



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane

Rapporto Osservasalute 2009

Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane

Sintesi a cura della *Dott.ssa Tiziana Sabetta*

Sintesi Rapporto Osservasalute 2009

L'obiettivo del Rapporto Osservasalute, suddiviso in due parti dedicate 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.

Il quadro che emerge dal Rapporto Osservasalute 2009 evidenzia il consolidamento dello stato di salute degli italiani che risulta complessivamente buono, ma aumentano sempre più 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, sia in funzione di determinanti di tipo geografico che di fattori economici e sociali. In alcune regioni, infatti, la mancanza di razionali scelte programmatiche, organizzative e gestionali ha, nel corso degli anni, determinato scenari finanziari problematici e di difficile ricomposizione con conseguenze nell'offerta, nell'accesso e nella qualità dei servizi erogati.

Il Rapporto risulta così strutturato:

- **86 Core Indicators:** in cui vengono descritti gli aspetti essenziali della salute degli italiani e dei servizi sanitari di tutte le regioni con l'ausilio anche di tabelle, grafici e cartogrammi;
- **12 Box:** in cui vengono proposti esempi di buone pratiche sperimentate in alcune regioni e pronte per essere eventualmente adattate ad altre realtà regionali;
- **17 Approfondimenti:** in cui alcuni problemi prioritari vengono approfonditi per prospettare possibili soluzioni e che quest'anno, per la prima volta, non sono presenti nel volume, ma pubblicati sul sito www.osservasalute.it.

PARTE PRIMA - Salute e bisogni della popolazione

Popolazione - Per valutare la domanda dei servizi socio-sanitari e per adeguare la relativa offerta locale rispetto alle difformità demografiche, sono stati aggiornati ed analizzati i dati sulla dinamica della popolazione, con una sezione dedicata alle componenti migratorie ed alla fecondità, ed i dati sulla struttura demografica della popolazione, con riferimento soprattutto alla popolazione "anziana" (65-74 anni) e "molto anziana" (75 anni ed oltre) che è quella più esposta al rischio di malattie gravi ed invalidanti ed al rischio di morire. È stato anche proposto un nuovo indicatore per calcolare la quota di popolazione anziana che vive in un nucleo monofamiliare sul totale della popolazione della stessa fascia di età. Tale indicatore ha evidenziato che il 27,1% degli over 65 anni vive solo e che le donne rappresentano la maggioranza.

A livello nazionale si riscontra un tendenziale aumento della popolazione residente imputabile, principalmente, alla crescita della componente migratoria. Gli indici esaminati evidenziano le tendenze emerse negli anni precedenti confermando l'aumento del saldo migratorio, la crescita del saldo migratorio con l'estero che vede le regioni del Nord e del Centro maggiormente interessate ed il continuo movimento migratorio interno al Paese che vede coinvolte soprattutto le regioni meridionali (Abruzzo e Sardegna escluse), in particolare la Campania.

Anche quest'anno, per il tasso di fecondità totale, si registra una lieve ripresa anche se i valori risultano estremamente bassi (1,4 figli per donna) e inferiori al livello di sostituzione (2 figli per donna) che garantirebbe il ricambio generazionale. Tale ripresa è imputabile sia all'aumento della fecondità delle donne in età avanzata e sia alla quota di nati vivi da madri straniere, in particolare nelle regioni del Centro-Nord. In crescita anche l'età media delle madri al parto il cui valore nazionale, nel 2007, è pari a 31,1 anni (incremento di 0,7 anni rispetto al 2000).

Per quanto riguarda la struttura demografica della popolazione 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 che ormai da anni detiene il record di regione "più vecchia" è la Liguria, mentre la più "giovane" è la Campania dove il processo di invecchiamento della popolazione si trova in uno stadio relativamente non avanzato grazie all'alta natalità.

Sopravvivenza e mortalità per causa - In questo capitolo sono state studiate le tendenze della sopravvivenza e della mortalità per causa nelle 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 2008, possono aspettarsi di vivere mediamente 84 anni e gli uomini 78,7 anni. Si mantiene, quindi, il vantaggio femminile in termini di sopravvivenza, ma il divario continua a ridursi. Tra il 2006 e il 2008, infatti, la speranza di vita maschile è aumentata di 0,3 anni (da 78,4 a 78,7 anni), mentre quella femminile è rimasta costante. Analizzando il dettaglio territoriale gli uomini delle Marche continuano a godere della maggiore durata media di vita (79,6 anni). Al contrario, le donne marchigiane che negli ultimi anni vantavano anche loro il primato della sopravvivenza, sono state superate dalle donne della PA di Bolzano (85,1 anni). La Campania, invece, è ancora una volta e per entrambi i sessi, la regione più svantaggiata. 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, ma anche in questo caso la speranza di vita presenta un trend positivo per gli uomini ed uno stazionario per le donne.

Relativamente all'evoluzione della mortalità per causa (l'ultimo dato definitivo si riferisce al 2006) si osserva un calo generalizzato, rispetto al 2003, per la quasi totalità delle regioni e per tutte le principali cause di morte. Si conferma il divario tra Nord e Sud per quel che concerne le malattie del sistema circolatorio ed i tumori. Al Nord, infatti, i livelli di mortalità per tumori assumono valori più alti rispetto alle regioni del Sud dove, invece, l'incidenza delle malattie del sistema circolatorio è maggiore rispetto al Nord. I valori più alti di mortalità per tumori si registrano in Lombardia per gli uomini (42,87 per 10.000) ed in Friuli-Venezia Giulia per le donne (22,00 per 10.000), mentre per le malattie del sistema circolatorio i rischi più alti si registrano, per entrambi i sessi, in Campania (uomini 48,31 e donne 37,03 per 10.000). Inoltre, le stime del 2007, mostrano variazioni di bassa intensità, ma discordanti tra i due generi in quanto per gli uomini si osserva una lieve diminuzione delle malattie del sistema circolatorio e dei tumori, mentre per le donne si stima un debole aumento.

Deprivazione e mortalità - Per orientare le strategie di programmazione sanitaria e preventiva verso obiettivi di equità, è necessario individuare *target* di popolazione su cui intervenire. A tal proposito, è stato utilizzato l'indice di deprivazione che esprime il livello di svantaggio sociale relativo tramite la combinazione di alcune caratteristiche della popolazione e cioè: scarsa istruzione, carenza di lavoro, condizioni abitative e familiari.

Dallo studio di questo indicatore è emerso che, in base alla variabile "istruzione", nelle regioni del Centro-Sud si registra la maggior frequenza di poco istruiti, in particolare in Basilicata (41,1%). Anche per la variabile "disoccupazione" si evidenzia un gradiente a sfavore delle regioni del Sud, soprattutto in Sicilia (26,4%) e in Campania (26,8%) dove più di un quarto della popolazione attiva risulta disoccupata o in cerca di prima occupazione. Per la variabile "condizioni abitative e familiari", invece, la percentuale di abitazioni in affitto tende ad avere valori maggiori anche in alcune regioni del Nord, mentre la densità abitativa risulta poco variabile e assume valori più alti nelle regioni meridionali. Infine, la variabile rappresentata dalle famiglie monogenitoriali con figli a carico, non evidenzia particolari gradienti ed il valore maggiore si riscontra nella PA di Bolzano. La somma di queste singole variabili ha evidenziato che, oltre alle regioni del Sud, alti valori di deprivazione si registrano anche nel Lazio, in Liguria e nella PA di Bolzano.

L'indice di deprivazione regionale, inoltre, risulta correlato con il tasso di mortalità generale poiché, i tassi standardizzati di mortalità regionali, tendono a crescere all'aumentare del livello di deprivazione.

Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione - Nel presente capitolo sono state affrontate tematiche relative ai comportamenti a rischio della popolazione e alla possibilità di riduzione degli stessi.

Fumo - Nel nostro Paese il fumo di tabacco è in diminuzione rispetto al passato (34,9% nel 1980 e 22,1% nel 2007 nella fascia 14 anni ed oltre), ma si registra un numero crescente di giovani che iniziano a fumare sempre più precocemente, in particolare il 21% prima dei 15 anni e il 61% tra i 15 ed i 17 anni. Non si registrano grosse differenze territoriali e l'abitudine al fumo risulta più diffusa fra gli uomini (28,2%) rispetto alle donne (16,5%).

Alcol - La prevalenza di consumatori a rischio raggiunge, nel 2007, il 16,8% della popolazione di età >11 anni, con una marcata differenza di genere (26,4% tra gli uomini, 7,8% tra le donne). In generale, il maggior consumo si registra, per entrambi i sessi, nella PA di Bolzano (76,3%), mentre la regione con la prevalenza minore è la Sicilia (58,5%).

Alimenti - Per valutare la qualità della dieta sono stati analizzati i dati relativi al consumo di alimenti per tipologia e all'andamento temporale dei consumi alimentari nella popolazione in generale e tra i giovani in particolare. Da questo studio è emerso che, nel 2007, la proporzione di persone che assume almeno 5 porzioni al giorno di ortaggi, verdura e frutta (indicatore obiettivo) è del 5,6% (+0,3 rispetto al 2006), che il ruolo della ristorazione collettiva (mensa) e commerciale (ristorante/trattoria) influenza positivamente lo stile alimentare globale e che tra i giovani si registra un trend negativo e fortemente crescente del consumo di alcolici fuori pasto, aperitivi alcolici e super alcolici.

Peso ed Attività fisica - I dati analizzati, relativi all'eccesso ponderale, evidenziano una prevalenza più alta di persone in sovrappeso ed obese nelle regioni meridionali (sovrappeso Campania e Sicilia; obesità Molise e Basilicata). Tale gradiente territoriale è emerso anche analizzando i dati relativi all'eccesso ponderale infantile ("OKkio alla SALUTE"). Inoltre, la quota di popolazione in condizione di obesità o in sovrappeso, cresce al crescere dell'età per diminuire poi negli anziani e risulta più diffusa tra gli uomini. Le differenze di genere sono imputabili, in parte, al diverso comportamento dei sessi rispetto alla frequenza del controllo del peso.

Lo stile di vita sedentario è responsabile, unitamente alla cattiva alimentazione, dell'eccesso ponderale. Esaminando i dati relativi all'attività fisica, quindi, è stato confermato il gradiente Nord-Sud. Infatti, nelle regioni meridionali la prevalenza di coloro che dichiarano di svolgere attività fisica in maniera continuativa è nettamente inferiore rispetto al Nord.

Copertura vaccinale - I tassi di copertura delle vaccinazioni obbligatorie (Difterite, Tetano, Poliomielite, Epatite B) e della Pertosse sono uniformemente distribuiti su tutto il territorio con una media nazionale superiore al 96%, ma vi sono ancora alcune regioni (PA di Bolzano, Campania e Calabria) in cui la copertura non raggiunge l'obiettivo del 95% previsto dal Piano Nazionale Vaccini. Le coperture delle vaccinazioni raccomandate (anti-Morbillo, Rosolia e Parotite), invece, non hanno ancora raggiunto il valore ottimale del 95% indicato nel Piano Nazionale per l'Eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita, ma si osserva una tendenza all'aumento in quasi tutte le regioni ad eccezione della Lombardia e del Molise che hanno registrato una netta diminuzione dal 2007 al 2008.

Anche per il tasso di copertura antinfluenzale degli over 65 anni in nessuna regione, nella stagione 2008-2009 così come nelle stagioni precedenti, non è stato raggiunto l'obiettivo minimo del 75%. Si evidenzia, però, un trend in crescita in tutte le classi di età.

Screening oncologici - I programmi di screening sono diffusi in modo disomogeneo sull'intero territorio per cui evidente è il gradiente Nord-Sud sia a livello di diffusione (esistenza del programma) che di capacità di invito (operatività). Gli indicatori esaminati riguardano i livelli di partecipazione ai programmi di screening mammografico, per il cervicocarcinoma uterino e per il tumore del colon retto i cui valori si attestano, rispettivamente, intorno al 60%, al 38% e al 45%.

Incidenti - Di fondamentale importanza, considerando l'alto numero non solo di morti, ma anche di invalidi sia temporanei che permanenti, è il monitoraggio degli indicatori sugli incidenti stradali, nei luoghi di lavoro e domestici.

Lo studio della frequenza e della distribuzione degli incidenti stradali e della mortalità ad essi associata, rappresenta una priorità a livello regionale e nazionale ed i dati analizzati

evidenziano un gradiente Nord-Sud. A livello generale, nel 2008 e secondo il Rapporto Istat-ACI, si segnala nel nostro Paese un miglioramento. Il numero degli incidenti, infatti, è diminuito del 5,2% come pure il numero di decessi (7,8%) e di feriti (4,6%).

Anche il tasso infortunistico è in diminuzione e presenta differenze regionali sia per il tasso di infortuni, i cui valori risultano più elevati al Nord, che per la mortalità che risulta maggiore al Sud.

Per quanto riguarda gli incidenti domestici i più colpiti sono donne, bambini e anziani, cioè coloro che trascorrono più tempo in casa. Le cause principali sono rappresentate dall'utilizzo di utensili d'uso domestico o da attività svolte in cucina (33,0%) e dalle cadute (28,4%), mentre le lesioni principali sono rappresentate dalle ferite (43%), dalle ustioni (25,5%) e dalle fratture (13%). Non si evidenzia alcun gradiente territoriale.

Ambiente - Per la caratterizzazione del rapporto ambiente-salute sono stati esaminati indicatori relativi ai rifiuti solidi urbani e all'inquinamento da polveri fini (PM₁₀ e PM_{2,5}).

Al fine di descrivere il potenziale rischio nella popolazione derivante dai rifiuti solidi urbani, sono stati utilizzati indicatori che riportano la quantità prodotta, il volume smaltito attraverso la discarica controllata e/o l'incenerimento e l'entità del ricorso alla raccolta differenziata. Nel 2007, rispetto ai dati del 2006, il tasso di crescita ha evidenziato un incremento minimo che, per quanto riguarda le macroaree geografiche, è leggermente più marcato nel Sud rispetto al Nord e al Centro. 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 (27,5%), risulta ancora inferiore rispetto al valore obiettivo del 40% fissato per il 2007.

Le analisi relative all'inquinamento da polveri fini evidenziano una forte disomogeneità da non permettere validi confronti regionali in quanto le stazioni di rilevamento, nonostante l'aumento rispetto agli anni precedenti, risultano insufficienti e presentano una distribuzione non uniforme sull'intero territorio nazionale.

Malattie cardiovascolari - Le malattie cardiovascolari (malattie ischemiche del cuore e malattie cerebrovascolari) costituiscono circa il 25% della mortalità generale e gli indicatori esaminati sono relativi al ricovero ospedaliero ed alla mortalità.

In generale, i tassi di ospedalizzazione per le malattie ischemiche del cuore e per le malattie cerebrovascolari, presentano una marcata differenza di genere risultando più elevati negli uomini e, tra il 2004 ed il 2006, in tutte le regioni e in entrambi i sessi si evidenzia un trend decrescente. Tale tendenza si riscontra, nello specifico, anche per l'infarto acuto del miocardio, ma solo in alcune regioni del Nord poiché, nelle regioni meridionali, si registra un incremento consistente. Un trend in aumento si registra, invece, per l'ictus emorragico in molte regioni del Nord e del Sud.

La mortalità per le malattie ischemiche del cuore colpisce quasi il doppio degli uomini rispetto alle donne e a livello regionale il primato negativo spetta al Friuli-Venezia Giulia (21,98 decessi per 10.000 uomini) e al Lazio (13,69 decessi per 10.000 donne). Le regioni più virtuose sono la Sardegna per gli uomini e il Piemonte per le donne. Evidente è il trend in aumento sia per classe di età che per entrambi i sessi.

Malattie metaboliche - Negli ultimi anni si è osservato un evidente aumento della prevalenza del diabete mellito con conseguenti problemi di natura sociale, economica e di politica sanitaria. In questo capitolo è stato esaminato l'indicatore sulle dimissioni ospedaliere.

La distribuzione dei valori evidenzia che le regioni del Sud e delle Isole presentano tassi di dimissione più elevati della media nazionale, invece, le regioni del Centro-Nord hanno valori più bassi. Tale andamento vale per entrambe le tipologie di ricovero (Ricovero Ordinario e Day Hospital) e per quanto riguarda la distribuzione per sesso i tassi sono maggiori negli uomini.

Malattie infettive - Quest'anno, per quanto riguarda le malattie infettive, sono state aggiornate solo l'AIDS e alcune infezioni a trasmissione sessuale e respiratoria poiché, i dati

relativi a tutte le altre patologie solitamente trattate, non erano disponibili.

I tassi di incidenza di AIDS evidenziano la persistenza di un gradiente Nord-Sud a svantaggio delle regioni settentrionali. Tale andamento risulta in linea con quanto osservato negli anni precedenti e la distribuzione nel tempo mostra un aumento della proporzione dei casi attribuibili ai contatti sessuali ed una corrispondente diminuzione attribuibile, invece, alle altre modalità di trasmissione.

Per la sifilide, nel periodo 2000-2007, si è osservato un aumento dell'incidenza in entrambe le classi di età considerate (15-24 e 25-64), mentre per la gonorrea si registra una diminuzione nella classe 15-24 anni e un aumento nella classe 25-64 anni.

In generale, tra le infezioni a trasmissione respiratoria, la più diffusa risulta la varicella, mentre tutte le altre patologie presentano tassi molto contenuti. La parotite, la scarlattina e la varicella mostrano, con alcune eccezioni, un gradiente di incidenza decrescente Nord-Sud, probabilmente anche per una maggiore sottonotifica di queste patologie in alcune regioni meridionali e insulari. L'incidenza delle patologie prevenibili con il vaccino Morbillo-Parotite-Rosolia, la cui copertura risulta ancora insufficiente per interrompere la trasmissione endemica delle infezioni, è uniformemente diminuita nella classe 0-14 anni (morbillo -78,2%, parotite -97,0%, rosolia -85,6%). È da notare, però, l'aumento del morbillo in Piemonte (+27,4%) ed in Calabria (+17,2%) e della rosolia nella PA di Bolzano (+18,0%). Anche la pertosse risulta in diminuzione sul territorio nazionale (-72,2%) ad eccezione dell'Umbria (+59,2%). Nella classe 15-24 anni, invece, si è osservata una diminuzione per la parotite (-93,4%), per la varicella (-47,5%), la rosolia (-35,4%) e la scarlattina (-20,3%), ma un aumento per il morbillo (+44,2%) e la pertosse (+38,2%).

Tumori - Nel corso degli ultimi decenni, l'epidemiologia dei tumori, si è fortemente modificata ed a ciò hanno concorso sia l'introduzione progressiva di efficaci misure terapeutiche che la migliorata attenzione diagnostica quando la malattia è al suo esordio. Sono stati esaminati, nei tre decenni dal 1980 al 2009, gli andamenti dei tassi standardizzati di incidenza e di mortalità e l'andamento del numero di casi prevalenti per tutti i tumori.

Le stime di incidenza indicano che esistono ancora delle differenze nei tassi tra regioni settentrionali e meridionali, ma si sono sensibilmente ridotte rispetto al passato. Esistono anche differenze di genere. Nel caso degli uomini si nota, nell'ultimo decennio, una riduzione di incidenza nel Nord e nel Centro, contrastato da un aumento in alcune regioni del Sud (Basilicata e Campania). Nelle donne, invece, i tassi sono stimati in aumento in tutte le regioni, con una crescita più accentuata in alcune regioni del Sud (Basilicata, Campania e Sardegna).

I dati di mortalità sono in costante riduzione negli ultimi anni sia per gli uomini che per le donne. Tale fenomeno è più evidente nelle regioni del Nord e del Centro.

Il numero di casi prevalenti è in crescita e si stima che l'incremento di prevalenza, nel decennio dal 1995 al 2005, sia stato dovuto per il 27% all'invecchiamento della popolazione, per il 43% alle dinamiche dell'incidenza e per il 30% all'incremento della sopravvivenza.

Salute e disabilità - In questo capitolo sono state esaminate le diverse tipologie di sostegno presenti sul territorio e che sono a disposizione delle persone con disabilità e delle loro famiglie. Tali sostegni riguardano le pensioni di disabilità, i sostegni di tipo formale socio-sanitari erogati dagli Enti pubblici, i sostegni privati ed i sostegni erogati dai Comuni in termini di interventi e servizi sociali.

Tra i beneficiari di pensioni di disabilità si registra una lieve prevalenza femminile (il 52%) da attribuire ad un peso maggiore delle donne nelle età anziane, mentre gli importi medi risultano più elevati per gli uomini essendo pensioni legate anche all'attività lavorativa. Analizzando i valori medi degli importi, emerge la presenza di un gradiente Nord-Sud con importi più elevati nelle regioni settentrionali. In Italia, inoltre, il 18% di coloro che percepiscono almeno una pensione di disabilità percepisce anche un'indennità di accompagnamento.

Le differenze più rilevanti, delle politiche di *welfare* delle amministrazioni comunali, riguardano le dimensioni dell'offerta socio-assistenziale e l'analisi della spesa sociale evidenzia un gradiente Nord-Sud a svantaggio delle regioni meridionali.

L'analisi del ricorso agli aiuti formali ed informali non evidenzia uno specifico gradiente territoriale, ma mostra un ruolo molto attivo della rete informale. Gli aiuti forniti dalla rete informale, infatti, sono quelli a più ampia diffusione a livello nazionale. Il 31% delle famiglie riceve questo tipo di supporto, mentre solo il 15% riceve un aiuto dalla rete formale di tipo pubblico così come da quella di tipo privato.

Salute mentale e dipendenze - Gli indicatori esaminati permettono di evidenziare sia il quadro epidemiologico che il peso economico che il Servizio Sanitario Nazionale deve sostenere per far fronte alle patologie psichiatriche e al problema delle dipendenze.

L'esame dell'andamento temporale del tasso di ospedalizzazione per disturbi psichici ha evidenziato, per entrambi i sessi, una generale tendenza alla riduzione in quasi tutte le regioni ad eccezione del Lazio e della PA di Bolzano. Nel Lazio, infatti, nell'arco temporale 2002-2006, i tassi di ospedalizzazione sono aumentati del 6% negli uomini e del 5,5% nelle donne, mentre nella PA di Bolzano l'incremento dei ricoveri, pari al 7%, ha riguardato solo il sesso femminile. Inoltre, esaminando i dati in base alle macroaree, non si evincono sostanziali differenze di tipo geografico.

Relativamente al tasso di dimissione ospedaliera per sindromi psicotiche indotte da alcol e droghe, si osserva un trend nazionale in diminuzione e, considerando i dati disaggregati per sesso e classe di età, emerge che i valori più alti si registrano nei soggetti dai 35 ai 54 anni, sia nel genere maschile e sia, seppur in modo meno marcato, nel genere femminile.

Per quanto riguarda l'uso dei farmaci antipsicotici si evidenzia, a livello nazionale, un trend in diminuzione. Ampie, ma difficilmente interpretabili, sono le differenze interregionali riscontrate e nell'arco temporale osservato (2000-2008) il gradiente Nord-Sud tende, negli ultimi due anni di rilevazione, a livellarsi anche se, nel 2008, permangono regioni del Centro-Sud (Abruzzo e Calabria) dove i valori sono più che doppi rispetto alla media nazionale. Per i farmaci antidepressivi, invece, si evidenzia un trend nazionale in forte aumento attribuibile a diversi fattori quali ad esempio l'aumento del disagio sociale e alcuni oggettivi elementi di cambiamento. Le dosi più elevate si riscontrano soprattutto nelle regioni del Centro-Nord. Tale andamento può trovare parziale spiegazione nei differenti stili di vita, diverse condizioni climatiche o differente accesso ai servizi delle regioni meridionali.

Salute materno-infantile - Per valutare la qualità dell'assistenza in gravidanza e durante il parto e per analizzare le scelte riproduttive sono stati selezionati ed esaminati, in base alla loro specificità, rilevanza e utilità, alcuni indicatori riguardanti la distribuzione dei parti per punti nascita, l'interruzione volontaria di gravidanza, la procreazione medicalmente assistita, il ricorso al taglio cesareo e i livelli di mortalità infantile e neonatale.

La rete di offerta dei punti nascita risulta notevolmente diversificata sul territorio. I dati esaminati evidenziano che oltre il 10% dei parti, nel 2006, sono avvenuti in punti nascita con un volume di attività inferiore ai 500 parti annui, cioè in quei punti dove il volume di attività è ritenuto non soddisfacente a garantire uno standard qualitativo accettabile per le cure perinatali ospedaliere. Dall'analisi di tale fenomeno, non considerando realtà regionali particolari come la Valle d'Aosta e le PA di Trento e Bolzano, emerge un netto gradiente Nord-Sud a sfavore delle regioni meridionali (27,80% in Sicilia e 28,67% in Basilicata).

In generale, nel corso del tempo, dopo un lungo periodo di stabilizzazione si è registrato un decremento del ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza, ma non per tutte le classi di età in quanto le più giovani, tra cui anche le minorenni, mostrano un aumento o una stabilità.

Quest'anno, per la prima volta, è stato proposto l'indicatore sulle tecniche di procreazione medicalmente assistita. Alla data del 31 Gennaio 2009 i centri che in Italia applicano tali tecniche e che risultano iscritti al Registro Nazionale sono 341 e la loro distribuzione a livello territoriale

risulta abbastanza disomogenea. Evidente è il gradiente Nord-Sud a sfavore del Sud e tra le regioni settentrionali la Lombardia e l'Emilia-Romagna rappresentano dei poli attrattivi, mentre tra le regioni del Centro questo ruolo è rivestito dalla Toscana e dal Lazio. La domanda di fecondazione assistita, inoltre, presenta un trend in continua crescita.

Uno dei dati più allarmanti è la proporzione di tagli cesarei che, nel 2006, è ulteriormente aumentata, rispetto all'anno precedente, del 2,6% raggiungendo il valore medio nazionale di 39,3%. Tale aumento si è registrato in tutte le regioni ad eccezione di Liguria, Emilia-Romagna, Basilicata e Sardegna che presentano, invece, una riduzione. Il primato, come valore massimo, spetta sempre alla Campania (61,86%).

Sono state anche analizzate la mortalità infantile e neonatale che presentano, entrambe, un andamento decrescente.

Salute degli immigrati - L'analisi di questo argomento diviene ogni anno sempre più problematico per la difficoltà di individuare denominatori affidabili per il calcolo delle misure epidemiologiche. Per questo motivo si è deciso di presentare solo analisi basate su percentuali riguardanti il numero di stranieri in Italia e alcuni temi specifici sulla salute materno-infantile quali l'evento nascita, l'abortività volontaria e la mortalità neonatale e infantile.

I dati esaminati evidenziano che l'incidenza della presenza straniera risulta molto diversificata a livello territoriale, con percentuali più alte nelle regioni settentrionali e centrali e più basse nel resto del Paese. Le comunità più numerose sono rappresentate da rumeni, albanesi e marocchini.

Da sottolineare è il costante aumento nel tempo delle nascite sia con uno solo che con entrambi i genitori stranieri. In particolare, la quota più elevata, è quella dei nati da madre straniera indipendentemente dalla cittadinanza del padre. Le differenze regionali ricalcano la distribuzione territoriale degli stranieri per cui, le regioni dove l'incidenza dei nati è più elevata, sono quelle del Nord ed in particolare l'Emilia-Romagna, il Veneto e la Lombardia. Al contrario, nelle regioni del Mezzogiorno, la quota di nati con almeno un genitore straniero appare inferiore al dato nazionale e risulta estremamente contenuta.

In aumento è il numero di interruzioni volontarie di gravidanza effettuate da donne straniere e la classe di età con la percentuale più alta è quella dai 25 ai 29 anni. La regione che, nel 2006, ha effettuato il più elevato numero di interruzioni è la Lombardia seguita dal Lazio e dall'Emilia-Romagna.

Infine, si evidenzia una tendenza alla riduzione delle disuguaglianze di mortalità infantile fra italiani e stranieri nel loro complesso.

PARTE SECONDA - *Sistemi Sanitari Regionali e la qualità dei servizi*

Assetto economico-finanziario Dall'approvazione della legge delega sul federalismo fiscale, Legge n. 42/2009, è iniziata una nuova fase del processo di devoluzione. Gli indicatori esaminati riguardano la spesa sanitaria in rapporto al Prodotto Interno Lordo (PIL), la spesa pro capite e il disavanzo.

A livello nazionale, la spesa sanitaria pubblica corrente in rapporto al PIL, è aumentata passando dal 5,95% del 2001 al 6,79% nel 2006. Evidente è il gradiente Nord-Sud, con le regioni meridionali costrette a dedicare quote molto elevate del loro PIL all'assistenza sanitaria.

L'indicatore relativo alla spesa sanitaria pro capite mostra che, nel 2008, il Centro ha la spesa pro capite maggiore (1.889 €) seguito dal Nord (1.815 €) e dal Sud (1.693 €). Rispetto all'anno precedente tutte le regioni, comprese quelle in "difficoltà" finanziaria (Abruzzo, Lazio, Liguria, Molise e Sicilia) e, quindi, soggette ai piani di rientro, hanno aumentato il livello di spesa. L'unica eccezione è rappresentata dalla Campania che ha diminuito la spesa dell'0,24%.

Anche se il dato risulta inferiore agli anni precedenti, il Servizio Sanitario Nazionale, si presenta complessivamente in disavanzo. Tra le regioni più deficitarie si aggrava ulteriormente la situazione del Lazio e del Molise.

Assetto istituzionale-organizzativo - I due principali fattori della produzione presenti in un sistema sanitario sono le risorse umane e la tecnologia sanitaria. Relativamente alle risorse umane è stata analizzata la situazione della forza lavoro medica nel Sistema Sanitario Nazionale in relazione alla specializzazione esercitata ed in relazione ai Medici di Medicina Generale (MMG), ai Pediatri di Libera Scelta (PLS) e ai Medici di Continuità Assistenziale (MCA) che rappresentano il fulcro dell'assistenza primaria. Rispetto alle tecnologie, invece, è stata esaminata la diffusione e l'evoluzione temporale di tre apparecchiature "pesanti" e cioè della TAC (Tomografia Assiale Computerizzata), della TRM (Tomografia a Risonanza Magnetica) e della PET (Tomografia a Emissione di Positroni).

L'analisi della forza lavoro medica, in relazione alle specializzazioni esercitate, è stata analizzata a livello macro attraverso i raggruppamenti individuati a livello internazionale dall'Eurostat e a livello micro analizzando alcune specializzazioni ritenute di rilievo nazionale. I dati esaminati mostrano una variabilità contenuta e in alcune regioni rispecchiano le caratteristiche demografiche ed epidemiologiche del luogo.

L'analisi della forza lavoro medica, in relazione ai MMG, evidenzia che, nel 2006, in tutte le regioni, eccetto la PA di Bolzano, la Liguria e il Lazio, si osserva un valore compreso nel benchmark di riferimento. Il Lazio presenta il tasso di MMG più elevato. Per il tasso di PLS, invece, tutte le regioni presentano un valore al di sotto del valore di riferimento anche se, rispetto al 2001, si è registrato un aumento sia a livello nazionale che in quasi tutte le regioni. Anche per i MCA si registra un tasso nettamente inferiore al *range* di riferimento.

In base alla diffusione delle apparecchiature, TAC, TRM e PET, i dati esaminati mostrano, sia nel 2003 che nel 2006, una maggiore diffusione della TAC rispetto alla TRM sia a livello nazionale, ma soprattutto nelle regioni del Centro-Sud. Si nota anche un'iniziale tendenza alla sostituzione delle TAC con TRM e PET in tutte le regioni. Inoltre, per quanto riguarda il numero di apparecchiature per milione di abitanti, i dati evidenziano un incremento. L'unica regione che non segue il trend nazionale è la Sardegna.

Assistenza territoriale - In questo capitolo sono stati analizzati indicatori riguardanti la gestione della non autosufficienza dei pazienti (Assistenza Domiciliare Integrata - ADI, presidi e posti letto residenziali per *long-term care* e ospiti nei presidi residenziali per *long-term care*) e la gestione di alcune patologie croniche (diabete mellito, broncopneumopatia cronico-ostruttiva ed insufficienza cardiaca senza procedure cardiache).

Il numero di pazienti trattati in ADI evidenzia, nel 2007, il continuo trend in crescita con un incremento, rispetto all'anno precedente, del 13,7%. La percentuale di ADI erogata a soggetti anziani, invece, risulta in lieve flessione, mentre i dati relativi alla percentuale di ADI erogata a soggetti in fase terminale presenta una notevole variabilità regionale attribuibile alla diversa dislocazione delle reti per le cure palliative esistenti nelle diverse realtà. In questo gruppo di indicatori evidente è il gradiente Nord-Sud a svantaggio delle regioni meridionali.

Tale gradiente si registra anche in ambito di *long-term care* sia rispetto al tasso di presidi residenziali per abitante e sia considerando l'offerta in termini di posti letto.

Anche per quanto riguarda gli ospiti nei presidi residenziali per *long-term care*, i dati evidenziano un maggior ricorso all'istituzionalizzazione nelle regioni del Nord rispetto a quelle del Sud.

Infine, per quanto riguarda le dimissioni ospedaliere potenzialmente evitabili per le patologie croniche esaminate, si evidenzia una diminuzione.

Cure odontoiatriche - Per la prevenzione o per la cura di patologie connesse al cavo orale gli indicatori esaminati riguardano il ricorso ai servizi sanitari, la popolazione che ha provveduto ad effettuare visite odontoiatriche sostenendone completamente i costi e la prevalenza dell'edentulismo totale.

La quota di popolazione che, nel 2005, ha fatto ricorso ad un odontoiatra è pari al 39,7%. Tale quota varia rispetto ad alcune caratteristiche socio-demografiche. Infatti, soprattutto tra gli anziani e le persone con basso titolo di studio, si registrano le percentuali più basse. Evidente è lo svantaggio che emerge nelle regioni meridionali dove la quota di coloro che ricorrono all'odontoiatra è inferiore al valore medio nazionale. La situazione peggiore si osserva in Campania (26,0%), mentre il valore più alto nella PA di Bolzano (54,4%).

I dati esaminati evidenziano che la spesa per servizi connessi alla salute del cavo orale è, nella stragrande maggioranza dei casi, esclusivamente a carico delle famiglie (86%). A livello territoriale, l'accesso a prestazioni odontoiatriche a titolo gratuito, è più elevato nelle regioni del Sud, mentre nel Nord è più alta la quota di popolazione che, a fronte delle spese sostenute, riceve un rimborso parziale o totale perché titolare di un'assicurazione sanitaria.

L'edentulismo è più frequente al crescere dell'età in quanto le patologie del cavo orale si acutizzano nel tempo e gli anziani hanno spesso meno risorse economiche e minore mobilità sul territorio. Nel nostro Paese, tale fenomeno, riguarda quasi l'11% della popolazione e si evidenzia un gradiente Nord-Sud con valori maggiori nelle regioni settentrionali dove, la percentuale del ricorso alle cure riabilitative impianto-protesi che spesso richiedono l'estrazione preliminare dei denti naturali, risulta più alta.

Assistenza farmaceutica territoriale ed ospedaliera - In Italia il consumo dei farmaci viene costantemente monitorato, in maniera analitica ed in tempo reale, attraverso uno specifico sistema informativo in grado di produrre informazioni aggiornate sull'andamento dei consumi e della spesa di ogni tipologia di farmaco erogato sia attraverso l'assistenza territoriale che ospedaliera. Gli indicatori esaminati riguardano i consumi e la spesa farmaceutica territoriale, l'uso di farmaci a brevetto scaduto, i consumi e la spesa farmaceutica ospedaliera e la spesa farmaceutica privata sostenuta da parte dei cittadini. È stata anche eseguita un'analisi sul consumo totale di antibiotici e di alcune specifiche classi (chinoloni, cefalosporine, amino glicosidi).

Il consumo farmaceutico territoriale risulta in costante aumento e nel 2008 l'incremento è stato del 5% rispetto al 2007 e del 37,1% rispetto al 2001. Tale fenomeno ha interessato indistintamente tutte le regioni, ma gli incrementi maggiori, superiore al 7%, si sono registrati al Sud ed in particolare in Calabria, Puglia e Molise. Questa variabilità geografica si è riscontrata anche a livello di ASL. La spesa farmaceutica territoriale pro capite, invece, è aumentata dell'1,7% nel 2008 rispetto al 2001, ma è diminuita dello 0,7% rispetto al 2007. La Calabria, la Sicilia ed il Lazio sono state le regioni con la spesa più elevata, mentre le PA di Bolzano e Trento e la Toscana hanno confermato, analogamente agli anni precedenti, i minori valori di spesa.

Il consumo percentuale di farmaci a brevetto scaduto è, dal 2002 al 2008, più che raddoppiato passando dal 14,0% al 43,2%. Parallelamente, nello stesso periodo, anche la quota di spesa è aumentata dal 7,0% al 27,1%.

Il consumo di farmaci erogati dalle strutture pubbliche ha evidenziato, nel 2008 rispetto al 2007, una riduzione pari a -3,2%. La variabilità a livello regionale appare notevolmente diversificata ed il *range* di oscillazione varia dal +13,5% della Sardegna al -24,5% del Molise. Al contrario, la spesa relativa ai farmaci erogati attraverso le strutture sanitarie pubbliche, ha mostrato, nel 2008 rispetto all'anno precedente, un aumento pari al 15,5%. In tutte le regioni, ad eccezione della Sicilia, la spesa farmaceutica ospedaliera risulta in aumento, con tassi di variazione molto diversi ed il *range* di oscillazione varia dal +9,4% del Piemonte al +31,9% del Molise.

Nel 2008, la spesa privata, si è mantenuta sostanzialmente stabile con un aumento di appena lo 0,2% rispetto al 2007. Evidente è il gradiente Nord-Sud con le regioni settentrionali che presentano valori superiori alla media nazionale.

Il nostro Paese presenta un consumo totale di farmaci antibiotici tra i più alti dell'Unione Europea. La variabilità regionale è molto ampia e mostra comportamenti estremamente disomogenei. La regione con il maggior consumo di antibiotici è la Campania con un valore quasi

triplo rispetto alla PA di Bolzano. Inoltre, a livello nazionale e in tutte le regioni, si osserva un trend in crescita.

Infine, il confronto temporale 2007-2008 dei consumi di chinoloni, cefalosporine e amino glicosidi, mostra una lieve crescita per i chinoloni e le cefalosporine ed una condizione di stabilità per gli amino glicosidi.

Assistenza ospedaliera - Per monitorare i cambiamenti e confrontare i risultati ottenuti ed i trend in corso nelle diverse realtà regionali in riferimento agli obiettivi definiti dalla programmazione nazionale, sono stati analizzati una serie di indicatori riguardanti la domanda soddisfatta dalla rete ospedaliera (tasso di ospedalizzazione complessivo e distinto per età, tipologia di attività erogata e per DRG medici e chirurgici), l'efficienza produttiva delle strutture di ricovero e cura (degenza media e degenza media pre-operatoria) e l'appropriatezza organizzativa (accessi e ricoveri in Day Hospital, Day Surgery e One Day Surgery, utilizzo del Day Hospital per i DRG medici a rischio di inappropriata e dimissioni di DRG medico da reparti chirurgici).

La fotografia che emerge dall'analisi degli indicatori riguardanti la domanda soddisfatta dalla rete ospedaliera, conferma la tendenza alla riduzione del ricovero in entrambe le modalità e cioè sia in Ricovero Ordinario che in Day Hospital. Evidente è il gradiente Nord-Sud che evidenzia la frequenza del ricorso all'ospedalizzazione ancora troppo elevata in molte regioni meridionali (Sicilia 241,7%). Nello specifico, la tendenza alla riduzione è confermata anche dall'indicatore relativo all'analisi delle dimissioni per tipologia di attività (acuti, riabilitazione, lungodegenza). Restano ancora molto diversificati a livello regionale e piuttosto alti i tassi di ricovero nella fascia di età "estrema" (>75 anni). Relativamente ai tassi di dimissione per tipo di DRG si evidenzia che i DRG medici mostrano una rilevante e spesso ingiustificata variabilità regionale, mentre per i ricoveri chirurgici la variabilità è di entità più modesta.

Analizzando gli indicatori sull'efficienza produttiva delle strutture di ricovero e cura non si evidenziano cambiamenti nella degenza media complessiva (6,7 giorni) che risulta stabile da diversi anni. Sostanzialmente stabile anche la degenza media preoperatoria, ma con evidenti e spesso ingiustificate differenze regionali attribuibili alla disomogeneità nelle modalità di organizzazione dei servizi diagnostici e nella definizione di adeguati percorsi assistenziali.

Gli indicatori sull'appropriatezza organizzativa evidenziano che il trasferimento verso il Day Hospital e la Day Surgery delle attività meno complesse e/o potenzialmente inappropriate, ha raggiunto livelli di rilievo e, in un numero sempre maggiore di regioni, in particolare nel Nord, a questo trend si è aggiunto quello del trasferimento dei ricoveri diurni in *setting* assistenziali extradegenza (ambulatorio e Day Service) contribuendo a ridurre ulteriormente il tasso di ospedalizzazione generale. In particolare, la percentuale di ricoveri in Day Surgery, è in aumento e presenta una variabilità regionale particolarmente significativa. Ad eccezione di Liguria e Lazio, i valori sono decisamente più elevati nelle regioni del Centro-Nord, mentre nelle regioni meridionali, in particolare Calabria e Campania, l'attività di Day Surgery è tra le più contenute. Anche le dimissioni in One Day Surgery presentano una elevata variabilità a livello territoriale con un *range* di oscillazione che varia dal 5,05% della Toscana al 28,72% delle Marche. Inoltre, per quanto riguarda il fenomeno dell'inappropriato uso dell'ospedale, molte regioni, grazie all'adozione di efficaci politiche, hanno raggiunto le indicazioni del DPCM 29/11/2001, mentre in altre ancora non si sono registrati gli effetti attesi. Infine, dal 2005 al 2007, la percentuale di dimissioni con DRG medici da reparti chirurgici ha subito, a livello nazionale, una lieve riduzione. Il dato presenta una elevata variabilità regionale ed un evidente gradiente tra le regioni settentrionali e meridionali. In generale, presentano valori al di sotto della media nazionale tutte le regioni del Centro-Nord, ad eccezione delle PA di Bolzano e Trento, della Valle d'Aosta, dell'Umbria e del Lazio, mentre tutte le regioni del Sud e le Isole mostrano valori al di sopra della media.

Trapianti - In questo capitolo sono stati esaminati gli indicatori riguardanti l'attività di donazione e *procurement*, l'attività di trapianto e la valutazione degli esiti.

Negli ultimi 10 anni l'attività di donazione ha registrato un incremento di oltre il 40% e questo grazie allo sviluppo della rete trapiantologica nelle regioni. Evidente è il divario tra Centro-Nord e Sud anche se non esistono ragioni epidemiologiche che possano spiegare tale fenomeno. Questo gradiente territoriale si registra anche per le opposizioni.

Il divario regionale tra Centro-Nord e Sud persiste nell'attività di trapianto e genera una mobilità dei pazienti verso le regioni settentrionali. Da un punto di vista numerico la Lombardia è la regione dove vengono eseguiti più trapianti, mentre L'Emilia-Romagna si conferma la regione con la maggior percentuale di trapianti extra regionali.

Per la valutazione degli esiti vengono esaminati i dati relativi alla sopravvivenza dell'organo e del paziente a distanza di 1 e 5 anni dal trapianto. Importante è sottolineare che le differenze dei valori della sopravvivenza sono da imputare alle diverse tipologie ed alla complessità dei trapianti.

Soddisfazione dei cittadini - Per comprendere quali siano le esigenze dei cittadini sono stati esaminati i dati relativi al grado di soddisfazione degli utenti nei confronti del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Dall'analisi del giudizio sul SSN è emerso che il 43,4% esprimono un parere intermedio, il 34% risultano soddisfatti e il 17,2% insoddisfatti. Analizzando le differenze di genere non si riscontrano opinioni divergenti tra uomini e donne, mentre è presente un effetto legato all'età poiché, la quota di persone con giudizio positivo, cresce all'aumentare degli anni. A livello territoriale si osserva una situazione intermedia nel Centro e una disomogeneità tra Nord e Sud con opinioni più positive e superiori alla media nazionale nelle regioni settentrionali. In relazione al cambiamento del SSN la maggior parte dei cittadini ritiene che nell'ultimo anno sia rimasto "più o meno come prima" (44,9%). Anche in questo caso l'età dei cittadini influenza i relativi giudizi.