benessere, ma, in caso di azione protratta e continuata, come fattore di rischio per patologie dell'apparato acustico, neurologico e cardiovascolare. I dati rilevati mostrano un trend generale in aumento (31,5%) dei comuni che hanno approvato la classificazione acustica del territorio, ma la percentuale raggiunta risulta essere ancora inadeguata.

L'inquinamento da Benzene (C₆H₆) è imputabile a tutte le principali sorgenti di emissione che utilizzano derivati del petrolio o a solventi o vernici che ancora possiedono come componente base il Benzene. I dati esaminati presentano, in generale, trend in diminuzione con valori inferiori a quanto previsto dai Decreti Legislativi. Le stazioni di rilevamento, però, nonostante l'aumento rispetto agli anni precedenti, risultano insufficienti e presentano una disomogeneità nella distribuzione sul territorio nazionale.

L'inquinamento da polveri fini può essere rappresentato attraverso il cosiddetto PM₁₀ le cui concentrazioni, a livello nazionale, superano la soglia minima consentita nel 65% delle regioni.

Anche in questo caso le stazioni di rilevamento sono aumentate rispetto agli anni precedenti, ma risultano insufficienti e presentano una disomogeneità nella distribuzione sul territorio nazionale.

Malattie cardiovascolari - In questo capitolo non si è ritenuto necessario aggiornare gli "indicatori core" poiché i dati disponibili nel 2008 non presentavano sostanziali modifiche rispetto ai dati pubblicati nel Rapporto Osservasalute 2006.

Sono stati, però, presentati due approfondimenti riguardanti:

- la valutazione del rischio cardiovascolare assoluto nella popolazione adulta attraverso il programma CUORE.EXE che permette di calcolare, nelle persone di 35-69 anni senza precedente evento cardiovascolare, la probabilità di andare incontro ad un evento cardiovascolare maggiore (infarto o ictus) nei 10 anni successivi utilizzando otto fattori di rischio (età, sesso, pressione arteriosa sistolica, colesterolemia totale e HDL, diabete, abitudine al fumo e trattamento antipertensivo);
- confronto tra i tassi di attacco degli eventi fatali e non fatali e la letalità calcolati in base ai dati del Registro Nazionale degli Eventi Coronarici e Cerebrovascolari maggiori basato su popolazione ed i tassi di ospedalizzazione per malattia ischemica del cuore, infarto miocardico acuto, accidente cerebrovascolare e rivascolarizzazione ricavati dai dati provenienti dalle Schede di Dimissioni Ospedaliere.

Malattie metaboliche - Il diabete mellito e le sue complicanze rappresentano uno dei maggiori problemi sanitari dei Paesi economicamente evoluti, contribuendo notevolmente alla spesa sanitaria. La patologia è di strettissima attualità per l'evidente aumento della prevalenza che si è osservato negli ultimi anni con conseguenti problemi di natura sociale, economica e di politica sanitaria di difficile soluzione.

In questo capitolo sono stati esaminati la mortalità ed i ricoveri.

Nel nostro Paese, negli ultimi anni, la mortalità per diabete mellito ha mostrato un andamento altalenante, con tassi leggermente più alti negli uomini (3,41 vs 3,19 per 10.000), al Sud e nelle Isole. La regione più colpita, per entrambi i sessi, è la Campania. Per contrastare un ulteriore incremento della mortalità per diabete mellito è necessario definire obiettivi terapeutici più rigorosi ed attuare un'assistenza di qualità con una distribuzione sempre più capillare di strutture dedicate, in cui operino *équipes* di specialisti e dove l'approccio alla malattia sia "integrato". Inoltre, è imprescindibile la collaborazione attiva dei Medici di Medicina Generale per educare i cittadini a corretti stili di vita ed informare i soggetti a rischio della disponibilità di strutture ben organizzate.

Per quanto riguarda le dimissioni ospedaliere la distribuzione dei valori evidenzia che le regioni del Centro-Nord presentano tassi significativamente più bassi della media nazionale (10,24 per 10.000), mentre le regioni del Sud hanno tassi significativamente più alti. La regione con il

tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere più alto, per entrambi i sessi, è la Sicilia (20,71 per 10.000) (Tabella 1).

Tabella 1 - Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 10.000) da istituti pubblici e privati accreditati per diabete mellito in regime di ricovero ordinario (diagnosi principale) per regione e sesso - Anno 2005

Regioni	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	6,20	5,23	5,72
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	3,46	1,32	2,19
Lombardia	10,33	7,79	9,02
Bolzano-Bozen	13,35	11,82	12,66
Trento	11,73	9,48	10,57
Veneto	12,07	8,65	10,29
Friuli-Venezia Giulia	9,37	5,78	7,47
Liguria	7,45	5,53	6,45
Emilia-Romagna	8,90	7,25	8,06
Toscana	5,11	4,37	4,76
Umbria	5,53	3,51	4,46
Marche	5,35	4,60	4,97
Lazio	10,67	9,94	10,35
Abruzzo	10,22	10,74	10,60
Molise	12,29	9,61	10,93
Campania	10,70	10,47	10,65
Puglia	15,65	16,86	16,40
Basilicata	13,54	12,55	13,08
Calabria	15,84	15,48	15,76
Sicilia	21,16	20,17	20,71
Sardegna	11,95	12,14	12,11
Italia	10,88	9,57	10,24

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia al 2001.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Rapporto Osservasalute 2008.

In generale, per un'efficace prevenzione e per il miglioramento della qualità di vita dei pazienti dovranno essere attuate ulteriori iniziative che possano concorrere a far aumentare la partecipazione del cittadino diabetico nella gestione della malattia accrescendone la competenza, in particolare con l'informazione ed una corretta educazione.

Malattie infettive - Le malattie infettive e diffuse continuano a rappresentare, nonostante la disponibilità per molte di esse di efficaci interventi preventivi e terapeutici, un rilevante problema di Sanità Pubblica.

Il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 affronta queste problematiche e indica le criticità che emergono nell'ambito del loro controllo e gli interventi possono essere molteplici e comprendere differenti discipline.

Per alcune, come AIDS, meningite batterica, epatite B, infezioni e tossinfezioni alimentari e alcune infezioni a trasmissione sessuale e respiratoria, la loro diffusione evidenzia, a livello geografico, la persistenza di un netto gradiente Nord-Sud. Esse, inoltre, presentano una progressiva riduzione di incidenza ad eccezione di alcune patologie a trasmissione sessuale. Infatti, nel periodo 2000-2006, si è osservato, globalmente, un aumento di sifilide e gonorrea. Tale aumento risulta più marcato per la sifilide (+146,3% su base nazionale nella classe 15-24 anni e +199,2% nella classe 25-64 anni) rispetto alla gonorrea (+100,6% su base nazionale nella classe 15-24 e +26,5% nella classe 25-64 anni) (Tabella 2 e 3).

Tabella 2 - Tassi di incidenza di sifilide e gonorrea (per 100.000) nella classe 15-24 anni e variazione percentuale, per regione - Anni 2000, 2006

Regioni	Sifilide			Gonorrea		
	2000	2006	Δ %	2000	2006	Δ %
Piemonte	0,93	5,59	498,78	1,63	7,99	389,06
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Lombardia	0,82	0,69	-16,21	0,62	3,47	461,81
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>5,47</i>	<i>1,87</i>	<i>-65,80</i>	<i>0,00</i>	<i>9,37</i>	<i>-</i>
<i>Trento</i>	<i>1,96</i>	<i>10,24</i>	<i>422,83</i>	<i>5,88</i>	<i>4,10</i>	<i>-30,22</i>
Veneto	1,22	0,00	-100,00	0,81	0,00	-100,00
Friuli-Venezia Giulia	0,00	8,08	-	3,48	3,03	-12,92
Liguria	0,00	0,00	0,00	0,00	0,81	-
Emilia-Romagna	1,86	3,23	73,56	3,46	0,29	-91,61
Toscana	2,00	2,57	28,61	2,85	1,29	-54,81
Umbria	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Marche	0,62	0,68	9,72	0,00	0,00	0,00
Lazio	1,18	5,05	328,32	0,67	4,31	539,72
Abruzzo	0,65	0,71	9,09	0,00	0,00	0,00
Molise	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Campania	0,12	0,51	334,21	0,23	0,00	-100,00
Puglia	0,00	0,20	-	0,34	0,00	-100,00
Basilicata	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Calabria	0,00	0,38	-	0,00	0,00	0,00
Sicilia	0,14	1,25	769,49	0,00	0,00	0,00
Sardegna	0,00	0,53	-	0,00	0,00	0,00
Italia	0,69	1,71	146,32	0,81	1,63	100,64

Fonte dei dati e anno di riferimento: Rapporto Osservasalute 2008.

Tabella 3 - Tassi di sifilide e gonorrea (per 100.000) nella classe 25-64 anni e variazione percentuale, per regione - Anni 2000, 2006

Regioni	Sifilide			Gonorrea		
	2000	2006	Δ %	2000	2006	Δ %
Piemonte	0,66	2,89	337,83	1,36	3,18	133,58
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,00	2,79	-	0,00	0,00	0,00
Lombardia	0,95	2,30	141,93	0,38	1,52	299,72
Bolzano-Bozen	2,74	2,62	-4,55	2,35	1,87	-20,52
Trento	0,75	4,95	555,93	4,53	2,48	-45,23
Veneto	1,27	0,66	-48,03	0,50	0,11	-78,01
Friuli-Venezia Giulia	1,03	5,21	408,20	1,61	2,17	34,70
Liguria	0,22	0,79	251,64	0,11	0,00	-100,00
Emilia-Romagna	2,35	3,58	52,16	2,75	0,55	-80,02
Toscana	1,22	2,56	109,93	1,83	0,10	-94,53
Umbria	0,45	2,10	370,89	0,00	0,21	-
Marche	0,75	0,84	11,58	0,00	0,00	0,00
Lazio	0,92	8,38	807,41	0,48	2,55	432,52
Abruzzo	0,59	0,14	-76,30	0,15	0,00	-100,00
Molise	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Campania	0,10	0,48	379,50	0,00	0,00	0,00
Puglia	0,47	0,81	73,07	0,19	0,05	-75,83
Basilicata	0,00	0,32	-	0,00	0,00	0,00
Calabria	0,10	0,28	193,67	0,10	0,09	-1,74
Sicilia	0,08	1,54	1901,48	0,15	0,04	-75,55
Sardegna	0,00	0,42	-	0,00	0,00	0,00
Italia	0,79	2,35	199,16	0,69	0,87	26,50

Fonte dei dati e anno di riferimento: Rapporto Osservasalute 2008.

Per fronteggiare questa nuova emergenza, che rischia di configurarsi come un serio problema di salute pubblica per l'intera Europa, è stata lanciata una *task-force* contro le malattie sessualmente trasmissibili che ha il compito di monitorare, valutare e dare indicazioni e Linee Guida per uniformare il sistema di risposta dei Paesi europei alla prevenzione e al trattamento di queste malattie.

In questo capitolo è stato presentato anche un approfondimento per descrivere l'andamento della tubercolosi in Italia negli ultimi 15 anni poiché, a partire dal 1985 e durante gli anni '90, a causa del diffondersi del virus HIV, dell'aumento dell'immigrazione da Paesi ad alta endemia di tubercolosi e della comparsa di nuove categorie di emarginati, si era verificata un'inversione dell'andamento epocale decrescente della malattia. Recentemente, invece, si è assistito ad un nuovo decremento che pone l'Italia (7 casi per 100.000) al di sotto del limite di 10 casi per 100.000 residenti stabilito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

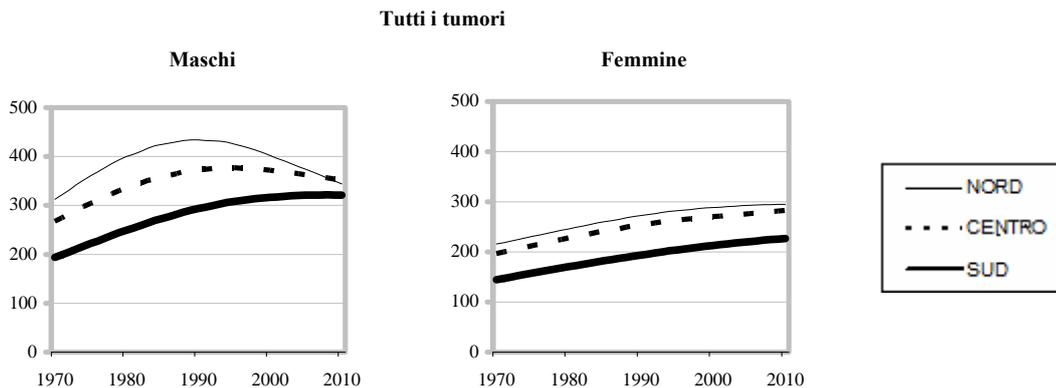
Tumori - In generale, nel corso dell'ultimo decennio, si è rafforzata nel mondo l'idea che la malattia oncologica richieda un approccio multidisciplinare e multisettoriale ed una visione strategica complessiva negli ambiti della prevenzione primaria, dello screening per la diagnosi precoce, della cura e della riabilitazione. Tale approccio viene internazionalmente definito come *Cancer Control* e prevede la partecipazione di decisori politici, ricercatori e persone coinvolte dalla malattia.

In Italia, così come negli altri Paesi economicamente più avanzati, per le patologie neoplastiche oltre il 50% delle persone che hanno avuto diagnosi di tumore possono riprendere la loro vita e questo grazie ai miglioramenti nella diagnosi e nelle cure.

Per valutare i progressi e fornire indicazioni di intervento in campo oncologico è fondamentale il continuo monitoraggio dei principali indicatori epidemiologici e cioè mortalità, incidenza, sopravvivenza e prevalenza.

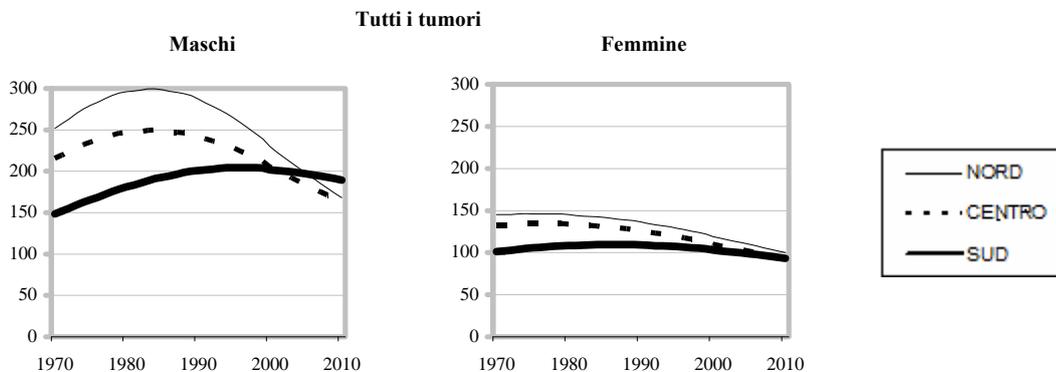
L'analisi dei trend temporali di incidenza e mortalità per tutti i tumori e per le principali sedi oncologiche mostra che, nelle quattro decadi considerate (1970-2010), nel nostro Paese è in atto un livellamento delle tendenze di rischio tra Nord, Centro e Sud (Grafico 4 e 5).

Grafico 4 - Tassi standardizzati di incidenza (std europeo, per 100.000) per tutti i tumori nella classe 0-84 anni per sesso e macroarea - Anni 1970-2010



Fonte dei dati e anno di riferimento: Rapporto Osservasalute 2008.

Grafico 5 - Tassi standardizzati di mortalità (std europeo, per 100.000) per tutti i tumori nella classe 0-84 anni per sesso e macroarea - Anni 1970-2010

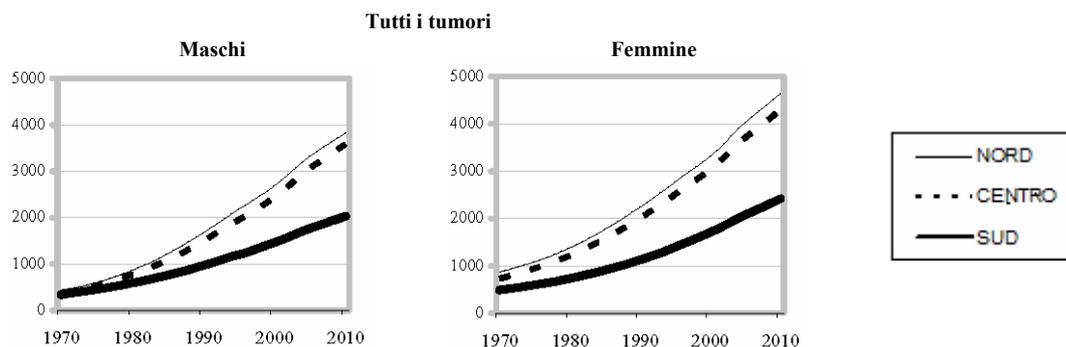


Fonte dei dati e anno di riferimento: Rapporto Osservasalute 2008.

Nello specifico, tra i tumori esaminati (polmone, colon-retto, stomaco, prostata, mammella), l'unica eccezione di non livellamento del rischio si registra per gli uomini per il tumore della prostata i cui tassi di incidenza sono, probabilmente, legati alla diversa diffusione del test PSA (*Prostate Specific Antigene*) nel Paese.

Per quanto riguarda la prevalenza i trend temporali, stimati in Italia negli anni 1970-2010 per tutte le sedi e per i tumori più importanti, sono in forte crescita sia per gli uomini che per le donne. Le differenze delle proporzioni di prevalenza tra Centro-Nord e Sud dipendono dagli andamenti storici di incidenza e sopravvivenza che, nelle regioni del Sud, sono stati sempre di livello inferiore rispetto a quelli del Centro-Nord (Grafico 6).

Grafico 6 - Proporzioni grezze di prevalenza (per 100.000) per alcune sedi oncologiche nella classe 0-84 anni per sesso e macroarea - Anni 1970-2010



Fonte dei dati e anno di riferimento: Rapporto Osservasalute 2008.

Salute e disabilità - Il processo d'integrazione sociale delle persone con disabilità ha registrato, negli ultimi anni, notevoli progressi dovuti, soprattutto, alla crescita nei disabili della consapevolezza delle proprie potenzialità.

L'importanza di promuovere, proteggere e garantire il pieno ed uguale godimento dei diritti umani e delle libertà fondamentali da parte delle persone con disabilità, è stato fortemente ribadito dalla Convenzione ONU ratificata dall'Italia nel corso del 2007. In particolare, sono stati riconosciuti tre diritti fondamentali e cioè il diritto alla salute (art. 25), il diritto all'istruzione (art. 24) ed il diritto al lavoro (art. 27).

Prendendo spunto da quanto sancito dalla Convenzione si è ritenuto opportuno, in questo capitolo, focalizzare l'attenzione sulla popolazione con disabilità in età formativa e lavorativa (6-64 anni).

Per quanto riguarda la formazione si registra un forte incremento della presenza di studenti con disabilità all'interno delle scuole statali (113 mila nell'anno scolastico 97/98 vs 174 mila nell'anno scolastico 06/07) attribuibile sia all'innalzamento dell'obbligo scolastico e sia alle politiche di sostegno scolastico. Dal punto di vista territoriale, però, esistono differenze regionali imputabili, principalmente, alla diversità di strumenti e criteri di certificazioni dell'handicap presenti sull'intero territorio.

Sul fronte lavorativo il divario tra il tasso di occupazione delle persone con disabilità rispetto al tasso delle persone non disabili è molto marcato (17,5% vs 59,6%) ed anche in questo caso si evidenzia un forte gradiente territoriale. Infatti, nelle Isole e nel Sud, si registrano i valori più bassi e rispetto al differenziale di genere le donne risultano più svantaggiate (Tabella 4).

Tabella 4 - Tassi di occupazione (per 100) delle persone di 15-64 anni per ripartizione geografica, sesso e presenza di disabilità - Anni 2004/2005

Ripartizione geografica	Maschi		Femmine		Totale	
	Disabili	Non Disabili	Disabili	Non Disabili	Disabili	Non Disabili
Nord-Ovest	31,7	76,6	16,5	55,3	23,3	66,1
Nord-Est	33,9	77,3	12,7	58,0	23,8	67,8
Centro	24,1	74,5	20,3	52,4	22,5	63,3
Sud	18,4	65,5	6,9	32,2	12,4	48,7
Isole	11,0	64,6	*	32,2	7,3	48,2
Italia	23,7	72,3	11,7	46,9	17,5	59,6

*Stime di frequenze con errore relativo superiore al 75%.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Rapporto Osservasalute 2008.

È stato, inoltre, esaminato l'indicatore sulla percezione dello stato di salute che ha evidenziato una migliore percezione al Nord rispetto al Centro-Sud. I divari territoriali emergono non solo tra le persone con disabilità, ma anche per quelle senza disabilità evidenziando, quindi, la presenza di un fattore ambientale e culturale che influenza la percezione del proprio stato di salute.

Salute mentale e dipendenze - Le patologie psichiatriche e le dipendenze rappresentano, per gravità e frequenza, importanti problemi di Sanità Pubblica il cui impatto sulla salute e sulla società è trasversale per età e livelli sociali interessati.

Gli indicatori esaminati permettono di evidenziare sia il quadro epidemiologico che il peso economico che il Servizio Sanitario Nazionale deve sostenere.

L'esame dell'andamento temporale del tasso di ospedalizzazione per disturbi psichici (2001-2005) e del tasso di mortalità per suicidio e autolesione (1993-2003) evidenzia, per entrambi i sessi, una generale tendenza alla riduzione in quasi tutte le regioni e, se si esaminano i dati in base alle macroaree, non si evincono sostanziali differenze di tipo geografico. Per quanto riguarda la mortalità è da sottolineare che i valori aumentano con l'aumentare dell'età per cui, la classe di età con il tasso di suicidi più elevato, è la classe che comprende gli oltre settantacinquenni.

Per evidenziare le capacità di risposta dei servizi sanitari nella loro duplice veste di promotori di formazione/informazione in termini di prevenzione secondaria e di gestori dei servizi di emergenze, è stato esaminato l'indicatore sulla mortalità per abuso di stupefacenti. A livello nazionale si evidenzia un continuo decremento del tasso di mortalità dal 1996 al 2002, mentre gli anni dal 2003 al 2007 sono caratterizzati da inversioni di tendenze. Evidente è anche la variabilità interregionale con tassi più elevati nel Centro.

Inoltre, considerando i dati disaggregati per sesso e classi d'età tra i 15 e 39 anni, evidente è che il tasso di mortalità è sempre notevolmente inferiore nelle donne ed i picchi massimi si registrano, per entrambi i sessi, nella fascia compresa fra i 30 e i 34 anni (Tabella 5).

Tabella 5 - Tassi di mortalità (per 100.000) per abuso di stupefacenti per classe d'età e sesso - Anni 2003-2007

Fasce di età	Sesso	2003	2004	2005	2006	2007
15-19	Maschi	0,74	0,94	0,81	0,67	0,53
	Femmine	0,35	0,21	0,14	0,14	0,21
20-24	Maschi	2,33	3,38	2,50	1,98	2,21
	Femmine	0,31	0,38	0,32	0,39	0,60
25-29	Maschi	4,48	5,03	4,55	3,94	4,73
	Femmine	0,49	0,55	0,31	0,43	0,44
30-34	Maschi	4,71	6,51	5,93	4,51	5,11
	Femmine	0,80	0,35	0,35	0,57	0,40
35-39	Maschi	4,29	5,66	6,64	5,31	4,83
	Femmine	0,55	0,54	0,58	0,55	0,29

Fonte dei dati e anno di riferimento: Rapporto Osservasalute 2008.

Salute materno-infantile - In questo capitolo sono stati esaminati alcuni indicatori relativi alla presenza dei servizi presso i punti nascita, al ricorso al parto cesareo e all'analisi di alcuni esiti riproduttivi.

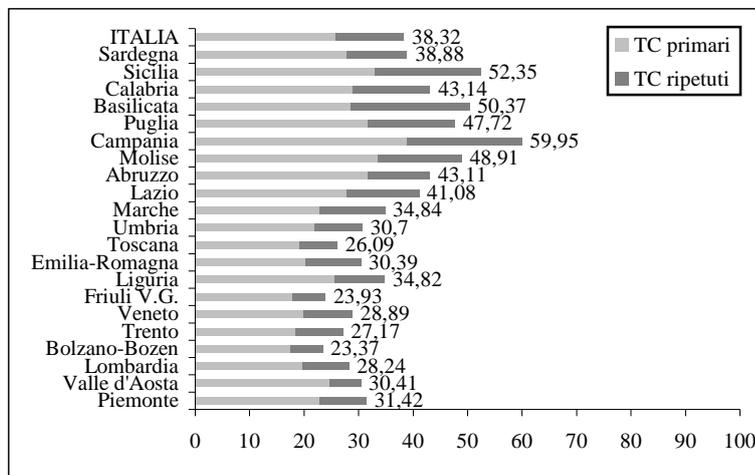
In riferimento all'organizzazione dell'offerta assistenziale inerente i servizi di salute materno-infantile, è stata valutata la rete dei punti nascita distribuiti sul territorio italiano.

Dall'analisi dei dati è emerso che la distribuzione dei punti nascita risulta molto diversificata con un evidente gradiente Nord-Sud. Anche le Unità Operative di Terapia Intensiva Neonatale, indispensabili per la cura dei neonati fisiologici e patologici, non risultano distribuite correttamente in base ai criteri di collocazione stabiliti dagli organi competenti per cui si possono rilevare situazioni di non appropriatezza organizzativa.

Uno dei dati più allarmanti, però, è la proporzione di Tagli Cesarei (TC) che, negli ultimi decenni, ha subito un costante incremento in molti Paesi sia ad alto che a medio reddito. In Italia, la

media nazionale (38%), è ormai da anni il valore più elevato a livello europeo (media europea: 23,7%) ed uno tra i valori più elevati al mondo (Grafico 7).

Grafico 7 - Proporzion e (per 100) di Tagli Cesarei (primari, ripetuti e totali) sul totale dei parti per regione - Anno 2005



Fonte dei dati e anno di riferimento: Rapporto Osservasalute 2008.

Il trend esaminato (2001-2005) evidenzia, sia a livello nazionale che regionale, una costante tendenza all'aumento.

Per quanto riguarda l'abortività volontaria, dopo un lungo periodo di stabilizzazione, sembra esserci una riduzione del fenomeno in quasi tutte le regioni e per tutte le classi di età, ma è ancora troppo presto per parlare di una nuova tendenza in atto. Anche per l'abortività spontanea si registra, in tutte le classi di età, una riduzione ed a livello territoriale il Sud presenta i valori più bassi rispetto al Centro-Nord.

Sono state analizzate, inoltre, la mortalità infantile e la mortalità neonatale i cui dati risultano inferiori rispetto agli altri Paesi europei.

Infine, sono state trattate alcune tematiche specifiche riguardo:

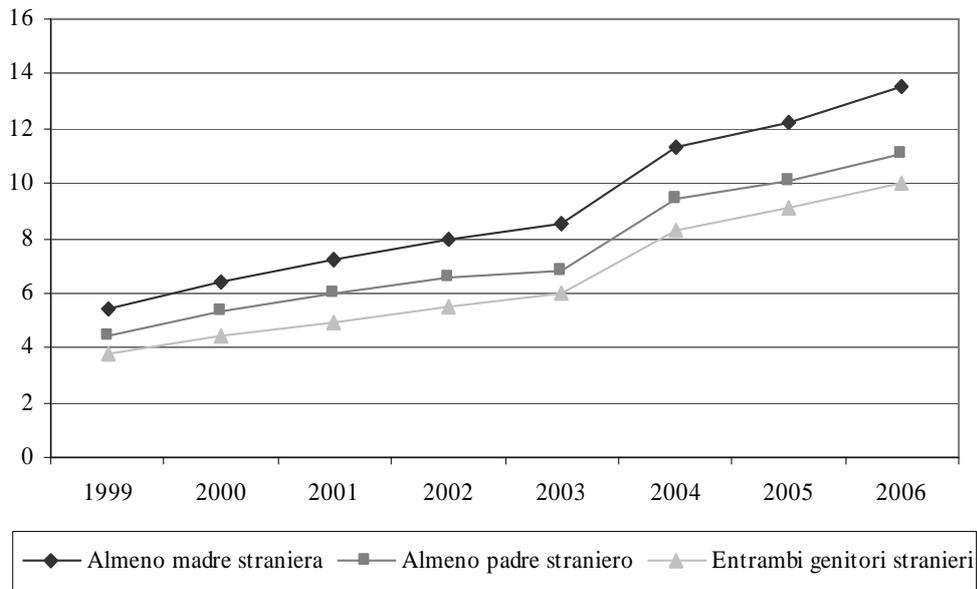
- il Registro Nazionale della Procreazione Medicalmente Assistita, il cui obiettivo fondamentale è la raccolta dei dati per garantire trasparenza e dare pubblicità alle tecniche adottate nel nostro Paese e ai risultati conseguiti;
- i Certificati di Assistenza al Parto (CedAP), che forniscono informazioni di carattere sanitario, epidemiologico e socio-demografico importanti ai fini della Sanità Pubblica e della statistica sanitaria e necessari per la programmazione sanitaria nazionale e regionale.

Salute degli immigrati - Nella sezione dedicata alla salute degli immigrati, in questi ultimi anni, si è osservato un aumento dell'accessibilità al sistema sanitario con il raggiungimento di importanti risultati in termini di riduzione delle disuguaglianze tra immigrati e popolazione italiana.

Gli indicatori analizzati evidenziano il crescente utilizzo del Day Hospital imputabile, non solo all'incremento demografico, ma soprattutto ad un utilizzo più *ad hoc* dei servizi, la riduzione del tasso di incidenza dell'AIDS e la stabilizzazione di quelli relativi alla tubercolosi.

Da sottolineare è il costante aumento nel tempo del numero dei nati da cittadini stranieri (Grafico 8).

Grafico 8 - Percentuale di nati vivi da cittadini stranieri - Anni 1999-2006



Fonte dei dati e anno di riferimento: Rapporto Osservasalute 2008.

In aumento, purtroppo, è il numero di interruzioni volontarie di gravidanza effettuate da donne straniere immigrate in Italia (6,6% nel 1995 vs 29,4% nel 2005).

Infine, in tutti gli indicatori analizzati, la distribuzione territoriale evidenzia una prevalenza maggiore dei fenomeni nelle regioni del Nord-Ovest e del Centro.

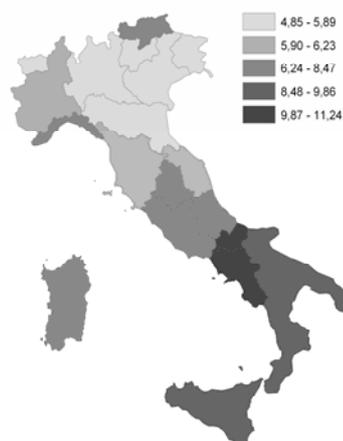
PARTE SECONDA - Sistemi Sanitari Regionali e la qualità dei servizi

Assetto economico-finanziario - Dal 2000 il Servizio Sanitario Nazionale, in seguito all'abolizione del Fondo Sanitario Nazionale, ha accelerato il processo di devoluzione anche in senso finanziario.

In questi anni abbiamo assistito e testimoniato, attraverso le edizioni annuali del Rapporto Osservasalute, alla progressiva “divaricazione” tra le regioni nelle quali sono stati adottati, in base alle loro specifiche realtà, modelli istituzionali e di *governance* diversi creando così differenze nell'erogazione dei servizi ai cittadini. Ciò, ha determinato una disomogeneità nel diritto all'assistenza sanitaria sull'intero territorio nazionale in termini sia qualitativi che quantitativi.

Dall'analisi congiunta degli indicatori di spesa, quali la spesa sanitaria in rapporto al Prodotto Interno Lordo, la spesa pro capite, la spesa per i singoli livelli di assistenza e il disavanzo, è emersa la presenza di un forte gradiente Nord-Sud. Le regioni del Sud, infatti, sono costrette a dedicare quote molto elevate del loro Prodotto Interno Lordo all'assistenza sanitaria (fino all'11% in Molise, quasi il 9% in Calabria), mentre regioni come la Lombardia soddisfano il diritto all'assistenza sanitaria dei cittadini con meno del 5% del proprio reddito (Cartogramma 5).

Cartogramma 5 - Spesa sanitaria pubblica corrente in rapporto al Prodotto Interno Lordo (per 100) per regione - Anno 2005



Fonte dei dati e anno di riferimento: Rapporto Osservasalute 2008.

In termini di spesa pro capite le regioni, per l'assistenza sanitaria, spendono cifre molto diverse e con tendenza all'aumento, segno di un continuo impegno a livello nazionale nell'investimento per la salute dei cittadini. Tra il 2006 e il 2007 la spesa sanitaria pro capite è passata, a livello nazionale, da 1.692 € a 1.731 €. Quasi tutte le regioni hanno aumentato il loro livello di spesa ad eccezione del Lazio, Sicilia e Liguria che sono proprio le regioni in “difficoltà” e, quindi, soggette ai Piani di rientro.

Importante, inoltre, è ricordare che per quanto riguarda i disavanzi la Sicilia, la Campania ed il Lazio, nonostante gli sforzi, presentano valori che complessivamente rappresentano circa l'83% del disavanzo accumulato a livello nazionale.

Assetto istituzionale-organizzativo - In questo capitolo è stato affrontato il tema della comparazione dei modelli organizzativi ed istituzionali ponendo l'attenzione sull'organizzazione dell'assistenza primaria e su alcune dimensioni inerenti i due principali fattori della produzione presenti in un sistema sanitario e cioè il personale e la tecnologia.

L'attuale assetto "federale" lascia ampio spazio di autonomia alle regioni nel definire i propri modelli di *governance* sia a livello "istituzionale" (regionale) che "organizzativo" (aziendale).

Per quanto riguarda la dimensione "istituzionale" la comparazione tra regioni ha riguardato l'analisi delle diverse forme "giuridiche" e di proprietà delle strutture ospedaliere attive sia a livello nazionale che regionale e le modalità attraverso le quali le regioni affrontano il problema dell'innovazione tecnologica con riferimento, in particolare, al processo di diffusione dell'*Health Technology Assessment*. Ambedue queste tematiche sono state oggetto di approfondimenti.

Per quanto riguarda la dimensione "organizzativa", invece, l'attenzione è stata focalizzata sul personale del Servizio Sanitario Nazionale. I dati analizzati evidenziano che, dal 2005 al 2006, il numero di medici e odontoiatri è aumentato ed il relativo tasso (1,8 per 1.000) risulta in linea con la media europea (1,7 per 1.000). Questo aumento, però, non presenta un trend omogeneo in tutte le regioni. Anche per gli infermieri si è registrato un incremento, ma non risulta ancora sufficiente rispetto alla domanda e le regioni più critiche sono la Lombardia, il Lazio, la Campania, la Puglia e la Sicilia (Tabella 6).

Tabella 6 - Personale infermieristico del Servizio Sanitario Nazionale (valori assoluti e tassi per 1.000) per regione - Anni 2005-2006

Regioni	Personale infermieristico		Tassi di personale infermieristico	
	2005	2006	2005	2006
Piemonte	19.738	21.150	4,55	4,87
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	639	677	5,18	5,44
Lombardia	34.226	35.575	3,63	3,74
Bolzano-Bozen	2.875	2.807	5,99	5,79
Trento	2.573	2.717	5,15	5,38
Veneto	24.124	25.349	5,11	5,33
Friuli-Venezia Giulia	6.454	7.189	5,35	5,94
Liguria	9.016	9.303	5,63	5,78
Emilia-Romagna	22.218	23.940	5,33	5,69
Toscana	20.228	21.244	5,60	5,85
Umbria	4.551	4.701	5,27	5,40
Marche	7.449	7.877	4,89	5,14
Lazio	20.168	20.353	3,81	3,77
Abruzzo	6.211	6.699	4,77	5,12
Molise	1.508	1.621	4,69	5,06
Campania	21.217	22.600	3,66	3,90
Puglia	13.275	13.993	3,26	3,44
Basilicata	2.711	2.816	4,55	4,75
Calabria	8.155	8.567	4,06	4,28
Sicilia	17.169	18.151	3,42	3,62
Sardegna	8.001	8.115	4,84	4,90
Italia	252.506	265.444	4,31	4,50

Fonte dei dati e anno di riferimento: Rapporto Osservasalute 2008.

In questa sezione, inoltre, particolare attenzione è stata riservata alla valutazione della forza lavoro nella professione medica individuando la quota di medici destinata ad attività direttamente finalizzate all'erogazione di prestazioni sanitarie nell'ambito del SSN, rispetto alla totalità del personale medico disponibile. Da questa analisi è emerso che, nel 2008, in media il 50,94% dei medici iscritti all'albo svolgono la professione medica sia nel settore pubblico che privato. Ciò evidenzia la notevole dispersione di risorse che, invece di svolgere attività in altri settori sanitari come il farmaceutico ed il biotecnologico, potrebbero essere utilizzate per l'assistenza.

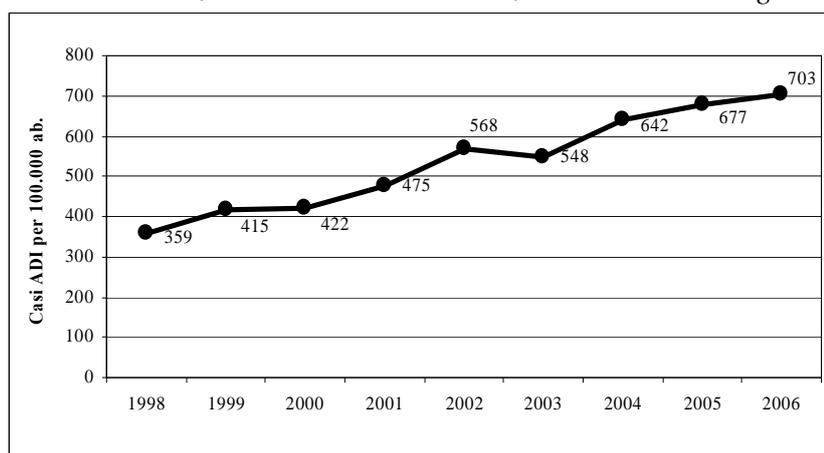
Assistenza territoriale - L'assistenza primaria territoriale rappresenta il fulcro centrale dell'intera organizzazione dei servizi sanitari che devono essere strutturati in modo da rispondere e soddisfare i bisogni di salute della popolazione. In generale, le caratteristiche per il successo dell'assistenza primaria, sono: estensività ed equità nell'assistenza e nell'accesso alle cure, appropriatezza e praticità dei metodi e delle tecnologie utilizzate, valorizzazione del capitale umano e sociale a disposizione dell'individuo e partecipazione della comunità locale e dei cittadini alla programmazione dei servizi e alla valutazione delle attività e dei risultati di salute.

In questo capitolo sono stati analizzati indicatori riguardanti la gestione di alcune patologie croniche (asma, diabete mellito, broncopneumopatia cronico-ostruttiva ed insufficienza cardiaca senza procedure cardiache) e la gestione della non autosufficienza dei pazienti (Assistenza Domiciliare Integrata, residenzialità alberghiera protetta e presidi residenziali socio-assistenziali).

Dall'analisi di questi indicatori è emerso il persistere del gradiente Nord-Sud e la necessità di incrementare l'offerta sanitaria in quelle regioni laddove risulta carente in modo da assolvere le richieste della popolazione e da evitare l'utilizzo di forme di assistenza inappropriate.

Tra le molteplici modalità assistenziali territoriali importante è sottolineare l'incremento medio annuo del 9% circa che si è registrato dal 1998 al 2006 dei pazienti trattati in ADI che rappresenta una delle forme più diffuse e complesse. Questo tipo di assistenza prevede un insieme di attività mediche, infermieristiche, riabilitative e socio-assistenziali rese al domicilio del paziente sulla base di un piano di cura personalizzato (Grafico 9).

Grafico 9 - Pazienti trattati in Assistenza Domiciliare Integrata (per 100.000) - Anni 1998-2006



Fonte dei dati e anno di riferimento: Rapporto Osservasalute 2008.

Questi argomenti sono stati anche oggetto di Box nei quali sono stati descritti alcuni percorsi di assistenza adottati per fronteggiare l'aumento delle patologie croniche.

Cure palliative - In questo capitolo, non essendoci novità di rilievo, si è deciso di fare un rimando al Rapporto Osservasalute 2007 per quanto riguarda alcune esperienze regionali e lo studio delle cure palliative sui pazienti affetti da patologie neoplastiche terminali e di aggiornare, invece, i

dati relativi al numero delle strutture attive operanti sull'intero territorio nazionale e l'ammontare dei finanziamenti.

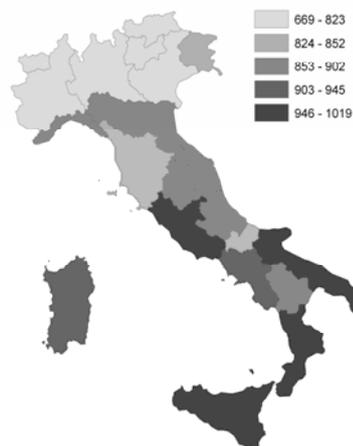
Le disposizioni emanate dalla Legge N. 39/1999, che prevede l'attivazione di 188 strutture residenziali per malati terminali e uno stanziamento di circa 206 milioni di €, non sono state ancora del tutto attuate. Infatti, al 2008, risultano attive solo 80 strutture che presentano una forte disomogeneità nella dislocazione ed erogati solo circa 162 milioni di €

Assistenza farmaceutica territoriale - L'assistenza farmaceutica territoriale garantisce ai cittadini l'erogazione dei farmaci da parte del Servizio Sanitario Nazionale ed il nostro sistema assicura una copertura gratuita (in alcune regioni con pagamento di ticket) dei farmaci per tutte le più importanti condizioni patologiche.

L'Italia è uno dei Paesi europei che garantisce la più elevata copertura di farmaci (il 70% circa della spesa farmaceutica è a carico del Servizio Sanitario Nazionale) il cui consumo viene costantemente monitorato, in maniera analitica ed in tempo reale, attraverso uno specifico sistema informativo in grado di produrre informazioni aggiornate sull'andamento sia dei consumi che della spesa. Questo sistema di monitoraggio, attivo dall'anno 2000, pone l'Italia tra i più avanzati Paesi europei. L'assistenza farmaceutica presenta, però, alcuni punti di debolezza e criticità dovuti all'ampia variabilità di utilizzo e consumo tra le regioni. Un ulteriore problema, comune anche agli Paesi europei, è legato alla sostenibilità del sistema farmaceutico pubblico a causa della continua introduzione di nuovi farmaci per terapie innovative e all'invecchiamento della popolazione che determina un aumento assoluto dei consumi.

Nel 2007, il consumo totale di farmaci rimborsati dal Servizio Sanitario Nazionale, ha registrato un aumento del 2,7% rispetto al 2006 e del 30,6% rispetto al 2001. Il Lazio e le regioni meridionali, in particolare Sicilia, Calabria e Puglia, si caratterizzano per un maggior consumo di farmaci (Cartogramma 6).

Cartogramma 6 - Consumo farmaceutico territoriale pesato per età (Dosi Definite Giornaliere per 1.000 abitanti al giorno) a carico del SSN per regione - Anno 2007



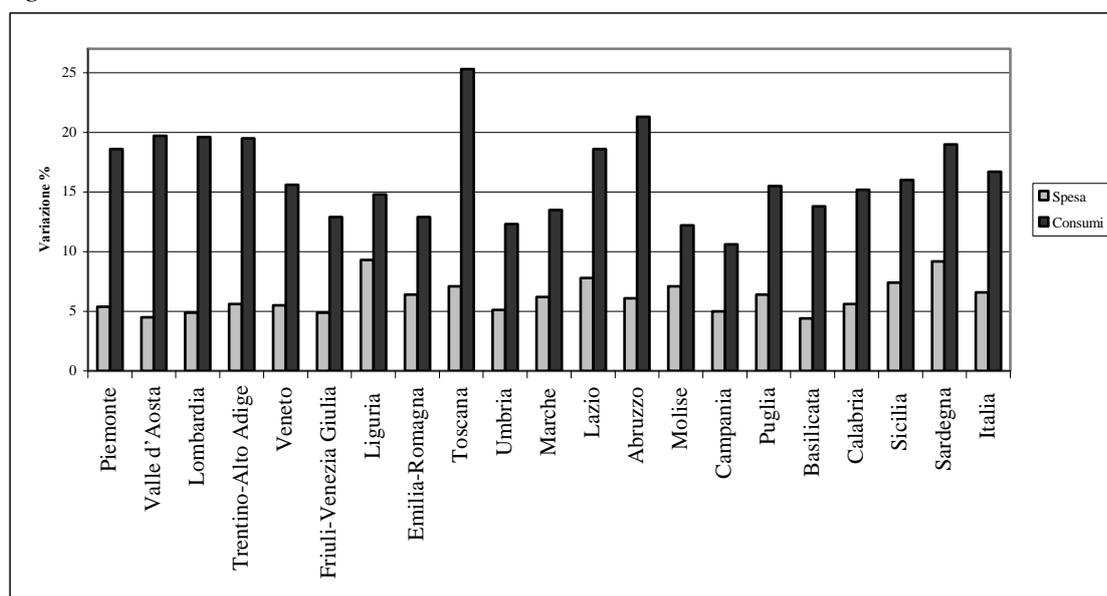
Fonte dei dati e anno di riferimento: Rapporto Osservasalute 2008.

Il Lazio, inoltre, pur presentando il valore più alto, è stata l'unica regione che tra il 2006 ed il 2007 ha registrato una riduzione pari al -4,6%.

Contrariamente all'andamento dei consumi la spesa farmaceutica, tra il 2006 ed il 2007, ha registrato una riduzione pari a -6% su tutto il territorio nazionale.

Infine, per valutare l'efficienza della spesa farmaceutica pubblica, sono stati analizzati il consumo e la spesa di farmaci a brevetto scaduto che presentano, entrambi, dal 2002 al 2007, un netto incremento (consumo 14% vs 30,7%; spesa 7% vs 20,3%) (Grafico 10).

Grafico 10 - Variazione percentuale del consumo e della spesa per farmaci a brevetto scaduto per regione - Anni 2002-2007



Fonte dei dati e anno di riferimento: Rapporto Osservasalute 2008.

Assistenza ospedaliera - Negli ultimi dieci anni la trasformazione del sistema ospedaliero è stata progressiva e costante, ma non ha interessato in ugual modo tutte le regioni. Infatti, nonostante le disposizioni emanate dal Governo per garantire la sostenibilità economica del sistema in modo equo ed in tutto il territorio nazionale, non esiste nel nostro Paese uniformità di assistenza.

Per monitorare i cambiamenti e confrontare i risultati ottenuti ed i trend in corso nelle diverse realtà regionali, sono stati analizzati una serie di indicatori riguardanti la domanda soddisfatta dalla rete ospedaliera, l'efficienza produttiva delle strutture di ricovero e cura e l'appropriatezza organizzativa.

La fotografia che emerge dall'analisi degli indicatori considerati offre informazioni sufficienti per valutare il percorso e le azioni da intraprendere e/o da implementare.

In generale, i tassi di ospedalizzazione complessivi, tendono verso una lieve diminuzione sia per i ricoveri in regime ordinario che per quelli in regime di Day Hospital. Evidente, però, è il gradiente Nord-Sud che evidenzia la frequenza del ricorso all'ospedalizzazione ancora troppo elevata in molte regioni del Sud (Tabella 7).

Tabella 7 - Tassi (grezzi e standardizzati per 1.000) di dimissioni ospedaliere per regione e regime di ricovero - Anno 2006

Regioni	Regime ordinario		Day Hospital		Totale	
	Grezzo	Std	Grezzo	Std	Grezzo	Std
Piemonte	117,07	109,95	64,91	61,65	181,98	171,60
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	130,56	126,50	57,41	55,52	187,97	182,02
Lombardia	142,18	139,91	60,20	59,06	202,38	198,97
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>150,53</i>	<i>157,38</i>	<i>49,27</i>	<i>50,62</i>	<i>199,79</i>	<i>208,00</i>
<i>Trento</i>	<i>127,22</i>	<i>126,17</i>	<i>56,77</i>	<i>56,61</i>	<i>183,99</i>	<i>182,79</i>
Veneto	122,99	120,89	51,31	50,69	174,30	171,58
Friuli-Venezia Giulia	125,65	114,45	38,13	36,87	163,78	151,31
Liguria	138,49	121,94	93,67	89,18	232,16	211,13
Emilia-Romagna	139,84	128,21	45,50	43,67	185,34	171,88
Toscana	117,26	106,52	52,94	51,87	170,20	158,40
Umbria	127,87	118,39	60,48	58,56	188,35	176,95
Marche	139,72	130,45	48,49	46,01	188,21	176,46
Lazio	152,51	151,59	82,05	81,71	234,56	233,30
Abruzzo	193,07	185,61	69,68	68,55	262,75	254,16
Molise	180,21	173,16	64,76	63,85	244,97	237,00
Campania	152,56	163,62	75,44	78,59	228,00	242,22
Puglia	166,94	172,41	49,43	50,84	216,38	223,25
Basilicata	135,77	135,43	72,15	72,28	207,92	207,71
Calabria	160,27	163,72	68,38	69,60	228,65	233,32
Sicilia	150,17	153,25	110,37	112,59	260,54	265,84
Sardegna	147,25	150,15	54,85	55,22	202,10	205,37
Italia	142,66	140,24	65,87	65,21	208,53	205,46

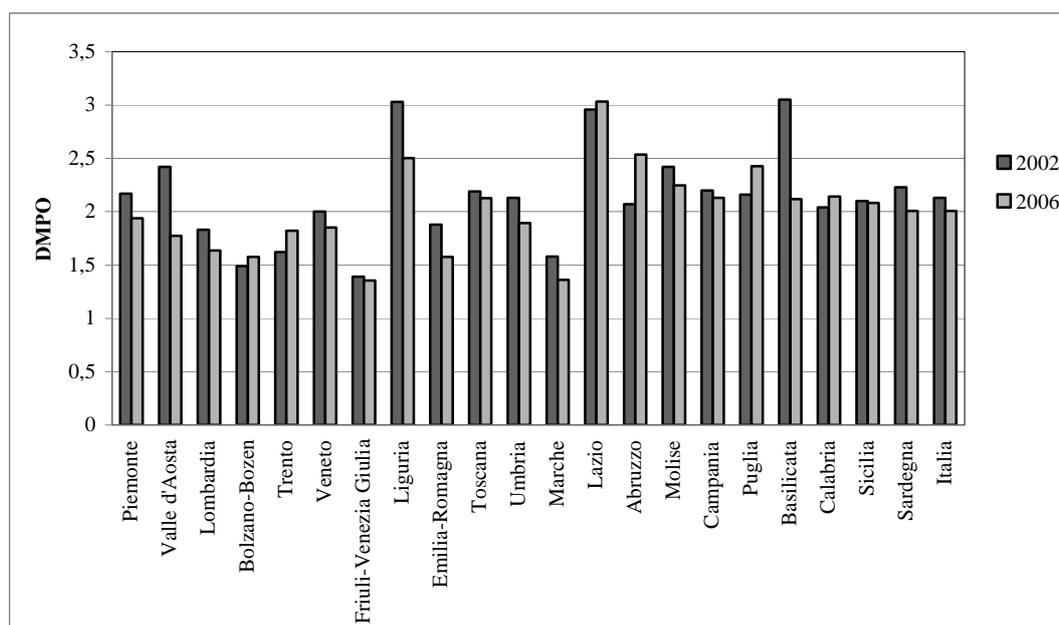
Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione italiana residente al Censimento 2001.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Rapporto Osservasalute 2008.

La tendenza alla diminuzione è confermata anche dall'indicatore relativo all'analisi delle dimissioni per tipologia di attività.

Non si evidenziano cambiamenti nella degenza media complessiva (6,7 giorni) che risulta stabile da diversi anni, mentre le degenze medie preoperatorie per le patologie più frequenti dimostrano preoccupanti differenze regionali nella modalità di erogazione dei servizi con conseguente dispendio di risorse assistenziali e monetarie e con aumento dei rischi e dei disagi per i pazienti (Grafico 11).

Grafico 11 - Degenza media preoperatoria in regime di ricovero ordinario per regione di ricovero - Anni 2002, 2006



Fonte dei dati e anno di riferimento: Rapporto Osservasalute 2008.

Nel complesso, i dati relativi all'ospedalizzazione, testimoniano un graduale e continuo trasferimento di alcune prestazioni a livello di assistenza distrettuale e territoriale con risultati molto difforni nelle diverse realtà geografiche. Infatti, la maggioranza delle regioni centro-settentrionali, presentano risultati in linea o migliori rispetto agli obiettivi ed agli standard di progressiva deospedalizzazione definiti dalla programmazione nazionale, mentre quasi tutte le regioni meridionali ed insulari sembrano ancorate a modelli clinico-assistenziali che privilegiano il *setting* ospedaliero anche per attività a bassa complessità e basso rischio. Queste differenze qualitative e quantitative tra regioni sono dovute, soprattutto, alle diverse politiche sanitarie e ai differenti modelli programmatori, organizzativi e gestionali.

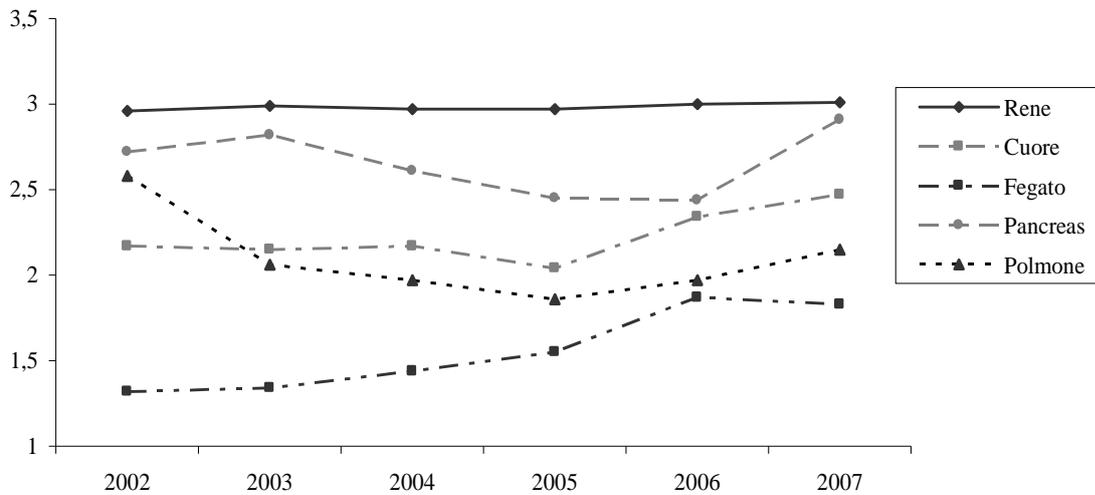
Trapianti - Negli ultimi 15 anni il settore delle attività di trapianto ha evidenziato a livello nazionale, notevoli progressi registrando un aumento medio annuo pari al 14,5%. Da un'attività sporadica e occasionale, sia pure con punte di rilievo, si è passati ad una consolidata attività clinico-assistenziale con diversi centri di eccellenza che hanno permesso al nostro Paese di assumere, in ambito europeo ed internazionale, posizioni di assoluto rilievo. Questa crescita è strettamente legata ad un attento e costante monitoraggio dell'attività di donazione, *procurement* e trapianto.

L'aumento di attività non è stato l'unico obiettivo raggiunto dalla rete trapiantologia italiana.

Il nostro Paese, infatti, ha guadagnato una posizione di *leadership* a livello internazionale anche nella qualità degli interventi effettuati, nella sicurezza delle prestazioni e nel trapianto di tessuti e cellule staminali emopoietiche. Inoltre, il recepimento delle Direttive Europee sulla tracciabilità del processo di donazione di tessuti, ha portato l'Italia ad essere il primo Paese in Europa in grado di assegnare, tramite il proprio Sistema Informativo, un Codice Unico della Donazione, secondo la codifica condivisa a livello europeo.

Accanto a questi ottimi risultati permangono, comunque, importanti criticità dovute principalmente all'incapacità del sistema di far fronte al costante aumento delle richieste assistenziali. I tempi medi di attesa variano in funzione della tipologia di trapianto e tra le liste esaminate nel periodo 2002-2007 risulta che per il polmone i tempi sono in diminuzione, per fegato, cuore e pancreas in aumento, mentre per il rene sono costanti (Grafico 12).

Grafico 12 - *Tempo medio di attesa (in anni) per paziente iscritto in lista per organo - Anni 2002-2007*



Fonte dei dati e anno di riferimento: Rapporto Osservasalute 2008.

Disuguaglianze sociali nelle condizioni di salute, negli stili di vita e nell'uso dei servizi sanitari - Forti e crescenti sono ancora le disuguaglianze sociali nelle diverse dimensioni di salute, negli stili di vita e nel ricorso ai servizi sanitari. Tali disuguaglianze si evidenziano sia a livello di ripartizioni geografiche che di genere ed il loro studio serve per orientare le strategie di programmazione sanitaria e di promozione della salute in modo da contrastare le differenze ritenute illegittime ed evitabili.