osservatorio
nazionale sulla salute nelle regioni italiane

Rapporto Osservasalute 2007

Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane

UNIVERSITÀ CATTOLICA DEL SACRO CUORE

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 1

Rapporto Osservasalute 2007

Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 2

Edizione Italiana
© 2007 Prex S.p.A.

PREX Progetti di marketing e servizi nel settore della salute

via A. Fava, 25
20125 Milano (IT)
www.prex.it

TUTTI I DIRITTI RISERVATI. Sono vietati la riproduzione anche parziale in qualsiasi forma e con qualsiasi mezzo elettronico o meccanico (compresi fotocopie e microfilm), la registrazione magnetica e qualunque sistema di meccanizzazione.

ISBN-10: 88-901674-2-4
ISBN-13: 978-88-901674-2-3

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 3

INDICE

Premessa V

Organigramma VII

PARTE PRIMA
Salute e bisogni della popolazione

Popolazione 1

Sopravvivenza e mortalità per causa 27

Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione 41

Incidenti 91

Ambiente 103

Malattie cardiovascolari 135

Malattie metaboliche 137

Malattie infettive 145

Tumori 169

Salute e disabilità 181

Salute mentale e dipendenze 209

Salute materno-infantile 235

Salute degli immigrati 283

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 4

Parte Seconda

Sistemi Sanitari Regionali e la qualità dei servizi

Assetto economico-finanziario 323

Assetto istituzionale-organizzativo 351

Assistenza territoriale 389

Cure palliative 427

Assistenza farmaceutica territoriale 453

Assistenza ospedaliera 479

Trapianti 549

Sintesi e Conclusioni del Rapporto Osservasalute 2007 571

Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati 577

Autori 595

Indice Generale 605

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 5

Premessa

A sei anni dalla sua fondazione, l'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane presenta il Quinto Rapporto Osservasalute, relativo all'anno 2007.

Un anno con molte luci ed ombre, che ha visto da una parte un positivo consolidamento nella salute generale degli italiani, del quale vengono confermati i buoni e, in qualche caso, ottimi indicatori demografici ed epidemiologici, dall'altro l'aggravarsi di profonde differenze nelle *performance* dei Sistemi Sanitari Regionali, sia in funzione di determinanti di tipo geografico che di fattori economici e sociali.

La struttura del Rapporto è la stessa degli altri anni:

87 Core Indicators
con 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 e cartogrammi.

26 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.

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

Gli autori del Rapporto hanno analizzato una vasta gamma di aspetti e problematiche, delineando l'immagine di un paese complesso, alle prese con difficili problemi di transizione demografica, epidemiologica, culturale, economica e sociale, comunque attivo e vitale nel cercare di affrontarli, anche se caratterizzato da una notevole e, in certi casi crescente, eterogeneità nella razionalità e scientificità delle soluzioni proposte.

Se da un lato abbiamo regioni (e sono fortunatamente la maggior parte) che riescono, anche se con fatica ed impegno notevoli, a garantire Servizi Sanitari adeguati in un contesto di compatibilità finanziaria e di discreta soddisfazione dei cittadini, dall'altro abbiamo realtà regionali in cui si cominciano a delineare quadri estremamente problematici, ai limiti della catastrofe economica e sociale, soprattutto per le fasce di popolazione più svantaggiate per reddito e per condizioni di salute.

Sotto questo punto di vista appaiono impressionanti i dati sulle condizioni delle famiglie del Centro-Sud con una persona disabile in famiglia, per cui la carenza e, in qualche caso, la totale mancanza di supporti istituzionali determina situazioni di difficoltà a volte insopportabili o quelli di regioni come il Lazio, in cui la mancanza di razionali scelte programmatorie, organizzative e gestionali ha, nel corso degli anni, determinato scenari finanziari terribili e di difficile ricomposizione.

Inquietante appare anche il ritardo con cui il nostro paese ha affrontato il tema delle Cure palliative, con la consueta differente tempistica nelle diverse regioni ad acquisire ed utilizzare i fondi che pure il Ministero della Salute ha ultimamente stanziato per garantire una fine adeguata a decine migliaia di cittadini nella fase conclusiva della loro vita, e che speriamo possa essere recuperato nei tempi più stretti possibili.

In sostanza, un quadro caratterizzato da tanti aspetti positivi, con una dinamica che vede tutte le regioni italiane finalmente attive nel cercare di migliorare i propri servizi, ma con alcune di queste ancora in notevole ritardo nell'adozione di misure rigorose e razionali per dare risposte adeguate ai complessi problemi che le coinvolgono.

Come ogni anno un ringraziamento particolare, sentito e sincero, va agli autori del Rapporto, quest'anno 247, per l'impegno che profondono nell'elaborazione di questo strumento il cui obiettivo è quello di fornire ai decisori dati ed informa-

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 6

zioni obiettivi e rigorosi per orientarsi nel difficile sentiero delle decisioni finalizzate a promuovere e preservare il bene cui gli Italiani attribuiscono costantemente il primo posto nella gerarchia dei propri valori, quello della salute individuale e collettiva.

Essi rappresentano, come dice l'ultimo Rapporto CENSIS, l'esempio più tipico di quelle "minoranze motivate e vitali che lavorano nella ricerca e nell'innovazione tecnica, che affrontano rischi privati e relazioni internazionali, che esplorano nuove dimensioni, che aderiscono a strutture collettive alla ricerca di un nuovo senso della vita".

Da loro, fuori da una logica minimalistica, può partire di nuovo lo stimolo e l'evoluzione per ridefinire il futuro del nostro bellissimo e problematico paese e la salute dei cittadini nelle diverse regioni italiane.

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

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 7

Organigramma

Coordinatori scientifici del Rapporto

Prof. Gualtiero Ricciardi, Direttore, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott.ssa Laura Murianni, Coordinatrice, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Coordinamento redazionale ed edizione web *www.osservasalute.it*

Dott.ssa Tiziana Sabetta, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Staff Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane

Dott.ssa Silvia Longhi, Datamanager, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott.ssa Antonella Sferrazza, Datamanager e responsabile revisione dati, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott. Paolo Gennarini, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Comitato assicurazione qualità dati e metodologie

Dott.ssa Alessandra Burgio, Istat, Servizio Sanità e Assistenza, Roma
Prof.ssa Flavia Carle, Centro di Epidemiologia Biostatistica e Informatica Medica, Università Politecnica delle Marche, Ancona
Prof.ssa Rosa Cristina Coppola, Dipartimento di Sanità Pubblica, Università degli Studi di Cagliari
Prof.ssa Viviana Egidi, "Sapienza" Università di Roma
Dott. Pietro Folino Gallo, Agenzia Italiana del Farmaco, Roma
Dott.ssa Lucia Lispi, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli di assistenza e dei Principi etici di sistema, Ministero della Salute, Roma
Dott.ssa Stefania Salmaso, Direttore, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott. Alessandro Solipaca, Istat, Sistema di Informazione Statistica sulla Disabilità, Roma

Peer review committee

Dott.ssa Roberta De Angelis, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott. Bruno Federico, Dipartimento di Scienze Motorie e della Salute, Università degli Studi di Cassino
Dott. Marsilio Francucci, UO Chirurgia Generale, Degenza Breve Unità di Day Surgery, AO "S. Maria", Terni
Prof. Giuseppe Gesano, Istituto di Ricerche sulla Popolazione e le Politiche Sociali, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Roma
Dott. Roberto Gnavi, ASL 5, Servizio di Epidemiologia di riferimento regionale, Regione Piemonte
Dott.ssa Marzia Loghi, Istat, Servizio Sanità e Assistenza, Roma
Prof. Lamberto Manzoli, Dipartimento di Medicina e Scienze dell'Invecchiamento, Università degli Studi "G. D'Annunzio", Chieti-Pescara
Dott. Luigi Minerba, Dipartimento di Sanità Pubblica, Università degli Studi di Cagliari
Prof. Pier Luigi Morosini, Salute Mentale, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott. Gianni Pieroni, Dipartimento di Medicina e di Sanità Pubblica, Alma Mater Studiorum Università degli Studi di Bologna
Dott. Silvano Piffer, Agenzia Provinciale per i Servizi Sanitari, Osservatorio Epidemiologico, Provincia Autonoma di Trento

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 8

Dott.ssa Maria Grazia Pompa, Malattie Infettive e Profilassi Internazionale, Ministero della Salute, Roma
Dott.ssa Maria Cristina Rota, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Stefania Salmaso, Direttore, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza, Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Comitato di coordinamento
Popolazione - Sopravvivenza e mortalità per causa
Prof.ssa Viviana Egidi, "Sapienza" Università di Roma
Prof. Giuseppe Gesano, Istituto di Ricerche sulla Popolazione e le Politiche Sociali, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Roma
Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione - Incidenti - Ambiente
Prof. Giorgio Liguori, Cattedra di Igiene ed Epidemiologia, Università degli Studi di Napoli "Parthenope"
Malattie cardiovascolari - Malattie metaboliche - Malattie infettive - Tumori
Dott. Giuseppe La Torre, Istituto di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Salute e disabilità
Dott.ssa Alessandra Battisti, Istat, Sistema di Informazione Statistica sulla Disabilità, Roma
Dott. Aldo Rosano, Istituto Italiano di Medicina Sociale, Roma
Salute mentale e dipendenze - Salute degli immigrati
Prof.ssa Roberta Siliquini, Dipartimento di Sanità Pubblica, Università degli Studi di Torino
Salute materno-infantile
Dott.ssa Marzia Loghi, Istat, Servizio Sanità e Assistenza, Roma
Assetto economico-finanziario - Assetto istituzionale-organizzativo
Prof. Americo Cicchetti, Facoltà di Economia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Assistenza territoriale - Cure Palliative - Assistenza farmaceutica territoriale - Assistenza ospedaliera - Trapianti
Prof. Gianfranco Damiani, Istituto di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Equità
Prof. Giuseppe Costa, Dipartimento di Sanità Pubblica e Microbiologia, Università degli Studi di Torino

Referenti Regionali dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane
Piemonte: *Prof.ssa Roberta Siliquini*, Dipartimento di Sanità Pubblica e Microbiologia, Università degli Studi di Torino
Valle d'Aosta: *Dott.ssa Patrizia Vittori*, Osservatorio Regionale Epidemiologico e per le Politiche Sociali, Aosta
Lombardia: *Prof. Antonio Pagano*, *Prof. Francesco Auxilia*, Dipartimento di Sanità Pubblica-Microbiologia-Virologia, Università degli Studi di Milano
Trento: *Prof. Carlo Favaretti*, *Dott. Silvano Piffer*, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Provincia Autonoma di Trento
Veneto: *Prof. Gabriele Romano*, *Prof. Albino Poli*, *Dott. Stefano Tardivo*, Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Verona
Friuli-Venezia Giulia: *Dott. Carlo Francescutti*, *Dott. Giorgio Simon*, *Dott.ssa Antonella Franzo*, Agenzia Regionale di Sanità, Friuli-Venezia Giulia
Liguria: *Prof. Pietro Crovari*, *Prof. Roberto Gasparini*, *Dott.ssa Laura Sticchi*, Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Genova
Emilia-Romagna: *Prof. Carlo Signorelli*, Istituto di Igiene, Università degli Studi di Parma; *Prof.ssa Maria Pia Fantini*, Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica Alma Mater Studiorum Università degli Studi di Bologna
Toscana: *Prof. Nicola Nante*, *Dott. Gabriele Messina*, Dipartimento di Fisiopatologia, Medicina Sperimentale e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Siena

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 9

Umbria: *Dott. Marsilio Francucci*, Azienda Ospedaliera "Santa Maria", *Dott.ssa Margherita Tockner*, Osservatorio Epidemiologico, Distretto N. 1, ASL Terni
Marche: *Prof. Marcello Maria D'Errico*, Cattedra di Igiene, *Prof.ssa Flavia Carle*, Centro di Epidemiologia Biostatistica e Informatica Medica, Università Politecnica delle Marche, Ancona
Lazio: *Prof. Antonio Boccia*, *Prof. Paolo Villari*, *Prof. Guido Citoni*, Dipartimento di Medicina Sperimentale e Patologia, "Sapienza" Università di Roma
Abruzzo: *Prof. Francesco Schioppa*, Dipartimento di Medicina e Scienze dell'Invecchiamento, *Prof. Lamberto Manzoli*, Dipartimento di Medicina e Scienze dell'Invecchiamento, Università degli Studi "G. D'Annunzio", Chieti-Pescara
Molise: *Prof. Guido Maria Grasso*, Dipartimento di Scienze per la Salute, Università degli Studi del Molise, *Dott. Nicola Ricci*, ASL 3 "Centro Molise", Campobasso
Campania: *Prof. Paolo Marinelli*, Dipartimento di Medicina Pubblica, Clinica e Preventiva, Seconda Università degli Studi di Napoli, *Prof. Giorgio Liguori*, Cattedra di Igiene, Università degli Studi di Napoli "Parthenope", *Dott. Antonino Parlato*, ASL NA2
Puglia: *Prof. Salvatore Barbuti*, *Prof.ssa Cinzia Germinario*, Istituto di Igiene, Università degli Studi di Bari, *Dott. Michele Conversano*, ASL 1, Taranto
Basilicata: *Dott. Rocco Galasso*, Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica, Ospedale Oncologico Regionale di Rionero in Vulture, Potenza
Calabria: *Prof.ssa Maria Pavia*, Cattedra di Igiene, Università della Magna Græcia, Catanzaro
Sicilia: *Prof. Francesco Vitale*, Dipartimento di Igiene e Microbiologia, Università degli Studi di Palermo
Sardegna: *Prof.ssa Ida Mura*, *Prof. Antonio Azara*, Istituto di Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Sassari; *Prof.ssa Rosa Cristina Coppola*, *Dott. Luigi Minerba*, Dipartimento di Sanità Pubblica, Università degli Studi di Cagliari

Segreteria Scientifica dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane
Prof. Americo Cicchetti, Professore Ordinario, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Prof. Gianfranco Damiani, Professore Associato, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott. Pietro Folino Gallo, Agenzia Italiana del Farmaco, Ministero della Salute, Roma
Prof. Gualtiero Ricciardi, Direttore dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Roma
Prof.ssa Roberta Siliquini, Professore Ordinario, Università degli Studi di Torino

Grafica GIS
Dott.ssa Maria Donata Monteduro, Istituto di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Amministrazione e Controllo di gestione
Dott. Francesco Maddalena, Istituto di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Si ringraziano il Ministero della Salute - Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema e l'Istat - Servizio Sanità ed Assistenza per il loro contributo, senza il quale questo Rapporto non sarebbe stato possibile.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 10

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 1

PARTE PRIMA

Salute e bisogni della popolazione

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 2

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 1

Popolazione

I valori degli indicatori della dinamica e della struttura della popolazione sono in genere molto stabili, così da permettere di operare un monitoraggio su di essi meno frequente che su altri indicatori. Tuttavia, possono intervenire fattori di disturbo in ciascuna delle componenti della dinamica a modificare il flusso degli eventi e ad influire, quindi, sia sul movimento, sia sulla composizione per sesso ed età di una popolazione. In ogni caso, poi, quegli indicatori vanno tenuti sotto un controllo almeno saltuario per trovare conferme di quanto atteso in base ai risultati già emersi nel passato.

In questo capitolo si è voluto ricalcare, solo con qualche modifica ed integrazione, quanto già elaborato per l'edizione di Osservasalute 2005, spostando l'obiettivo sul biennio 2005-2006, rispetto al triennio 2002-2004 studiato in quella edizione. All'analisi della dinamica della popolazione durante questo biennio nelle sue componenti di saldo, seguono una sezione sulle componenti migratorie ed una sulla fecondità. La struttura demografica viene poi analizzata soprattutto con riferimento alla popolazione anziana e molto anziana. Infine, in un approfondimento ad hoc, si è tentata una valutazione di massima degli effetti della presenza straniera in Italia sulla crescita e sulla struttura della popolazione che vi risiede.

I risultati danno quasi tutti conferma delle tendenze emerse nel triennio 2002-2004, anche se si sono andati smorzando gli effetti sulle dinamiche della popolazione imputabili alle operazioni anagrafiche post-censuarie ed alle regolarizzazioni degli immigrati conseguenti all'applicazione della legge "Bossi-Fini". Si possono elencare i seguenti punti notevoli:

- si è ridotta la crescita della popolazione in Italia rispetto al triennio 2002-2004, quando si erano scontati gli effetti sia dei recuperi post-censuari, sia delle iscrizioni in anagrafe degli immigrati regolarizzati a seguito della legge "Bossi-Fini". Tra le regioni, però, solo il Molise si è aggiunto alla Basilicata ed alla Calabria con una popolazione in calo numerico;
- il saldo naturale medio del biennio 2005-2006 si è accresciuto rispetto al triennio precedente, ma le regioni hanno mantenuto il segno positivo o negativo che già avevano. A livello nazionale, dopo il valore positivo segnato nel 2004, il saldo naturale è tornato negativo nel 2005 e poi debolmente positivo nel 2006. L'aumento del saldo rispetto al triennio precedente è dovuto ad un certo aumento nel numero medio di nascite (+14.000 circa o +3%), mentre il numero medio dei decessi è rimasto praticamente invariato (+2.000);
- la ripresa della natalità non ha trovato ulteriori rafforzamenti nel biennio 2005-2006 rispetto a quanto già sottolineato nel triennio precedente. Dalla successiva analisi per cittadinanza emergerà che è proseguita la piccola ripresa della fecondità delle donne italiane, mentre si è un po' ridotto il differenziale di fecondità delle straniere con le italiane, fermo restando il loro contributo di rilievo nelle regioni del Nord-Centro;
- il numero annuo di morti ha continuato ad oscillare intorno a 560 mila, ma la mortalità tra i due periodi si è ridotta, dopo il "picco" registrato nel 2003;
- i processi di convergenza tra le regioni rispetto alle componenti naturali della dinamica demografica (natalità e mortalità) sono proseguiti, soprattutto con un recupero della fecondità nelle regioni dove era e rimane più bassa ed una riduzione in quelle dove è più alta;
- il saldo migratorio, comprensivo anche del saldo tra le iscrizioni e le cancellazioni "per altri motivi", si è ridotto, soprattutto per l'esaurirsi di quest'ultima componente, salvo il caso eclatante del comune di Roma, nella cui anagrafe, nel settembre 2006, sono state operate iscrizioni e cancellazioni "per altri motivi" che hanno prodotto un saldo pari a +144.437;
- il movimento migratorio interno al paese ha confermato nel biennio il movimento in uscita dalle regioni meridionali (Abruzzo escluso) e dalla Sicilia, che ha portato ad un saldo negativo medio annuo tra lo 0,8 ed il 4‰. Principali beneficiarie di tali spostamenti sono stati l'Emilia-Romagna, la Valle d'Aosta, l'Umbria, le Marche, il Friuli-Venezia Giulia, l'Abruzzo, la Provincia Autonoma di Trento;
- il saldo migratorio con l'estero, se pure in calo rispetto al triennio precedente, ha segnato un valore medio nazionale nel biennio 2005-2006 superiore al +4‰, con ancora le regioni del Nord e del Centro nettamente più interessate al fenomeno;
- gli effetti di queste dinamiche sulla struttura della popolazione non hanno modificato la sua tendenza all'invecchiamento, misurato ormai, a livello nazionale, dalla presenza di una persona al di sopra dei sessantacinque anni ogni cinque residenti (con punte regionali di una ogni quattro), e di poco meno di una al di sopra dei settantacinque anni ogni dieci (con punte regionali di una ogni otto).

G. GESANO, F. HEINS, G. DI GIORGIO, F. RINESI

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 2

Dinamica della popolazione

Significato. La dinamica della popolazione residente in un determinato territorio e le sue componenti naturali (nascite e morti) e migratorie costituiscono un'importante spia della sua vitalità demografica e, più indirettamente, di quella socioeconomica. Tra le sue componenti, nascite e morti interessano più direttamente e nell'immediato le strutture sociosanitarie, mentre le dinamiche migratorie possono modificare alla lunga il patrimonio nosologico e genetico delle popolazioni interessate.

Validità e limiti. È bene tener presente che i dati tratti dalle anagrafi della popolazione residente potrebbero contenere sia errori dovuti a mancate registrazioni dei cambiamenti interni di residenza o di immigrazione ed emigrazione dal paese, sia alterazioni indotte dall'interesse di privati cittadini (ad es., per far risultare come "prima casa" un'abitazione di vacanza) o di alcuni amministratori, da parte di questi ultimi al fine di assicurarsi i benefici connessi al numero dei cittadini amministrati.
Mentre sono riportati i flussi "naturali" dovuti alla natalità ed alla mortalità, per le migrazioni si è preferito riportare in questa sezione il solo saldo, comprensivo anche di eventuali iscrizioni e cancellazioni "per altri motivi", che possono risultare consistenti, soprattutto negli anni successivi ad un censimento. Mentre i saldi totale, naturale e migratorio e la natalità sono qui calcolati nella loro formula generale, la mortalità, per favorire confronti interregionali corretti, è stata standardizzata con il metodo indiretto, facendo riferimento alla mortalità specifica, per sesso e classi quinquennali di età, riferita all'Italia nel 2001.

Equazione della popolazione $$P_{31/XII/t} = P_{1/1/t} + (N_t - M_t) + (I_t - C_t) = P_{1/I/t} + SN_t + SM_t = P_{1/I/t} + ST_t$$

Indicatori v = Natalità, mortalità, saldo naturale, migratorio e totale per 1.000.

Formula utilizzata $$v = 1.000 \times \frac{V_t}{(P_{1/I/t} + P_{31/XII/t})/2} \quad V_t = N_t\,;\, M_t\,;\, SN_t\,;\, SM_t\,;\, ST_t$$

Significato variabili t = anno di rilevazione; P = popolazione residente; N = nati vivi della popolazione residente; M = morti della popolazione residente; I = iscritti in anagrafe per trasferimento di residenza; C = cancellati dall'anagrafe per trasferimento di residenza; SN = saldo naturale; SM = saldo migratorio; ST = saldo totale; V = Valore assoluto del parametro v. Nota: il saldo migratorio è comprensivo del saldo tra le iscrizioni e le cancellazioni per altro motivo.

In tabella 1, accanto alla media degli indicatori degli anni 2005 e 2006 è riportata la tendenza nel periodo: ++ in forte crescita; + in crescita; ~ all'incirca stabile; – in diminuzione; — in forte diminuzione. Per l'attribuzione del simbolo si è confrontato il coefficiente di regressione lineare, calcolato sui due quozienti annui regionali, con una scala di valori centrata sul valore 0 (che corrisponde alla stabilità) e di passo proporzionato al campo di variazione dell'insieme dei coefficienti di regressione regionali.
Il grafico 1 riporta i valori regionali abbinati del saldo migratorio (asse orizzontale) e di quello naturale (asse verticale). La diagonale del secondo e quarto quadrante contrappone le regioni in incremento demografico, cioè a saldo totale positivo, al di sopra di essa, da quelle con la popolazione in decremento, al di sotto.
I tre cartogrammi visualizzano, rispettivamente, il saldo totale medio annuo, quello naturale e quello migratorio, sempre riferiti alla media del biennio 2005-2006. La base cartografica è impostata sulle ASL, così come definite all'1 gennaio 2005, tranne che per le unità territoriali sub-comunali, per le quali il riferimento è all'intero comune. La scala delle campiture è tendenzialmente simmetrica rispetto allo 0 ed è costruita in modo da massimizzare l'equinumerosità delle classi; il vincolo della centratura rispetto allo 0 impedisce però che tutte le classi contengano lo stesso numero di ASL. La campitura a righe orizzontali identifica le Aziende Sanitarie Locali (ASL) con valore del saldo medio annuo intorno allo 0‰; le campiture a righe diagonali dal basso verso l'alto corrispondono ai saldi medi annui di segno positivo; le campiture a righe diagonali dall'alto verso il basso corrispondono ai saldi medi annui di segno negativo.

Descrizione dei risultati

Nell'interpretazione dei risultati e nei confronti interregionali va subito notato che i valori abnormi che presenta il Lazio nel saldo migratorio e, quindi, anche in quello totale sono dovuti ad un'operazione di retti-

G. GESANO, F. HEINS, G. DI GIORGIO, F. RINESI

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 3

fica della popolazione residente nel comune di Roma effettuata a fine settembre 2006, la quale ha condotto al calcolo di una posta in addizione pari a 225.780 individui e ad una posta in sottrazione pari a 81.343 individui, con un saldo positivo di 144.437. A livello regionale, ciò ha corrisposto ad una posta positiva nel saldo migratorio e "per altri motivi" pari al 27‰ nel 2006 e del 14‰ sulla media del biennio. Anche la Liguria ha effettuato recuperi post-censuari ancora nel 2005, che hanno comportato un saldo "per altri motivi" di più del 5‰ nella media del biennio 2005-2006. Sono solo tre le regioni nelle quali la popolazione è risultata in decremento nel biennio 2005-2006: la Basilicata, il Molise e la Calabria. Le popolazioni residenti in Campania, nella Puglia ed in Sicilia sono rimaste sostanzialmente stazionarie nel loro ammontare. Tutte le altre regioni sono risultate in crescita, alcune di esse in misura importante: PA di Bolzano, +11‰; PA di Trento, +9‰; ma anche la Lombardia ed il Veneto (+8‰). Esauritasi, tranne che a Roma ed in Liguria, la fase dei recuperi post-censuari, la crescita della popolazione appare ora consolidata e derivante dalla reale dinamica demografica del momento. Si tratta, per certi versi, di una svolta inattesa, alla quale contribuiscono sia le componenti naturali, sia quelle migratorie.

Il saldo naturale a livello nazionale, infatti, se in media nel biennio 2005-2006 è stato ancora lievemente negativo (–0,1‰), è risultato però in crescita, sia rispetto al triennio precedente (–0,3‰), sia nel corso del biennio stesso. La metà delle regioni ha presentato un saldo naturale negativo, ma quasi tutte vedono nel biennio ridursi in valore assoluto questa componente negativa, mentre più stabili o addirittura in riduzione nel periodo sono i saldi naturali delle regioni che presentano valori positivi. D'altra parte, la natalità è generalmente in crescita là dove era più bassa, e stabile o in regresso là dove era più elevata; la mortalità, invece, ha segnato regressi quasi ovunque. Pertanto, in molte regioni del Nord e del Centro il saldo naturale ha ricevuto una spinta positiva sia dall'aumento delle nascite, sia dalla diminuzione dei decessi. La sola Liguria, con la sua popolazione estremamente invecchiata e con i suoi comportamenti riproduttivi assai contenuti, presenta un saldo naturale medio nel periodo 2005-2006 al di sotto del –5‰, ma anch'essa registra una debole ripresa, sia nel biennio, sia rispetto al triennio precedente, ripresa che va attribuita soprattutto ad una sensibile riduzione della mortalità. Anche nel biennio 2005-2006 esce dunque confermato il processo di convergenza delle regioni, già notato

Tabella 1 - *Saldo medio annuo (per 1.000 residenti) totale, naturale e migratorio della popolazione residente, natalità e mortalità medie e tendenze nel biennio per regione – Anni 2005-2006*

Regioni	Saldo			Natalità	Mortalità[b]
	Totale	Naturale	Migratorio[a]		
Piemonte	+2,6 ~	–2,4 +	+5,0 ~	8,6 +	9,3 –
Valle d'Aosta	+7,8 ~	–0,6 ++	+8,4 ~	9,7 ++	9,5 —
Lombardia	+8,0 ~	+0,9 +	+7,1 ~	9,9 +	8,9 –
Trentino-Alto Adige	+10,2 ~	+2,4 ~	+7,8 ~	10,8 –	8,6 ~
Bolzano-Bozen	*+11,0 ~*	*+3,6 ~*	*+7,4 ~*	*11,3 —*	*8,6 —*
Trento	*+9,4 ~*	*+1,4 –*	*+8,1 ~*	*10,3 ~*	*8,5 +*
Veneto	+7,8 ~	+0,9 +	+6,9 ~	9,8 ~	8,6 —
Friuli-Venezia Giulia	+3,3 ~	–2,9 +	+6,2 ~	8,5 +	9,1 –
Liguria	+4,9 —	–5,7 +	+10,6 —	7,5 ~	9,1 –
Emilia-Romagna	+8,6 ~	–1,6 +	+10,2 ~	9,3 +	8,6 —
Toscana	+5,5 ~	–2,4 +	+7,9 ~	8,7 ~	8,6 —
Umbria	+8,1 –	–2,3 ++	+10,4 –	9,0 ~	8,7 —
Marche	+5,7 ~	–1,4 ~	+7,0 ~	8,9 +	8,2 +
Lazio	+20,8 ++	+0,5 ++	+20,3 ++	9,7 +	9,3 —
Abruzzo	+4,0 ~	–1,7 ~	+5,7 ~	8,5 –	8,7 —
Molise	–2,9 ~	–3,4 –	+0,4 ~	7,8 –	9,2 +
Campania	+0,1 ~	+2,5 +	–2,4 ~	10,8 ~	10,2 —
Puglia	+0,2 ~	+1,3 ~	–1,1 ~	9,4 –	8,8 –
Basilicata	–4,4 ~	–1,3 ~	–3,1 ~	8,3 +	9,1 ~
Calabria	–2,8 ~	+0,3 +	–3,0 ~	9,1 ~	9,0 —
Sicilia	+0,4 ~	+0,8 ~	–0,4 ~	10,0 –	9,6 –
Sardegna	+2,8 ~	–0,5 ~	+3,3 ~	8,0 ~	8,8 –
Italia	**+5,7 ~**	**–0,1 +**	**+5,8 ~**	**9,5 ~**	**9,0 –**

[a]Comprensivo del saldo tra le iscrizioni e le cancellazioni "per altro motivo".
[b]Standardizzata indirettamente con la mortalità italiana del 2001, specifica per età e classi quinquennali di età.
Nota: Per il significato e le modalità di attribuzione dei simboli, v. testo.

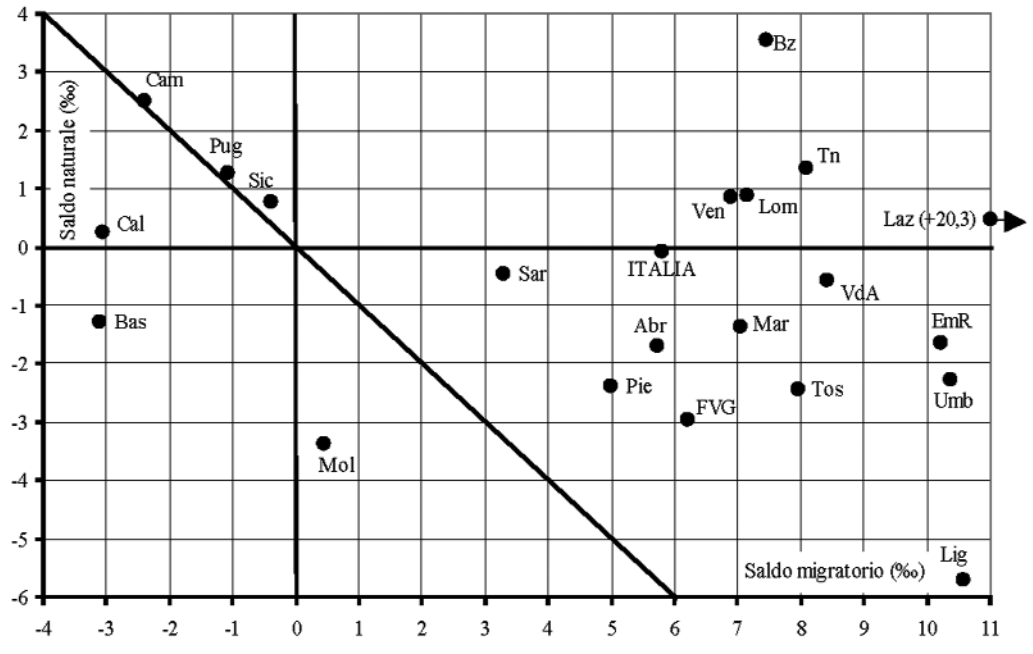
Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Istat disponibili nel sito <http://demo.istat.it/>.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 4

in precedenti occasioni, almeno sotto il profilo del saldo naturale e della natalità; per quanto riguarda la mortalità, il discorso è più complesso e merita approfondimenti qui non possibili su un indicatore grezzo come la mortalità generale.

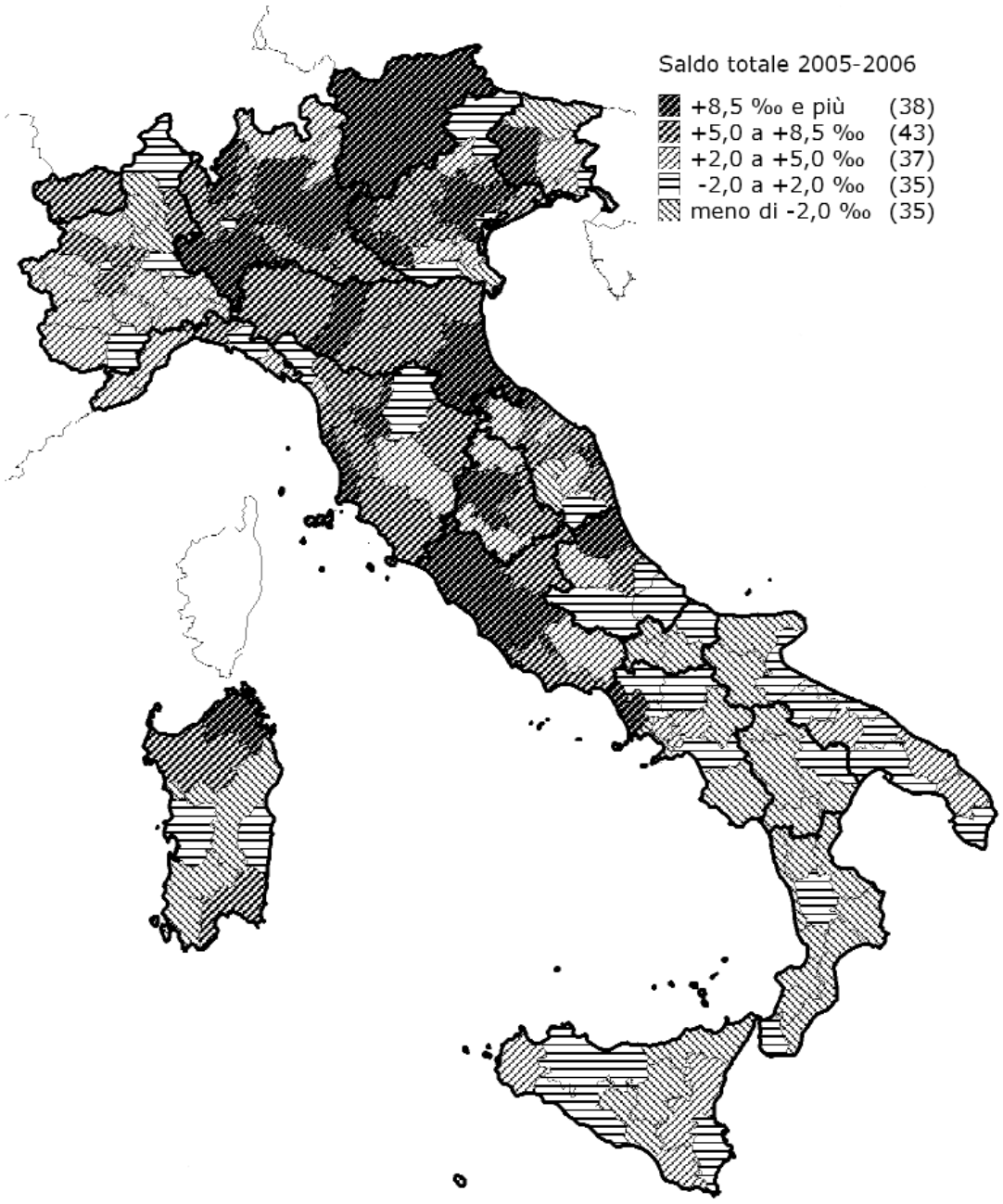
La variabilità regionale è molto più accentuata, invece, con riferimento al saldo migratorio. Anche escludendo per le ragioni sopraddette il Lazio e la Liguria, si va dal –3‰ di Basilicata e Calabria a più del 10‰ dell'Umbria e dell'Emilia-Romagna; ma valori positivi, anche elevati, presentano tutte le regioni e province autonome del Nord e del Centro, nonché la Sardegna, mentre il Molise ha un saldo medio nel biennio appena superiore allo 0. Per l'analisi delle componenti del saldo migratorio si rinvia alla prossima sezione. Va in ogni caso notato che al saldo migratorio deve essere attribuita la crescita della popolazione nel paese ed in molte sue regioni. Di fatto, sono solo cinque le regioni che presentano saldi positivi sia naturale che migratorio, mentre altre dieci sono riuscite a mantenere la loro popolazione in crescita grazie ad un saldo migratorio positivo maggiore, in valore assoluto, rispetto al saldo naturale negativo. Infine, tra le regioni più o meno in crescita di popolazione, solo tre (Campania, Puglia e Sicilia) hanno registrato un saldo naturale positivo ancora sufficiente a controbilanciare i loro saldi migratori negativi.

Grafico 1 - *Saldo migratorio e saldo naturale medio annuo (per 1.000) per regione - Anni 2005-2006*



Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 5

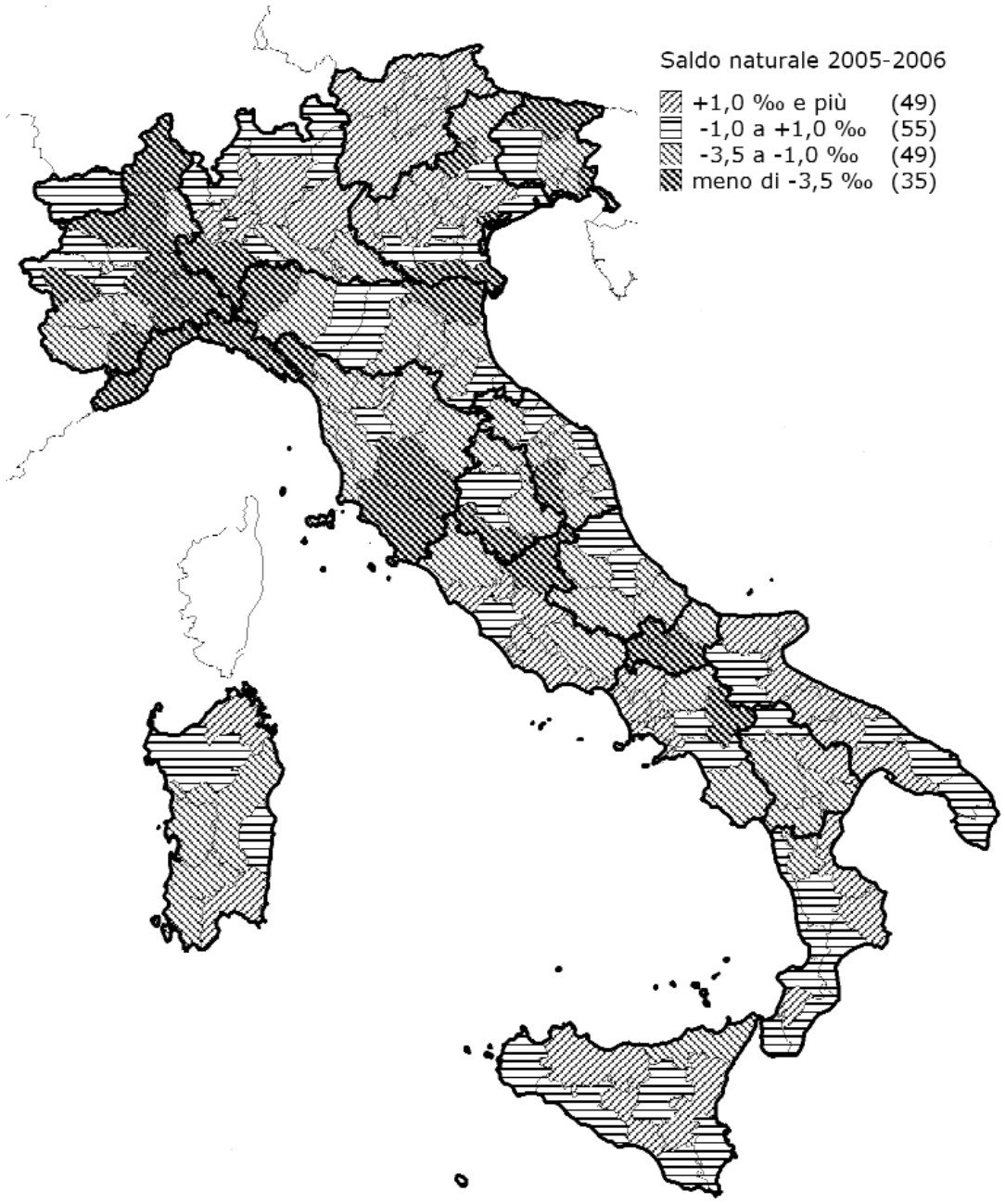
Saldo totale medio annuo (per 1.000 residenti in media in ciascun anno) della popolazione residente per ASL. Anni 2005-2006



È ormai tutto il Sud, salvo qualche eccezione tra le quali spiccano l'area costiera a nord di Napoli e le ASL di Teramo e di Olbia, ad essere in regresso o in stasi di popolazione, con le aree interne marcatamente più in crisi, insieme a quasi tutta la Basilicata e la Calabria. Al Nord-Centro, le ASL che hanno perso popolazione nel 2005-2006 sono pochissime e riguardano soprattutto aree marginali. Gli incrementi più forti, al di là di tutte le ASL delle province autonome trentine ed altoatesine, si concentrano intorno a Milano (questa però esclusa), Roma e in diverse ASL delle regioni centrali, ivi comprendendo anche l'Emilia-Romagna. Segue il Nord-Est veneto e friulano ed il resto delle ASL del Centro.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 6

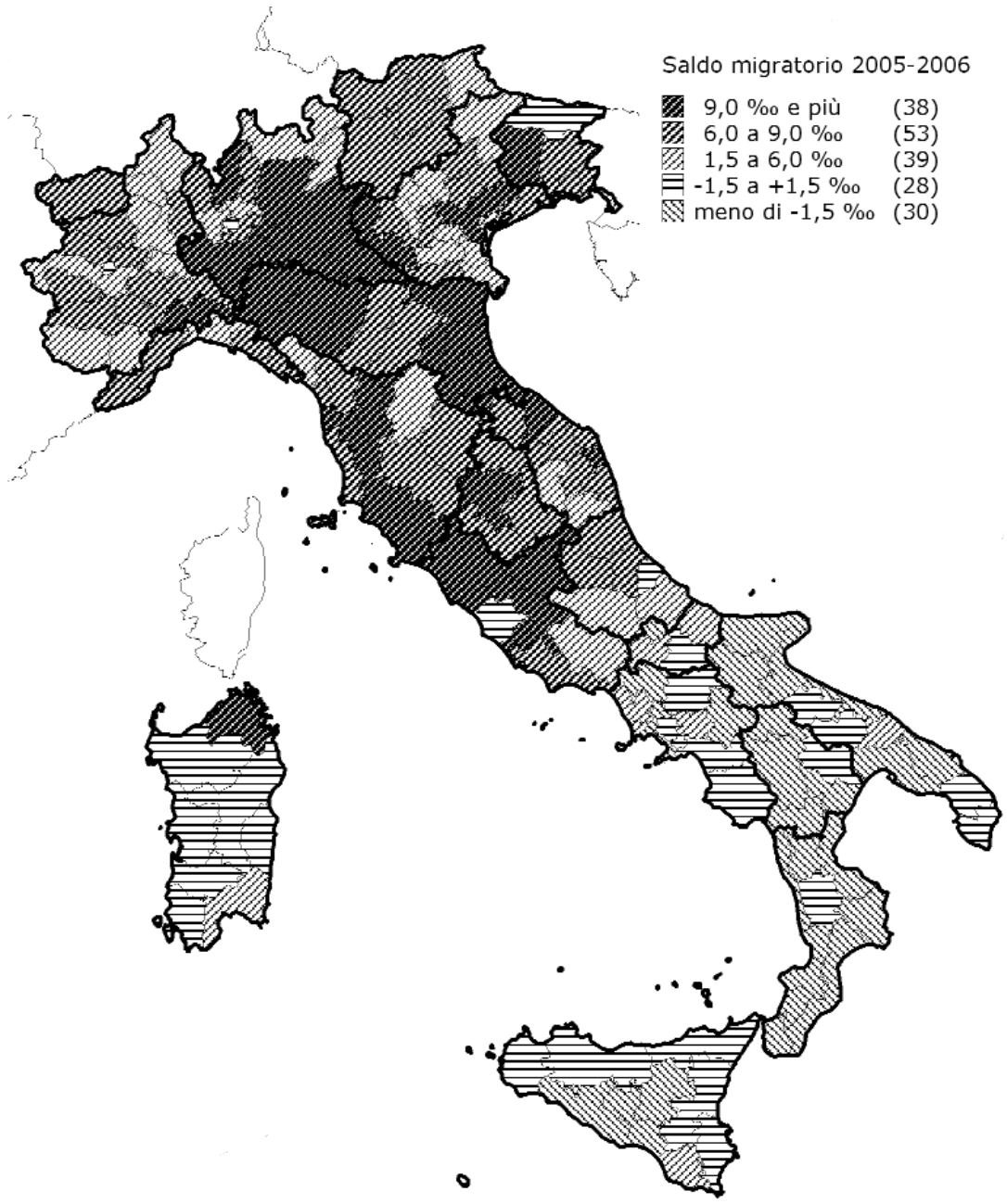
Saldo naturale medio annuo (per 1.000 residenti in media in ciascun anno) della popolazione residente per ASL. Anni 2005-2006



Su 188 ASL, 112 hanno registrato un saldo naturale negativo nell'intervallo 2005-2006. Quelle maggiormente in crisi dal punto di vista demografico si trovano nella ripartizione del Nord-Ovest, ma non ne mancano anche nelle altre ripartizioni continentali, con la popolazione residente nell'ASL "Alto Molise" al massimo livello di decremento. I saldi naturali positivi più elevati sono appannaggio delle ASL campane e del Trentino-Alto Adige, ma vi sono anche diverse ASL del Veneto, della Lombardia subalpina, quelle che circondano Roma, quelle pugliesi ed alcune calabre e siciliane, nelle quali le nascite superano abbondantemente i decessi.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 7

Saldo migratorio medio annuo (per 1.000 residenti in media in ciascun anno) della popolazione residente per ASL. Anni 2005-2006



Tranne il comune di Torino, in debole perdita migratoria, non vi sono state ASL del Nord-Centro che abbiano sperimentato un saldo migratorio negativo nel periodo 2005-2006. Molte di quelle maggiormente in perdita appartengono a realtà demografiche importanti, come nella provincia di Napoli, in quella di Bari e diversi capoluoghi della Puglia e della Campania. A parte Olbia, la Sardegna della Costa Smeralda, le attrazioni migratorie più forti si trovano nelle ASL di contorno alle due realtà metropolitane di Milano e di Roma, ma anche lungo la via Emilia, lungo quasi tutta l'alta costa adriatica e quella media tirrenica.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 8

Raccomandazioni di Osservasalute

Un frequente monitoraggio delle dinamiche della popolazione è indispensabile per una buona amministrazione pubblica della salute, specie a livello di distretti sociosanitari, di ASL e di AO. L'osservazione dell'andamento delle nascite permette di adeguare la dimensione dei reparti ospedalieri e dei servizi di maternità, neonatologia e pediatria, nonché di organizzare per tempo le campagne di vaccinazioni obbligatorie e di conformare i servizi sanitari ed assistenziali scolastici e, più in generale, all'infanzia. Il controllo delle variazioni della mortalità, se interpretate correttamente al netto dell'invecchiamento della popolazione, può dare importanti, anche se generici segnali sullo stato di salute della popolazione. La dimensione dei flussi di immigrazione determina una domanda aggiuntiva di servizi sociosanitari, spesso diversa da quella espressa dalla popolazione autoctona.

L'Istat, agli inizi di luglio di ogni anno pubblica il Bilancio demografico relativo all'anno precedente e, in contemporanea, mette a disposizione sul sito <http://demo.istat.it/> i corrispondenti dati di tutti i comuni, così permettendo un tempestivo monitoraggio delle dinamiche della popolazione a qualsiasi livello amministrativo.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 9

Indici della migratorietà

Significato. La rilevanza delle componenti migratorie nella dinamica recente della popolazione suggerisce di analizzare più a fondo il gioco dei diversi flussi per far emergere, in particolare, il contributo del movimento anagrafico attribuibile alle iscrizioni dall'estero. Pur non potendo attribuire la totalità di questo movimento alle immigrazioni di cittadini stranieri, tanto meno dei soli extracomunitari, è evidente l'interesse degli operatori locali dell'assistenza e della salute nei confronti della localizzazione di nuovi residenti nel territorio di competenza, perché residenti in generale più bisognosi di assistenza sociosanitaria, soprattutto per i problemi di insediamento e di una diffusa precarietà delle loro condizioni di vita e quindi di salute. La mobilità migratoria, costruita come un indicatore di turnover, misura l'intensità di ricambio della popolazione a causa dei cambiamenti di residenza con altri comuni o con l'estero: tanto più è elevata, tanto meno è radicata la popolazione che risiede in un determinato territorio, tanto più la domanda sanitaria ed assistenziale potrà variare in quantità e qualità e risulterà meno programmabile. Tuttavia, essendo comunale la base della rilevazione dei dati anagrafici, l'indice di mobilità riferito ad ambiti amministrativi più ampi comprende anche i cambiamenti di residenza tra i comuni dell'area. Il saldo migratorio dà invece il segno della prevalenza dei flussi in entrata o di quelli in uscita, rispettivamente nei confronti degli altri comuni o dell'estero. In questo indicatore i cambiamenti di residenza interni ad un'area costituita da più comuni si elidono, o si dovrebbero elidere a vicenda.

Validità e limiti. Si è già ricordato come le iscrizioni e le cancellazioni per cambiamento di residenza possano comprendere atti solo formali, non corrispondenti ad effettivi spostamenti, ma indotti dal tornaconto di singoli o anche di alcuni amministratori locali. In questa sezione, i dati riportati si riferiscono ai soli movimenti registrati per effettivo cambiamento di residenza. Anche in queste registrazioni, però, si verificano ritardi e disallineamenti temporali tra l'iscrizione nella nuova anagrafe e la cancellazione dalla vecchia. Ciò porta, come conseguenza, ad un saldo interno non nullo per l'insieme del paese, come invece dovrebbe essere a rigore di logica. Per quanto riguarda i movimenti con l'estero, effettuati sia da emigranti ed emigrati italiani, sia da cittadini stranieri, va notato il concentrarsi delle iscrizioni di questi ultimi nei periodi successivi alle "sanatorie" dell'immigrazione irregolare, nei quali le anagrafi prendono tardivamente atto di movimenti già avvenuti da tempo. Infine, bisogna tenere presente che né gli emigranti italiani, né tanto meno gli immigrati stranieri che lasciano l'Italia definitivamente hanno interesse a cancellare la propria posizione dall'anagrafe di iscrizione, con la conseguenza che i flussi in uscita sono sottostimati e quasi sempre molto ritardati nel tempo.

Indicatori	- Mobilità media annua per 1.000 abitanti, interna e con l'estero - Saldo migratorio medio annuo per 1.000 abitanti, interno e con l'estero - Immigratorietà dall'estero per 1.000 abitanti	
Numeratori	- Mobilità = Iscritti + Cancellati - Saldo migratorio = Iscritti – Cancellati - Immigratorietà dall'estero = Iscritti dall'estero	Con l'estero Con altri comuni
Denominatore	Popolazione media dell'anno calcolata come media aritmetica delle popolazioni stimate all'inizio ed alla fine	

In tabella 1, accanto alla media degli anni 2005 e 2006 è riportata la tendenza nel periodo: ++ in forte crescita; + in crescita; ~ all'incirca stabile; – in diminuzione; — in forte diminuzione. Per l'attribuzione del simbolo si è confrontato il coefficiente di regressione lineare calcolato sui due quozienti annui regionali con una scala di valori centrata sul valore 0 (che corrisponde alla stabilità) e di passo proporzionato al campo di variazione dell'insieme dei coefficienti di regressione regionali.
Il grafico 1 riporta i valori regionali abbinati del saldo migratorio con l'estero (asse orizzontale) e di quello interno (asse verticale). Permette di apprezzare, anche grazie al tracciamento della linea di tendenza logaritmica, la relazione che esiste tra i due saldi.
Il cartogramma visualizza l'immigratorietà dall'estero media annua riferita al biennio 2005-2006. La base cartografica è impostata sulle ASL, così come definite all'1 gennaio 2005, tranne che per le unità territoriali sub-comunali, per le quali il riferimento è all'intero comune.

Descrizione dei risultati

Nel biennio 2005-2006, la mobilità interna della popolazione italiana risulta alquanto elevata (ogni anno, quasi 50 persone su 1.000 cambiano il comune di residenza) ed in crescita, sia rispetto al triennio precedente, sia nel corso del biennio stesso. Nel confron-

G. GESANO, F. HEINS, G. DI GIORGIO, F. RINESI

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 10

to interregionale, spicca il valore della mobilità della Valle d'Aosta (75‰) che, abbinato ad un elevato saldo positivo interno (+4‰), testimonia l'attrazione esercitata dalla piccola regione autonoma nei confronti dei residenti in altre regioni. Gli elevati valori della mobilità in Piemonte ed in Lombardia dipendono senza dubbio anche dai cambiamenti di residenza tra comuni della stessa regione, in parte dovuti all'ampiezza delle stesse ed alla fine tessitura interna in numerosi comuni piccoli e piccolissimi. Questa considerazione vale in qualche misura anche per il Veneto, mentre l'alta mobilità della popolazione residente in Emilia-Romagna corrisponde ad un saldo migratorio interno il più elevato tra le regioni. All'opposto, troviamo il Molise, la Calabria e la Sicilia con la mobilità più bassa (attorno al 35‰) ed un saldo migratorio interno di segno negativo. La Campania, che presenta il più forte saldo negativo interno (–4,4‰), registra una mobilità quasi sulla media italiana, probabilmente anche frutto degli spostamenti di residenza frequenti nell'area napoletana, densamente popolata e suddivisa in numerosi comuni. Meno mobili rispetto al valore medio nazionale appaiono la Sardegna, le regioni centrali (Toscana esclusa), la Liguria e la Provincia Autonoma di Bolzano. Si può presumere che il ridotto valore che presenta il Lazio dipenda in parte dal fatto che l'ampiezza territoriale del comune di Roma riassorbe tra i cambiamenti di domicilio intracomunali, qui non conteggiati, gran parte della mobilità residenziale vicinale, che invece provoca cambiamenti di residenza tra comuni nelle altre realtà metropolitane, dove la dimensione del comune centrale è molto più ridotta.

Il saldo migratorio interno appare quasi ovunque stabile o in riduzione, sia rispetto al triennio precedente, sia nel corso del biennio 2005-2006. È possibile che, al di là delle correzioni d'ufficio, negli anni immediatamente successivi al censimento vi sia stata una corsa a ripristinare situazioni di comodo cancellate in conseguenza della rilevazione censuaria del 2001. Oramai tale fase può dirsi esaurita, così che i valori sono tornati su livelli fisiologici, distinguendo nettamente le regioni del Mezzogiorno (Sardegna esclusa), dove le cancellazioni per cambiamento di residenza superano le contemporanee iscrizioni, da tutte le altre regioni e province autonome del Nord e del Centro. Si è già detto dei valori positivi particolarmente elevati che presentano la Valle d'Aosta e l'Emilia-Romagna, così come delle perdite migratorie delle regioni meridionali, con Campania, Calabria e Basilicata in testa. L'irrisolta dicotomia socioeconomica tra Nord e Sud continua a manifestarsi anche con questi saldi migratori, migrazioni dal Sud verso il Nord che, se pur non più così intense come nel passato, permangono, ed in parte vengono sostituite da una mobilità temporanea di lungo raggio, settimanale o mensile, che non può apparire nelle registrazioni di cambiamento di residenza qui considerate.

Quest'ultima considerazione fa riflettere sulla possibile insufficienza dei dati anagrafici per il dimensionamento dei servizi sociosanitari. Ovunque sia sistematicamente presente una consistente popolazione temporanea, vuoi per motivi di lavoro, vuoi per motivi turistici, è necessario che le strutture sanitarie vengano sovradimensionate rispetto alla sola popolazione ivi residente, in modo da poter rispondere alla probabile domanda aggiuntiva dovuta a quelle presenze, individualmente temporanee, ma stabilmente consistenti.

Gli indicatori relativi ai flussi con l'estero testimoniano, con la prossimità tra i valori della mobilità, quelli del saldo e quelli dell'immigratorietà, che è quest'ultima ancora a determinare il grosso del fenomeno migratorio nel nostro paese e nelle sue diverse regioni. Tutti i valori si sono quasi ovunque ridotti tra il 2005 ed il 2006, ma nel primo anno le iscrizioni in anagrafe a seguito delle regolarizzazioni conseguenti all'applicazione della legge "Bossi-Fini" sono state certamente più numerose che nel secondo, anche se ancora oggi quelle operazioni non si possono dire del tutto concluse. Rispetto a questi indicatori, la dicotomia Nord-Sud appare ancora più netta, con tutte le regioni meridionali su valori inferiori alla media nazionale e quelle del Nord e del Centro, invece, su valori superiori, con Provincia Autonoma di Trento, Emilia-Romagna, Umbria, Veneto e Lombardia su quelli più elevati.

È interessante notare dal grafico 1 la stretta relazione che esiste tra il saldo migratorio interno e quello con l'estero. L'attrazione e la repulsione delle regioni agiscono dunque sia nei confronti dei flussi migratori interni, sia nella mobilità con l'estero. Riguardo a quest'ultima, va ricordato che nel biennio 2005-2006 sono state registrate circa 55.000 cancellazioni per l'estero dall'insieme delle regioni meridionali ed insulari, che testimoniano la persistenza di un fenomeno di emigrazione dal nostro Sud verso l'estero, che è non sufficientemente monitorato. La convergenza di flussi di immigrazione dall'interno come dall'estero verso alcune regioni e, presumibilmente, verso alcune loro aree nelle quali risulta maggiormente insoddisfatta la domanda di lavoro, può creare fenomeni di intasamento delle strutture sociosanitarie locali, nonché l'insorgere di particolari problemi di prevenzione, di cura e di assistenza, anche in relazione all'eterogeneità delle popolazioni convenute.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 11

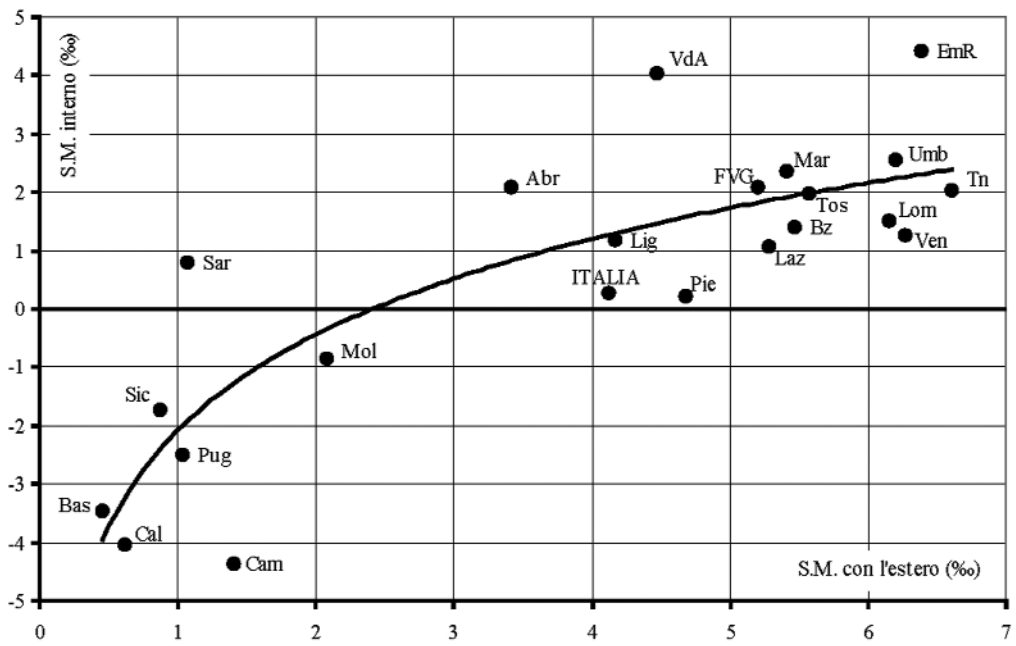
Tabella 1 - *Mobilità e saldo medio annuo (per 1.000 residenti in media in ciascun anno) interno e con l'estero, iscrizioni dall'estero e tendenza nel biennio per regione - Anni 2005-2006*

Regioni	Movimenti interni		Movimenti con l'estero		
	Mobilità	Saldo	Mobilità	Saldo	Iscrizioni
Piemonte	60,2 ++	+0,2 +	6,5 –	+4,7 —	5,6 –
Valle d'Aosta	75,5 ++	+4,0 —	5,9 –	+4,5 –	5,2 –
Lombardia	65,4 ++	+1,5 +	8,4 –	+6,1 —	7,3 —
Trentino-Alto Adige	47,9 +	+1,7 ~	8,9 ~	+6,0 –	7,5 –
Bolzano-Bozen	*44,4 ~*	*+1,4 ~*	*8,8 –*	*+5,5 –*	*7,1 –*
Trento	*51,3 ++*	*+2,0 ~*	*9,0 ~*	*+6,6 –*	*7,8 ~*
Veneto	58,4 +	+1,3 ~	8,9 –	+6,3 —	7,6 –
Friuli-Venezia Giulia	55,5 +	+2,1 +	8,3 +	+5,2 +	6,7 +
Liguria	45,2 ~	+1,2 ~	6,4 ~	+4,2 ~	5,3 ~
Emilia-Romagna	60,1 +	+4,4 ~	8,4 –	+6,4 —	7,4 —
Toscana	50,5 +	+2,0 +	7,4 –	+5,6 —	6,5 –
Umbria	38,2 ~	+2,6 –	7,8 —	+6,2 —	7,0 —
Marche	45,8 +	+2,4 ~	7,5 —	+5,4 —	6,5 —
Lazio	41,7 —	+1,1 +	7,8 ~	+5,3 –	6,5 –
Abruzzo	39,9 +	+2,1 —	5,8 ~	+3,4 –	4,6 ~
Molise	32,0 +	–0,8 +	5,1 +	+2,1 ~	3,6 ~
Campania	45,8 ~	–4,4 ~	3,1 ~	+1,4 ~	2,3 ~
Puglia	26,2 +	–2,5 ~	3,1 +	+1,0 ~	2,1 ~
Basilicata	23,4 ~	–3,5 –	4,0 +	+0,5 –	2,2 ~
Calabria	32,7 ~	–4,0 +	5,9 ~	+0,6 –	3,3 ~
Sicilia	36,3 ~	–1,7 +	4,3 +	+0,9 ~	2,6 ~
Sardegna	37,8 +	+0,8 +	2,9 ~	+1,1 ~	2,0 ~
Italia	**48,9 +**	**+0,3 ~**	**6,5 –**	**+4,1 –**	**5,3 –**

Nota: Per il significato e le modalità di attribuzione dei simboli, v. testo.

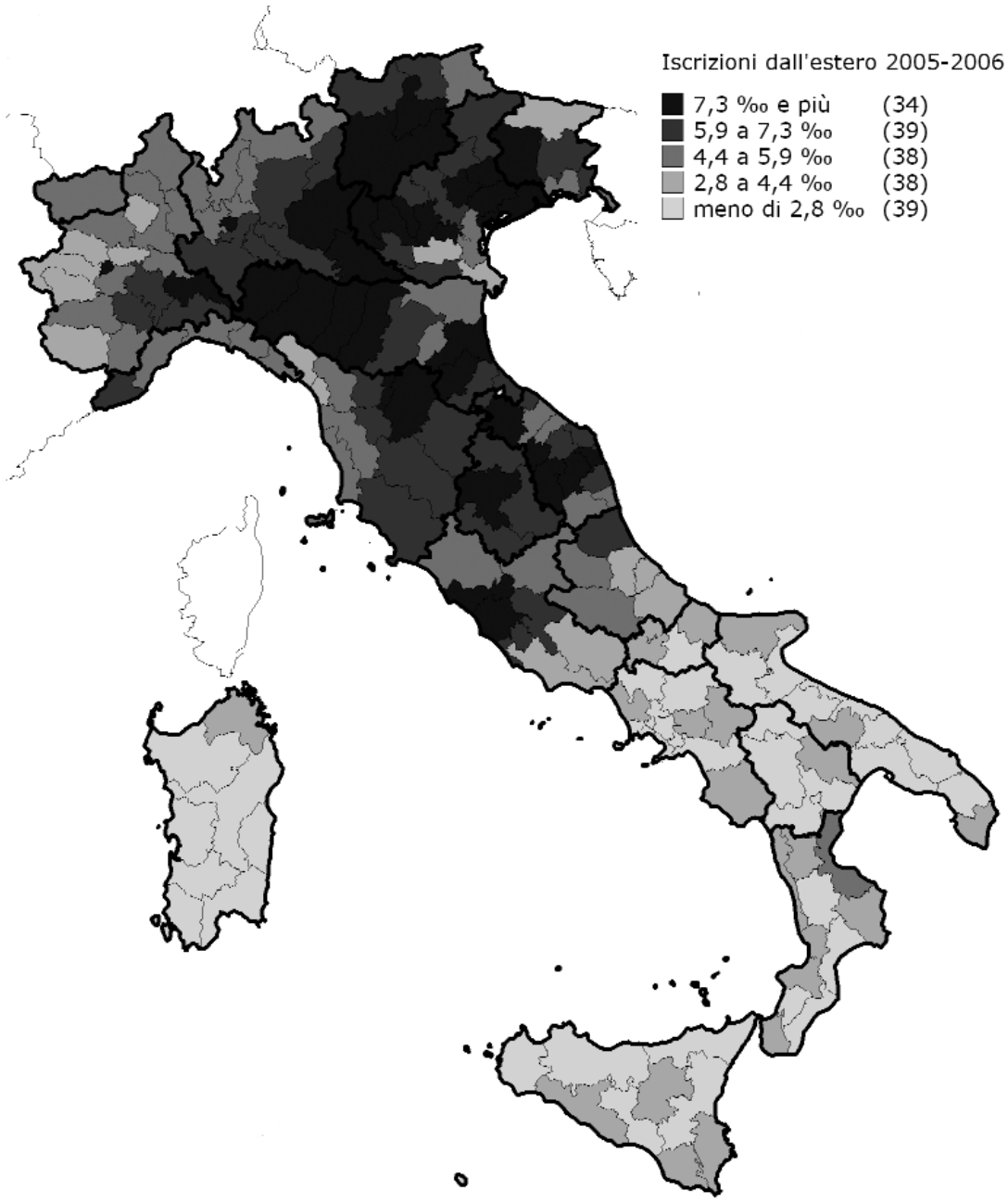
Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Istat disponibili nel sito <http://demo.istat.it/>.

Grafico 1 - *Saldo migratorio interno e con l'estero medi annui (per 1.000) per regione - Anni 2005-2006*



Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 12

Immigratorietà dall'estero media annua (per 1.000 residenti in media in ciascun anno) per ASL. Anni 2005-2006



La più elevata attrazione nei confronti dell'immigrazione proveniente dall'estero è stata esercitata dal comune di Milano, seguito dalle ASL di Prato, Arzignano e Verona, tutte al di sopra di 10 immigrati dall'estero per anno ogni 1.000 residenti; ma sono diverse le realtà piccole e grandi che hanno richiamato flussi importanti, tutte appartenenti alle ripartizioni del Nord e del Centro. Al Sud si trovano le ASL meno ricettive, con in testa ASL importanti come quelle di Napoli e di Bari.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 13

Indice di fecondità su dati di struttura

Significato. Il rapporto tra il numero di bambini in età tra 0 e 4 anni ed il numero di donne in età feconda (convenzionalmente, 15-49 anni), equiripartito sui cinque anni nei quali quei bambini sono nati, è un indice di struttura utilizzabile come indicatore indiretto della fecondità ed assimilabile, a meno degli effetti della mortalità infantile e di quella fino al quinto compleanno, al quoziente generale di fecondità (NV_t / $D_{t,15-49}$). Di conseguenza, l'indice ha un riferimento temporale retrospettivo al quinquennio che precede la data di rilevazione o di stima della struttura della popolazione utilizzata per il suo calcolo: approssima, quindi, la fecondità media di tale quinquennio.

Validità e limiti. L'indice è in realtà un rapporto di coesistenza, calcolato in una struttura della popolazione rilevata o stimata ad un dato momento (qui all'1 gennaio degli anni 2003 e 2006) e non, come dovrebbe essere nella misura di una componente della dinamica demografica, un rapporto di derivazione del flusso a numeratore (i nati vivi nel corso di un anno) rispetto alla popolazione di presumibile provenienza (il numero medio di donne in età feconda in quello stesso anno), posta a denominatore. Tra le differenze tra i due indicatori, oltre alle ormai poche eliminazioni per morte che riducono i nati vivi nei primi cinque anni di vita (tra il 4 ed il 5‰ dei nati vivi, con un effetto sull'indicatore di fecondità stimabile in 0,2‰), vanno ricordati i possibili effetti sul numeratore, in positivo o in negativo, delle migrazioni di bambini: avvenendo però in genere quegli spostamenti al seguito delle madri, anche il denominatore dovrebbe variare in parallelo. Altrettanto non si può invece dire nel caso di donne in età feconda immigrate lasciando i figli in patria, così che aumenta il solo denominatore.
Nei confronti tra i valori, così come per tutti i quozienti generali, va tenuto presente che si tratta di valori non standardizzati, che risentono quindi della diversità della struttura per età, qui, in particolare, delle donne tra i 15 ed i 49 anni. Per come è costruito, l'indice di fecondità non permette l'adozione di alcun metodo di standardizzazione.

Indicatore	Indice indiretto di fecondità recente = Numero di bambini nelle età tra 0 e 4 anni al tempo *t* ogni 1.000 donne in età feconda (15-49 anni) al tempo *t*
Numeratore	1.000 x Numero di bambini 0-4 anni al tempo *t* / 5 anni
Denominatore	Numero di donne 15-49 anni al tempo *t*

In tabella 1 sono messi a confronto gli indici calcolati sui dati di struttura all'1 gennaio 2003 ed all'1 gennaio 2006. Pertanto, con i limiti insiti nell'indicatore utilizzato, viene confrontata la fecondità media del quinquennio 1998-2002 con quella del quinquennio 2001-2005, parzialmente sovrapposto al precedente. La scelta del 2003 è dipesa dalla possibilità, a partire da quell'anno, di disporre anche della struttura per sesso ed età della popolazione residente straniera. In tabella, infatti, sono anche riportate le stime della fecondità recente delle straniere, così come calcolabili attraverso l'indicatore di struttura. Questi risultati vanno presi con particolare cautela, in quanto riferiti ad una popolazione particolarmente esposta a sottoenumerazioni selettive ed a variazioni improvvise, anche di natura meramente amministrativa e contabile, delle popolazioni poste sia a numeratore, sia a denominatore dell'indice. Inoltre, queste stime non possono essere confrontate con gli indicatori correnti di fecondità delle straniere in Italia, in quanto i figli delle neoimmigrate, in età inferiore ai cinque anni, possono essere nati nel paese d'origine o altrove ed essere successivamente immigrati in Italia con le loro madri. Infine, per una corretta stima della fecondità delle donne straniere andrebbero aggiunti al numeratore i bambini nati da matrimoni misti con marito italiano, i quali dovrebbero per ciò assumere automaticamente la cittadinanza italiana.
Nel primo cartogramma si confrontano i livelli regionali della fecondità, rispettivamente per le italiane e le straniere. I valori per le italiane sono stati ottenuti sottraendo ai dati della popolazione residente complessiva quelli relativi alla popolazione straniera. Le classi, definite sull'insieme dei valori presentati dalle due popolazioni, sono le stesse nei due cartogrammi; pertanto, non è assicurata l'equinumerosità separatamente nei due cartogrammi.
Il secondo cartogramma riporta la fecondità media del periodo 2001-2005 per ASL, così come stimata dai dati di struttura della popolazione residente complessiva all'1 gennaio 2006. La base cartografica è impostata sulle ASL, definite all'1 gennaio 2005, tranne che per le unità territoriali sub-comunali, per le quali il riferimento è all'intero comune.

Descrizione dei risultati

L'indice di fecondità calcolato in base ai rapporti di struttura, pur nella sua approssimazione e nonostante tutte le cautele sopra richiamate, illustra bene sia i differenziali ancora esistenti tra le regioni (tabella 1 e primo cartogramma) e le diverse aree del paese (secondo cartogramma), sia le differenze tra le donne italiane e quelle stra-

G. GESANO, F. HEINS, G. DI GIORGIO, F. RINESI

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 14

niere (primo cartogramma), sia la dinamica registrata dall'indice tra l'1 gennaio 2003 e l'1 gennaio 2006, che corrisponde al confronto tra i valori medi, rispettivamente, dei quinquenni 1998-2002 e 2001-2005 (tabella 1).
La fecondità regionale 2001-2005 si raccoglie attorno al valore medio nazionale (pari a 39,5 nati stimati in media per anno ogni 1.000 donne in età feconda) entro un intervallo che vede la Sardegna con il valore minimo di 32,2‰ e la Provincia Autonoma di Bolzano con il valore massimo di 46,4‰. Tra i valori più elevati, Campania (44,4‰) e Sicilia (41,0‰) seguono anche la Provincia Autonoma di Trento e non sono molto distanti dai valori che presentano la Lombardia (40,8‰), il Veneto (40,7‰) e la Valle d'Aosta (40,3‰). Tra le regioni meno feconde, la Liguria (35,2‰) segue anche il Molise (34,1‰) e non è lontana dai valori che presentano l'Abruzzo (36,1‰) e la Basilicata (36,3‰).
La geografia della fecondità è dunque cambiata nel paese, e cambiamenti importanti sono avvenuti anche nel breve intervallo tra i due periodi a confronto, peraltro parzialmente sovrapposti. La fecondità ha guadagnato più di 2‰ in Emilia-Romagna, in Toscana e nel Lazio e 1,9‰ in Lombardia; nel contempo, in quasi tutte le regioni meridionali il livello della fecondità si è ridotto tra 0,7 e 1,4‰, ed anche le Province Autonome del Trentino-Alto Adige hanno visto ridursi la loro fecondità. In altri termini, è proseguito il processo di convergenza della fecondità regionale verso il valore medio nazionale: il coefficiente di variazione si è infatti ridotto, tra i due periodi, da 0,34 a 0,27.
I fattori di tali cambiamenti sono diversi, ma, semplificandoli sulla base dei dati qui disponibili, si possono ricondurre a: 1) le variazioni della fecondità delle donne italiane, molto forti, in positivo, in Emilia-Romagna (+4,4‰) e superiori a +2‰ anche nel Lazio ed in Toscana, mentre le variazioni intervenute tra i due periodi a confronto sono state negative in quasi tutte le regioni a più elevata fecondità; 2) le variazioni della fecondità delle donne straniere, quasi ovunque negative, seppur debolmente, in plausibile conseguenza delle recenti regolarizzazioni anagrafiche delle immigrate dai Paesi balcanici e dell'Est europeo, più anziane e meno feconde delle precedenti immigrate dai Paesi del "Terzo mondo"; 3) l'aumento della quota di immigrate, verificatosi in misura molto ampia in tutte le regioni, ma che solo al Nord ed al Centro può aver contribuito all'aumento della fecondità regionale. Infatti, in tutte le regioni dal Lazio in giù la fecondità misurata sulle straniere risulta simile o addirittura inferiore a quello delle native: se per il Lazio la numerosa presenza di personale religioso, e quindi nubile, può giustificare questo fatto, per le altre regioni esso è indice di un'immigrazione meno famigliare e radicata rispetto a quella che ormai caratterizza le regioni del Nord-Centro.

Tabella 1 - *Indice di fecondità (per 1.000 donne residenti) complessivo e delle straniere per regione - 01/01/2003, 01/01/2006*[(a)]

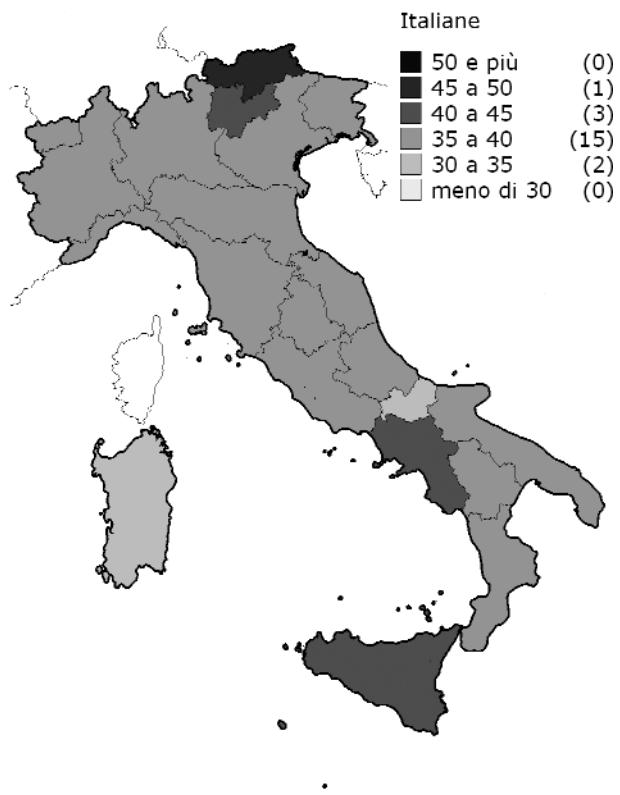
Regioni	Indice di fecondità complessivo		Indice di fecondità delle straniere	
	01/01/2003	01/01/2006	01/01/2003	01/01/2006
Piemonte	36,6	37,8	54,8	47,0
Valle d'Aosta	39,5	40,3	55,3	46,7
Lombardia	38,9	40,8	60,3	55,2
Trentino-Alto Adige	45,9	45,5	53,2	50,7
Bolzano-Bozen	*47,3*	*46,4*	*46,0*	*47,8*
Trento	*44,6*	*44,5*	*59,2*	*53,0*
Veneto	39,4	40,7	63,1	57,5
Friuli-Venezia Giulia	36,0	37,7	38,8	43,0
Liguria	33,7	35,2	36,9	36,6
Emilia-Romagna	37,3	39,6	60,7	53,6
Toscana	35,5	37,7	46,3	44,5
Umbria	36,1	37,6	48,0	43,9
Marche	37,2	38,2	55,9	50,1
Lazio	36,4	38,5	34,2	37,5
Abruzzo	35,7	36,1	36,0	34,9
Molise	35,3	34,1	25,0	26,1
Campania	44,4	43,3	33,8	24,0
Puglia	40,3	39,3	46,5	40,3
Basilicata	37,7	36,3	34,0	29,3
Calabria	38,1	37,4	30,5	26,2
Sicilia	41,0	41,0	45,0	41,9
Sardegna	31,7	32,2	30,5	27,6
Italia	**38,6**	**39,5**	**51,1**	**47,3**

[(a)]Alle due date si possono associare rispettivamente le fecondità medie nei quinquenni 1998-2002 e 2001-2005.
Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Istat disponibili nel sito <http://demo.istat.it/>.

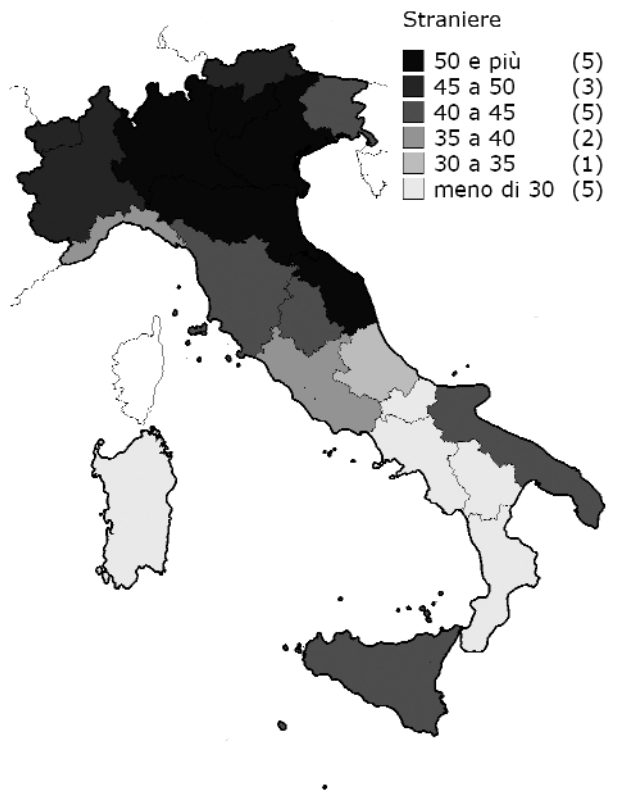
Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 15

Indice di fecondità (per 1.000 donne residenti) per regione, cittadinanza e classe di età 15-49 anni. 1 gennaio 2006, corrispondente alla fecondità media nel quinquennio 2001-2005

ITALIANE

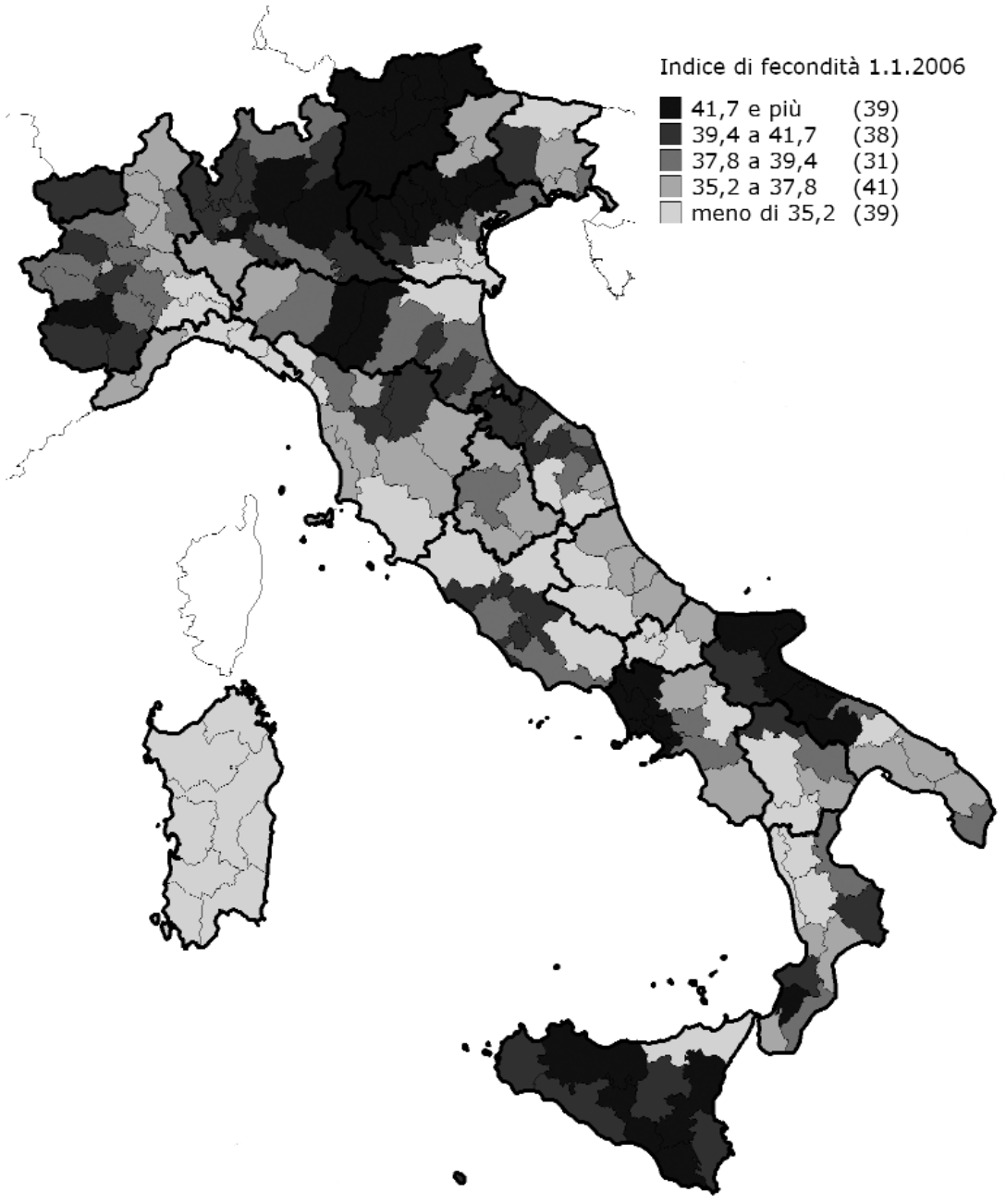


STRANIERE



Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 16

Indice di fecondità (per 1.000 donne residenti) per ASL e classe di età 15-49 anni. 1 gennaio 2006, corrispondente alla fecondità media nel quinquennio 2001-2005



Saltata ormai da tempo la dicotomia Nord-Sud in tema di livelli di fecondità, i livelli più elevati si trovano un pò sparsi sia al Nord, più che al Centro, sia in alcune aree del Meridione e specialmente in Sicilia, Messina esclusa, nella Puglia centro-settentrionale, nell'area di Napoli e Caserta. Al Nord, oltre alle ASL delle due Province Autonome di Bolzano e Trento, vi è tutta una fascia a più o meno elevata fecondità che va dai confini orientali del Piemonte fino a Pordenone, mentre anche in Emilia-Romagna sono diverse le ASL a fecondità elevata o molto elevata. I comportamenti più controllati si trovano nel basso Piemonte e nel Levante ligure, in Carnia, alle foci del Po, nel Grossetano e Viterbese, nelle ASL interne dell'Ascolano, lungo tutta la dorsale appenninica meridionale e, soprattutto, nell'intera Sardegna.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 17

Raccomandazioni di Osservasalute

Le indicazioni che vengono dai livelli e dalle dinamiche della fecondità regionale, nonché dalla sua composizione per cittadinanza delle madri suggeriscono agli operatori sanitari di rivolgere una crescente attenzione ad un fenomeno che si riteneva in calo, ovvero ormai attestato su livelli minimi. Devono essere valutate le conseguenze sui riorientamenti strutturali e finanziari resi necessari dalla ripresa della fecondità nelle regioni dove essa era più bassa e poteva aver indotto disinvestimenti o minori spese nei settori della medicina neonatale e materno-infantile. L'accresciuta eterogeneità delle madri per cittadinanza, costumi, lingue, cultura aggiunge poi problemi nuovi nell'assistenza alla gravidanza, al parto, al puerperio, così come nei servizi di ginecologia e di pediatria. Anche i servizi sociosanitari rivolti all'infanzia devono attrezzarsi per poter raggiungere e dialogare efficacemente con le giovani famiglie con prole provenienti da numerosi e diversi paesi del mondo.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 18

Struttura demografica della popolazione

Significato. La struttura per età della popolazione assume particolare importanza nel dimensionamento e nella programmazione dei servizi sociosanitari. La diversità della domanda di assistenza e delle patologie in relazione dell'età degli assistiti implica infatti degli adattamenti dell'offerta in funzione della composizione per sesso ed età dell'insieme della popolazione. In particolare, la popolazione in età 65 e più anni è quella più esposta al rischio di malattie gravi ed invalidanti ed al rischio di morire, soprattutto nelle età successive ai 75 anni. La dimensione e la dinamica della popolazione "anziana" (65-74 anni) e "molto anziana" (75 e più anni) vanno dunque monitorate con particolare attenzione.

Validità e limiti. I dati di riferimento per l'analisi della struttura della popolazione sono forniti annualmente dall'Istat per singola età e con dettaglio territoriale fino al singolo comune, con la possibilità di distinguere anche i residenti stranieri: per quanto siano frutto di stime basate sulla struttura rilevata all'ultimo censimento, modificata in seguito alla dinamica delle generazioni ed alle variazioni anagrafiche intervenute, i dati possono essere utilizzati con fiducia, almeno per la costruzione di indicatori macro, così come qui proposto.
Nella definizione della popolazione "anziana", qui tra i 65 ed i 74 anni, e "molto anziana", da 75 anni in poi, va tenuto presente che i limiti utilizzati sono più anagrafici che reali traguardi nella vita delle singole persone e che all'interno di quelle classi di età permane ed anzi si accentua la variabilità individuale delle condizioni di salute fisica e mentale e, di conseguenza, la dimensione ed il tipo di domanda di assistenza sociosanitaria.

Parametri misurati	Percentuale di popolazione "anziana" (65-74 anni) Percentuale di popolazione "molto anziana" (75 e più anni)
Numeratori	Popolazione residente di 65-74 anni Popolazione residente di 75 e più anni
Denominatore	Totale popolazione residente

Il grafico 1 rappresenta il complesso della popolazione per sesso e singola età attraverso la tradizionale "piramide". Viene posta a raffronto la struttura della popolazione italiana all'1 gennaio 2006 con le due situazioni regionali estreme: la Liguria, regione più vecchia, e la Campania, regione invece più giovane.
Nella tabella 1 sono riportati: l'ammontare in valore assoluto (in migliaia), la quota percentuale sul complesso della popolazione, la variazione media annua percentuale e la quota percentuale di donne, rispettivamente per la popolazione "anziana" (65-74 anni) e "molto anziana" (75 e più anni). I dati di stato sono riferiti all'1 gennaio 2006; quelli dinamici al triennio 01/01/2003-01/01/2006. Il grafico 2 visualizza il peso relativo della popolazione "anziana" e di quella "molto anziana" nelle singole regioni e province autonome, ordinando queste in senso decrescente per percentuale di popolazione di 65 e più anni. Nel grafico 3 si evidenzia la relazione esistente tra la percentuale di popolazione "anziana" o "molto anziana" già raggiunta all'1 gennaio 2003 e la variazione media annua percentuale che le due popolazioni hanno subito nel triennio 2003-2005.
Infine, il cartogramma classifica le ASL per percentuale di popolazione di 65 e più anni. La base cartografica è impostata sulle ASL, definite all'1 gennaio 2005, tranne che per le unità territoriali sub-comunali, per le quali il riferimento è all'intero comune.

G. GESANO, F. HEINS, G. DI GIORGIO, F. RINESI

Descrizione dei risultati

Il confronto delle due piramidi regionali per sesso ed età della popolazione residente in Liguria ed in Campania, tra loro e con quella media nazionale, evidenzia l'ancora forte difformità delle strutture demografiche alle quali i locali servizi sociosanitari sono chiamati a rispondere. La struttura della popolazione della Liguria è ormai da tempo e definitivamente conformata secondo una netta prevalenza degli anziani: la metà di essa ha più di 47 anni ed un altro quarto ha tra i 30 ed i 46 anni, lasciando solo un quarto di popolazione con meno di 30 anni, e ciò nonostante una presenza non trascurabile di residenti stranieri nelle età giovanili e centrali. In Campania, invece, più della metà della popolazione ha meno di 37 anni e solo un quarto ne ha più di 55. La domanda di servizi sociosanitari è dunque molto diversa ed altrettanto diverse dovrebbero essere le strutture e la ripartizione delle spese. Ma quelle stesse piramidi mandano chiari segnali circa il futuro che ci si può attendere dalla evoluzione di quelle strutture, con la Liguria che non potrà che veder confermato nel tempo un invecchiamento che subisce da tempo ed al quale i suoi servizi dovrebbero ormai essere in grado di rispondere, e la Campania, prototipo di quasi tutte le altre regioni del Sud, che, a causa dello slittamento verso l'alto delle generazioni numerose ora in età matura e centrale,

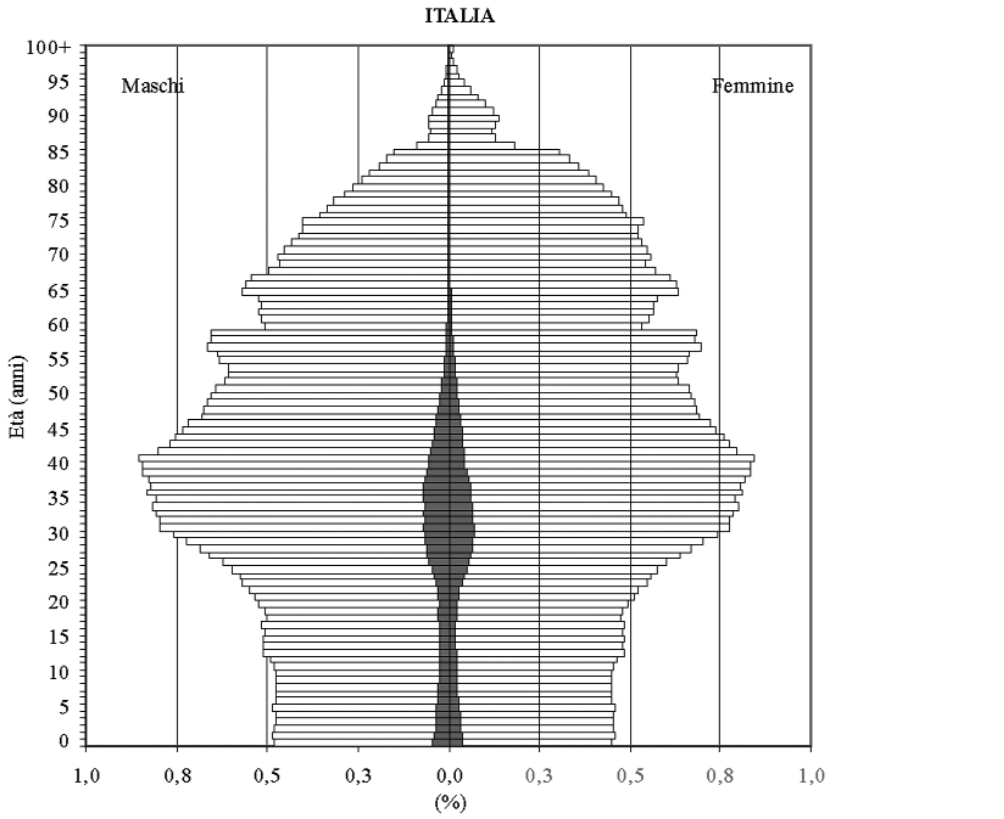
Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 19

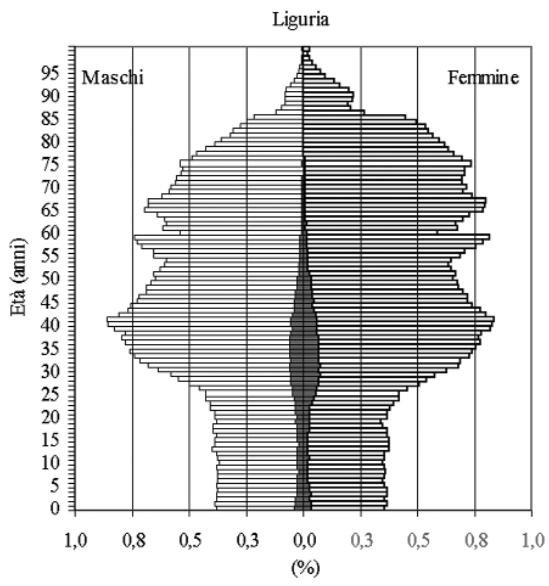
vedrà ampliarsi la quota di popolazione anziana e ridursi quella dei giovani e giovanissimi, causando uno stravolgimento nelle priorità assistenziali. Tutto ciò dovrebbe far fin d'ora reindirizzare investimenti e progetti nel campo della sanità e dell'assistenza sociale.
D'altra parte, dall'insieme dei dati presentati e, in particolare, dal grafico 3 emerge chiaramente come le regioni che già presentavano alti livelli di invecchiamento della loro popolazione residente abbiano subito tra l'inizio del 2003 e la fine del 2005 processi di ulteriore invecchiamento più ridotti di quelli subiti dalle regioni dalla popolazione meno invecchiata. Questo fatto è particolarmente evidente per la popolazione da 75 anni in poi, la cui quota presenta una maggiore variabilità tra le regioni e province autonome rispetto alla popolazione "anziana" (65-74 anni), ma mostra una relazione più stretta tra livello già raggiunto e l'ulteriore invecchiamento nel triennio 2003-2005. Anche per l'invecchiamento della popolazione, dunque, andiamo verso una convergenza delle regioni, dopo che le conseguenze dei differenti tempi d'inizio e di durata delle fasi della "transizione demografica"[1] le aveva portate per molto tempo lungo processi di divergenza.
Per quanto riguarda nello specifico la popolazione qui definita "anziana", cioè tra i 65 ed i 74 anni, va sottolineata la maggiore uniformità tra le regioni, sia in termini di quota raggiunta rispetto al totale della popolazione residente, sia di dinamica nel periodo 2003-2005. È, o dovrebbe essere questa una popolazione sulla quale poter contare non solo per poter limitare gli interventi di assistenza sociosanitaria più impegnativi e dispendiosi, ma anche, in progetti innovativi e lungimiranti per una "anzianità attiva", per poterne trarre risorse umane e professionali in azioni di volontariato, di auto-aiuto e simili. In effetti, è questa una popolazione che ha davanti a sé ancora consistenti speranze di vita (al 70° compleanno, circa 14 anni gli uomini e 17 le donne) e la cui mortalità tra i 65 ed i 74 anni è, almeno per le donne, solo di poco superiore a quella media dell'intera popolazione. Si tratta di un gruppo demografico dalle buone potenzialità che, peraltro, vanno migliorando con il progressivo subentrare in questa classe di età di generazioni più istruite, più attente alla propria salute e, forse, più disponibili ad impegnarsi, una volta pensionate, in attività post-lavorative. La sfida per gli istituti regionali che si occupano di assistenza sanitaria e sociale sta dunque nel riuscire a mobilitare quelle potenzialità e a trasformarle in attività utili, ad un tempo, all'organizzazione sociosanitaria ed alle stesse persone anziane coinvolte.

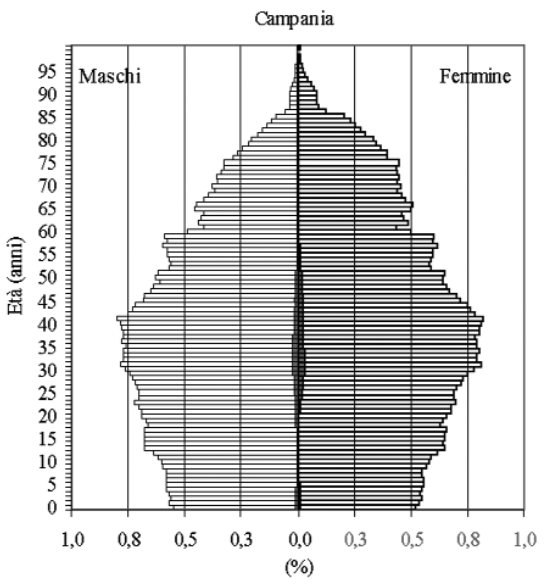
[1] È così definito il complesso processo, comune a quasi tutte le popolazioni pur con importanti specificità di fasi e di modi, attraverso il quale una popolazione caratterizzata da uno pseudo-equilibrio basato su alti livelli di natalità e di mortalità, ritrova tale equilibrio, o addirittura diventa in regresso naturale di popolazione, su livelli di natalità e di mortalità assai più ridotti. Tale processo vede, in generale, prima una netta diminuzione della mortalità, poi, dopo un certo tempo, la diminuzione della natalità. Le conseguenze sulla struttura sono un ringiova-nimento durante la prima fase, ed un progressivo invecchiamento solo a partire dalla diminuzione della natalità.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 20

Grafico 1 - *Piramidi per cittadinanza, sesso e età: Italia, Liguria e Campania - 01/01/2006*







Nota: All'interno delle piramidi, in colore più scuro, è rappresentata la popolazione residente straniera.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 21

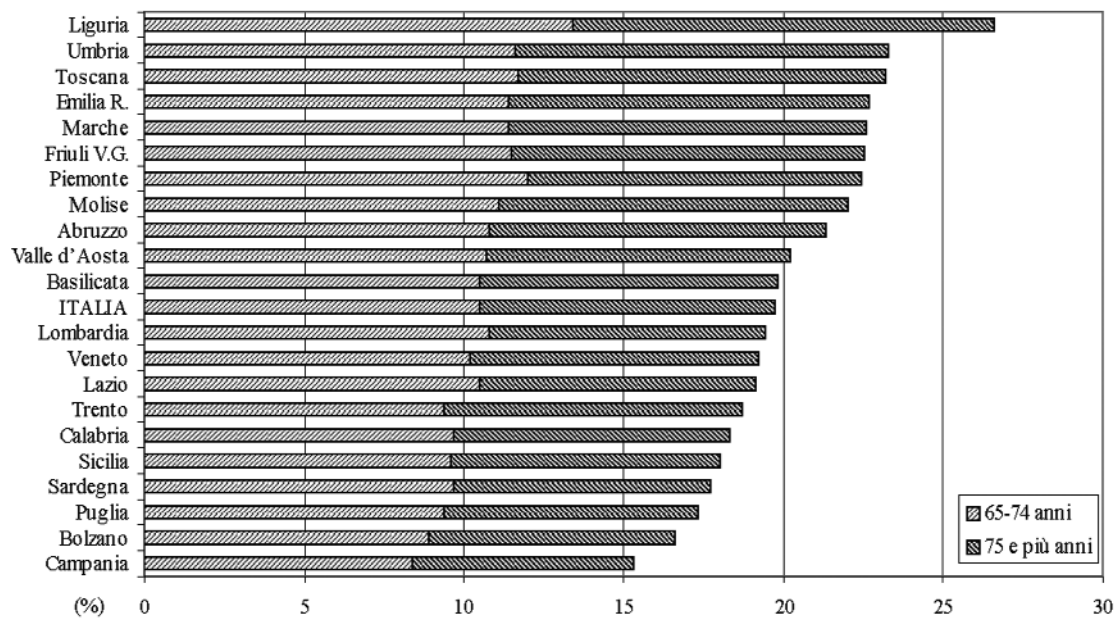
Tabella 1 - *Popolazione (valori assoluti in migliaia, valori relativi in percentuale) di 65-74 anni e di 75 e oltre, variazione relativa media annua e composizione per regione e sesso. Situazione all'01/01/2006 e variazioni rispetto all'01/01/2003*

Regioni	Popolazione di 65-74 anni				Popolazione di 75 e oltre			
	Valore assoluto (000)	Valore relativo % P.T.	Δ 2003-2005 t.m.a. %	Quota donne % P.C.	Valore assoluto (000)	Valore relativo % P.T.	Δ 2003-2005 t.m.a. %	Quota donne % P.C.
Piemonte	521	12,0	+1,2	53,7	453	10,4	+3,2	64,0
Valle d'Aosta	13	10,7	+1,3	53,7	12	9,5	+3,4	65,0
Lombardia	1.023	10,8	+2,4	54,3	819	8,6	+3,7	66,0
Trentino-Alto Adige	90	9,1	+1,7	53,8	84	8,5	+3,2	64,9
Bolzano-Bozen	*43*	*8,9*	*+2,1*	*53,4*	*37*	*7,7*	*+3,3*	*64,0*
Trento	*47*	*9,4*	*+1,3*	*54,3*	*47*	*9,3*	*+3,1*	*65,6*
Veneto	481	10,2	+1,3	53,9	428	9,0	+3,1	65,3
Friuli-Venezia Giulia	139	11,5	+2,3	54,1	133	11,0	+1,4	66,4
Liguria	215	13,4	+0,5	54,9	212	13,2	+2,4	64,2
Emilia-Romagna	479	11,4	+1,0	53,6	472	11,3	+2,2	62,8
Toscana	423	11,7	+1,1	53,9	417	11,5	+2,2	62,7
Umbria	101	11,6	+0,8	53,7	101	11,7	+2,7	61,9
Marche	174	11,4	+1,0	53,5	171	11,2	+2,7	61,6
Lazio	558	10,5	+1,4	54,8	456	8,6	+3,4	62,7
Abruzzo	141	10,8	+0,3	53,4	137	10,5	+3,1	61,7
Molise	36	11,1	–0,7	54,0	35	10,9	+2,8	61,5
Campania	488	8,4	+0,4	54,6	398	6,9	+4,2	62,9
Puglia	381	9,4	+1,2	54,3	322	7,9	+3,9	61,2
Basilicata	63	10,5	–0,5	53,9	55	9,3	+3,5	59,3
Calabria	195	9,7	+0,1	53,5	172	8,6	+3,5	60,6
Sicilia	480	9,6	+0,4	54,4	422	8,4	+3,4	60,6
Sardegna	160	9,7	+2,1	54,0	132	8,0	+3,9	61,3
Italia	**6.161**	**10,5**	**+1,3**	**54,1**	**5.431**	**9,2**	**+3,1**	**63,3**

P.T. = Popolazione totale 0-ω anni; P.C. = Popolazione totale della classe di età corrispondente; t.m.a. % = tasso medio annuo per 100 "anziani" (65-74 anni) o "vecchi" (75 e più anni) all'1 gennaio 2003.

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Istat disponibili nel sito <http://demo.istat.it/>.

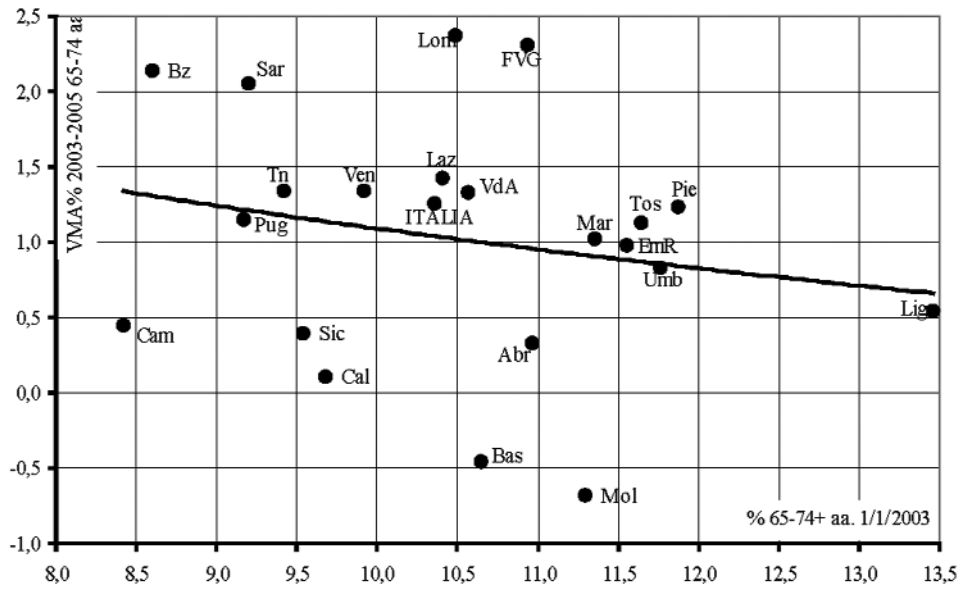
Grafico 2 - *Popolazione residente (per 100) di 65-74 anni e 75 e oltre per regione - 01/01/2006*



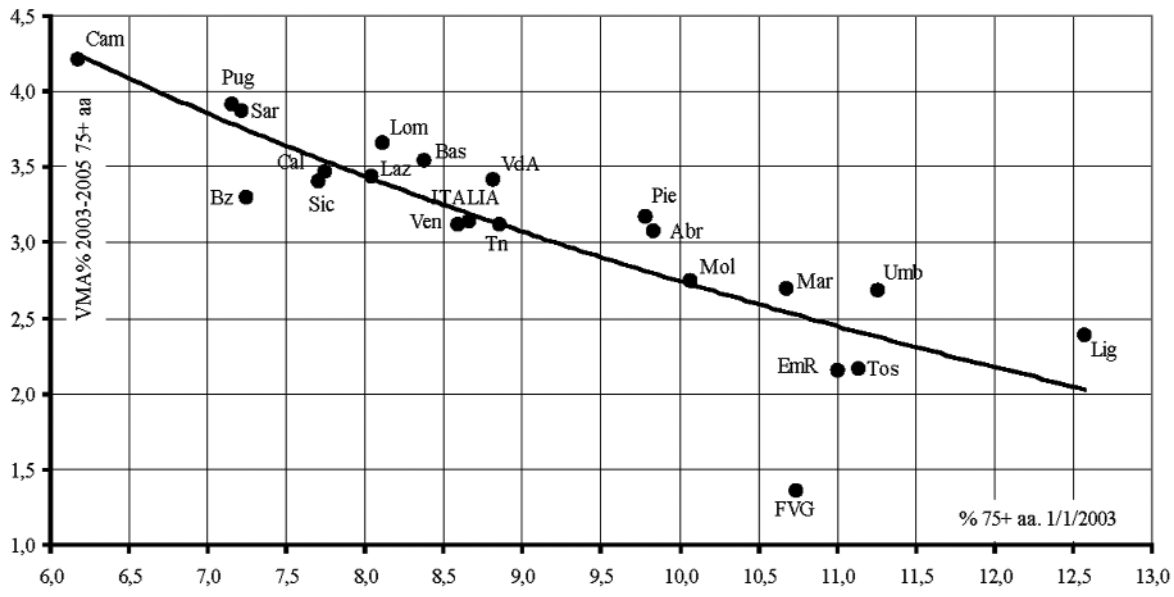
Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 22

Grafico 3 - *Popolazione (per 100) "anziana" (65-74 anni) o "molto anziana" (75 e oltre) per regione - Situazione all'01/01/2003 e variazione media annua (per 100) nel 2003-2005*

Popolazione "anziana" (65-74 anni)

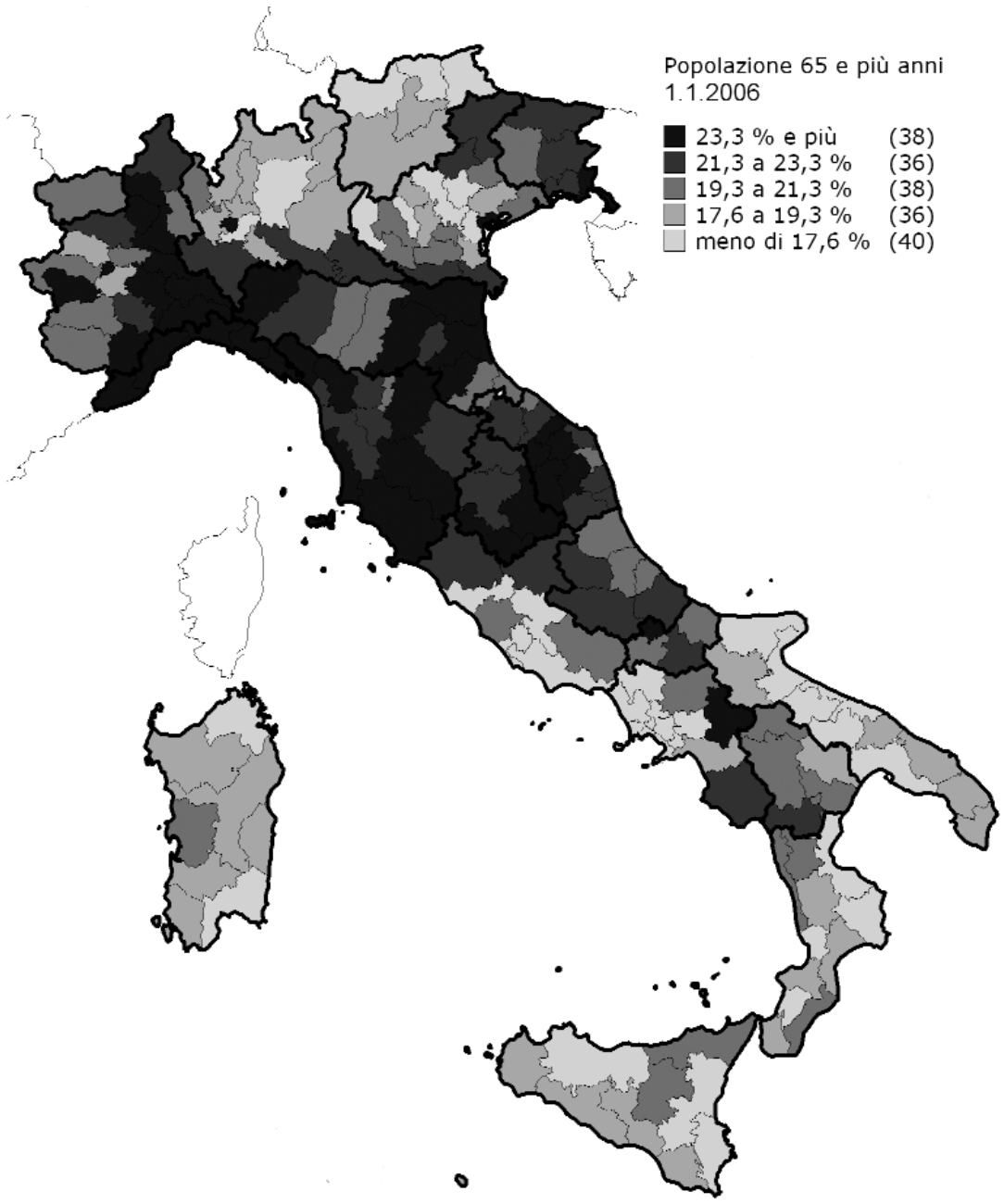


Popolazione "molto anziana" (75 e oltre)



Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 23

Quota di popolazione residente (per 100) in età 65 e oltre per ASL. 1 gennaio 2006



Per quanto riguarda l'invecchiamento della popolazione residente, la dicotomia Nord-Sud ancora regge, fatto salvo un vasto nucleo di ASL della Lombardia, del Veneto e del Trentino-Alto Adige su livelli più bassi di presenza di popolazione anziana e, al Sud, alcune ASL più interne, dove la quota di anziani è sensibilmente più elevata rispetto al contesto meridionale. A parte gli effetti strutturali della più alta fecondità nelle due Province Autonome del Trentino-Alto Adige, una componente importante di quelle eccezioni va individuata negli spostamenti migratori: soprattutto in positivo dall'estero nelle ASL del Nord più giovani; in negativo verso l'interno e le altre ripartizioni nelle ASL più invecchiate dell'Appennino meridionale.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 24

Raccomandazioni di Osservasalute

Può sembrare inutile ribadire l'utilità di considerare attentamente la struttura della popolazione che insiste sui servizi sociosanitari regionali e delle singole ASL. Dimensione e tipologia di questi dipendono in modo significativo dalla composizione per sesso ed età della popolazione. Le stesse valutazioni a posteriori dell'entità e della ripartizione della spesa sociosanitaria corrente andrebbero fatte alla luce dei differenziali delle strutture demografiche. Perché, se diversi studi hanno accertato che il picco di spesa sanitaria per individuo si concentra negli ultimi mesi della sua vita, tutti i dati statistici confermano che le disabilità e le malattie croniche aumentano con l'età e che lo stesso mantenimento in buona o accettabile salute comporta più frequenti ed estesi interventi sia di prevenzione che curativi e farmacologici. La raccomandazione è però soprattutto in prospettiva. La struttura di una popolazione varia lentamente ma, per molti aspetti, inesorabilmente. È importante saper cogliere le modifiche venture e precederle con un'adeguata programmazione delle spese e degli investimenti.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 25

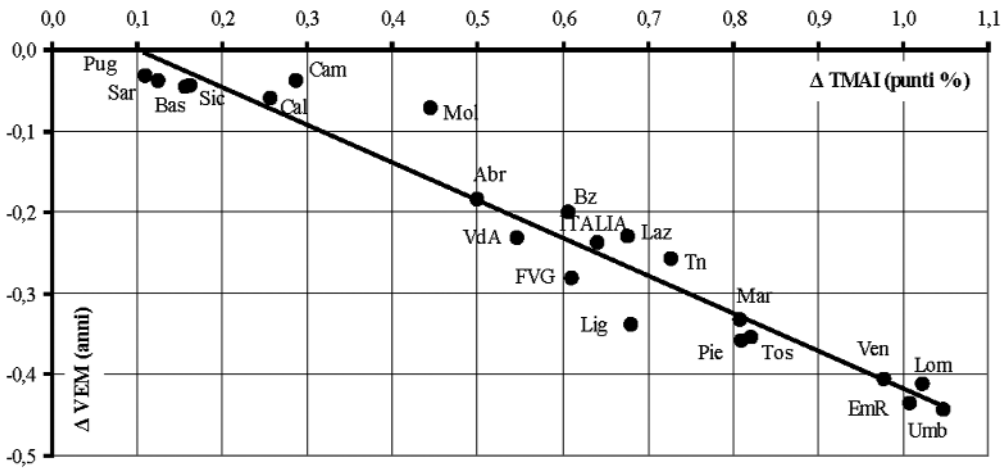
Gli effetti demografici della presenza degli stranieri

Prof. Giuseppe Gesano

L'immigrazione dall'estero e la presenza più o meno stabile di stranieri in un paese comportano degli effetti diretti ed indiretti sia sulla dinamica, sia sulla struttura della popolazione ivi residente. L'effetto diretto più ovvio è che la popolazione s'accresce per l'apporto del saldo migratorio con l'estero. Ma anche la struttura della popolazione residente tende a ringiovanire come conseguenza diretta dell'arrivo di immigrati stranieri, che generalmente appartengono alle classi di età lavorativa giovanile. Gli effetti indiretti sulla dinamica dipendono dalla minore mortalità di una popolazione giovane e tendenzialmente sana come quella immigrata (per quanto possano essere peggiori le sue condizioni di vita e di lavoro) e da una sua probabile maggiore natalità, dovuta alla concentrazione degli immigrati nelle età giovanili feconde ed a una fecondità degli immigrati che, almeno in origine, è in genere superiore a quella degli autoctoni. Quest'ultima componente, però, dipende molto dagli equilibri tra i due sessi nelle diverse etnie di immigrati, dal loro grado di integrazione nella società che li ospita e, più in generale, dal loro radicamento nel paese. La valutazione dell'entità di tali effetti è resa complicata dalla formazione di coppie miste e dalle acquisizioni di cittadinanza per matrimonio o su domanda degli immigrati da più tempo. A livello delle singole regioni, poi, andrebbe tenuto conto anche della mobilità interregionale della popolazione residente straniera, mobilità che è quasi sempre più elevata di quella della popolazione nazionale.

Una valutazione di sintesi è però possibile considerando separatamente la struttura e la dinamica della popolazione residente italiana e straniera. Ad esempio, la popolazione dei soli italiani sarebbe aumentata al tasso medio annuo del 0,18% nel periodo 01/01/2003-01/01/2006; in realtà, la popolazione complessiva residente in Italia è aumentata dello 0,83% in media all'anno, con una differenza di 0,64 punti percentuali. Nel contempo, l'età media dei residenti cittadini italiani sarebbe passata da 42,5 a 43,2 anni (+0,7 anni). Grazie alla presenza degli immigrati prima del 2003, l'età media della popolazione residente complessiva era già all'inizio di 0,3 anni più giovane, mentre ciò che di imputabile alla popolazione straniera è accaduto nel triennio 2003-2005 ha contenuto l'aumento dell'età media del totale dei residenti in Italia da 42,2 a 42,6 anni (+0,4 anni). Si può allora affermare che, tra l'01/01/2003 e l'01/01/2006, la presenza della popolazione straniera ha innalzato il tasso medio annuo di incremento dei residenti in Italia di 0,64 punti percentuali e ne ha ridotto l'invecchiamento di 0,24 anni.

Grafico 1 – *Variazione (in punti percentuali) dei tassi medi annui di incremento (Δ TMAI) della popolazione residente complessiva e di quella dei soli cittadini italiani nel periodo 2003-2005 e variazione (valori in anni e frazioni di anno) dell'età media (Δ VEM) nelle due popolazioni tra 01/01/2003 e 01/01/2006*



Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Istat disponibili nel sito <http://demo.istat.it/>.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 26

Il grafico qui riportato è costruito a livello regionale e delle due province autonome abbinando la differenza tra i loro tassi medi annui di incremento 2003-2005 della popolazione residente complessiva e di quella dei soli cittadini italiani (Δ TMAI, misurata in punti percentuali) con la differenza tra le variazioni dell'età media nelle due popolazioni tra l'01/01/2003 e l'01/01/2006 (Δ VEM, misurata in anni e frazioni di anno).
È evidente la stretta relazione tra i due effetti, ma anche la rilevanza quasi nulla di questi in tutte le regioni meridionali ed insulari, Abruzzo e Molise esclusi. Le regioni che più hanno beneficiato della presenza dei residenti stranieri sono, invece, l'Umbria, l'Emilia-Romagna, la Lombardia e il Veneto. In tutte queste regioni, il tasso di accrescimento medio annuo della popolazione è aumentato di 1 punto percentuale grazie alla presenza e al nuovo arrivo degli stranieri, e l'invecchiamento della popolazione si è ridotto di più di 0,4 anni a causa solo di quest'ultimo. Piemonte, Toscana e Marche hanno anch'esse tratto particolare beneficio dalla presenza straniera, sia in termini di dinamica, sia di struttura della popolazione, mentre è interessante notare come quella presenza abbia soprattutto ridotto l'ulteriore invecchiamento della già invecchiata popolazione della Liguria.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 27

Sopravvivenza e mortalità per causa

In questo capitolo si analizzano i differenziali di sopravvivenza e mortalità nelle regioni italiane. Rispetto al precedente Rapporto Osservasalute 2006 pagg. 1-13, per la speranza di vita, i dati provvisori sono stati aggiornati con quelli definitivi per il periodo 2003-2004 ed in più si può disporre dei dati provvisori per il 2005-2006.

Per quanto riguarda la mortalità totale i dati provvisori del 2003-2004 sono stati sostituiti da quelli definitivi. Inoltre rispetto alle precedenti edizioni, per controllare l'invecchiamento della popolazione è stato modificato il calcolo dei tassi dell'intero periodo analizzato: l'ultima classe di età quinquennale considerata nei tassi specifici '85 anni e oltre' è stata scomposta nelle due classi '85-89 anni' e '90 anni e oltre'.

Obiettivo del capitolo è quindi descrivere l'evoluzione della sopravvivenza e della mortalità negli ultimi anni. Per la speranza di vita alla nascita, gli uomini italiani, al 2006, possono aspettarsi di vivere mediamente 78,3 anni; le donne 83,9 anni. Sia per gli uomini che per le donne, la regione con la speranza di vita più elevata sono le Marche, quella più svantaggiata invece è la Campania. Grazie ai dati definitivi per il 2003 e 2004 è possibile confermare quanto osservato nel precedente rapporto con i dati provvisori: nel 2003 si è verificato un vero e proprio rallentamento della speranza di vita.

Anche per quanto riguarda la mortalità, i dati definitivi degli anni 2003 e 2004 confermano l'andamento generale dei dati provvisori della precedente edizione: si osserva una consistente diminuzione della mortalità nel 2004 come conseguenza dell'anticipazione dei decessi verificatasi nel 2003.

Nel capitolo sono presenti inoltre due approfondimenti.

Il primo, focalizzato sulla mortalità evitabile per traumatismi e avvelenamenti, mostra come oltre 76.000 morti nel triennio 2000-2002 siano ascrivibili al gruppo di cause "traumatismi e avvelenamenti". I decessi evitabili hanno un peso fortemente maggiore tra gli uomini rispetto alle donne e la quota più rilevante è quella riferita ai decessi per incidenti stradali. A livello territoriale sono le regioni del Nord Italia a presentare i tassi maggiori.

Il secondo approfondimento analizza le disuguaglianze sociali nella mortalità in Europa notando come dagli anni '80 ai '90 i differenziali sociali siano cresciuti ovunque per entrambe i sessi. Da un'analisi per causa di morte emerge come per gli uomini il 40% delle disuguaglianze sociali sia dovuto alle malattie cardiovascolari e il 24% ai tumori. Per le donne le malattie cardiovascolari e i tumori pesano rispettivamente il 60% e l'11%.

V. EGIDI, D. SPIZZICHINO

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 28

Livelli e dinamica della sopravvivenza

Significato. La speranza di vita (o durata media della vita o vita media) all'età *y*, rappresenta il numero medio di anni che una persona che compie l'*y*^{mo} compleanno in un certo anno di calendario potrebbe aspettarsi di vivere se nel corso della sua vita a venire fosse esposto agli stessi rischi di morte che le persone viventi in quello stesso anno sperimentano alle diverse età superiori all'età *y*.

Speranza di vita (o durata media della vita, o vita media) alla nascita, a 65 e a 75 anni

Formula

$$e_y = \sum_{x=y}^{\omega-1} L_x / l_y$$

dove: x = età, varia da y a ω - 1 (ω = età massima raggiunta da almeno un componente della popolazione)

Significato delle variabili

L_x = numero di anni vissuti tra le età x e $x + 1$ dalla generazione fittizia della tavola di mortalità
l_y = numero di sopravviventi all'età y della generazione fittizia della tavola di mortalità

Validità e limiti. Nonostante questo indicatore sia tra i più utilizzati e generalmente accettati, è bene ricordare che è il risultato di un modello teorico che presuppone la completa stazionarietà dei rischi di morte alle diverse età. Solo in questa ipotesi, infatti, le persone che compiono una certa età in un certo anno di calendario potrebbero avere la durata media della vita espressa dall'indicatore. Si tratta in definitiva di un indicatore calcolato sui contemporanei (persone che vivono oggi alle diverse età), letto come se esprimesse la storia di sopravvivenza di una generazione (persone che oggi hanno un'età definita e che quindi appartengono ad una stessa generazione).

Descrizione dei risultati

In Italia, al 2006, l'Istat stima pari a 78,3 la speranza di vita alla nascita per gli uomini e 83,9 per le donne, con un vantaggio quindi di 5,6 anni a favore di quest'ultime. Il primato della regione più longeva, tanto per gli uomini quanto per le donne, spetta come negli anni precedenti ancora alle Marche: 79,2 sono gli anni che mediamente può sperare di vivere un uomo nato nelle Marche e ben 84,8 per una donna. Si conferma fanalino di coda la Campania, con una speranza di vita pari a 76,9 e 82,7 anni rispettivamente per uomini e donne (tabella 1).
Interessante è analizzare il trend negli ultimi 5 anni (2002-2006). Come evidenziato nel Rapporto precedente, seppur con dati provvisori, il 2003 è un anno particolare: si assiste infatti ad un rallentamento della crescita della speranza di vita per gli uomini e addirittura ad una diminuzione per le donne (da 83,0 nel 2002 a 82,8 nel 2003). Tale fenomeno è in gran parte ascrivibile all'eccesso di mortalità verificatosi nell'estate del 2003 dovuto all'ondata di calore. L'andamento della speranza di vita alla nascita negli anni successivi potrebbe essere letto anche come conseguenza di tale rallentamento: nel 2004 la sopravvivenza cresce a ritmi molto più elevati rispetto a quelli che si osservano generalmente (probabilmente per effetto dell'anticipazione dei decessi delle persone a maggior rischio di morte), per gli uomini si registra un aumento di 0,7 anni, per le donne l'aumento è di 0,9 anni. Nei due anni successivi (2005-2006) si assiste ad un nuovo rallentamento e poi di nuovo a una ripresa. Nel complesso dal 2002 al 2006 gli uomini italiani hanno guadagnato 1,1 anni di speranza di vita alla nascita, le donne 1,0 anni. Per gli uomini le regioni che hanno visto un maggior incremento sono la Lombardia, il Veneto, il Friuli-Venezia Giulia e la Sicilia. Le regioni più lente sono state il Trentino-Alto Adige, le Marche e la Calabria che comunque al 2006 sono tra le regioni che vantano ancora l'aspettativa di vita più lunga. Per le donne la Campania e la Sardegna presentano la crescita più marcata: se per la Campania però tale crescita è probabilmente dovuta anche al fatto di essere tra le regioni più svantaggiate, e nonostante tutto di rimanerlo anche al 2006, per la Sardegna si conferma una buona posizione. A 65 anni, nel 2006 un uomo può aspettarsi di vivere ancora 17,7 anni, mentre una donna 21,5 anni. Per gli uomini si passa dal valore minimo registrato per la Campania (16,8 anni), che si distacca nettamente dalle restanti regioni italiane, a quello massimo ancora una volta delle Marche (18,3 anni), seguite dall'Umbria e dalla Provincia Autonoma di Bolzano (18,2 anni). Anche le donne vedono nella Campania e nelle Marche le due regioni con la più bassa e la più alta aspettativa di vita a 65 anni: rispettivamente 20,4 e 22,3 anni. Così come per la speranza di vita alla nascita, anche l'aspettativa di vita a 65 anni ha seguito un trend con un rallentamento nel 2003 (a livello nazionale si può parlare di una vera e propria diminuzione), una forte crescita nel 2004, un nuovo rallentamento nel 2005 e poi una successiva ripresa per l'ultimo anno disponibile (2006).
Per quanto riguarda la speranza di vita a 75 anni sono sempre le donne a godere di una più elevata aspettativa di vita rispetto agli uomini: il valore a livello nazionale è rispettivamente di 13,3 e 10,8.

G. DI FRAIA, D. SPIZZICHINO, L. FROVA, M. PAPPAGALLO, V. EGIDI

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 29

Tabella 1 - *Speranza di vita alla nascita per regione e sesso - Anni 2002-2006*

Regioni	Maschi					Femmine				
	2002	2003	2004	2005*	2006*	2002	2003	2004	2005*	2006*
Piemonte e Valle d'Aosta	76,7	76,7	77,6	77,5	77,9	82,6	82,6	83,6	83,2	83,6
Lombardia	76,9	76,9	77,9	77,9	78,3	83,2	83,1	84,1	83,8	84,2
Trentino-Alto Adige	77,7	77,4	78,0	78,3	78,5	84,4	83,8	84,4	84,3	84,6
Bolzano-Bozen	*77,7*	*77,5*	*78,1*	*78,2*	*78,7*	*84,1*	*83,4*	*84,3*	*84,0*	*84,5*
Trento	*77,6*	*77,4*	*77,9*	*78,4*	*78,3*	*84,7*	*84,2*	*84,5*	*84,6*	*84,7*
Veneto	77,3	77,5	78,1	78,1	78,6	83,8	83,8	84,5	84,3	84,7
Friuli-Venezia Giulia	76,6	76,6	77,7	77,8	78,2	82,9	83,0	83,5	83,6	83,9
Liguria	77,0	77,1	78,0	77,6	78,1	82,8	82,4	83,8	83,4	83,6
Emilia-Romagna	77,5	77,7	78,5	78,3	78,7	83,7	83,3	84,1	83,8	84,2
Toscana	78,0	78,1	78,8	78,6	79,0	83,6	83,6	84,4	84,1	84,6
Umbria	78,0	78,1	78,7	78,0	79,0	83,6	83,9	84,3	83,9	84,4
Marche	78,5	78,2	79,0	79,1	79,2	84,1	83,9	84,7	84,8	84,8
Lazio	76,9	77,0	77,4	77,6	78,0	82,5	82,4	82,9	83,0	83,5
Abruzzo e Molise	77,4	77,8	77,8	77,9	78,3	83,2	83,2	84,2	84,0	84,3
Campania	75,8	75,7	76,5	76,3	76,9	81,4	81,4	82,3	82,0	82,7
Puglia	77,8	77,7	78,6	78,4	78,8	82,9	82,9	83,8	83,4	83,9
Basilicata	77,0	77,4	77,9	77,7	77,9	82,8	83,0	83,0	83,2	83,6
Calabria	77,7	77,6	78,2	77,9	78,5	82,9	82,5	83,3	83,2	84,0
Sicilia	76,7	76,8	77,8	77,5	78,0	81,7	81,6	82,6	82,5	82,9
Sardegna	76,8	76,8	77,6	77,4	77,7	83,3	82,9	84,0	83,9	84,5
Italia	**77,1**	**77,2**	**77,9**	**77,8**	**78,3**	**83,0**	**82,8**	**83,7**	**83,5**	**83,9**
Dev. St.	0,6	0,6	0,6	0,6	0,5	0,7	0,7	0,7	0,7	0,6
C.V. x 100**	0,8	0,8	0,8	0,7	0,7	0,9	0,9	0,8	0,8	0,7
Asimmetria(1)	-0,1	-0,5	-0,4	-0,5	-0,6	-0,5	-0,5	-0,6	-0,5	-0,6

*Dati provvisori.
**In percentuale della media nazionale.

(1)Indice di asimmetria di Fisher = $\frac{1}{n}\sum_{i=1}^{n}\left(\frac{x_i-\mu}{\sigma}\right)^3$

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Istat disponibili nel sito <http://demo.istat.it/>.

Tabella 2 - *Speranza di vita a 65 anni per regione e sesso - Anni 2002-2006*

Regioni	Maschi					Femmine				
	2002	2003	2004	2005*	2006*	2002	2003	2004	2005*	2006*
Piemonte e Valle d'Aosta	16,7	16,6	17,3	17,3	17,5	20,6	20,5	21,5	21,1	21,4
Lombardia	16,6	16,5	17,3	17,3	17,6	21,0	20,8	21,7	21,5	21,8
Trentino-Alto Adige	17,3	16,9	17,4	17,7	17,9	21,9	21,2	21,9	21,9	22,1
Bolzano-Bozen	*17,6*	*17,1*	*17,6*	*17,8*	*18,2*	*21,5*	*20,7*	*21,6*	*21,5*	*21,9*
Trento	*17,2*	*16,7*	*17,1*	*17,6*	*17,5*	*22,3*	*21,7*	*22,2*	*22,2*	*22,3*
Veneto	16,8	17,0	17,4	17,5	17,8	21,4	21,3	22,0	21,8	22,2
Friuli-Venezia Giulia	16,6	16,4	17,1	17,2	17,4	21,1	21,0	21,3	21,4	21,6
Liguria	17,0	16,8	17,5	17,4	17,8	21,0	20,5	21,7	21,4	21,5
Emilia-Romagna	17,3	17,2	17,9	17,9	18,2	21,5	21,1	21,9	21,7	22,0
Toscana	17,3	17,3	17,9	17,7	18,0	21,2	21,1	22,0	21,7	22,0
Umbria	17,3	17,3	18,1	17,5	18,1	21,4	21,6	22,1	21,6	22,0
Marche	17,9	17,5	18,2	18,3	18,3	21,8	21,4	22,3	22,2	22,3
Lazio	16,8	16,7	17,1	17,3	17,6	20,5	20,2	20,8	20,8	21,2
Abruzzo e Molise	17,2	17,3	17,5	17,5	17,8	21,0	20,9	21,6	21,5	21,7
Campania	16,0	15,9	16,6	16,4	16,8	19,5	19,4	20,2	19,9	20,4
Puglia	17,4	17,2	18,0	17,8	18,0	20,8	20,7	21,6	21,1	21,4
Basilicata	17,2	17,4	17,9	17,6	17,7	20,9	20,7	21,1	21,0	21,3
Calabria	17,4	17,4	17,8	17,6	18,0	20,7	20,2	21,2	20,8	21,5
Sicilia	16,7	16,7	17,4	17,2	17,5	19,9	19,6	20,5	20,3	20,6
Sardegna	17,2	17,2	17,9	17,6	17,8	21,0	20,8	21,7	21,4	22,0
Italia	16,9	16,8	17,4	17,4	17,7	20,8	20,6	21,4	21,2	21,5
Dev. St.	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
C.V. x 100**	2,5	2,5	2,3	2,2	1,9	2,8	2,8	2,5	2,7	2,4
Asimmetria(1)	-0,4	-0,8	-0,5	-0,7	-1,0	-0,7	-0,7	-0,8	-0,8	-0,9

*cfr. tab. 1; ** cfr. tab. 1; (1)cfr. tab. 1.

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Istat disponibili nel sito <http://demo.istat.it/>.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 30

Tabella 3 - *Speranza di vita a 75 anni per regione e sesso - Anni 2002-2006*

Regioni	Maschi					Femmine				
	2002	2003	2004	2005*	2006*	2002	2003	2004	2005*	2006*
Piemonte e Valle d'Aosta	10,0	9,8	10,4	10,4	10,6	12,6	12,4	13,3	13,0	13,2
Lombardia	10,0	9,8	10,4	10,6	10,7	12,9	12,7	13,5	13,4	13,6
Trentino-Alto Adige	10,4	10,2	10,5	10,8	10,9	13,6	13,1	13,6	13,6	13,8
Bolzano-Bozen	*10,5*	*10,1*	*10,4*	*10,8*	*11,0*	*13,2*	*12,6*	*13,1*	*13,2*	*13,5*
Trento	*10,5*	*10,1*	*10,4*	*10,8*	*10,8*	*14,1*	*13,5*	*14,0*	*14,0*	*14,0*
Veneto	10,1	10,2	10,5	10,7	10,9	13,3	13,1	13,7	13,6	13,9
Friuli-Venezia Giulia	10,1	9,7	10,1	10,5	10,7	13,0	12,9	13,3	13,4	13,6
Liguria	10,2	10,0	10,6	10,6	10,8	12,9	12,4	13,5	13,3	13,4
Emilia-Romagna	10,4	10,3	10,8	11,0	11,1	13,3	13,0	13,6	13,5	13,8
Toscana	10,3	10,3	10,8	10,7	10,9	13,1	12,8	13,7	13,4	13,6
Umbria	10,5	10,3	10,9	10,5	11,0	13,2	13,2	13,8	13,3	13,6
Marche	10,8	10,4	10,9	11,1	11,1	13,5	13,1	13,8	13,8	13,8
Lazio	10,1	9,8	10,2	10,5	10,7	12,5	12,2	12,7	12,7	13,1
Abruzzo e Molise	10,4	10,3	10,6	10,6	10,9	12,8	12,8	13,3	13,2	13,4
Campania	9,7	9,5	10,2	10,1	10,3	11,9	11,8	12,5	12,1	12,6
Puglia	10,5	10,3	11,0	10,8	11,0	12,7	12,6	13,4	12,9	13,2
Basilicata	10,4	10,7	11,1	10,7	10,8	12,8	12,5	13,0	12,8	13,0
Calabria	10,6	10,5	10,9	10,7	11,0	12,6	12,3	13,1	12,7	13,2
Sicilia	10,0	10,0	10,5	10,4	10,6	12,0	11,8	12,5	12,3	12,5
Sardegna	10,5	10,2	11,0	10,9	11,1	12,8	12,6	13,5	13,2	13,6
Italia	**10,2**	**10,0**	**10,6**	**10,6**	**10,8**	**12,8**	**12,5**	**13,3**	**13,1**	**13,3**
Dev. St.	0,2	0,3	0,2	0,2	0,2	0,4	0,4	0,4	0,4	0,3
C.V. x 100**	2,6	3,0	2,8	2,2	1,9	3,5	3,3	3,0	3,3	2,9
Asimmetria[(1)]	-0,3	-0,3	-0,2	-0,4	-0,6	-0,4	-0,6	-0,8	-0,6	-0,8

*cfr. tab. 1; ** cfr. tab. 1; [(1)]cfr. tab. 1.

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Istat disponibili nel sito <http://demo.istat.it/>.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 31

Evoluzione e geografia della mortalità per causa

Significato. L'indicatore utilizzato per le analisi è il tasso di mortalità oltre l'anno di vita, standardizzato con la popolazione italiana del 1991 per eliminare l'effetto della dinamica dell'invecchiamento demografico e della diversa composizione per età delle regioni. Questo indicatore rappresenta il numero di decessi oltre l'anno di vita che si osserverebbe in una popolazione di 10.000 persone la cui struttura per età fosse costantemente uguale a quella della popolazione italiana del 1991.

Tasso di mortalità oltre l'anno*

Formula

$$T_r = 10.000 * \sum_{x=1}^{\omega} D_{x,r} / \sum_{x=1}^{\omega} P_{x,r}$$

Significato delle variabili
$D_{x,r}$ rappresenta il numero dei decessi osservati all'età x nella regione r
$P_{x,r}$ rappresenta l'ammontare della popolazione di età x nella regione r

*La formula del tasso standardizzato è riportata nel capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati".

Validità e limiti. Come tutti i tassi standardizzati, il tasso di mortalità standardizzato per età non rappresenta una misura reale, in quanto indica il valore che il tasso di mortalità assumerebbe qualora la struttura per età della popolazione considerata fosse uguale a quella della popolazione scelta come standard. Questa sua caratteristica ne costituisce al tempo stesso il maggior limite e il maggior pregio: come limite, va sempre tenuto presente che il tasso standardizzato è un valore ipotetico che dipende strettamente dalla struttura per età della popolazione standard adottata. Per questo motivo, la scelta della popolazione standard rappresenta un momento critico della procedura e deve essere effettuata con molta oculatezza: soprattutto nell'analisi delle differenze territoriali, si dovrebbe evitare, ad esempio, di assumere standard troppo lontani da quelli dell'area geografica analizzata, che fornirebbero immagini distorte dei differenziali reali. Come pregio, il tasso standardizzato consente di effettuare confronti, tanto temporali che territoriali, al netto dell'influenza delle strutture demografiche reali delle unità messe a confronto.

Descrizione dei risultati

I dati definitivi degli anni 2003 e 2004 confermano l'andamento generale della mortalità dei dati provvisori della precedente edizione: crollo della mortalità nel 2004 conseguente all'anticipazione dei decessi verificatasi nel 2003. Con il generale rialzo prodotto dalla crisi di caldo del 2003, il tasso di mortalità standardizzato oltre l'anno di vita è risultato in questo anno pari a 101,49 per 10.000 per gli uomini e a 60,36 per 10.000 per le donne. I tassi regionali maschili variano da minimi poco al di sotto di 92 per 10.000, in Molise e Basilicata, a massimi intorno a 111 per 10.000 in Campania e Valle d'Aosta (tabella 1). Per le donne, le regioni con la mortalità più bassa sono l'Umbria e le Marche, con valori superiori a 53 per 10.000, mentre i valori più alti si sono avuti in Campania e in Sicilia dove il tasso è stato rispettivamente pari a 69,78 e 67,30 per 10.000. Le regioni che hanno maggiormente subito la crisi di mortalità sono state, per gli uomini, le Marche, con un aumento di quasi il 5% rispetto all'anno precedente, il Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Trentino-Alto Adige e Puglia dove l'aumento ha superato il 3% e il Piemonte e la Sardegna con un +2%. Per le donne l'impatto è stato nettamente più elevato in termini relativi: in Italia l'aumento è stato del 3,3% con punte regionali intorno al +7% nelle Marche, in Liguria e nel Trentino-Alto Adige. Nel 2003 le regioni che non hanno risentito della crisi ma che anzi hanno fatto registrare una diminuzione del tasso standardizzato migliorando la loro posizione relativa sono state: la Valle d'Aosta per entrambi i generi, Veneto, Basilicata e Abruzzo con recuperi solo per gli uomini e l'Umbria per le donne.
Nel 2004 i differenziali territoriali si restringono ulteriormente e il valore nazionale subisce una diminuzione del 8,1% per gli uomini e del 10,2% per le donne (il tasso è pari a 93,26 per 10.000 uomini e 54,22 per 10.000 donne). Il recupero della mortalità reso ancora più evidente dall'effetto anticipazione dei decessi dell'anno precedente si ha principalmente in Friuli-Venezia Giulia, Umbria, Puglia, Lombardia e Piemonte per gli uomini (oltre il 9%), in Sardegna, ancora Piemonte e Lombardia e soprattutto Liguria per le donne (tra 11,6% e 14,8%). Nel 2004 è la Campania ad avere in assoluto i livelli di mortalità più alti (102,25 per 10.000 uomini; 62,62 per 10.000 donne), avendo negli ultimi due anni peggiorato la propria posizione relativa anche tra gli uomini, superando la Valle d'Aosta che per questi deteneva il primato negativo. Ritorna ad essere invece le Marche la regione che presenta in generale i tassi di mortalità più bassi del paese (uomini e donne presentano tassi rispettivamente pari a 84,80 e 48,32 per 10.000), seguono Calabria e Puglia per gli uomini e Veneto, Umbria e Trentino-Alto Adige per le donne.

G. DI FRAIA, D. SPIZZICHINO, L. FROVA, M. PAPPAGALLO, V. EGIDI

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 32

Tabella 1 - *Tassi standardizzati di mortalità (per 10.000) oltre l'anno di vita per il totale delle cause per regione - Anni 2001-2004*

Regioni	Maschi				Femmine			
	2001	2002	2003	2004	2001	2002	2003	2004
Piemonte	105,77	103,03	105,88	95,97	61,54	60,55	62,51	54,95
Valle d'Aosta	113,72	115,77	110,43	100,89	62,36	62,06	58,99	56,13
Lombardia	105,42	102,35	104,38	94,58	58,14	56,99	59,01	51,78
Trentino-Alto Adige	102,59	98,25	101,48	94,35	52,29	51,33	54,77	50,96
Bolzano-Bozen	*97,28*	*97,44*	*101,88*	*95,89*	*54,10*	*53,96*	*57,16*	*53,58*
Trento	*107,00*	*99,06*	*101,05*	*93,08*	*50,76*	*49,25*	*52,83*	*48,79*
Veneto	100,76	100,46	98,95	93,46	54,58	53,77	54,55	50,34
Friuli-Venezia Giulia	107,97	104,66	108,59	97,93	58,34	58,23	58,71	56,78
Liguria	105,66	102,08	103,90	94,71	60,71	58,41	62,55	53,30
Emilia-Romagna	98,29	97,36	98,47	90,04	57,01	55,12	57,14	52,11
Toscana	97,66	95,37	95,99	88,30	55,54	55,07	57,14	51,04
Umbria	98,22	95,95	97,46	88,22	55,79	55,08	53,85	50,63
Marche	90,28	88,42	92,73	84,80	51,85	50,29	53,89	48,32
Lazio	104,75	101,88	105,21	97,50	62,96	62,05	64,65	58,46
Abruzzo	96,42	96,78	96,74	91,94	53,35	54,91	57,27	51,49
Molise	97,04	91,37	91,75	94,58	55,43	54,98	56,70	53,06
Campania	112,21	110,54	111,69	102,25	69,94	68,95	69,78	62,62
Puglia	95,62	93,52	96,72	87,41	59,38	58,55	60,17	53,89
Basilicata	95,66	93,44	91,99	88,14	55,91	55,10	56,16	55,27
Calabria	92,84	91,58	92,95	86,49	61,45	57,56	60,41	54,60
Sicilia	100,08	100,72	101,23	93,40	67,15	65,22	67,30	60,34
Sardegna	102,57	98,27	100,77	92,10	57,44	57,33	59,41	52,52
Italia	**101,82**	**99,85**	**101,49**	**93,26**	**59,52**	**58,41**	**60,36**	**54,22**
dev.st	6,00	6,40	5,90	4,60	4,60	4,40	4,20	3,50
C.V. x 100*	5,90	6,40	5,80	5,00	7,70	7,50	7,00	6,40
Asimmetria(1)	0,30	0,70	0,30	0,20	0,70	0,70	0,80	0,80

*In percentuale della media nazionale.

(1)Indice di asimmetria di Fisher = $\frac{1}{n}\sum_{i=1}^{n}\left(\frac{x_i - \mu}{\sigma}\right)^3$

Fonte dei dati: Istat. Indagine sulle cause di morte.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 33

Mortalità evitabile per traumatismi e avvelenamenti: un'analisi per USL

Dott. Giuseppe Cananzi, Dott.ssa Natalia Buzzi

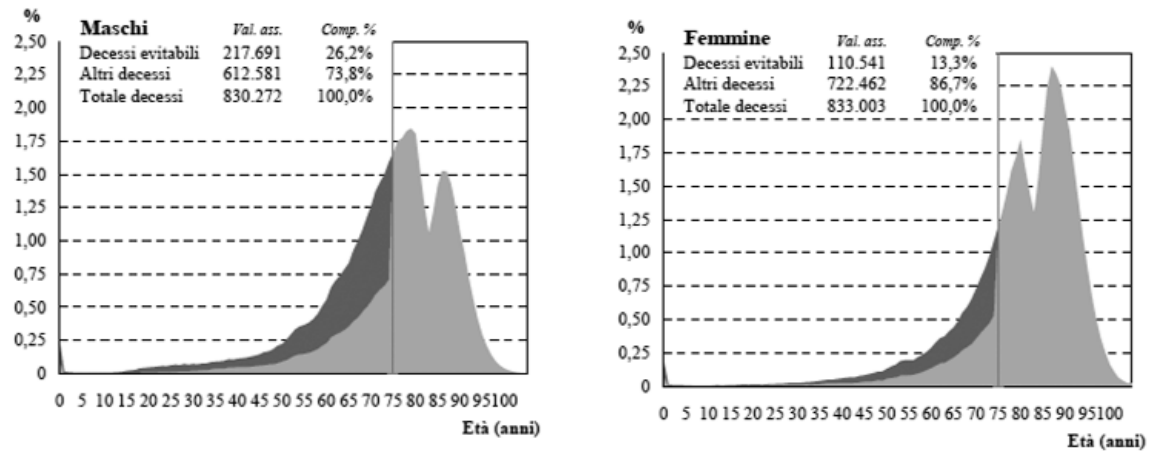
Premessa

L'edizione 2007 di ERA[1] – Epidemiologia e Ricerca Applicata – evidenzia come l'andamento dei decessi contrastabili con politiche sanitarie attive si manifesti in modo significativamente differenziato nella popolazione maschile rispetto a quella femminile. Queste pagine costituiscono l'approfondimento di uno dei principali gruppi di cause di morte sulle quali è possibile intervenire con iniziative di prevenzione primaria: quello dei traumatismi e avvelenamenti. Le analisi sono condotte utilizzando gli indicatori e le modalità conoscitive proposte da ERA[2] ; materiali e metodi utilizzati per la realizzazione del presente studio sono quelli esposti nel capitolo 4 dell'Atlante 2007 sulla mortalità evitabile per genere e USL cui si rinvia[3]. Va adeguatamente sottolineato che la mortalità è elaborata per residenza dell'assistito.

La mortalità evitabile in Italia

Le cause di morte incluse da ERA tra quelle evitabili sono quelle che a una revisione aggiornata della letteratura internazionale condotta dal gruppo di lavoro, risultano riconosciute come efficacemente contrastabili con interventi di prevenzione primaria, diagnosi precoce e terapia, igiene e assistenza sanitaria. La casistica è individuata secondo tali criteri limitatamente alla fascia di età fino ai 74 anni, escludendo, quindi, i deceduti di 75 anni e oltre. Con quasi 330.000 casi nel triennio 2000-2002 (equivalenti a circa 110.000 decessi in media annua), la mortalità evitabile rappresenta quasi un quinto di tutti i decessi che avvengono nel nostro paese, ma tale proporzione assume valori sensibilmente diversi se calcolata per genere: oltre un quarto dei decessi maschili è correlato a cause efficacemente contrastabili (26%) che fra le donne causano invece il 13% delle morti. In termini assoluti ERA ha calcolato che si tratta, in media annua, di oltre 72.000 decessi evitabili maschili e di quasi 37.000 decessi evitabili femminili con un evidente rapporto di 2:1. Il grafico 1 mostra la curva della mortalità elaborata per il triennio 2000-2002 distintamente per uomini e donne, con indicazione della quota parte dei decessi evitabili. I dati assoluti e le relative percentuali unitamente alla rappresentazione grafica permettono di cogliere con immediatezza la differenziazione del fenomeno sopra richiamato tra i due generi e per età al decesso.

Grafico 1 – *Curve di Lexis: decessi (per 100) per età, sesso e tipo di causa – Anni 2000-2002*



Legenda:

- evitabili
- altre cause

Fonte dei dati: Elaborazione su dati ERA 2007.

---

[1] ERA è il risultato di una sperimentazione multidisciplinare e di una collaborazione interistituzionale fra Cattedra di Igiene dell'Università di Roma Tor Vergata, Istituto Nazionale di Statistica, Istituto Superiore di Sanità, Centro Controllo Malattie del Ministero della Salute e Nebo Ricerche PA (Buzzi N., Cananzi G., Conti S., Crialesi R., Greco D., Panà A., Egidi V., Mozzetta I., D'Alessandro M., Frova L., Burgio A., Bruzzone S., Marsili M., Maurici M., Minelli G., Tondo E.).

[2] La banca dati degli indicatori, il testo della ricerca ed una ampia bibliografia internazionale sulla mortalità evitabile sono disponibili sul sito internet dedicato all'iniziativa, http://www.atlantesanitario.it.

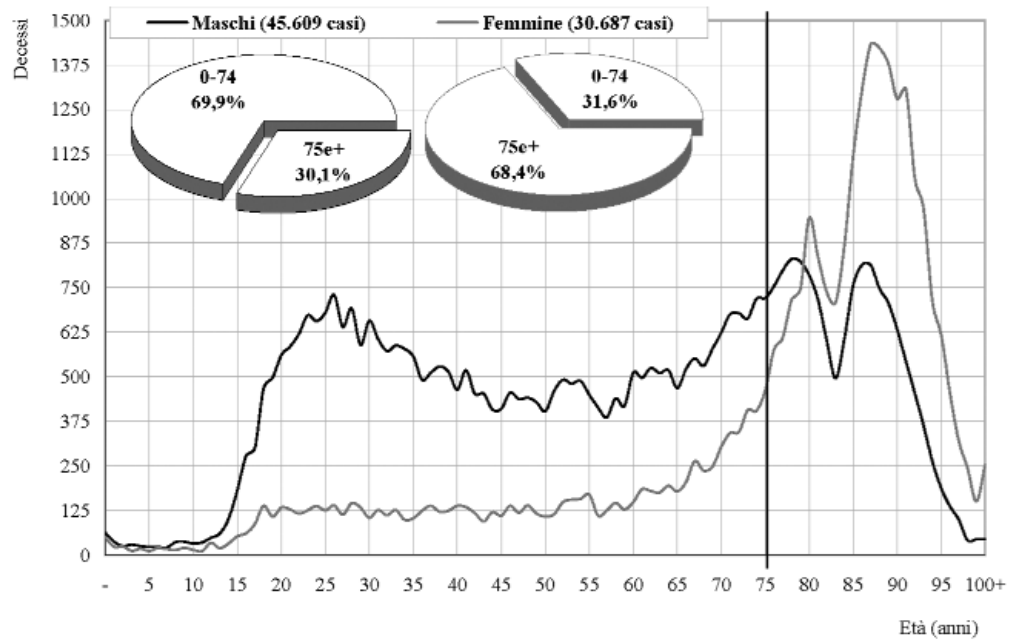
[3] Cfr. Era, Atlante 2007: Mortalità evitabile per genere e Usl, capitolo 4, pagg. 273-283, http://www.atlantesanitario.it/Edizione2007/Edizione2007-Volume.html.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 34

Traumatismi e avvelenamenti

Al gruppo di cause "traumatismi e avvelenamenti" sono riconducibili oltre 76.000 morti nel triennio 2000-2002 dei 330.000 complessivamente analizzati. Nel grafico 2 viene mostrato l'andamento del fenomeno legato a queste morti per età e per genere, con i due grafici a torta che offrono una sintesi di quanto intuibile in base alle due rappresentazioni lineari: se per gli uomini la mortalità per traumatismi e avvelenamenti è per il 70% riconducibile ad età inferiori ai 75 anni e per il 30% a quelle superiori, nelle donne tale proporzione è invertita. La distribuzione maschile si presenta come bimodale, con un primo picco localizzato nella classe 25-30 anni ed un secondo picco oltre i 75 anni. La mortalità è relativamente modesta sino a 14 anni di età (soglia caratterizzata da un caso ogni 11 giorni); supera la frequenza di un caso ogni 2 giorni per ciascuna classe di età annuale tra 20 e 35 anni di età; si mantiene comunque entro la soglia di un caso ogni 3 giorni per ciascuna classe di età annuale sino a 74 anni; rintraccia un ulteriore picco nelle classi di età successive. La distribuzione femminile risulta monomodale, con i valori più elevati concentrati nella classe 85-90 anni ed una casistica di un caso in media ogni 9-10 giorni circa per ciascuna classe di età annuale tra 18 e 60 anni di età. Tutti i traumatismi e gli avvelenamenti sono codificati come decessi evitabili, sia pure limitatamente, come precisato, ai decessi avvenuti in età non superiore ai 75 anni; con quasi 14.000 casi in media annua essi rappresentano il terzo gruppo di cause, dopo le malattie ischemiche del cuore (oltre 21.500) e i tumori dell'apparato respiratorio (quasi 20.000)[4]. Inoltre, i decessi evitabili maschili raggiungono un rapporto 3,3:1 rispetto a quelli femminili.

Grafico 2 - *Decessi per traumatismi e avvelenamenti (valori assoluti e percentuali) per età e sesso – Anni 2000-2002*



Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat.

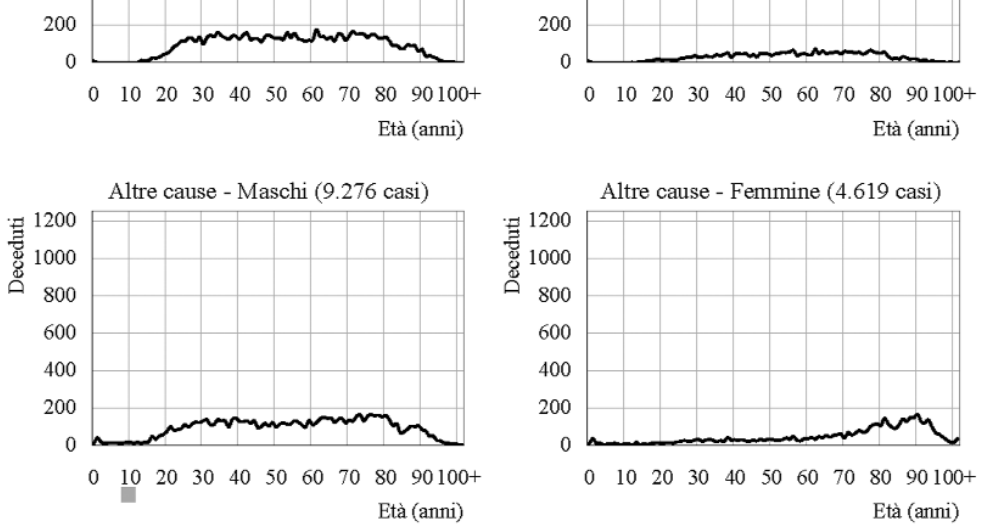
È possibile scomporre il gruppo dei traumatismi e avvelenamenti disaggregando la casistica per modalità di evento[5] e in particolare osservando i decessi per incidenti stradali e per cadute; dal grafico 3 è possibile rilevare che:
- la mortalità per incidenti stradali è sensibilmente superiore negli uomini (la casistica è oltre tre volte quella delle donne), con un'area di valori massimi concentrata in età giovanili (dai 20 ai 30 anni soprattutto); questa categoria incide, nel caso degli uomini, per oltre un terzo sul gruppo dei traumatismi e avvelenamenti; va rilevato che, nella scala esposta nel grafico, la curva assume quasi un profilo orizzontale da 40 sino alla soglia di 80 anni di età (valori vicini a 200 casi di morte nel triennio per ciascuna classe di età);
- per entrambi i generi la mortalità per cadute è concentrata in età avanzate, con un aumento del fenomeno a partire dai 70-75 anni; nel caso delle donne, però, la numerosità è significativamente più elevata e raccoglie il 60% di tutte le morti per traumatismi e avvelenamenti.

[4]Codici ICD-9-CM: traumatismi e avvelenamenti 800-999; malattie ischemiche del cuore 410.0-414.9; tumori dell'apparato respiratorio 162.0-9.
[5]Classificazione aggiuntiva E800.0-E999.9.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 35

L'elaborazione di indicatori di mortalità evitabile rispetto a questo gruppo di cause è, quindi, condizionata dalla maggiore intensità della mortalità maschile in età giovanile per incidenti stradali, essendo quella femminile per cadute oltre i 74 anni esclusa dalla nozione di evitabilità prescelta da ERA.

Grafico 3 - *Decessi per traumatismi e avvelenamenti (valori assoluti e percentuali) per età, sesso e causa - Anni 2000-2002*



Fonte dei dati: Elaborazione ERA su dati Istat.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 36

Analisi territoriale

La mortalità evitabile per traumatismi e avvelenamenti, caratterizzata dagli elementi sopra esposti, oltre che differenziarsi per genere mostra una rilevante eterogeneità sul territorio.

La tabella 1 espone i tassi standardizzati a livello regionale, per uomini e donne, relativi a decessi per traumatismi e avvelenamenti in età 0-74 anni; dai dati si nota che:

- nel caso degli uomini tutte le regioni del Nord, ad esclusione della Lombardia e della Liguria, presentano tassi sensibilmente superiori alla media nazionale, mentre tutte le regioni del Centro-Sud, ad eccezione del Molise e della Sardegna, sono caratterizzate da tassi medio-bassi rispetto al dato complessivo italiano; il valore minimo si registra in Campania, che presenta un tasso di 24,3 casi ogni 100 mila abitanti; il valore massimo in Valle d'Aosta, con un tasso più che doppio rispetto alla media nazionale;
- per le donne il gradiente geografico risulta meno netto, ma anche in questo caso è possibile individuare tassi più elevati tra le regioni del Nord rispetto a quelle del Centro-Sud; le medesime regioni citate nel caso maschile assumono rispettivamente i valori più estremi (Campania, 7,3 e Valle d'Aosta, 13,8).

Tabella 1 - *Tassi standardizzati (per 100.000) di mortalità evitabile per traumatismi e avvelenamenti e confronto con la media nazionale per regione - Anni 2000-2002*

Regioni	Maschi		Femmine	
Piemonte	46,5	↑	13,7	↑
Valle d'Aosta	76,9	↑	13,8	↑
Lombardia	37,4	~	10,7	~
Bolzano-Bozen	*64,1*	↑	*13,1*	↑
Trento	*44,4*	↑	*8,2*	↓
Veneto	43,4	↑	12,4	↑
Friuli-Venezia Giulia	44,9	↑	14,5	↑
Liguria	26,2	↓	8,2	↓
Emilia-Romagna	44,4	↑	13,7	↑
Toscana	34,8	~	10,4	~
Umbria	38,6	~	12,1	↑
Marche	39,7	~	11,9	↑
Lazio	35,0	~	10,1	~
Abruzzo	41,7	~	10,2	~
Molise	43,6	↑	13,1	↑
Campania	24,3	↓	7,3	↓
Puglia	33,5	~	9,1	↓
Basilicata	40,4	~	12,3	↑
Calabria	35,6	~	8,4	↓
Sicilia	31,3	↓	9,3	↓
Sardegna	49,7	↑	11,6	~
Italia	**37,3**		**10,6**	

Simboli adottati: ↑, ↓ e ~ valori rispettivamente superiore o inferiore del 10% o compreso in un intorno del 10% rispetto alla media nazionale.

Fonte dei dati: ERA 2007.

I cartogrammi consentono un ulteriore approfondimento territoriale, in quanto disaggregano l'analisi condotta sulla mortalità evitabile per traumatismi e avvelenamenti a livello di singola USL. Essi permettono di verificare se all'interno delle singole regioni l'andamento del fenomeno in questione sia omogeneo fra le USL oppure presenti ulteriori difformità e vanno letti, ovviamente, alla luce della differente incidenza rilevata per genere.

Diverse le evidenze colte osservando i cartogrammi:

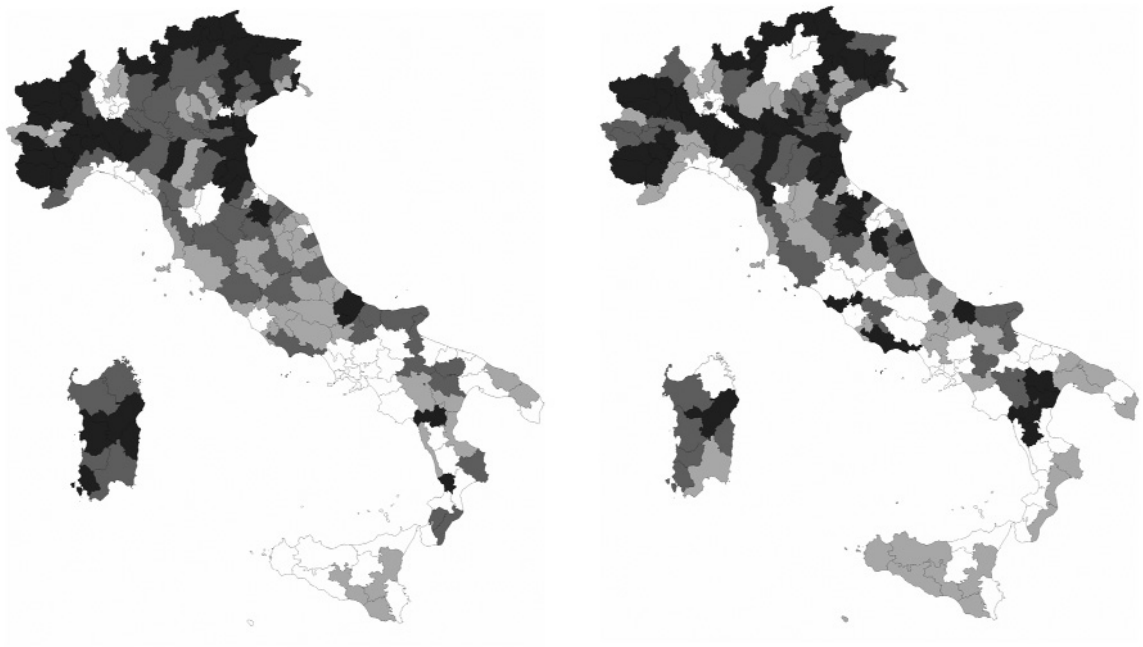
- nel caso dei tassi maschili le USL di area metropolitana e quelle immediatamente circostanti mostrano tassi bassi o medio-bassi rispetto alle restanti USL (si vedano, ad esempio, Torino e le limitrofe Chieri, Collegno e Chivasso; Milano città e provincia e le vicine Como, Lecco e Varese; Roma città e provincia; e, inoltre, Genova, Firenze, Napoli, Palermo);
- il cartogramma riferito alla mortalità femminile, invece, non consente di riscontrare analoghi andamenti in quanto, come già rilevato a livello regionale, il fenomeno della mortalità evitabile per traumatismi e avvelenamenti risulta maggiormente disomogeneo e, come detto, di minore entità rispetto agli uomini;
- Campania e Sicilia sono caratterizzate, nel caso della mortalità maschile, da valori bassi o medio-bassi in tutte le USL e il medesimo andamento si verifica, con l'eccezione della sola USL di Avellino 1, anche per i tassi femminili.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 37

Limitando l'analisi al genere maschile, cioè a quello per il quale significativamente più elevati risultano i segnali di attenzione, sono opportuni due ulteriori approfondimenti.
In primo luogo vanno segnalate, nel quadro generale che caratterizza il Mezzogiorno e le Isole, alcune eccezioni che presentano un tasso di mortalità per traumatismi e avvelenamenti relativamente più elevato (collocato cioè nell'ultimo quartile, coincidente con la gradazione più scura): si tratta di ben quattro USL sarde (le tre USL centrali di Oristano, Nuoro e Lanusei unitamente a quella di Carbonia, nel Sud-Ovest dell'isola) e di ulteriori quattro casi meridionali (Lanciano e Vasto in Abruzzo, Alto Molise nell'omonima regione, Lagonegro in Basilicata e Lamezia Terme in Calabria).

Tassi standardizzati di mortalità (per 100.000) per traumatismi e avvelenamenti per USL e sesso. Anni 2000-2002

Maschi **Femmine**



Legenda posizione:
- 1ª - 47ª;
- 48ª - 94ª;
- 95ª - 141ª;
- 142ª - 188ª.

Fonte dei dati: Elaborazione su dati ERA 2007.

Infine la tabella 2 concentra l'attenzione sulle 10 USL che, ancora limitatamente al caso maschile, presentano i tassi standardizzati per mortalità evitabile rispettivamente più contenuti e più elevati nel triennio analizzato (2000-2002). Si evidenzia che:
- il segnale più generale è che la mortalità evitabile per traumatismi risulta in media 3 volte più elevata nelle 10 aree più sfavorite del paese rispetto alle 10 più favorite;
- 6 delle 10 USL per le quali la mortalità per traumatismi e avvelenamenti è meno rilevante risultano campane;
- 3 delle quattro USL altoatesine sono ricomprese nella porzione inferiore della classifica; fa eccezione la USL più popolosa, quella di Bolzano (44% della popolazione maschile della Provincia Autonoma);
- ad ulteriori 6 USL concentrate nel Nord si unisce quella di Nuoro in Sardegna.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 38

Tabella 2 - *Tassi standardizzati (per 100.000) di mortalità evitabile per traumatismi e avvelenamenti (10 casi con i valori meno elevati e più elevati). Maschi - Anni 2000-2002*

Prime 10 USL	Tasso Std	Ultime 10 USL	Tasso Std
Genovese	15,0	Cuneo	63,1
Napoli 2	19,0	Sondrio	63,6
Avellino 2	19,1	Bressanone	63,7
Napoli 5	19,9	Vallecamonica-Sebino	64,3
Napoli 3	20,1	Merano	66,4
Napoli 1	22,0	Feltre	66,7
Salerno 1	22,9	Nuoro	67,7
Empoli	23,3	Ivrea	68,3
Avellino 1	25,1	Aosta	76,9
Castrovillari	25,7	Brunico	96,9

Fonte dei dati: Elaborazione su dati ERA 2007.

Conclusioni

La mortalità evitabile costituisce un rilevante e verificabile strumento per attirare l'attenzione delle autorità sanitarie sulle cause di morte per le quali risulta maggiormente opportuno intervenire predisponendo politiche sanitarie attive. L'analisi territoriale, sollecitata anche in ambito europeo[6], consente di isolare segnali critici e quindi stimolare tutti i necessari approfondimenti locali per verificare, in un quadro più articolato, il confronto di benchmark condotto su base nazionale a valere su un numero limitato di indicatori. L'analisi della mortalità evitabile appare, quindi, utile ad elaborare indicatori sentinella, finalizzati ad isolare specifiche situazioni che, alla luce di un rigoroso confronto operato utilizzando la medesima metodologia tra aree differenti, lascia emergere le situazioni di relativo maggiore disagio. L'osservazione delle morti evitabili registrate in Italia per traumatismi ed avvelenamenti restituisce diverse indicazioni auspicabilmente utili ai decisori delle politiche di sanità pubblica di livello nazionale, regionale e locale. L'evidenza generale è quella di una incidenza significativamente più elevata per gli uomini rispetto alle donne: questo tipo di mortalità è soprattutto un problema del genere maschile, i cui decessi risultano oltre tre volte più frequenti di quelli femminili. Tra le componenti dei casi di morte evitabile per traumatismi e avvelenamenti la quota più rilevante è quella riferita ai decessi per incidenti stradali che nel caso maschile presentano un evidente picco fra 20 e 30 anni di età e si mantengono su livelli relativamente elevati sino ed oltre la soglia convenzionalmente scelta quale limite per rilevare la mortalità evitabile, 74 anni di età. Dal punto di vista dell'analisi territoriale la maggior parte delle regioni collocate nel Nord presenta tassi di mortalità evitabile maschile più elevati della media nazionale e, di converso, l'opposto accade per le regioni meridionali. In particolare Valle d'Aosta e Trentino-Alto Adige presentano i tassi di mortalità maschile più elevati delle restanti aree del paese. Disaggregando l'analisi per territorio di singola USL questa evidenza viene confermata anche se si segnalano alcune situazioni critiche in limitate aree meridionali del paese. Di non poco conto, infine, appare l'indicazione che le morti evitabili per traumatismi ed avvelenamenti, nella analisi condotta, risultano relativamente meno accentuate nelle aree metropolitane e aree contigue rispetto ai restanti territori regionali, circostanza questa apparentemente confermata anche dal caso altoatesino, dove l'area più urbanizzata, Bolzano, risulta meno sfavorita rispetto alle tre USL contigue. Le morti per traumatismi e avvelenamenti femminili sono commentate nel testo ma assumono una rilevanza ed una criticità decisamente inferiore rispetto al caso maschile in quanto concentrate oltre il settantaquattresimo anno di età, si tratta in maggioranza di decessi determinati da cadute, quindi oltre la soglia convenzionale di analisi della mortalità evitabile. Politiche mirate a contrastare la mortalità evitabile per incidenti (incidenti stradali, cadute, suicidi, avvelenamenti eccetera) debbono, ad avviso di chi scrive, tenere in dovuto conto la necessità di una differente graduazione sia per genere che territoriale, in particolare per USL. L'attenzione alla mortalità per incidenti stradali in età giovanile e in specifiche aree del paese, con morti in particolare di genere maschile, in conclusione, costituisce motivo di riflessione per politiche di prevenzione che coinvolgono diverse autorità del paese, non solo sanitarie: risultano rilevanti a questo proposito anche interventi in materia di sicurezza stradale, di codice della strada, di prescrizioni di ordine pubblico volte a limitare gli effetti delle cosiddette "stragi del sabato sera". Il punto di vista epidemiologico in ottica di prevenzione sanitaria appare tuttavia indispensabile per una corretta cabina di regia finalizzata ad una efficace programmazione, un efficiente utilizzo di risorse economiche tipicamente limitate ed infine un necessario riscontro, nel tempo, dei risultati raggiunti.

[6] L'Unione Europea ha dato alla luce diversi atlanti della mortalità evitabile (i relativi riferimenti sono inclusi nella bibliografica disponibile sul sito www.atlantesanitario.it. La mortalità evitabile costituisce uno dei punti di attenzione suggeriti dal Work Plan 2007 dell'Unione Europea che include gli studi in questo campo fra le priorità in tema di analisi degli stati di salute e produzione di report di sanità pubblica (§ 2.1.1.3 della decisione 12 febbraio 2007 della Commissione della Comunità europea, http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32002D1786:IT:HTML).

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 39

Le disuguaglianze sociali nella mortalità in Europa

Dott.ssa Silvia Bellini, Prof. Giuseppe Costa, Dott.ssa Teresa Spadea

Nel panorama europeo le diseguaglianze sociali di salute accompagnano con regolarità, seppur con intensità variabile, lo sviluppo economico di queste società. Considerando la mortalità il principale indicatore dello stato di salute disponibile per effettuare confronti tra i paesi, si osserva che i differenziali sociali sono cresciuti dagli anni '80 ai '90 ovunque. Infatti, benché negli ultimi 20 anni la mortalità sia diminuita, questo calo è stato più veloce nelle classi sociali più avvantaggiate, che hanno beneficiato di condizioni di vita e lavorative migliori, adottato stili di vita più salubri e usufruito meglio dell'assistenza sanitaria (1). Nei Paesi dell'Est il crollo del comunismo ha comportato crisi dell'economia, povertà e caduta dello stato sociale, che hanno favorito l'acuirsi di differenze di salute a sfavore dei gruppi più svantaggiati che, comunemente, adottano stili di vita più a rischio. A fine anni '80 in Repubblica Ceca si osservavano eccessi di rischio di mortalità nei gruppi meno istruiti del 66% fra gli uomini e del 9% fra le donne, in Ungheria rispettivamente del 97% e 58%, in Estonia del 138% e 123% (2).

I differenziali interessano, seppur con caratteristici andamenti, entrambi i sessi. Fino alla menopausa, le donne presentano diseguaglianze sociali meno intense rispetto agli uomini, dovute al contributo del tumore alla mammella, prima causa di morte, che colpisce maggiormente le classi sociali più elevate. Tra gli uomini in generale e in particolare fra i meno istruiti, prevalgono quei fattori di rischio (fumo, alcol, scarso consumo di frutta e verdura) strettamente associati alle principali cause di morte in questo gruppo: malattie cardiovascolari, tumori e cause accidentali (tabella 1). A partire dai 60 anni le differenze sociali diminuiscono nelle donne molto meno che negli uomini facendo sì che l'eccesso di rischio si attesti per entrambi i sessi attorno al 30%.

Tabella 1 - *Contributo percentuale delle specifiche cause di morte alle diseguaglianze nell'istruzione tra gli uomini di età superiore ai 45 anni in otto Paesi Europei - Anni 1990-1997*

Cause di morte	Finlandia	Norvegia	Inghilterra/ Galles	Belgio	Austria	Svizzera	Torino	Barcellona/ Madrid
Cardiovascolare	**50,0**	**52,5**	**47,5**	**27,6**	**46,1**	**42,5**	**19,7**	**13,5**
mal. ischemiche del cuore	33,3	31,6	37,4	7,1	13,6	17,6	-8,3	2,8
cerebrovascolari	6,3	9,8	5,5	6,8	11,0	6,8	23,2	7,9
altre cardiovascolari	10,5	11,1	4,6	13,6	21,5	18,2	4,7	2,7
Tumori	**19,7**	**12,9**	**27,9**	**23,8**	**24,4**	**25,9**	**33,8**	**35,0**
polmone	12,3	6,6	13,6	17,2	11,1	12,6	19,9	11,0
altre sedi	7,4	6,3	14,3	6,6	13,3	13,3	13,9	24,1
Cause accidentali	**7,4**	**4,4**	**-0,3**	**5,9**	**5,8**	**3,5**	**5,3**	**2,2**
Altre patologie	**22,8**	**30,3**	**24,9**	**42,8**	**23,8**	**28,1**	**41,2**	**49,3**
Mortalità totale	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

Fonte dei dati: Huisman M, et al. (3).

Interessante è il fenomeno dell'abitudine al fumo che, in Europa, ha seguito un percorso a stadi, differente nei due sessi e nei gruppi sociali (4):

- Stadio 1: ai primi del '900 il fumo si diffonde tra gli uomini di elevata classe sociale;
- Stadio 2: nel secondo dopoguerra il fumo diventa rapidamente un'abitudine di tutte le classi sociali. Le donne compiono lo stesso percorso degli uomini con 10-20 anni di ritardo (il Portogallo è l'unico paese ancora in questo stadio negli anni '90);
- Stadio 3: il fumo diventa meno frequente fra le classi più elevate grazie al contributo delle campagne antifumo, del rincaro dei prezzi, delle leggi sul divieto nei luoghi pubblici (Italia, Spagna, Francia sono all'inizio di tale stadio, soprattutto fra gli uomini, Finlandia e Germania quasi al termine);
- Stadio 4: il fumo si diffonde in entrambi i sessi nei gruppi socio-economicamente più svantaggiati (Gran Bretagna, Norvegia, Svezia, Paesi Bassi).

Malattie cardiovascolari

In Europa la mortalità per malattie cardiovascolari contribuisce ad almeno il 40% delle diseguaglianze sociali tra gli uomini e a circa il 60% tra le donne (3). Nei paesi del Nord Europa i differenziali sociali sono più intensi rispetto ai paesi del Mediterraneo: a Torino, Barcellona e Madrid ad esempio, le differenze sono minime o inesistenti particolarmente fra gli uomini (5). Questo gradiente Nord-Sud è dovuto al fatto che nei paesi del Nord Europa si sono diffusi, dalla fine della seconda guerra mondiale quei comportamenti "del benessere"

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 40

(fumo, sedentarietà, dieta ricca di grassi e proteine) dapprima fra le classi sociali più elevate e a partire dagli anni ’70 in quelle più svantaggiate. Pertanto, la prevalenza di infarto ha visto un’inversione sociale dai primi anni ’70, con conseguente calo della mortalità per tale patologia più veloce e anticipato nelle classi più avvantaggiate. Nei paesi del Sud Europa avviene lo stesso processo, ma con un certo ritardo, come evidenziato per l’epidemia del fumo.
Le diseguaglianze sociali nella mortalità per ictus, il cui principale fattore di rischio è l’ipertensione, sono sostanzialmente della stessa intensità in tutta Europa, colpendo principalmente i gruppi sociali più svantaggiati nei quali i comportamenti a rischio (elevato consumo di sale e alcolici) sono prevalenti (5).

Tumori

In Europa i tumori spiegano il 24% delle differenze sociali nella mortalità tra gli uomini e l’11% tra le donne (3). Ci sono alcune sedi tumorali che, a causa dell’adozione di scorrette abitudini di vita connesse spesso a situazioni di disagio economico e povertà (fumo, alcol, attività sessuale/infezione HPV), sono più frequenti nelle classi sociali più svantaggiate: oro-faringe, laringe, esofago, stomaco, polmone, cervice uterina (6). Altre sedi invece, quali colon, pelle, mammella e ovaio, colpiscono soprattutto le classi più ricche ed istruite che presentano anche una mortalità più elevata per tali cause; questo non capita nel caso del tumore del colon la cui mortalità è più alta nei gruppi più svantaggiati che, nonostante siano meno colpiti da questo tipo di tumore, probabilmente non ricevono un’adeguata assistenza sanitaria con conseguente ritardo diagnostico, stadio tumorale più avanzato e minor probabilità di guarigione.

Cause accidentali

Fra le cause accidentali rientrano i suicidi e gli incidenti stradali in cui restano coinvolte le fasce di età più giovani. In Europa le diseguaglianze sociali presentano una certa variabilità, soprattutto relativamente ai suicidi. Infatti a Madrid gli uomini meno istruiti hanno un eccesso di rischio di morire per questa causa di circa tre volte rispetto ai più istruiti, a differenza di Torino in cui l’eccesso è minimo. Nelle donne non si evidenziano particolari differenze sociali e in alcuni paesi fra cui Norvegia, Danimarca, Svizzera ed Inghilterra c’è un eccesso di rischio di mortalità fra le più istruite. Mediamente in Europa i tassi di mortalità per incidenti stradali fra gli uomini passano dal 12 per 100.000 nei più istruiti a 20 per 100.000 nei meno istruiti (7).

Riferimenti bibiografici

(1) Mackenbach JP, Bos V, Andersen O, et al. Widening socio-economic inequalities in mortality in six Western European countries. Int J Epidemiol 2003; 32: 830-837.
(2) Leinsalu M, Vågerö D, Kunst AE. Estonia 1989-2000: enormous increase in mortality differences by education. Int J Epidemiol 2003; 32: 1.081-1.087.
(3) Huisman M, Kunst AE, Bopp M, et al. Educational inequalities in cause-specific mortality in middle-aged and older men and women in eight Western European populations. Lancet 2005; 365: 493–500.
(4) Huisman M, Kunst A, Mackenback J. Inequalities in the prevalence of smoking in the European Union: comparing education and income. Prev Med 2005; 40: 756-764.
(5) Avendano M, Kunst AE, Huisman M, et al. Socio-economic status and ischaemic heart disease mortality in 10 Western European populations during the 1990s. Heart 2005 Oct 10; (Epub ahead of print).
(6) Kogevinas M, Pearce N, Susser M, Boffetta P, (eds). Social inequalities and cancer. IARC Scientific Publications No. 138. Lyon, IARC, 1997.
(7) Borrell C, Plasència A, Huisman M, et al. Education level inequalities and transportation injury mortality in the middle aged and elderly in European settings. Inj Prev 2005; 11: 138–142.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 41

Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione

Le cause delle principali malattie croniche sono state individuate e sono ormai ben conosciute. I principali fattori di rischio modificabili sono:

- dieta scorretta e ipercalorica;
- mancanza di attività fisica;
- consumo di tabacco.

Queste cause diventano evidenti considerando i fattori di rischio intermedi, tra cui l'ipertensione, l'eccesso di glucosio e di lipidi nel sangue, in particolare del colesterolo LDL (*Low Density Lipoprotein*, il cosiddetto colesterolo cattivo) e l'obesità (indice di massa corporea >= 30kg/m^2).

L'alcolismo contribuisce notevolmente al carico globale di malattia, sia per gli effetti diretti sulla salute legati all'abuso, sia per gli effetti associati indirettamente all'alcol come la violenza e gli incidenti che riguardano in particolare i giovani.

È ormai universalmente provato che le condizioni della prima infanzia hanno effetti importanti sullo stato di salute dell'età adulta. È proprio in questa fase delicata che prendono forma molti comportamenti a rischio.

Differenze di carattere socio-economico nella prevalenza dei fattori di rischio, sono particolarmente evidenti. Le persone indigenti e meno istruite sono più propense al consumo di derivati del tabacco e di cibi molto energetici e ad elevato consumo di grassi, alla sedentarietà, al soprappeso e all'obesità. Tendono, inoltre, maggiormente ad avere comportamenti a rischio per diversi motivi: percorsi scolastici più brevi e limitati, maggiore stress di natura psicosociale, scelta limitata dei modelli di consumo, accesso inadeguato alle cure e all'educazione sanitaria.

Prevenire le malattie croniche, tuttavia, è possibile. Con interventi integrati e a largo spettro si possono ottenere anche risultati in tempi brevi. Le strategie ad ampio raggio mirano a ridurre i rischi di un'intera popolazione. Il loro bersaglio sono le cause, più che le conseguenze, delle malattie croniche. Anche la sola riduzione nell'esposizione a fattori di rischio come l'alimentazione scorretta, l'inattività fisica, il tabagismo, portano ad una diminuzione generale dei livelli di colesterolo, pressione sanguigna, glicemia e peso corporeo. Intervenendo per ridurre i fattori di rischio si possono, dunque, ottenere risultati positivi in poco tempo, sia a livello di popolazione che di singoli individui.

D. GRECO

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 42

Fumo

Significato. Il fumo di tabacco è riconosciuto come uno dei maggiori fattori di rischio nello sviluppo di patologie croniche non trasmissibili (tumori, coronaropatie, accidenti cerebrovascolari) responsabili a loro volta, secondo le stime della Commissione Europea, della morte di circa 650.000 persone ogni anno. Importanti sono anche le ripercussioni a livello economico: il fumo si colloca fra i principali fattori che contribuiscono alle spese in ambito sanitario ed è responsabile inoltre di notevoli costi economici che variano dallo 0,1% all'1,1% del PIL (*WHO-European Tobacco Control Report 2007*).
Lo studio dei dati di prevalenza del consumo di tabacco permette di misurare il fenomeno in seno alla popolazione e di individuare adeguate attività di prevenzione e di controllo che consentano di allargare gli interventi informativi e preventivi non solo ai fumatori e ai loro familiari, ma anche ai non fumatori.

Prevalenza di persone per abitudine al fumo

Numeratore: Persone di 14 anni e oltre per abitudine al fumo

Denominatore: Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di 14 anni e oltre

x 100

Validità e limiti. L'indagine Multiscopo dell'Istat "Aspetti della vita quotidiana" rileva ogni anno molteplici aspetti della vita degli individui e delle famiglie. Le informazioni raccolte in esse sono di grande rilevanza perché consentono di conoscere le abitudini dei cittadini ed i problemi che essi affrontano ogni giorno. Su vari aspetti della vita quotidiana i cittadini, infatti, possono esprimere dei giudizi e fornire informazioni preziose per migliorare molti dei servizi di pubblica utilità. A partire dal 1993 l'indagine è stata condotta tutti gli anni e nel 2005 è stata effettuata a febbraio su un campione di circa 20.000 famiglie (per un totale di circa 50.000 individui) distribuite in 814 comuni italiani di diversa ampiezza demografica.

Valore di riferimento/Benchmark. La prevalenza di fumatori può essere considerata in riferimento alla regione con il valore più basso.

Descrizione dei risultati

Nel nostro paese, la presenza di fumatori presenta alcune differenze nella distribuzione territoriale, in

Tabella 1 - *Persone di 14 anni e oltre (per 100) per abitudine al fumo e numero medio di sigarette fumate al giorno per regione - Anno 2005*

Regioni	Fumatori %	Ex Fumatori %	Non Fumatori %	Fumatori di sigarette %	Numero medio sigarette al giorno
Piemonte	20,9	23,3	53,5	95,4	12,5
Valle d'Aosta	19,9	22,4	55,9	95,5	13,7
Lombardia	23,4	24,5	49,7	97,4	12,6
Trentino-Alto Adige	19,2	23,9	53,1	97,7	11,8
Bolzano-Bozen	*21,1*	*25,4*	*51,0*	*99,0*	*11,9*
Trento	*17,4*	*22,6*	*55,1*	*96,3*	*11,7*
Veneto	19,6	26,0	52,8	97,6	11,1
Friuli-Venezia Giulia	17,2	24,5	54,6	96,2	11,8
Liguria	20,6	23,1	55,1	95,9	13,8
Emilia-Romagna	22,3	24,4	51,9	97,6	12,8
Toscana	22,1	26,2	48,2	96,8	12,7
Umbria	24,5	23,8	50,5	98,8	12,5
Marche	20,5	24,1	53,6	97,2	12,4
Lazio	24,7	23,4	47,7	97,6	14,7
Abruzzo	23,4	22,5	52,4	97,3	13,4
Molise	20,2	21,7	56,5	96,8	13,3
Campania	25,2	17,6	55,7	97,8	14,7
Puglia	19,1	17,3	60,7	98,4	13,1
Basilicata	19,6	20,2	58,2	97,3	13,1
Calabria	19,0	19,2	60,0	98,6	14,1
Sicilia	22,1	18,0	58,7	98,5	14,4
Sardegna	22,2	23,4	50,9	98,1	14,7
Italia	**22,0**	**22,4**	**53,2**	**97,5**	**13,3**

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2007.

L. STICCHI, R. GASPARINI, G. ICARDI, P. DURANDO, F. ANSALDI, A. RENZONI, P. CROVARI

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 43

Tabella 2 - *Persone di 14 anni e oltre (per 100) per abitudine al fumo, per classi d'età e sesso - Anno 2005*

Classi di età	Maschi			Femmine		
	Fumatori	Ex-Fumatori	Non Fumatori	Fumatori	Ex-Fumatori	Non Fumatori
14-17	8,4	3,1	87,0	5,4	3,3	90,0
18-19	27,7	6,7	62,5	16,7	8,2	72,9
20-24	36,8	10,6	49,0	21,6	9,4	65,8
25-34	36,5	16,0	44,5	21,1	13,5	62,6
35-44	34,1	24,0	39,9	22,2	17,0	59,2
45-54	33,0	34,0	31,3	22,5	20,5	54,9
55-59	29,3	41,3	26,6	16,4	18,1	63,3
60-64	25,7	45,9	26,4	13,6	16,9	67,6
65-74	18,7	49,1	30,1	8,1	14,8	74,2
75 e oltre	7,8	62,3	28,1	3,9	12,6	80,7
Totale	28,3	30,4	39,0	16,2	15,0	66,4

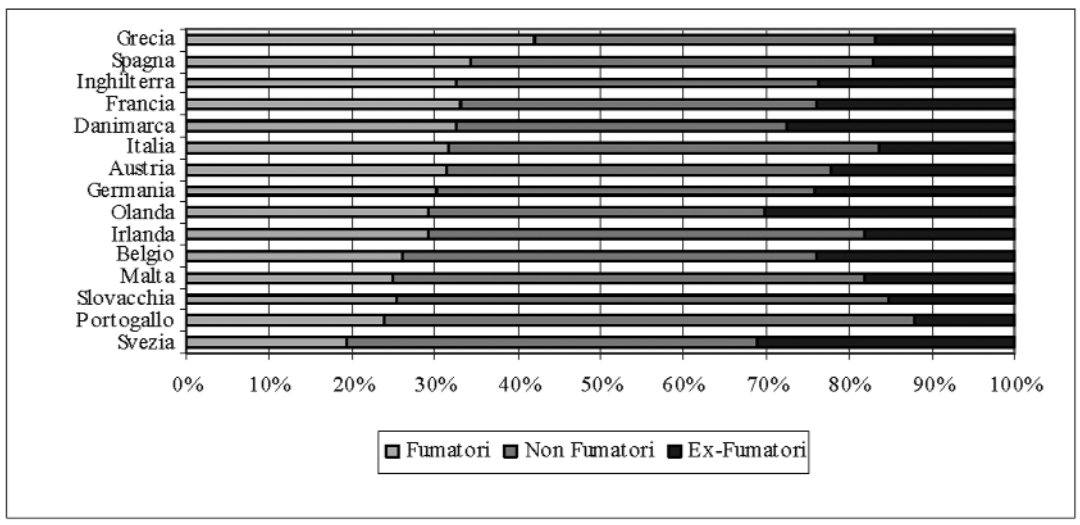
Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2007.

particolare nell'area del Nord-Est con percentuali più contenute rispetto al Sud (17,2% in Friuli-Venezia Giulia e 17,4% nella Provincia Autonoma di Trento vs 25,2% in Campania). La percentuale degli ex-fumatori risulta globalmente più elevata al Nord con valori superiori al 22% rispetto alle regioni del Sud (Puglia 17,3% e Campania 17,6%); ad eccezione della Sardegna in cui si osserva il valore (23,4%) più elevato tra le regioni del Sud (tabella 1). Confrontando i dati del 2005 con quelli dell'anno 2003 (Rapporto Osservasalute 2006, pag. 17), si osserva una riduzione del 3% dei fumatori, anche se i valori riguardanti i non fumatori e gli ex-fumatori sono rimasti pressochè invariati. I dati stratificati per sesso ed età mostrano che l'abitudine al fumo è più diffusa fra gli uomini (28,3%) rispetto alle donne (16,2%) e con un maggior interessamento delle fasce di età comprese fra i 20 e i 54 anni, mentre i dati riguardanti i non fumatori mostrano una netta prevalenza tra le donne (66,4%) rispetto agli uomini (39%) (tabella 2).

Confronto internazionale

Secondo i dati rilevati dall'Eurobarometro e riferiti all'anno 2006, la Grecia si distingue per la prevalenza di fumatori più elevata (42%), mentre la Svezia per quella più contenuta (18%); l'Italia presenta una percentuale pari al 31% simile a quella che si registra nei vicini paesi: Francia (33%), Germania (30%) e Austria (31%) (grafico 1).

Grafico 1 - *Percentuale di fumatori, non fumatori ed ex-fumatori in alcuni Paesi dell'Unione Europea - Anno 2006*



Fonte dei dati e anno di riferimento: "Special Eurobarometer" 272c/Wave66.2-TNS Opinion & Social Attitudes of Europeans towards tobacco, Commissione Europea. Maggio 2007.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 44

Raccomandazioni di Osservasalute

Il tabagismo rappresenta un problema di Sanità Pubblica che richiede adeguate politiche di controllo: la maggior parte dei Paesi Europei ha adottato regole più severe sul fumo, ma per ridurre significativamente il consumo di tabacco, ulteriori sforzi si rendono ancora necessari e nuove iniziative devono essere intraprese, anche per tutelare la salute dei non fumatori. A questo proposito, il 30 gennaio 2007 la Commissione Europea ha presentato il documento "Libro verde. Verso un'Europa senza fumo: opzioni per un'iniziativa dell'Unione Europea" in cui il problema del fumo passivo è affrontato, per la prima volta, a livello comunitario e non lasciato alle iniziative dei singoli Stati. Nel nostro paese, il Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM), ha attivato una "Strategia nazionale per la prevenzione dei danni del fumo", che coinvolge e coordina tutte le istituzioni, amministrazioni ed enti interessati nel promuovere stili di vita sani e che ha come obiettivo finale la riduzione della mortalità e dell'incidenza delle malattie correlate al fumo. Questa strategia si rivolge ai fumatori passivi, ai non fumatori e ai fumatori attivi tramite l'applicazione e il rispetto del divieto di fumo, campagne informative nazionali e locali, politiche fiscali e dei prezzi, regolamentazione della pubblicità, programmi di prevenzione nelle scuole e in contesti giovanili extrascolastici, potenziamento e diffusione delle informazioni dei Centri antitabacco, formazione dei professionisti della salute (Medici di Medicina Generale, specialisti, infermieri e farmacisti).

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 45

Le disuguaglianze sociali nell'abitudine al fumo

Dott.ssa Francesca Vannoni, Dott.ssa Tania Landriscina, Dott.ssa Laura Iannucci, Prof. Giuseppe Costa

L'abitudine al fumo varia considerevolmente in ragione della posizione sociale, sebbene con andamenti differenziati nei due sessi. I dati dell'Indagine Multiscopo Istat 2005 "Aspetti della vita quotidiana" e di quella "Condizioni di salute e ricorso ai servizi" documentano l'associazione di questo comportamento insalubre con una pluralità di caratteristiche, quali il livello d'istruzione, il giudizio sull'adeguatezza delle risorse economiche familiari, la condizione e posizione nella professione. Tra gli uomini la quota di fumatori aumenta di circa il 10% fra i diplomati e le persone con la licenza media inferiore rispetto ai laureati (grafico 1). I meno istruiti non si differenziano a tale riguardo dagli uomini con più elevato titolo di studio perché in questa categoria si concentrano gli anziani, fra i quali la quota di fumatori è più bassa rispetto alle fasce di età più giovani. Nella popolazione maschile adulta di 30-59 anni l'eccesso di fumatori fra i meno istruiti rispetto ai laureati è particolarmente elevato e si aggira intorno al 15%. In questa fascia di età anche per le donne si registra un aumento della prevalenza di fumatrici al diminuire del livello di istruzione: 18,8% tra le laureate, 21,2% tra le diplomate e 24,6% tra chi ha la licenza media. Fra le più anziane (60 anni e oltre) il consumo di tabacco è molto più diffuso tra le laureate (17%) e diplomate (14,1%), contro l'8,4% delle donne con la licenza media e il 6% di quelle con al più la licenza elementare (1). Infine, bisogna considerare che le disuguaglianze sociali nell'abitudine al fumo hanno un impatto negativo sulle nuove generazioni: si consideri, per esempio, la minore propensione delle donne meno istruite e meridionali a cessare di fumare durante la gravidanza (2) e la più elevata esposizione al fumo passivo per i bambini con i genitori poco istruiti (3). In termini di condizione e posizione nella professione, gli uomini in cerca di nuova occupazione sono più sfavoriti non solo per la maggiore prevalenza di fumatori (43,3% contro il 34,3% degli occupati), ma anche per un maggiore numero di sigarette fumate in media al giorno (rispettivamente, 16,3 contro 15 degli occupati). Fra gli occupati, il consumo di tabacco è più elevato per gli operai (40,4%) e i lavoratori in proprio e coadiuvanti (35,8%) rispetto ai dirigenti, imprenditori e liberi professionisti (28,3%). Molto diverso è il quadro delle donne, visto che le disoccupate e le occupate presentano proporzioni analoghe di fumatrici (rispettivamente 25,3% e 23,9%), con uno scarto rilevante rispetto alle casalinghe (13,9%). Inoltre fra le occupate le fumatrici sono soprattutto quelle di classe borghese (29,1% per dirigenti, imprenditrici e libere professioniste, rispetto a 21,8% dei direttivi, quadri, impiegate e 25,9% delle operaie e apprendiste) (4). Al diminuire del livello di soddisfazione per le risorse economiche cresce la prevalenza complessiva di fumatori (da 18,1% con risorse ottime si passa a 20,5% di coloro che le considerano adeguate, per poi salire a 23,8% delle persone con risorse scarse e, infine, a 28,5% del gruppo che le ha riferite insufficienti). Alle risorse economiche insufficienti è inoltre associato il rischio più elevato di iniziare a fumare durante l'adolescenza e, quindi, di diventare tabaccodipendenti (13,1% di fumatori precoci contro il 5,3% dei giovani con risorse ottime) e la maggiore intensità dell'abitudine al fumo (47,8% forti fumatori contro il 37,4% dei più abbienti) (5). La probabilità di smettere di fumare aumenta al crescere del livello di istruzione (*Odds Ratio* 1,23, 95% IC 1,10-1,36 per i laureati o diplomati vs. licenza media o elementare) ed è inoltre più elevata fra le persone con risorse economiche ottime o adeguate rispetto al gruppo con risorse economiche scarse o insufficienti (*Odds Ratio* 1,38, 95% IC 1,24-1,53), a parità di età, presenza di malattie croniche gravi, metodo utilizzato per la cessazione, numero di sigarette fumate e anni di abitudine al fumo[1](5). Le variazioni per posizione sociale sia nell'inizio sia nella cessazione dell'abitudine al fumo producono ampie disuguaglianze di esposizione nell'intero arco della vita e contribuiscono al progressivo aumento delle disuguaglianze sociali nel consumo di tabacco, a fronte della diminuzione della prevalenza complessiva di fumatori nella popolazione avvenuta negli ultimi 25 anni (6). Tra gli uomini l'aumento delle disuguaglianze sociali nel consumo di tabacco è dovuto principalmente ad una maggiore propensione a iniziare a fumare dei gruppi socio-economicamente sfavoriti; tra le donne l'allargamento della forbice è legato anche alla più elevata probabilità di cessazione dell'abitudine al fumo delle fumatrici più istruite (7). In Italia l'inversione del gradiente sociale nell'inizio dell'abitudine al fumo si è verificata diversi decenni più tardi rispetto ai paesi dell'Europa settentrionale, che sono invece ad uno stadio più avanzato nella progressione dell'epidemia del fumo. (8, 9). All'interno del nostro paese, inoltre, le regioni dell'Italia meridionale seguono quelle del Centro e del Nord, visto che si trovano nelle fasi precedenti dell'epidemia (10).

Raccomandazioni di Osservasalute

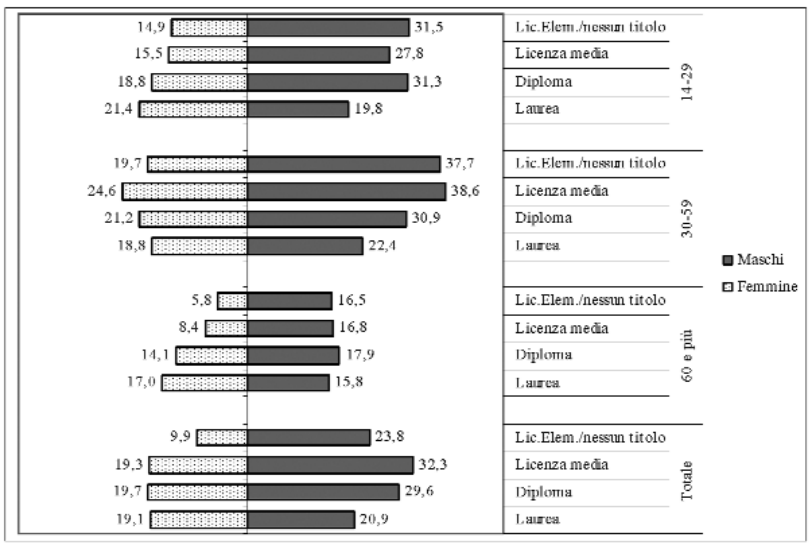
Si stima che, nella maggior parte dei paesi occidentali, circa un terzo delle disuguaglianze socio-economiche nella mortalità siano spiegate dalle disuguaglianze nell'abitudine al fumo.

[1]Gli *Odds Ratio* riportati sono reciprocamente controllati per livello di istruzione e soddisfazione per le risorse economiche.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 46

Considerando l'ampliamento delle disuguaglianze nel consumo di tabacco negli ultimi anni, il futuro peso delle malattie correlate al fumo potrà essere ancora più concentrato tra gli uomini e le donne dei gruppi socio-economicamente più sfavoriti (11). Essi, infatti, incontrano maggiori difficoltà per cessare di fumare, sia perché hanno un grado maggiore di dipendenza al fumo sia perché il consumo di tabacco costituisce un modulo reattivo a condizioni di vita e di lavoro più sfavorevoli (11). Le persone socio-economicamente sfavorite, pertanto, costituiscono un bacino potenziale di fumatori maggiormente bisognosi di supporto per cessare l'abitudine al fumo. Per evitare che in futuro le disuguaglianze sociali nel consumo di tabacco continuino ad aumentare, è necessario il potenziamento e, eventualmente, la diversificazione degli interventi di contrasto al fumo. Come in altri Paesi Europei, anche in Italia c'è ancora molto spazio per lo sviluppo di strategie di ampio respiro per la lotta al tabagismo che producano i maggiori effetti nei gruppi socio-economicamente più sfavoriti. Questi interventi dovrebbero essere realizzati nell'ambito di politiche di ampio respiro, finalizzate a migliorare le condizioni di vita di queste fasce di popolazione (11). Un'esperienza pilota in tal senso è costituita dallo sviluppo di un sistema nazionale di servizi per la cessazione dell'abitudine al fumo in Gran Bretagna, con attenzione particolare rivolta alle aree deprivate.

Grafico 1 - *Fumatori di 14 anni e oltre (per 100 persone con le stesse caratteristiche) per sesso, livello di istruzione e classi di età – Dicembre 2004-Marzo 2005*



Fonte dei dati e anno di riferimento: Gargiulo L. et al. I fumatori in Italia. Dicembre 2004 – Marzo 2005. Istat, Statistiche in breve. 10 Gennaio 2006.

Riferimenti bibliografici

(1) Gargiulo L, Sebastiani G., Vannoni F. I fumatori in Italia. Dicembre 2004 – Marzo 2005. Roma, Istat, Statistiche in breve, 10 gennaio 2006.
(2) Sabbadini LL, Sebastiani G. Il percorso della maternità: gravidanza, parto e allattamento al seno. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". 1999-2000. Roma, Istat, 2002.
(3) Gargiulo L, Sebastiani G, (a cura di) Fattori di rischio e tutela della salute. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anni 1999-2000. Roma, Istat, 2002.
(4) Sante Orsini (a cura di) La vita quotidiana nel 2005. Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana"Anno 2005. Roma, Istat, 2007.
(5) Sebastiani G, Iannucci L, Vannoni F, Landriscina T. L'abitudine al fumo in Italia: fattori che favoriscono la cessazione e impatto della legge 3/2003, Nuova Fiera di Roma, 19 Aprile 2007 - Malattie Croniche: le informazioni per le politiche e i programmi di prevenzione.
(6) Faggiano F, Versino E, Lemma P. Decennal trends of social differentials in smoking habits in Italy. Cancer Causes and Control 2001 12: 665-671.
(7) Federico B, Costa G, Kunst AE. Educational inequalities in initiation, cessation and prevalence of smoking among three Italian birth cohorts. Am J Public Health 2006 Jul 27.
(8) AEJM Cavelaars A E J M, Kunst A E, Geurts J J M, Crialesi R, Grötvedt L, Helmert U, Lahelma E, Lundberg O, Matheson J, Mielck A, Rasmussen N Kr, Regidor E, M do Rosário-Giraldes, Spuhler Th and Mackenbach J P. "Educational differences in smoking: international comparison" in BMJ vol 320 22 april 2000.
(9) Huisman M, Kunst A E., Mackenbach J P. "Inequalities in the prevalence of smoking in the European Union: comparing education and income" in Preventive Medicine 2005: 40; 756-764.
(10) Federico B, Costa G, Vannoni F, Damiani G, Kunst A E, "Trends in educational inequalities in smoking in northern, mid and southern Italy, 1980-2000", Prev Med. 2004 Nov; 39 (5): 919-26.
(11) Kunst A, Giskes K, Mackenbach J, "Socio-economic Inequalities in Smoking in the European Union. Applying an equity lens to tobacco control policies", Rotterdam University, 2004.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 47

Sovrappeso e obesità

Significato. L'obesità è certamente una delle più grandi sfide globali di questo secolo e la sua prevenzione rappresenta un obiettivo prioritario di Sanità Pubblica. Un'ampia e solida evidenza scientifica ha riconosciuto come sia associata a morte prematura e rappresenti un fattore di rischio per alcune importanti malattie croniche (malattie cardiovascolari, accidenti cerebrovascolari, diabete e alcuni tumori). Nel nostro paese lo scenario epidemiologico non differisce molto da quello di altri Paesi europei e le problematiche legate all'obesità presentano una tendenza all'aumento con dati di prevalenza più elevati nelle regioni meridionali e con un trend allarmante per quanto riguarda i bambini e gli adolescenti. Il Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007 individua l'obesità, in particolare nelle donne in età fertile e nei bambini, quale problema di salute di prioritaria rilevanza e demanda alle regioni e alle Province Autonome, in accordo con le direttive del Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM), la pianificazione coordinata delle strategie d'intervento.

Prevalenza di persone in sovrappeso e obese

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Persone di 18 anni e oltre con IMC 25-30 e > 30}}{\text{Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di 18 anni e oltre}} \quad \text{Denominatore} \times 100$$

Validità e limiti. L'Indice di Massa Corporea (IMC) o *Indice di Quètelet* è il parametro più utilizzato per la determinazione del peso ideale ed è dato dal rapporto tra il peso (in kg) e il quadrato dell'altezza (in metri). Per la sua semplicità d'uso rappresenta uno strumento agevole in analisi che riguardano la popolazione adulta. I dati, raccolti nell'ambito dell'Indagine campionaria Multiscopo, sono stati ottenuti mediante intervista diretta o autocompilazione del questionario. Pertanto le informazioni raccolte, sono autoriferite.

Valore di riferimento/Benchmark. La prevalenza di persone obese e in sovrappeso può essere considerata in riferimento alla regione con il valore più basso.

Descrizione dei risultati

Secondo le stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità l'Italia presenta valori (12,7%) di persone obese che si allineano ad altri paesi quali il Belgio, l'Irlanda e la Spagna (grafico 1) (WHO, *Global Info Base*. Anno 2005). Per quanto riguarda la distribuzione geografica, si apprezza un gradiente Nord-Sud per coloro che risultano in sovrappeso (valori superiori al 38% in Campania, Puglia, Basilicata e Calabria) ed obesi (12,0% in Basilicata e 12,9% in Puglia), con la Sardegna (31,8% e 10,5%) che si avvicina, invece, ai dati rilevati nelle regioni settentrionali, dove si registrano i valori più bassi (Piemonte, Valle d'Aosta e Lombardia) (tabella 1). Dal confronto dei dati raccolti nelle precedenti indagini (anni 2002, 2003 e 2005, Rapporto Osservasalute 2005, pagg. 260-270 e Rapporto Osservasalute 2006, pagg. 19-20) il dato relativo all'obesità mostra un trend in aumento dall'8,5% al 9% fino al 9,9%, rilevazione dell'ultima Indagine Multiscopo Istat. I dati stratificati per sesso ed età, mostrano che la prevalenza di sovrappeso ed obesità aumenta progressivamente all'avanzare dell'età, con un interessamento soprattutto delle fasce dai 45 ai 74 anni per gli uomini e dai 55 ai 74 anni per le donne. Inoltre, mentre i valori che riguardano la popolazione obesa sono sovrapponibili tra i sessi, ad eccezione della classe di età compresa fra i 35 e i 44 anni (9,2% uomini e 5,3% donne), la percentuale di uomini in sovrappeso (43,9%) è quasi il doppio di quella del sesso femminile (26,2%), con valori significativamente differenti in tutte le classi di età (tabella 2).

Tabella 1 - *Persone di 18 anni e oltre (per 100) in sovrappeso ed obese per regione – Anno 2005*

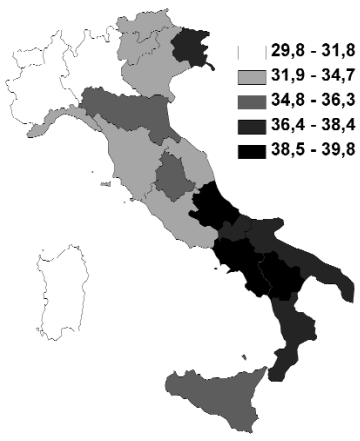
Regioni	Persone in sovrappeso	Persone obese
Piemonte	31,4	8,3
Valle d'Aosta	30,8	6,6
Lombardia	29,8	8,5
Trentino-Alto Adige	34,1	8,8
Bolzano-Bozen	*33,9*	*8,0*
Trento	*34,4*	*9,5*
Veneto	33,4	9,8
Friuli-Venezia Giulia	36,4	10,4
Liguria	33,4	8,5
Emilia-Romagna	35,8	10,3
Toscana	34,7	8,9
Umbria	36,3	7,5
Marche	34,4	9,8
Lazio	34,7	9,4
Abruzzo	39,0	11,8
Molise	37,8	10,4
Campania	39,7	10,6
Puglia	38,4	12,9
Basilicata	39,8	12,0
Calabria	38,4	11,3
Sicilia	36,2	11,6
Sardegna	31,8	10,5
Italia	**34,7**	**9,9**

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2007.

L. STICCHI, R. GASPARINI, G. ICARDI, P. DURANDO, F. ANSALDI, J. LUGARINI, P. CROVARI

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 48

Prevalenza di persone in sovrappeso per regione. Anno 2005



Prevalenza di persone obese per regione. Anno 2005

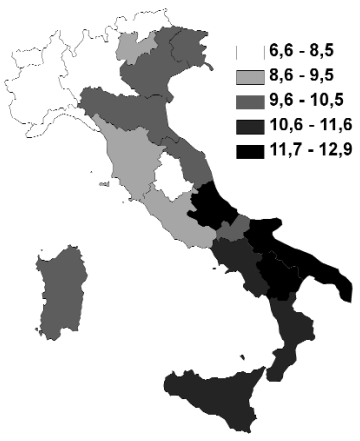


Tabella 2 - *Prevalenza di persone di 18 anni e oltre (per 100) in sovrappeso ed obese per classi d'età e sesso - Anno 2005*

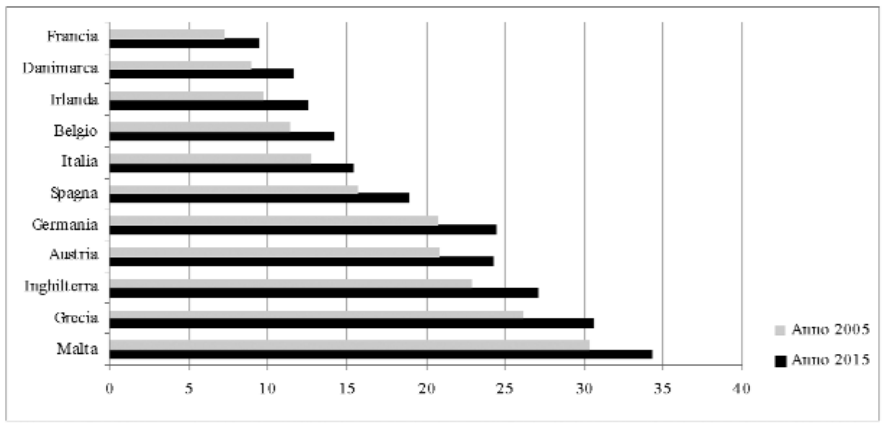
Classi di età	Persone in sovrappeso		Persone obese	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
18-24	18,8	2,8	8,6	1,2
25-34	32,5	4,9	13,0	3,1
35-44	45,4	9,2	20,4	5,3
45-54	52,2	12,5	28,3	12,1
55-64	53,7	15,1	35,0	16,7
65-74	54,1	15,8	40,2	18,2
75 e oltre	44,3	10,7	37,0	10,7
Totale	**43,9**	**10,1**	**26,2**	**9,7**

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2007.

Confronto internazionale

Secondo i dati pubblicati dal WHO, il fenomeno obesità interessa globalmente i Paesi Europei, con regioni in cui addirittura un quarto degli abitanti è obeso (Malta e Grecia). La stima al 2015 della prevalenza aumenta coinvolgendo uniformemente tutte le nazioni dell'UE, se non si attueranno adeguate campagne di prevenzione e promozione alimentare.

Grafico 1 - *Prevalenza di persone obese di 15 anni e oltre nell'anno 2005 e stima della prevalenza nell'anno 2015, in alcuni Paesi dell'Unione Europea – Anni 2005, 2015*



Fonte dei dati e anno di riferimento: WHO, Global Info Base. Anno 2005.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 49

Raccomandazioni di Osservasalute

L'obesità è un problema di Sanità Pubblica globale; per limitare questa epidemia ed invertirne l'andamento è fondamentale l'azione di coordinamento dell'Unione Europea: il 16 novembre 2006, nel corso della Conferenza della Regione Europea dell'OMS, è stata adottata come *policy* di riferimento la Carta Europea sull'Azione di Contrasto all'Obesità. Questo documento ha lo scopo di indirizzare le politiche dei paesi e le azioni regolatorie, incluse le norme legislative e i relativi piani di attuazione. Il CCM, sulla base di quanto raccomandato a livello internazionale, ha indicato come obiettivi di primaria importanza sia la raccolta di informazioni riguardanti la diffusione di questo fenomeno e il suo impatto sulla popolazione di età infantile, adulta e anziana, sia la pianificazione a livello regionale e locale di interventi di promozione di una corretta alimentazione e adeguata attività fisica. Per concretizzare questo progetto ha definito una strategia d'intervento che prevede un approccio multisettoriale mirato a coinvolgere, oltre al Sistema Sanitario, anche altri soggetti istituzionali e della società civile (scuola, famiglia, servizi sanitari e sociali, Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, ecc.) e la creazione di Enti e Istituzioni che condividano obiettivi comuni e definiscano ruoli, regole e modalità di azione con carattere di continuità, per favorire nella popolazione sani comportamenti in tema di alimentazione e attività motoria.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 50

Attività fisica

Significato. Una moderata, ma regolare attività fisica è tra i fattori che contribuiscono a prevenire patologie croniche (diabete di tipo II, disturbi cardiocircolatori, obesità), a proteggere da condizioni disabilitanti (osteoporosi e artrite) e a ridurre o eliminare importanti fattori di rischio (ipertensione e ipercolesterolemia). Secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), l'inattività fisica, con altri fattori di rischio, incide sull'86% dei decessi, sul 77% della perdita di anni di vita in buona salute e sul 75% delle spese sanitarie in Europa e in Italia. Da uno studio europeo svoltosi tra il 2002 e il 2005 è emerso un incremento dell'attività fisica di grado intenso, a fronte di un trend globale invariato di quella di grado moderato (*Special Eurobarometer 246/Wave64.3 Health and food*. Novembre 2006. Commissione Europea). Strategie politiche globali devono essere adottate e attuate al fine di promuovere l'esercizio fisico nella popolazione di ogni età.

Prevalenza di persone che praticano sport o attività fisica

Numeratore: Persone di 3 anni e oltre che praticano sport o attività fisica

Denominatore: Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di 3 anni e oltre

x 100

Validità e limiti. L'Indagine campionaria Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana" (anno 2005) coinvolge circa 20.000 famiglie, per un totale di circa 50.000 individui e i dati sono raccolti per intervista diretta. Aree tematiche variegate si susseguono nei questionari consentendo di cogliere come vive la popolazione: scuola, lavoro, vita familiare e di relazione, salute, stili di vita e impiego del tempo libero (attività fisica e sportiva). Si tratta, pertanto, di informazioni soggettive riportate direttamente dagli intervistati.

Valore di riferimento/Benchmark. La prevalenza di persone che praticano attività fisica può essere considerata in riferimento alle regioni con i valori più elevati.

Descrizione dei risultati

Nel 2005, il 20,9% della popolazione, ha dichiarato di praticare in modo continuativo uno o più sport nel tempo libero e il 10,3% lo ha praticato in modo saltuario. Le persone che hanno dichiarato di svolgere qualche attività fisica (come fare passeggiate per almeno due km, nuotare, andare in bicicletta o altro) sono il

Tabella 1 - *Persone di 3 anni e oltre (per 100) che praticano sport o attività fisica per regione – Anno 2005*

Regioni	Sport in modo continuativo	Sport in modo saltuario	Qualche attività fisica	Nessuno sport	Non indicato
Piemonte	21,4	12,7	30,5	34,8	0,5
Valle d'Aosta	21,1	12,7	27,9	36,7	1,7
Lombardia	25,6	12,1	30,7	30,2	1,5
Trentino-Alto Adige	31,3	21,8	30,0	16,6	0,3
Bolzano-Bozen	*38,5*	*22,7*	*22,7*	*15,6*	*0,5*
Trento	*24,4*	*21,0*	*37,0*	*17,5*	*0,1*
Veneto	25,3	14,0	35,9	24,2	0,6
Friuli-Venezia Giulia	21,9	14,7	37,4	25,2	0,8
Liguria	17,9	8,7	29,9	43,0	0,4
Emilia-Romagna	21,8	10,6	35,4	31,8	0,4
Toscana	21,4	9,0	32,9	35,6	1,0
Umbria	20,3	10,9	27,1	41,3	0,3
Marche	22,2	9,2	31,1	36,7	0,9
Lazio	23,9	9,8	24,1	41,5	0,6
Abruzzo	19,6	9,2	28,6	41,4	1,2
Molise	14,0	9,2	26,1	49,6	1,1
Campania	14,7	7,6	24,0	52,5	1,2
Puglia	17,2	8,6	22,1	51,5	0,6
Basilicata	16,0	8,5	22,8	51,5	1,2
Calabria	16,1	8,5	21,8	53,0	0,7
Sicilia	15,1	6,5	19,3	58,6	0,6
Sardegna	21,6	9,4	23,7	44,5	0,8
Italia	**20,9**	**10,3**	**28,2**	**39,8**	**0,8**

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2007.

L. STICCHI, R. GASPARINI, G. ICARDI, P. DURANDO, F. ANSALDI, J. LUGARINI, P. CROVARI

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 51

Prevalenza di persone di 3 anni e oltre (per 100) che non praticano alcuno sport per regione. Anno 2005

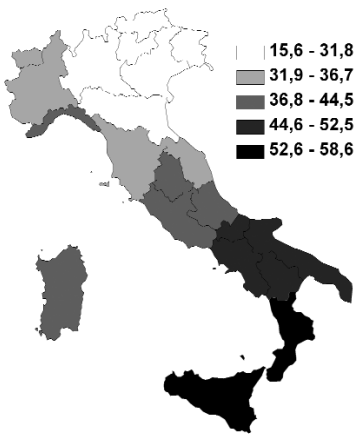


Tabella 2 - *Persone di 3 anni e oltre (per 100) che praticano sport o attività fisica per classi di età – Anno 2005*

Classi di età	Sport in modo continuativo	Sport in modo saltuario	Qualche attività fisica	Nessuno sport	Non indicato
3-5	15,9	5,8	27,5	45,1	5,7
6-10	50,1	8,7	17,2	22,4	1,5
11-14	54,4	10,4	18,1	16,3	0,8
15-17	47,4	12,8	20,0	18,9	0,8
18-19	37,1	20,0	19,3	22,7	1,0
20-24	34,3	17,7	20,7	26,6	0,7
25-34	27,9	15,6	24,8	31,0	0,7
35-44	19,5	13,7	29,8	36,4	0,6
45-54	14,7	10,9	33,5	40,4	0,5
55-59	11,8	8,2	35,2	44,4	0,4
60-64	9,4	5,7	38,2	46,1	0,7
65-74	7,0	3,9	35,3	53,3	0,6
75 e oltre	2,1	1,3	21,8	74,1	0,6
Totale	**25,2**	**12,9**	**26,4**	**34,7**	**0,8**

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2007.

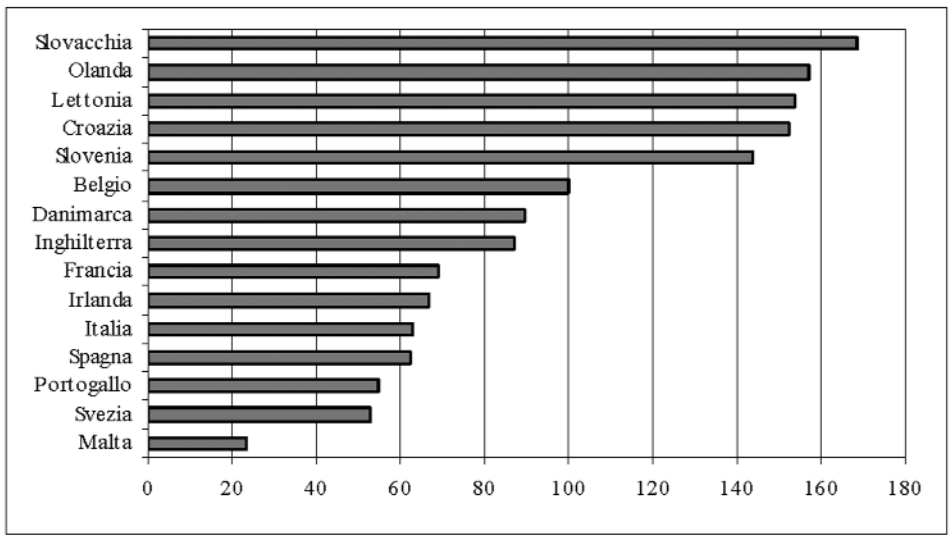
28,2%, mentre coloro che non praticano né uno sport né attività fisica nel tempo libero sono il 39,8% (tabella 1). Dal punto di vista geografico, risultano più attivi gli abitanti del Nord rispetto a quelli del Sud, dove la sedentarietà è più frequente in Sicilia (58,6%). Si pratica più sport in modo continuativo nella Provincia Autonoma di Bolzano (38,5%), in Lombardia (25,6%) e in Veneto (25,3%). I dati stratificati per classe di età mostrano che la pratica sportiva svolta in modo continuativo si distribuisce soprattutto nelle fasce di età comprese fra i 6 e i 19 anni, mentre lo sport svolto in modo saltuario coinvolge soprattutto i soggetti giovani appartenenti alle fasce di età 18-34; con l'aumentare dell'età aumenta, inoltre, la prevalenza di coloro che non praticano alcuna attività fisica (tabella 2).

Confronto internazionale

I dati dell'Eurobarometro della Commissione Europea mostrano una maggior dedizione dei Paesi dell'Est (Slovacchia, Lettonia, Croazia) alla pratica sportiva rispetto ai Paesi Europei più occidentali quali Spagna, Irlanda e Francia, i cui valori si allineano a quelli italiani (grafico 1).

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 52

Grafico 1 - *Tempo (minuti/die) dedicato allo svolgimento di attività fisica moderata in alcuni Paesi Europei – Anno 2006*



Fonte dei dati e anno di riferimento: "Special Eurobarometer" 246/Wave64.3 Health and food, Commissione Europea. Novembre 2006.

Raccomandazioni di Osservasalute

A Copenhagen, il 12 settembre 2006 è stata approvata dal Comitato Regionale per l'Europa una strategia di contrasto alle malattie croniche, "Guadagnare Salute", per la quale hanno collaborato il Ministero della Salute e la Regione Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Nello stesso anno ad Istanbul, nel corso della Conferenza Ministeriale Intergovernativa, è stata discussa una strategia europea comprendente le raccomandazioni riguardanti la promozione dell'attività fisica, non solo nella popolazione infantile e nei giovani, ma anche in anziani, disabili, portatori di disagi o disturbi mentali, incentivando la possibilità di svolgerla sia nell'ambiente urbano e domestico, sia sul posto di lavoro. Questa strategia deve essere promossa e incentivata non solo dagli Enti preposti, ma anche dai medici e professionisti della salute che dovrebbero essere coinvolti in modo attivo nel determinare il livello di attività fisica per ciascun individuo. È opportuno incoraggiare anche persone sedentarie ad un'attività fisica moderata e regolare, più facilmente conciliabile con le abitudini quotidiane. Un obiettivo adeguato a breve termine è quello di aumentare il livello abituale di attività fisica (sono sufficienti 30 minuti di movimento al giorno, per almeno cinque volte a settimana), al fine di raggiungere nell'arco di alcuni mesi un effettivo benessere fisico.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 53

Consumo di alcol

Significato. In Italia, le Linee Guida per una sana alimentazione pongono come consumatori a rischio:
a) le donne che eccedono i consumi di 20 grammi di alcol al giorno (1-2 drinks);
b) gli uomini che eccedono i 40 grammi di alcol al giorno (2-3 drinks).
Relativamente ai giovani, sono considerati a rischio tutti gli individui di età inferiore a 15 anni che consumano qualunque quantità di bevanda alcolica e tutti coloro che tra 16 e 18 anni consumano quotidianamente più di un bicchiere (1 Unità Alcolica – UA: circa 12 grammi di alcol). Anche gli ultra 65enni non dovrebbero eccedere il consumo di un drink al giorno. Sono da considerarsi a rischio, gli individui che concentrano in un'unica occasione di consumo l'assunzione di 6 o più bicchieri di una qualsiasi bevanda alcolica (*binge drinking*, bere per ubriacarsi). L'analisi dei dati secondo questi target specifici di popolazione (età e sesso) è quella che secondo l'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) segue più di altre il criterio di verifica della condizione di rischio individuale.

Prevalenza di consumatori a rischio secondo i criteri ISS – INRAN

Numeratore: Ragazzi e ragazze di 11-15 anni che dichiarano di consumare giornalmente bevande alcoliche e di 16-18 anni che dichiarano di consumare più di una unità alcolica al giorno
Denominatore: Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di età 11-18 anni

Numeratore: Uomini di 19-64 anni che dichiarano di consumare più di tre unità alcoliche al giorno; Donne di 19-64 anni che dichiarano di consumare più di due unità alcoliche al giorno
Denominatore: Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di età 19-64 anni

Numeratore: Uomini e donne ultra 65enni che dichiarano di consumare più di una unità alcolica al giorno
Denominatore: Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di età superiore ai 65 anni

Prevalenza binge drinkers

Numeratore: Uomini e donne di 11-18 a cui è capitato di consumare 6 bicchieri o più di bevande alcoliche, anche diverse, in un'unica occasione
Denominatore: Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di età 11-18 anni

Numeratore: Uomini e donne di 19-64 a cui è capitato di consumare 6 bicchieri o più di bevande alcoliche, anche diverse, in un'unica occasione
Denominatore: Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di età 19-64 anni

Numeratore: Uomini e donne di 65 anni e oltre a cui è capitato di consumare 6 bicchieri o più bevande alcoliche, anche diverse, in un'unica occasione
Denominatore: Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di età superiore ai 65 anni

Validità e limiti. A partire dal 2003 nell'Indagine Multiscopo viene rilevato anche il numero di bicchieri (Unità Alcoliche) giornalmente consumati, ma solo ed esclusivamente per il vino e la birra. Il numero di UA di aperitivi alcolici, amari e super alcolici giornalieri è stato, invece, oggetto di operazionalizzazione considerando le modalità di risposta "Più di 2 bicchierini al giorno" e "1-2 bicchierini al giorno" delle domande previste dall'indagine. È quindi possibile creare le categorie rappresentative dei consumatori a maggior rischio considerando il numero totale di UA consumate giornalmente e calcolare le prevalenze separatamente per il sesso le tre classi di età prese in considerazione. La prevalenza di consumatori a rischio (*hazardous*) e dei *binge drinkers* identificano due possibili modalità del consumo a rischio la cui analisi isolata non riesce, comunque, ad esprimere ed a cogliere il fenomeno nella sua complessità, in fun-

E. SCAFATO, S. GHIRINI, C. GANDIN, L. GALLUZZO, S. MARTIRE, N. PARISI

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 54

zione dell'evidenza che spesso l'abuso, il *binge drinking*, il superamento dei limiti giornalieri, si verificano contemporaneamente e, per questo, con effetti ipotizzabili di tipo additivo o moltiplicativo.

Valore di riferimento/Benchmark. Come valori di riferimento sono state scelte le medie dei valori regionali delle prevalenze (%) relative ai due indicatori.
1) Prevalenza di consumatori a rischio: 11-18 anni M = 2,5 - F = 0,6; 19-64 anni M = 11,7 - F = 2,6; ultra 65-enni M = 45,9 - F = 11,6.
2) Prevalenza dei *Binge drinkers*: 11-18 anni M = 7,8 - F = 3,9; 19-64 anni M = 17,0 - F = 3,5; ultra 65-enni M = 5,6 - F = 1,0.

Descrizione dei risultati

I non consumatori. Ai fini della valutazione del rischio è interessante identificare, oltre ai consumatori a rischio di alcol, la quota di coloro che con certezza non risultano esposti al rischio alcolcorrelato (astemi e astinenti). Tra il 2003 ed il 2005 i "non consumatori" di alcol sono diminuiti in media a livello nazionale (29,2% vs 27,9%) principalmente a causa della riduzione della quota di persone che hanno dichiarato di non consumare alcol al momento della rilevazione, ma di averne consumato in passato (tabella 1). Tale fenomeno è solo in parte ascrivibile all'invecchiamento della popolazione e alla maggiore frequenza di malattie che sconsigliano il consumo di alcol.

Prevalenza consumatori a rischio. Il consumo a rischio in Italia (tabelle 2, 3 e 4) presenta, un trend in crescita con l'età per entrambi i sessi. Nella fascia di età superiore a 65 anni i valori di prevalenza più elevati si riscontrano per entrambi i sessi in Umbria, Molise, Marche, Friuli-Venezia Giulia e Veneto. Nella classe di età 19-64 anni il fenomeno appare molto diffuso in tutte le regioni e per entrambe i sessi ad eccezione di Sicilia e Trentino-Alto Adige. Tra i giovani (11-18 anni) le prevalenze al di sopra della media nazionale si registrano in alcune regioni del Centro-Sud (Puglia, Molise, Basilicata e Calabria) per entrambi i sessi, oltre che nelle Marche, in Toscana e in Campania tra le ragazze; in alcune regioni del Nord-Ovest (Piemonte e Lombardia) in Liguria e Sardegna tra i ragazzi.

Prevalenza binge drinkers. Il fenomeno del *binge drinking* è un fenomeno diversamente caratterizzato a seconda dell'età e del sesso degli intervistati (tabelle 2, 3 e 4). Tra gli uomini, appare molto diffuso nella fascia di età 19-64 anni (17%), mentre tra le donne sia nella fascia di età 11-18 (3,9%) che in quella 19-64 (3,5%) appare meno evidente. Tra i giovanissimi, per entrambi i sessi, i valori più elevati si registrano nelle regioni del Nord. Nella fascia 19-64 per entrambi i sessi la regione più a rischio risulta essere il Trentino-Alto Adige, regione che, invece, presentava una delle più basse concentrazioni di consumatori a rischio. Tra gli ultra 65enni le concentrazioni regionali di *binge drinkers* appaiono consistenti per entrambi i sessi in Molise e Basilicata. Tra gli uomini, inoltre, elevate prevalenze si registrano anche in Abruzzo, Sardegna, Calabria e Trentino-Alto Adige e tra le donne in Toscana e Sicilia.

Tabella 1 - *Distribuzione dei non consumatori (per 100) per regione e sesso – Anni 2003, 2005*

Regioni	2003 Consumavano in passato	2003 Mai consumato	2003 Tot. non consumatori	2005 Consumavano in passato	2005 Mai consumato	2005 Tot. non consumatori
Piemonte e Valle d'Aosta*	2,92	24,59	27,51	1,61	23,44	25,05
Lombardia	2,82	24,33	27,15	1,45	23,49	24,94
Trentino-Alto Adige	3,71	18,03	21,74	1,90	19,01	20,91
Veneto	3,09	20,14	23,23	1,67	20,77	22,44
Friuli-Venezia Giulia	3,43	17,46	20,89	1,90	20,83	22,73
Liguria	2,51	23,26	25,77	2,12	26,90	29,02
Emilia-Romagna	3,49	19,45	22,94	1,59	22,86	24,45
Toscana	3,01	22,88	25,89	1,98	21,86	23,84
Umbria	3,70	24,35	28,05	1,11	27,51	28,62
Marche	3,30	20,77	24,07	1,31	24,33	25,64
Lazio	2,26	27,85	30,11	1,56	27,56	29,12
Abruzzo	3,70	27,54	31,24	1,47	29,16	30,63
Molise	3,06	27,66	30,72	1,53	32,35	33,88
Campania	3,28	33,73	37,01	1,78	31,34	33,12
Puglia	2,03	30,60	32,63	1,59	28,61	30,20
Basilicata	2,39	30,72	33,11	1,51	29,10	30,61
Calabria	2,31	28,61	30,92	1,51	29,12	30,63
Sicilia	3,98	34,94	38,92	1,41	35,80	37,21
Sardegna	3,51	29,27	32,78	2,00	30,53	32,53
Italia	**3,01**	**26,24**	**29,25**	**1,62**	**26,33**	**27,95**

*Dato non disponibile separatamente.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo "Famiglie-Aspetti della vita quotidiana. Anni 2003-2005". Anno 2007.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 55

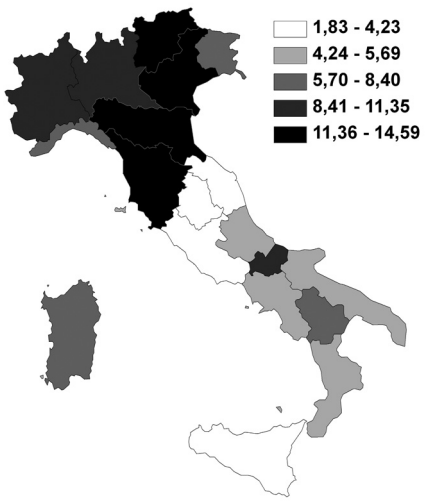
Tabella 2 - *Prevalenza di consumatori a rischio e binge drinkers di 11-18 anni (per 100) per regione e sesso - Anno 2005*

Regioni	Maschi		Femmine	
	A rischio	Binge drinkers	A rischio	Binge drinkers
Piemonte e Valle d'Aosta*	4,28	10,76	0,00	6,24
Lombardia	5,02	11,35	0,00	6,51
Trentino-Alto Adige	0,77	14,59	0,00	9,24
Veneto	2,22	14,44	0,00	12,18
Friuli-Venezia Giulia	0,87	7,15	0,00	1,12
Liguria	3,59	6,62	0,00	0,00
Emilia-Romagna	0,97	11,49	0,00	5,03
Toscana	2,41	13,25	1,79	2,35
Umbria	0,00	1,83	0,00	4,85
Marche	4,96	4,23	0,70	2,81
Lazio	0,00	3,40	0,62	2,69
Abruzzo	1,61	4,66	0,00	3,58
Molise	4,26	9,57	1,74	1,61
Campania	0,83	5,25	1,48	0,00
Puglia	5,01	4,31	1,72	2,67
Basilicata	3,63	6,70	0,77	3,53
Calabria	4,09	5,69	1,21	2,37
Sicilia	0,85	3,91	0,49	1,21
Sardegna	2,82	8,40	0,00	4,72
Italia	**2,50**	**7,81**	**0,62**	**3,87**

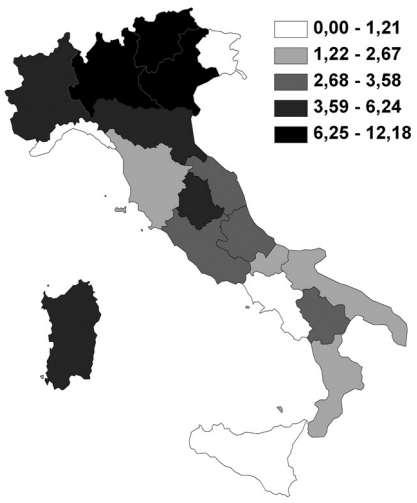
*Dato non disponibile separatamente.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo "Famiglie-Aspetti della vita quotidiana. Anni 2003-2005". Anno 2007.

Prevalenza di consumatori *binge drinkers* (per 100) di 11-18 anni per regione. Maschi. Anno 2005



Prevalenza di consumatori *binge drinkers* (per 100) di 11-18 anni per regione. Femmine. Anno 2005



Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 56

Tabella 3 - *Prevalenza di consumatori a rischio e binge drinkers di 19-64 anni (per 100) per regione e sesso - Anno 2005*

Regioni	Maschi		Femmine	
	A rischio	Binge drinkers	A rischio	Binge drinkers
Piemonte e Valle d'Aosta*	12,58	19,85	2,63	5,21
Lombardia	12,76	15,96	2,68	3,01
Trentino-Alto Adige	7,75	31,92	1,54	7,01
Veneto	12,17	24,31	2,11	4,58
Friuli-Venezia Giulia	11,28	21,73	2,94	3,26
Liguria	12,77	15,45	3,29	4,32
Emilia-Romagna	11,70	16,56	3,47	3,85
Toscana	13,78	18,65	4,86	4,97
Umbria	11,91	12,17	2,25	2,51
Marche	15,81	16,40	2,78	2,66
Lazio	11,25	17,29	1,31	4,67
Abruzzo	11,80	21,96	2,33	4,51
Molise	16,42	25,86	2,06	4,47
Campania	12,07	12,22	2,95	2,67
Puglia	12,55	13,32	3,09	1,95
Basilicata	16,11	18,78	3,72	2,98
Calabria	8,81	18,86	2,36	2,59
Sicilia	5,58	7,57	1,51	1,38
Sardegna	11,74	27,61	2,38	4,25
Italia	**11,69**	**17,02**	**2,63**	**3,54**

*Dato non disponibile separatamente.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo "Famiglie-Aspetti della vita quotidiana. Anni 2003-2005". Anno 2007.

Tabella 4 - *Prevalenza di consumatori a rischio e binge drinkers >65 anni (per 100) per regione e sesso - Anno 2005*

Regioni	Maschi		Femmine	
	A rischio	Binge drinkers	A rischio	Binge drinkers
Piemonte e Valle d'Aosta*	49,19	4,51	13,43	0,23
Lombardia	49,42	8,11	13,98	0,73
Trentino-Alto Adige	45,74	9,49	10,08	0,89
Veneto	54,42	8,04	16,14	1,27
Friuli-Venezia Giulia	55,76	6,22	19,19	0,57
Liguria	54,19	6,24	16,89	1,63
Emilia-Romagna	46,13	1,12	12,56	1,38
Toscana	50,38	4,59	11,94	2,16
Umbria	65,07	5,66	16,36	0,63
Marche	56,56	6,01	18,70	0,86
Lazio	38,14	3,61	8,80	0,91
Abruzzo	53,05	14,48	10,86	0,75
Molise	59,23	12,25	14,99	1,67
Campania	42,03	2,46	7,69	0,27
Puglia	39,62	4,84	9,56	0,86
Basilicata	52,63	8,64	12,58	2,15
Calabria	35,64	11,96	5,50	1,02
Sicilia	26,29	2,27	3,22	1,70
Sardegna	45,43	8,85	4,83	0,00
Italia	**45,94**	**5,61**	**11,59**	**1,00**

*Dato non disponibile separatamente.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo "Famiglie-Aspetti della vita quotidiana. Anni 2003-2005". Anno 2007.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 57

Raccomandazioni di Osservasalute

Le evidenze disponibili mostrano che il bere a rischio in Italia è un fenomeno da non sottovalutare. La classificazione di consumatore a rischio non dovrebbe mai contemplare l'analisi di un unico indicatore ma avvalersi dell'analisi, anche combinata, degli indicatori disponibili attraverso definizioni, oltre che statistiche, capaci di valorizzare le indicazioni di tutela della salute. Si può essere attualmente considerati a rischio "solo" per un abuso quotidiano, ma non per *binge drinking* e viceversa ma, in realtà, nessuno di questi indicatori può "pesare" l'impatto dell'atteggiamento complessivo dell'individuo nell'adottare un modello di bere a rischio. In ogni caso, se, da un lato, circa il 70% della popolazione consuma secondo sani criteri di moderazione, esiste una consistente fascia di popolazione che segue modelli e stili di consumo a rischio che richiedono di essere intercettati e prevenuti. L'emergenza di abitudini di consumo a rischio in vasti strati della popolazione e la diffusione di modalità di "uso" dell'alcol più che di consumo, evidenziano la necessità di intervenire efficacemente attraverso misure che possano contribuire a stigmatizzare, anche culturalmente, l'approccio all'alcol. Inoltre, il consumo a rischio di alcol ed il *binge drinking* rappresentano uno dei primi tre determinanti di malattia, mortalità prematura ed invalidità ovviamente evitabili a fronte di un adeguato stile di consumo ispirato alla moderazione. È indispensabile non trascurare le iniziative di sensibilizzazione ed educazione sotto forma di cicli consecutivi e coordinati in tutte le scuole, a partire dalle materne ed elementari, che coinvolgano i livelli parentali e familiari che rappresentano il fattore chiave per rafforzare le conoscenze e le abilità dei giovani e dei futuri adulti nella gestione del bere prima che questo giunga a rappresentare un problema comportamentale. Appare inoltre indispensabile favorire e sostenere l'interazione tra le diverse competenze della Pubblica Amministrazione, quelle sociosanitarie e con le Associazioni del privato sociale e dell'auto e mutuo-aiuto per creare, diffondere e consolidare il valore della moderazione quale presupposto essenziale di prevenzione e riduzione del bere problematico in Italia.

Ringraziamenti

Si ringrazia la Dottoressa Rosaria Russo per la collaborazione fornita alla realizzazione delle analisi e alla redazione dei risultati connessi alle attività di ricerca oggetto della presente pubblicazione e attuate dal Centro Collaboratore OMS per la Ricerca e la Promozione della Salute su Alcol e Problematiche Alcolcorrelate dell'Istituto Superiore di Sanità.

Riferimenti bibliografici

(1) INRAN (2003): Linee guida per una sana alimentazione italiana. Revisione 2003. Roma; Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione; http://www.inran.it/servizi_cittadino/stare_bene/guida_corretta_alimentazione/.
(2) Istat (2007) "La vita quotidiana nel 2005". Collana Informazioni, n.4. Roma: Istat.
(3) E. Scafato, S. Ghirini, L. Galluzzo, C. Gandin, S. Martire e R. Russo; Alcol: i consumi a rischio e le tendenze del bere in Italia; Centro Collaboratore WHO per la Ricerca e la Promozione della Salute su Alcol e Problematiche Alcolcorrelate - Osservatorio Nazionale Alcol. CNESPS. Istituto Superiore di Sanità (ISS), Roma. Anno 2007. http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/pdf/Apd07-consumi_rischio.pdf.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 58

Consumo di alimenti per tipologia

Significato. Il consumo di alimenti per tipologia è un indicatore della qualità della dieta (1). Le frequenze di consumo dell'Indagine Multiscopo pubblicate nel volume "Aspetti della vita quotidiana" riferite all'anno 2005 (2), consentono di descrivere un profilo alimentare delle regioni in termini di numero di volte che le persone di 3 anni e oltre dichiarano di assumere i diversi alimenti. La classe di frequenza varia da gruppo a gruppo di alimenti a seconda dell'uso abituale e anche della quantità di porzione desiderabile rispetto ad una dieta equilibrata e variata (3, 4). L'indicatore proposto è costituito dall'insieme delle frequenze di ciascun gruppo di alimenti riferito a 100 persone selezionato per il legame, positivo o negativo, con l'indicatore obiettivo delle 5 porzioni al giorno di ortaggi e frutta (5).

Le Linee Guida per una sana alimentazione (4) assegnano, infatti, un ruolo centrale alla varietà di alimenti e, tra i gruppi alimentari, proprio a "ortaggi e frutta", soprattutto per le forti evidenze di una associazione con la riduzione del rischio di malattie cardiovascolari e, più in generale, per le sostanze antiossidanti che veicolano nell'organismo umano.
Le frequenze di consumo sono parte integrante del modello descrittivo dello stile alimentare che è legato alle tradizioni gastronomiche (5), ma anche alle modalità con cui la popolazione si alimenta, considerando variabili come luoghi, tempi e occasioni di assunzione dei pasti.

Percentuale di persone per consumo di alimenti

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Persone di 3 anni e oltre per consumo di alimenti}}{\text{Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di 3 anni e oltre}} \times 100 \quad \text{Denominatore}$$

Validità e limiti. La percentuale di popolazione che indica una determinata frequenza di consumo rispetto ad una tipologia di alimento, esprime la diffusione di un dato comportamento alimentare nella popolazione di riferimento. L'insieme di queste percentuali fornisce un profilo che, pur non consentendo una valutazione nutrizionale in termini scientifici classici (quantità di energia e nutrienti assunte, stima dei fabbisogni/raccomandazioni nutrizionali, e confronto dei valori attuali e desiderabili), permette di effettuare un'analisi territoriale in base ai comportamenti prevalenti. Il numero elevato di voci alimentari rilevate rende difficile una valutazione sintetica. Il riferimento ad un indicatore obiettivo aiuta a sintetizzare la complessità, a patto che l'indicatore sia connesso anche ad altre variabili che concorrono a definire lo stile alimentare. In un contesto, inoltre, in cui il tipo di rilevazione non consente di quantificare l'assunzione giornaliera in grammi di alimenti né, quindi, il confronto con i 400 g di ortaggi e frutta raccomandati a livello europeo (1) di calorie e nutrienti, né la valutazione in termini di energia e nutrienti, la registrazione del numero di porzioni giornaliere permette almeno la valutazione rispetto ad una raccomandazione diffusa a livello internazionale. Resta sempre valida la considerazione che in una dieta ricca di alimenti multi-ingrediente, il consumo espresso in termini di singoli alimenti può portare a sottostimare il numero di porzioni, perché il compilatore può più facilmente "dimenticare" le porzioni assunte in associazione ad altri cibi (es. i pomodori come sugo, il formaggio come guarnizione, ecc.), che magari non costituiscono una quantità da porzione intera in una singola occasione, ma dovrebbero essere considerati se ripetutamente consumati nella giornata o se la quantità nel piatto fosse ragguardevole.

Valore di riferimento/Benchmark. Il riferimento considerato è la soglia delle 5 porzioni al giorno di ortaggi e frutta, come variabile in sé e in rapporto alle altre componenti della dieta rilevate con l'Indagine Multiscopo (2). Gli indicatori dello stile alimentare associati sono usati in modo descrittivo per verificare se i valori dell'indicatore siano o meno associati a profili di consumo regionali diversificati. Il profilo delle frequenze a livello nazionale è stato utilizzato per identificare la posizione relativa di ciascuna regione e l'associazione con l'indicatore relativo alle porzioni giornaliere di ortaggi e verdura.

Descrizione dei risultati

Nel 2005, in Italia, la proporzione di persone che assume almeno 5 porzioni al giorno di ortaggi, verdura e frutta (indicatore obiettivo) è uguale a 5,3% ed è in leggera crescita rispetto al 2003 (4,5%).
L'analisi per gruppi di alimenti qui presentata è basata sul confronto della distribuzione delle regioni rispetto all'indicatore obiettivo e agli altri indicatori disponibili per il 2005 (2). Le regioni sono state classificate in relazione all'entità dell'indicatore obiettivo rispetto al valore medio nazionale, e sono state, poi, calcolate le correlazioni tra la distribuzione delle regioni rispetto all'indicatore obiettivo con ognuna delle distribuzioni che descrivono la frequenza di con-

A. TURRINI

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 59

sumo dei diversi alimenti: “Verdure almeno una volta al giorno”; “Ortaggi almeno una volta al giorno”; “Formaggio almeno una volta al giorno”; “Salumi almeno qualche volta alla settimana”; “Pesce almeno qualche volta alla settimana”; “Frutta almeno una volta al giorno”; “Snack almeno qualche volta alla settimana”; “Pane, pasta, riso almeno una volta al giorno”; “Legumi in scatola almeno qualche volta alla settimana”; “Uova almeno qualche volta alla settimana” e gli indicatori di stile alimentare diversi: “Pranzo in casa”; “Pranzo in mensa”; “Pranzo al ristorante o trattoria”; “Pranzo in un bar”; “Pranzo sul posto di lavoro”; “Pasto principale pranzo”; “Pasto principale cena”.

Per quanto riguarda i gruppi di alimenti, il coefficiente di correlazione r è risultato superiore a 0,5 in valore assoluto solo in due casi (consumo di verdure almeno una volta al giorno e consumo di ortaggi almeno una volta al giorno), situazione piuttosto frequente nell’analisi di un fenomeno multi-dimensionale quale è l’alimentazione. Al fine di verificare se e quali fossero eventuali profili regionali che includessero un insieme più ampio di gruppi alimentari, la tabella 1 è stata costruita considerando la concordanza, il segno della covarianza e, dunque, del coefficiente di correlazione r del quale essa costituisce il numeratore.

Osservando la tabella 1, in relazione al primo aspetto si possono individuare 5 sottoinsiemi: indicatore obiettivo [> 6,6%], [5,5% –| 6,6%], [5,3% |– 5,5%]; [4,0% –| 5,0%], [< 4,0%]. Gli intervalli sono stati costruiti considerando gli estremi dell’intervallo di confidenza [5,0%; 5,5%] e le soglie calcolate in base al coefficiente di variazione [4,0%; 6,6%] per affinare la partizione.

Si conferma il maggiore consumo di frutta e ortaggi 5+ volte al dì nelle regioni settentrionali e particolarmente del Nord-Est. Il Centro presenta in generale un andamento intermedio, insieme al Nord-Ovest, mentre tre regioni del Sud (Puglia, Basilicata e Calabria), sembrano consumare quantità inferiori.

Considerando il profilo alimentare regionale nel suo complesso, sembra esserci un andamento concorde tra il “consumo giornaliero di 5+ porzioni di ortaggi e frutta” con i “formaggi assunti almeno una volta al giorno”, risulta invece discorde con “pane, pasta o riso (almeno 1 volta al giorno)”, “legumi in scatola” e “uova” (entrambi almeno qualche volta a settimana) più debole in senso positivo con i “dolci” almeno qualche volta a settimana e in senso negativo con salumi, pesce e snack qualche volta a settimana e frutta almeno una volta al giorno.

Un numero più elevato di correlazioni si è invece ottenuto considerando l’indicatore obiettivo e fattori che descrivono le modalità di consumo in termini di occasioni (pasti) e luoghi. Nel grafico 1 sono riportate le regioni in cui il valore relativo alla frequenza di consumo di “5+ porzioni di verdura, ortaggi o frutta al dì” fosse molto differente dalla media nazionale, prendendo come soglie di riferimento il 1° e il 4° quinto della distribuzione dei valori regionali dell’indicatore obiettivo. Il grafico evidenzia un gradiente territoriale, nella relazione tra indicatore obiettivo e 4 indicatori rilevanti per valore della percentuale (pranzo in casa, pasto principale pranzo, pasto principale cena) o per la correlazione con l’indicatore obiettivo (pranzo in mensa).

Dove più si pranza in casa meno elevata è la percentuale di persone che consuma 5+ porzioni al dì degli alimenti vegetali. Si potrebbe ipotizzare che l’obiettivo delle 5 porzioni di ortaggi e frutta è più facilmente raggiunto da coloro che mangiano fuori a pranzo per motivi di lavoro. Se questo sia dovuto alla maggiore facilità di ricordare le porzioni e/o, semplicemente, al fatto che ci si faciliti la vita consumando gli alimenti di più lunga preparazione fuori casa, dove si trovano già pronti, dovrebbe essere indagato a livello motivazionale.

Il fatto che le regioni in cui il legame (negativo) con il pranzo in casa sono pressoché le stesse (a parte il Veneto e la Sicilia) che si addensano negli estremi della distribuzione dell’indicatore obiettivo, rafforza l’idea che a livello macro ci sia un legame sia pure inverso.

Tabella 1 - *Percentuale di persone di 3 anni e oltre (per 100 persone della stessa zona) per consumo di alcuni cibi per regione - Anno 2005*

Regioni	Gruppi di alimenti con distribuzione concorde rispetto all'indicatore obiettivo (r>0)			Indicatore obiettivo	Gruppi di alimenti con distribuzione discordante rispetto all'indicatore obiettivo (r<0)							
	Verdure almeno una volta al giorno	Ortaggi almeno una volta al giorno	Formaggio almeno una volta al giorno	Porzioni di verdura, ortaggi o frutta consumate al giorno 5 e più porzioni	Salumi almeno qualche volta alla settimana	Pesce almeno qualche volta alla settimana	Frutta almeno una volta al giorno	Snack almeno qualche volta alla settimana	Pane, pasta, riso almeno una volta al giorno	Legumi in scatola almeno qualche volta alla settimana	Uova almeno qualche volta alla settimana	Porzioni di verdura ortaggi o frutta consumate al giorno 1 porzione
Trento	*61,7*	*49,7*	*41,3*	*8,6*	*62,7*	*44,3*	*73,1*	*16,4*	*84,9*	*45,1*	*51,3*	*18,0*
Friuli-Venezia Giulia	65,9	50,0	33,6	7,7	56,6	54,6	75,6	18,9	79,4	33,6	54,8	14,7
Piemonte	60,5	51,2	32,2	6,7	52,3	50,3	77,7	19,0	85,1	30,6	57,5	13,8
Veneto	58,9	48,0	31,7	6,7	57,6	51,6	72,4	24,1	86,9	32,7	49,1	18,2
Valore di riferimento per l'indicatore obiettivo 6,6 = 5,3 + 1,3*												
Trentino-Alto Adige	59,6	45,2	43,0	6,6	61,9	34,6	70,4	14,8	79,5	33,3	49,2	20,4
Sardegna	46,5	42,8	36,4	6,4	58,1	56,9	78,3	24,6	82,1	43,3	54,3	15,9
Campania	37,8	29,3	15,1	6,0	65,5	69,2	80,8	32,0	88,1	74,4	64,5	22,5
Toscana	55,0	47,2	24,0	5,7	59,4	58,1	76,7	16,5	89,5	50,1	54,9	15,4
Liguria	52,1	43,9	22,0	5,6	57,4	62,5	76,9	19,3	85,3	33,0	58,5	16,1
Valore di riferimento per l'indicatore obiettivo 5,5 (massimo dell'intervallo di confidenza)												
Lazio	52,3	39,8	17,5	5,5	53,5	58,4	73,9	20,3	83,6	46,6	59,9	17,9
Italia	**48,9**	**40,8**	**25,5**	**5,3**	**61,7**	**58,8**	**77,3**	**23,8**	**87,1**	**46,9**	**57,6**	**18,8**
Emilia-Romagna	60,5	51,9	22,8	5,1	63,8	53,7	79,0	19,7	90,4	37,2	50,2	16,5
Umbria	53,2	43,6	16,6	5,1	70,3	59,1	79,6	20,7	92,6	58,3	61,3	14,4
Valore di riferimento per l'indicatore obiettivo 5,0 (minimo dell'intervallo di confidenza)												
Valle d'Aosta	48,9	42,9	41,6	4,9	57,6	48,1	69,6	21,1	84,6	33,1	54,7	17,4
Lombardia	50,2	45,4	34,0	4,9	69,7	54,9	74,9	28,1	84,4	37,3	51,7	19,2
Molise	34,8	33,1	20,9	4,7	63,1	64,3	83,9	29,4	92,6	58,9	64,4	19,8
Bolzano-Bozen	*57,4*	*40,4*	*44,6*	*4,5*	*61,1*	*24,5*	*67,6*	*13,1*	*73,8*	*20,9*	*47,1*	*23,1*
Marche	52,1	42,2	15,3	4,5	67,8	63,4	78,4	20,4	91,3	37,0	55,8	18,2
Sicilia	35,5	24,7	23,1	4,4	63,7	68,1	78,4	25,1	93,9	53,9	70,6	22,9
Abruzzo	39,3	39,5	18,6	4,3	62,2	60,3	81,5	23,4	91,4	55,5	64,7	21,8
Valore di riferimento per l'indicatore obiettivo 4,0 = 5,3 - 1,3*												
Puglia	35,7	33,1	24,1	3,3	59,0	64,7	82,5	25,9	84,2	62,6	59,5	20,3
Basilicata	31,9	25,2	19,4	3,1	63,9	63,5	82,5	25,4	93,0	69,2	62,2	21,9
Calabria	35,0	28,7	23,8	2,5	65,1	66,6	78,2	26,5	91,0	65,6	64,6	24,2

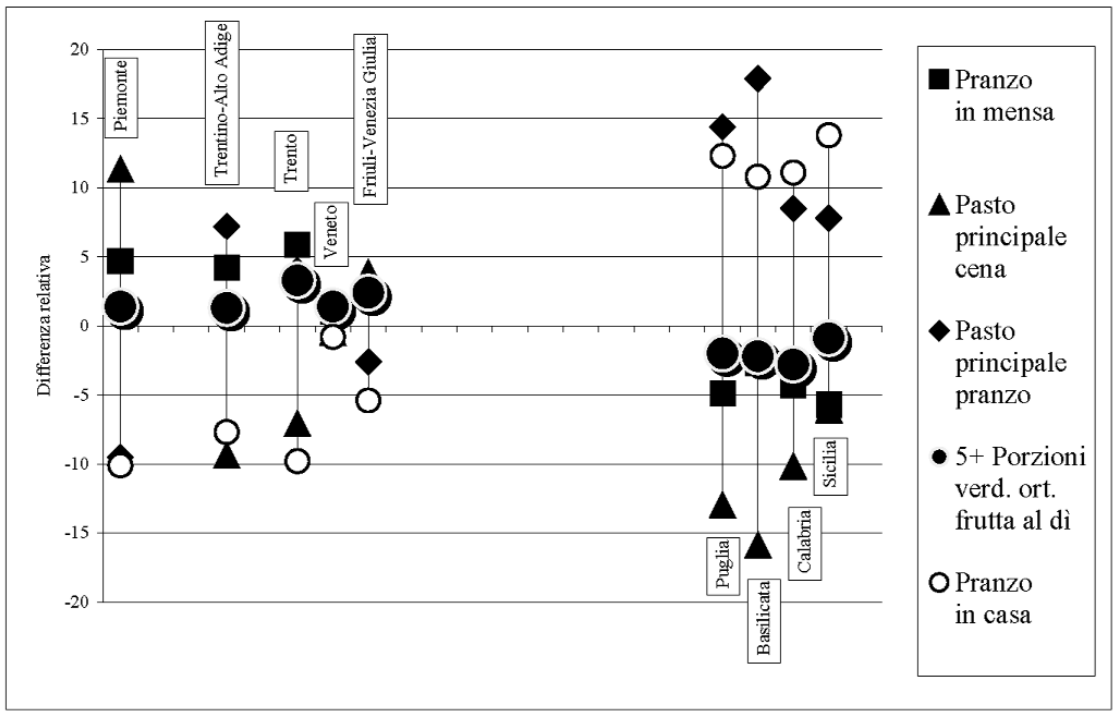
*Calcolato in base al coefficiente di variazione che espresso in percentuale è pari al 25%.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo. "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2005 (2).

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 60

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 61

Grafico 1 - *Differenza relativa tra valore osservato nelle regioni e per l'Italia della proporzione di persone di 3 anni e oltre (per 100 persone della stessa zona) per consumo di "5+ porzioni di ortaggi, verdura e frutta al dì"(Indicatore obiettivo" e 4 indicatori di stile alimentare. Le regioni sono state selezionate in base all'ordine di grandezza della differenza relativa, considerando le regioni per le quali il valore osservato risultava al di sotto del 1° quinto o al di sopra del 4° quinto - Anno 2005*



Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo, "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2005 (2).

Raccomandazioni di Osservasalute

La promozione del consumo di ortaggi, verdura e frutta resta ancora un importante obiettivo da raggiungere. La direzione dei dati è verso un aumento della percentuale di persone che consuma 5 e più porzioni al giorno, ma ancora estremamente bassa considerando che rappresenta un obiettivo di educazione alimentare.

L'approfondimento delle motivazioni e delle modalità di consumo è un altro punto che varrebbe la pena di approfondire per dettagliare meglio l'interpretazione dei risultati. La tipologia di dati qui trattata consente di tracciare i profili regionali, ma non permette di risalire alle motivazioni e alle modalità specifiche di consumo. Potrebbe, dunque, essere interessante studiare il fenomeno in questa direzione, analizzando tra l'altro le barriere sociali e personali che agiscono da ostacolo ad una sana alimentazione.

Ma tutto questo risulterà possibile quando sarà completamente realizzata la messa in rete dei diversi sistemi di sorveglianza. Infatti un punto importante per la promozione di salutari stili alimentari è quello del monitoraggio regolare, attitudine che le regioni italiane hanno acquisito da tempo (5), ma che per dare vita ad un sistema di sorveglianza nutrizionale richiede tempo e investimenti. La messa in rete di risorse, ma soprattutto competenze e buone pratiche, sarà il contesto ideale per realizzare questi obiettivi. In questo contesto, il consumo fuori casa costituirà un punto centrale, visto che apparentemente è chi pranza fuori casa che più facilmente supera le 5+ porzioni di frutta e ortaggi. Sono già in atto progetti europei che studiano il settore e dai quali potranno emergere utili indicazioni.

Riferimenti bibliografici

(1) EURODIET (2001): Nutrition and Diet for Healthy Lifestyles in Europe. Kafatos AG (coordinatore) core report; http://eurodiet.med.uoc.gr/first.html.
(2) Istat (2007): "La vita quotidiana nel 2005". Indagine MULTISCOPO "Aspetti della vita quotidiana" Anno 2005. Informazioni, n. 4. Roma: Istat. pp. 58-61.
(3) SINU - Società Italiana di Nutrizione Umana (1996): Livelli di Assunzione Raccomandata in energia e nutrienti (LARN), Istituto Nazionale della Nutrizione (attualmente INRAN - Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione), Roma.
(4) INRAN (2003): Linee guida per una sana alimentazione italiana. Revisione 2003. Roma; Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione.
(5) Turrini A (2006): Consumo di alimenti per tipologia. Osservasalute 2006, p. 30-31.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 62

Le tabelle di composizione degli alimenti, genesi, problematiche, uso

Dott.ssa Aida Turrini, Dott.ssa Luisa Marletta

Contesto

Le tabelle di composizione degli alimenti sono uno strumento essenziale per stimare il valore nutrizionale di una dieta. Sono, infatti, usate dai dietisti e dai *software* sviluppati nel settore dietologico per il calcolo degli apporti nutrizionali ed energetici di una dieta, dalle imprese agro-industriali per l'etichettatura nutrizionale, e in modo estensivo dai ricercatori che studiano i consumi alimentari di una popolazione con finalità di analisi nutrizionale o di studi epidemiologici (1,2). Le stime possono essere ulteriormente utilizzate a fini di sorveglianza nutrizionale, ossia valutare l'adeguatezza della dieta di gruppi o dell'intera popolazione; formulare programmi di intervento informativo o educativo, inclusa la definizione di linee guida nutrizionali basate sugli alimenti (3,4). In Italia la preparazione e diffusione di tabelle di composizione degli alimenti è istituzionalmente demandata all'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (INRAN), che gestisce l'aggiornamento dei dati e la diffusione delle informazioni. L'ultima revisione pubblicata risale all'anno 2000 (5). Le tabelle di composizione degli alimenti prodotte rappresentano la base scientifica per l'organizzazione informatizzata di banche dati finalizzate alla elaborazione di dati per gli scopi sopra indicati. Nel caso delle indagini sui consumi alimentari e gli studi epidemiologici, il problema dell'adeguamento alle voci alimentari rilevate rappresenta un aspetto cruciale, poiché le tabelle di per sé non possono essere aggiornate in tempo reale rispetto alle esigenze dei ricercatori, fondamentalmente perché l'universo degli alimenti è in continua evoluzione in risposta all'esigenza di espansione del mercato da parte dei produttori e delle esigenze dei consumatori. Nasce allora il filone dei database sviluppati da utenti, che includono le fonti scientifiche (5) ma le completano sia in termini di voci alimentari e/o di nutrienti per fornire un prodotto in cui i dati mancanti (elemento cruciale dei database scientifici di partenza) siano assenti al fine di evitare sottostime artificiose nella valutazione dell'assunzione media giornaliera (6). Chiaramente, le procedure da adottare per questa integrazione devono essere accuratamente controllate per assicurare qualità e coerenza oltre che completezza. Nel caso di alimenti totalmente assenti si tratta di selezionare la voce più simile dalla fonte più attendibile, in base a criteri scientifici; in caso di dati mancanti all'interno di un alimento già inserito, si possono prendere a "prestito" i dati, ma deve essere controllata la coerenza con le informazioni preesistenti. Nel caso di alimenti multi-ingrediente di cui non sia stata stimata la composizione chimica dell'alimento in toto, si può utilizzare una procedura di calcolo basata su singoli ingredienti, la ricetta e le informazioni sulla preparazione. In complesso, esistono diversi strumenti di "compilazione" che possono essere usati a patto di seguire Linee Guida che garantiscano la qualità del dato prodotto (7).

Metodi

Una tabella di composizione degli alimenti è formata da un insieme di voci alimentari di cui sono stati determinati i valori medi di nutrienti. Una parte di nutrienti fornisce anche un apporto energetico (carboidrati, lipidi, proteine, alcool), le altre componenti riguardano minerali, vitamine e altri costituenti (es. colesterolo), oltre, naturalmente, all'acqua. Alcuni nutrienti sono anche riportati in termini delle frazioni che li compongono, ad esempio i lipidi sono presenti anche come acidi grassi, le proteine come aminoacidi, la fibra in frazione solubile e insolubile e così via. I valori medi sono calcolati a partire dai risultati di analisi chimiche di singoli campioni preparati *ad hoc* per valutare il contenuto medio di un insieme di nutrienti. Le tabelle sono anche corredate da numerose informazioni di approfondimento che aiutano l'interpretazione e la valutazione della qualità dei dati pubblicati. Tra queste la percentuale di alimento "edibile" permette di valutare quanta parte dell'alimento è effettivamente disponibile per essere ingerita. Le tabelle di composizione italiane sono, infatti, espresse per 100 gr di alimento edibile (5).
Lo sviluppo di dati di composizione richiede ricerca applicata a diversi livelli:
- *definizione* degli alimenti (prodotti, varietà, taglio, parte della pianta, trasformazione, trattamento, ecc.) e quali nutrienti, unità di misura, descrizione e denominazione, contesto geografico;
- *campionamento* (connesso anche alla definizione/descrizione);
- *metodologie* per il trattamento chimico;
- livello di *organizzazione informatica* (database): completezza, congruenza (motivi per completare i dati "prendendo in prestito i valori" o "calcolandoli");
- distribuzione e *istruzioni* per l'uso corretto;
- sistemi di *consultazione* e strumenti per l'uso in sistemi informatizzati;
- sistemi di *descrizione* e *codifica* che consentano una identificazione univoca dell'alimento e delle caratteristiche di interesse nutrizionale e la classificazione degli alimenti.

Greenfield e Southgate (2003) (7) hanno pubblicato la trattazione che costituisce il riferimento internazionale per chi produce, gestisce e usa dati di composizione degli alimenti.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 63

Sviluppo della problematica

Ciascuno dei punti indicati come cruciali per lo sviluppo di tabelle di composizione degli alimenti costituisce un filone di ricerca in sé.

I programmi quadro della ricerca europea hanno cominciato a finanziare la messa in rete di competenze e risorse per lo sviluppo di banche dati nutrizionali (consumo e composizione) comparabili e compatibili sin dagli anni '90. Questo filone rappresentava allora il naturale proseguimento di attività messe in cantiere nel contesto dell'Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU) (8), applicato in seguito dalla *Food and Agricolture Organisation* (FAO) (9) che ha dato vita a diversi *networks*, tra i quali *Eurofoods* (2).

L'ulteriore sviluppo di questa rete ha portato all'approvazione dell'azione concertata FLAIR-*Eurofoods-enfant* da parte della Commissione Europea nell'ambito del IV programma quadro della ricerca (2). L'importanza della tematica e la necessità di far fronte a oggettive difficoltà nella definizione dei diversi elementi costitutivi hanno condotto a proseguire queste esperienze sviluppando progetti nei successivi V (COST99) e VI (EuroFIR), sempre tenendo conto che una delle finalità dell'interscambio di dati di composizione è l'utilizzo della loro forma computerizzata nell'elaborazione dei dati alimentari nel contesto della sorveglianza nutrizionale. Questo aspetto si ritrova nel lavoro del gruppo di esperti incaricato di definire le linee di un sistema di monitoraggio dei consumi alimentari in Europa, progetto denominato *European Food Consumption Survey Methods* (EFCOSUM) (10).

I progetti succedutisi nel tempo hanno condotto a definire meglio gli elementi costitutivi di un sistema informativo nutrizionale, mettendo a fuoco problematiche come la standardizzazione della descrizione e la codifica mirata all'aggregazione degli alimenti, entrambi essenziali per l'elaborazione dei dati alimentari, che inizialmente erano trattati congiuntamente, ma che concettualmente rispondono ad esigenze diverse. Il primo ha, infatti, a che fare con l'identificazione corretta di un alimento, primo passo per l'assegnazione di un dato di composizione (o in alcuni casi concentrazione), il secondo con la descrizione di un profilo di consumo alimentare (con i suoi apporti nutrizionali).

L'evoluzione della ricerca ha visto un affinamento dello schema concettuale, ma anche un ampliamento dello stesso con l'introduzione esplicita del riferimento a utenti e in generale soggetti interessati alle tabelle di composizione come elementi costitutivi del sistema informativo.

Uno sviluppo cruciale è l'uso delle tabelle di composizione per fornire elementi di analisi alla comunità scientifica (es. per la definizione dei limiti di salubrità degli apporti giornalieri, minimi, medi e massimi) e per formulare messaggi da comunicare al pubblico, che vanno dalla Linee Guida per una sana alimentazione, all'etichettatura nutrizionale e alle indicazioni relative alla salute.

In questo contesto, sarebbe altamente auspicabile la progettazione di un sistema di banche dati regionali per una rete italiana che consenta di valorizzare il ruolo dei prodotti tipici e dei piatti tradizionali locali utilizzati nella dieta. Tutto ciò ha costi elevati, come sempre per quel che riguarda il processo di preparazione e realizzazione dell'analisi chimica di alimenti, ma ragionando sull'ottimizzazione delle risorse esistenti, anche questo aspetto potrebbe senz'altro essere migliorato.

In particolare, si può proporre di sviluppare e agganciare un sistema di questo tipo al progetto PASSI (http://www.epicentro.iss.it/passi/passi05-06.asp) che rappresenta un riferimento logistico naturale per coloro che vogliono fare sorveglianza. A questo si aggiungerebbe l'esperienza pregressa nello sviluppo di sistemi di sorveglianza nutrizionale.

In Europa esistono già numerose banche dati di composizione sulle quali, attraverso la rete EuroFIR, si sta lavorando per creare un sistema validato disponibile *on line*. L'Italia è un paese ricchissimo per varietà di prodotti, basti pensare alla lista di oltre 4.000 alimenti tipici e l'elenco degli alimenti certificati Denominazione di Origine Protetta (DOP), Indicazione Geografica Protetta (IGP) e Specialità Tradizionale Garantita (STG) pubblicati sul sito del Ministero delle Politiche Agricole, Alimentari e Forestali.

Discussione

Al di là delle questioni squisitamente scientifiche sulla validità dei dati di composizione che sono oggetto di una vasta letteratura di cui qui sono riportati alcuni recenti estratti, è importante la presenza associata di una accurata documentazione per consentire agli utenti di usare correttamente i valori riportati.

I prodotti a marchio di qualità rappresentano proprio un caso esemplare in questo contesto. La composizione nutrizionale è un elemento fondamentale per caratterizzare e valorizzare questa tipologia di alimenti, e questa può essere ottenuta con un piano di campionamento ed analisi chimica progettato con l'obiettivo di effettuare confronti tra prodotti, per così dire, "convenzionali" e prodotti "certificati". Nel progetto EuroFIR è stata avviata una sperimentazione dei protocolli da utilizzare per la selezione, la preparazione e l'analisi di 5 preparazioni tradizionali per ciascun paese partecipante. La definizione dei protocolli è centrale per massimizzare la

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 64

qualità dei dati minimizzando i costi che, usualmente, sono molto elevati per questo tipo di attività di ricerca. D'altro canto questi dati sono importanti, oltre che per ottenere corrette stime dell'assunzione di energia e nutrienti, anche per la tutela di coloro che scelgono di consumare i prodotti a marchio di qualità, in quanto percepiti come maggiormente garantiti in termini di qualità. Estendendolo a tutti i prodotti tipici si potrebbe ottenere un quadro notevolmente ricco di informazioni per valutare le diete in Italia.
Un punto su cui riflettere: probabilmente occorrerà coordinare in qualche modo anche le scelte di politica agroindustriale, poiché il prodotto primario ortofrutticolo sembra meno promosso a livello di tipologia in quanto solo 21 prodotti su 178 dei prodotti in tabella, appartengono alla categoria ortaggi e frutta. Il dato sembra indicare ancora di più la necessità di promuovere almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura, specialmente in alcune regioni (Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto) dove i prodotti con marchio di qualità vedono prevalere nettamente i derivati della carne e i formaggi, in quanto a numero di voci incluse.

Tabella 1 – *Alimenti Denominazione di Origine Protetta (DOP), Indicazione Geografica Protetta (IGP) e Specialità Tradizionale Garantita (STG) - Anno 2007*

Regioni	N	Ortofrutticoli e cereali	Carni	Prodotti della carne	Formaggi	Olio d'oliva	Altri prodotti
Piemonte	12	1	0	2	9	0	0
Valle d'Aosta	4	0	0	2	2	0	0
Lombardia	20	1	0	8	9	2	0
Trentino-Alto Adige	0	0	0	0	0	0	0
Bolzano-Bozen	*3*	*1*	*0*	*1*	*1*	*0*	*0*
Trento	*7*	*1*	*1*	*0*	*4*	*1*	*0*
Veneto	21	7	0	6	6	2	0
Friuli-Venezia Giulia	4	0	0	2	1	1	0
Liguria	2	1	0	0	0	1	0
Emilia-Romagna	25	6	1	10	3	2	3
Toscana	19	6	1	4	2	4	2
Umbria	6	1	1	2	1	1	0
Marche	8	2	1	3	1	1	0
Lazio	13	2	1	2	3	3	2
Abruzzo	8	2	1	1	0	3	1
Molise	4	0	1	1	1	1	0
Campania	14	8	1	0	2	3	0
Puglia	11	3	0	0	2	5	1
Basilicata	3	2	0	0	1	0	0
Calabria	10	1	0	4	1	3	1
Sicilia	15	7	0	0	2	6	0
Sardegna	5	0	1	0	3	1	0
Italia	**178**	**21**	**10**	**48**	**54**	**40**	**10**

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero delle Politiche Agricole, Alimentari e Forestali, Febbraio 2007.
http://www.politicheagricole.it/ProdottiQualita/ProdottiDop/default.htm.

Riferimenti bibliografici

(1) Williamson C (a cura di) (2006): The Different Uses of Food Composition Databases. EuroFIR, Synthesis Report No.2 http://www.eurofir.net/temp/2ndspsynthesisspreport.pdf.
(2) Church S (2006): The History of European Food Composition Databases. Nutrition Bulletin 31 (1), 15–20 (Technical report sul sito http://www.eurofir.net/temp/HistoryspofspFoodspDatabase.pdf).
(3) Leclercq C, Valsta L & Turrini A (2001): Food composition issues – implications for the development of food-based dietary guidelines, Public Health Nutrition, 4(2B), pp. 677-682.
(4) Turrini A (2000): Conceptual framework of an integrated databases system for nutritional studies, Journal of Food Composition and Analysis, Vol. 13, No. 4, Aug 2000, pp. 585-595.
(5) Carnovale E, Marletta L (a cura di) (2000): Tabelle di composizione degli alimenti. EDRA: Milano http://www.inran.it/servizi_cittadino/per_saperne_di_piu/tabelle_composizione_alimenti.
(6) Salvini S, Parpinel M, Gnagnarella P, Maisonneuve P, Turrini A (a cura di) (1998): Banca Dati di Composizione degli Alimenti per Studi Epidemiologici in Italia. Milano: Istituto Europeo di Oncologia. Progetto finanziato dall'Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro. http://www.ieo.it/bda.
(7) Greenfield H & Southgate DAT (2003): Food composition data: production, management and use. Second edition. Rome: FAO.
(8) Klensin J.C., Feskanich D., Lin V., Truswell A.S. and Southgate D.A.T. (1989) Identification of food components for data interchange. Tokyo: United Nations University. http://www.unu.edu/unupress/unupbooks/80734e/80734E00.htm.
(9) Truswell A.S., Bateson D.J., Madafiglio K.C., Pennington J.A.T., Rand W.M. and Klensin J.C. (1991) INFOODS guidelines for describing foods: a systematic approach to describing foods to facilitate international exchange of food composition data. Journal of Food Composition and Analysis 4: 18-38. http://www.fao.org/wairdocs/AD069E/AD069E00.HTM.
(10) AA.VV. (2002): Supplement 2. European Journal of Clinical Nutrition. May 2002, Volume 56.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 65

Guadagnare salute: una nuova strategia per la prevenzione

Dott. Donato Greco

Il programma "*Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari*", promosso dal Ministro della Salute ed approvato con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 4 maggio 2007, nasce dall'esigenza di diffondere e facilitare l'assunzione di comportamenti che influiscono positivamente sullo stato di salute della popolazione, modificando quei fattori di rischio che causano un gran numero di morti premature per malattie cardiovascolari, tumori, malattie respiratorie, diabete e che, comunque, determinano una cattiva qualità della vita ed un notevole aumento delle spese sanitarie e sociali nel nostro paese.

Secondo i dati dell'OMS, infatti, l'86% delle morti ed il 75% delle spese sanitarie in Europa e in Italia, sono determinate da patologie croniche che hanno come minimo comune denominatore quattro principali fattori di rischio: fumo, abuso di alcol, scorretta alimentazione e inattività fisica.

"*Guadagnare salute*" rappresenta, dunque, il primo documento programmatico finalizzato alla realizzazione di interventi per la tutela e la promozione della salute pubblica, concordati fra Amministrazioni centrali e locali e organizzazioni non governative, che favorisce l'intersettorialità delle azioni di prevenzione. Obiettivo primario è agire sui quattro principali fattori di rischio (fumo, alcol, scorretta alimentazione ed inattività fisica), affrontati non solo dal punto di vista sanitario ma come "fenomeni sociali". Importante è anche modificare l'ambiente di vita al fine di migliorare la salute ed eliminare disuguaglianze fra i cittadini e, al tempo stesso, continuare a garantire la sostenibilità del Sistema Sanitario in termini economici e di efficacia.

Per raggiungere questi obiettivi, tuttavia, è necessario diffondere una nuova cultura della *salute*, a partire dagli individui, che devono diventare protagonisti e responsabili della propria qualità di vita. Altrettanto indispensabile è che il Governo, nella sua globalità, metta in campo ed attui delle strategie che sostengano e favoriscano le scelte di vita salutari di ogni persona.

Una delle novità del piano è, appunto, la sinergia di vari Ministeri per dare maggior credibilità ai messaggi da veicolare, consolidare il rapporto tra cittadini e istituzioni, assicurare un'informazione univoca e completa e favorire la conoscenza dei progetti di diversi Ministeri ed Enti interessati realizzando una vera e propria *piattaforma nazionale della salute*.

Ènecessario, quindi, anche il coinvolgimento delle Amministrazioni regionali e locali, del servizio sanitario, del mondo della scuola, del mondo imprenditoriale e associativo: bisogna arrivare ad un'intersettorialità che ha come fine garantire a tutte le persone una miglior qualità della vita, ossia permetta di "*guadagnare salute*".

Il programma si avvale anche di campagne informative che utilizzano tutti i moderni canali di comunicazione. L'informazione sarà basata sulla trasmissione di concetti e messaggi semplici ma incisivi in grado, con il tempo, di creare una "*assuefazione*" positiva e duratura.

La scuola dovrà rappresentare il luogo privilegiato per il coinvolgimento delle giovani generazioni attraverso interventi specifici. Ciò rende necessaria ed improcrastinabile la formazione e l'aggiornamento dei docenti sulle tematiche dell'educazione alla salute.

Anche i luoghi di lavoro saranno coinvolti nel Programma, attivando nuovi modelli e soluzioni organizzative che potranno influire positivamente sulle abitudini di vita delle persone, non solo in ambito lavorativo, ma in generale.

Facilitare le scelte salutari è, quindi, la sfida per il prossimo futuro. Occorre investire nella prevenzione, ma è necessario, soprattutto, far maturare nel paese un approccio rivoluzionario alla "salute", che diventa così responsabilità di tutti e non solo del mondo sanitario.

Il Programma è già operativo: un primo segnale della volontà di concretezza è stata, il 3 maggio 2007, la firma di protocolli d'intesa tra il Ministro della Salute Livia Turco ed i rappresentanti di 22 organizzazioni appartenenti al mondo delle imprese, del sindacato e dell'associazionismo che si sono impegnate, nei loro rispettivi ambiti, a realizzare iniziative specifiche. È stata, quindi, costituita una "Piattaforma Nazionale su alimentazione, attività fisica e tabagismo", per il monitoraggio delle attività programmate e la definizione di nuovi obiettivi. Alla Piattaforma partecipano i rappresentanti delle Amministrazioni centrali e periferiche e le organizzazioni firmatarie dei protocolli d'intesa.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 66

Le disuguaglianze sociali negli stili di vita

Dott.ssa Francesca Vannoni, Dott.ssa Tania Landriscina, Dott.ssa Lidia Gargiulo, Prof. Giuseppe Costa

I comportamenti pericolosi per la salute (alcol, disordini alimentari, sedentarietà) o la mancata protezione e prevenzione rappresentano uno dei meccanismi più influenti nella generazione delle disuguaglianze sociali nella salute (1).
L'assunzione di comportanti insalubri rimanda al filone di studi sui determinanti psico-sociali, in cui le differenze negli stili di vita sono considerate il risultato dell'impatto differenziato nei diversi gruppi sociali dei cosiddetti fattori stressanti. Lo stress cronico, che nasce dallo squilibrio tra quanto si esige da una persona, quanta autonomia nelle scelte le venga concessa, quale ricompensa le spetti e di quanto supporto possa avvantaggiarsi, agisce sia direttamente su alcune patologie, sia indirettamente attivando, a scopo compensatorio, comportamenti e stili di vita che rappresentano un rischio per la salute. Nelle disuguaglianze per la salute, questo meccanismo sembra spiegare una quota piuttosto rilevante delle differenze osservate (1).
Inoltre gli stili di vita hanno un impatto sulla salute differito nel tempo e quindi segnalano il diverso rapporto con il rischio nei diversi gruppi sociali: i più istruiti, per esempio, avrebbero una maggiore fiducia nella capacità di governare gli eventi della propria vita e pertanto sarebbero più motivati a investire nella salute.
Dai dati delle indagini Multiscopo Istat emerge un profilo degli stili di vita per nulla incoraggiante: tutti i comportamenti più pericolosi per la salute presentano nel tempo una distribuzione che va nel segno di un approfondimento degli svantaggi a carico delle posizioni sociali più svantaggiate.

Sovrappeso e obesità

Il livello di istruzione sembra essere un fattore che, seppur con modalità ed intensità diverse per uomini e donne, svolge un ruolo importante nello sviluppo di un aumento o di una diminuzione indesiderata di peso. Se, infatti, per entrambi i sessi si osserva una prevalenza del sovrappeso e dell'obesità inversamente proporzionale al titolo di studio posseduto, questo indicatore di posizione sociale gioca un ruolo relativamente meno importante per gli uomini, per i quali lo scarto nella quota di obesi fra i meno istruiti è di circa due volte e mezza quella dei laureati (tabella 1). Le disuguaglianze sono molto più elevate per le donne: per quelle con la licenza elementare il rischio di essere obese aumenta di circa cinque volte rispetto alle laureate, mentre le più istruite sono maggiormente a rischio di essere sottopeso. All'aumentare dell'età cresce considerevolmente la quota di persone obese, soprattutto nel genere femminile. Ciò accade anche per le donne più istruite, per cui dopo i 45 anni le disuguaglianze sociali, che pure persistono (la quota di donne obese nelle laureate è circa un terzo rispetto a quella delle meno istruite), sono di intensità minore rispetto a quelle osservate nelle fasce di età più giovani. Sia negli uomini sia nelle donne le disuguaglianze sociali nel sovrappeso sono meno marcate rispetto a quelle registrate per l'obesità.
Dai dati dell'Indagine Multiscopo Istat sulle "Condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari 1999-2000" è risultato che nelle regioni meridionali il rischio di obesità infantile è risultato più elevato nelle famiglie che hanno giudicato come scarse o insufficienti le proprie risorse economiche (bambini di 6-13 anni obesi o in sovrappeso, OR = 1,18); al Nord è emersa una relazione inversa con il titolo di studio della madre (OR = 1,44, $p<0,05$) (2).
Fattori genetici, comportamentali e ambientali concorrono nel determinare la condizione di sovrappeso o di obesità. L'obesità, ma anche l'eccessivo sottopeso, possono rappresentare un serio pericolo per lo stato di salute di un individuo. Questa relazione è evidente tra le donne meno istruite (soprattutto residenti nelle regioni meridionali), per le quali ad un'alta prevalenza di obesità fa riscontro l'alta diffusione di malattie cardiovascolari, del diabete e dell'artrosi (tabella 1).

Attività fisica e sportiva

Fra i fattori di rischio di natura comportamentale giocano un ruolo di primo piano l'assenza di attività fisica e sportiva e una scorretta alimentazione. Entrambi i comportamenti insalubri sono maggiormente diffusi fra le persone socio-economicamente sfavorite.
I meno istruiti di ambo i generi tendono infatti maggiormente rispetto alle persone con titolo di studio più elevato a non praticare attività fisica e sportiva (50% delle persone con la licenza elementare, contro il 36% di coloro che hanno la licenza media, il 27% dei diplomati e il 23% dei laureati) (3). All'aumentare dell'età cresce la tendenza a non praticare alcuna attività fisica o sportiva e si attenuano le disuguaglianze sociali rispetto a quelle osservate nella fascia di età 25-44 anni, dove c'è uno scarto molto elevato tra coloro che sono collocati agli estremi della scala sociale (68,8% dei meno istruiti contro il 19,7% dei laureati). Nonostante nella popolazione maschile l'inattività fisica sia meno diffusa rispetto a quella femminile, non si osservano differen-

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 67

ze di genere nella direzione e nella intensità delle disuguaglianze sociali in ragione del livello di istruzione in questo comportamento insalubre. Un quadro analogo emerge quando si guarda alle differenze per condizione e posizione nella professione, dato che sia per gli uomini sia per le donne l'inattività fisica o sportiva è maggiore fra i disoccupati (41,2% delle persone in cerca di nuova occupazione rispetto al 34,8% degli occupati) e, per le donne, soprattutto fra le casalinghe (58,5%). Nella popolazione lavorativa i più sfavoriti risultano gli operai e apprendisti (41,5% contro il 27,5% dei direttivi, quadri e impiegati e il 29,5% dei dirigenti, imprenditori e libero professionisti).
Nei giovani lo svolgimento regolare di attività fisica è risultato negativamente associato con il livello di soddisfazione per le risorse economiche familiari, oltre che con il livello di istruzione e la classe sociale dei genitori. Inoltre la sedentarietà è risultata più frequente tra i bambini e gli adolescenti con un solo genitore occupato (4).

Alimentazione

Dai dati delle Indagini Multiscopo 1993-2000 dell'Istat risulta un aumento del consumo di salumi, di pane, pasta e riso, di carne di maiale, di pesce, di uova e di latticini e una diminuzione nel consumo di frutta, sia negli imprenditori e libero professionisti sia negli operai ed assimilati. Questi due gruppi si differenziano nel consumo di verdura, che è in aumento nelle persone di classe media e invece in diminuzione negli operai, nei quali inoltre si osserva un aumento del consumo di carne bovina (5).
I dati più aggiornati del 2005 documentano che lo scarso consumo di frutta e verdura (una sola porzione al giorno di verdure, ortaggi o frutta) è lievemente più frequente fra i meno istruiti (19,5% delle persone con al più la licenza elementare contro il 15,3% dei laureati), senza rilevanti distinzioni di genere.
In più, gli uomini in cerca di nuova occupazione prestano meno attenzione rispetto agli occupati al consumo di sale e/o cibi salati (rispettivamente 47,9% e 54,4%). Fra coloro che sono attivi nel mercato del lavoro questo comportamento salutare è direttamente associato con la classe sociale (da 57,5% dei dirigenti, imprenditori, liberi professionisti e 56,4% dei direttivi, quadri, impiegati si scende al 50,7% degli operai e apprendisti). I disoccupati e le persone di classe operaia, infine, hanno una minore propensione a utilizzare sale arricchito di iodio: 20,5% degli uomini in cerca di nuova occupazione contro il 27,3% degli occupati, fra i quali i più sfavoriti sono gli operai e apprendisti (25,2% contro il 31,1% dei dirigenti, imprenditori, liberi professionisti e il 28,4% dei direttivi, quadri e impiegati) (6).
Un basso consumo di frutta e verdura è associato con un elevato livello di assunzione di energia e grassi, che sono ben conosciuti fattori di rischio di sovrappeso, malattie cardiovascolari e altri diffusi problemi di salute (7). Uno studio comparativo, in cui sono stati coinvolti nove Paesi Europei, ha messo in relazione il livello di disponibilità di verdure fresche con l'intensità delle disuguaglianze sociali nel consumo di questo gruppo di alimenti salutari (8). In Italia e Spagna, dove le verdure fresche sono reperibili tutto l'anno e a buon mercato, si è infatti registrata una più debole associazione del consumo giornaliero di verdura con il livello di istruzione, diversamente dai paesi dell'Europa centrale, settentrionale e orientale, dove le disuguagliane sociali sono risultate più pronunciate e sistematiche, dato che le verdure fresche non fanno parte della dieta tradizionale e sono per lo più acquistabili occasionalmente e sono prodotti importati a prezzi molto elevati. La più uniforme distribuzione della dieta mediterranea nei paesi latini sembra contribuire alla minore intensità delle disuguaglianze sociali di mortalità per malattie cardiovascolari rispetto ai paesi dell'Europa settentrionale.

Consumo di alcol

Il consumo giornaliero non moderato di alcol (che eccede 2-3 unità alcoliche al giorno per l'uomo e 1-2 unità alcoliche per la donna) è più frequente negli uomini con basso titolo di studio (9) (per esempio bevono oltre mezzo litro di vino al giorno il 4,6% dei laureati, il 5,5% dei diplomati, il 7,8% degli uomini con la licenza media inferiore e il 14,5% di quelli con al più la licenza elementare (6)). I meno istruiti hanno anche una maggiore propensione a consumare alcolici fuori pasto. Nelle donne questo comportamento rischioso per la salute è invece più diffuso fra le più istruite (9).
La relazione diretta tra livello d'istruzione e consumo di alcool nella popolazione femminile si osserva in tutti Paesi Europei che hanno partecipato ad uno studio comparativo (10). Per il consumo di alcol da parte degli uomini c'è invece una contrapposizione tra l'Italia e la Spagna da un lato e i paesi dell'Europa settentrionale dall'altro lato, dato che nei paesi nordici il consumo di alcool è maggiore fra i più istruiti. La diversa direzione e intensità delle disuguaglianze sociali nel consumo di alcol sembrano fornire un supporto diretto all'ipotesi che l'assunzione regolare apporti un contributo maggiore alle disuguaglianze sociali nella mortalità per malattie alcol correlate nei paesi dell'Europa meridionale.
Le disuguaglianze sociali nel consumo di alcol nella popolazione adulta sono preoccupanti anche per quanto

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 68

riguarda la trasmissione di modelli negativi alle nuove generazioni, dato che è stata riscontrata un'associazione tra l'abitudine al consumo non moderato di alcol da parte dei genitori e la propensione a bere bevande alcoliche nei giovani tra gli 11 e i 17 anni (9).

Raccomandazioni di Osservasalute

In conclusione, tutti questi fattori di rischio della salute sono solo moderatamente sensibili alle politiche di informazione e di educazione sanitaria, e comunque mostrano una particolare tendenza a concentrarsi nei gruppi più svantaggiati. Un'attenzione prioritaria dovrebbe essere riservata alla popolazione più giovane, dato che nell'infanzia e nell'adolescenza si strutturano dei comportamenti dannosi per la salute che vengono poi trasmessi nel corso della vita. Le disuguaglianze sociali nei giovani assumono quindi particolare rilievo anche in prospettiva di interventi mirati a contrastarli in considerazione dell'impatto che questi possono avere sugli stili di vita e sulla salute in età adulta.

Tabella 1 - *Persone di 18 anni e oltre (per 100) per classe di età, titolo di studio, indice di massa corporea e sesso – Anno 2005*

Classi di età	Titolo di studio	Indice di massa corporea									
		Sottopeso		Normopeso		Sovrappeso		Obesi		Totale	
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
18-24	Laurea	4,1	20,2	73,3	71,1	22,2	8,0	0,4	0,6	100	100
	Diploma superiore	1,0	15,8	79,1	75,7	18,4	7,5	1,4	1,0	100	100
	Licenza media	1,7	12,8	75,7	74,8	18,7	10,8	3,8	1,6	100	100
	Licenza elementare	-	5,4	59,7	89,1	25,7	0,9	14,5	4,6	100	100
	Totale	**1,4**	**14,8**	**77,0**	**75,4**	**18,8**	**8,6**	**2,8**	**1,2**	**100**	**100**
25-44	Laurea	0,5	11,5	67,4	78,0	28,7	8,8	3,3	1,8	100	100
	Diploma superiore	0,2	7,2	55,7	76,1	38,4	14,1	5,7	2,6	100	100
	Licenza media	0,3	4,0	47,9	68,4	42,6	21,2	9,2	6,4	100	100
	Licenza elementare	0,5	2,5	46,0	57,0	44,1	32,0	9,3	8,4	100	100
	Totale	**0,3**	**6,4**	**53,1**	**72,4**	**39,4**	**17,0**	**7,2**	**4,3**	**100**	**100**
45-64	Laurea	0,1	3,2	43,4	66,3	46,8	24,0	9,7	6,5	100	100
	Diploma superiore	0,1	3,4	37,1	60,1	53,5	26,1	9,4	10,3	100	100
	Licenza media	0,1	2,3	31,6	54,8	53,9	30,6	14,4	12,3	100	100
	Licenza elementare	0,2	1,6	27,5	39,9	53,2	37,7	19,1	20,8	100	100
	Totale	**0,1**	**2,4**	**33,2**	**51,9**	**52,9**	**31,4**	**13,8**	**14,3**	**100**	**100**
65 e oltre	Laurea	-	7,9	42,0	61,6	45,7	26,1	12,3	4,5	100	100
	Diploma superiore	-	4,4	35,6	51,8	52,6	31,4	11,8	12,4	100	100
	Licenza media	-	3,4	37,0	50,6	52,0	34,1	11,0	11,9	100	100
	Licenza elementare	-	2,9	35,4	40,8	49,5	40,6	15,1	15,7	100	100
	Totale	**-**	**3,2**	**36,1**	**43,5**	**50,1**	**38,7**	**13,7**	**14,7**	**100**	**100**
Totale	Laurea	0,4	9,2	56,6	73,4	36,5	14,2	6,4	3,3	100	100
	Diploma superiore	0,3	7,7	52,7	70,5	40,5	16,9	6,5	4,8	100	100
	Licenza media	0,4	4,1	44,5	62,2	44,6	25,0	10,5	8,6	100	100
	Licenza elementare	0,1	2,5	33,7	41,5	50,1	39,1	16,0	16,9	100	100
	Totale	**0,3**	**5,1**	**45,7**	**59,0**	**43,9**	**26,2**	**10,1**	**9,7**	**100**	**100**

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2007.

Riferimenti bibliografici

(1) Associazione Italiana di Epidemiologia. Manifesto per l'equità. http://www.epidemiologia.it.
(2) Brescianini S., Gargiulo L., Gianicolo E. Eccesso di peso nell'infanzia e nell'adolescenza. In: Informazione statistica e politiche per la promozione della salute, atti del Convegno Istat, Roma 10-12 settembre 2002.
(3) Morrone A., Ravioli M. "La pratica sportiva in Italia. Anno 2006", Istat, Statistiche in breve, Roma, 20 giugno 2007.
(4) Vannoni F, Marinacci C., Costa G, Saraceno C, Negri N, Cardano M. Famiglie con figli in condizione socio-economica svantaggiata. In: Sabbadini L.L, Costa G. (ed.) Informazione statistica e politiche per la promozione della salute. Atti del Convegno. Roma, Istat, 2004.
(5) Turrini A., De Carli A., D'Amicis A., Martinies S., Orsini S. Abitudini alimentari: tendenze evolutive nella popolazione e nei giovani. In Informazione statistica e politiche per la promozione della salute, Atti convegno Istat, 10-12 settembre 2002.
(6) Orsini S. (a cura di) La vita quotidiana nel 2005. Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana" Anno 2005, Roma, Istat, 2007.
(7) Joffe M., Robertson A., The potential contribution of increased vegetable and fruit consumption to health gain in the European Union. Public Health Nutrition 2001; 4 (4): 893-901.
(8) Prättälä R, Hakal S., Roos E. Socio-economic differences in the use of fresh vegetables in nine European countries (draft).
(9) Adamo D., Orsini S. "L'uso e abuso di alcol in Italia", Istat, Statistiche in breve, Roma, 12 aprile 2007.
(10) Kunst A., Shaap M. Socioeconomic inequalities in amount of alcohol consumption: different patterns in Spain and Italy compared to northern countries (draft).

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 69

Indagine conoscitiva sulla presenza delle Anagrafi Vaccinali Informatizzate (AVI)

Dott.ssa Valeria Alfonsi, Dott. Fortunato Paolo D'Ancona, Dott.ssa Marta Ciofi degli Atti, Gruppo Interregionale malattie infettive e vaccinazioni

Le Anagrafi Vaccinali Informatizzate (AVI) costituiscono uno strumento di cruciale importanza per condurre le attività dei programmi di vaccinazione ed il loro monitoraggio. Esse, infatti, permettono sia di migliorare l'offerta alla popolazione target, identificando le persone da vaccinare e generando gli inviti, sia di valutare le coperture vaccinali. Quest'ultima funzione è particolarmente utile visto che le coperture vaccinali costituiscono, insieme alla frequenza degli eventi avversi a vaccino e delle malattie prevenibili, un indicatore essenziale dei programmi di vaccinazione.

Nel 2007, è stata condotta un'indagine sul livello di informatizzazione delle anagrafi vaccinali in Italia. Hanno aderito all'indagine tutte le regioni. I dati sono stati raccolti mediante un questionario conoscitivo somministrato nel febbraio 2007 ai 21 referenti regionali per le malattie infettive e vaccinazioni, inteso ad indagare sulla presenza e sull'eventuale struttura dell'anagrafe informatizzata a livello regionale e/o di ASL. È stata chiesta la modalità di archiviazione delle informazioni, il livello di condivisione dei dati fra le ASL e la regione, la modalità e la tempistica con cui l'anagrafe vaccinale viene aggiornata e le funzionalità dei software utilizzati. Riguardo alle coperture vaccinali è stata indagata la possibilità del loro calcolo, del denominatore utilizzato, il tipo (dato individuale o aggregato) e la frequenza di trasmissione verso la regione.

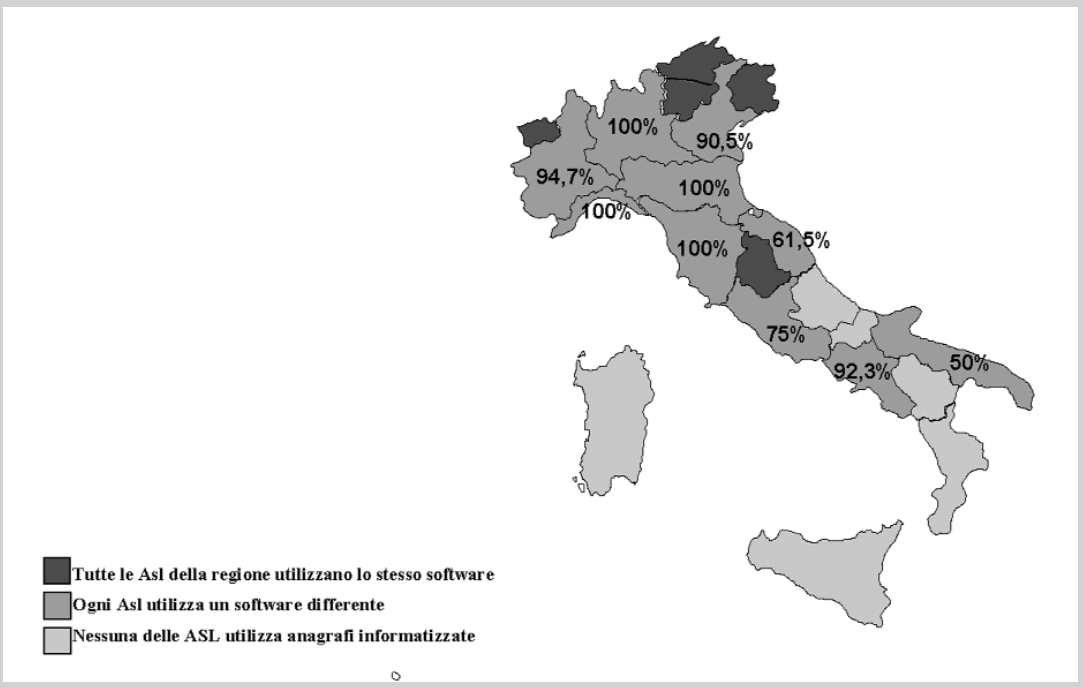
Nel giugno 2007, tutti i referenti sono stati contattati telefonicamente per verificare le informazioni fornite e per eventuali aggiornamenti a riguardo.

Dall'analisi dei dati, si evince che in 6 regioni (28,6%) (Abruzzo, Basilicata, Calabria, Molise, Sardegna, Sicilia) nessuna ASL utilizza un'anagrafe informatizzata; in 5 (23,8%) tutte le ASL utilizzano lo stesso software; in altre 10 (47,6%) vi è un grado di informatizzazione dell'anagrafe vaccinale variabile con software differenti (range di informatizzazione 61,5%-100%) (cartogramma). In totale, 126 (70%) ASL hanno un anagrafe vaccinale informatizzata, in 86 (68%) delle quali c'è un trasferimento dati per via informatica con l'anagrafe sanitaria o con quella comunale.

Dati individuali sullo stato vaccinale della popolazione target sono disponibili per l'intero territorio regionale in 5 regioni (tabella 1). In 9 regioni vengono archiviate nelle anagrafi vaccinali informatizzate tutte le vaccinazioni eseguite, anche se in 4 queste si riferiscono solo ad alcune coorti di nascita (tabella 1).

Anche se la diffusione delle anagrafi vaccinali sta aumentando nel tempo, è necessario migliorare il livello di informatizzazione, soprattutto nelle regioni del Sud, ed uniformare il tipo di dati raccolti.

Percentuale di ASL con Anagrafi Vaccinali Informatizzate per regione



Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 70

Tabella 1 - *Caratteristiche delle anagrafi vaccinali informatizzate per alcune regioni*

Regioni	Dati di copertura vaccinale trasmessi dalle ASL alle regioni (aggregati/individuali) (N e % di ASL)	Informazioni archiviate
Piemonte	aggregati	Vaccinazioni previste dal calendario nazionale per l'infanzia
Valle d'Aosta	individuali	Vaccinazioni previste dal calendario nazionale per l'infanzia
Lombardia	aggregati	Tutte le vaccinazioni, per alcune coorti di nascita
Bolzano-Bozen	*individuali, condivisi in rete da tutte le ASL*	*Tutte le vaccinazioni, per tutte le età*
Trento	*individuali, condivisi in rete da tutte le ASL*	*Tutte le vaccinazioni, per tutte le età*
Veneto	aggregati	Tutte le vaccinazioni, per tutte le età
Friuli-Venezia Giulia	individuali, condivisi in rete da tutte le ASL	Tutte le vaccinazioni, per tutte le età
Liguria	aggregati	Tutte le vaccinazioni, per tutte le età
Emilia-Romagna	aggregati	Vaccinazioni previste dal calendario nazionale per l'infanzia
Toscana	aggregati	Diverso per ciascuna ASL
Umbria	individuali, accessibili alla Regione	Tutte le vaccinazioni, per alcune coorti di nascita
Marche	aggregati	Tutte le vaccinazioni, per alcune coorti di nascita
Lazio	1 (8,4%) individuali 11 (91,6%) aggregati	Diverso per ciascuna ASL
Campania	5 (38,5%) individuali 8 (61,5%) aggregati	Diverso per ciascuna ASL
Puglia	2 (33,4%) individuali 4 (66,6%) aggregati	Tutte le vaccinazioni, per alcune coorti di nascita

Gruppo Interregionale malattie infettive e vaccinazioni: Abruzzo, R. Cassiani; Basilicata, F. Locuratolo; P.A. Bolzano, G. Morosetti; Calabria, A. Zaccone; Campania, R. Pizzuti; Emilia-Romagna, A. C. Finarelli; Friuli-Venezia Giulia, T. Gallo; Lazio, F. Curtale; Liguria, R. Carloni; Lombardia, A. Pavan; Marche, G. Grilli; Molise, R. Patriarchi, L. A. D'Alò; Piemonte, A. Barale; Puglia, R. Prato; Sardegna, G. Rossi; Sicilia, S. Ciriminna; Toscana, E. Balocchini; P.A. Trento, V. Carraro; Umbria, A. Tosti; Valle d'Aosta, L. Sodano; Veneto, A. Ferro.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 71

Copertura vaccinale della popolazione infantile

Significato. Le vaccinazioni costituiscono un potente strumento di prevenzione nel campo della Sanità Pubblica. Raggiungere una copertura soddisfacente e riuscire ad eliminare alcune delle malattie prevenibili, come il morbillo o la rosolia, è uno degli obiettivi prioritari dei piani di prevenzione nazionale e regionali. La copertura vaccinale e la valutazione degli scostamenti dal raggiungimento degli obiettivi previsti è molto importante per fornire informazioni essenziali riguardo i programmi di immunizzazione intrapresi, sia in termini di adeguatezza sia di efficienza ed efficacia.

Nonostante l'evidenza sugli esiti importanti ottenuti con le vaccinazioni di massa (eradicazione del vaiolo) e la drastica riduzione, nel nostro paese, di malattie come la difterite e il tetano, le coperture vaccinali per alcune malattie sono ancora oggi disomogenee sul territorio.
In Italia le coperture 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 (MPR).

Tasso di copertura vaccinale di bambini

$$\text{Numeratore} = \frac{\text{Bambini vaccinati di età inferiore ai 24 mesi}}{\text{Popolazione residente di età inferiore ai 24 mesi}} \times 100 = \text{Denominatore}$$

Validità e limiti. I dati sulle dosi somministrate vengono rilevati routinariamente dalle Autorità Sanitarie Regionali e trasmessi al Ministero della Salute (Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria), tramite un modello definito con la collaborazione della Commissione Ministeriale Vaccini. I tassi al 24° mese, per Morbillo, Parotite e Rosolia, si riferiscono ad una dose di MPR; questi tuttavia potrebbero risultare sottostimati per quei bambini la cui vaccinazione viene segnalata nell'anno successivo.

Valore di riferimento/Benchmark. Il Piano Sanitario Nazionale (PSN) 1998-2000, nell'Obiettivo II "Contrastare le principali patologie", prevedeva il raggiungimento di almeno il 95% di copertura vaccinale entro i 2 anni per le vaccinazioni previste dal calendario nazionale. Tali obiettivi vengono riconfermati nel Piano Nazionale Vaccini 2005-2007.

Descrizione dei risultati

Le coperture che riguardano la vaccinazione contro la

Tabella 1 - *Tassi di copertura vaccinale (per 100) di bambini di età inferiore ai 24 mesi per regione e tipologia di vaccino - Anno 2005*

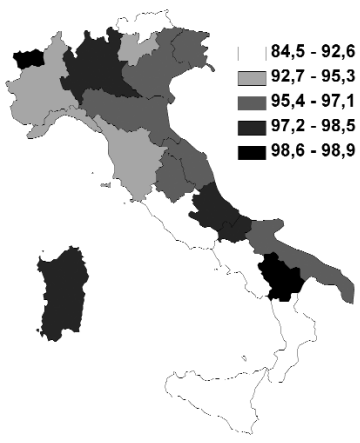
Regioni	Poliomielite	DT - DTP	HBV	MPR	Hib
Piemonte	97,0	96,9	96,8	88,6	94,0
Valle d'Aosta	99,5	99,4	99,3	91,8	98,7
Lombardia	98,3	98,2	98,1	93,0	97,4
Bolzano-Bozen	*89,1*	*88,1*	*88,4*	*58,4*	*87,3*
Trento	*96,7*	*96,8*	*96,0*	*84,7*	*94,1*
Veneto	97,2	97,2	97,0	92,2	96,0
Friuli-Venezia Giulia	97,1	97,2	96,5	92,1	95,5
Liguria	96,5	96,5	96,4	87,2	94,6
Emilia-Romagna	97,7	97,7	97,4	92,9	96,3
Toscana	95,2	95,9	95,8	89,3	95,3
Umbria	97,9	97,8	97,8	93,2	97,1
Marche	98,1	98,1	97,9	87,5	97,1
Lazio	91,1	90,8	91,6	87,7	89,0
Abruzzo	98,1	98,2	98,1	88,8	98,1
Molise	98,4	98,4	98,4	86,1	98,4
Campania	94,5	97,3	93,5	86,8	89,3
Puglia*	99,0	98,6	99,1	90,2	96,8
Basilicata	98,9	98,9	98,9	87,6	98,9
Calabria	94,6	81,6	81,6	78,4	84,5
Sicilia	92,9	97,8	92,5	83,8	92,6
Sardegna*	98,4	98,4	98,5	92,5	98,5
Italia	**96,5**	**96,2**	**95,7**	**87,3**	**94,7**

*Copertura indicata dalla regione.
Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria - Ufficio V - Malattie Infettive. Aggiornamento al 5 dicembre 2006.

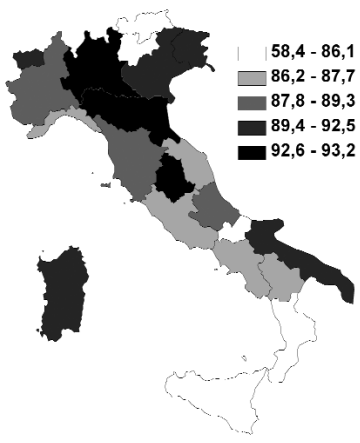
L. STICCHI, R. GASPARINI, G. ICARDI, P. DURANDO, F. ANSALDI, J. LUGARINI, P. CROVARI

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 72

Tassi di copertura vaccinale (per 100) per Hib e per regione. Anno 2005



Tassi di copertura vaccinale (per 100) per MPR e per regione. Anno 2005



Poliomielite, DT-DTP e HBV sono uniformemente distribuite su tutto il territorio italiano, con una media nazionale superiore al 95%, che si allinea ai dati raccolti negli anni precedenti (Rapporto Osservasalute 2006 pagg. 41-42); ci sono, però, regioni i cui valori sono ancora al di sotto degli obiettivi previsti (Provincia Autonoma di Bolzano, Calabria, Campania e Sicilia). Per quanto riguarda la vaccinazione MPR i dati non sono ancora ottimali (media nazionale 87,3%) e in confronto ai dati del 2003 si osserva una leggera riduzione della copertura (Rapporto Osservasalute 2006, pagg. 41-42); nessuna regione ha raggiunto il 95%, obiettivo indicato nel Piano Nazionale per l'eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita. Per quanto concerne l'Hib, negli ultimi anni si è osservato un aumento progressivo della copertura (anche se il valore risulta ancora sub-ottimale, con una media nazionale del 94,7%), probabilmente legato, come già osservato per la Pertosse, all'effetto trascinamento che si è verificato con l'utilizzo di preparati vaccinali combinati con gli altri previsti nel primo anno di vita.

Confronto internazionale

Dai dati del Rapporto Unicef 2007, risulta che la copertura vaccinale per Polio e DT-DTP nei paesi industrializzati presenta valori non omogenei e spesso al di sotto del 95% (per esempio Stati Uniti, Regno Unito, Germania e Australia); l'Italia mostra valori sovrapponibili a quelli della Spagna (96%), mentre Francia e Paesi Bassi raggiungono una copertura vaccinale pari al 98%, valore più alto fra quelli osservati (tabelle 1 e 2).

Tabella 2 - *Tassi di copertura vaccinale (per 100) di bambini di età inferiore a 12 mesi in alcuni paesi industrializzati per antigene - Anno 2005*

Paesi	Poliomielite	DT - DTP	HBV
Australia	92	92	94
Canada	89	94	n.d.
Danimarca	93	93	n.d.
Francia	98	98	29
Germania	94	90	84
Grecia	87	88	88
Paesi Bassi	98	98	n.d.
Portogallo	93	93	94
Regno Unito	91	91	n.d.
Spagna	96	96	96
Stati Uniti d'America	92	96	92

n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Rapporto UNICEF 2007. The United Nations Children's Fund (UNICEF). Anno 2005.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 73

Raccomandazioni di Osservasalute

Le vaccinazioni sono tra gli interventi preventivi più efficaci a disposizione della Sanità Pubblica. Attualmente in Italia la normativa vigente prevede un calendario vaccinale misto, comprendente vaccinazioni obbligatorie e raccomandate. Tale normativa rappresenta uno specchio di esigenze sanitarie globali individuate da un organo sovranazionale, come l'Organizzazione Mondiale della Sanità. Gli obiettivi previsti dal Piano Nazionale Vaccini 2005-2007 vengono confermati nel PSN 2006-2008 e prevedono il mantenimento di elevate coperture vaccinali e la promozione di interventi di recupero per le vaccinazioni per le quali non siano ancora stati raggiunti livelli di copertura soddisfacenti. Contestualmente è opportuno che i genitori vengano informati correttamente sui rischi ed i benefici della vaccinazione, per favorire un'adesione consapevole al programma vaccinale, di cui spesso ne ignorano l'importanza in termini di tutela della salute sia dei loro bambini sia della collettività. Inoltre è necessario uniformare su tutto il territorio nazionale l'assetto organizzativo dell'offerta vaccinale alla popolazione, incentivando la collaborazione tra gli operatori delle ASL e i pediatri di famiglia e mettendo a disposizione un sistema informatico (anagrafi vaccinali) per la registrazione delle dosi somministrate e la tempestiva chiamata degli inadempienti.

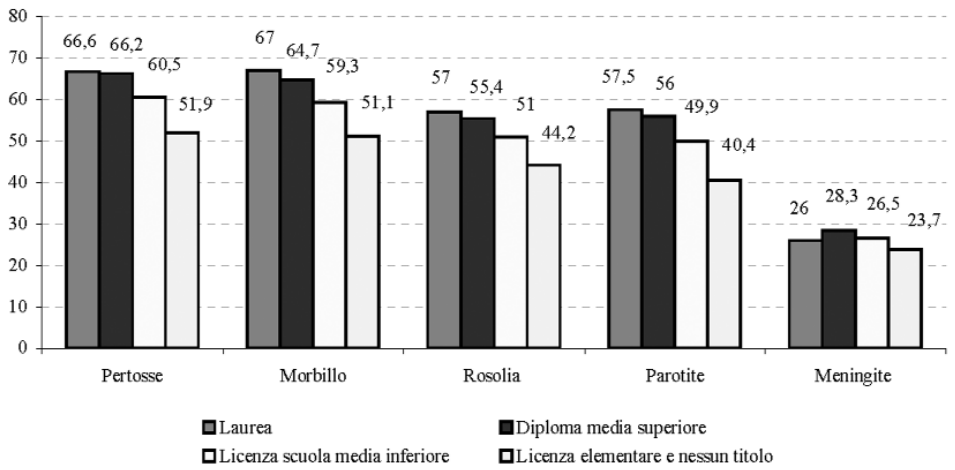
Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 74

Vaccinazioni raccomandate: le disuguaglianze sociali

Dott.ssa Luisa Mondo, Prof. Giuseppe Costa

Le vaccinazioni obbligatorie sono state introdotte in Italia, a partire dal 1939, con l'antidifterica per gli adulti.
Il piano vaccinale, negli anni successivi, è stato integrato con i nuovi vaccini che man mano hanno mostrato la loro efficacia: antipoliomielitica (nel 1966), antitetanica (nel 1968), antiepatite virale B (nel 1991) ed esteso ai nuovi nati con l'obiettivo di offrire una copertura immunitaria a tutta la popolazione.
Con questa strategia lo Stato italiano ha garantito il diritto alla prevenzione primaria per le suddette patologie infettive facendosi carico sia dell'offerta del servizio che della sua distribuzione capillare su tutto il territorio nazionale.
Accanto alle vaccinazioni obbligatorie, negli anni, ne sono state inserite alcune "facoltative" o "raccomandate" quali l'antipertosse, l'antimorbillo, l'antirosolia, l'antiparotite ed l'anti *Haemophilus influenzae*, tutte incluse tra i Livelli Essenziali di Assistenza e inserite nel vigente calendario nazionale delle vaccinazioni.
Dal punto di vista dell'adesione della popolazione ai programmi vaccinali, la coesistenza di immunizzazioni obbligatorie e raccomandate ha condotto ad un'errata interpretazione della loro utilità vista come certa per le prime e relativa per le seconde (1). Già nel 1995, il Consiglio Superiore di Sanità ravvisava l'opportunità di non considerare più le vaccinazioni come un'imposizione, ma, piuttosto, come una partecipazione consapevole della comunità ad una campagna di prevenzione primaria. Al momento, tale svolta non è ancora stata possibile in quanto i dati correnti non sono così incoraggianti: dal 1939 ad oggi, gli obiettivi di salute prefissati per un'efficace copertura vaccinale, sono stati raggiunti soltanto per le malattie sottoposte a vaccinazione obbligatoria mentre le altre sono scelte prevalentemente dalle persone maggiormente informate sulla loro utilità e quindi più motivate. Sull'argomento è in corso, da alcuni anni, un ampio dibattito scientifico, alcuni contributi in merito si possono leggere sul sito del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (2).
Conferma di tale approccio arriva anche dall'analisi dei dati Istat raccolti nel corso dell'indagine "Condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari, 1999-2000" (3): per i bambini di età inferiore ai 13 anni che vivono con la madre, l'esser stati sottoposti alle vaccinazioni non obbligatorie è strettamente influenzato dal titolo di studio della genitrice.
Così come illustrato nel grafico 1, per il vaccino antipertosse si passa da oltre il 66,6% di vaccinati tra i figli di laureate e diplomate al 52% tra i figli di donne in possesso di licenza elementare e nessun titolo.
Analogo andamento per i vaccini antimorbillo, antirosolia e antiparotite, mentre differenze minime si osservano nel caso della vaccinazione antimeningite.

Grafico 1 - *Ricorso alle vaccinazioni facoltative tra bambini fino ai 13 anni di età che vivono con la madre, per tipo di vaccinazione non obbligatoria e titolo di studio della madre - Anni 1999-2000*



Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo "Condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anno 2007.

Riferimenti bibliografici

(1) Giovanetti F. Vaccinare: un diritto, non un'imposizione. In http://www.epicentro.iss.it/discussioni/vaccinazioni/obbligo.asp.
(2) www.epicentro.iss.it.
(3) Gianicolo E. Le vaccinazioni e le visite di prevenzione dei bambini e degli adolescenti. In Fattori di rischio e tutela della salute. Roma, Istat, 2002.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 75

Screening per i tumori femminili e del colon retto

Premessa

Gli screening organizzati rappresentano un efficace strumento di prevenzione per i tumori del colon retto oltre che per quelli della mammella e del collo dell'utero.

Grazie al sostegno normativo della L. 138/2004 e sotto l'impulso del Centro di Controllo delle Malattie e dell'Osservatorio Nazionale Screening la loro diffusione in Italia va aumentando.

L'attività organizzata necessita di un monitoraggio delle attività. Questa avviene, a livello Nazionale, a cura dell'Osservatorio Nazionale Screening, attraverso i dati raccolti dalle *Survey* annuali del GISCi (Gruppo Italiano per lo Screening Citologico), del GisMa (Gruppo Italiano per lo Screening Mammografico) e del GISCoR (Gruppo Italiano Screening Colorettale) lo screening mediante l'utilizzo di set di indicatori di attività, di qualità e di efficacia.

L'Osservatorio Nazionale Screening pubblica annualmente i risultati dei programmi di screening.

Nel seguito, per le finalità del Rapporto Osservasalute, si ritiene utile riportare gli indicatori di estensione teorica ed effettiva, tratti dal Quinto Rapporto dell'Osservatorio Nazionale Screening[1] e rinviando chi fosse interessato, alla lettura integrale della pubblicazione, disponibile sul sito internet http://www.osservatorionazionalescreening.it.

Questi indicatori sono infatti quelli più direttamente correlati alla diffusione ed alla distribuzione geografica delle attività; va comunque considerato che questi indicatori da soli, per quanto fondamentali, non esauriscono le esigenze conoscitive degli aspetti qualitativi, essenziali per un programma di screening.

Dai dati disponibili si rileva la persistenza di una diffusione non uniforme con evidenti differenze tra il Nord ed il Sud, peraltro già evidenziate in precedenza. Tre quarti delle donne italiane di 50-69 anni risiedono in zone in cui è attivo lo screening mammografico, tuttavia al Centro-Nord si supera il 90%, mentre al Sud ci si attesta intorno al 40%.

Inoltre la presenza di un programma di screening non implica la sua capacità di invitare completamente e con regolarità la popolazione. Questo obiettivo per essere raggiunto e mantenuto implica un robusto assetto organizzativo dei programmi.

"Raccomandazioni per la pianificazione e l'esecuzione degli screening di popolazione per la prevenzione del cancro della mammella, del cancro della cervice uterina e del cancro del colon retto" sono state recentemente pubblicate dal Ministero della Salute[2].

Tale documento pone, tra l'altro, l'accento sui requisiti organizzativi di un programma di screening ma anche sugli aspetti riguardanti il sistema informativo, formativo, valutativo e comunicativo.

A quest'ultimo, per la sua particolare importanza ai fini di una partecipazione consapevole derivata dalla conoscenza di vantaggi e limiti del sottoporsi a screening è dedicato un approfondimento.

[1] Osservatorio Nazionale Screening. Quinto Rapporto. Novembre 2006.

[2] Ministero della Salute – Direzione Generale della Prevenzione "Raccomandazioni per la pianificazione e l'esecuzione degli screening di popolazione per la prevenzione del cancro della mammella, del cancro della cervice uterina e del cancro del colon retto". Novembre 2006.

E. MANCINI, L. GIORDANO, A. PONTI, G. RONCO, C. SENORE, N. SEGNAN

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 76

Diffusione dei programmi di screening mammografico

Significato. L'attivazione dei programmi di screening per il tumore della mammella è raccomandata in Italia con programmi organizzati basati su invito attivo ed è richiesta nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza. L'Osservatorio Nazionale sugli Screening (ONS) raccoglie annualmente informazioni sullo stato di attuazione dei programmi in Italia e ne monitora l'evoluzione attraverso le informazioni che pervengono dalle survey del GISMa che vengono effettuate ogni anno. La diffusione dei programmi di screening organizzato è un indicatore dell'entità e dell'omogeneità dell'offerta di prevenzione secondaria oncologica sul territorio.

Percentuale di donne di 50-69 anni inserite in un programma di screening mammografico organizzato

$$\frac{\text{Numeratore: Donne di 50-69 anni inserite in un programma di screening mammografico organizzato}}{\text{Denominatore: Popolazione femminile residente di 50-69 anni}} \times 100$$

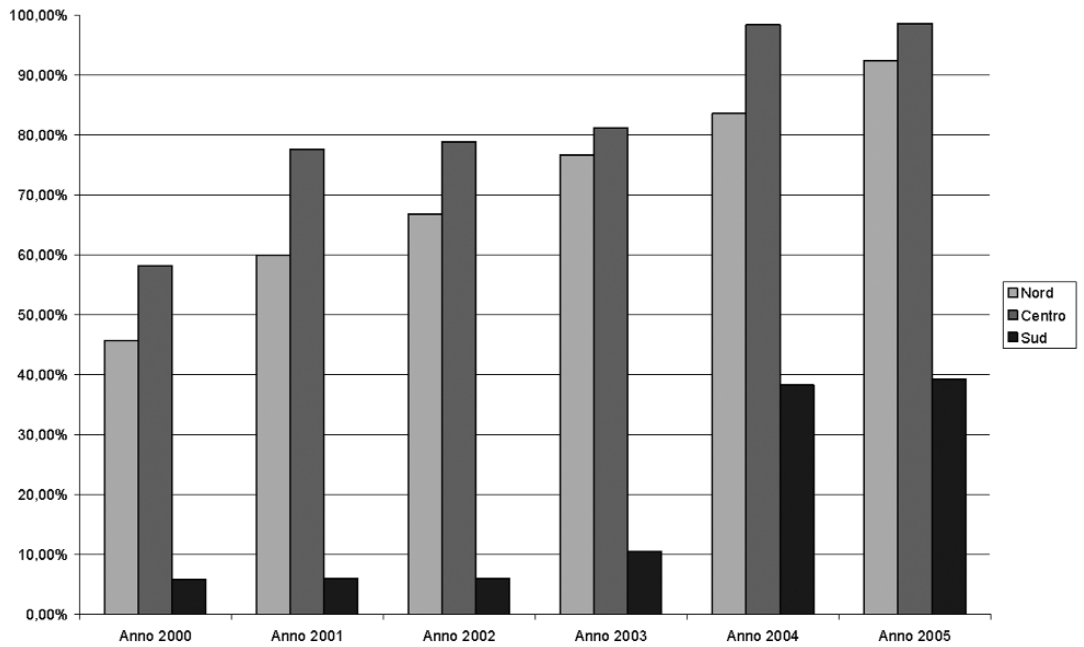
Validità e limiti. È un indicatore della diffusione dei programmi di screening. Fornisce informazioni sulla presenza di programmi attivi che potenzialmente possono invitare le donne del loro territorio di competenza, ma non sulla effettiva attività di invito. Per questo motivo viene definito come "estensione teorica".
L'attività di invito viene definita come "estensione effettiva" ed è rappresentata dalla proporzione di donne effettivamente invitate rispetto a quelle previste dalla popolazione obiettivo annuale.

Valore di riferimento/Benchmark. L'atteso è che, in ogni regione, la totalità delle donne nella fascia d'età 50-69 anni sia inserita in un programma di screening.

Descrizione dei risultati

L'indicatore è disponibile con dati consolidati per l'anno 2004 e con dati preliminari per l'anno 2005[1]. I dati 2004 confermano che vi è stata una ulteriore espansione dei programmi di screening. Nel 2005 si assiste, sostanzialmente, al completamento dell'attivazione di tutto il Centro (estensione teorica: 98,6%)

Grafico 1 - *Percentuale di donne in età 50-69 anni inserite in un programma di screening mammografico organizzato* per ripartizione geografica – Anni 2000-2005*



*Programmi attivati a fine anno.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Osservatorio Nazionale Screening. Quinto Rapporto. Novembre 2006.

[1] Giorgi D. et al. Lo screening mammografico in Italia: survey 2004 e dati preliminari 2005. In: Osservatorio Nazionale per la Prevenzione dei Tumori Femminili. Quinto Rapporto. Novembre 2006.

E. MANCINI, L. GIORDANO, A. PONTI, G. RONCO, C. SENORE, N. SEGNAN

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 77

ed il Nord (estensione teorica: 92,4%). Permane un forte squilibrio con il Sud che, dopo un rilevante spunto tra il 2003 ed il 2004, incrementa l'estensione dei propri programmi di screening solamente dal 38,3% (2004) al 39,3% (2005). Complessivamente, in Italia, l'estensione teorica che nel 2004 era del 71,9% passa nel 2005 al 76,4%. Nel 2003 lo stesso valore si attestava al 56,2%.

Il grafico 1 riporta l'andamento temporale degli ultimi anni distinto per grandi ripartizioni geografiche[2], invece, la tabella 1, estratta con modifiche dal Quinto Rapporto, riporta l'estensione teorica nelle regioni italiane nel 2004 e, seppur con dati provvisori, nel 2005.

Disporre di un programma attivo, non necessariamente significa regolarità e completezza degli inviti. L'estensione effettiva rappresenta il numero di donne invitate da un programma di screening. Si riferisce quindi alla capacità organizzativa del programma di invitare tutta la popolazione target annuale. A fronte di un 71,9% di donne inserite in un programma di screening si ha una capacità effettiva di invito nel 2004, complessivamente del 52%, che parrebbe anche in lieve flessione sulla base dei dati preliminari 2005 (50,3%). Infatti, i dati del Quinto Rapporto, riportano che nel 2004 sono state invitate 1.867.489 donne di età 50-69 anni su circa 7.200.000. Questo significa che vi sono programmi non entrati ancora a regime oppure che non si riesce a mantenere un ritmo di attività sufficiente per invitare tutta la popolazione obiettivo ad effettuare lo screening ogni 2 anni. Programmi che invitino in un anno più della metà della popolazione obiettivo (da invitare in due anni) possono invece superare il 100% di estensione effettiva.

Tabella 1 - *Percentuale di donne in età 50-69 anni inserite in un programma di screening mammografico per regione - Anni 2004, 2005*

Regioni	Estensione Teorica 2004	Estensione Teorica 2005	Estensione Effettiva 2005
Piemonte	100,0	100,0	68,4
Valle d'Aosta	100,0	100,0	81,6
Lombardia	84,9	95,5	69,7
Bolzano-Bozen	*100,0*	*96,9*	*88,2*
Trento	*100,0*	*100,0*	*56,0*
Veneto	82,8	86,3	64,5
Friuli-Venezia Giulia	n.d.	100,0	2,3*
Liguria	51,0	47,4	28,4
Emilia-Romagna	100,0	100,0	88,5
Toscana	100,0	100,0	82,7
Umbria	100,0	100,0	94,5
Marche	73,5	95,0	60,0
Lazio	100,0	98,4	44,2
Abruzzo	44,7	44,0	40,5
Molise	100,0	100,0	118,5
Campania	78,0	85,6	36,3
Puglia	n.d.	n.d.	n.d.
Basilicata	100,0	100,0	78,6
Calabria	4,8	n.d.	n.d.
Sicilia	40,2	38,2	15,8
Sardegna	n.d.	n.d.	n.d.
Italia	**71,9**	**76,4**	**50,3**

n.d. = non disponibile.
*Programma attivato a fine 2005.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Osservatorio Nazionale Screening. Quinto Rapporto. Novembre 2006.

Raccomandazioni di Osservasalute

I programmi di screening mammografico del Centro e del Nord raggiungono la quasi completezza dell'estensione teorica. Per i programmi del Sud è evidente un incremento tra il 2003 ed il 2004, ma i primi dati del 2005 evidenziano un rallentamento della velocità di crescita. Il divario geografico tra Nord-Centro e Sud-Isole resta ampio. Si confermano le raccomandazioni già espresse in precedenti edizioni di questo rapporto: l'omogeneità territoriale dell'offerta dei programmi di screening sul territorio nazionale è certamente obiettivo da perseguire unitamente al consolidamento delle attività. È opportuno che sia garantito sul territorio lo sviluppo dello screening mammografico nelle aree dove stenta ad avviarsi e che, laddove i programmi organizzati siano già avviati, questi raggiungano e mantengano la piena attività di invito.

[2]Giordano L. et al. Trend temporali di alcuni indicatori dei programmi di screening mammografico in Italia: 1996-2004 In: Osservatorio Nazionale per la Prevenzione dei Tumori Femminili. Quinto Rapporto. Novembre 2006.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 78

Diffusione dei programmi di screening per il cervicocarcinoma uterino

Significato. Lo screening citologico per il tumore del collo dell'utero permette la diagnosi di lesioni pre-invasive e/o invasive consentendo di interrompere il corso naturale dello sviluppo del cancro prevenendo la progressione a stadi più avanzati. Per tale motivo è auspicabile che in tutte le regioni siano organizzati dei programmi di screening per il tumore del collo dell'utero che coprano la popolazione obiettivo femminile.

Percentuale di donne di 25-64 anni inserite in un programma di screening citologico organizzato

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Donne di 25-64 anni inserite in un programma di screening citologico organizzato}}{\text{Popolazione femminile residente di 25-64 anni}} \times 100$$

Validità e limiti. L'indicatore è riferito alla diffusione dei programmi attivi, cioè alla proporzione di donne che risiedono in un territorio nel quale è attivo un programma di screening, cioè che abbia effettuato inviti nel 2005. Fornisce informazioni rispetto alla diffusione dei programmi, ma non rispetto alla capacità del programma di invitare completamente e regolarmente la popolazione obiettivo.

Valore di riferimento/Benchmark. Tutte le donne in età 25-64 anni dovrebbero essere inserite in un programma organizzato di screening per il tumore del collo dell'utero.

Descrizione dei risultati

Sono stati pubblicati sul Quinto Rapporto dell'ONS i risultati della *survey* GISCi relativa ai programmi attivi in Italia nel 2005, comprensiva dei programmi che avevano realizzato almeno 1.000 inviti[1]. La popolazione obiettivo a cui si rivolgono i programmi organizzati ha avuto un incremento di circa 760.000 unità e si assesta a 10.969.571 donne in età compresa tra i 25 ed i 64 anni. Tale quota è pari al 66,7% della popolazione femminile italiana nella stessa fascia d'età (era 63,6% l'anno precedente). L'analisi per ripartizioni geografiche evidenzia rispetto alla fine del 2004 un passaggio dal 66,4% al 68,8% al Nord, dal 82,6% al 91,2% al Centro e dal 49,1% al 50,2% al Sud. L'incremento precedentemente rilevato, in particolare tra le regioni del Sud, tra il 2003 ed il 2004 che aveva portato il valore dell'indicatore da 29,5% a 49,1% diviene, nel 2005, meno evidente. Il Quinto Rapporto dell'ONS riporta che nel 2005, erano 13 le regioni o le Province Autonome che includevano nella propria popolazione di riferimento tutte le residenti di età compresa tra 25 e 64 anni.

Le regioni che avevano comunicato di avere programmi di screening attivi all'inizio del 2005 sono state classificate in base alla tipologia di attivazione. Alcune regioni avevano un programma regionale unico, destinato a tutta la popolazione obiettivo, in altre il programma regionale comprendeva programmi locali; sono state considerate ad attivazione totale quelle che includevano in programmi attivi tutta la popolazione obiettivo regionale. Per le regioni ad attivazione parziale, che hanno inviato dati, è stato calcolato il rapporto tra la popolazione obiettivo del programma (o dei programmi della stessa regione) e la popolazione residente nella regione nella stessa fascia d'età[2].

Lo standard della proporzione di donne da invitare, per uno screening a regime, dato il periodismo triennale raccomandato per l'esecuzione del Pap-Test, corrisponde ad un terzo della popolazione obiettivo (33,3%). Complessivamente, i programmi italiani sono stati in grado di invitare il 24,8% della popolazione obiettivo con un lieve calo rispetto alla rilevazione precedente (27,2%).

Tabella 1 - *Livello di attivazione dei programmi di screening per il cervicocarcinoma uterino*

Programma regionale unico	Programma regionale ad attivazione totale	Programma regionale ad attivazione parziale
Valle d'Aosta	Piemonte	Campania (92,7%)
Bolzano-Bozen	Veneto	Lazio (79,2%)
Trento	Emilia-Romagna	Sicilia (59,9%)
Friuli-Venezia Giulia	Toscana	Sardegna (29,9%)
Molise	Umbria	Lombardia (29,7%)
Basilicata	Abruzzo	Calabria (9,7%)
	Marche	

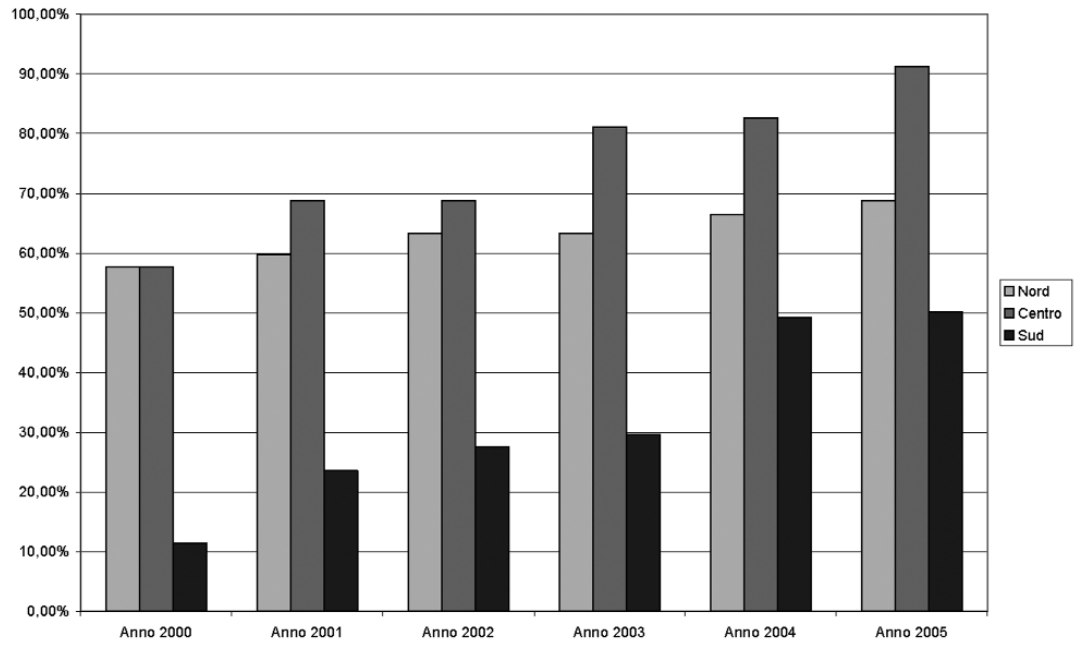
[1]Ronco G. et al. Livello di attivazione ed indicatori di processo dei programmi organizzati di screening cervicale in Italia. In: Osservatorio Nazionale per la Prevenzione dei Tumori Femminili. Quinto Rapporto. Novembre 2006.

[2]http://www.demo.istat.it.

E. MANCINI, L. GIORDANO, A. PONTI, G. RONCO, C. SENORE, N. SEGNAN

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 79

Grafico 1 - *Percentuale di donne di 25-64 anni inserite in un programma di screening organizzato per il cervicocarcinoma uterino per ripartizione geografica - Anni 2000-2005*



Fonte dei dati e anno di riferimento: Osservatorio Nazionale Screening. Quinto Rapporto. Novembre 2006.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 80

Diffusione dei programmi di screening per il tumore del colon retto

Nel corso degli ultimi anni sono state avviate in Italia varie iniziative di screening del carcinoma del colon-retto e l'espansione dell'offerta di interventi di screening per questi tumori ha avuto un forte impulso a seguito dell'approvazione della legge 138 del 2004: mentre alla fine del 2004 risultavano attivi in Italia 18 programmi di screening, questo numero era salito a 52 alla fine del 2005. Il piano di attuazione delle indicazioni contenute nella legge prevede che tutte le regioni italiane attivino programmi di screening dei tumori colorettali in grado di coprire almeno il 50% della popolazione bersaglio entro la fine del 2007.
I test di screening proposti nell'ambito di programmi di screening di popolazione sono il test per la ricerca del sangue occulto fecale (FOBT) e la sigmoidoscopia (FS). Non viene raccomandato un unico modello di intervento da estendere all'intero territorio nazionale, ma si indica come obiettivo da perseguire in modo coordinato a livello nazionale la valutazione delle implicazioni organizzative e finanziarie e dell'impatto dei diversi protocolli e test di screening.

Il Gruppo Italiano Screening dei tumori ColoRettali (GISCoR) ha avviato un progetto per la definizione di indicatori per il monitoraggio dell'attività e della qualità dei programmi, che ha condotto alla produzione di un manuale in fase di pubblicazione. Sono disponibili dati relativamente alla copertura raggiunta dai programmi attivi, raccolti nella survey sull'attività del 2005, pubblicata nel Quinto Rapporto dell'Osservatorio Nazionale Screening (1).

Estensione Teorica

Significato. È la percentuale di persone interessate da programmi di screening dei tumori colorettali rispetto alla popolazione nella fascia d'età bersaglio dei programmi*. Nella estensione teorica viene considerata come popolazione di riferimento la popolazione a cui è rivolto il programma di screening, cioè la popolazione residente nel territorio su cui insiste il programma. I curatori di questa parte del rapporto dell'Osservatorio Nazionale Screening chiamano "estensione teorica" degli screening questo indicatore.

Percentuale di persone nella fascia di età bersaglio inserite in un programma di screening colorettale

$$\frac{\text{Numeratore: Persone nella fascia di età bersaglio inserite in un programma organizzato di screening colorettale}}{\text{Denominatore: Popolazione residente in età bersaglio}} \times 100$$

*Per i programmi che utilizzano la FS:
- la popolazione bersaglio è costituita ogni anno dalla coorte di nascita dei 58enni (Piemonte) o 60enni (Veneto). In questi programmi è inoltre previsto l'invito ad effettuare il FOBT biennale a tutti i soggetti di età compresa tra 59 e 69 anni al momento dell'avvio del programma con FS. In Piemonte è inoltre prevista la possibilità di scegliere lo screening con FOBT biennale per i soggetti che rifiutano la FS.
Per i programmi che utilizzano il FOBT:
- la popolazione bersaglio è costituita ogni anno dal 50% della popolazione di età compresa tra 50 e 69 anni.

Validità e limiti. L'estensione teorica è un indicatore della diffusione dei programmi. Fornisce informazioni sulla presenza di programmi attivi che potenzialmente possono invitare gli assistiti del loro territorio di competenza, ma non sulla effettiva attività di invito.

Valore di riferimento/Benchmark. L'atteso è che la totalità della popolazione italiana nella fascia d'età bersaglio sia inserita in un programma di screening organizzato, date le premesse organizzative ed economiche e rispettando quanto disposto dai Livelli Essenziali di Assistenza.

Descrizione dei risultati

I risultati dell'indagine nazionale (1) condotta dal Gruppo Italiano Screening tumori ColoRettali (GISCoR) indicavano che alla fine del 2005 il 31,6% della popolazione italiana di età compresa tra 50-69 anni era residente in aree coperte da un programma di screening (48,9% al Nord, 34,6% al Centro e 4,4% al Sud). Si stima che la proporzione di soggetti inclusi nella popolazione bersaglio dei programmi che ha effettivamente ricevuto un invito sia di circa il 57% per i programmi che utilizzano il FOBT e il 61% per quelli che utilizzano la FS.
Oltre ai programmi regionali di Toscana, Piemonte, Veneto, Emilia-Romagna e Basilicata, sono stati avviati nel 2006 i programmi della Valle d'Aosta e dell'Umbria; sono stati inoltre avviati programmi in quasi tutte le ASL della Lombardia e in alcune aree della Campania.

E. MANCINI, L. GIORDANO, A. PONTI, G. RONCO, C. SENORE, N. SEGNAN

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 81

La comunicazione nei programmi organizzati di screening oncologico

Dott.ssa Livia Giordano, Dott.ssa Roberta Castagno, Dott.ssa Laura Murianni

Negli ultimi anni gli operatori di programmi organizzati di screening per i tumori hanno iniziato a dare più importanza ad alcuni aspetti del processo quali quelli inerenti le modalità comunicative ed informative. È ormai ampiamente condiviso dal personale di screening il concetto che una comunicazione di buona qualità è alla base di un buon programma di screening (1) e che questa qualità debba essere attentamente valutata tanto quanto quella tecnica ed organizzativa dei programmi stessi. In un contesto di screening organizzato rivolto alla popolazione al fine di diagnosticare precocemente una neoplasia, la comunicazione è un processo complesso che coinvolge canali diversi (dalle relazioni personali e telefoniche, i materiali informativi, fino ai mass media), ma anche momenti e individui diversi.

Mentre negli anni in cui i primi programmi di screening organizzato venivano offerti in modo sistematico all'utenza le modalità informative erano essenzialmente caratterizzate da un'enfatizzazione degli aspetti positivi della prevenzione (2, 3), recentemente, alla luce dei nuovi sviluppi nell'etica medica e del nuovo ruolo del paziente rispetto alla figura sanitaria, è emerso che l'obiettivo da raggiungere non è più un' adesione 'ad ogni costo' ma piuttosto una 'partecipazione' consapevole (4).

Questo cambiamento di prospettiva è legato non solo ad aspetti etici, ma anche ad aspetti legati a stati psicologici (5) che influiscono sulla buona riuscita di un programma di screening sotto diversi punti di vista: di efficacia, di organizzazione (6) e di costo.

Se da una parte la comunicazione negli screening è finalizzata ad aumentare la conoscenza e a promuovere cambiamenti nei comportamenti e negli atteggiamenti degli individui, favorendo il ricorso agli screening stessi, dall'altra parte questa informazione deve essere corretta e completa, includendo i benefici ma anche i possibili rischi ed effetti negativi dell'intervento proposto (7-9).

Nella pratica la comunicazione dei limiti e degli svantaggi dello screening si rivela molto complessa, in quanto occorre tener conto sia dell'incertezza e della disponibilità di tante informazioni (talvolta diverse e contrastanti tra loro), che della difficoltà ad affrontare e rendere comprensibili concetti non facili come la sensibilità e specificità del test, la possibilità di sovra-diagnosi e di cancri intervallo, l'introduzione di nuove tecnologie.

Il percorso di screening è un percorso a più livelli, che richiedono approfondimenti e complessità conoscitive diverse. Mentre alcune informazioni di Sanità Pubblica, legate alla prevenzione, possono essere diffuse più genericamente a tutta la popolazione (alimentazione, attività fisica etc..) altre, come quelle sugli screening oncologici, sono più specifiche per una popolazione target e devono essere chiare sin dalla prima comunicazione "individuale" che di solito avviene attraverso una lettera di invito; altre ancora, per evitare una ridondanza di informazioni, possono essere disponibili solo su richiesta per chi ne sente l'esigenza o solo se ci si trova in una determinata fase del percorso del programma di screening come ad esempio quando si viene invitati ad effettuare degli approfondimenti diagnostici o un intervento terapeutico (9).

Al fine di pianificare una corretta strategia comunicativa con l'utenza, i programmi di screening devono innanzitutto chiarire gli scopi, definire gli obiettivi della comunicazione e individuare gli strumenti relativi al monitoraggio e alla valutazione dei risultati, tenendo conto dei diversi fattori contestuali capaci di interferire con il processo di comunicazione stesso. Quindi innanzitutto per sviluppare i messaggi ed individuare i canali di comunicazione più adeguati è importante effettuare a priori un'attenta analisi del contesto di riferimento in termini socio-culturali ed economici, dell'audience (bisogni informativi, eventuali miti o disinformazioni, livello di consapevolezza del problema, paure, ecc) a cui gli operatori di screening intendono rivolgersi. Il target di riferimento dello screening non è rappresentato da un singolo individuo malato ma da una popolazione asintomatica, composita per valori, cultura, interessi. Di tutto ciò bisogna tenerne conto per instaurare una relazione efficace con l'utenza. Considerando inoltre l'ampia varietà di canali di comunicazione a disposizione dell'utenza (da quelli interpersonali: assistenti ed educatori, medici, fino ai mass media), è indispensabile selezionare i più appropriati per raggiungere correttamente la popolazione bersaglio (9,10), analizzando quindi tutti gli strumenti e le possibili strategie da adottare per raggiungere l'obiettivo.

Come recentemente ribadito anche in alcuni documenti europei sull'argomento (9), le informazioni sullo screening per essere efficaci devono essere accessibili, corrette, complete, comprensibili e con vari livelli di approfondimento, attuate secondo un piano di promozione/educazione e strettamente monitorate sia nella loro diffusione che nel loro impatto sull'audience. Per questo motivo si sta lavorando molto, sia a livello nazionale che internazionale, su come misurare l'efficacia delle scelte comunicative e su come applicare correttamente criteri di qualità della comunicazione, elaborando approcci che implichino la collaborazione anche con contesti disciplinari diversi dalla medicina, come la psicologia ed il settore delle scienze politico-sociali.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 82

Negli ultimi anni molti programmi di screening organizzato italiani hanno previsto dapprima corsi sulla comunicazione, e poi corsi di comunicazione, meno teorici ma in grado di coinvolgere maggiormente gli operatori, e permettere loro un percorso di crescita personale al fine di migliorare le loro capacità relazionali con l'utenza. Spesso sono gli operatori stessi a richiedere più spazio e tempo per vivere la relazione con l'utente, soprattutto durante le prime fasi della procedura di screening e soprattutto in quelle più critiche della diagnosi positiva o dell'avvio del percorso diagnostico-terapeutico.
L'Osservatorio Nazionale Screening (ONS) che ha tra i suoi obiettivi principali quello di promuovere la qualità della comunicazione, si è fatto promotore, nel 2003, della nascita del Gruppo di Lavoro Interscreening sulla comunicazione (GDLIS). Questo gruppo raccoglie operatori già attivi nei Gruppi di lavoro sulla comunicazione presenti nel GISMa, GISCi e GISCoR e discute e propone le strategie per aumentare la qualità della comunicazione negli screening, con il contributo delle esperienze pratiche maturate nelle diverse realtà locali e con il supporto degli studi di tipo teorico.
Gli obiettivi principali del GDLIS sono (www.osservatorionazionalescreening.it):
- riunire operatori che nel corso degli anni hanno maturato, ciascuno nelle singole associazioni, esperienze e saperi sul tema della comunicazione;
- arricchire e diffondere quanto prodotto nei diversi screening su questi temi;
- offrire occasioni di condivisione e confronto con continuità di azione e visibilità a livello nazionale, a coloro che lavorano nel campo della comunicazione e a ciò che producono;
- supportare con maggiore efficacia le associazioni e le regioni e, tramite queste, i singoli programmi e gli operatori nell'avviare con l'utenza un percorso informativo/comunicativo corretto;
- costituire un interlocutore costante per l'Osservatorio Nazionale Screening nello sviluppo del suo ruolo istituzionale in riferimento alla comunicazione.
Il GDLIS si riunisce periodicamente e, a partire dal 2005, ha collaborato all'organizzazione di alcuni convegni specifici su questo tema, identificando e sviluppando alcune emergenti linee di lavoro nell'ambito dello sviluppo e valutazione delle azioni volte a promuovere la partecipazione allo screening presso fasce deboli della popolazione (ad esempio le popolazioni immigrate), nello sviluppo di una maggiore capacità di indirizzo rispetto al tema delle capacità relazionali, supportando le associazioni GISMa, GISCi, GISCoR rispetto a specifiche emergenze comunicative ed ancora relativamente ai temi legati alle nuove tecnologie (come ad esempio il test e vaccino per l'HPV).

Riferimenti bibliografici

(1) Irwig L, McCaffery K, Salkeld G and Bossuyt P Informed choice for screening: implications for evaluation. BMJ 2006; 332: 1.148-1.150.
(2) Giordano L, Rowinski M, Gaudenzi G, Segnan N. What information do breast cancer screening programmes provide to Italian women? Eur J Public Health 2005: 15: 66-9.
(3)Stirbu I, Kunst AE, Mielck A, Mackenbach JP. (2007) Educational inequalities in utilization of preventive services among elderly in Europe. in Tackling Health Inequalities in Europe (EUROTHINE) Final Report, Erasmus MC, Rotterdam, pp. 483-499.
(4) Segnan N,.Armaroli P. Compliance, conscious participation, and informed consent in tumor screening programs. Epidemiol Prev 1999: 23: 387-91.
(5) R B Jones, J Pearson, A J Cawsey, D Bental, A Barrett, J White, C A White, and W H Gilmour. Effect of different forms of information produced for cancer patients on their use of the information, social support, and anxiety: randomised trial. BMJ 2006; 332: 942-948.
(6) Murianni L, Volpe M, Ricciardi G. Mammography screening programmes for breast cancer in Italy: organisation models and organisational effectiveness assessment. Atti 2nd Annual Meeting "Bringing HTA into practice". Rome, 20th-22nd June 2005. Italian J Public Health 2005: 2, 2: 193.
(7) Coulter A. Patient-centered decision-making: empowering women to make informed choices. Women Health Issues 2001; 11 (4): 325-30.
(8) Thornton H, Edwards A, Baum M. Women need better information about routine mammography. BMJ 2003; 327 (7406): 101-3.
(9) Giordano L, Webster P, Segnan N, Austoker J. Guidance on breast screening communication in: Perry N, Broeders M, de Wolf C. et al European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis – European Commission, Fourth Edition 2006; pag. 379-394.
(10) Screening e processo comunicativo in: "Raccomandazioni per la pianificazione e l'esecuzione degli screening di popolazione per la prevenzione del cancro della mammella, del cancro della cervice uterina e del cancro del colon retto", Ministero della Salute 2006.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 83

Diagnosi precoce per i tumori di mammella, collo dell'utero e colon retto: i risultati dell'indagine PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), 2005

Dott.ssa Tolinda Gallo, Dott.ssa Nancy Binkin, Dott. Sandro Baldissera, Dott.ssa Nicoletta Bertozzi, Dott.ssa Carla Bietta, Dott.ssa Giovanna V. De Giacomi, Dott. Pirous Fateh Moghadam, Dott. Alberto Perra, Dott.ssa Paola Scardetta, Dott. Francesco Sconza, Dott. Massimo Oddone Trinito

Introduzione

I fattori di rischio comportamentali (fumo, abuso di alcol, dieta scorretta, sedentarietà, ecc.) svolgono un ruolo importante nella genesi delle malattie croniche, responsabili di una grossa quota della mortalità e morbosità nei Paesi Europei. Per contrastare la diffusione delle malattie croniche i sistemi sanitari stanno approntando articolati programmi preventivi, la cui valutazione richiede adeguati sistemi di monitoraggio.

A tal fine nel 2004 il Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM) e le regioni partecipanti al progetto Mattoni per il Nuovo Sistema Informativo Sanitario hanno dato al Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS), dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), l'incarico di sperimentare metodi e procedure nella prospettiva di una successiva messa a regime di un sistema di sorveglianza continuo, sui fattori comportamentali di rischio e sulla diffusione delle misure di prevenzione, analogo a quello già realizzata in altri paesi, come USA e Australia.

Sulle attività di diagnosi precoce oncologica esistono molte fonti informative (*survey* dell'Osservatorio Nazionale Screening, analisi degli archivi delle prestazioni ambulatoriali regionali o indagini campionarie come la Multiscopo Istat), tuttavia sono necessarie più informazioni a livello regionale e locale per migliorare la lettura della copertura e del target dei programmi di screening.

Per questo motivo nell'ambito dello studio PASSI 2005, sono state raccolte anche informazioni sulle conoscenze e le attitudini dei cittadini coinvolti e sui fattori associati all'adesione alle Linee Guida nazionali sugli screening.

Metodi

Lo studio PASSI 2005 (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) è un'indagine trasversale di prevalenza su stili di vita e interventi preventivi, realizzata mediante interviste telefoniche a un campione di cittadini di 18-69 anni, estratto con metodo casuale semplice dalle anagrafi degli assistiti delle 123 ASL partecipanti allo studio. Complessivamente sono state intervistate 15.890 persone, di tutte le regioni italiane (1).

La quasi totalità delle ASL di 14 regioni ha effettuato un campionamento aziendale di 200 persone; nelle rimanenti regioni hanno partecipato solo alcune ASL con il medesimo campionamento di 200 interviste. La disponibilità di un recapito telefonico era un criterio necessario per l'inclusione nella popolazione indagata. Se la persona campionata rifiutava l'intervista o non era rintracciata dopo almeno 3 telefonate in orari diversi, veniva sostituita da una persona dello stesso sesso e dello stesso gruppo d'età (18-34 anni; 35-49 anni; 50-69 anni), scelta da una lista appositamente predisposta per i rimpiazzi. Prima delle interviste, i cittadini selezionati e i loro Medici di Medicina Generale sono stati avvisati dell'indagine tramite una lettera personale informativa da parte dell'ASL.

Dopo aver ottenuto il consenso verbale, l'intervista è stata generalmente effettuata da assistenti sanitari dei Dipartimenti di Prevenzione utilizzando un questionario standardizzato, per la cui realizzazione il gruppo Profea (Programma di Formazione in Epidemiologia Applicata) dell'ISS, ha preso a modello i principali studi disponibili a livello nazionale e internazionale. Il questionario utilizzato comprende dieci sezioni, una delle quali è costituita da tre moduli di domande, dedicate ai tre screening oncologici e rivolte solo ai gruppi target a cui lo screening è raccomandato. È stato chiesto se è stato mai effettuato, a scopo preventivo, un pap test, una mammografia, una ricerca di sangue occulto fecale o una rettoscopia/colonscopia. Per il pap test e la mammografia, alle donne intervistate è stato chiesto se hanno mai ricevuto una lettera da parte dell'ASL che le invitava ad eseguire l'indagine, quando e dove (strutture pubbliche o private) hanno fatto l'ultimo test, motivo per cui lo hanno effettuato e se queste procedure sono state raccomandate da un medico o altro operatore sanitario.

I dati raccolti sono quelli riferiti dalle persone intervistate, senza l'effettuazione di misurazioni dirette da parte di operatori sanitari. Dopo l'intervista e la validazione del questionario, i dati nominativi sono stati distrutti per assicurare l'anonimità dei partecipanti all'indagine.

I dati relativi alle attività di diagnosi precoce oncologica sono stati analizzati per tutta la popolazione in studio e per le 14 regioni (Provincia Autonoma di Bolzano, Provincia Autonoma di Trento, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Marche, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Sicilia, Sardegna) dove è stato effettuato un campionamento regionale o dove la maggior parte delle ASL della regione hanno par-

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:32 Pagina 84

tecipato allo studio. I confronti regionali sono limitati solo a queste regioni. Una trattazione più dettagliata dei metodi e dei risultati dello studio è contenuta in un precedente articolo (2).

Risultati

L'indagine ha incluso 6.738 donne di età 25-64 anni, 3.521 donne di età 50-69 anni e 6.271 uomini e donne di età 50-69 anni, rispettivamente popolazione target per gli screening cervicale, mammografico e colorettale.

Diagnosi precoce per le neoplasie del collo dell'utero

Il 78% delle donne di 25-64 anni intervistate ha riferito di aver effettuato almeno una volta nel corso della vita un pap test in assenza di segni o sintomi; sono emerse differenze territoriali molto marcate, con un range dal 93% nella Provincia Autonoma di Bolzano al 59% in Sicilia.

Si è osservata un'adesione alle Linee Guida più alta rispetto agli altri programmi di diagnosi precoce (70% entro l'intervallo raccomandato di 3 anni) con un range dall'89% in Emilia-Romagna al 49% in Sicilia. Si osservano valori più bassi di copertura nelle donne sotto i 35 anni (59% vs 73% tra 35-49 anni e 72% tra 50-64 anni), non coniugate (57% versus 74%) e con titolo di studio basso (68% vs 71%); le differenze risultano significative ($p<0,05$) (tabella 1).

Aver ricevuto consigli da un sanitario e aver ricevuto la lettera dall'ASL sono condizioni risultate associate a una percentuale più alta di *compliance* alle Linee Guida per la diagnosi precoce del collo dell'utero.

Diagnosi precoce per le neoplasie della mammella

Il 77% delle donne di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato almeno una volta nella vita una mammografia in assenza di segni o sintomi (range dal 90% in Emilia-Romagna al 51% in Campania).

Ha eseguito la mammografia con periodicità biennale il 60% delle intervistate (range dal 79% in Emilia-Romagna al 31% in Campania e Sicilia). Le donne più anziane, le non coniugate e quelle con titolo di studio più basso hanno presentato percentuali significativamente più basse di copertura (tabella 2). Si conferma la maggiore adesione alle Linee Guida quando intervengono l'invito attivo e il consiglio di un sanitario.

Diagnosi precoce per le neoplasie del colon-retto

La copertura per la diagnosi precoce di questa neoplasia è molto più bassa: il 14% degli intervistati di 50-69 anni ha riferito di aver eseguito un test per sangue occulto o una rettoscopia/colonscopia almeno una volta nella vita in assenza di segni o sintomi (range dal 39% in Toscana al 4% in Sardegna) e solo il 9% di soggetti ha ricevuto un test negli ultimi due anni. Le persone più giovani (50-59 anni) e le donne hanno effettuato l'esame di diagnosi precoce in percentuale inferiore rispetto ai più anziani e agli uomini. L'analisi non ha evidenziato differenze per livello di istruzione (tabella 3).

Tabella 1 - *Persone che hanno effettuato il Pap-test (per 100) per classi di età (25-64 anni), stato civile e livello di istruzione per tutte le ASL partecipanti - Anno 2005*

Caratteristiche demografiche	Pap test^ effettuato almeno una volta nella vita	Pap test effettuato negli ultimi 3 anni
Totale	**78,2** (95% IC: 77,2-79,2)	**69,5** (95% IC: 68,4- 70,6)
Età		
25 - 34	64,4#	59,0#
35 - 49	82,7	73,2
50 - 64	81,9	71,5
Stato civile		
coniugata	82,7#	73,6#
non coniugata	65,4	57,4
Istruzione•		
bassa	77,2	67,6#
alta	79,1	71,2

^Chi ha eseguito il pap test in assenza di segni e sintomi.
•Istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore.
#Differenza statisticamente significativa ($p<0,05$).

Fonte dei dati e anno di riferimento: Progetto PASSI. Anno 2005.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 85

Tabella 2 - *Persone che hanno effettuato la mammografia (per 100) per classi di età (50-69 anni), stato civile e livello di istruzione per tutte le ASL partecipanti - Anno 2005*

Caratteristiche demografiche	Mammografia^ effettuata almeno una volta nella vita	Mammografia effettuata negli ultimi 2 anni
Totale	**77,0** (95% IC: 75,6- 78,4)	**60,1** (95% IC: 58,5- 61,7)
Età		
50 - 59	78,4	63,8#
60 - 69	75,4	56,1
Stato civile		
coniugata	77,8	62,2#
non coniugata	73,6	51,8
Istruzione•		
bassa	76,5	58,9
alta	78,0	62,8

^Le percentuali sono state calcolate su chi ha effettuato una mammografia a scopo preventivo.
•Istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore.
#Differenza statisticamente significativa (p<0,05).

Fonte dei dati e anno di riferimento: Progetto PASSI. Anno 2005.

Tabella 3 - *Persone che hanno effettuato un test (per 100) per la diagnosi del tumore del colon retto per classi di età (50-69 anni), sesso e livello di istruzione per tutte le ASL partecipanti - Anno 2005*

Caratteristiche demografiche	Esecuzione di un test^ per motivi preventivi	Esecuzione di un test^ per motivi preventivi negli ultimi 2 anni
Totale	**14,0** (95% IC: 13,1- 14,9)	**8,5** (95% IC: 7,8- 9,2)
Età		
50 - 59	11,8	7,4
60 - 69	16,5	9,7
Sesso		
maschi	16,8#	10,5
femmine	11,7	7,0
Istruzione•		
bassa	13,7	8,5
alta	14,7	8,5

^Sangue occulto o rettoscopia.
•Istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore.
#Differenza statisticamente significativa (p<0,05).

Fonte dei dati e anno di riferimento: Progetto PASSI. Anno 2005.

Conclusioni

I risultati dell'indagine PASSI 2005 hanno evidenziato differenze nell'offerta e nell'adesione ai tre programmi di diagnosi precoce oncologica, anche in relazione al fatto che molte regioni hanno attivato solo recentemente i tre programmi di screening secondo le indicazioni delle Linee Guida nazionali, mentre altre regioni li stanno tuttora predisponendo.

I risultati evidenziano anche che alcuni gruppi nella popolazione vengono raggiunti in minor misura da questi programmi: di conseguenza è necessario utilizzare strategie diverse per facilitare l'accesso a questi interventi preventivi. Per esempio le donne più giovani e quelle con basso livello di istruzione sono più a rischio di non essere sottoposte a un pap test in accordo con le Linee Guida; per la mammografia sono a maggior rischio le più anziane e quelle con un livello più basso di istruzione. È stata evidenziata inoltre l'importanza della chiamata attiva e dei consigli dei medici curanti per migliorare l'adesione agli screening e confermata l'efficacia dei programmi organizzati secondo le indicazioni delle Linee Guida.

I confronti con le fonti informative esistenti meritano un commento. I dati raccolti da PASSI sono autoriferiti e questo potrebbe fornire stime non del tutto accurate dei fenomeni indagati: le persone possono aver dimenticato di essere state sottoposte allo screening oppure aver sottostimato il tempo trascorso dall'ultimo esame (3). A questo proposito va considerato che quando l'obiettivo principale è valutare l'evoluzione nel tempo di un fenomeno, come previsto per un sistema di sorveglianza di popolazione, assumono maggiore importanza la riproducibilità e la confrontabilità dei risultati. Vanno poi sottolineate le potenzialità di questo approccio di

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 86

indagine: sono infatti intervistati anche i soggetti che hanno effettuato gli esami per la diagnosi precoce in strutture private, mentre la maggior parte delle fonti di dati correnti includono solo le strutture pubbliche. Ad esempio, laddove è stato possibile comparare (Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna) i dati ottenuti dallo Studio PASSI con quelli ottenuti dai sistemi informativi routinari, è stata evidenziata una sostanziale concordanza nelle stime dei pap test eseguiti presso le strutture pubbliche, ma l'indagine PASSI ha consentito di valutare la reale copertura delle attività di diagnosi precoce, compresa la percentuale di donne che hanno eseguito l'esame presso strutture private, dato non rilevabile da altre fonti informative (4).
L'indagine PASSI ha posto le premesse per un progetto di sperimentazione di due anni, affidato dal CCM al Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS), avviato nel 2006 con la collaborazione di tutte le regioni italiane, che prevede una rilevazione continua dei dati in modo da misurare i cambiamenti nel tempo dei fenomeni osservati. Il nuovo questionario, che include le sezioni sugli screening, indaga più dettagliatamente le motivazioni che hanno spinto gli intervistati a effettuare gli esami raccomandati per la diagnosi precoce. I risultati, integrati con i dati esistenti, potranno fornire un aiuto alle regioni e alle ASL nel monitorare i loro progressi per il raggiungimento degli obiettivi dei programmi di screening nazionali e nell'identificare i gruppi verso i quali effettuare azioni aggiuntive per aumentare l'adesione ai programmi.

Riferimenti bibliografici

(1) http://www.epicentro.iss.it/passi/passi05-06.asp.
(2) Gallo T, Binkin N, Baldissera S, et al., La diffusione dell'attività di diagnosi precoce in Italia per lo screening cervicale, mammografico e colorettale (Studio PASSI, 2005). Quinto Rapporto dell'Osservatorio nazionale screening 2006. A cura di Rosselli Del Turco M, Zappa M. pg. 140-6.
(3) Newell SA, Girgis A, Sanson-Fisher RW, et al., The accuracy of self-reported health behaviors and risk factors relating to cancer and cardiovascular disease in the general population: a critical review. Am J Prev Med 1999; 17: 211–29.
(4) Baldissera S. et. al., "La sperimentazione della sorveglianza sugli obiettivi di salute in Italia: lo Studio Passi (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) in: "Giornate della Salute" – Trieste, 21-27 maggio 2006.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 87

L'avvio del sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia): il primo anno di attività

Dott.ssa Stefania Salmaso, Dott. Sandro Baldissera, Gruppo Tecnico PASSI

Le malattie croniche costituiscono le cause preponderanti della mortalità e morbosità nei Paesi Europei e determinano un forte consumo di risorse in ambito sanitario. Nella loro genesi prevalgono fattori di rischio evitabili con modifiche del comportamento (fumo, alcol, dieta scorretta, sedentarietà, ecc.) (1) per contrastarli il Ministero della Salute ha avviato il programma "Guadagnare salute" (2) secondo gli indirizzi già delineati nel Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007 e nel Piano Sanitario Nazionale 2006-2008.

A sostegno del programma è necessario un sistema di monitoraggio sui comportamenti dei cittadini. Il Centro per il controllo e la prevenzione delle malattie (CCM) ha affidato al Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (CNESPS) dell'ISS, il compito di sperimentare un sistema continuo di sorveglianza di popolazione (PASSI), dedicato a stimare la frequenza ed evoluzione dei fattori comportamentali di rischio per la salute e la diffusione delle misure di prevenzione. Due studi pilota trasversali (2005-2006), coordinati dal CNESPS, hanno dimostrato la fattibilità ed il diffuso interesse delle ASL e delle regioni per tale sistema (3).

PASSI, che adotta metodi di indagine sperimentati negli studi pilota (intervista telefonica con questionario standardizzato, campionamento dalle anagrafi sanitarie, ecc.), si propone di fornire informazioni utili per le decisioni in Sanità Pubblica. Aspetti caratterizzanti sono: raccolta continua di dati, per cogliere dinamicamente l'evoluzione dei fenomeni; disponibilità tempestiva dei risultati, con dettagli a livello locale; moduli aggiuntivi su temi di interesse locale; attenzione agli aspetti di percezione della popolazione, ad esempio sulle campagne di promozione della salute; formazione degli operatori, per favorirne la crescita culturale e professionale.

Il progetto, biennale, è stato avviato nel luglio 2006. Il Gruppo Tecnico di coordinamento (GT) ha coinvolto dall'inizio i principali portatori di interesse: CCM, assessorati regionali, Coordinamento Inter-regionale della Prevenzione. Tutte le regioni hanno designato i propri rappresentanti, che partecipano alla costruzione e gestione del sistema.

La partecipazione al sistema prevede il campionamento aziendale e la raccolta di almeno 25 interviste mensili in ciascuna ASL. 17 regioni hanno scelto da subito questa modalità, mentre le altre partecipano per il momento con un campionamento regionale o parziale. Nel primo anno si prevede di raccogliere circa 45.000 interviste. Risultati preliminari saranno disponibili a livello regionale alla fine del 2007, a livello aziendale nella primavera/estate del 2008. Il GT ha predisposto un protocollo ed un questionario standardizzato. Il Comitato Etico dell'ISS ha formulato un parere favorevole sul progetto. Per il questionario sono state prese come riferimento le evidenze in letteratura, nonché l'esperienza degli studi trasversali ed indagini analoghe. Gli ambiti indagati sono: salute e qualità di vita percepita, attività fisica, fumo, alimentazione, alcol, sicurezza stradale, fattori di rischio cardiovascolare, screening oncologici, vaccinazioni dell'adulto, salute mentale, incidenti domestici, aspetti socio-demografici.

È stata già svolta una formazione breve, per fornire ai rappresentanti regionali gli elementi indispensabili all'avvio del sistema, da trasferire poi "a cascata" agli operatori aziendali. A tutt'oggi questo percorso è stato completato in 19 regioni. È stata avviata anche una formazione di lungo periodo sulla sorveglianza in Sanità Pubblica, con percorsi differenziati per complessità ed impegno. Il sistema informativo garantisce compatibilità con la dotazione informatica esistente nelle ASL. Le interviste vengono effettuate tramite questionario cartaceo o direttamente su computer (metodo CATI). I dati sono registrati via web, con modalità protetta, in un archivio unico, che permette la loro conservazione sicura e consultazione. Il sistema esegue automaticamente monitoraggio di processo, analisi standard, presentazione dei principali risultati.

È stato predisposto un pacchetto comunicativo per le regioni, comprendente molteplici strumenti. Sul sito web (http://www.epicentro.iss.it/passi/) sono offerti vari servizi, materiali per la formazione, una newsletter mensile (PASSIone), ed un'area di discussione, per stimolare la creazione di una rete tra gli operatori.

Sono in corso di definizione i piani di monitoraggio e di valutazione. Verranno elaborate soluzioni per favorire l'appropriata analisi dei dati, l'interpretazione contestualizzata e l'utilizzo dei risultati: questi sono gli impegni che attendono nel prossimo anno di attività tutti i partecipanti del sistema PASSI.

Gruppo Tecnico PASSI: Dott.ssa Nicoletta Bertozzi, Prof. Stefano Campostrini, Dott. Giuliano Carrozzi, Dott. Angelo D'Argenzio, Dott.ssa Barbara De Mei, Dott. Pirous Fateh Moghadam, Dott. Gabriele Fontana, Dott.ssa Valentina Minardi, Dott.ssa Giada Minelli, Dott.ssa Valentina Possenti, Dott. Massimo Oddone Trinito, Dott.ssa Stefania Vasselli, Dott. Alberto Perra, Dott.ssa Nancy Binkin

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 88

Riferimenti bibliografici

(1) World Health Organization - Preventing chronic diseases: a vital investment - WHO global report 2005; reperibile alla pagina http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/en/index.html (ultimo accesso 5/6/07).
(2) Ministero della Salute - "Guadagnare salute. Rendere facili le scelte salutari" – Il documento integrale del programma è reperibile alla pagina: http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_605_allegato.pdf (ultimo accesso 5/6/07).
(3) Un elenco di articoli contenenti i principali risultati degli studi trasversali PASSI è reperibile alla pagina: http://www.epicentro.iss.it/passi/passi05-06.asp.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 89

Le disuguaglianze sociali nell'accesso agli screening per i tumori femminili

Dott.ssa Tania Landriscina, Dott.ssa Teresa Spadea, Dott.ssa Emanuela Bologna, Prof. Giuseppe Costa

Introduzione

Il tumore della mammella è il tumore più comune tra le donne e rappresenta il 14% di tutte le morti tumorali femminili nel mondo (1). Le cifre relative al tumore della cervice uterina nei paesi industrializzati sono più basse, ma questa patologia è comunque tra le principali cause di morbosità e mortalità tra le donne, anche in Italia (2).
Contrariamente ad altri carcinomi (polmone, pancreas), la mortalità per questi due tumori è in gran parte prevenibile, grazie alla disponibilità di test per la diagnosi precoce, efficaci e internazionalmente riconosciuti, che sono utilizzati all'interno di programmi di screening di popolazione. Tuttavia, la partecipazione ai programmi di screening è ancora fortemente associata alla posizione socioeconomica, in Italia come nella gran parte dei Paesi Europei, con le più alte percentuali di adesione allo screening da parte delle donne più istruite e di classe sociale più alta (3). L'accesso differenziale allo screening si riflette in una più alta mortalità per entrambi i tumori tra le donne di bassa posizione socioeconomica, nonostante, almeno per il tumore della mammella, queste donne facciano registrare i tassi di incidenza più bassi (4).
L'Indagine Multiscopo Istat sulle "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari, 2004-2005" mette a disposizione informazioni aggiornate sui comportamenti preventivi delle donne nei confronti dei tumori al seno e al collo dell'utero, anche in funzione delle loro caratteristiche socioeconomiche (5); inoltre, raffrontando i dati relativi alle ultime tre edizioni dell'indagine, che coprono un intervallo di tempo di 12 anni dal 1994 al 2005, si possono ricavare informazioni utili sull'andamento temporale di tali comportamenti.

Pap test

Nel 2004-2005 il 70,9% delle donne in età raccomandata dai programmi di screening (25-64 anni) ha dichiarato di aver fatto ricorso almeno una volta nella vita ad un pap test in assenza di disturbi o sintomi. Dal 1994 al 1999-2000 si è registrato un incremento complessivo di ricorso allo screening cervicale del 14,5%, risulta invece più contenuto quello dal 1999-2000 ad oggi, pari al 3,2%. Dall'ultima indagine emerge una percentuale di ricorso al pap test maggiore per le donne con titolo di studio più alto: effettua questo tipo di test il 72,3% delle donne laureate o con diploma di istruzione superiore contro il 66,1% delle donne con licenza elementare o nessun titolo. Già nel 1999-2000 emergeva questa tendenza (70,8% contro 63,3%), tuttavia rispetto ad allora si evidenzia un incremento nel ricorso al pap test soprattutto tra le donne con i titoli di studio più bassi che passa dal 63,3% al 66,1%. Analizzando le singole classi di età emerge una stabilità, tra il 2000 e il 2004-2005, del ricorso al pap test nelle classi più giovani, si osserva invece una crescita nel ricorso dai 45 anni in su, in particolare per la fascia di età 55-64, sia tra le donne più istruite (da 80,3% a 85,4%) che tra quelle meno istruite (da 63,3% a 70,8%). Le donne con titolo di studio più alto si sottopongono al primo pap test intorno ai 29 anni, le donne con licenza elementare o nessun titolo intorno ai 38 anni e rispetto alla precedente indagine (1999-2000) si evidenza che l'età media di queste ultime si è ridotta di un anno, mentre è rimasta stabile per le laureate.
Considerando l'ultimo pap test il 41,3% delle donne lo ha eseguito di propria iniziativa, il 26,8% su consiglio di uno specialista, l'11,6% su consiglio di un medico generico e una quota significativa di donne dichiara di averlo effettuato su invito di una struttura sanitaria pubblica nell'ambito di un programma di screening (20,1%).
A sottoporsi al controllo di propria iniziativa sono più le donne laureate o diplomate (44,8%), mentre la partecipazione ad un programma di screening viene più spesso dichiarata dalle donne meno istruite (25,0% contro il 17,1% delle più istruite) così come il fatto di sottoporsi al controllo su consiglio di un medico generico (18,9% contro 8,4%).

Mammografia

I programmi di screening mammografico hanno come target le donne di 50-69 anni. Da quanto emerge dall'ultima indagine si sono sottoposte almeno ad un accertamento nel corso della vita il 71,0% delle donne in questa fascia di età. Si evidenzia un elevato incremento, pari al 32,6%, nel ricorso alla mammografia dal 1994 al 1999-2000 e un incremento ancora molto elevato dal 1999-2000 al 2004-2005 che si attesta intorno al 22,2%. Come nel 1999-2000 sono le donne con titolo di studio elevato a ricorrere alla mammografia in percentuale maggiore rispetto alle meno istruite, anche a parità di età. Effettuano questo tipo di test il 79,3% delle donne laureate o con diploma di istruzione superiore contro il 65,5% delle donne con licenza elementare o nessun titolo. Il tasso d'incremento della mammografia nel quinquennio è maggiore tra le donne con titolo di studio basso (da 51,8% a 65,5%). L'età media al primo controllo è pari a 46 anni. Le donne più istruite si sottopongono al primo controllo intorno ai 44 anni, le meno istruite intorno ai 48 anni.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 90

Più di un terzo delle donne (34,3%) ha effettuato il controllo su invito di una struttura sanitaria pubblica nell'ambito di un programma di screening, il 29,2% di propria iniziativa, il 19,0% per consiglio di un medico specialista e il 17,2% di un medico generico. Ad effettuare la mammografia di propria iniziativa sono maggiormente le donne più istruite con il 37,4% rispetto al 23,9% delle meno istruite. Le donne con licenza elementare o nessun titolo si sottopongono a controlli mammografici in misura maggiore rispetto alle altre su consiglio di un medico generico (20,5%) oppure nell'ambito di un programma di screening (38,9%).

Conclusioni

Questi dati suggeriscono che ci sia stato negli ultimi 10 anni un effetto positivo dei programmi di screening di popolazione ad inviti, non solo sull'aumento complessivo delle percentuali di adesione, ma anche sulla riduzione delle diseguaglianze sociali di accesso alla diagnosi precoce dei tumori della mammella e della cervice uterina. Infatti, a rispondere maggiormente all'invito allo screening sembrano essere in entrambi i casi le donne meno istruite. Nell'ipotesi che, una volta entrate in contatto con i servizi sanitari, l'intero percorso di diagnosi e cura di questi tumori non dipenda dalla classe sociale delle donne, la riduzione delle disuguaglianze di accesso allo screening dovrebbe presto riflettersi anche sui gradienti sociali nella mortalità.

Riferimenti bibliografici

(1) Parkin MD, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global Cancer Statistics, 2002. CA Cancer J Clin 2005; 55; 74-108.
(2) Bray F, Loos AH, McCarron P, et al. Trends in cervical squamous cell carcinoma. incidence in 13 European countries: changing risk and the effects of screening. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2005; 14: 677–86.
(3) Stirbu I, Kunst AE, Mielck A, Mackenbach JP. (2007) Educational inequalities in utilization of preventive services among elderly in Europe. in Tackling Health Inequalities in Europe (EUROTHINE) Final Report, Erasmus MC, Rotterdam, pp. 483-499.
(4) Faggiano F, Partanen T, Kogevinas M, Boffetta P (1997) Socioeconomic differences in cancer incidence and mortality: In: Kogevinas M, Pearce N, Susser M, Boffetta P, eds. Social inequalities and cancer. Lyon: IARC (IARC Scientific Publications No 138), pp. 65-176.
(5) Bologna E. (a cura di) La prevenzione dei tumori femminili in Italia: il ricorso a pap test e mammografia, Anni 2004-2005. Roma, Istat, Statistiche in breve, 4 dicembre 2006.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 91

Incidenti

Gli incidenti sono un problema di Sanità Pubblica. Il tributo di vite e di disabilità che si paga nel nostro paese è ancora a livelli difficilmente sostenibili, pur considerando i decrementi osservati in particolare nell'incidentalità stradale dagli anni '70 del secolo scorso.

In particolare resta elevato il contributo alla mortalità da incidente stradale nella fascia d'età fra 15 e 29 anni, dove questa specifica causa rappresenta il primo determinante di mortalità.

Il controllo dei comportamenti a rischio (uso di sostanze psicotrope, alcolici e droghe comprese) e il controllo sulle strade da parte di organi di polizia stradale appaiono lungi dall'aver raggiunto diffusione e risultati ottimali su tutto il territorio nazionale. Purtuttavia, occorre sottolineare l'incremento della diffusione di campagne di promozione di comportamenti corretti che, per poter essere maggiormente efficaci, necessitano di essere supportati da azioni di vigilanza sui comportamenti sulla strada, che abbiano caratteristiche di costanza e continuità.

Adeguate azioni legislative, come l'introduzione della patente a punti o l'introduzione dell'obbligo del casco per ciclomotoristi maggiorenni, corrono il rischio di vedere vanificati nel tempo gli effetti positivi se non supportati da altrettanto adeguate azioni di controllo.

Quest'anno il capitolo degli incidenti si arricchisce comprendendo l'analisi di due indicatori di estrema attualità che riguardano una parte e tutta la popolazione.

Si tratta innanzitutto degli Infortuni sul lavoro di lavoratori extracomunitari, che assumono un significato quanto mai pregnante in funzione del significativo incremento del numero di cittadini stranieri occupati in Italia, che rappresentano nel 2005 il 10% della forza lavoro.

Tale indicatore mette in evidenza un sostanziale incremento del rischio di infortunio nei lavoratori extracomunitari, evidenziando altresì la necessità di attivare e rafforzare specifici momenti di formazione per la sicurezza, in particolare per le attività in settori che notoriamente sono associate ad una maggiore occorrenza di infortuni sul lavoro.

In secondo luogo, il capitolo si arricchisce del contributo di un indicatore come quello relativo agli incidenti domestici che rappresentano un problema di grande rilevanza, la cui importanza è stata riconosciuta recentemente nel nostro paese che ha inserito nel Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007 uno specifico paragrafo relativo a questa problematica. La sua gravità comporta riflessi sociali di grande portata: basti considerare che in Italia si verificano ogni anno circa 8.000 morti per incidenti domestici.

Il capitolo si chiude con un box sulle disuguaglianze sociali nel rischio di infortuni sul lavoro. Questo riquadro evidenzia da un lato come la problematica in oggetto abbia trovato scarsa applicazione nella ricerca nel nostro paese, e questo lascia un grande spazio per approfondire tale argomento in ambito accademico; dall'altro come sia necessario programmare e implementare specifiche e efficaci campagne di prevenzione sia a livello nazionale che a livello locale.

G. LA TORRE

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 92

Incidenti stradali

Significato. Sono stati presi in considerazione tre indicatori per descrivere l'importanza e la gravità del fenomeno degli incidenti stradali in Italia che mettono in luce gli aspetti quali la mortalità, l'incidentalità e la gravità, tutti misurati a livello regionale e per anno.
I tassi standardizzati di mortalità riferiti ad accidenti da mezzi di trasporto (Codici ICD-9: E800-E848) per gli anni 1999-2002 sono stati descritti nel Rapporto Osservasalute 2005. Il tasso di incidenti è stato calcolato attraverso il rapporto tra il numero di incidenti e la popolazione media residente a livello regionale e per anno (dal 2003 al 2005). L'indice di gravità o rapporto di letalità stima la gravità degli incidenti e fornisce, in modo diretto, la proporzione dei morti per incidente stradale rapportata a tutti gli incidentati della strada (sia morti che feriti). Tale indicatore in genere è moltiplicato per 100, così da indicare il numero di decessi ogni 100 incidentati per incidente stradale.

Tasso di mortalità per accidenti stradali da mezzi di trasporto *(Rapporto Osservasalute 2005, pagg. 114-116)*

Tasso di incidenti stradali

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Incidenti stradali}}{\text{Popolazione media residente}} \times 1.000$$

Indice di gravità

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Morti per incidenti stradali}}{\text{Morti + feriti per incidenti stradali}} \times 100$$

Validità e limiti. Le informazioni relative al numero di verbalizzazioni (Modello Istat-ACI:CTT/INC) provengono da: Polizia Municipale (che registra prevalentemente gli incidenti stradali all'interno delle città), Polizia stradale, Pubblica Sicurezza e Carabinieri. L'indagine Istat-ACI sugli incidenti stradali, effettuata tramite la compilazione di modelli da parte della Polizia o dei Carabinieri al momento dell'incidente, si limita a seguire il ferito al massimo per 30 giorni dopo l'incidente. Pertanto, tali dati tendono a sottostimare i morti a causa di un incidente stradale. Per quanto riguarda la mortalità per incidente stradale come riportata su HFA, invece, non ci si limita a considerare i decessi occorsi entro i 30 giorni dall'incidente, ma tutti i decessi per i quali il medico certificatore ha stabilito che la causa iniziale fosse l'incidente stradale, qualsiasi sia l'intervallo tra l'incidente e la morte: tale mortalità, pertanto, non risente di alcun fenomeno di sottostima ed è calcolata in base alla residenza della persona deceduta. Inoltre un incidente stradale, in base alla definizione dell'Istat, è tale se si è verificato in una strada aperta alla circolazione pubblica, in seguito al quale una o più persone sono rimaste ferite o uccise e nel quale almeno un veicolo è rimasto implicato. Per quanto riguarda il tasso di incidenti stradali, anche questo potrebbe essere sottostimato, poiché la popolazione residente non corrisponde alla totalità delle persone che guidano autoveicoli e/o motoveicoli (dati tratti da: http://demo.istat.it/pop2006/index1.html).

Descrizione dei risultati

Gli incidenti stradali rappresentano nel nostro paese un importante problema di Sanità Pubblica dai costi umani, sociali ed economici elevatissimi. Annualmente in Italia si registrano circa 8.000 morti per incidenti stradali, sulla base delle statistiche delle cause di morte, pari a circa il 2% di tutte le morti. Il 25% di tali decessi avviene prima dei 23 anni di età, il 50% prima dei 41 anni. Nell'ultimo trentennio sono morte nel nostro paese, a causa di un incidente stradale, circa 300.000 persone, un terzo delle quali aveva un'età compresa tra i 15 ed i 29 anni (Ministero della Salute).
Nella tabella 1 è possibile rilevare che le regioni a più alto tasso di incidenti stradali sono, in ordine decrescente, Liguria, Emilia-Romagna. Lazio e Toscana, mentre quelle a più basso tasso, in ordine crescente, sono Basilicata, Molise, Campania e Calabria. Le regioni citate ad eccezione della Toscana, risultano essere le stesse, pur se in diverso ordine, del Rapporto Osservasalute 2006 (pagg. 66-69).
Dalla tabella 2 è possibile osservare che il valore medio dell'indice di gravità risulta essere più alto nella Provincia Autonoma di Bolzano, nella Provincia Autonoma di Trento e in Molise.

G.. LA TORRE, A. MANNOCCI, G. QUARANTA

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 93

Tabella 1 - *Tasso di incidenti (per 1.000) per accidenti stradali da mezzi di trasporto per regione - Anni 2003-2005*

Regioni	2003	2004	2005	Media 2003-2005
Piemonte	3,56	3,42	3,40	3,46
Valle d'Aosta	3,40	3,32	2,97	3,23
Lombardia	5,31	5,02	4,72	5,02
Trentino-Alto Adige	3,52	3,30	3,57	3,47
Veneto	3,92	3,91	3,69	3,84
Friuli-Venezia Giulia	4,60	4,30	4,06	4,32
Liguria	5,87	5,76	5,82	5,82
Emilia-Romagna	6,12	5,72	5,26	5,70
Toscana	5,73	5,55	5,52	5,60
Umbria	4,26	4,23	3,83	4,11
Marche	5,31	5,00	4,49	4,93
Lazio	5,67	5,23	6,07	5,66
Abruzzo	3,87	3,66	3,37	3,63
Molise	1,93	1,46	1,41	1,60
Campania	1,68	1,62	1,81	1,70
Puglia	2,09	2,30	2,36	2,25
Basilicata	1,34	1,24	1,30	1,29
Calabria	1,89	1,79	1,63	1,77
Sicilia	2,56	2,53	2,69	2,59
Sardegna	2,56	2,44	2,27	2,42
Italia	**4,02**	**3,86**	**3,84**	**3,91**

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Statistiche degli incidenti stradali. Anno 2006.

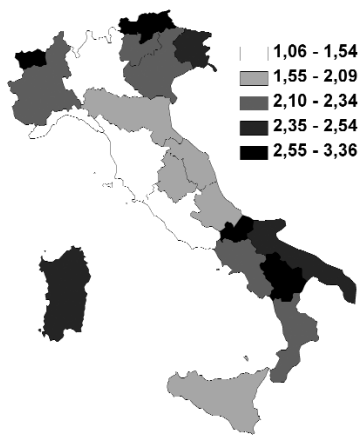
Tabella 2 - *Indice di gravità (per 100) per regione - Anni 2003-2005*

Regioni	2003	2004	2005	Media 2003-2005
Piemonte	2,46	2,21	1,98	2,22
Valle d'Aosta	2,79	3,02	2,50	2,77
Lombardia	1,38	1,30	1,37	1,35
Bolzano-Bozen	2,90	2,82	3,62	3,11
Trento	2,55	2,55	3,65	2,92
Veneto	2,63	2,08	2,19	2,30
Friuli-Venezia Giulia	2,46	2,05	2,47	2,33
Liguria	1,03	0,99	0,84	0,95
Emilia-Romagna	2,00	1,81	1,81	1,87
Toscana	1,44	1,40	1,31	1,38
Umbria	2,26	1,98	1,98	2,07
Marche	1,66	1,63	1,45	1,58
Lazio	1,24	1,40	1,27	1,31
Abruzzo	1,93	1,87	1,89	1,89
Molise	3,62	2,08	2,95	2,89
Campania	2,32	2,65	1,95	2,31
Puglia	2,39	2,36	2,12	2,29
Basilicata	2,90	2,57	2,87	2,78
Calabria	2,12	2,44	2,51	2,36
Sicilia	1,61	1,78	1,77	1,72
Sardegna	2,41	2,13	2,23	2,26
Italia	**1,82**	**1,75**	**1,70**	**1,75**

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazione su dati Istat. Statistiche degli incidenti stradali. Anno 2006.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 94

Indice di gravità (per 100) per regione. Media anni 2003-2005



Raccomandazioni di Osservasalute

Lo studio della frequenza e della distribuzione degli incidenti stradali e, conseguentemente, della mortalità ad essi associata, rappresenta una priorità a livello regionale e nazionale. La prevenzione degli incidenti stradali rappresenta uno dei quattro ambiti del Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007, insieme alla prevenzione della patologia cardiovascolare, allo screening dei tumori ed al piano delle vaccinazioni. In tal senso, gli interventi di promozione della salute, con particolare riguardo al fenomeno degli incidenti stradali, vengono ritenuti di particolare valore nella programmazione di strategie comunicative atte a modificare comportamenti scorretti.

Non a caso il Piano Nazionale per la Sicurezza Stradale (Piano Nazionale per la Prevenzione 2005-2007) ha individuato le seguenti linee di azione:

- adozione di misure di indirizzo, coordinamento e incentivazione;
- rafforzamento dell'azione sanitaria in termini di misure preventive, di controllo e assistenza;
- costruzione di una cultura della sicurezza stradale (formazione scolastica, educazione permanente, formazione tecnico-amministrativa, settore produttivo);
- sviluppo dell'informazione agli utenti e delle campagne di sensibilizzazione;
- miglioramento delle regole e dei controlli su veicoli, conducenti e servizi di trasporto;
- miglioramento dell'organizzazione del traffico e della rete infrastrutturale;
- rafforzamento dell'azione di prevenzione, controllo e repressione a livello centrale e locale.

La sorveglianza sulla morbosità e sulla mortalità dovrebbe essere unita alla sorveglianza della distribuzione dei fattori protettivi come l'uso di cinture, casco e seggiolini per bambini e dei fattori di rischio come consumo di alcool, uso di droghe, stili di guida, e dell'impatto sui servizi sanitari (accesso ai Pronto Soccorso, ricoveri ospedalieri, servizi di riabilitazione). Lo studio e l'identificazione dei fattori protettivi e di rischio correlati alla severità degli incidenti stradali e, conseguentemente, alla mortalità da essi causata, rappresentano utili strumenti per la monitorizzazione delle aree dell'Italia a maggior rischio, così da poter programmare ed attuare interventi di prevenzione mirati verso questo tipo di incidentalità e mortalità evitabili.

Riferimenti bibliografici

(1) Van Beek EF, Mackenbach JP, Looman CWN, Kunst AE. Determinants of traffic accident mortality in the Netherlands: a geographical analysis. Int J Epid 1991; 20: 698- 706.
(2) La Torre G, Mannocci A, Quaranta G, La Torre F. Determinants of traffic accident mortality in Italy, 1997-1999. Italian Journal of Public Health, 2005; 2 (2): Summer 2005.
(3) Farchi S, Molino N, Giorgi Rossi P, Borgia P, Krzyzanowski M, Dalbokova D, Kim R. European Road Accident Indicator Working Group. Defining a common set of indicators to monitor road accidents in the European Union. BMC Public Health. 2006; 6: 183.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 95

Infortuni sul lavoro di lavoratori extracomunitari

Significato. L'indicatore esprime il rischio infortunistico per l'anno 2005 dei lavoratori nati nei Paesi extracomunitari. Viene calcolato come il rapporto tra il numero di infortuni denunciati all'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL), relativi ai settori Agricoltura, Industria e Servizi, occorsi nel 2005 a lavoratori nati in paesi non appartenenti all'Unione Europea ed il numero di lavoratori extra UE iscritti all'INAIL al 31 dicembre del 2005. Sono esclusi i casi lievi, cioè quelli che hanno avuto prognosi non superiore a 3 giorni (non indennizzabili) ed i casi mortali. Il tasso di infortunio è tra gli indicatori strutturali selezionati dall'ESAW (*European Statistics on Accidents at Work*) per il monitoraggio del fenomeno infortunistico sul lavoro a livello europeo.

Tasso di infortunio sul lavoro di nati in Paesi extra Unione Europea

$$\text{Numeratore} = \frac{\text{Infortuni sul lavoro, di nati in Paesi extra UE, denunciati all'INAIL}}{\text{Denominatore} = \text{Lavoratori nati in Paesi extra UE iscritti all'INAIL}} \times 100$$

Validità e limiti. Gli infortuni considerati sono relativi alle denunce di infortunio occorse nel 2005 e pervenute all'INAIL. L'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali è obbligatoria solo per le persone che svolgono le attività previste dalla legge specifica in materia, pertanto non per tutti i lavoratori vige l'obbligo assicurativo. L'INAIL, inoltre, non raccoglie dati sugli infortuni nelle attività marittime e portuali in quanto queste fanno capo ad altra specifica assicurazione. Sono escluse, quindi, tali categorie di lavoratori e, naturalmente, tutti coloro che lavorano in condizioni di irregolarità. Dall'anno 2005 l'INAIL fornisce, oltre al numero totale degli occupati iscritti, anche la loro ripartizione per luogo di nascita. Per questo motivo è possibile disporre di un denominatore affidabile anche per i lavoratori extracomunitari. Nella dizione lavoratori extracomunitari vengono compresi i lavoratori nati fuori dei Paesi extra UE allargata. L'avvento della nuova Europa allargata ha spostato rispetto alle precedenti statistiche i lavoratori dell'Est-Europa tra i lavoratori della UE, in quanto questi vengono attualmente considerati assieme a quelli italiani. Pertanto, fasce di lavoratori stranieri della nuova UE, impiegati soprattutto nel settore edilizio ed esposti ad un elevato rischio di infortunio, vengono considerati nell'indicatore presentato assieme ai lavoratori italiani. Questo potrebbe spiegare la diminuzione delle differenze tra i rischi evidenziati nel 2005 tra lavoratori comunitari ed extracomunitari e soprattutto l'aumento del tasso grezzo di infortuni tra i lavoratoti comunitari impiegati nei settori dell'agricoltura, industria e servizi rispetto a quanto riscontrato nel 2003 (6,4 per 100 lavoratori comunitari nel 2005 vs 3,7 nel 2003).

Valore di riferimento/Benchmark. Dati lavoratori italiani e UE: 6,4 infortuni per 100 addetti nei settori Agricoltura, Industria e Servizi nel 2005.

Descrizione dei risultati

Nel nostro paese il numero di lavoratori stranieri è cresciuto sensibilmente negli ultimi anni e nel 2005 rappresenta il 10,3% degli occupati (dati INAIL). Si tratta di lavoratori spesso adibiti alle mansioni più gravose come quelle dei settori della metallurgia, edilizia ed agricoltura. Prendendo in considerazione solo i settori dell'Agricoltura e dell'Industria e Servizi il rischio infortunistico è complessivamente più alto tra questi lavoratori (7,5%) rispetto a quello dei lavoratori italiani (6,4%). Il rischio è molto differenziato per aree territoriali: per il Nord si registrano valori più elevati soprattutto a carico del Nord-Est con un tasso di 10,7 per 100 lavoratori extracomunitari rispetto a 9,1 per i lavoratori italiani e UE; per il Centro si evidenziano valori essenzialmente uguali, mentre per il Sud e le Isole i valori del tasso grezzo sono più elevati tanto tra i lavoratori italiani e comunitari che tra quelli extracomunitari: 4,4 e 4,0 rispetto a 2,9 e 2,4.
Sulle evidenti differenze regionali riscontrate influiscono le lavorazioni alle quali sono addetti gli immigrati (ad esempio il settore della collaborazione domestica è meno rischioso dei settori delle costruzioni e dell'industria dei metalli), le politiche di prevenzioni adottate e la propensione dei datori di lavoro a denunciare come tali tutti gli infortuni. Per il dato riguardante il Sud non è possibile ignorare il forte impatto che ha il lavoro irregolare, specie tra gli extracomunitari, che incide sul numero degli infortuni denunciati.

A. SPAGNOLO, A. ROSANO, F. D'AMICO, F. PITTAU

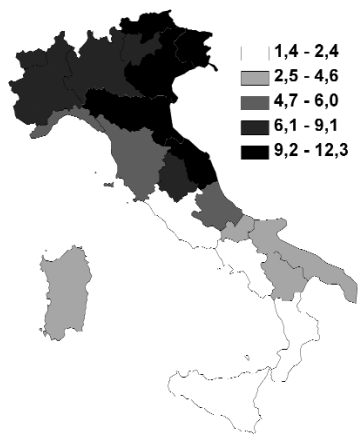
Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 96

Tabella 1 - *Infortuni sul lavoro di lavoratori extracomunitari (valori assoluti e tassi per 100) e tasso di riferimento lavoratori italiani e UE nei settori Agricoltura, Industria e Servizi per regione - Anno 2005*

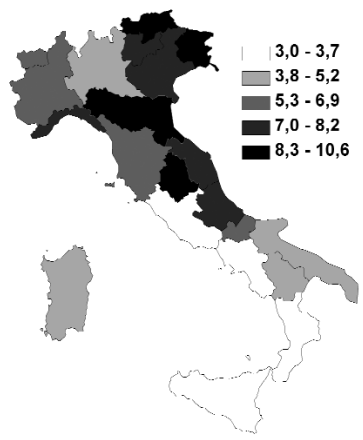
Regioni	Lavoratori extracomunitari		Tasso di riferimento lavoratori italiani e UE
	Infortuni	Tasso	
Piemonte	8.648	7,1	6,2
Valle d'Aosta	342	8,9	5,7
Lombardia	24.149	6,2	5,1
Bolzano-Bozen	*1.636*	*9,5*	*9,0*
Trento	*2.075*	*7,3*	*7,2*
Veneto	20.270	10,0	8,2
Friuli–Venezia Giulia	4.807	10,0	8,6
Liguria	2.425	6,0	7,9
Emilia–Romagna	22.259	12,3	10,6
Toscana	7.794	6,0	6,9
Umbria	2.643	9,1	8,9
Marche	4.895	9,2	8,2
Lazio	3.560	2,3	3,1
Abruzzo	1.853	5,5	7,3
Molise	172	4,6	6,8
Campania	768	1,4	3,0
Puglia	915	2,9	5,2
Basilicata	171	2,7	4,8
Calabria	386	2,4	3,7
Sicilia	815	2,3	3,6
Sardegna	199	2,6	4,9
Nord-Ovest	*35.564*	*6,4*	*5,6*
Nord-Est	*51.047*	*10,7*	*9,1*
Centro	*18.892*	*5,1*	*5,2*
Sud	*4.265*	*2,9*	*4,4*
Isole	*1.014*	*2,4*	*4,0*
Italia	**110.782**	**7,5**	**6,4**

Fonte dei dati e anno di riferimento: INAIL. Rapporto annuale. Anno 2005.

Tassi di infortunio sul lavoro di lavoratori extracomunitari (per 100) nei settori Agricoltura, Industria e Servizi. Anno 2005



Tassi di infortunio sul lavoro di lavoratori comunitari (per 100) nei settori Agricoltura, Industria e Servizi. Anno 2005



Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 97

Raccomandazioni di Osservasalute

Il maggior rischio rilevato nel Centro e nel Nord a carico dei lavoratori stranieri richiede ulteriori approfondimenti per chiarire se tali differenze di rischio siano dovute ad attività in settori a maggior rischio o a carenze di formazione professionale. In ogni caso maggiori sforzi dovrebbero essere posti nella formazione per la sicurezza soprattutto per i lavoratori stranieri e per le attività in settori notoriamente esposti a maggior rischio di infortuni.

Sarebbe opportuno inoltre che nella presentazione delle statistiche infortunistiche i dati siano presentati per singolo paese di provenienza, in modo da superare le difficoltà di interpretazione legate alla classificazione di lavoratoti UE ed extra UE che raggruppa assieme ai lavoratori italiani quelli entrati di recente a far parte della Comunità europea e che tuttora sono principalmente impiegati nei settori dell'edilizia e della metallurgia.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 98

Incidenti domestici

Significato. Per incidenti domestici si intendono quegli eventi che si verificano in una abitazione (all'interno o in locali adiacenti ad essa), indipendentemente dal fatto che si tratti dell'abitazione propria o di altri (parenti, amici, vicini, ecc.), che determinano una compromissione temporanea o definitiva delle condizioni di salute a causa di ferite, fratture, contusioni, lussazioni, ustioni o altre lesioni del soggetto coinvolto e sono caratterizzati dall'accidentalità (indipendenza dalla volontà umana).
Gli incidenti domestici rappresentano un problema di sanità pubblica di grande rilevanza. Politiche di prevenzione e sicurezza al fine di ridurre la portata di tale fenomeno sono state avviate da alcuni anni in diversi Paesi Europei e extra-europei. In Italia la legge 493/99 indica le funzioni del Servizio Sanitario Nazionale in materia di sorveglianza e prevenzione degli incidenti domestici, dando particolare enfasi alle azioni di informazione ed educazione sanitaria e alla realizzazione di un sistema informativo dedicato istituito presso l'Istituto Superiore di Sanità. Il Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007 dedica uno specifico paragrafo a tale problematica, richiamando gli obiettivi del piano sanitario nazionale di riduzione della mortalità e disabilità derivanti da incidenti domestici, obiettivi in molti casi recepiti e contestualizzati nei piani sanitari regionali.

Tasso di incidenti domestici

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Persone coinvolte in incidenti domestici}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat "Aspetti della vita quotidiana"}} \times 1.000$$

Numero medio di infortuni

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Incidenti domestici}}{\text{Denominatore} \quad \text{Persone coinvolte in incidenti domestici}}$$

Validità e limiti. Le fonti attualmente disponibili non consentono di effettuare stime esaurienti sulla dimensione complessiva del fenomeno su scala nazionale, in quanto l'indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana" fornisce stime sugli eventi non mortali e i dati relativi alla mortalità sono sottostimati perché, pur essendo dal 1999 previsto esplicitamente l'incidente domestico quale causa esterna del decesso nel certificato di morte, molto spesso questa informazione è mancante.
Per i dati provenienti dalle schede di dimissione ospedaliera (SDO) l'informazione sulla causa esterna del trauma è frequentemente omessa. Per gli accessi in Pronto Soccorso (PS) non si dispone di rilevazioni routinarie esaustive a livello nazionale.
I dati attualmente disponibili provengono da indagini campionarie quali: l'Indagine Multiscopo sulle famiglie Aspetti della vita quotidiana dell'Istat condotta su un campione di circa 20.000 famiglie in tutta Italia; il S.I.S.I. (Studio Italiano Sugli Incidenti) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) (89-95), indagine campionaria in 18 PS di Liguria, Marche e Molise; il Sistema Informativo di Emergenza Sanitaria (SIES) del Lazio che monitora gli accessi in PS. È in fase di avvio operativo il SINIACA (Sistema Informativo Nazionale sugli Infortuni negli Ambienti di Civile Abitazione) dell'ISS che coinvolge circa 230 PS in Italia. L'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza sul lavoro (Ispesl) ha svolto un'indagine multicentrica su nove regioni italiane.
Secondo i dati del Siniaca, nel 2004 almeno 1.300.000 persone (2% dei residenti) sono andati in pronto soccorso a causa di un incidente domestico: di questi, 130.000 sono stati ricoverati, per un costo totale di ricovero ospedaliero di 400 milioni di euro all'anno. Per quanto riguarda i decessi, le stime indicano 4.500 morti a causa degli incidenti domestici nel 2001 (fonte ISS).
Secondo l'Ispesl in Italia ogni anno avvengono circa 4.500.000 infortuni di cui 8.000 mortali, con circa 3.800.000 persone infortunate.
Complessivamente l'Istat stima in circa 3.700.000 gli incidenti domestici non mortali per l'anno 2005, con 3.044.000 persone coinvolte (Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana").

Valore di riferimento/Benchmark. Come valore di riferimento si può assumere la media nazionale (13,1 per 1.000).

Descrizione dei risultati

Gli incidenti in ambiente domestico hanno coinvolto, nei tre mesi precedenti l'intervista, 761 mila persone, pari al 13,1 per 1.000 della popolazione.

S. ORSINI

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 99

Su questa base si può stimare che, nell'arco di 12 mesi, il fenomeno abbia coinvolto oltre 3 milioni di persone, cioè oltre 50 individui ogni 1.000.
Il numero complessivo di incidenti domestici rilevati nel trimestre è di 934 mila, mentre il numero medio di incidenti per infortunato è pari a 1,2.
Oltre il 70% di tutti gli incidenti accaduti riguarda le donne con un quoziente di infortuni pari al 18,2‰, mentre fra gli uomini è del 7,7‰.
Nelle età giovanili (fino a 14 anni) gli incidenti prevalgono tra gli uomini, mentre le donne sono coinvolte più degli uomini nelle età successive, sia per una maggiore permanenza fra le mura domestiche, sia per un più frequente contatto con oggetti, utensili, elettrodomestici che possono essere all'origine di un infortunio (taglio, ustione, eccetera.). Le casalinghe, sono un gruppo di popolazione particolarmente esposto: le riguardano praticamente 3 incidenti su 10 occorsi alle donne. Oltre alle donne, a rischio sono anche gli anziani, in particolare oltre gli 80 anni (il 33‰ ha subito un incidente nei tre mesi precedenti l'intervista) ed i bambini più piccoli (il 13,5 ‰ di chi ha meno di 6 anni) per i quali gli incidenti domestici rappresentano una rilevante fonte di rischio.
I più colpiti sono, quindi, donne, bambini e anziani, cioè coloro che trascorrono più tempo in casa. Il rischio di incidente, infatti, è ovviamente associato alla durata del tempo trascorso all'interno delle mura domestiche.
Quanto alle differenze territoriali, emerge che al Nord sono vittime di incidenti domestici meno di 12 persone su mille, mentre nel Centro il valore sale al 15,6‰ e nel Sud al 16,2‰.
In particolare, al Centro sono la Toscana (17,4 ‰) e il Lazio (16,6‰) a presentare le prevalenze più elevate, mentre al Sud sono la Puglia (21,2‰) e la Sardegna (16,5‰). Va comunque rilevato che il fenomeno presenta una discreta variabilità nel tempo a questo livello di dettaglio territoriale.
Le cause principali di incidente domestico sono rappresentate dall'utilizzo di utensili d'uso domestico o da attività svolte in cucina (33,0%) - tra gli utensili di cucina il primo responsabile è il coltello che, da solo, è causa del 12,8% di tutti gli incidenti - e dalle cadute (28,4% degli incidenti). La struttura edilizia dell'ambiente domestico (pavimento, scale in muratura e altre parti fisse, senza considerare porte, finestre e specchi) è all'origine di un quinto degli incidenti (20%).
La cucina è l'ambiente a maggior rischio (52% degli infortuni); seguono le scale interne ed esterne (9,5%) e gli altri locali della casa. Per le donne la cucina rappresenta di gran lunga l'ambiente più a rischio (il 58,1% degli incidenti), mentre per gli uomini i luoghi in cui avvengono gli incidenti si presentano più diversificati: cucina (31,1%), balcone, terrazzo e giardino (14,5%), cantina, garage e altro ambiente (13,6%), soggiorno, salone (11,7%). La mappa dei luoghi in cui avvengono gli incidenti riproduce la mappa degli ambienti in cui uomini e donne nelle varie età, trascorrono più tempo in casa e nei quali svolgono con maggiore frequenza le attività più a rischio.
Le lesioni principali sono rappresentate dalle ferite per il 43%, dalle ustioni per il 25,5% e dalle fratture per il 13%.
Le parti del corpo di gran lunga più compromesse sono gli arti: circa 8 incidenti su 10 provocano conseguenze a danno di gambe, braccia, mani o piedi (81,2%). Poco più di un incidente su 10 interessa la testa (11,8%). Complessivamente, arti o testa sono le parti lesionate nella quasi totalità degli incidenti (88,6%). Nei bambini da 0 a 4 anni, invece, la testa è più esposta: rimane lesa nel 43,5% dei casi.
La metà degli infortunati (49,2%) ha dichiarato di aver avuto bisogno di ricorrere ad assistenza medica e, in particolare, circa un terzo (32,6%) del Pronto Soccorso, mentre il 6,8% ha avuto bisogno di un ricovero.
Quasi 5 infortunati su 10 sono stati limitati per qualche giorno nelle loro attività quotidiane e circa il 15% è stato costretto a rimanere a letto.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 100

Tabella 1 - *Persone (valori assoluti in migliaia, tassi per 1.000, intervalli di confidenza) che negli ultimi tre mesi hanno subito incidenti in ambiente domestico per regione - Anno 2005*

Regioni	Persone che hanno subito incidenti in ambiente domestico	Intervalli di confidenza		Tassi per 1.000	Intervalli di confidenza	
		Inferiore	Superiore		Inferiore	Superiore
Piemonte	41	26	56	9,5	6,0	13,2
Valle d'Aosta	1	0	2	8,4	2,4	14,0
Lombardia	106	72	140	11,4	7,7	15,0
Trentino-Alto Adige	9	6	12	9,1	4,3	10,2
Bolzano-Bozen	*7*	*4*	*10*	*14,4*	*8,8*	*20,8*
Trento	*2*	*0*	*4*	*3,9*	*0,0*	*7,6*
Veneto	70	49	91	15,0	10,5	19,6
Friuli-Venezia Giulia	14	8	20	11,9	6,7	16,8
Liguria	6	1	11	3,5	0,7	6,9
Emilia-Romagna	38	22	54	9,2	5,4	13,1
Toscana	62	44	80	17,4	12,3	22,5
Umbria	12	7	17	14,5	8,4	19,8
Marche	13	6	20	8,7	4,3	13,0
Lazio	87	60	114	16,6	11,6	21,7
Abruzzo	22	15	29	17,2	11,3	22,7
Molise	1	0	2	4,4	0,0	6,3
Campania	78	55	101	13,5	9,6	17,5
Puglia	86	64	108	21,2	15,9	26,6
Basilicata	7	4	10	11,1	6,5	17,1
Calabria	33	23	43	16,3	11,3	21,7
Sicilia	48	31	65	9,7	6,2	13,0
Sardegna	27	18	36	16,5	10,9	22,0
Italia	**761**	**689**	**833**	**13,1**	**11,9**	**14,4**

Fonte dei dati ed anno di riferimento: Istat. Aspetti della vita quotidiana. Anno 2007.

Tabella 2 - *Incidenti (valori assoluti in migliaia, media per infortunato) in ambiente domestico negli ultimi tre mesi per regione - Anno 2005*

Regioni	Numero di incidenti in ambiente domestico	Media per infortunato
Piemonte	48	1,2
Valle d'Aosta	1	1,0
Lombardia	126	1,2
Trentino-Alto Adige	9	1,0
Bolzano-Bozen	*7*	*1,0*
Trento	*2*	*1,0*
Veneto	89	1,3
Friuli-Venezia Giulia	16	1,1
Liguria	9	1,5
Emilia-Romagna	47	1,2
Toscana	78	1,3
Umbria	17	1,3
Marche	17	1,3
Lazio	106	1,2
Abruzzo	29	1,3
Molise	2	1,1
Campania	86	1,1
Puglia	120	1,4
Basilicata	7	1,1
Calabria	41	1,3
Sicilia	58	1,2
Sardegna	29	1,1
Italia	**934**	**1,2**

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Aspetti della vita quotidiana. Anno 2007.

Raccomandazioni Osservasalute

È auspicabile che i sistemi di rilevazione degli incidenti in Pronto Soccorso siano ulteriormente implementati per la possibilità di acquisire informazioni più puntuali sulla dinamica dell'incidente. La letteratura internazionale sul fenomeno evidenzia come gli approcci più produttivi in termini di contenimento e riduzione del fenomeno sono quelli di tipo integrato comprendenti sia attività di informazione ed educazione sanitaria, sia interventi su ambienti e strutture. Le azioni andrebbero modulate sui singoli gruppi di popolazione (bambini, anziani, casalinghe, ecc…) in quanto i rischi sono differenziati, così come le modalità di accadimento degli eventi. Uno specifico intervento legislativo ha riguardato il lavoro domestico. L'INAIL, in seguito alla Legge n. 493 del 3 dicembre 1999, ha istituito l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni domestici che tutela coloro che, uomini e donne di età compresa tra i 18 e 65 anni, svolgono esclusivamente un'attività non remunerata in ambito domestico e che vengono colpiti da infortuni domestici con danno permanente di un certo rilievo. Poiché i dati disponibili indicano nel 2005 2.474.645 assicurati su una platea di potenzialmente interessati di circa sette milioni, considerato anche il basso costo del premio assicurativo, delle campagne di informazione più incisive, in grado di giungere a strati sempre più vasti di popolazione, anche attraverso l'eventuale coinvolgimento dei medici di famiglia, potrebbero portare ad una aumento della copertura assicurativa per questo specifico gruppo di popolazione.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 101

Le disuguaglianze sociali nel rischio di infortuni sul lavoro

Dott. Angelo D'Errico, Dott.ssa Francesca Vannoni, Prof. Giuseppe Costa

Il rischio di infortuni sul lavoro è stato trovato in diversi studi inversamente correlato con lo stato socioeconomico (SES), con rischi relativi in un range di 1,6-5,3 nella classe sociale più bassa rispetto alla più alta (1-4). Le differenze osservate nel gradiente sociale tra i diversi studi sono verosimilmente dovute, oltre che al tipo di popolazione di lavoratori studiata (generale o appartenente a specifici settori produttivi), all'indicatore usato per attribuire lo stato socioeconomico e al numero di strati sociali considerati. Il livello di istruzione e la classe sociale occupazionale rappresentano i più importanti indicatori di SES utilizzati per studiare le disuguaglianze sociali nella salute (5), anche se vi è scarso consenso nella letteratura sociologica su quale di esse rappresenti la misura di SES più valida (6, 7). La classe sociale occupazionale sarebbe un migliore indicatore delle condizioni materiali degli individui nell'età adulta, tra cui reddito attuale, possesso di beni materiali e, soprattutto, condizioni di lavoro; essa è quindi in teoria l'indicatore che meglio descriverebbe il gradiente sociale negli infortuni sul lavoro. Al contrario, il livello di istruzione sarebbe più correlato alle condizioni di vita nell'infanzia e nell'adolescenza ed esprimerebbe la disponibilità di risorse materiali e culturali nell'arco dell'intera vita. Nonostante questi due indicatori siano in generale piuttosto correlati, alcuni studi hanno messo in evidenza, attraverso tecniche multivariate, un loro effetto indipendente sulla mortalità e sulla morbilità (6, 8, 9), suggerendo che l'utilizzo di solo uno di essi produrrebbe una misclassificazione della posizione sociale e una conseguente sottostima del gradiente sociale nella salute.

La relazione inversa tra SES e rischio infortunistico è dovuta al fatto che i soggetti con più alta SES sono generalmente impiegati in mansioni con condizioni di lavoro meno pericolose; infatti, la maggior parte dei fattori di rischio noti per gli infortuni sono diffusi principalmente in mansioni con un basso status (1, 2, 10, 13). Quindi, l'osservazione di un effetto del livello di istruzione sul rischio infortunistico indipendente da quello della classe sociale occupazionale fornirebbe una prova, oltre che una misura, della sottostima del gradiente sociale ottenibile usando la sola classe occupazionale.

In Italia non sono disponibili informazioni sul gradiente sociale del rischio di infortuni sul lavoro per SES. Un'edizione speciale dell'indagine Istat 1999 sulle "Forze di Lavoro" ha rilevato i dati sull'occorrenza di infortuni negli ultimi 12 mesi tra gli occupati (43.980 uomini e 25.636 donne). Questa fonte informativa permette di descrivere le differenze per SES nel rischio di infortunio per istruzione e per classe sociale occupazionale. Un'analisi dei risultati (14) ha valutato la relazione tra indicatori sociali (classe sociale in quattro livelli secondo Schizzerotto 1994 e istruzione in quattro livelli) e occorrenza di infortuni in un modello di regressione logistica controllato per età e stratificato per sesso.

La proporzione complessiva di soggetti che avevano riportato almeno un infortunio nell'ultimo anno era del 5,4% tra gli uomini e del 2,8% tra le donne. Rispetto alla borghesia, il rischio di infortuni nella classe operaia era di circa 3 volte superiore negli uomini (OR = 2,90, 95% IC: 2,42-3,47) e 2 volte superiore nelle donne (OR = 2,11, 95% IC: 1,52-2,93). Ancora maggiore era il gradiente stimato utilizzando il livello di istruzione come indicatore, essendo il rischio nella classe meno istruita di quasi 4 volte tra gli uomini (OR = 3,78, 95% IC: 3,03-4,72) e superiore a 2 volte nelle donne (OR = 2,56, 95% IC: 1,74-3,75). Qualsiasi fosse l'indicatore sociale utilizzato, in entrambi i sessi vi era un significativo gradiente di rischio per SES (trend: $p<0,001$).

Controllando per classe sociale occupazionale, il rischio relativo nella classe meno istruita (rispetto a quella con laurea) si riduceva di circa un terzo, ma restava significativo, sia tra gli uomini, che tra le donne (tabella 1). Inoltre, tra gli uomini l'eccesso di rischio si manteneva significativo anche nelle categorie intermedie di istruzione e presentava un significativo trend per livello di istruzione ($p<0,001$), mentre tra le donne i soggetti con diploma e con scuola media inferiore non presentavano incrementi del rischio aggiustando per classe occupazionale (trend: $p = 0,22$).

I risultati di questo studio evidenziano la presenza, in entrambi i sessi, di un significativo gradiente nel rischio infortunistico per SES, che appare maggiore utilizzando come indicatore sociale il livello di istruzione rispetto alla classe sociale. La persistenza di un eccesso di rischio associato ad un basso livello di istruzione anche dopo il controllo per classe occupazionale supporta l'ipotesi che quest'ultima non sia da sola in grado di descrivere adeguatamente la stratificazione sociale nel rischio di infortuni, verosimilmente a causa di un'ampia variabilità nelle condizioni di lavoro all'interno delle diverse classi. Infatti, nonostante l'istruzione possa in teoria avere un effetto diretto sul rischio infortunistico, aumentando la percezione del rischio e riducendo comportamenti rischiosi, appare più probabile che essa sia un indicatore surrogato dell'esposizione a fattori di rischio occupazionali, che, soprattutto negli uomini, non verrebbe catturata da ampie categorie di classe sociale occupazionale, come quella di Schizzerotto a quattro classi.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 102

Tabella 1 - *Rischi relativi di infortunio per livello di istruzione (controllati per età e per età + classe sociale occupazionale). Maschi*

Livello di istruzione	Variabili di controllo: Età		Età + classe sociale occupaz.	
	Odds Ratio	95% IC	Odds Ratio	95% IC
Laurea	1,00	-	1,00	-
Diploma di maturità	1,96	1,63-2,35	1,50	1,23-1,84
Licenza media inferiore	2,88	2,41-3,44	1,80	1,45-2,22
Licenza elementare	3,78	3,03-4,72	2,19	1,70-2,82

Tabella 2 - *Rischi relativi di infortunio per livello di istruzione (controllati per età e per età + classe sociale occupazionale). Femmine*

Livello di istruzione	Variabili di controllo: Età		Età + classe sociale occupaz.	
	Odds Ratio	95% IC	Odds Ratio	95% IC
Laurea	1,00	-	1,00	-
Diploma di maturità	1,24	0,94-1,63	1,08	0,79-1,46
Licenza media inferiore	1,54	1,17-2,04	1,04	0,74-1,46
Licenza elementare	2,56	1,74-3,75	1,65	1,06-2,57

Riferimenti bibliografici

(1) Melamed S, Yekutieli D, Froom P, Kristal-Boneh E, Ribak J. Adverse work and environmental conditions predict occupational injuries. The Israeli Cardiovascular Occupational Risk Factors Determination in Israel (CORDIS) Study. Am J Epidemiol 1999; 150: 18–26.
(2) Oh JH, Shin EH. Inequalities in nonfatal work injury: the significance of race, human capital, and occupations. Soc Sci Med 2003; 57: 2.173–82.
(3) Laflamme L, Eilert-Petersson E. Injury risks and socioeconomic groups in different settings. Differences in morbidity between men and between women at working ages. Eur J Public Health 2001; 11: 309–13.
(4) d'Errico A, Punnett L, Cifuentes M, Boyer J, Tessler J, Gore R, Scollin PA, Slatin C, Phase in Healthcare. Hospital injury rates in relation to socioeconomic status and working conditions. Occup Environ Med 2007; 64: 325-33.
(5) Krieger N, Williams DR, Moss NE. Measuring social class in US public health research: concepts, methodologies, and guidelines. Annu Rev Public Health 1997; 18: 341–78.
(6) Davey Smith G, Hart C, Hole D, MacKinnon P, Gillis C, Watt G, Blane D, Hawthorne V. Education and occupational social class: which is the more important indicator of mortality risk? J Epidemiol Community Health 1998; 52: 153–60.
(7) Oakes JM, Rossi PH. The measurement of SES in health research: current practice and steps toward a new approach. Soc Sci Med 2003; 56: 769–84.
(8) Bosma H, Appels A, Sturmans F, Grabauskas V, Gostautas A. Differences in mortality and coronary heart disease between Lithuania and The Netherlands: results from the WHO Kaunas-Rotterdam Intervention Study (KRIS). Int J Epidemiol 1994; 23: 12–19.
(9) Wohlfarth T. Socioeconomic inequality and psychopathology: are socioeconomic status and social class interchangeable? Soc Sci Med 1997; 45: 399–410.
(10) Craig BN, Congleton JJ, Kerk CJ, Amendola AA, Gaines WG, Jenkins OC. A prospective field study of the relationship of potential occupational risk factors with occupational injury/illness. AIHA J 2003; 64: 376–87.
(11) Bureau of Labor Statistics. Characteristics of injuries and illnesses resulting in absence from work. Washington, DC: US Government Printing Office, 1996.
(12) Bureau of Labor Statistics. Lost-working injuries: characteristics and resulting time away from work, 1995. Washington, DC: US Government Printing Office, 1997.
(13) Salminen S, Kivimaki M, Elovainio M, Vahtera J. Stress factors predicting injuries of hospital personnel. Am J Ind Med 2003; 44: 32–6.
(14) Vannoni F, d'Errico A, Costa G. Risk of work injuries by socioeconomic status in Italy. XXVIII International Commission for Occupational Health Conference, Milano, Giugno 2006.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 103

Ambiente

Tra i numerosi fattori che influenzano la salute umana, un ruolo di primo piano è sicuramente rivestito dall'ambiente. In questo capitolo vengono, appunto, descritti alcuni temi prioritari per la caratterizzazione del rapporto ambiente-salute in Italia: l'acqua potabile, le acque reflue, i rifiuti solidi e l'inquinamento atmosferico.

Vengono a tal fine impiegati alcuni indicatori, alcuni dei quali già adottati nelle precedenti edizioni del Rapporto Osservasalute e di cui si riporta un aggiornamento.

L'*acqua potabile*, essendo un elemento indispensabile per la vita degli esseri viventi, rappresenta uno dei più significativi indicatori dello stato di salute di una popolazione. Per essere adeguatamente fruibile, tale bene primario deve essere disponibile in quantità adeguata e possedere buone caratteristiche qualitative. In particolare, l'indicatore impiegato rappresenta la quantità di acqua erogata ed effettivamente consumata nelle varie regioni, per i diversi tipi di usi, dall'utente finale. Il dato complessivo, in ambito nazionale, evidenzia 5.450.554 migliaia di m^3, pari a 254 litri/procapite/die; la percentuale di acqua erogata, sul totale di acqua immessa nelle reti di distribuzione comunali, raggiunge il 69,9%. I dati evidenziati dall'indicatore sono significativi di una marcata differenza relativamente alla disponibilità di acqua nelle diverse regioni d'Italia.

Le *acque reflue,* non adeguatamente allontanate e depurate, possono contribuire notevolmente all'inquinamento chimico e microbiologico delle risorse idriche e del suolo. In Italia, gli ultimi dati disponibili evidenziano che 4.567 comuni su un totale di 8.101 (pari al 56,4%) hanno un grado di depurazione della fognatura pubblica completo; peraltro, solo 467 (5,8%) comuni non trattano le acque reflue e 54 (0,7%), per una popolazione residente pari allo 0,6% del totale, sono privi del servizio di fognatura pubblica.

I *rifiuti solidi urbani*, la cui produzione è in continuo incremento, rappresentano sicuramente uno degli indicatori di maggiore pressione, non solo in termini ambientali ed economici ma anche in termini sociali e sanitari. Al fine di descrivere il potenziale rischio nella popolazione, nel paragrafo sono 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.

La quantità totale di rifiuti prodotti in Italia ha raggiunto, nel 2005, i 31,7 milioni di tonnellate, corrispondenti a 539 kg/ab, registrando, rispetto al 2004, un tasso di crescita dell'1,7%, più marcato nel centro rispetto al Nord e al Sud.

Relativamente alle principali modalità di gestione, i rifiuti urbani smaltiti in discarica nel 2005 ammontano a circa 17 milioni di tonnellate con marcate differenze regionali: infatti, le regioni del Sud conferiscono in discarica quantitativi più elevati di rifiuti, sia rispetto al Centro che al Nord. Per quanto riguarda l'incenerimento, la capacità media nazionale ha raggiunto il 12% del totale dei rifiuti urbani, molto al di sotto della media dei principali Paesi europei e ha superato 4 milioni di tonnellate di rifiuto trattato.

L'*inquinamento atmosferico* è un noto fattore di rischio per la salute; in tale ambito, un ruolo rilevante è rappresentato dall'inquinamento da ozono e da benzene.

L'*ozono*, infatti, può essere all'origine di effetti sulla salute dell'uomo e di effetti sull'ecosistema, sull'agricoltura e sui beni materiali. Gli indicatori proposti valutano le emissioni in atmosfera, la distribuzione e l'evoluzione temporale dell'ozono e la situazione delle stazioni di monitoraggio in Italia. I dati emersi evidenziano, a tutt'oggi, differenti lacune nella copertura (e nella disponibilità delle informazioni) sul territorio nazionale, in particolare relativamente all'Italia meridionale e insulare.

Il *benzene* è un inquinante con effetti acuti e cronici sul sistema nervoso, epatico e renale ed è, fondamentalmente, un oncogeno con capacità induttiva di anemie aplastiche e processi linfomieloproliferativi neoplastici.

Gli indicatori proposti descrivono le emissioni in atmosfera, la distribuzione e l'evoluzione temporale del benzene, lo stato dell'ambiente atmosferico e la situazione delle stazioni di monitoraggio in Italia. Nonostante i dati evidenzino uno stato di inquinamento fondamentalmente entro i limiti previsti dalla normativa vigente, si evince una insufficiente copertura e disponibilità di informazioni sul territorio nazionale, soprattutto relativamente all'Italia centrale e meridionale; tali carenze, inoltre, rendono difficoltosa l'attivazione di un Registro delle malattie linfomieloproliferative correlato ai dati di concentrazione ambientale del benzene.

A. AZARA

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 104

Disponibilità di acqua potabile

Significato. La disponibilità di un elemento indispensabile per la vita degli esseri viventi, quale l'acqua potabile, rappresenta uno dei più significativi indicatori dello stato di salute di una popolazione. Per essere adeguatamente fruibile, tale bene primario deve essere disponibile in quantità adeguata e possedere buone caratteristiche qualitative. Pertanto, l'acqua non può essere considerata solamente una risorsa da utilizzare ma, piuttosto, un fondamentale patrimonio ereditario del pianeta che va tutelato evitandone il deterioramento e, per quanto possibile, garantendone un'adeguata disponibilità.
Nell'ambito degli indicatori quantitativi impiegati in questo tipo di indagini (acqua prelevata a scopo potabile, acqua potabilizzata, acqua immessa nelle reti di distribuzione, acqua erogata), l'indicatore rappresentato dalla quantità di acqua erogata è quello più significativo dei volumi d'acqua effettivamente consumata, nelle varie regioni per i diversi tipi di usi, dall'utente finale.

Acqua potabile erogata

Acqua potabile pro capite erogata

Numeratore Acqua potabile erogata (litri/die)

Denominatore Popolazione residente

Percentuale di acqua potabile erogata

Numeratore Acqua potabile erogata nella regione

Denominatore Acqua potabile erogata in Italia x 100

Percentuale di acqua potabile erogata immessa in rete

Numeratore Acqua potabile erogata

Denominatore Acqua potabile immessa in rete x 100

Validità e limiti. L'indicatore è ottenuto dai risultati emersi da un'indagine effettuata dall'Istat che rileva informazioni a livello di acquedotto e di rete di distribuzione su un campione di comuni, sulla base dei quali sono state prodotte stime regionali (1). Peraltro, l'indicatore non tiene conto né degli aspetti qualitativi né di altri aspetti quantitativi quali acqua prelevata, acqua potabilizzata o immessa nelle reti di distribuzione. È opportuno, inoltre, precisare che il volume di acqua erogata differisce dall'acqua immessa nelle reti di distribuzione per alcuni aspetti inerenti non solo le perdite idriche che si verificano nelle condotte, ma anche per i quantitativi di acqua che, destinati ad usi pubblici, non vengono misurati e contabilizzati nell'acqua erogata, per l'esubero di acqua rispetto alla capacità dei serbatoi di stoccaggio e la realizzazione di furti e prelievi abusivi dalla rete.

Valore di riferimento/Benchmark. Una precedente indagine sulle acque svolta dall'Istat (2, 3) nel 2003 e relativa al 1999 evidenziava una disponibilità di acqua erogata di 5.507.255 migliaia di m^3, corrispondenti a 266 litri/pro capite/die, mentre, la quantità di acqua dispersa in rete, espressione dell'efficienza nella gestione della risorsa idrica, era pari al 28,51%.

Descrizione dei risultati

La Lombardia, con 1.120.771 migliaia di m^3 corrispondenti al 20,56% della quantità di acqua potabile erogata in Italia, è la regione con il maggior quantitativo di acqua erogata, seguita, con quantitativi compresi tra i 400.000 ed i 560.000 migliaia di m^3, da Lazio (10,20%), Campania (8,48%), Veneto (8,41%) e Piemonte (7,60%).
Prendendo, invece, in considerazione i valori pro capite, avendo come riferimento un quantitativo medio nazionale di acqua erogata attestato sui 254 litri/die, si evidenzia un'ampia variabilità compresa da un massimo di 369 litri pro capite/die della Valle d'Aosta ad un minimo di 165 litri pro capite/die della Puglia. Oltre alla Valle d'Aosta, superano i 300 litri pro capite/die la Provincia Autonoma di Bolzano (355), la Liguria (338) e la Lombardia (324), mentre, tra i quantitativi più bassi (inferiori ai 200 litri pro capite/die), oltre alla Puglia (165), troviamo l'Umbria (197).
Prendendo in considerazione la percentuale di acqua

A. AZARA, U. MOSCATO, I. MURA

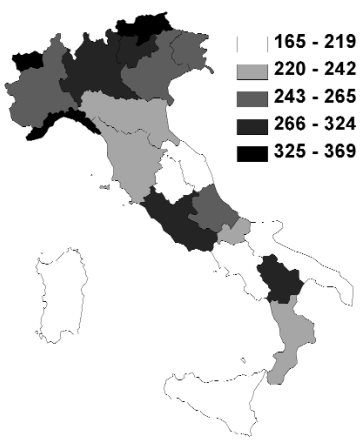
Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 105

Tabella 1 - *Volumi di acqua erogata ad uso potabile (in migliaia di m³, pro capite in litri/abitante al giorno e per 100) e immessa in rete (per 100) per regione - Anno 2005*

Regioni	Migliaia di m³	Pro capite litri/die	%	Immessa in rete %
Piemonte	414.197	261	7,60	71,7
Valle d'Aosta	16.701	369	0,31	68,9
Lombardia	1.120.771	324	20,56	78,0
Bolzano-Bozen	*65.055*	*355*	*1,19*	*86,1*
Trento	*48.944*	*278*	*0,90*	*75,6*
Veneto	458.148	265	8,41	74,4
Friuli-Venezia Giulia	115.366	262	2,12	66,5
Liguria	198.767	338	3,65	80,9
Emilia-Romagna	357.962	234	6,57	72,4
Toscana	319.265	242	5,86	70,2
Umbria	62.422	197	1,15	68,1
Marche	118.117	212	2,17	75,7
Lazio	555.686	287	10,20	66,8
Abruzzo	116.791	245	2,14	59,1
Molise	26.345	225	0,48	61,4
Campania	462.182	219	8,48	63,2
Puglia	245.788	165	4,51	53,7
Basilicata	61.204	282	1,12	66,1
Calabria	169.251	231	3,11	70,7
Sicilia	385.366	210	7,07	68,7
Sardegna	132.227	219	2,43	56,8
Italia	**5.450.554**	**254**	**100,00**	**69,9**

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Statistiche in breve – Ambiente e territorio, Sistema delle Indagini sulle Acque, Anno 2005, Roma, 29 Novembre 2006.

Acqua erogata pro capite (litri/die) per regione. Anno 2005



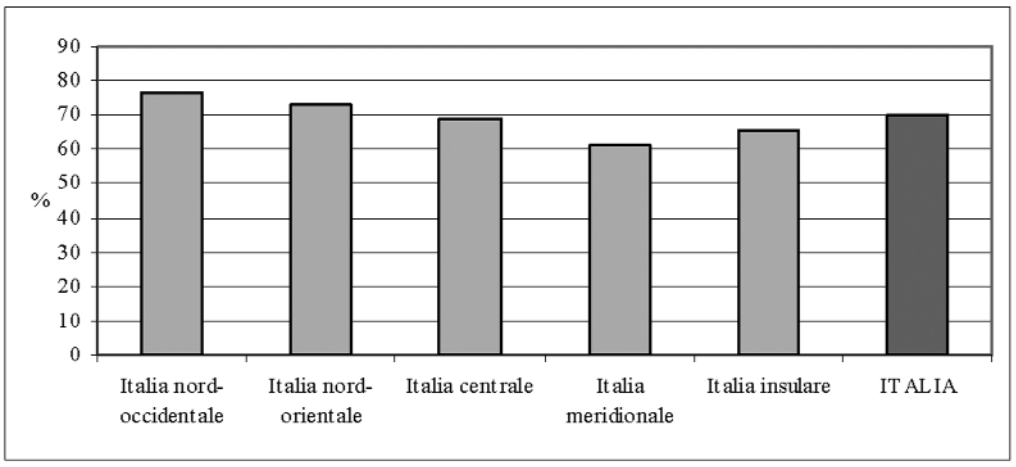
erogata sul totale di acqua immessa nelle reti di distribuzione comunali, si può osservare che, per l'intero territorio nazionale, il rapporto raggiunge il 69,9% (grafico 1). I confronti regionali evidenziano un livello minimo in Puglia, dove il 53,7% dell'acqua immessa viene erogata, seguita dalla Sardegna (56,8%) e dall'Abruzzo (59,1%). I valori più elevati si riscontrano, invece, in Liguria (80,9%), Provincia Autonoma di Bolzano (86,1%), Provincia Autonoma di Trento (75,6%) e Lombardia (78,0%).

Confronto internazionale

In ambito europeo, l'Italia ha una condizione positiva, sia in termini di disponibilità teorica di risorse rinnovabili, che come disponibilità effettiva pro capite, che risulta superiore alla media dell'Unione Europea. Peraltro, l'Italia, unitamente a Cipro, Malta e Spagna (che insieme costituiscono il 18% della popolazione europea) è considerata un paese a "stress idrico" in cui si evidenzia un'elevata domanda rispetto alle risorse disponibili (4). Tale condizione può rappresentare un problema in quanto l'eccessiva estrazione di acque sotterranee comporta un impoverimento dell'acqua potabile e l'intrusione di acqua salata nelle falde acquifere costiere.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 106

Grafico 1 - *Percentuale di acqua erogata sul totale di acqua immessa nelle reti - Anno 2005*



Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Statistiche in breve – Ambiente e territorio, Sistema delle Indagini sulle Acque, Anno 2005, Roma, 29 Novembre 2006.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'eccesso di prelievi di acqua è ancora uno dei problemi più gravi in alcune parti d'Europa, quali la costa e le Isole del Mediterraneo; questo provoca l'impoverimento delle acque sotterranee, la perdita di habitat e il degrado della qualità dell'acqua. Nel caso delle acque sotterranee, un eccessivo prelievo può anche provocare l'intrusione di acqua salata nelle falde acquifere, rendendo l'acqua inutilizzabile per la maggior parte degli usi. In 9 degli 11 paesi in cui è stato segnalato un eccessivo sfruttamento costiero, si è verificata, come conseguenza, un'intrusione di acqua salata (4).

I dati evidenziati dall'indicatore sono significativi di una marcata differenza relativamente alla disponibilità di acqua nelle diverse regioni d'Italia. Infatti, l'interazione fra caratteristiche climatiche, idrologiche ed orografiche e gli insediamenti umani determina una notevole variabilità di situazioni. In particolare, mentre alcune regioni del Nord possono godere di risorse abbondanti e regolarmente disponibili, al Sud tale disponibilità è ridotta sia in termini di precipitazioni, sia in termini di risorse disponibili. Inoltre, se da un lato preoccupa, rispetto ai dati della precedente indagine svolta dall'Istat (2, 3), la diminuzione dell'acqua erogata, dall'altro si apprezza la diminuzione (di circa il 5%) del quantitativo di acqua dispersa in rete; ci si auspica, quindi, un ulteriore miglioramento nella gestione degli acquedotti tale da incrementare l'efficienza nell'impiego della risorsa idrica.

Riferimenti bibliografici

(1) Istituto nazionale di statistica (Istat), Statistiche in breve – Ambiente e territorio, Sistema delle Indagini sulle Acque, anno 2005, Roma, 29 novembre 2006.
(2) Istituto nazionale di statistica (Istat), Statistiche in breve – Ambiente e territorio, Sistema delle Indagini sulle Acque, anno 1999, Roma, 10 luglio 2003.
(3) Azara A., Mura I., Moscato U., Triolo L., Uccelli R., Binazzi A., Mastrantonio M. L'ambiente. In: Rapporto Osservasalute 2004. Vita e Pensiero, Milano, 2004.
(4) Agenzia europea per l'ambiente: Le risorse idriche in Europa: una valutazione basata su indicatori. Sintesi. Lussemburgo, 2003.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 107

Grado di depurazione delle acque reflue

Significato. In relazione al loro pericolo infettivo e putrefattivo, ma anche per la crescente presenza di composti chimici di origine sintetica impiegati prevalentemente nel settore industriale, le acque reflue necessitano di un rapido allontanamento dal luogo di produzione e di un adeguato smaltimento. L'indicatore impiegato intende valutare le modalità con cui le acque reflue, convogliate nella rete fognaria pubblica, confluiscono in uno o più impianti di depurazione. In particolare, la conoscenza dell'esistenza del servizio di fognatura pubblica e del grado di depurazione delle acque reflue (completo, parziale, assente), rappresenta un valido indicatore del grado di contaminazione antropica dei corpi idrici recettori e del suolo e del potenziale rischio di acquisizione di malattie a trasmissione orofecale.

Numero di comuni secondo il grado di depurazione delle acque reflue

Percentuale di comuni secondo il grado di depurazione delle acque reflue

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Numero di comuni con depurazione delle acque reflue}}{\text{Totale dei comuni}} \quad \text{Denominatore} \times 100$$

Validità e limiti. L'indicatore adottato esprime il grado di confluenza delle acque reflue nella rete fognaria pubblica attraverso uno o più impianti di depurazione. In particolare, se tutti i reflui fognari confluiscono nel depuratore (o in più depuratori), il grado di depurazione viene definito "completo"; se vi confluiscono in parte e, per la parte rimanente, vengono scaricati direttamente nel corpo idrico recettore senza subire un trattamento di depurazione, il grado di depurazione viene definito "parziale" mentre, se i reflui fognari vengono scaricati totalmente nel corpo idrico recettore senza subire un trattamento di depurazione, il grado di depurazione viene definito "assente". L'indicatore è ottenuto dai risultati emersi da un'indagine campionaria dell'Istat che rileva dati a livello di rete fognaria ed impianto di depurazione su un campione di comuni, sulla base dei quali sono state prodotte le stime regionali (1).

Valore di riferimento/Benchmark. Una precedente indagine sulle acque svolta dall'Istat (2, 3) nel 2003 e relativa al 1999 evidenziava 3.804 comuni con grado di depurazione completa, 3.131 con grado di depurazione parziale e 1.053 con depurazione assente.

Descrizione dei risultati

A livello nazionale, 4.567 comuni su un totale di 8.101 (pari al 56,4%) hanno un grado di depurazione della fognatura pubblica completo, ovvero tutti i reflui collettati subiscono un trattamento di depurazione prima di essere scaricati nel corpo idrico recettore (tabella 1); nei suddetti comuni risiede il 55,4% della popolazione. Il grado di depurazione è parziale (ovvero non tutti i reflui fognari confluiscono in impianti di depurazione delle acque reflue urbane) solo in 3.013 comuni (37,2%); in 467 (5,8%) comuni le acque non subiscono alcun trattamento. I comuni privi del servizio di fognatura pubblica sono 54 (0,7%) per una popolazione residente pari allo 0,6% del totale.

In ambito regionale, Sardegna (88,9%), Puglia (87,5%) e Valle d'Aosta (76,7%) sono le regioni con la più elevata percentuale di comuni i cui reflui hanno una depurazione completa; Toscana (71,6%), Provincia Autonoma di Bolzano (71,5%) e Marche (70%) sono le regioni con un maggior numero di comuni con depurazione parziale; Calabria (14,9%), Lazio (14,4%), Toscana (13,4%) e Campania (13,0%) sono, invece, le regioni dal più elevato numero di comuni con depurazione assente.

Le regioni dove persistono il maggior numero di comuni privi del servizio di fognatura sono la Puglia (23 comuni, pari al 42,21% dei 54 presenti sul territorio nazionale), la Sicilia (14 comuni, pari al 25,12%), il Veneto (5 comuni, 9,73%) ed il Friuli-Venezia Giulia (4 comuni, 7,89%).

Confronto internazionale

I dati riportati dall'indicatore non sono facilmente comparabili con altri reperibili in ambito internazionale e/o europeo. Peraltro, una recente indagine condotta dalla Commissione Europea ha evidenziato che in molte città con più di 15.000 abitanti manca un adeguato trattamento delle acque reflue urbane; aspetto che ha indotto la stessa Commissione a costituire in mora (primo avvertimento scritto del procedimento di infrazione) alcuni stati membri (Francia, Grecia, Irlanda, Italia, Portogallo, Regno Unito e Spagna) per non aver adempiuto alla direttiva sulle acque reflue urbane relativa al trattamento secondario dei reflui (4).

A. AZARA, U. MOSCATO, I. MURA

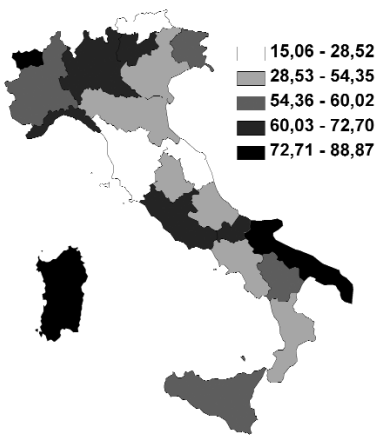
Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 108

Tabella 1 - *Comuni secondo il grado di depurazione delle acque reflue convogliate nella rete fognaria e la presenza del servizio di fognatura (valori assoluti e percentuali) per regione - Anno 2005*

Regioni	Comuni con depurazione delle acque reflue convogliate nella fognatura pubblica						Comuni del servizio privi di fognatura
	Depurazione completa		Depurazione parziale		Depurazione assente		
	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero
Piemonte	677	56,14	502	41,61	27	2,25	-
Valle d'Aosta	57	76,69	16	21,89	-	0,00	1
Lombardia	1.010	65,34	434	28,09	102	6,57	-
Bolzano-Bozen	*33*	*28,52*	*83*	*71,48*	-	*0,00*	-
Trento	*162*	*72,70*	*56*	*25,16*	*3*	*1,34*	*2*
Veneto	248	42,66	320	55,06	8	1,36	5
Friuli-Venezia Giulia	123	56,35	84	38,35	7	3,34	4
Liguria	164	69,91	59	25,04	11	4,63	1
Emilia-Romagna	122	35,77	218	63,93	-	0,00	1
Toscana	43	15,06	205	71,55	38	13,39	-
Umbria	46	50,40	46	49,60	-	0,00	-
Marche	60	24,22	172	70,04	14	5,74	-
Lazio	230	60,75	93	24,57	54	14,41	1
Abruzzo	152	49,88	136	44,54	16	5,12	1
Molise	97	71,10	36	26,72	3	2,18	-
Campania	299	54,35	179	32,46	72	13,02	1
Puglia	226	87,52	8	3,10	1	0,47	23
Basilicata	72	54,90	48	36,71	11	8,39	-
Calabria	176	43,08	172	42,00	61	14,91	-
Sicilia	234	60,02	108	27,58	35	8,89	14
Sardegna	335	88,87	38	10,11	4	1,03	-
Italia	**4.567**	**56,37**	**3.013**	**37,19**	**467**	**5,76**	**54**

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Statistiche in breve – Ambiente e territorio, Sistema delle Indagini sulle Acque, Anno 2005, Roma, 29 Novembre 2006.

Percentuale di comuni con depurazione completa delle acque reflue per regione. Anno 2005



Raccomandazioni di Osservasalute

Nonostante i dati della precedente indagine (3) non siano perfettamente comparabili per la differente metodologia di indagine, si apprezza un incremento del numero dei comuni con depurazione completa e parziale che passano dall'86,80% al 93,57%. Peraltro, è auspicabile che venga ulteriormente ridotto il numero dei comuni con depurazione assente e, a maggior ragione, la quota di quelli con assenza di fognatura in quanto, come noto, un insufficiente trattamento delle acque reflue è uno dei principali fattori di inquinamento idrico e costituisce un grave rischio per l'ambiente e per la salute umana.

Riferimenti bibliografici

(1) Istituto nazionale di statistica (Istat), Statistiche in breve – Ambiente e territorio, Sistema delle Indagini sulle Acque, anno 2005, Roma, 29 novembre 2006.
(2) Istituto nazionale di statistica (Istat), Statistiche in breve – Ambiente e territorio, Sistema delle Indagini sulle Acque, anno 1999, Roma, 10 luglio 2003.
(3) Azara A., Mura I., Moscato U., Triolo L., Uccelli R., Binazzi A., Mastrantonio M. L'ambiente. In: Rapporto Osservasalute 2004. Vita e Pensiero, Milano, 2004.
(4) Direttiva 91/271/CEE del Consiglio, concernente il trattamento delle acque reflue urbane (GU L 135 del 30.5.1991).

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 109

Rifiuti solidi urbani (produzione)

Significato. La produzione di rifiuti ha assunto negli ultimi decenni proporzioni sempre maggiori in relazione al miglioramento delle condizioni economiche, all'aumento dei consumi, al veloce progredire dello sviluppo industriale, all'incremento della popolazione e delle aree urbane.
Per contrastare questa tendenza, sia in ambito europeo che nazionale, la legislazione prevede che le autorità competenti adottino iniziative dirette a favorire, in via prioritaria, la prevenzione e la riduzione della produzione e della pericolosità dei rifiuti sui comparti ambientali potenzialmente più coinvolti (suolo, acque, aria) nonché sulla salute (1).
L'indicatore qui proposto misura la quantità totale di rifiuti prodotti in Italia nel 2005 e, per favorire un confronto tra realtà regionali diverse, anche la produzione pro capite.

Produzione totale di rifiuti solidi urbani

Produzione pro capite di rifiuti solidi urbani

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Rifiuti solidi urbani prodotti (kg)}}{\text{Popolazione media}} \quad \text{Denominatore}$$

Validità e limiti. I dati riportati derivano dalle informazioni trasmesse all'Agenzia per la Protezione dell'Ambiente e per i servizi Tecnici (APAT) da parte di soggetti pubblici e privati che, a vario titolo, raccolgono informazioni in materia di gestione dei rifiuti. La fonte dei dati di popolazione (utilizzati per la quantificazione dei valori pro capite) è costituita dalle banche dati Istat. I valori assoluti di produzione di rifiuti solidi urbani (RSU) sono, ovviamente, fortemente influenzati dalle differenti dimensioni territoriali e di popolazione di riferimento; pertanto, al fine di valutare la produzione di rifiuti svincolandola dal livello di popolazione residente si è fatto anche ricorso ad un'analisi dei dati pro capite. Il valore di produzione pro capite sensibilmente più elevato fatto registrare da alcune regioni potrebbe dipendere dalle maggiori tipologie di rifiuti speciali che vengono, in tali regioni, assimilate agli urbani e che contribuiscono, pertanto, al dato di produzione degli stessi.

Valore di riferimento/Benchmark. I Paesi dell'Unione Europea, nel 2005, hanno fatto registrare una produzione annua pro capite media dei rifiuti urbani che varia da un minimo di 518 kg/ab (valore riferito all'UE formata da 27 paesi) ad un massimo di 567 kg/ab (UE 15 paesi) (2); rispetto a quest'ultimo dato di riferimento, l'Italia, con 539 kg/ab, presenta una produzione inferiore di circa il 5%.

Descrizione dei risultati

La produzione di rifiuti urbani nel 2005 (3, 4) ha raggiunto i 31,7 milioni di tonnellate (tabella 1) registrando, rispetto al 2004, un tasso di crescita dell'1,9%, più marcato nel Centro (+2%) rispetto al Nord (+0,14%) e al Sud (+0,01%).
Tra il 1998 e il 1999 (grafico 1), in un solo anno, vi è stata una forte crescita dei rifiuti urbani (RU) (+5,6%), correlata alla crescita dei rifiuti assimilabili negli RU, mentre dal 2000 al 2005 la crescita è stata mediamente del 2% con un'impennata nel 2004 (+4% rispetto al 2003).
Nelle regioni del Nord risiede il 45% della popolazione italiana che risulta produrre il 45% dei rifiuti urbani del territorio nazionale; al Centro il 19% della popolazione produce il 23% di rifiuti urbani; al Sud, al 35% della popolazione corrisponde il 33% dei rifiuti urbani.
La produzione dei rifiuti urbani pro capite è cresciuta da 501 kg/ab nel 2000 a 539 kg/ab nel 2005. Lombardia (15%) e Lazio (10%) insieme generano un quarto della produzione totale nazionale di rifiuti (tabella 1). In base alla distribuzione territoriale si evidenziano significative differenze: l'Italia meridionale nel 2005 presenta una produzione pro capite di 496 kg con indici molto bassi come quelli del Molise (415 kg/ab) e della Basilicata (451 kg/ab); indici più elevati si riscontrano in Abruzzo (532 kg/ab) e Sardegna (529 kg/ab). L'Italia centrale presenta la produzione pro capite più alta (633 kg/ab) con la Toscana che raggiunge 697 kg/ab, mentre, al Nord, la produzione pro capite raggiunge 533 kg/ab con punte di 666 kg/ab in Emilia-Romagna e, all'opposto, punte molto basse quali quelle del Veneto (480 kg/ab) e della Lombardia (503 kg/ab).

Confronto internazionale

L'analisi dei dati della produzione pro capite di rifiuti urbani nei Paesi dell'UE (3) evidenzia 5 paesi (Norvegia, Irlanda, Cipro, Danimarca, Lussemburgo) che, con oltre 700 kg/ab, si collocano ai vertici della classifica europea; l'Italia si colloca al quattordicesimo posto con 539 kg/ab. I valori più bassi si riscontrano per Polonia, Slovacchia e Repubblica Ceca che si attestano ampiamente al di sotto dei 300 kg/ab (tabella 2).

A. AZARA, U. MOSCATO, I. MURA

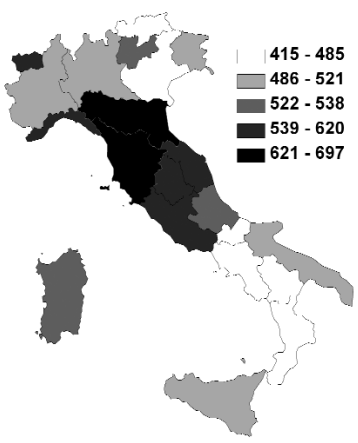
Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 110

Tabella 1 - *Rifiuti solidi urbani (produzione totale in tonnellate, pro capite in Kg/ab e per 100) per regione - Anno 2005*

Regioni	Tonnellate	Kg/ab	%
Piemonte	2.228.730	513	7
Valle d'Aosta	73.646	594	0
Lombardia	4.762.095	503	15
Bolzano-Bozen	*207.603*	*430*	*1*
Trento	*270.280*	*538*	*1*
Veneto	2.273.079	480	7
Friuli-Venezia Giulia	603.087	498	2
Liguria	997.824	620	3
Emilia-Romagna	2.788.635	666	9
Toscana	2.523.261	697	8
Umbria	493.560	569	2
Marche	875.571	573	3
Lazio	3.274.984	617	10
Abruzzo	694.088	532	2
Molise	133.324	415	0
Campania	2.806.113	485	9
Puglia	1.977.734	486	6
Basilicata	268.100	451	1
Calabria	935.620	467	3
Sicilia	2.614.078	521	8
Sardegna	875.206	529	3
Italia	**31.676.617**	**539**	**100**

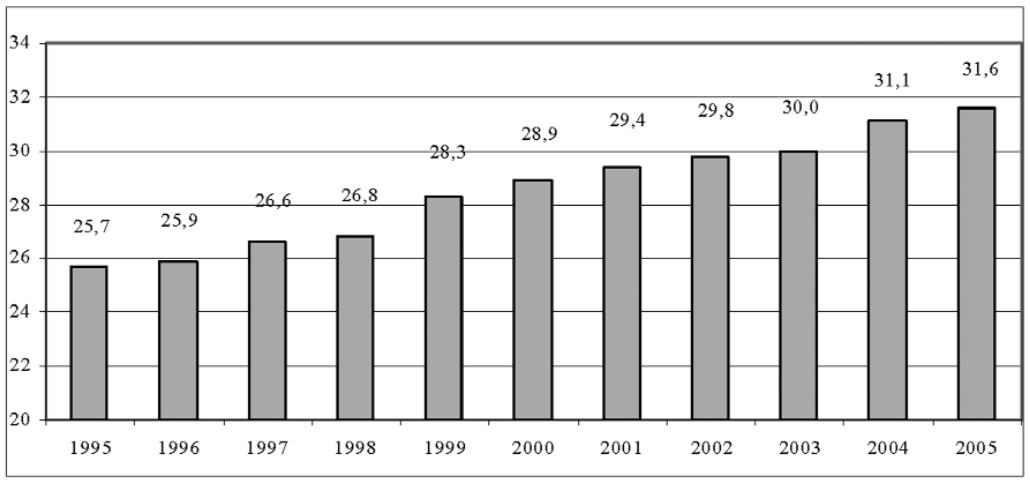
Fonte dei dati e anno di riferimento: Osservatorio Nazionale Rifiuti (ONR), Rapporto rifiuti. Anno 2006.

Produzione pro capite (in Kg/ab) dei rifiuti solidi urbani per regione. Anno 2005



Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 111

Grafico 1 - *Andamento della produzione di rifiuti solidi urbani (milioni di tonnellate) - Anni 1995-2005*



Fonte dei dati e anno di riferimento: Osservatorio Nazionale Rifiuti. Rapporto rifiuti. Anno 2006.

Tabella 2 - *Andamento della produzione di rifiuti solidi urbani (pro capite in Kg/ab per anno) per Paesi dell'UE e per anno - Anni 2000-2005*

Paesi	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Norvegia	615	635	677	696	724	759
Irlanda	603	705	698	736	753	740
Cipro	680	703	709	724	739	739
Danimarca	665	658	665	672	696	737
Lussemburgo	658	650	656	684	696(e)	705
Svizzera	660	659	675	671	665	666
Austria	581	578	609	609	627	630(e)
Olanda	616	615	622	610	625	624
Malta	547	542	541	581	624	611
Germania	610	601	640	601	587	601(e)
Spagna	662	658	645	655	608	597
Regno Unito	578	592	600	594	605	584(e)
Francia	516	529	533	535	544	543
Italia	509	516	524	524	538	539
Islanda	466	469	478	485	506	521
Croazia	336	346	228	298	505	504(e)
Svezia	428	442	468	471	464	482
Belgio	467	460	461	445	465	464(e)
Bulgaria	516	505	500	499	471	463
Ungheria	445	451	457	463(e)	454	459
Finlandia	503	466	449	453	455	459
Portogallo	472	472	439	447	436	446
Grecia	408	417	423	428	433	438
Estonia	440	372	406	418	449	436
Slovenia	513(e)	479	407	418	417	423
Turchia	454(e)	454	447	443	418	413(e)
Romania	363	345	383	364(e)	378	382(e)
Lituania	363	377	401	383	366	378
Latvia	270(e)	302	338	298	311	310
Repubblica Ceca	334	273	279	280	278	289
Slovacchia	254	239	283	297	274	289
Polonia	316	290	275	260	256	245
UE (15 Paesi)	**561**	**565**	**576**	**568**	**567**	**567**
UE (25 Paesi)	**525**	**525**	**534**	**527**	**525**	**526**
UE (27 Paesi)	**518**	**517**	**527**	**519**	**518**	**518**

(e)Valori stimati.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Eurostat, Energy, Transport and Environment Indicators, European Communities. Municipal waste generated. Anno 2007.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 112

Raccomandazioni di Osservasalute

È opportuno evidenziare che la crescita dei rifiuti urbani misurata negli ultimi anni va correlata non solo all'effettivo aumento del rifiuto prodotto dal singolo cittadino, ma anche alla crescita dell'assimilazione di molti rifiuti speciali nei rifiuti urbani. Permangono, comunque, evidenti difficoltà nell'avviare azioni efficaci per quanto riguarda la prevenzione della produzione dei rifiuti e nel dare concreta attuazione alle indicazioni contenute nel VI Programma d'Azione per l'ambiente, stilato dalla Commissione Europea che, in particolare, per i rifiuti, propone di sganciare la generazione di rifiuti dalla crescita economica, riducendone la produzione del 20% entro il 2010 e del 50% entro il 2050. A tal fine, occorre porre maggiore enfasi sulla prevenzione della generazione di rifiuti e sul riciclaggio (stabilendo ad esempio un onere fiscale sull'uso delle risorse), nel quadro di una politica integrata dei prodotti.

Riferimenti bibliografici

(1) The Sixth Environment Action Programme of the European Community 2002-2012.
(2) Eurostat, Energy, Transport and Environment Indicators, European Communities. Municipal waste generated. 2007.
(3) Osservatorio Nazionale sui Rifiuti (ONR), Rapporto annuale sulla gestione dei rifiuti. Il sistema integrato di gestione dei rifiuti in Italia: trasformazione e tendenze. 2006.
(4) Agenzia per la Protezione dell'Ambiente e per i Servizi Tecnici, Osservatorio Nazionale Rifiuti, Rapporto rifiuti, 2006, Volume I - Rifiuti urbani. Roma, dicembre 2006.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 113

Rifiuti solidi urbani (gestione)

Significato. L'indicatore misura la quantità di rifiuti smaltiti in Italia nel 2005 attraverso discariche controllate e incenerimento nelle diverse regioni italiane. L'entità del ricorso a queste due modalità di smaltimento rappresenta un indicatore di risposta, sia in ambito nazionale che regionale, alla domanda della normativa (1, 2) che, da un lato, prevede la riduzione dello smaltimento finale di rifiuti e l'impiego della discarica solo per i rifiuti inerti o per quelli che residuano dalle operazioni di riciclaggio e, dall'altro, il maggiore ricorso a tecniche di termovalorizzazione.

In particolare, gli obiettivi generali della gestione dei rifiuti, comprendono numerosi punti: prevenzione della produzione (urbani ed industriali) e della pericolosità, riduzione della quantità e pericolosità, riciclaggio, recupero di materia, recupero di energia, smaltimento finale in condizioni di sicurezza per l'uomo e l'ambiente.
Inoltre, nell'ambito della gestione integrata dei rifiuti, riveste un ruolo di primo piano la raccolta differenziata che permette non solo di diluire l'entità dei rifiuti da smaltire, ma anche di valorizzare e recuperare le frazioni raccolte.

Rifiuti solidi urbani smaltiti in discarica

Rifiuti solidi urbani inceneriti

Validità e limiti. Pur non essendo esaustivo della totalità delle modalità impiegate per la gestione dei rifiuti solidi, l'indicatore analizza due tra le modalità di trattamento più utilizzate sul territorio nazionale che, assieme, hanno smaltito nel 2005 il 59% dei rifiuti prodotti.
I dati riportati sono rilevati dall'Agenzia per la Protezione dell'Ambiente e per i servizi Tecnici (APAT) attraverso una articolata raccolta di informazioni (3, 4) che, soprattutto negli anni passati, ha creato qualche difformità di interpretazione. Inoltre, si evidenzia come vi siano due regioni del Nord (Valle d'Aosta e Liguria) e tre del Sud (Abruzzo, Molise, Campania) prive di impianti di incenerimento.

Valore di riferimento/Benchmark. Nel 2004 sono state smaltite in discarica 17.742 tonnellate/anno per 1.000 (quantitativo inferiore alla media dei tre anni precedenti, 2002-2004, attestato sulle 18.195 tonnellate/anno per 1.000) corrispondenti al 51,9% dei rifiuti prodotti. Di molto inferiore è invece la quantità avviata ad incenerimento, 4.080 tonnellate/anno, pari al 9,8%, valore superiore rispetto alla media del 2002-2004 equivalente al 9%.

Descrizione dei risultati

L'analisi dei dati mostra che i rifiuti urbani smaltiti in discarica nel 2005 ammontano a circa 17 milioni di tonnellate. Le regioni del Sud conferiscono in discarica quantitativi più elevati di rifiuti, sia rispetto al Centro che al Nord. In particolare, la Lombardia mantiene il primato virtuoso di regione che smaltisce in discarica la percentuale inferiore di rifiuti urbani prodotti (solo il 15% del totale). In questa regione, del totale dei rifiuti smaltiti, solo una piccola quota viene avviata in discarica senza pretrattamento in linea con quanto stabilito dalle direttive europee. Il Lazio, invece, è la regione che smaltisce in discarica le maggiori quantità di rifiuti urbani con quasi 2,7 milioni di tonnellate, corrispondenti a circa l'82% del totale dei rifiuti prodotti nella stessa regione; seguono la Sicilia, con 2,4 milioni di tonnellate (91% del totale dei rifiuti prodotti), la Puglia con 1,8 milioni di tonnellate (93% della produzione) ed il Molise (95% della produzione) (3, 4).
Per quanto riguarda la termodistruzione, la capacità media nazionale di incenerimento ha raggiunto il 12% del totale dei rifiuti urbani, molto al di sotto della media dei principali Paesi europei ed ha superato 4 milioni di tonnellate di rifiuto trattato (tabella 1). Il panorama italiano è, però, estremamente differenziato con un tasso di incenerimento al Nord del 20%, con regioni, come la Lombardia, dove il tasso di incenerimento ha raggiunto il 36%; l'Emilia-Romagna ed il Friuli-Venezia Giulia che presentano valori intorno al 23%. Al Centro (7,5%) e al Sud (4,1%) l'incenerimento è piuttosto basso con l'unica eccezione della Sardegna che ha raggiunto un tasso di incenerimento del 21,5% collocandosi tra le prime regioni italiane (3, 4).

A. AZARA, U. MOSCATO, I. MURA

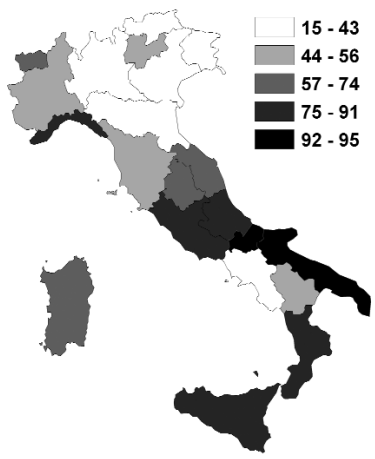
Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 114

Tabella 1 - *Smaltimento di rifiuti solidi urbani in discarica e incenerimento (valori assoluti in milioni di tonnellate, per 100 e numero di impianti) per regione - Anno 2005*

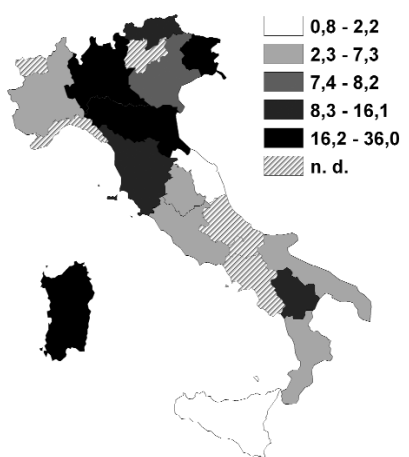
Regioni	Smaltimento in discarica			Incenerimento		
	Tonnellate	sul totale dei rifiuti prodotti %	Impianti n.	Tonnellate	sul totale dei rifiuti prodotti %	Impianti n.
Piemonte	1.244	56	22	102.777	4,5	2
Valle d'Aosta	50	68	1	-	-	-
Lombardia	732	15	6	2.094.377	36,0	13
Bolzano-Bozen	*42*	*20*	*6*	*78.087*	*16,1*	*1*
Trento	*151*	*56*	*8*	-	-	-
Veneto	831	37	17	208.668	8,2	4
Friuli-Venezia Giulia	234	39	9	158.127	23,5	1
Liguria	759	76	15	-	-	-
Emilia-Romagna	1.195	43	26	718.385	23,0	9
Toscana	1.164	46	22	268.635	10,1	8
Umbria	317	64	6	24.395	4,9	1
Marche	571	65	16	19.207	2,2	1
Lazio	2.694	82	10	238.310	7,3	3
Abruzzo	519	75	27	-	-	-
Molise	127	95	14	-	-	-
Campania	801	29	3	-	-	-
Puglia	1.844	93	18	137.063	6,9	2
Basilicata	140	52	12	56.228	10,7	1
Calabria	792	85	25	52.000	5,5	1
Sicilia	2.373	91	66	20.341	0,8	1
Sardegna	644	74	11	201.362	21,5	2
Italia	**17.226**	**54**	**340**	**4.377.962**	**12,1**	**50**

Fonte dei dati e anno di riferimento: Agenzia per la Protezione dell'Ambiente e per i servizi Tecnici (APAT), Osservatorio Nazionale Rifiuti (ONR), Rapporto rifiuti. Anno 2006.

Percentuale di smaltimento in discarica sul totale dei rifiuti prodotti per regione. Anno 2005

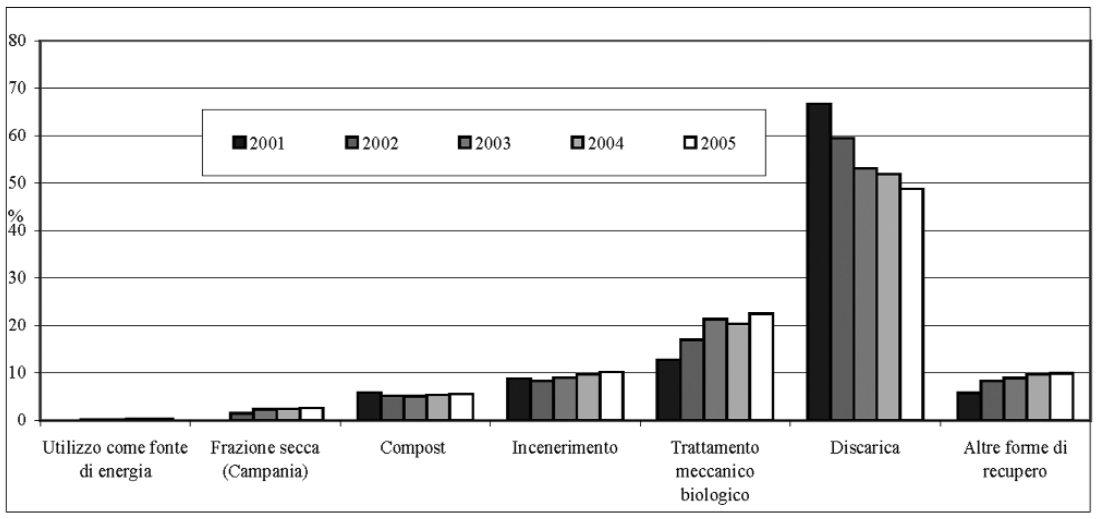


Percentuale di rifiuti inceneriti sul totale dei rifiuti prodotti per regione. Anno 2005



Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 115

Grafico 1 - *Tipologie di gestione dei rifiuti solidi urbani (per 100) rispetto al totale dei rifiuti gestiti - Anni 2001-2005*



Fonte dei dati e anno di riferimento: Agenzia per la Protezione dell'Ambiente e per i servizi Tecnici (APAT), Osservatorio Nazionale Rifiuti (ONR), Rapporto rifiuti. Anno 2006.

Confronto internazionale

Sebbene la discarica rappresenti ancora, nei Paesi dell'Unione Europea, la forma di gestione prevalentemente utilizzata per i rifiuti urbani, si rileva, soprattutto dal 2000, una progressiva diminuzione di questa forma di smaltimento; il valore pro capite relativo all'UE15, si riduce, infatti, del 24,6% (5), passando da 293 kg/ab nel 1995 a 221 kg/ab nel 2005. Comprendendo anche i dati relativi ai 10 paesi di più recente accesso all'Unione Europea, la riduzione è pari al 22,8%, passando da 294 kg/ab del 1995 a 227 kg/ab nel 2005.

Nello stesso arco di tempo l'incenerimento nell'UE15 aumenta di circa 31 kg/ab, che si traduce in una crescita percentuale superiore al 27,4%. Il dato pro capite di incenerimento relativo all'UE25 risulta, complessivamente, più basso rispetto a quello dell'UE15 in quanto, tale forma di gestione, è poco utilizzata nei Paesi di più recente adesione; infatti, dal 1995 al 2005, il valore è aumentato di 28 kg/ab (da 69 kg/ab a 97 kg/ab) (5).

Raccomandazioni di Osservasalute

I dati relativi alla gestione dei rifiuti urbani, nel 2005, evidenziano, rispetto agli anni precedenti, un aspetto positivo rappresentato dalla riduzione dello smaltimento in discarica e da un aumento delle altre tipologie di gestione (grafico 1), tendendo verso gli obiettivi legislativi. Si osserva anche un lieve, ma non significativo, incremento degli impianti di incenerimento che, dal 2000 al 2005, sono passati da 43% a 50% ed una diminuzione delle discariche (da 401 del 2004 a 340 del 2005) (3, 4).

È opportuno, peraltro, che la chiusura delle discariche sia accompagnata non solo dall'adozione delle adeguate procedure con le quali le discariche non più operative vengono gestite dopo la loro chiusura, ma anche dall'applicazione dei piani di adeguamento previsti dalla più recente normativa (1, 2) e sia accompagnata da modifiche sostanziali nella organizzazione del sistema di gestione dei rifiuti. Tutto questo affinché si possa effettuare quel salto di qualità che appare necessario soprattutto nelle zone dove lo stato di emergenza è divenuto la normalità e la chiusura degli impianti ha, invece, accentuato lo stato critico fino all'emergenza sanitaria.

Riferimenti bibliografici

(1) Decreto Legislativo 5 febbraio 1997, n. 22 "Attuazione delle direttive 91/156/CEE sui rifiuti, 91/689/CEE sui rifiuti pericolosi e 94/62/CE sugli imballaggi e sui rifiuti di imballaggio". Gazzetta Ufficiale n. 38 del 15 febbraio 1997 - Supplemento Ordinario n. 33.
(2) Decreto Legislativo 13 gennaio 2003, n. 36 "Attuazione della direttiva 1999/31/CE relativa alle discariche di rifiuti". Gazzetta Ufficiale n. 59 del 12 marzo 2003 - Supplemento Ordinario n. 40.
(3) Agenzia per la Protezione dell'Ambiente e per i Servizi Tecnici, Osservatorio Nazionale Rifiuti, Rapporto rifiuti, 2006, Volume I - Rifiuti urbani. Roma, dicembre 2006.
(4) Osservatorio Nazionale sui Rifiuti (ONR), Rapporto annuale sulla gestione dei rifiuti. Il sistema integrato di gestione dei rifiuti in Italia: trasformazione e tendenze. 2006.
(5) Eurostat, Energy, Transport and Environment Indicators, European Communities. Municipal waste generated. 2007.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 116

Qualità dell'ambiente urbano e rifiuti

Prof. Antonio Azara, Prof.ssa Maria Dolores Masia

Contesto

In tutto il mondo cresce la popolazione che tende a insediarsi prevalentemente nelle aree urbane, aspetto che comporta non solo un'alta densità abitativa, ma anche una concentrazione di attività culturali, ricreative e soprattutto economiche per la fruizione di svariati servizi. Tutto questo genera pesanti situazioni di invivibilità dovute al rilevante impatto sull'ambiente delle attuali modalità di sviluppo delle aree urbane, in termini di uso di risorse, di riduzione della biodiversità, di inquinamento, di carenza di adeguate infrastrutture e servizi, di congestione da traffico dovuta ad un uso non correttamente pianificato del territorio e di conseguenza dalla mobilità di persone e cose che utilizzano modalità di trasporto non appropriate.
In tale contesto, la produzione dei rifiuti urbani rappresenta sicuramente uno degli indicatori di maggiore pressione nelle città italiane, non solo in termini ambientali ed economici ma, spesso, anche in termini sociali e sanitari. Peraltro, anche la raccolta differenziata svolge un ruolo prioritario nel sistema di gestione integrata dei rifiuti in quanto consente, da un lato, di ridurre il flusso dei rifiuti da avviare allo smaltimento e, dall'altro, di condizionare in maniera positiva l'intero sistema di gestione.
Pertanto, appare di particolare interesse la valutazione delle scelte progettuali effettuate dalle singole amministrazioni in merito alle diverse tipologie di gestione messe in atto in relazione alle performance ambientali raggiunte.

Metodi

Al fine di effettuare una valutazione più esaustiva su tale rilevante problematica tracciando un quadro del sistema di gestione dei rifiuti urbani (utile anche alla verifica dell'attuazione degli obiettivi fissati dalla legislazione) l'Agenzia per la Protezione dell'Ambiente e per i Servizi Tecnici (APAT), nell'ambito delle sue attività di monitoraggio ambientale (1, 2), dedica particolare attenzione all'ambiente urbano ed alla produzione e raccolta differenziata dei rifiuti solidi urbani nelle città metropolitane. Come tali, sono state identificate 24 tra le più popolose città d'Italia rappresentate dalle città metropolitane e dai capoluoghi di provincia con popolazione residente superiore ai 150.000 abitanti.
I suddetti capoluoghi sono, complessivamente, 24, di cui: 12 (Foggia, Livorno, Cagliari, Parma, Modena, Prato, Reggio Calabria, Brescia, Taranto, Trieste, Padova e Messina) con una popolazione residente compresa tra i 150.000 ed i 250.000 abitanti; 6 (Verona, Venezia, Catania, Bari, Firenze e Bologna) con un numero di abitanti compreso tra i 250.000 e 500.000 e 6 (Genova, Palermo, Torino, Napoli, Milano e Roma) con una popolazione residente superiore ai 500.000 abitanti. Di queste ultime, Torino ha un numero di abitanti pari a circa 900 mila unità, Napoli intorno ad 1 milione, Milano circa 1,3 milioni mentre, Roma, conta una popolazione residente superiore ai 2,5 milioni di abitanti. Complessivamente i 24 capoluoghi di provincia analizzati hanno una popolazione residente pari al 19,1% circa del totale nazionale.
I dati relativi alla raccolta differenziata sono stati elaborati adottando un criterio omogeneo di calcolo, utilizzato nella predisposizione dei Rapporti annuali dell'APAT sui rifiuti. Il metodo di calcolo si basa sulla definizione di raccolta differenziata data dal D.Lgs 22/97, articolo 6, comma 1, lettera f) (3), così come modificata dalla legge 23 marzo 2001, n. 93 (4).

Risultati e Discussione

La produzione complessiva di rifiuti urbani delle 24 città metropolitane con popolazione superiore ai 150.000 abitanti ha raggiunto, nel 2005, 6.890.000 tonnellate (tabella 1) equivalenti al 21,8% della produzione nazionale di rifiuti urbani. Nel quadriennio 2002-2005 si osserva un incremento produttivo del 3% (1,9% tra il 2004 ed il 2005), evidenziando un tasso medio di crescita ben inferiore rispetto al 6,1% rilevato a livello nazionale.
Le città che nel quadriennio 2002-2005 si caratterizzano per i maggiori incrementi di produzione sono, nell'ordine, Roma (+11,1%), Parma (+8,2%), Torino (+7,6%), Foggia (+7,1%) e Reggio Calabria (+7,0%). Una crescita intorno al 5% si rileva per le città di Venezia (+5,5%), Cagliari (5,2%), Prato (+5,2%) e Bari (4,7%).
In forte calo appare, invece, la produzione di rifiuti urbani del comune di Messina (-20,1%) soprattutto in virtù del notevole decremento fatto registrare tra il 2003 ed il 2004 (da 125 mila a 106 mila tonnellate). Una riduzione complessiva abbastanza consistente si rileva, inoltre, per la città di Brescia (-7,3%), anche in questo caso in seguito ad una rilevante riduzione nel biennio 2003-2004 (20.000 tonnellate circa) e per Taranto (-6,0%). Diminuzioni più contenute si registrano per Genova (-4,3%), Catania (-3,5%) e Milano (-3,1%). Per le altre città, infine, si rilevano lievi incrementi o una sostanziale stabilità.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 117

Nell'anno 2005 i maggiori valori di produzione pro capite si rilevano a Catania (806 kg/ab), Prato (773 kg/ab), Venezia (715 kg/ab) e Firenze (711 kg/ab), mentre, i valori più bassi, nelle città di Messina (417 kg/ab), Trieste (485 kg/ab), Foggia (490 kg/ab) e Genova (496 kg/ab). Il valore pro capite medio delle 24 città si attesta, nel 2005, a circa 604 kg/ab, 65 kg/ab in più rispetto al valore nazionale. Peraltro, va considerato che la produzione di rifiuti di diversi centri urbani è da mettere in relazione non solo con l'accentrarsi di numerose attività lavorative, ma è anche influenzata dagli afflussi turistici nelle cosiddette "città d'arte".
Tra il 2004 ed il 2005 diverse città metropolitane (Genova, Taranto, Parma, Modena, Livorno, Messina, Padova, Milano, Trieste, Bologna, Napoli e Catania) fanno riscontrare riduzioni, più o meno consistenti, della produzione pro capite, mentre, in forte crescita, appare il dato di Palermo (+14,7%) il cui valore si riallinea a quello del 2002.
Con riferimento all'intero periodo 2002-2005 contrazioni significative si rilevano, in particolar modo, per Messina (-17,4%), Brescia (-9,4%), Milano (-6,9% circa) e Genova (-6,1%). Un incremento rilevante mostra, invece, la produzione pro capite di Roma (+11,2%) che passa dai 623 kg/ab del 2002 ai 693 kg/ab del 2005.

Tabella 1 - *Produzione di rifiuti urbani (migliaia di tonnellate), pro capite (Kg/ab) e variazioni percentuali sul peso nelle città metropolitane - Anni 2002-2005*

Comuni	2002		2003		2004		2005		2002-2005	
	Tonnellate	Pro capite Kg/ab	Tonnellate	Pro capite Kg/ab	Tonnellate	Pro capite Kg/ab	Tonnellate	Pro capite Kg/ab	Δ % in tonnellate	Δ % pro capite Kg/ab
Torino	497	575	493	573	517	573	535	594	7,65	3,30
Milano	744	592	726	582	719	553	721	551	-3,09	-6,93
Brescia	137	731	143	736	123	642	127	662	-7,30	-9,44
Verona	134	531	135	529	137	529	137	530	2,24	-0,19
Venezia	183	677	187	693	192	706	193	715	5,46	5,61
Padova	133	647	129	627	138	656	136	647	2,26	0,00
Trieste	100	472	101	478	101	487	100	485	0,00	2,75
Genova	322	528	316	522	326	539	308	496	-4,35	-6,06
Parma	98	598	104	605	109	623	106	604	8,16	1,00
Modena	101	574	106	590	109	605	105	583	3,96	1,57
Bologna	215	580	212	569	220	588	219	586	1,86	1,03
Firenze	256	718	253	717	260	707	261	711	1,95	-0,97
Livorno	95	590	94	586	98	631	98	608	3,16	3,05
Prato	135	763	132	744	136	753	142	773	5,19	1,31
Roma	1.587	623	1.593	627	1.688	661	1.764	693	11,15	11,24
Napoli	560	558	546	541	565	568	567	566	1,25	1,43
Foggia	70	452	75	485	71	461	75	490	7,14	8,41
Bari	190	601	191	606	196	597	199	608	4,74	1,16
Taranto	123	610	123	620	123	617	116	586	-5,69	-3,93
Reggio Calabria	86	478	88	488	88	480	92	501	6,98	4,81
Palermo	441	643	428	627	386	572	440	656	-0,23	2,02
Messina	129	505	125	502	106	430	103	417	-20,16	-17,43
Catania	254	810	256	829	251	820	245	806	-3,54	-0,49
Cagliari	96	587	97	593	100	620	101	629	5,21	7,16
Totale	**6.686**	**602**	**6.653**	**603**	**6.759**	**601**	**6.890**	**604**	**3,05**	**0,37**

Fonte dei dati e anno di riferimento: APAT, Osservatorio Nazionale Rifiuti, Rapporto rifiuti, 2006, Volume I - Rifiuti urbani. Roma, Dicembre 2006.

La raccolta differenziata nei centri urbani con una popolazione residente superiore ai 150 mila abitanti fa registrare un valore complessivo pari, nel 2005, ad 1,3 milioni di tonnellate, corrispondenti al 17% della raccolta totale nazionale.
I maggiori livelli di raccolta differenziata si rilevano per la città di Padova che, nonostante un leggero calo rispetto al 41,1% del 2004, si colloca, nel 2005, a valori percentuali al di sopra del 39% (tabella 2); superiori al 35% risultano anche i tassi di raccolta di Torino (35,3%) e Prato (35,2%), mentre nell'intervallo tra il 30% ed il 35%, si collocano le percentuali di raccolta delle città di Brescia, Milano, Verona e Livorno.
I tre capoluoghi dell'Emilia-Romagna (Parma, Modena e Bologna), dal canto loro, si caratterizzano per percentuali comprese tra il 25% ed il 30% al pari della città di Firenze. Gli altri centri urbani fanno, invece, rilevare tassi di raccolta non superiori al 20%. Roma, infine, fa registrare una percentuale di raccolta differenziata pari al 15,3%.
Diverse città del Mezzogiorno si caratterizzano per percentuali di raccolta decisamente basse; tra queste, Paler-

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 118

mo si attesta all'8,4% e Napoli al 7,4%. Quest'ultima, in particolare, mostra, tra il 2003 ed il 2005, una totale stasi della raccolta differenziata e, rispetto al 2002, addirittura, una contrazione, frutto delle ricorrenti situazioni di emergenza che si verificano nel territorio comunale ed, in generale, nell'intera regione Campania.
Una certa contrazione della raccolta differenziata, nel periodo 2002-2005, si registra anche per la città di Brescia (dal 38,8% al 33,9%, con un minimo, nel 2004, del 29,5%), imputabile, tuttavia, ad un affinamento del dato che è stato depurato delle quantità raccolte in modo differenziato dalle utenze non domestiche ed assimilate al rifiuto urbano.
In termini assoluti, i maggiori progressi, con riferimento al biennio 2004-2005, si registrano, invece, per le città metropolitane di Roma (la cui raccolta differenziata cresce di oltre 50 mila tonnellate) e Torino la cui crescita si attesta a quasi 26 mila tonnellate.
Per quanto riguarda le singole frazioni merceologiche, si è già visto come la raccolta della frazione putrescibile (umido e verde) rappresenti, a livello nazionale, circa il 31,6% del totale della raccolta differenziata. Nelle città metropolitane l'incidenza di tale frazione risulta meno evidente ed il peso percentuale cala al 19,5%; in termini di pro capite il valore medio di raccolta della frazione organica delle 24 città metropolitane si colloca a circa 22,7 kg/ab, corrispondenti a poco più della metà del valore riscontrato a livello nazionale (41,4 kg/ab).
Più efficienti appaiono, in generale, i sistemi di raccolta della frazione cellulosica che, nel 2005, hanno consentito di intercettare, considerando le 24 città metropolitane nel loro complesso, una quota pari ad oltre 610 mila tonnellate, corrispondenti al 26,4% del totale della carta e del cartone complessivamente raccolti su scala nazionale. Il pro capite medio della raccolta della frazione cellulosica delle suddette città è pari a circa 55,4 kg/ab a fronte di un pro capite nazionale di circa 39 kg/ab.
Tra le altre frazioni si segnala il vetro il cui quantitativo complessivamente raccolto nel 2005, nelle 24 città esaminate, è pari ad oltre 189.700 tonnellate (176.700 tonnellate di imballaggi in vetro + 13.000 tonnellate di ingombranti). Il pro capite medio, che risulta di circa 16,9 kg/ab, si attesta poco al di sotto di quello rilevato su scala nazionale pari a circa 19,8 kg/ab (di cui 18,4 kg/ab costituiti da imballaggi).

Tabella 2 – *Raccolta differenziata di rifiuti urbani (tonnellate di migliaia e per 100) sul peso nelle città metropolitane - Anni 2002-2005*

Comuni	2002		2003		2004		2005		2002-2005	
	Tonnellate	%	Tonnellate	%	Tonnellate	%	Tonnellate	%	Δ % in tonnellate	Δ %
Torino	118,35	24,9	113,82	26,7	162,89	31,9	188,82	35,3	59,54	41,77
Milano	196,52	27,2	201,78	29,2	207,05	30,1	221,47	30,7	12,70	12,87
Brescia	46,38	38,8	50,21	39,7	35,51	29,5	42,85	33,9	-7,61	-12,63
Verona	24,74	24,2	29,80	25,3	29,73	28,1	44,33	32,5	79,18	34,30
Venezia	28,65	18,4	25,19	16,6	27,14	16,9	35,94	19,1	25,45	3,80
Padova	29,65	24,5	44,77	37,5	32,48	41,1	53,72	39,4	81,18	60,82
Trieste	7,90	15,0	6,24	13,7	7,07	14,0	14,38	14,4	82,03	-4,00
Genova	29,50	11,4	27,77	12,2	37,06	15,8	37,68	12,2	27,73	7,02
Parma	17,51	18,8	21,90	25,8	27,55	30,7	31,32	29,5	78,87	56,91
Modena	15,28	21,9	22,81	27,4	22,24	28,8	27,57	26,2	80,43	19,63
Bologna	42,94	22,8	36,04	19,3	51,07	25,7	43,01	27,1	0,16	18,86
Firenze	59,08	26,4	59,56	27,6	65,72	28,9	77,36	29,7	30,94	12,50
Livorno	19,93	27,8	24,98	32,3	26,70	32,4	31,39	32,2	57,50	15,83
Prato	30,67	32,1	35,77	34,0	37,89	34,3	50,03	35,2	63,12	9,66
Roma	103,38	6,7	163,98	11,0	216,46	13,0	271,00	15,3	162,14	128,36
Napoli	38,89	9,3	23,96	7,1	23,43	7,4	41,81	7,4	7,51	-20,43
Foggia	4,23	6,2	4,75	8,4	5,73	8,0	5,06	6,7	19,62	8,06
Bari	21,77	13,0	23,00	12,5	17,16	11,8	24,26	12,2	11,44	-6,15
Taranto	1,76	2,4	4,89	7,2	2,03	5,2	3,43	3,0	94,89	25,00
Reggio Calabria	7,66	9,4	10,02	11,4	6,93	8,9	12,1	13,1	57,96	39,36
Palermo	27,51	7,1	26,05	6,3	33,24	9,6	36,83	8,4	33,88	18,31
Messina	1,11	4,5	0,42	1,6	0,46	2,4	0,00	0,0	-100,00	-100,00
Catania	3,23	1,5	5,91	3,3	8,03	3,2	13,87	5,7	329,41	280,00
Cagliari	0,39	1,6	0,36	1,5	0,33	1,4	5,51	5,5	1312,82	243,75
Totale	**877,00**	**16,0**	**964,00**	**18,0**	**1.084,00**	**19,0**	**1.314,00**	**20,0**	**49,79**	**19,90**

Fonte dei dati e anno di riferimento: APAT, Osservatorio Nazionale Rifiuti, Rapporto rifiuti, 2006, Volume I - Rifiuti urbani. Roma, Dicembre 2006.
APAT, Qualità dell'ambiente urbano. III Rapporto APAT, Roma, Anno 2006.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 119

Conclusioni

Pur evidenziando, come precedentemente rilevato, una crescita percentuale complessiva della produzione di rifiuti urbani al di sotto della media del paese, le 24 città metropolitane si caratterizzano, tuttavia, per valori di produzione pro capite generalmente superiori rispetto alla media nazionale ed alle medie dei rispettivi contesti territoriali di appartenenza. Tale incremento potrebbe anche essere correlato con un progressivo miglioramento, nel corso degli anni, del sistema di contabilità dei rifiuti. Peraltro, alcune città come Verona, Genova e Milano fanno, invece, registrare valori di produzione di rifiuti urbani pro capite particolarmente bassi (in linea con la media nazionale pari, nel 2005, a 539 kg/ab). A tal proposito, va evidenziato che, generalmente, il trend della produzione di rifiuti urbani appare connesso, agli andamenti dei principali indicatori socio economici con particolare riferimento ai consumi delle famiglie. I buoni risultati in termini di produzione pro capite realizzati nelle zone dove è più alto il tenore di vita consentono di affermare che, dove la gestione dei rifiuti è accompagnata da una corretta informazione e da campagne di prevenzione efficaci, il disallineamento fra crescita economica e produzione dei rifiuti è possibile.

Riferimenti bibliografici

(1) APAT Agenzia per la Protezione dell'Ambiente e per i Servizi Tecnici: Qualità dell'ambiente urbano. III Rapporto APAT, Roma, 2006.
(2) APAT. Agenzia per la Protezione dell'Ambiente e per i Servizi Tecnici, Osservatorio Nazionale Rifiuti, Rapporto rifiuti, 2006, Volume I - Rifiuti urbani. Roma, dicembre 2006.
(3) Decreto Legislativo 5 febbraio 1997, n. 22 "Attuazione delle direttive 91/156/CEE sui rifiuti, 91/689/CEE sui rifiuti pericolosi e 94/62/CE sugli imballaggi e sui rifiuti di imballaggio". Gazzetta Ufficiale n. 38 del 15 febbraio 1997 - Supplemento Ordinario n. 33.
(4) Legge 23 marzo 2001, n. 93 "Disposizioni in campo ambientale". Gazzetta Ufficiale n. 79 del 4 aprile 2001.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 120

Inquinamento da Ozono (O_3)

Significato. L'ozono stratosferico (O_3), normalmente costituisce una fascia gassosa presente in ozonosfera atta a proteggere dalle radiazioni U.V. della luce solare gli esseri viventi ed i vegetali. L'O_3 troposferico è, altresì, un inquinante secondario che si forma attraverso processi fotochimici in presenza di inquinanti primari quali: gli ossidi d'azoto (NO_X) ed i composti organici volatili (COV). La combinazione dell'O_3 con queste altre molecole può formare, negli strati inferiori dell'atmosfera, una complessa miscela di sostanze di interesse ambientale denominata "smog fotochimico". L'ozono, pertanto, può essere all'origine di effetti sulla salute dell'uomo (fenomeni irritativi delle mucose; aggravamento di broncopneumopatie respiratorie croniche e di processi asmatiformi; complicazioni in soggetti cardiopatici; ecc..) e di effetti sull'ecosistema, sull'agricoltura e sui beni materiali.

L'inquinamento fotochimico, fenomeno anche transfrontaliero, presenta concentrazioni di ozono più elevate nei mesi più caldi dell'anno e nelle ore di massimo irraggiamento solare, con fenomeni repentini di formazione/trasformazione nelle aree urbane. Le principali fonti di emissione dei precursori di ozono sono il trasporto su strada, il riscaldamento civile e la produzione di energia.

Gli indicatori qui proposti sono atti a valutare le emissioni in atmosfera, la distribuzione e l'evoluzione temporale dell'Ozono (O_3), (Indicatori di pressione o di esposizione della popolazione), lo stato dell'ambiente atmosferico (Indicatori di stato), la situazione delle stazioni di monitoraggio in Italia (Indicatori di risposta o di "carenza") e sono frutto dell'*European Exchange of Information* (EoI), previste dalle Decisioni 97/101/CE e 2001/752/CE.

Media annua delle concentrazioni medie orarie giornaliere dell'ozono troposferico (O_3)

Numero medio dei giorni di superamento del valore limite della soglia di informazione dell'ozono troposferico (O_3)

Numero medio dei giorni di superamento del valore limite dell'ozono troposferico (O_3) in relazione all'obiettivo a lungo termine per la protezione della salute

Popolazione media residente per numero delle stazioni di rilevamento utilizzate ai fini della valutazione e gestione della qualità dell'aria per l'ozono troposferico (O_3)

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Popolazione media residente}}{\text{Stazioni}} \quad \text{Denominatore}$$

Validità e limiti. I dati relativi agli indicatori esaminati, disaggregati per province, sono sufficientemente affidabili ed esprimono l'entità dell'impatto sulla salute dell'ozono troposferico O_3, descrivendo un quadro della situazione nazionale riferito all'anno 2004. L'accuratezza e la precisione della misura sembrerebbero possedere, però, maggiore congruenza alle finalità proposte dall'indicatore rispetto alla stessa comparabilità spaziale e temporale dei dati, che non appaiono altrettanto adeguati. Le stazioni sono distribuite per numero, tipo o metodo di rilevazione dell'ozono troposferico O_3, in modo disomogeneo (cosa che influenza fortemente il dato di concentrazione rilevato): i dati derivano solo da 17 regioni su 20, con la maggiore densità di stazioni nel Nord rispetto al Sud. Il totale delle stazioni di monitoraggio è di 165, di cui 143 (86,7%) hanno fornito serie di dati con una copertura temporale superiore al 75%, utile per poterli utilizzare secondo la EoI. La fonte dei dati di popolazione (utilizzati per la quantificazione del rapporto popolazione residente/stazioni) è costituita dalle banche dati Istat riferita all'anno 2004.

Valore di riferimento/Benchmark. Il numero e la tipologia delle stazioni di rilevamento della qualità dell'aria per l'ozono troposferico O_3, oltre alle concentrazioni rilevate, sono indicate in funzione del territorio e della popolazione potenzialmente esposta, secondo quanto previsto dalla normativa EoI e dall'all. IV del D. Lgs. 183/2004. Sono riportati in tabella: la "Media annua delle concentrazioni medie orarie giornaliere" (valore limite di 50 $\mu g/m^3$ e di 55 $\mu g/m^3$ previsto al 2004); il "Numero medio dei giorni di superamento del valore limite della soglia di informazione dell'ozono troposferico (O_3)" (valore limite di 180 $\mu g/m^3$ per 1 ora di mediazione); il "Numero medio dei giorni di superamento del valore limite dell'ozono troposferico (O_3) "in relazione all'obiettivo a lungo termine per la protezione della salute" (valore limite di 120 $\mu g/m^3$ per 8 ore di mediazione: limite target di qualità fissato al 2010 in 25 giorni/anno da non superare nei paesi dell'EU); il "Numero delle stazioni di rilevamento dell'ozono troposferico (O_3)". Il valore medio è calcolato nelle stazioni di monitorag-

A. AZARA, U. MOSCATO, I. MURA

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 121

gio con almeno il 50% di dati validi nell'anno di riferimento. Inoltre, per ciascuna stazione è associata l'indicazione sull'utilizzo della stazione stessa da parte della regione ai fini della valutazione e gestione della qualità dell'aria ambiente, in linea con quanto previsto dalla Decisione 2004/461/CE (Direttive 96/62/CE; 1999/30/CE; 2000/69/CE; 2002/3/CE).

Descrizione dei risultati

L'analisi dei dati relativi alla "Media annua delle concentrazioni medie orarie giornaliere dell'ozono troposferico (O_3)", tenendo in debita considerazione l'estrema variabilità dei valori misurati, mostrerebbe che otto regioni (tre nel Nord: Piemonte, Valle d'Aosta, Friuli-Venezia Giulia; due nel Centro: Toscana, Lazio; tre nel Sud e Isole: Basilicata, Sicilia, Sardegna) superano il valore limite di 50 µg/m^3 di ozono troposferico O_3 ed il valore di riferimento interno della media nazionale (49 µg/m^3). Queste regioni possiedono sul loro territorio, rispetto al totale nazionale, ben il 43% (55 su 128) delle stazioni di rilevazione utilizzate per la valutazione e gestione dell'ozono troposferico (tabelle 1 e 2).

Un esame disaggregato dei dati, derivanti da 157 stazioni nelle varie province su 165 (poiché alcune di esse non hanno fornito dati significativi per il calcolo), mostra che il 50° percentile dei valori è di 47 µg/m^3, mentre il range della media delle concentrazioni varia da un minimo di 19 (Savona-Carcare 1 non utilizzata per il EoI) sino ad un massimo di 109 µg/m^3 (Rieti-Leonessa utilizzata per lo EoI); con il 59,24% delle province ad un valore inferiore rispetto al limite di 50 µg/m^3, ed il 69,43% inferiore al limite di 55 µg/m^3. Le situazioni maggiormente critiche, relativamente ai picchi massimi di concentrazione, sono state registrate nelle province di Aosta, Bolzano, Livorno, Rieti, Trento ed Udine (valori uguali o superiori a 75 µg/m^3), sebbene si debbano sempre considerare le inferenze che l'altitudine ed il "consumo" urbano di ozono da associazione con altri inquinanti primari possono determinare.

Per quanto riguarda il secondo indicatore proposto, "Numero medio dei giorni di superamento del valore limite della soglia di informazione dell'ozono troposferico (O_3)", sei regioni e la Provincia Autonoma di Trento, ovvero il 35% delle regioni e province autonome (tutte nel Nord: Lombardia, Piemonte, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Veneto; eccetto il Lazio) presentano un valore di superamento in giorni della soglia di informazione (valore di 180 µg/m^3 su di 1 ora di mediazione) maggiore rispetto alla media nazionale. È bene chiarire sin da subito che tra le possibili cause di questo superamento, oltre naturalmente al grado di emissioni dalle sorgenti di inquinamento, devono essere considerati due aspetti fondamentali: 1) la maggior parte delle regioni del Sud o non hanno centraline idonee al monitoraggio di questo inquinante e quindi non forniscono dati (Basilicata e Puglia), oppure addirittura non hanno centraline adibite al campionamento di ozono troposferico O_3 e, quindi, una "rete" di monitoraggio attiva (Campania, Molise e Calabria); 2) la maggiore densità distributiva delle centraline nel Nord potrebbe comportare un bias da eccesso "informativo" a confronto di altre regioni/province del Centro/Sud. In 143 stazioni nelle varie province (valori significativi) su 165, disaggregando di nuovo i dati, si può osservare che la mediana dei giorni di superamento della soglia di informazione è di 2 giorni, con il 75% delle stazioni che non supera i 10 giorni. Il range della media dei giorni di superamento della soglia di informazione varia da un minimo di 0 sino ad un massimo di 32 giorni (Milano-Motta Visconti utilizzata per l'EoI): con il 34,97% delle province che non ha mai superato la soglia ed il 59,44% delle province con un valore uguale od inferiore rispetto al limite di riferimento interno di 4 giorni di superamento (inteso come media nazionale delle regioni). Le situazioni maggiormente critiche, relativamente ai valori massimi delle medie dei giorni di superamento della soglia di informazione, sono state registrate nelle province di Asti, Biella, Bologna, Como, Cremona, Cuneo, Lecco, Mantova, Milano, Modena, Novara, Parma, Pavia, Piacenza, Pordenone, Rieti, Roma, Torino, Trento, Udine, Varese e Verona (valori uguali o superiori al 75° percentile dei valori, ovvero oltre i 10 giorni di superamento).

Per quanto riguarda il "Numero medio dei giorni di superamento del valore limite dell'ozono troposferico (O_3) in relazione all'obiettivo a lungo termine per la protezione della salute", considerando sempre i limiti prima esposti, otto regioni e la Provincia Autonoma di Trento, ovvero il 45% delle regioni e Province Autonome (Nord: Piemonte, Lombardia, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Veneto, Valle d'Aosta; Centro: Lazio, Toscana) presentano un valore di superamento in giorni della soglia di tutela a lungo termine per la protezione della salute (valore di 120 µg/m^3 su 8 ore) maggiore rispetto alla media nazionale di 29 giorni. Si noti che anche in questo caso alcune regioni (Basilicata e Puglia) non hanno centraline idonee al monitoraggio di questo inquinante e quindi non forniscono dati; oppure non hanno centraline adibite al campionamento di ozono troposferico O_3 e, quindi, una "rete" di monitoraggio attiva (Campania, Molise e Calabria).

In 143 stazioni nelle varie province (valori significativi) su 165, disaggregando ulteriormente i dati, si può osservare che la mediana dei giorni di superamento della soglia di tutela della salute è di 29 giorni, con il 75% delle stazioni che non supera i 61 giorni. Il range della media dei giorni di superamento della soglia di tutela della salute varia da un minimo di 0 sino ad un massimo di 216 giorni (nuovamente Rieti-Leonessa utilizzata per lo EoI): con il 16,78% delle province che

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 122

non ha mai superato la soglia; il 48,25% delle province ad un valore uguale od inferiore rispetto al limite di riferimento inteso come obiettivo di qualità al 2010 di 25 giorni; ed il 51,05% delle province ad un valore uguale od inferiore rispetto al limite di riferimento interno di 29 giorni di superamento della soglia (inteso come media nazionale delle regioni e mediana delle stesse province). Le situazioni maggiormente critiche, relativamente ai valori massimi delle medie dei giorni di superamento della soglia di tutela della salute, sono state registrate nelle province di Aosta, Asti, Biella, Bologna, Cremona, Cuneo, Lecco, Livorno, Mantova, Milano, Modena, Novara, Parma, Piacenza, Pordenone, Prato, Rieti, Roma, Torino, Trento, Udine, Varese e Verona (valori uguali o superiori al 75° percentile dei valori ovvero oltre i 61 giorni di superamento). Si noti come, tranne alcune variazioni, la criticità sia praticamente la stessa per i due indicatori nelle varie province italiane.

L'analisi delle stazioni di rilevamento nelle varie regioni italiane indicherebbe la disomogeneità della loro distribuzione sul territorio nazionale e confermerebbe la variabilità dei dati osservati, oltre a ribadire come il numero delle postazioni di misura appaia comunque appena sufficiente se riferito al rapporto "Popolazione media residente per numero delle stazioni di rilevamento dell'ozono troposferico (O_3)".

Il numero totale delle stazioni utilizzate in Italia per il computo di mediazione delle concentrazioni di ozono troposferico O_3 secondo lo EoI è di 128 stazioni su 165 dichiarate. La media nazionale di riferimento, se tutte le regioni avessero un ugual numero di stazioni, è di 7 stazioni utili, con una copertura per popolazione residente di 372.977 abitanti per ogni stazione. In realtà le regioni dotate di un numero maggiore di stazioni rispetto al riferimento della media nazionale sono cinque e tutte al Nord (Lombardia, Piemonte, Friuli-Venezia Giulia, Trentino-Alto Adige, Veneto) con la sola Provincia Autonoma di Trento che rispetta questo standard di riferimento. Le già citate tre regioni meridionali (Calabria, Campania e Molise) non hanno al 2004 nessuna centralina utile al monitoraggio, per cui non hanno alcuna conoscenza dell'eventuale impatto sull'ambiente e sulla salute della loro popolazione che l'ozono troposferico O_3 possa eventualmente provocare direttamente o, indirettamente, in associazione con altri inquinanti atmosferici. Tale dato è un chiaro indicatore di carenza, in quanto è prevedibile che ogni azione tesa a prevenire o bonificare eventuali situazioni di rischio per la popolazione non sono suffragate da evidenze oggettive o scientifiche in area territoriale locale. Qualora poi si osservi la distribuzione delle stazioni in funzione del numero di persone residenti nelle varie regioni (dato che soffre dell'eventuale localizzazione preferenziale nei centri urbani delle centraline, tanto che la conoscenza del fenomeno in aree rurali è spesso solo ottenuta da centraline uniche utilizzate come riferimento interno) si può notare come alcune regioni confermino il grado di copertura efficace analizzato attraverso il numero grezzo delle stazioni utilizzate (Piemonte, Friuli-Venezia Giulia, Trentino-Alto Adige, sia per la Provincia Autonoma di Trento che per quella di Bolzano), aggiungendosi a queste altre regioni del Nord (Valle d'Aosta e Liguria), del Centro (Abruzzo), del Sud (Basilicata e Puglia) e Insulari (Sardegna). Il range di copertura della popolazione residente va da un minimo di 30.277 persone/stazione di monitoraggio in Valle d'Aosta ad un massimo di 2.486.064 persone/stazione di monitoraggio in Sicilia. Questo dato, in particolare, evidenzia la notevole discrepanza esistente nel numero delle stazioni di campionamento e nella loro distribuzione sul territorio, dove la differenza tra l'entità del monitoraggio effettuato nelle regioni/province del Nord e del Centro risulta a volte "abissale" rispetto in particolare alle regioni/province del Sud o delle Isole (con le dovute eccezioni di Basilicata, Puglia e Sardegna), e difficilmente colmabile nel breve o medio periodo.

Confronto internazionale

Un *Technical Report* nell'anno 2007 dell'EEA (*European Environment Agency*) riporta dati ancora non pubblicati in Italia, con un confronto delle concentrazioni e dei giorni di superamento delle soglie riferito all'anno 2006 per i paesi dell'EU compresa l'Italia. Da questo Report si evince che: 1) episodi di massima concentrazione di ozono troposferico O_3 si sono verificati nel 2006 in Italia (370 $\mu g/m^3$) ed in altri paesi (10 superamenti per concentrazioni tra 300 e 360 $\mu g/m^3$ in Austria, Francia, Italia, Portogallo e Spagna oltre alla Romania); 2) nei paesi dell'UE la quota dei superamenti nelle stazioni della soglia di informazione è stata pari al 68% nel 2003, al 35% nel 2004, al 42% nel 2005 e al 56% nel 2006. Tali superamenti si sono verificati in molte aree dell'Europa ma, fondamentalmente, nel Nord Italia, nel Sud Francia, in Germania, nel Regno Unito e nei Balcani; 3) nei paesi dell'UE la quota dei superamenti nelle stazioni della soglia obiettivo a lungo termine per la protezione della salute umana è stata pari al 70% nel 2004, al 86% nel 2005 e all'85% nel 2006. Tali superamenti si sono verificati in molte aree dell'Europa con un range nel 2006 che va da 2 a Malta a 178 giorni in Italia. In tutta Europa non vi è mai stato un giorno senza il superamento della soglia obiettivo di salute; 4) il superamento della soglia obiettivo di qualità per la protezione della salute a lungo termine (in vigore dal 2010) si è verificato nel 19% delle stazioni UE nel 2004; 30% nel 2005 e 42% nel 2006 in 17 paesi dell'UE (tra cui l'Italia).

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 123

Tabella 1 - *Media annua delle concentrazioni medie orarie giornaliere (50 µg/m³ e 55 µg/m³ previsto al 2004), Numero medio dei giorni di superamento del valore limite della soglia di informazione dell'ozono troposferico (180 µg/m³ O_3 su un periodo di mediazione di 1 ora), Numero medio dei giorni di superamento del valore limite dell'ozono troposferico O_3 in relazione all'obiettivo a lungo termine per la protezione della salute (120 µg/m³ O_3 su un periodo di mediazione di 8 ore), Popolazione media residente per Numero delle stazioni di monitoraggio utilizzate ai fini della valutazione e gestione della qualità dell'aria ambiente da ozono troposferico O_3, disaggregate per regioni – Anno 2004*

Regioni	Media annua delle concentrazioni medie giornaliere (50 µg/m³ - 55 µg/m³ al 2004)	Numero medio giorni di superamento della soglia di Informazione O_3 > 180 per 1 ora (µg/m³)	Numero medio dei giorni di superamento del valore limite in relazione all'Obiettivo a Lungo termine per la Protezione della Salute O_3 > 120 per 8 ore (µg/m³)	Numero stazioni utilizzate per O_3 sul totale	Popolazione media residente per numero delle stazioni di rilevamento
Piemonte	52	13	82	14	302.239
Valle d'Aosta	60	3	31	4	30.227
Lombardia	47	14	60	23	396.027
Trentino-Alto Adige	46	4	25	11	86.409
Bolzano-Bozen	*43*	*1*	*5*	*4*	*213.725*
Trento	*49*	*5*	*45*	*7*	*104.844*
Veneto	45	5	39	7	653.916
Friuli-Venezia Giulia	52	6	36	13	91.661
Liguria	44	0	1	6	262.033
Emilia-Romagna	41	9	50	6	671.701
Toscana	54	1	45	6	586.047
Umbria	36	0	0	1	834.212
Marche	44	0	0	1	1.484.598
Lazio	53	5	48	6	857.635
Abruzzo	42	1	1	4	318.321
Molise	-	-	-	-	-
Campania	-	-	-	-	-
Puglia	49	*	*	3	302.881
Basilicata	64	*	*	4	149.205
Calabria	-	-	-	-	-
Sicilia	56	0	16	2	2.486.064
Sardegna	62	0	9	6	272.941
Italia	**49**	**4**	**29**	**128**	**372.977**

O_3 = Ozono troposferico.
*Dato non significativo.
- = Dato mancante o stazioni assenti nella regione.

Fonte dei dati e anno di riferimento: APAT, SINAnet Rete del Sistema Informativo Nazionale Ambientale. Anno 2006.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 124

Tabella 2 - *Media annua delle concentrazioni medie orarie giornaliere (50 µg/m³ e 55 µg/m³ previsto al 2004), Numero medio dei giorni di superamento del valore limite della soglia di informazione dell'ozono troposferico (180 µg/m³ O_3 su un periodo di mediazione di 1 ora), Numero medio dei giorni di superamento del valore limite dell'ozono troposferico O_3 in relazione all'obiettivo a lungo termine per la protezione della salute (120 µg/m³ O_3 su un periodo di mediazione di 8 ore), Stato di utilizzo delle stazioni di monitoraggio ai fini della valutazione e gestione della qualità dell'aria ambiente da ozono troposferico O_3, disaggregate per regioni e province – Anno 2004*

Regioni/Province	Valore medio annuo medie orarie giornaliere (50 µg/m³ - 55 µg/m³ al 2004)	Numero medio giorni di superamento della soglia di Informazione O_3>180 per 1 ora (µg/m³)	Numero medio giorni di superamento della soglia di Obiettivo a Lungo Termine per la Protezione della Salute O_3 > 120 per 8 ore (µg/m³)	Stato di utilizzo Stazioni di monitoraggio O_3 secondo specifiche EoI
Piemonte	**52**	**13**	**82**	**14**
Asti	53	14	99	si
Asti	63	18	109	si
Biella	57	9	79	si
Biella	53	15	77	si
Cuneo	29	10	84	si
Cuneo	58	11	67	si
Cuneo	59	2	71	si
Novara	53	20	107	si
Novara	73	27	104	si
Torino	45	11	84	si
Torino	43	10	54	si
Torino	*	*	*	si
Torino	43	15	85	si
Vercelli	49	2	44	si
Valle d'Aosta	**60**	**3**	**31**	**4**
Aosta	64	7	114	si
Aosta	44	0	6	si
Aosta	59	7	0	si
Aosta	75	0	3	si
Lombardia	**47**	**14**	**60**	**23**
Varese	55	26	78	si
Varese	47	24	87	si
Lecco	46	13	41	si
Lecco	62	30	91	si
Como	42	25	58	si
Sondrio	72	*	*	si
Milano	58	30	112	si
Milano	42	12	61	si
Milano	34	1	17	si
Milano	43	5	52	si
Milano	54	32	118	si
Milano	42	15	73	si
Milano	50	16	74	si
Bergamo	41	3	15	si
Brescia	30	1	1	si
Brescia	48	1	16	si
Brescia	49	*	*	si
Brescia	37	1	21	si
Pavia	41	12	49	si
Cremona	49	8	91	si
Cremona	48	17	89	si
Mantova	41	7	47	si
Mantova	48	13	79	si
Trentino-Alto Adige	**46**	**4**	**25**	**14**
Bolzano-Bozen	*33*	*0*	*7*	*si*
Bolzano-Bozen	*34*	*0*	*1*	*no*
Bolzano-Bozen	*40*	*1*	*24*	*si*
Bolzano-Bozen	*39*	*0*	*1*	*si*

.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 125

Tabella 2 - (segue) *Media annua delle concentrazioni medie orarie giornaliere (50 µg/m³ e 55 µg/m³ previsto al 2004), Numero medio dei giorni di superamento del valore limite della soglia di informazione dell'ozono troposferico (180 µg/m³ O_3 su un periodo di mediazione di 1 ora), Numero medio dei giorni di superamento del valore limite dell'ozono troposferico O_3 in relazione all'obiettivo a lungo termine per la protezione della salute (120 µg/m³ O_3 su un periodo di mediazione di 8 ore), Stato di utilizzo delle stazioni di monitoraggio ai fini della valutazione e gestione della qualità dell'aria ambiente da ozono troposferico O_3, disaggregate per regioni e province – Anno 2004*

Regioni/Province	Valore medio annuo medie orarie giornaliere (50 µg/m³ - 55 µg/m³ al 2004)	Numero medio giorni di superamento della soglia di Informazione O_3>180 per 1 ora (µg/m³)	Numero medio giorni di superamento della soglia di Obiettivo a Lungo Termine per la Protezione della Salute O_3 > 120 per 8 ore (µg/m³)	Stato di utilizzo Stazioni di monitoraggio O_3 secondo specifiche EoI
Bolzano-Bozen	*90*	*7*	*0*	*si*
Bolzano-Bozen	*36*	*0*	*4*	*no*
Bolzano-Bozen	*31*	*0*	*0*	*no*
Trento	*41*	*3*	*36*	*si*
Trento	*40*	*0*	*12*	*si*
Trento	*90*	*12*	*101*	*si*
Trento	*43*	*7*	*49*	*si*
Trento	*48*	*1*	*32*	*si*
Trento	*36*	*7*	*33*	*si*
Trento	*47*	*5*	*51*	*si*
Veneto	**45**	**5**	**39**	**8**
Verona	41	13	66	si
Belluno	44	4	47	si
Treviso	49	*	*	no
Vicenza	43	3	29	si
Venezia	40	0	10	si
Padova	43	4	29	si
Padova	53	8	46	si
Rovigo	44	6	43	si
Friuli-Venezia Giulia	**52**	**6**	**36**	**23**
Udine	45	2	25	si
Udine	37	1	13	si
Udine	48	2	26	si
Udine	46	2	23	no
Udine	46	2	16	no
Udine	55	17	93	no
Udine	64	13	0	no
Udine	46	0	27	no
Udine	51	3	32	no
Udine	51	2	38	no
Udine	69	28	93	no
Udine	79	*	*	si
Udine	78	2	32	no
Gorizia	36	0	8	si
Gorizia	60	3	31	si
Gorizia	52	2	30	si
Gorizia	49	9	45	si
Trieste	67	5	52	si
Trieste	*	*	*	si
Trieste	31	*	*	no
Pordenone	36	4	12	si
Pordenone	42	6	37	si
Pordenone	56	17	91	si
Liguria	**44**	**0**	**1**	**15**
Savona	37	0	0	si
Savona	48	0	0	no
Savona	39	0	0	no
Savona	49	0	0	no
Savona	19	0	0	no

.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 126

Tabella 2 - (segue) *Media annua delle concentrazioni medie orarie giornaliere (50 µg/m³ e 55 µg/m³ previsto al 2004), Numero medio dei giorni di superamento del valore limite della soglia di informazione dell'ozono troposferico (180 µg/m³ O_3 su un periodo di mediazione di 1 ora), Numero medio dei giorni di superamento del valore limite dell'ozono troposferico O_3 in relazione all'obiettivo a lungo termine per la protezione della salute (120 µg/m³ O_3 su un periodo di mediazione di 8 ore), Stato di utilizzo delle stazioni di monitoraggio ai fini della valutazione e gestione della qualità dell'aria ambiente da ozono troposferico O_3, disaggregate per regioni e province – Anno 2004*

Regioni/Province	Valore medio annuo medie orarie giornaliere (50 µg/m³ - 55 µg/m³ al 2004)	Numero medio giorni di superamento della soglia di Informazione O_3>180 per 1 ora (µg/m³)	Numero medio giorni di superamento della soglia di Obiettivo a Lungo Termine per la Protezione della Salute O_3 > 120 per 8 ore (µg/m³)	Stato di utilizzo Stazioni di monitoraggio O_3 secondo specifiche EoI
Savona	60	0	0	si
Savona	49	0	0	no
Savona	54	0	0	no
Savona	40	0	0	no
Genova	52	0	0	si
Genova	37	0	6	si
Genova	54	0	7	no
Genova	58	0	0	si
La Spezia	26	0	0	no
La Spezia	44	0	2	si
Emilia-Romagna	**41**	**9**	**50**	**12**
Piacenza	32	4	31	no
Piacenza	37	9	40	si
Piacenza	42	16	65	no
Modena	33	3	80	no
Parma	49	18	79	si
Modena	34	4	35	no
Modena	38	11	51	si
Bologna	47	11	40	si
Bologna	73	6	109	no
Bologna	37	18	17	no
Ferrara	27	0	0	si
Forlì-Cesena	47	9	47	si
Toscana	**54**	**1**	**45**	**6**
Prato	59	4	66	si
Firenze	40	0	11	si
Firenze	61	1	55	si
Firenze	37	0	4	si
Livorno	80	4	118	si
Pisa	45	0	14	si
Umbria	**36**	**0**	**0**	**2**
Perugia	32	*	*	no
Perugia	40	0	0	si
Marche	**44**	**0**	**0**	**5**
Ancona	45	*	*	si
Ancona	40	*	*	no
Ancona	61	0	0	no
Ancona	51	1	1	no
Ancona	23	0	0	no
Lazio	**53**	**5**	**48**	**12**
Rieti	109	17	216	si
Rieti	*	*	*	si
Roma	*	*	*	no
Roma	53	1	7	si
Roma	37	5	21	no
Roma	36	0	14	no
Roma	47	5	41	no
Roma	24	0	0	no
Roma	66	11	85	si

.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 127

Tabella 2 - (segue) *Media annua delle concentrazioni medie orarie giornaliere (50 µg/m³ e 55 µg/m³ previsto al 2004), Numero medio dei giorni di superamento del valore limite della soglia di informazione dell'ozono troposferico (180 µg/m³ O_3 su un periodo di mediazione di 1 ora), Numero medio dei giorni di superamento del valore limite dell'ozono troposferico O_3 in relazione all'obiettivo a lungo termine per la protezione della salute (120 µg/m³ O_3 su un periodo di mediazione di 8 ore), Stato di utilizzo delle stazioni di monitoraggio ai fini della valutazione e gestione della qualità dell'aria ambiente da ozono troposferico O_3, disaggregate per regioni e province – Anno 2004*

Regioni/Province	Valore medio annuo medie orarie giornaliere (50 µg/m³ - 55 µg/m³ al 2004)	Numero medio giorni di superamento della soglia di Informazione O_3>180 per 1 ora (µg/m³)	Numero medio giorni di superamento della soglia di Obiettivo a Lungo Termine per la Protezione della Salute O_3 > 120 per 8 ore (µg/m³)	Stato di utilizzo Stazioni di monitoraggio O_3 secondo specifiche EoI
Roma	39	10	47	si
Roma	42	5	49	si
Frosinone	74	0	0	no
Abruzzo	**42**	**1**	**1**	**5**
Pescara	41	1	1	si
Pescara	42	1	1	no
Chieti	27	*	*	si
Chieti	*	*	*	si
Chieti	57	*	*	si
Puglia	**49**	*	*	**3**
Brindisi	61	*	*	si
Taranto	30	*	*	si
Bari	55	*	*	si
Basilicata	64	*	*	4
Potenza	*	*	*	si
Potenza	*	*	*	si
Potenza	*	*	*	si
Potenza	64	*	*	si
Sicilia	**56**	**0**	**16**	**2**
Palermo	74	0	32	si
Palermo	38	0	0	si
Sardegna	**62**	**0**	**9**	**13**
Nuoro	63	0	12	si
Nuoro	55	0	20	no
Nuoro	62	0	25	si
Cagliari	65	0	8	no
Cagliari	66	0	9	no
Cagliari	62	0	4	si
Cagliari	59	0	2	no
Cagliari	59	1	13	si
Cagliari	70	0	15	no
Cagliari	53	0	8	si
Cagliari	53	0	0	no
Cagliari	65	0	3	no
Cagliari	68	0	2	si

*La numerosità dei dati non consente il calcolo del parametro statistico.

Fonte dei dati e anno di riferimento: APAT, SINAnet Rete del Sistema Informativo Nazionale Ambientale.Anno 2006.

Raccomandazioni di Osservasalute

Dall'esame di questi dati, si evince che permangono a tutt'oggi differenti lacune nella copertura (e nella disponibilità delle informazioni) sul territorio nazionale, in particolare relativamente all'Italia meridionale e insulare. Perciò la disomogeneità della distribuzione delle stazioni di monitoraggio esistente sul territorio e la solo parziale esistenza di un sistema armonizzato di produzione, raccolta e diffusione delle informazioni configurano i diversi indicatori esaminati come indicatori di carenza più che di stato o di pressione ed esprimono l'esigenza di un maggiore e più appropriato intervento coordinato degli Enti preposti alla salvaguardia dell'ambiente e della salute della popolazione. Ciò in forza anche dell'evidente ritardo che si è accumulato, in molti paesi industrializzati e in molti paesi dell'EU, relativamente alle istanze normative ed alle azioni di prevenzione da intraprendere

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 128

verso questo inquinante. In particolare in Italia, dove le peculiarità oro-geografiche e climatiche, oltre che il livello di inquinamento dei precursori o degli interferenti chimici dell'O_3, favoriscono i picchi di concentrazione rilevati. L'incremento delle stazioni di rilevamento, una migliore strategia di localizzazione dei siti di misura, l'implementazione della ricerca sulle caratteristiche e gli effetti dell'inquinante, una maggiore interazione multi e pluridisciplinare tra enti preposti alla valutazione ambientale e quelli alla tutela della salute, dovrebbero essere gli obiettivi da perseguire con una programmazione strategica di medio-lungo periodo, per evitare che l'O_3 possa divenire "un problema".

Riferimenti bibliografici

(1) Agenzia per la Protezione dell'Ambiente e per i servizi Tecnici, Annuario dei dati ambientali, Atmosfera, 2006.
(2) Istat, Dati demografici della popolazione, 2004.
(3) http://www.sinanet.apat.it/it/.
(4) http://etc-acc.eionet.europa.eu/databases/airbase.html.
(5) http://www.apat.gov.it/site/it-IT/Servizi_per_l'Ambiente/Dati_di_Qualita'_dell'aria/.
(6) http://air- climate.eionet.eu.int/databases/airbase/index_html.
(7) http://www.brace.sinanet.apat.it/web/struttura.html.
(8) European Environment Agency (EEA). Air pollution by ozone in Europe in summer 2006. Technical report No 5/2007. Copenaghen, 2007.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 129

Inquinamento da Benzene (C_6H_6)

Significato. Il benzene (C_6H_6), è un inquinante a prevalente componente primaria, le cui principali sorgenti di emissione sono tutti i veicoli alimentati a benzina, gli impianti di raffinazione, stoccaggio e distribuzione dei combustibili, i processi di combustione in generale che utilizzino derivati del petrolio ed infine solventi o vernici che ancora abbiano come componente base il benzene (C_6H_6). Il benzene (C_6H_6) è un potente tossico con effetti acuti e cronici sul sistema nervoso, epatico e renale ed è, fondamentalmente, un oncogeno con capacità induttiva di anemie aplastiche e processi linfomieloproliferativi neoplastici.
Gli indicatori proposti sono atti a valutare le emissioni in atmosfera, la distribuzione e l'evoluzione temporale del benzene (C_6H_6) (Indicatori di pressione o di esposizione della popolazione), lo stato dell'ambiente atmosferico (Indicatori di stato), la situazione delle stazioni di monitoraggio in Italia (Indicatori di risposta o di "carenza) e sono frutto dell'European Exchange of Information (EoI), previsti dalle Decisioni 97/101/CE e 2001/752/CE.

Media annua delle concentrazioni medie giornaliere del benzene (C_6H_6)

Popolazione media residente per numero delle stazioni di rilevamento utilizzate ai fini della valutazione e gestione della qualità dell'aria per il benzene (C_6H_6)

Numeratore	Popolazione media residente
Denominatore	Numero di stazioni

Validità e limiti. I dati relativi agli indicatori esaminati, disaggregati per province, sono affidabili ed esprimono l'entità dell'impatto sulla salute del benzene (C_6H_6), descrivendo un quadro della situazione nazionale riferito all'anno 2004. L'accuratezza e la precisione della misura sembrerebbero possedere, però, maggiore congruenza alle finalità proposte dall'indicatore rispetto alla stessa comparabilità spaziale e temporale dei dati, che non appaiono altrettanto adeguati. Le stazioni sono distribuite per numero, tipo o metodo di rilevazione del benzene (C_6H_6), in modo disomogeneo (cosa che influenza fortemente il dato di concentrazione rilevato): i dati derivano solo da 15 regioni su 20, con la maggiore densità di stazioni nel Nord rispetto al Sud, con l'eccezione fondamentalmente della Sardegna (9 stazioni). Il totale delle stazioni di monitoraggio è di 78, di cui 59 (75,6%) in 13 regioni hanno fornito serie di dati con una copertura temporale almeno pari o superiore al 75%, utile per poterli impiegare secondo la EoI. Tale criterio, valido per l'EoI in quanto garantisce una sufficiente copertura temporale unita ad una più che sufficiente rappresentatività del territorio nazionale, risulta però meno stringente rispetto alla legislazione attualmente in vigore in Italia in merito (D.M. 60/02). I valori della media di concentrazione sono calcolati solo per quelle stazioni di monitoraggio che abbiano garantito una copertura temporale minima del 50%. La fonte dei dati di popolazione (utilizzati per la quantificazione del rapporto popolazione residente/stazioni) è costituita dalle banche dati Istat riferita all'anno 2004.

Valore di riferimento/Benchmark. Il numero e la tipologia delle stazioni di rilevamento della qualità dell'aria per il benzene (C_6H_6), oltre alle concentrazioni rilevate, sono indicate in funzione del territorio e della popolazione potenzialmente esposta, secondo quanto previsto dalla normativa EoI, dal D. Lgs. 351/99 e dal D.M. 60/02. Tali decreti hanno come obiettivo la valutazione della qualità dell'aria ambiente attraverso la verifica del rispetto dei valori limite. Il limite in vigore all'anno 2004 (cui i dati sono riferiti) deriva dalla Direttiva 2000/69/CE, entrata in obbligatorietà il 13/12/2000 e recepita dal citato D.M. 60/02, ed è di 10 $\mu g/m^3$ di benzene (C_6H_6). Tale limite è costituito dal valore limite che deve entrare in vigore dal 01/01/2010 (5 $\mu g/m^3$ di benzene (C_6H_6) aumentato del 100% di tolleranza (5 $\mu g/m^3$ di benzene (C_6H_6)) come prevede la Direttiva. La tolleranza è iniziata a decrescere secondo una percentuale annua costante a partire dall'01/01/2006, per giungere allo 0% all' 01/01/2010, quando il limite sarà solo, appunto, di 5 $\mu g/m^3$ di benzene (C_6H_6).
Sono riportati in tabella: la "Media annua delle concentrazioni medie giornaliere di benzene (C_6H_6)" ed il "Numero delle stazioni di rilevamento del benzene (C_6H_6)". Inoltre, per ciascuna stazione è associata l'indicazione sull'utilizzo della stazione stessa da parte della regione ai fini della valutazione e gestione della qualità dell'aria ambiente, in linea con quanto previsto dalla Decisione 2004/461/CE (Direttive 96/62/CE; 1999/30/CE; 2000/69/CE; 2002/3/CE).

A. AZARA, U. MOSCATO, I. MURA

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 130

Descrizione dei risultati

L'analisi dei dati relativi al trend 2002-2004 della "Media annua delle concentrazioni medie giornaliere del benzene (C_6H_6)", tenendo in debita considerazione l'estrema variabilità dei valori misurati, mostrerebbe che quattro regioni più la Provincia Autonoma di Bolzano (tre nel Nord: Lombardia, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna; una nelle Isole: Sardegna) tendono ad avere un aumento medio dei valori del 2004 rispetto al 2003. Tutte le altre regioni tenderebbero ad avere trend in diminuzione o, quantomeno, uguale negli anni analizzati. Nel complesso dell'Italia, il trend sembrerebbe essere nuovamente in aumento (3,9 $\mu g/m^3$ di benzene al 2004), nonostante una diminuzione nel 2003 (3,5 $\mu g/m^3$) rispetto al 2002 (4,7 $\mu g/m^3$) (tabelle 1 e 2).

Il valore limite di 10 $\mu g/m^3$ di benzene al 2004, non è raggiunto da nessuna regione, se si considera l'insieme delle province di ognuna. Se poi si considera addirittura che, eccettuata la Lombardia (7,6 $\mu g/m^3$) e la Sicilia (5,7 $\mu g/m^3$), tutte le altre regioni (86,7%) presentano valori limite inferiori a quanto previsto dalla Direttiva 2000/69/CE, che fissa a 5 $\mu g/m^3$ la soglia al 01/01/2010, risulta comprensibile come il 60,0% delle regioni sia ad un valore inferiore alla media nazionale di riferimento. Un esame disaggregato dei dati nel 2004, derivanti da 59 stazioni nelle varie province su 78 (poiché alcune di esse non hanno fornito dati significativi per il calcolo), mostra che il 50° percentile dei valori è di 3 $\mu g/m^3$, mentre il range della media delle concentrazioni varia da un minimo di 1 sino ad un massimo di 14 $\mu g/m^3$ (Bologna-San Felice utilizzata per lo EoI). Il 93,2% delle stazioni di monitoraggio provinciali è ad un valore inferiore o tutto al più uguale rispetto al limite di 10 $\mu g/m^3$ (le più critiche in tal senso sono Bologna-San Felice; Modena-Nonantolana; Parma-Prvtria; Palermo-Di Blasi); mentre il 78,0% delle stazioni di monitoraggio ha campionato nel 2004 concentrazioni di benzene già ad un limite inferiore od uguale a 5 $\mu g/m^3$.

L'analisi delle stazioni di rilevamento nelle varie regioni italiane indicherebbe la disomogeneità della loro distribuzione sul territorio nazionale, oltre a dover ribadire come il numero delle postazioni di misura appaia comunque ampiamente insufficiente se riferito al rapporto "Popolazione media residente per numero delle stazioni di rilevamento del benzene (C_6H_6)".

Il numero totale delle stazioni utilizzate in Italia per il computo di mediazione delle concentrazioni di ozono troposferico O_3 secondo lo EoI è di 59 stazioni su 78 dichiarate. La media nazionale di riferimento, se tutte le regioni avessero un ugual numero di stazioni, è di 4 stazioni utili, con una copertura per popolazione residente di 809.170 abitanti per ogni stazione. In realtà le regioni dotate di un numero uguale o maggiore di stazioni utili per lo EoI rispetto al riferimento della media nazionale sono sei di cui cinque al Nord (Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Piemonte) ed una al Centro (Lazio).

Ben sette sono le regioni che per differenti motivi non forniscono dati utili per l'EoI e per la valutazione dell'impatto ambientale e sulla salute, del benzene atmosferico: Basilicata, Calabria, Campania, Marche, Molise, Puglia, Umbria. Tale dato è un chiaro indicatore di carenza, in quanto è prevedibile che ogni azione tesa a prevenire o bonificare eventuali situazioni di rischio per la popolazione non sono suffragate da evidenze oggettive o scientifiche a livello locale. Difficilmente gli Enti e le Autorità locali in queste regioni possono essere in grado di attuare una gestione ambientale ed una tutela della salute efficiente ed efficace in relazione al benzene atmosferico. Ci sarebbe da chiedersi poi, qualora attuassero eventuali "blocchi del traffico" od altri atti di prevenzione ambientale in base a questo parametro, come ciò possa essere "giustificato".

Qualora poi, si osservi la distribuzione delle stazioni in funzione del numero di persone residenti nelle varie regioni (dato che soffre dell'eventuale localizzazione preferenziale nei centri urbani delle centraline, tale che la conoscenza del fenomeno in aree rurali è spesso solo ottenuta da centraline uniche utilizzate come riferimento interno) si può notare come la media della popolazione realmente servita dalle centraline sia, in media nazionale, di 744.351 persone per ogni stazione utile all'EoI. Ipotizzando un'area di "vicinaggio" (zona utile di campionamento intorno alla centralina) anche di qualche migliaio di metri quadrati, il dato di copertura sembra insufficiente a garantire una reale conoscenza del fenomeno di inquinamento atmosferico da benzene se da correlarsi con lo stato di esposizione della popolazione e con gli effetti sulla salute.

Il range di copertura della popolazione residente va da un minimo di 120.909 persone/stazione di monitoraggio in Valle d'Aosta ad un massimo di 2.288.705 persone/stazione di monitoraggio nel Veneto. Questo dato, in particolare, evidenzia la notevole discrepanza esistente nel numero delle stazioni di campionamento e nella loro distribuzione sul territorio, sebbene la differenza tra l'entità del monitoraggio effettuato nelle regioni/province del Nord, del Centro o del Sud e nelle Isole non configuri una reale disparità nella gestione delle stazioni. Si consideri, infatti, che tre regioni nel Nord (Lombardia, Piemonte, Veneto) una nel Centro (Toscana) ed una nel Sud (Sicilia) superano il rapporto popolazione esposta/stazioni della media nazionale. È bene ancora ricordare, comunque, che tre regioni nel Centro (Marche, Molise, Umbria) e quattro nel Sud (Basilicata, Calabria, Campania, Puglia) non forniscono dati utili alla valutazione e gestione ambientale dell'inquinamento da benzene o non possiedono stazioni di monitoraggio.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 131

Tabella 1 - *Media annua delle concentrazioni medie giornaliere (10 µg/m3 previsto al 2004), Popolazione media residente per Numero delle stazioni di monitoraggio utilizzate ai fini della valutazione e gestione della qualità dell'aria ambiente da benzene (C_6H_6) per regioni – Anno 2004*

Regioni	Media annua delle concentrazioni medie giornaliere di Benzene (10 µg/m^3 al 2004)			Trend 2002-2004	Numero delle stazioni di rilevamento del Benzene (C_6H_6)	Popolazione media residente per numero delle stazioni di rilevamento di Benzene
	2002	2003	2004			
Piemonte	4,0	3,0	2,0	↓	5	846.269
Valle d'Aosta	5,0	5,0	4,0	↓	1	120.909
Lombardia	6,0	3,3	3,4	↓↑	7	1.301.230
Trentino-Alto Adige	4,0	3,3	3,3	↓=	3	316.832
Bolzano-Bozen	*2,0*	*3,0*	*3,0*	=↑	*2*	*427.451*
Trento	*6,0*	*4,0*	*4,0*	↓=	*1*	*733.908*
Veneto	-	-	3,0	-	2	2.288.705
Friuli-Venezia Giulia	-	2,4	2,8	↑	7	170.228
Liguria	3,7	3,6	3,5	↓	4	393.050
Emilia-Romagna	3,8	2,4	7,6	↑	7	575.744
Toscana	2,8	2,0	2,0	↓=	3	1.172.094
Umbria	5,0	-	-	-	-	-
Marche	-	-	-	-	-	-
Lazio	6,2	4,6	4,5	↓	8	643.226
Abruzzo	8,5	5,7	4,3	↓	3	424.428
Molise	-	-	-		-	-
Campania	-	-	-		-	-
Puglia	-	-	-		-	-
Basilicata	-	-	-		-	-
Calabria	-	-	-		-	-
Sicilia	5,7	5,7	5,7	=	3	1.657.376
Sardegna	1,0	1,3	2,7	↑	3	545.881
Italia	**4,7**	**3,5**	**3,9**	↓↑	**59**	**744.351**

O_3 = Ozono troposferico.
*Dato non significativo.
- = Dato mancante o stazioni assenti nella regione.

Fonte dei dati e anno di riferimento: APAT – SINAnet Rete del Sistema Informativo Nazionale Ambientale. Anno 2006.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 132

Tabella 2 - *Media annua delle concentrazioni medie giornaliere (10 µg/m³ previsto al 2004) stato di utilizzo delle stazioni di monitoraggio utilizzate ai fini della valutazione e gestione della qualità dell'aria ambiente da benzene (C_6H_6) per regioni e province – Anni 2002-2004*

Regioni/Province	Media annua delle concentrazioni medie giornaliere di Benzene (10 µg/m³ al 2004) 2002	2003	2004	Stato di utilizzo Stazioni di monitoraggio Benzene secondo specifiche EoI
Piemonte	**4,0**	**3,0**	**2,0**	
Verbano-Cusio-Ossola	-	-	-	-
Cuneo	-	-	1	si
Cuneo	-	-	1	si
Asti	-	-	1	si
Torino	7	5	5	si
Biella	1	1	2	si
Valle d'Aosta	**5,0**	**5,0**	**4,0**	
Aosta	5	5	4	si
Lombardia	**6,0**	**3,3**	**3,4**	
Como	5	-	-	-
Milano	7	5	4	si
Milano	-	-	4	si
Pavia	-	2	5	si
Cremona	-	2	1	si
Mantova	-	4	3	si
Trentino-Alto Adige	**4,0**	**3,3**	**3,3**	
Bolzano-Bozen	*-*	*2*	*3*	*si*
Bolzano-Bozen	*-*	*3*	*3*	*si*
Bolzano-Bozen	*2*	*4*	*3*	*no*
Trento	*6*	*4*	*4*	*si*
Veneto	**-**	**-**	**3,0**	
Venezia	-	-	2	si
Venezia	-	-	4	si
Friuli-Venezia Giulia	**-**	**2,4**	**2,8**	
Udine	-	3	4	si
Udine	-	2	3	si
Udine	-	-	3	no
Udine	-	-	1	no
Gorizia	-	2	4	si
Gorizia	-	-	2	si
Gorizia	-	-	2	si
Pordenone	-	4	5	si
Pordenone	-	1	1	si
Liguria	**3,7**	**3,6**	**3,5**	
Savona	-	4	4	si
Savona	5	4	-	-
Savona	-	3	3	si
Genova	-	4	5	si
Genova	2	-	2	si
Genova	4	3	-	-
Emilia-Romagna	**3,8**	**2,4**	**7,6**	
Piacenza	-	-	-	-
Parma	3	2	10	si
Reggio Emilia	-	3	7	no
Modena	-	-	10	si
Modena	-	-	6	si
Modena	-	2	6	si
Bologna	1	1	3	si
Bologna	7	5	14	si
Bologna	4	-	5	si
Ravenna	-	2	-	-
Rimini	-	-	7	no
Forlì-Cesena	-	2	-	-
Toscana	**2,8**	**2,0**	**2,0**	
Firenze	4	-	-	-
Pisa	3	-	2	si
Pisa	2	2	2	si

.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 133

Tabella 2 - (segue) *Media annua delle concentrazioni medie giornaliere (10 µg/m³ previsto al 2004) stato di utilizzo delle stazioni di monitoraggio utilizzate ai fini della valutazione e gestione della qualità dell'aria ambiente da benzene (C_6H_6) per regioni e province – Anni 2002-2004*

Regioni/Province	Media annua delle concentrazioni medie giornaliere di Benzene (10 µg/m³ al 2004) 2002	2003	2004	Stato di utilizzo Stazioni di monitoraggio Benzene secondo specifiche EoI
Pisa	2	2	2	si
Umbria	**5,0**	**-**	**-**	
Perugia	5	-	-	-
Marche	**-**	**-**	**-**	
Ancona	-	-	-	-
Ancona	-	-	-	-
Ancona	-	-	-	-
Lazio	**6,2**	**4,6**	**4,5**	
Viterbo	-	3	3	si
Rieti	-	3	3	si
Roma	8	6	6	si
Roma	7	5	5	si
Roma	9	8	7	si
Roma	3	2	2	si
Frosinone	-	6	6	si
Latina	4	4	4	si
Abruzzo	**8,5**	**5,7**	**4,3**	
Pescara	-	2	3	si
Pescara	14	13	8	no
Pescara	3	2	2	si
Puglia	**-**	**-**	**-**	
Bari	-	-	-	-
Brindisi	-	-	-	-
Taranto	-	-	-	-
Sicilia	5,7	5,7	5,7	
Palermo	2	2	2	si
Palermo	7	5	5	si
Palermo	8	10	10	si
Sardegna	**1,0**	**1,3**	**2,7**	
Cagliari	-	2	2	no
Cagliari	1	1	1	si
Cagliari	-	-	1	no
Cagliari	-	1	1	si
Cagliari	-	-	-	-
Cagliari	-	-	6	no
Cagliari	-	-	5	si
Cagliari	-	-	-	-
Cagliari	-	-	-	-

- = la numerosità dei dati non consente il calcolo del parametro statistico.
Cella vuota: serie di dati mancante o con numerosità insufficiente ai fini statistici.

Fonte dei dati e anno di riferimento: APAT, SINAnet Rete del Sistema Informativo Nazionale Ambientale. Anno 2006.

Raccomandazioni di Osservasalute

Dall'esame di questi dati, sebbene risulti uno stato di inquinamento da benzene fondamentalmente entro i limiti previsti dalla normativa vigente, si evince che permangono, a tutt'oggi, differenti lacune nella copertura (e nella disponibilità delle informazioni) sul territorio nazionale, in particolare relativamente all'Italia centrale e meridionale. Perciò la disomogeneità della distribuzione delle stazioni di monitoraggio esistente sul territorio e la solo parziale esistenza di un sistema armonizzato di produzione, raccolta e diffusione delle informazioni configurano i diversi indicatori esaminati come indicatori di carenza più che di stato o di pressione ed esprimono l'esigenza di un maggiore e più appropriato intervento coordinato degli Enti preposti alla salvaguardia dell'ambiente e della salute della popolazione. Ciò in forza anche dell'evidente ritardo che si ha nei confronti di molti dei paesi industrializzati e di molti dei Paesi dell'UE e dell'importanza che il benzene, quale cancerogeno, presenta ai fini della tutela della salute della popolazione. Sarebbe utile implementare una maggiore integrazione tra gli enti preposti alla valutazione ambientale ed alla tutela della salute, al fine di elaborare modelli epidemiologici validi di associazione tra i livelli atmosferici del benzene e gli effetti sulla salute della popolazione. In particolare dovrebbero essere estesi, armonizzati ed integrati per dati ambientali, i Registri Tumore della

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 134

Popolazione relativi alle malattie linfomieloproliferative, al fine di contestualizzare l'associazione tra i livelli ambientali di benzene e gli effetti da questo prodotti sulla salute, e promuovere le strategie preventive, legislative, normative più opportune.

Riferimenti bibliografici

(1) Agenzia per la Protezione dell'Ambiente e per i servizi Tecnici, Annuario dei dati ambientali, Atmosfera, 2006.
(2) Istat, Dati demografici della popolazione, 2004.
(3) http://www.sinanet.apat.it/it/.
(4) http://etc-acc.eionet.europa.eu/databases/airbase.html.
(5) http://www.apat.gov.it/site/it-IT/Servizi_per_l'Ambiente/Dati_di_Qualita'_dell'aria/.
(6) http://air-climate.eionet.eu.int/databases/airbase/index_html.
(7) http://www.brace.sinanet.apat.it/web/struttura.html.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 135

Malattie cardiovascolari

Le malattie del sistema cardiovascolare rappresentano la prima causa di morte in tutte le nazioni sviluppate.

Nel Rapporto Osservasalute 2006 sono già stati descritti alcuni indicatori relativi a questa patologia, particolarmente per quanto riguarda i tassi di ospedalizzazione per cardiopatia ischemica, ictus emorragico e ictus ischemico, mortalità intra-ospedaliera, letalità intra-ospedaliera, degenza media per patologie cardiovascolari.

Nel Rapporto Osservasalute 2006 è stata anche presentata un'analisi dei dati provenienti dai Registri degli Eventi Coronarici e Cerebrovascolari maggiori, attivati in 8 aree del paese con il coordinamento dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS).

Nel Rapporto 2006 sono stati anche presentati due approfondimenti:

- il primo riguarda la valutazione del rischio cardiovascolare assoluto nella popolazione italiana adulta attraverso il programma CUORE.EXE; tale programma, basato su funzioni di rischio stimate attraverso lo studio longitudinale del Progetto CUORE coordinato dall'ISS, permette di calcolare nelle persone di età 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);
- il secondo presenta un confronto tra i tassi di attacco degli eventi fatali e non fatali e la letalità calcolati in base ai dati dei Registri degli Eventi Coronarici e Cerebrovascolari maggiori ed i tassi di ospedalizzazione per malattie ischemiche del cuore, infarto miocardico acuto, accidenti cerebrovascolari e rivascolarizzazione ricavati dai dati provenienti dalle Schede di Dimissione Ospedaliera.

Non essendoci sostanziali modifiche nei dati presentati nel Rapporto Osservasalute 2006 rispetto ai dati disponibili nel 2007 non si è ritenuto di presentare in questa edizione un loro aggiornamento e si rimanda al Rapporto Osservasalute 2006. In particolare:

Ospedalizzazione per cardiopatia ischemica, ictus emorragico e ictus ischemico (pagg. 100-102)

Mortalità intra-ospedaliera (pagg. 103-104)

Letalità intra-ospedaliera (pagg. 105-106)

Degenza media per patologie cardiovascolari (pagg. 107-108)

***Box* - Registro Nazionale Eventi Coronarici e Cerebrovascolari** (pagg. 109-111)

***Approfondimenti* - La valutazione del rischio cardiovascolare assoluto attraverso il programma CUORE.EXE** (pagg. 112-113)

***Approfondimenti* - Malattie cardiovascolari: un confronto tra fonti diverse** (pagg. 114-117)

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 136

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 137

Malattie metaboliche

Il capitolo è incentrato sul diabete mellito, patologia per cui si registra un evidente aumento della prevalenza e conseguenti problematiche di ordine sociale, economico e di politica sanitaria.

Per quanto riguarda la mortalità, si rimanda al Rapporto Osservasalute 2006, non essendo disponibili dati aggiornati rispetto a quelli pubblicati nella precedente edizione.

Si stima oggi che in Italia i diabetici siano circa 4 milioni e mezzo, un milione e mezzo in più rispetto al 1997, con una prevalenza ormai pari al 7,5% della popolazione.

In questa situazione, la malattia e le sue complicanze determinano, secondo i dati disponibili, più di 70.000 ricoveri all'anno; tale dato può sembrare sottostimato in considerazione dell'alta prevalenza dei soggetti diabetici.

Per quanto riguarda i tassi di dimissione, si evidenzia come le regioni del Centro-Nord presentino valori significativamente più bassi rispetto alla media nazionale, mentre quelle del Sud mostrano tassi significativamente più alti.

Negli ultimi anni è cresciuta notevolmente l'attenzione del SSN nei confronti del diabete mellito.

Un insieme di azioni volte a favorire il miglioramento dell'assistenza al paziente diabetico si stanno inoltre realizzando tramite il Progetto IGEA, predisposto dall'Istituto Superiore di Sanità e dal Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM). Attraverso tale progetto si stanno definendo le strategie complessive di gestione della malattia diabete, nonché il coordinamento ed il supporto ai progetti regionali.

Per ottenere informazioni sulla qualità dell'assistenza erogata alle persone con diabete, l'ISS, in collaborazione con le strutture di Sanità Pubblica di tutte le regioni italiane, ha realizzato nel 2004 lo studio QUADRI, un'indagine campionaria di prevalenza condotta esplorando il punto di vista dei pazienti, le loro conoscenze e percezioni.

Infine, di recente è stata proposta dal Ministero della Salute l'attuazione di un Piano Nazionale Diabete che possa, mediante l'attivazione di misure di prevenzione primaria, in relazione al Piano Nazionale di Prevenzione per il programma "Guadagnare Salute" ed insieme all'approccio integrato nei confronti del paziente diabetico, ridurre l'espansione del fenomeno e garantire una buona qualità della vita ai cittadini diabetici.

G. LIGUORI

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 138

Dimissioni ospedaliere per diabete mellito

Significato. Il diabete mellito, con le sue complicanze, è uno dei maggiori problemi sanitari dei paesi economicamente evoluti ed anche una delle prime voci di spesa sanitaria. È caratterizzato da una elevata glicemia e diversi sono gli organi ed apparati che, nell'arco del tempo, sono interessati da tale patologia (1).
Oggi l'assistenza al paziente diabetico prevede una rete di servizi integrati tra loro, al fine di prevenire, diagnosticare e curare tale patologia. I ricoveri nelle aziende ospedaliere e negli istituti di cura pubblici e privati accreditati per acuti in regime di ricovero ordinario possono essere indicativi dell'appropriatezza dell'assistenza erogata, in quanto l'efficienza della rete di servizi integrata dovrebbe consentire la diminuzione dei ricoveri stessi. Si deve, però, precisare che in età pediatrica ed in parte anche giovanile il ricovero è necessario all'esordio del diabete, che nella maggior parte dei casi è di tipo 1; quindi il ricovero in questa fascia di età non può essere considerato un indicatore d'inappropriatezza dell'assistenza.

Tasso di dimissioni ospedaliere per diabete mellito*

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Dimessi per diabete mellito}}{\text{Popolazione media residente}} \quad \text{Denominatore} \times 10.000$$

*La formula del tasso standardizzato è riportata nel capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati".

Validità e limiti. Il limite dell'indicatore è che i casi sono stati selezionati mediante il codice ICD-9-CM 250 sulla sola diagnosi principale, mentre, per una stima più accurata, sarebbe opportuno includere anche i dimessi con diagnosi secondaria di diabete mellito. È, inoltre, da considerare l'impossibilità di distinguere le dimissioni per diabete 1 da quelle per altri tipi di diabete.
Un ulteriore limite è rappresentato dal fatto che l'indicatore "numero di dimessi con diagnosi principale di diabete sul totale della popolazione" non risulta omogenea, in quanto sarebbe più appropriato se il denominatore fosse costituito dal numero totale di persone diabetiche, piuttosto che dal totale della popolazione, consentendo così una stima della qualità complessiva dell'assistenza erogata.

Valore di riferimento/Benchmark. Come valore di riferimento viene considerata la media delle tre regioni con i più bassi tassi (standardizzati per 10.000) di dimissioni ospedaliere per diabete mellito: 5,31 per gli uomini; 3,91 per le donne.

Descrizione dei risultati

Va sottolineato che, per entrambi i sessi, i tassi di dimissione, nella classe di età < 35 anni, si riferiscono quasi esclusivamente a ricoveri per diabete di tipo 1, tipico dell'età infantile e giovanile e per quanto detto nel significato dell'indicatore descriviamo solo i dati relativi alle fasce d'età oltre i 35 anni.
Il tasso di dimissioni ospedaliere per diabete mellito dell'anno 2004 è più alto negli uomini rispetto alle donne. Le regioni più colpite sono la Sicilia, la Puglia, la Calabria e la Basilicata, mentre quelle con i valori più bassi sono Marche, Toscana e Valle d'Aosta.
La distribuzione dei valori evidenzia che le regioni del Centro-Nord presentano tassi di dimissione più bassi della media nazionale, ad eccezione del Trentino-Alto Adige (in particolare, la Provincia Autonoma di Bolzano) e del Veneto, mentre le isole e le regioni del Sud hanno valori più elevati (tabella 1).
Per gli uomini le regioni più interessate sono il Molise, la Sicilia e la Provincia Autonoma di Bolzano, rispettivamente, per la classe 35-44 anni, da 45 a 75 anni e da 75 anni in su. La regione con i valori più bassi, invece, per tutte le classi di età considerate è la Valle d'Aosta (tabella 2).
Tra le donne la distribuzione per classe d'età vede come regione più interessata la Sicilia. La Valle d'Aosta presenta i valori più bassi nella classe d'età 45-54 anni e da 65 anni in poi, mentre nelle classi 35-44 e 55-64 anni il Friuli-Venezia Giulia (tabella 3).

G. LIGUORI, A. PARLATO, D. UGLIANO, P. RUSSO, A. SFERRAZZA

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 139

Tabella 1 - *Tassi standardizzati (per 10.000) di dimissioni ospedaliere da aziende ospedaliere, istituti di cura pubblici e privati accreditati per diabete mellito in regime di ricovero ordinario per regione di ricovero e sesso - Anno 2004*

Regioni	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	5,39	4,49	4,93
Valle d'Aosta	3,18	1,75	2,29
Lombardia	10,24	7,50	8,80
Trentino-Alto Adige	11,06	9,51	10,39
Bolzano-Bozen	*13,12*	*10,70*	*11,93*
Trento	*9,28*	*8,51*	*9,08*
Veneto	11,70	8,16	9,87
Friuli-Venezia Giulia	6,64	4,70	5,66
Liguria	5,99	5,58	5,82
Emilia-Romagna	7,35	6,04	6,71
Toscana	5,31	4,25	4,77
Umbria	8,81	6,09	7,41
Marche	5,01	4,32	4,70
Lazio	11,01	10,05	10,55
Abruzzo	10,75	10,89	10,99
Molise	12,23	12,09	12,33
Campania	9,57	10,29	10,07
Puglia	14,72	16,10	15,57
Basilicata	12,85	13,02	13,02
Calabria	12,46	14,87	13,88
Sicilia	18,48	18,55	18,64
Sardegna	9,64	9,78	9,81
Italia	**10,02**	**9,02**	**9,56**

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: Ministero della Salute. SDO. Anno 2006.

Tabella 2 - *Tassi specifici (per 10.000) di dimissioni ospedaliere da aziende ospedaliere, istituti di cura pubblici e privati accreditati per diabete mellito in regime di ricovero ordinario per regione di ricovero e classe d'età. Maschi - Anno 2004*

Regioni	35-44	45-54	55-64	65-74	75+
Piemonte	2,40	4,43	9,43	15,80	20,46
Valle d'Aosta	1,85	3,48	2,53	8,42	15,39
Lombardia	4,73	9,60	19,50	29,44	35,11
Trentino-Alto Adige	4,50	10,33	20,04	29,64	43,27
Bolzano-Bozen	*4,97*	*12,23*	*24,04*	*31,77*	*55,94*
Trento	*4,02*	*8,72*	*16,44*	*27,69*	*32,85*
Veneto	4,15	9,73	22,19	35,94	41,74
Friuli-Venezia Giulia	2,31	4,69	13,27	21,89	22,22
Liguria	2,44	6,72	10,88	18,37	18,68
Emilia-Romagna	3,97	8,25	13,45	20,16	23,99
Toscana	3,29	5,09	9,68	15,09	17,33
Umbria	5,98	10,29	20,38	20,46	24,36
Marche	3,19	4,83	9,18	14,69	15,46
Lazio	4,33	11,02	19,90	31,11	40,20
Abruzzo	3,82	9,50	25,46	29,93	34,05
Molise	8,32	15,52	27,72	30,36	30,07
Campania	4,12	9,55	20,43	29,20	27,20
Puglia	6,05	14,65	28,46	42,75	49,33
Basilicata	5,30	13,01	31,13	34,92	36,64
Calabria	5,43	12,04	27,44	38,43	34,20
Sicilia	7,47	20,83	40,46	53,71	51,39
Sardegna	6,41	7,84	15,23	27,40	36,30
Italia	**4,49**	**9,99**	**19,77**	**29,04**	**32,35**

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2006.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 140

Tabella 3 - *Tassi specifici (per 10.000) di dimissioni ospedaliere da aziende ospedaliere, istituti di cura pubblici e privati accreditati per diabete mellito in regime di ricovero ordinario per regione di ricovero e classe d'età. Femmine - Anno 2004*

Regioni	35-44	45-54	55-64	65-74	75+
Piemonte	0,95	2,91	7,82	12,52	21,07
Valle d'Aosta	1,00	0,00	7,87	4,23	2,75
Lombardia	2,14	5,24	11,83	22,74	33,13
Trentino-Alto Adige	2,01	4,55	13,48	26,44	51,88
Bolzano-Bozen	*2,04*	*6,29*	*16,74*	*26,07*	*59,16*
Trento	*1,99*	*3,03*	*10,46*	*26,75*	*46,19*
Veneto	1,94	5,57	12,06	21,56	42,12
Friuli-Venezia Giulia	0,74	3,21	6,44	12,51	25,52
Liguria	2,13	3,86	10,99	14,59	23,51
Emilia-Romagna	2,86	4,51	8,98	16,33	27,38
Toscana	1,96	3,62	6,83	10,86	18,64
Umbria	2,78	6,02	11,93	14,37	23,94
Marche	1,31	2,79	7,81	11,24	20,22
Lazio	2,33	6,26	16,17	31,52	44,78
Abruzzo	3,80	7,08	16,93	29,10	52,95
Molise	1,67	8,94	24,25	40,30	43,84
Campania	2,06	7,31	19,77	34,11	38,11
Puglia	3,44	10,46	29,11	54,17	62,47
Basilicata	3,09	12,16	24,41	40,97	46,24
Calabria	2,89	10,38	28,61	51,81	52,33
Sicilia	4,85	13,14	35,80	62,94	64,63
Sardegna	3,37	5,95	14,28	29,03	45,99
Italia	**2,46**	**6,42**	**15,65**	**27,88**	**37,15**

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2006.

Raccomandazioni di Osservasalute

La diminuzione dei ricoveri per diabete mellito può essere ottenuta soprattutto riducendo, ove possibile, le complicanze e ritardandone l'insorgenza. Per un'efficace prevenzione delle stesse ed il miglioramento della qualità di vita dei pazienti è fondamentale sviluppare e consolidare criteri di gestione integrata sul territorio della malattia diabetica. Sarà, inoltre, indispensabile migliorare la partecipazione del cittadino diabetico nella gestione della propria malattia, aumentandone la competenza, in particolare con l'informazione ed una corretta educazione.

Analogo sforzo dovrà essere compiuto per organizzare adeguati percorsi educativi per le scuole di ogni ordine e grado, tesi all'adozione di corretti stili di vita per la prevenzione di quelle condizioni che possano favorire l'insorgenza del diabete mellito, in particolare nei soggetti predisposti.

Riferimenti bibliografici

(1) American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care 2005; 28 (suppl. 1): S 37-42.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 141

I risultati nazionali dello studio QUADRI (QUalità dell'Assistenza alle persone Diabetiche nelle Regioni Italiane)

Dott. Valerio Aprile, Dott. Sandro Baldissera, Dott. Angelo D'Argenzio, Dott. Salvatore Lopresti, Dott. Oscar Mingozzi, Dott. Salvo Scondotto, Dott.ssa Nancy Binkin, Dott.ssa Angela Giusti, Dott.ssa Marina Maggini, Dott. Alberto Perra, Dott. Bruno Caffari

Il diabete è una patologia che ha un forte impatto sulle condizioni di salute della popolazione ed un costo socio-economico molto elevato: si stima che in Italia vi siano circa 2,5 milioni di diabetici e che, ogni anno, ci siano più di 75.000 ricoveri per il diabete e sue complicanze (ictus, infarto miocardico, retinopatia, insufficienza renale, amputazioni degli arti inferiori). Per ottenere informazioni sulle condizioni di salute e sulla qualità dell'assistenza erogata alle persone con diabete, l'ISS (CNESPS e gruppo del Master Profea) in collaborazione con le strutture di Sanità Pubblica di tutte le regioni italiane ha condotto nel 2004 un'indagine campionaria di prevalenza (1). La popolazione in studio era costituita dalle persone (18-64 anni) incluse nelle liste di esenzione ticket per diabete. La rilevazione dei dati è stata effettuata attraverso un questionario standardizzato, somministrato tramite intervista diretta da personale sanitario appositamente formato. Nel campione intervistato (3.426 persone) il 58% erano uomini. L'età mediana era di 57 anni e il 41% del campione aveva un'istruzione non superiore alla licenza elementare. Per il 64% degli intervistati il principale erogatore di cure era il centro diabetologico. La terapia più comune (61%) era costituita dagli antidiabetici orali da soli; il 26% faceva uso di insulina o insulina più antidiabetici orali. Il 30% presentava almeno una complicanza: le più frequenti erano la retinopatia diabetica (19%) e la cardiopatia ischemica (13%). Circa una persona su cinque era stata ricoverata in ospedale nell'anno precedente l'intervista. Il 54% del campione sapeva di essere iperteso, ma il 14% non era in terapia. Il 44% ha riferito di avere il colesterolo alto, ma il 26% non seguiva una terapia specifica. Il 25% fumava al momento dell'intervista (tale proporzione non si discosta molto da quella della popolazione generale nella stessa fascia d'età) (2). Il 72% delle persone in studio era in eccesso di peso (il 32% francamente obeso) e il 27% sedentario. In molti ambiti le conoscenze dei pazienti sulla propria condizione sono risultate insufficienti: un terzo non conosceva l'emoglobina glicata, metà ignorava l'importanza dell'autocontrollo quotidiano dei piedi. Anche laddove l'informazione appariva sufficiente (circa il 90% era informato su fumo, controllo del peso, attività fisica), i comportamenti reali si discostavano da quanto raccomandato: tra le persone in sovrappeso, solo 1 su 2 stava facendo qualcosa per perdere peso, e solo la metà degli intervistati svolgeva attività fisica come indicato dalle Linee Guida.

Per quanta riguarda l'aderenza alle Linee Guida assistenziali (3), soltanto il 49% degli intervistati ha fatto almeno una visita approfondita dal Medico di Medicina Generale o dal Diabetologo nell'ultimo semestre, il 59% ha effettuato un esame del fondo oculare nell'ultimo anno e il 42% ha ricevuto la vaccinazione antinfluenzale. Nei quattro mesi precedenti l'intervista, l'emoglobina glicosilata è stata eseguita nel 66% dei diabetici che conoscevano il test. Complessivamente solo il 5% degli intervistati ha eseguito alle scadenze previste tutti i principali controlli necessari per una efficace prevenzione delle complicanze.

Per quanto riguarda la qualità delle cure ricevute, i pazienti si sono dichiarati complessivamente soddisfatti sia dei rapporti interpersonali sia dei servizi ambulatoriali, con giudizi almeno buoni in circa il 90% dei casi. Tuttavia circa un terzo dei pazienti non ha dato un giudizio positivo sul livello di coordinamento tra i diversi professionisti e servizi che li assistevano.

Un punto di forza dello studio QUADRI è rappresentato dall'aver esplorato il punto di vista dei pazienti, le loro conoscenze e percezioni. Inoltre, il fatto di non aver interrogato solo utenti, che frequentavano abitualmente i servizi sanitari, ha consentito di acquisire una immagine più realistica della situazione della popolazione diabetica. Questo studio contribuisce perciò ad aumentare la conoscenza su vari aspetti dell'assistenza alle persone con diabete e mette a disposizione dei professionisti, delle ASL e delle regioni, informazioni utili per l'elaborazione di strategie più efficienti ed efficaci di gestione integrata della malattia.

Riferimenti bibliografici

(1) Aprile V, Baldissera S, D'Argenzio A, et al. - Risultati nazionali dello studio QUADRI (QUalità dell'Assistenza alle persone Diabetiche nelle Regioni Italiane) - Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2007. (Rapporti ISTISAN 07/10), reperibile all'indirizzo http://www.iss.it/binary/publ/cont/07-10%20web.1180960272.pdf.

(2) Istat. Indagine multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" Anno 2005. Statistiche in breve - Testo e tavole reperibili alla pagina: http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20070302_00/.

(3) Associazione Medici Diabetologi, Società Italiana di Medicina Generale, Società Italiana di Diabetologia. L'assistenza al paziente diabetico: raccomandazioni cliniche ed organizzative di AMD-SID-SIMG; reperibile sul sito del CCM (Malattie croniche - Diabete), alla pagina:
http://www.ccm.ministerosalute.it/imgs/C_17_ccm_speciali_7_listaFile_itemName_1_file.pdf.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 142

La gestione integrata della malattia diabetica: il progetto IGEA

Dott.ssa Marina Maggini

Il diabete è una delle patologie croniche a più larga diffusione in tutto il mondo e, con le sue complicanze, rappresenta un problema sanitario per le persone di tutte le età e di tutte le aree geografiche, con un più grave coinvolgimento, peraltro, delle classi economicamente e socialmente svantaggiate.
In Italia, per il 2005, l'Istat stima una prevalenza del diabete noto pari a 4,2% (4,4% nelle donne, 4,0% negli uomini). In base a questi dati le persone con diabete in Italia dovrebbero essere circa 2,5 milioni. La prevalenza è più bassa al Nord (3,9%) rispetto al Centro (4,1%) e al Sud (4,6%). Indipendentemente dall'area geografica, la prevalenza aumenta con l'età, passando dal 2,5% nella classe d'età 45-54 anni al 16,3% nelle persone con età superiore a 75 anni (Istat 2005).
Per quanto riguarda la qualità dell'assistenza alle persone con diabete, lo studio QUADRI (Aprile 2007) ha mostrato che la situazione italiana è ancora lontana dall'aver raggiunto alti livelli di qualità.
La situazione è allarmante e molti paesi occidentali stanno orientando la loro politica sanitaria verso l'adozione di modelli assistenziali di Gestione Integrata della malattia che, nel caso del diabete, si sono dimostrati efficaci nel migliorare sia la qualità dell'assistenza sanitaria che i pertinenti esiti clinici (Knight 2005; Norris 2002). Questi approcci sono accomunati dal fatto di essere sistemi organizzati, integrati, proattivi, orientati alla popolazione, che pongono al centro dell'intero sistema un paziente informato/educato a giocare un ruolo attivo nella gestione della patologia da cui è affetto (Bodenheimer 2002; Wagner 1998). La sanità moderna è, infatti, sempre più specializzata ed è necessario ricomporre in un unico processo tutti gli interventi dei diversi professionisti, in collaborazione tra loro. Inoltre, nel caso delle malattie croniche, diventa cruciale anche il coinvolgimento attivo del paziente stesso (*patient empowerment*).
In Italia il Servizio Sanitario Nazionale è fortemente impegnato nei confronti del diabete e il Piano Nazionale di Prevenzione 2005-2007 (allegato all'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005) ha previsto la realizzazione di progetti regionali finalizzati a prevenire le complicanze del diabete tramite l'adozione di programmi di *disease management* (gestione integrata della malattia). La definizione della strategia complessiva dell'intervento, il coordinamento e il supporto ai progetti regionali sono realizzati attraverso il Progetto IGEA, predisposto dall'Istituto Superiore di Sanità e dal Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM).
Nell'ambito del progetto IGEA si sta, quindi, realizzando un insieme di azioni volte a favorire il miglioramento dell'assistenza alle persone con diabete:
- *Predisposizione di un Documento di indirizzo sui requisiti clinico-organizzativi essenziali*. Obiettivo generale di questo documento d'indirizzo è la definizione dei requisiti essenziali per un modello assistenziale di gestione integrata del diabete mellito tipo 2 nell'adulto e, in particolare: la definizione delle modalità organizzative essenziali; la definizione degli indicatori per il monitoraggio del processo di cura e degli esiti; la formulazione delle raccomandazioni essenziali per migliorare la qualità di cura del diabete e per prevenirne le complicanze.
- *Predisposizione di un Documento di indirizzo sui requisiti informativi*. Scopo di questo documento è quello di analizzare il ruolo dei Sistemi Informativi, nell'ambito della realizzazione di un programma di gestione integrata per le persone con diabete, definendone i requisiti informativi. Con questo termine si intende l'insieme delle informazioni, della loro architettura e delle caratteristiche dei dati elementari che le compongono, necessari per garantire la funzionalità di un sistema informativo.
- *Predisposizione di pacchetti formativi e di un piano di formazione*. L'acquisizione di nozioni, linguaggio e atteggiamenti comuni è, infatti, una condizione necessaria per applicare con successo la gestione per percorsi assistenziali. Il piano di formazione vuole essere uno strumento a disposizione delle regioni per l'implementazione della gestione integrata, attraverso l'attivazione di momenti di riflessione e formazione comuni tra gli operatori dei vari servizi e i gruppi portatori di interessi, orientati alla condivisione e alla valutazione delle nuove strategie operative.
- *Progettazione di una campagna d'informazione e comunicazione* sulla gestione integrata del diabete e sulla prevenzione delle complicanze che prevede la partecipazione attiva dei diversi interlocutori (pazienti giovani, adulti, operatori della rete dei servizi, associazioni di pazienti) per arrivare alla produzione di materiale informativo condiviso.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 143

Riferimenti bibliografici
(1) Aprile V, Baldissera S, D'Argenzio A, Lopresti S, Mingozzi O et al. Risultati nazionali dello studio QUADRI (QUalità dell'Assistenza alle persone con Diabete nelle Regioni Italiane). Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2007 (Rapporti ISTISAN 07/10).
(2) Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. JAMA. 2002; 288: 1.775-1.779.
(3) Istat. Annuario Statistico Italiano 2005.
(4) Knight K, Badamgarav E, Henning JM, Hasselblad V, Gano jr AD, Ofman JJ, Weingarten SR. A systematic review of diabetes disease management programs. Am J Manag Care 2005; 242-250.
(5) Norris SL, Nichols PJ, Caspersen CJ, Glasgow RE, Engelgau MM et al. The effectiveness of disease and case management for people with diabetes. Am J Prev Med 2002; 22 (4S): 15-38.
(6) Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? Eff Clin Pract. 1998; 1: 2-4.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 144

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 145

Malattie infettive

Nel corso del XX secolo, la morbosità a causa delle malattie infettive e la mortalità da esse causate nei paesi industrializzati è diminuita considerevolmente. Questo andamento, tuttavia, è stato segnato, a partire dagli anni '80, da un lato dalla riemergenza di malattie infettive note, ma controllate e ridotte a bassi livelli di morbosità (per esempio la tubercolosi) e dall'altro dalla comparsa di patologie causate da microrganismi fino ad allora sconosciuti, per esempio, AIDS e SARS (secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità – OMS dal 1967 ad oggi sono stati identificati almeno 39 nuovi agenti patogeni). Diversa è, invece, la situazione nei paesi in via di sviluppo, nei quali, a causa di guerre, difficoltà economiche, emarginazione sociale e catastrofi naturali, la patologia a carattere infettivo continua a rimanere al primo posto, sia come causa di malattia sia come causa di morte (secondo l'OMS oltre il 30%). Per questo le patologie infettive continuano a rappresentare un problema rilevante per la Sanità Pubblica di tutti i paesi e ad avere un elevato impatto sociale anche per la crescita demografica e in considerazione dell'aumentato numero di persone con compromissione del sistema immunitario e, dunque, più suscettibili a contrarre un'infezione.

Il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 affronta questi temi e indica le criticità che emergono nell'ambito del loro controllo: viene sottolineato come la maggiore facilità e frequenza degli spostamenti in aree geografiche a rischio favorisca la rapida diffusione degli agenti patogeni e un approccio globale per la loro prevenzione e il loro controllo.

Gli interventi utili sono di diversa natura e richiedono competenze integrate.

La tutela dell'ambiente (fornitura di acqua potabile, corretto allontanamento e smaltimento dei rifiuti liquidi e solidi) resta fondamentale.

Tuttavia richiede la realizzazione di opere costose, che necessitano di tempi lunghi per essere poste in opera, e attualmente non realizzabili in determinati contesti socio-economici. Titola The Lancet, 10-XI-2007: "Adequate sanitation is the most effective public-health intervention the international community has its disposal. Yet 40% of the world's population still lacks access to a toilet".

Per quanto riguarda gli alimenti, la loro produzione e movimentazione a livello mondiale rende impossibile un loro capillare controllo.

L'OMS ha indicato al riguardo dieci punti, che si basano essenzialmente sull'autocontrollo da parte sia dei produttori e distributori, sia dei consumatori.

La scelta di prodotti che abbiano subito idonei trattamenti microbicidi, il consumo degli alimenti subito dopo la cottura, il ricorso alla catena del freddo, l'attenzione alla potabilità delle bevande, sono comportamenti positivi, che consentono di contenere le patologie di origine infettiva trasmesse con gli alimenti, che risultano tuttavia complessivamente in aumento.

L'educazione individuale a rapporti sessuali non rischiosi costituisce un argine, peraltro pieno di falle, alle malattie sessualmente trasmesse.

Uno strumento che la medicina preventiva ha particolarmente sviluppato in epoca recente è rappresentato dalle vaccinazioni.

L'immunizzazione verso specifici agenti patogeni consente agli individui di essere protetti, indipendentemente dalle condizioni socio-ambientali in cui vivono.

Il successo delle campagne di eradicazione del Vaiolo e della Poliomielite sono esempi eclatanti della capacità preventiva degli interventi vaccinali correttamente programmati.

Nel nostro paese è il Piano Nazionale Vaccini che propone i programmi vaccinali che si ritiene utile attivare per tutelare la salute della Comunità.

Il Piano 2003-2007 ha trovato alcuni ostacoli legati alla regionalizzazione delle decisioni in tema di sanità.

Si spera che il Piano 2008-2010, risolva questo aspetto negativo, oltre a varare programmi di grande valenza sociale ed etica come quello verso gli HPV responsabili del cancro della cervice dell'utero.

ERRATA CORRIGE

Rapporto Osservasalute 2006 - Capitolo Malattie infettive
Pag. 137; riga 2
Errata:
Dott.ssa Cristina Saffa, Dott.ssa Vincenza Regine, Dott.ssa Barbara Suligoi e il gruppo SORVHIV (Sorveglianza dell'infezione da HIV)
Corrige:
Dott.ssa Cristina Salfa, Dott.ssa Vincenza Regine, Dott.ssa Barbara Suligoi, Dott.ssa Laura Camoni e il gruppo SORVHIV (Sorveglianza dell'infezione da HIV)

P. CROVARI

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 146

AIDS

Significato. Secondo l'aggiornamento del rapporto Unaids/Oms (*AIDS epidemic update. December 2006*), si stima che siano 39,5 milioni le persone che convivono con l'HIV. Nel 2006 sono stati notificati 4,3 milioni di nuovi casi, di cui 2,8 milioni (65%) nell'Africa sub-sahariana. Nel nostro paese, il quadro epidemiologico dell'HIV/AIDS dalla seconda metà degli anni novanta è cambiato, con un aumento della prevalenza di infezioni da HIV e una riduzione dei casi di AIDS e conseguentemente un aumento della sopravvivenza. Nonostante ciò i pericoli restano elevati, soprattutto per gli eterosessuali e per i soggetti da sempre non considerati a rischio. Se agli inizi della sua diffusione, il virus dell'HIV restava un esclusivo appannaggio dei tossicodipendenti e delle persone con una vita sessuale promiscua, oggi il volto dell'epidemia dell'AIDS è cambiato del tutto: in due terzi dei casi il virus si contrae per via eterosessuale e le donne, che prima sembravano meno esposte al pericolo, oggi risultano essere molto più a rischio di contagio. L'incidenza dei casi di AIDS, affiancata dal monitoraggio delle nuove infezioni da HIV, permette di valutare l'impatto della infezione nella popolazione.

Tasso di incidenza di AIDS

$$\text{Numeratore} = \text{Nuovi casi di AIDS}$$

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100.000$$

$$\text{Denominatore} = \text{Popolazione media residente}$$

Validità e limiti. In Italia, la sorveglianza dell'AIDS è gestita dal Centro Operativo AIDS (COA) dell'Istituto Superiore di Sanità, che provvede alla gestione delle schede di notifica, alla raccolta ed analisi periodica dei dati ed alla loro diffusione attraverso aggiornamenti semestrali.
Vengono segnalati i casi che corrispondono alla definizione di caso di AIDS, secondo la Circolare n. 9 del 29/4/94 "Revisione della definizione di caso di AIDS ai fini della sorveglianza epidemiologica". Fra i limiti dell'indicatore è necessario segnalare che l'anno di notifica talvolta non coincide con l'anno di diagnosi, ma è successivo. Tale ritardo di notifica potrebbe influenzare la distribuzione temporale dei casi e determinare una sottostima del numero di nuovi casi, dovuta peraltro anche alla quota di quelli che sfuggono al sistema a causa del fenomeno della sottonotifica. Per questa ragione il numero di casi viene corretto con il metodo del Centro Europeo di Sorveglianza Epidemiologica (1).

Valore di riferimento/Benchmark. Si può considerare come valore di riferimento quello relativo alle regioni con un minor tasso di incidenza (0,8 per 100.000 abitanti).

Descrizione dei risultati

Nel 2006 in Italia, sono stati notificati 996 casi di AIDS, con una progressiva riduzione dell'incidenza che è stata registrata a partire dall'anno 1995 (tabella 1). A livello geografico, le regioni che presentano l'incidenza più elevata di casi di AIDS sono la Liguria, la Lombardia, l'Emilia-Romagna e il Lazio; è comunque evidente la persistenza di un gradiente Nord-Sud nella diffusione della malattia nel nostro paese (tabella 2), come risulta dai tassi di incidenza che continuano ad essere mediamente più bassi nelle regioni meridionali, in linea con quanto osservato negli anni 2004 e 2005 (Rapporto Osservasalute 2005, pagg. 122-123 e Rapporto Osservasalute 2006, pag. 134).
Per quanto riguarda la modalità di trasmissione, la distribuzione dei casi evidenzia come il 57,7% del totale (riferito alla media degli anni) sia attribuibile alle pratiche associate all'uso di sostanze stupefacenti per via endovenosa. La distribuzione nel tempo mostra un aumento della proporzione dei casi attribuibili ai contatti sessuali (omosessuale ed eterosessuale) ed una corrispondente diminuzione dei casi attribuibili alle altre modalità di trasmissione (tabella 3).
Nel nostro paese, negli ultimi anni, il tasso d'incidenza dell'AIDS mostra un trend in costante riduzione; tendenza da attribuire verosimilmente all'introduzione delle terapie antiretrovirali e al conseguente allungamento della durata del periodo di incubazione.
Per questo motivo, la sorveglianza dei casi di AIDS non riesce a descrivere con precisione la dinamica dell'infezione nella popolazione e per ottenere un quadro epidemiologico completo si rende necessario il suo affiancamento al monitoraggio delle nuove infezioni da HIV. Attualmente il sistema di sorveglianza dei casi di infezione da HIV è attivo in alcune regioni (tabella 4) sotto il coordinamento del COA, con l'obiettivo di estenderlo a tutto il territorio nazionale. Questo sistema di sorveglianza fornisce una copertura disomogenea, ma rappresenta una utile indicazione sulla diffusione dell'infezione da HIV e su alcuni cambiamenti temporali dell'epidemia in Italia.

L. STICCHI, R. GASPARINI, G. ICARDI, P. DURANDO, F. ANSALDI, S. PERNIGOTTI, P. CROVARI

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 147

Tabella 1 - *Notifiche di AIDS (per 100.000) per regione e anno di diagnosi - Anni 1995-2006*

Regioni	<1995	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Totale
Piemonte	1.861	367	347	229	162	141	136	129	118	86	100	94	88	3.858
Valle d'Aosta	33	7	10	3	5	5	2	3	1	4	2	2	1	78
Lombardia	8.682	1.669	1.502	940	641	628	568	514	480	486	467	435	265	17.277
Bolzano-Bozen	*99*	*24*	*27*	*17*	*13*	*7*	*11*	*8*	*9*	*8*	*11*	*4*	*10*	*248*
Trento	*165*	*38*	*28*	*23*	*14*	*9*	*5*	*6*	*10*	*8*	*5*	*7*	*3*	*321*
Veneto	1.686	319	280	180	117	102	80	79	88	77	67	60	50	3.185
Friuli-Venezia Giulia	210	39	49	27	15	22	18	9	13	16	18	10	10	456
Liguria	1.480	283	259	162	108	85	74	78	61	69	63	51	66	2.839
Emilia-Romagna	2.680	568	498	317	230	172	207	169	159	170	162	128	118	5.578
Toscana	1.651	363	285	205	140	159	112	106	115	108	103	84	75	3.506
Umbria	182	48	52	27	24	19	22	17	17	22	13	23	16	482
Marche	411	90	79	55	45	42	42	37	33	37	42	30	34	977
Lazio	3.454	734	664	492	355	313	251	255	236	249	221	176	80	7.480
Abruzzo	185	47	42	31	18	25	14	16	25	20	23	20	13	479
Molise	17	5	2	2	3	1	5	2	2	2	3	3	6	53
Campania	912	207	180	131	125	98	95	74	83	69	55	51	23	2.103
Puglia	947	217	229	150	105	89	81	71	67	73	54	65	44	2.192
Basilicata	68	20	20	7	11	8	3	4	4	6	7	6	4	168
Calabria	259	56	59	33	26	14	11	25	22	25	16	15	15	576
Sicilia	1.201	221	171	156	129	85	94	87	83	81	80	64	43	2.495
Sardegna	904	189	147	98	61	48	47	46	52	35	30	35	32	1.724
Italia	**27.087**	**5.511**	**4.930**	**3.285**	**2.347**	**2.072**	**1.878**	**1.735**	**1.678**	**1.651**	**1.542**	**1.363**	**996**	**56.075**

Fonte dei dati e anno di riferimento: Reparto di Epidemiologia (COA). Aggiornamento dei casi di AIDS notificati in Italia e delle nuove diagnosi di infezione da HIV. Dicembre 2006. http://www.iss.it/binary/publ/cont/coa2007web2.1186393056.pdf.

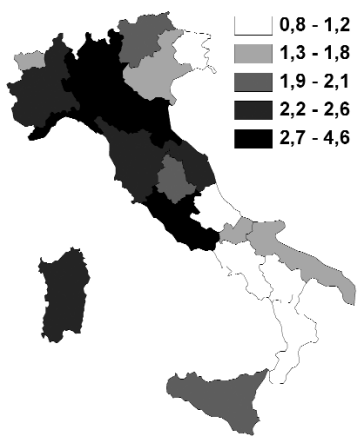
Tabella 2 - *Tasso di incidenza di AIDS (per 100.000) per regione - Anno 2006*

Regioni	Tasso di incidenza
Piemonte	2,6
Valle d'Aosta	1,7
Lombardia	3,7
Trentino-Alto Adige*	1,9
Veneto	1,5
Friuli-Venezia Giulia	1,1
Liguria	4,6
Emilia-Romagna	3,5
Toscana	2,5
Umbria	2,1
Marche	2,5
Lazio	3,2
Abruzzo	1,2
Molise	1,8
Campania	0,8
Puglia	1,3
Basilicata	0,8
Calabria	0,8
Sicilia	2,0
Sardegna	2,5
Italia	**1,7**

*Il dato disaggregato per le Province Autonome di Bolzano e Trento non è disponibile.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Reparto di Epidemiologia (COA). Aggiornamento dei casi di AIDS notificati in Italia e delle nuove diagnosi di infezione da HIV. Dicembre 2006. http://www.iss.it/binary/publ/cont/coa2007web2.1186393056.pdf.

Tasso di incidenza di AIDS (per 100.000) per regione. Anno 2006



Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 148

Tabella 3 - *Notifiche di AIDS (per 100) negli adulti per modalità di trasmissione e anno di diagnosi - Anni 1995-2006*

Modalità di trasmissione	Anno di diagnosi							
	<1995	1995-96	1997-98	1999-00	2001-02	2003-04	2005-06	Totale*
Tossicodipendente	65,8	59,9	50,6	40,9	36,8	33,3	27,6	56,0
Omo/Bisessuale	15,8	14,8	15,8	17,9	17,2	18,9	20,9	16,3
Contatti eterosessuali	12,8	20,0	22,7	34,2	38,3	40,1	43,8	21,2
Tossicodipendente/Omosessuale	2,3	1,6	1,3	0,5	0,7	0,6	0,8	1,7
Altro/Non determinato	1,3	2,3	8,9	5,7	6,5	6,7	6,6	3,5
Trasfuso	1,0	0,8	0,4	0,6	0,2	0,3	0,1	0,8
Emofilico	0,9	0,5	0,2	0,2	0,3	0,1	0,2	0,6

*Il totale è riferito alla media degli anni.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Reparto di Epidemiologia (COA). Aggiornamento dei casi di AIDS notificati in Italia e delle nuove diagnosi di infezione da HIV. Dicembre 2006. http://www.iss.it/binary/publ/cont/coa2007web2.1186393056.pdf.

Tabella 4 - *Tasso di incidenza (per 100.000) delle nuove diagnosi di infezione da HIV segnalate - Anno 2005*

Regioni	Tasso di incidenza
Friuli-Venezia Giulia	1,9
Trento	*7,2*
Bolzano-Bozen	*3,7*
Piemonte	6,4
Veneto	6,4
Liguria	6,5
Modena	8,3
Rimini	14,5
Lazio	10,5
Sassari	4,7

Fonte dei dati e anno di riferimento: Reparto di Epidemiologia (COA). Aggiornamento dei casi di AIDS notificati in Italia e delle nuove diagnosi di infezione da HIV. Dicembre 2006. http://www.iss.it/binary/publ/cont/coa2007web2.1186393056.pdf.

Raccomandazioni di Osservasalute

Secondo i dati epidemiologici della rete di sorveglianza EuroHiv, nel 2005 nell'UE sono stati diagnosticati 23.620 nuovi casi di infezione da HIV (cifra che non comprende Italia e Spagna, dove non esistono sistemi nazionali di sorveglianza dell'HIV). Nella maggior parte dei casi si tratta di uomini (65%), tuttavia la percentuale tra le donne è in aumento e nel 12% dei casi si tratta di giovani tra i 15 e i 24 anni. È necessario pertanto, indirizzare nuove risorse alla prevenzione, dato che, contrariamente alle percezioni, l'epidemia è in crescita in Europa ed è, quindi, fondamentale ribadire i messaggi chiave sulla prevenzione, specialmente tra i gruppi sociali ad alto rischio e soprattutto tra i più giovani. A questo proposito la Commissione Europea ha presentato un nuovo documento: "Lotta all'HIV/AIDS nell'Unione Europea e nei Paesi Confinanti 2006-2009", aggiornamento del precedente documento "Un approccio coordinato e integrato nella lotta all'HIV/AIDS", che propone la raccolta e l'elaborazione di dati sull'epidemia, per la creazione di un sistema integrato di sorveglianza con stime dell'incidenza dell'HIV in Europa e in parallelo un sistema di "sorveglianza a sentinella" per i gruppi ad alto rischio. Nello stesso documento viene sottolineata l'importanza di realizzare programmi di prevenzione, specialmente rivolti alle popolazioni più a rischio, ai giovani e alle donne in gravidanza e la necessità di facilitare a tutti i cittadini l'accesso all'informazione, all'educazione e ai servizi volti a ridurre la loro vulnerabilità all'HIV/AIDS. A tali direttive si allinea nel nostro paese la "campagna del Ministero della Salute per la prevenzione dell'AIDS", il cui obiettivo principale è favorire la conoscenza delle regole utili a prevenire le malattie sessualmente trasmissibili, a partire dall'uso del preservativo. Questa campagna prevede la diffusione di spot radio-televisivi, opuscoli e messaggi su stampa rivolti soprattutto ai giovani e alla popolazione sessualmente attiva.

Riferimenti bibliografici

(1) Heisterkamp S.H., Jager J.C., Ruitemberg E.J. et al. Correcting reported AIDS incidence: a statistical approach. Stat Med 8: 963-976. 1989.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 149

Alcune infezioni a trasmissione sessuale (sifilide e gonorrea)

Significato. Il sistema informativo per le malattie infettive e diffusive predisposto dal Ministero della Salute con il D.M. del 15 dicembre 1990 rappresenta una fonte di dati utilizzabile per effettuare confronti su base regionale, nonostante i ben noti problemi di sottonotifica (1). L'analisi dei dati riguardanti le notifiche obbligatorie relativi agli anni 2000 e 2005 consente sia di descrivere l'incidenza attuale di alcune infezioni a trasmissione sessuale (sifilide e gonorrea) nelle diverse regioni italiane, sia di delineare le differenze nei due anni considerati. Le infezioni considerate prediligono l'età giovane-adulta. Si è, pertanto, ritenuto più efficace utilizzare il tasso specifico per età (classi 15-24 anni e 25-64 anni).

Tasso di incidenza di alcune infezioni a trasmissione sessuale

$$\text{Numeratore} = \frac{\text{Notifiche obbligatorie (sifilide e gonorrea)}}{\text{Denominatore} = \text{Popolazione media residente}} \times 100.000$$

Validità e limiti. L'incidenza calcolata sulla base delle notifiche obbligatorie, per i ben noti problemi di sottonotifica, è sicuramente sottostimata su tutto il territorio nazionale; i confronti tra le diverse realtà regionali, ipotizzando i problemi di sottonotifica come uniformi sul territorio nazionale, possono essere considerati attendibili, così come le differenze tra il 2000 e il 2005.

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono valori di riferimento riconosciuti. L'incidenza registrata su base nazionale può essere utile per identificare le regioni ad elevata o a bassa incidenza.

Descrizione dei risultati

In base ai dati ricavati dalle notifiche obbligatorie per l'anno 2005, la sifilide è risultata più frequente rispetto alle infezioni gonococciche delle vie genitali sia nella classe di età 15-24 anni (2,9 casi per 100.000 rispetto a 1,1 casi per 100.000) che 25-64 anni (3,4 casi per 100.000 rispetto a 1,1 casi per 100.000). Per quanto concerne l'andamento nel periodo 2000-2005, globalmente si è osservato un notevole aumento dell'incidenza della sifilide (+320,3% su base nazionale nella classe di età 15-24 anni e +329,1% nella classe di età 25-64 anni) meno marcato per la gonorrea (+33,3 % su base nazionale nella classe di età 15-24

Tabella 1 - *Tassi specifici (per 100.000) nella classe di età 15-24 anni di gonorrea e sifilide e variazione percentuale per regione – Anni 2000, 2005*

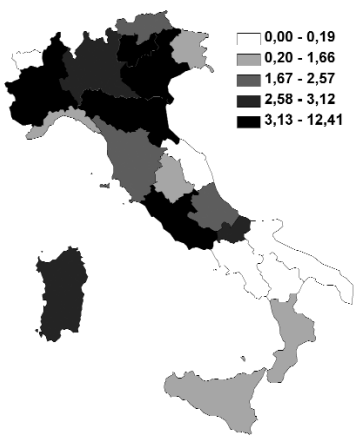
Regioni	Gonorrea			Sifilide		
	2000	2005	Δ % 2000-2005	2000	2005	Δ % 2000-2005
Piemonte	1,63	3,73	128,83	0,93	5,32	472,04
Valle d'Aosta	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Lombardia	0,62	2,77	346,77	0,82	3,12	280,49
Bolzano-Bozen	*0,00*	*1,89*	-	*5,47*	*1,89*	*-65,45*
Trento	*5,88*	*6,20*	*5,44*	*1,96*	*12,41*	*533,16*
Veneto	0,81	0,68	-16,05	1,22	4,09	235,25
Friuli-Venezia Giulia	3,48	2,02	-41,95	0,00	1,01	-
Liguria	0,00	1,66	-	0,00	1,66	-
Emilia-Romagna	3,46	0,59	-82,95	1,86	4,74	154,84
Toscana	2,85	0,00	-100,00	2,00	2,57	28,50
Umbria	0,00	0,00	0,00	0,00	1,23	-
Marche	0,00	0,00	0,00	0,62	0,00	-100,00
Lazio	0,67	2,41	259,70	1,18	10,20	764,41
Abruzzo	0,00	0,70	-	0,65	2,11	224,62
Molise	0,00	0,00	1,00	0,00	2,70	-
Campania	0,23	0,00	-100,00	0,12	0,13	8,33
Puglia	0,34	0,19	-44,12	0,00	0,19	-
Basilicata	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Calabria	0,00	0,00	0,00	0,00	0,37	-
Sicilia	0,00	0,00	0,00	0,14	1,39	892,86
Sardegna	0,00	0,00	0,00	0,00	3,09	-
Italia	**0,81**	**1,08**	**33,33**	**0,69**	**2,90**	**320,29**

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. Notifiche delle malattie infettive. Anno 2007.
http://www.ministerosalute.it/promozione/malattie/bollettino.jsp.

G. M. GRASSO, G. RIPABELLI, M. L. SAMMARCO

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 150

Tassi specifici (per 100.000) nella classe di età 15-24 anni di sifilide per regione. Anno 2005



anni e +52,2% nella classe di età 25-64 anni). Le regioni a maggiore incidenza sia nella classe di età 15-24 che 25-64 anni sono la Provincia Autonoma di Trento e il Lazio per la sifilide (rispettivamente 12,4 e 10,2 casi per 100.000 nella classe di età 15-24; 10,0 e 10,1 casi per 100.000 nella classe di età 25-64), la Provincia Autonoma di Trento per la gonorrea nella classe di età 15-24 (6,2 casi per 100.000) e la Provincia Autonoma di Bolzano nella classe di età 25-64 (3,4 casi per 100.000 nella classe di età 25-64). Si riscontra, comunque, una generalizzata sottonotifica nelle regioni meridionali per entrambe le infezioni, sia nel 2000 che nel 2005.

Tabella 2 - *Tassi specifici (per 100.000) nella classe di età 25-64 anni di gonorrea e sifilide e variazione percentuale per regione - Anni 2000, 2005*

Regioni	Gonorrea			Sifilide		
	2000	2005	Δ % 2000-2005	2000	2005	Δ % 2000-2005
Piemonte	1,36	3,42	151,47	0,66	3,46	424,24
Valle d'Aosta	0,00	0,00	0,00	0,00	1,40	-
Lombardia	0,38	2,49	555,26	0,95	5,11	437,89
Bolzano-Bozen	*2,35*	*3,40*	*44,68*	*2,74*	*3,02*	*10,22*
Trento	*4,53*	*1,78*	*-60,71*	*0,75*	*9,95*	*1226,67*
Veneto	0,50	0,77	54,00	1,27	2,79	119,69
Friuli-Venezia Giulia	1,61	1,29	-19,88	1,03	5,18	402,91
Liguria	0,11	0,11	0,00	0,22	1,03	368,18
Emilia-Romagna	2,75	0,72	-73,82	2,35	4,78	103,40
Toscana	1,83	0,44	-75,96	1,22	2,07	69,67
Umbria	0,00	0,64	-	0,45	6,37	1315,56
Marche	0,00	0,00	0,00	0,75	0,72	-4,00
Lazio	0,48	1,60	233,33	0,92	10,07	994,57
Abruzzo	0,15	0,00	-100,00	0,59	1,84	211,86
Molise	0,00	0,00	0,00	0,00	2,34	-
Campania	0,00	0,00	0,00	0,10	0,29	190,00
Puglia	0,19	0,05	-73,68	0,47	0,36	-23,40
Basilicata	0,00	0,00	0,00	0,00	0,32	-
Calabria	0,10	0,09	-10,00	0,10	0,47	370,00
Sicilia	0,15	0,04	-73,33	0,08	1,39	1637,50
Sardegna	0,00	0,00	0,00	0,00	1,78	-
Italia	**0,69**	**1,05**	**52,17**	**0,79**	**3,39**	**329,11**

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. Notifiche delle malattie infettive. Anno 2007.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 151

Raccomandazioni di Osservasalute

L'attuale incremento di incidenza di alcune patologie a trasmissione sessuale (sifilide, gonorrea, infezione da *Chlamydia* e, probabilmente, anche infezioni da virus herpes e papilloma) osservato in alcuni paesi dell'Unione Europea e comparso dopo un periodo di oltre un decennio in cui l'incidenza era fortemente diminuita (2), avviene in un contesto di aumento dell'importanza della trasmissione eterosesuale di HIV e della prevalenza dell'infezione stessa, in conseguenza della sempre più estesa applicazione della terapia antiretrovirale.

Le infezioni genitali da *Chlamydia trachomatis* rappresentano la prima causa di patologia batterica a trasmissione sessuale nei paesi industrializzati (3). A differenza di altri paesi europei, in Italia non conosciamo l'impatto delle infezioni da *Chlamydia*. È necessario attivare un sistema di monitoraggio più efficiente delle patologie a trasmissione sessuale maggiormente diffuse, affiancando alla notifica obbligatoria di sifilide e gonorrea anche una sorveglianza su scala nazionale, in base alla diagnosi di laboratorio, delle infezioni da *Chlamydia* ed eventualmente anche da virus *Herpes simplex* (HSV) e da *papillomavirus* (HPV) (4).

La crescente importanza della resistenza agli antimicrobici di *Neisseria gonorrehoeae*, con il sempre più concreto rischio di infezioni gonococciche non trattabili, richiede l'attivazione di un sistema di sorveglianza in grado di individuare con rapidità sia eventuali modifiche della sensibilità ai farmaci antimicrobici sia il rischio di emergenza e trasmissione di ceppi antibiotico resistenti (5).

Riferimenti bibliografici

(1) Istat. Le notifiche di malattie infettive in Italia - Anni 1998, 1999, 2002. http://www.istat.it/dati/catalogo/20020221_00/).

(2) WHO Regional Office for Europe. Trends in sexually transmitted infections and HIV in the European Region, 1980-2005. Technical briefing document 01B/06. 2006.

(3) Low et al. Epidemiological, social, diagnostic and economic evaluation of population screening for genital chlamydial infection. Health Technol. Assess. 2007; 11: 1-165.

(4) Spiliopoulou et al. Chlamydia trachomatis: time for screening? Clin Microbiol Infect. 2005; 11: 687-689.

(5) Tapsall J. Antibiotic resistance in Neisseria gonorrhoeae is diminishing available treatment options for gonorrhea: some possible remedies. Expert Rev Anti Infect Ther. 2006; 4: 619-628.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 152

Alcune infezioni a trasmissione respiratoria (morbillo, varicella, scarlattina, rosolia, parotite, pertosse)

Significato. Le infezioni considerate hanno in comune la modalità di trasmissione per via aerea; tutte colpiscono prevalentemente l'età infantile. Si è, pertanto, ritenuto più efficace utilizzare il tasso specifico per età. Sono stati presi in considerazione gli anni 2000 e 2005 in modo da evidenziare le variazioni di incidenza dei casi notificati nelle diverse regioni nei due anni considerati.

Tasso di incidenza di alcune infezioni a trasmissione respiratoria

Numeratore	Notifiche obbligatorie	x 100.000
Denominatore	Popolazione media residente	

Validità e limiti. L'incidenza calcolata sulla base delle notifiche obbligatorie è sicuramente sottostimata su tutto il territorio nazionale; tuttavia i confronti tra le diverse realtà regionali, ipotizzando i problemi di sottonotifica come uniformi sul territorio nazionale, possono essere considerati attendibili, soprattutto per la valutazione del trend temporale.

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono valori di riferimento riconosciuti. L'incidenza registrata su base nazionale può essere utile per identificare le regioni ad elevata o a bassa incidenza.

Descrizione dei risultati

In base ai dati ricavati dalle notifiche obbligatorie per l'anno 2005, nella classe di età 0-14 anni, l'infezione più diffusa è risultata la varicella (798,5 casi per 100.000), seguita dalla scarlattina (216,6 casi per 100.000); meno frequenti sono la parotite (24,6 casi per 100.000) e la pertosse (8,8 casi per 100.000). Decisamente contenute appaiono le frequenze di rosolia (2,5 casi per 100.000) e morbillo (1,9 casi per 100.000). Per quanto riguarda la distribuzione dei casi nella classe di età 15-24 anni, la varicella è sempre la patologia più frequente (37,1 casi per 100.000); tutte le altre patologie presentano tassi molto contenuti, tutti inferiori a 2,5 casi per 100.000. Nella classe di età 25-64 anni (dati non mostrati in tabella) emerge solo la varicella (17,2 casi per 100.000), mentre molto contenuti appaiono i valori delle altre patologie.

Tutte le infezioni considerate, tranne il morbillo, che risente ancora dell'epidemia che ha interessato le regioni meridionali nel 2002, mostrano un gradiente di incidenza decrescente Nord-Sud, probabilmente anche per una minore attenzione nella notifica di queste patologie in alcune regioni meridionali e insulari. Questo dato non è, infatti, confermato dai risultati ottenuti dalla rete di sorveglianza sentinella delle malattie prevenibili da vaccino (SPES), basata sui Pediatri di Libera Scelta e promossa dall'Istituto Superiore di Sanità.

Nel periodo 2000-2005 si è osservato un aumento dell'incidenza, soprattutto nelle regioni meridionali, nella classe di età 0-14 anni, di scarlattina (+10,6% su base nazionale). La varicella, pur in presenza di un globale decremento (-21,3%), ha mostrato un aumento in alcune regioni del Sud (Molise, Campania, Puglia, Calabria e Sicilia). L'incidenza delle altre patologie è diminuita (parotite -94.1%; rosolia -88,1%; morbillo -86,9%; pertosse -70.7%). Nella classe di età 15-24 anni si è osservato per tutte le patologie considerate una diminuzione dei casi nel periodo 2000-2005, soprattutto per la rosolia (-91,5%), la parotite (-90,1%), il morbillo (-82,4%) e la varicella (-40,6%), meno per la pertosse (-21,8%) e la scarlattina (-15,0%).

La varicella è risultata la patologia più frequente tra quelle considerate, con una incidenza annuale di casi notificati, nella classe di età 0-14 anni, di circa 800 per 100.000 bambini. L'incidenza risulta sensibilmente inferiore a quella riportata dalla rete di sorveglianza SPES che, per lo stesso anno e la stessa classe di età (0-14 anni), riporta un valore di 4.053 per 100.000, con una incidenza maggiore nelle regioni dell'Italia centrale (5.462 casi per 100.000) rispetto alle regioni settentrionali (3.802) e meridionali (3.719). Anche nei giovani adulti (15-24 anni) la varicella è l'infezione più diffusa (37 casi per 100.000).

Il morbillo ha mostrato una riduzione di incidenza dal 2000 al 2005 dell'87% nella classe di età 0-14 anni e dell'82% nella classe di età 15-24 anni. Il morbillo, tuttavia, può determinare complicanze (otite media, polmonite, encefalite), anche con sequele permanenti e con una letalità nei paesi industrializzati di circa 0,1-0,3%. Attualmente, l'eliminazione del morbillo rappresenta una priorità nazionale nel campo delle malattie prevenibili con la vaccinazione. Per questo, le Autorità Sanitarie Regionali, l'Istituto Superiore di Sanità e il Ministero della Salute hanno stilato un Piano Nazionale per l'Eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita, approvato dalla Conferenza Stato-Regioni nel novembre 2003. Tale Piano costituisce una tappa indispensabile nel cammino verso l'eliminazione di tali patologie, perché fornisce le linee di indirizzo delle attività da condurre a livello interregionale. Il Piano prevede di raggiungere e mantenere entro il 2007 una copertura vaccinale del 95%

G. M. GRASSO, G. RIPABELLI, M. L. SAMMARCO

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 153

nei bambini di età inferiore a 24 mesi, di vaccinare i bambini oltre i 2 anni e gli adolescenti ancora suscettibili e di introdurre una seconda dose di routine del vaccino MPR (vaccino unico valido contro morbillo, parotite e rosolia). Gli obiettivi intermedi del Piano prevedevano di raggiungere, sia a livello nazionale che in ogni regione, una copertura del 90% entro il 2005. Per il 2005, i dati mostrano una media nazionale di 87,3% con 8 regioni che hanno raggiunto l'obiettivo del 90% (Valle d'Aosta, Lombardia, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Umbria, Puglia, Sardegna) (dati di copertura al 24° mese per una dose di MPR (1).

La rosolia ha mostrato una riduzione dell'incidenza dal 2000 al 2005 anche superiore rispetto a quanto riportato per il morbillo (88% nella classe di età 0-14 anni e 92% nella classe di età 15-24 anni) in presenza di un tasso di incidenza leggermente più elevato. La rosolia è una malattia infettiva virale a prognosi generalmente favorevole nella forma acquisita ma grave nella forma congenita. Contratta nei primi mesi di gravidanza può causare gravi malformazioni al neonato. La forma acquisita può clinicamente confondersi con altre malattie virali e ciò contribuisce alla sottonotifica. L'interesse da un punto di vista di Sanità Pubblica risiede unicamente nella rosolia congenita. L'obiettivo del Piano Nazionale per l'Eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita, approvato dalla Conferenza Stato-Regioni nel novembre 2003, è la riduzione e il mantenimento dell'incidenza della rosolia congenita a valori inferiori a 1 caso ogni 100.000 nati vivi. Con Decreto Ministeriale del 14 ottobre 2004 la rosolia congenita e l'infezione da virus della rosolia in gravidanza sono state inserite nell'elenco delle patologie soggette a notifica obbligatoria.

Tra le patologie di origine virale, la parotite si colloca, per frequenza, al secondo posto dopo la varicella, anche se i tassi sono notevolmente più contenuti (25 per 100.000 abitanti nella classe di età 0-14 anni e 2 per 100.000 nella classe di età 15-24 anni), con una riduzione dell'incidenza dal 2000 al 2005 del 94% nella classe di età 0-14 anni e del 90% nella classe di età 15-24 anni. La parotite richiede una certa attenzione, soprattutto per le sue complicanze, in particolare meningite e orchite, che incidono particolarmente in età adulta. Infatti una meningite sintomatica può complicare anche il 15% dei casi di infezione e l'orchite si riscontra nel 20-50% degli uomini in età postpuberale che hanno contratto la parotite.

La scarlattina è l'unica tra le infezioni considerate che ha mostrato un trend temporale in aumento nella classe 0-14 anni (aumento di incidenza dal 2000 al 2005 pari a 11%), mentre nella classe di età 15-24 anni ha presentato una lieve riduzione (-15%). Le motivazioni alla base di questo andamento non sono di facile individuazione; un ruolo non trascurabile potrebbe giocare una maggiore attenzione alla notifica di questa malattia da parte di pediatri e medici di base e la considerazione che la scarlattina è l'unica tra le patologie qui considerate che non presenta la possibilità di una profilassi immunitaria attiva. La scarlattina rappresenta, inoltre, insieme alla angina streptococcica, all'impetigine, all'erisipela ed alla febbre puerperale, una delle numerose condizioni cliniche causate dallo streptococco di gruppo A. La patologia si manifesta quando il ceppo di streptococco produce una tossina eritrogenica e quando il paziente è sensibilizzato ma non immune alla tossina. Tutte queste considerazioni possono sollevare qualche dubbio sulla reale utilità della notifica obbligatoria di questa patologia come singola e specifica entità nosografica.

La pertosse ha mostrato un trend in diminuzione dal 2000 al 2005, soprattutto nella classe di età 0-14 anni (-71%), anche se i casi notificati appaiono ancora piuttosto considerevoli (9 per 100.000); nella classe di età 15-24 anni il numero di casi appare molto contenuto (incidenza 0,4 per 100.000), tuttavia la riduzione rispetto al 2000 appare più contenuta (-22%). La maggior parte dei casi riguarda, pertanto, soggetti sotto i 15 anni ma è probabile che la malattia colpisca, anche se in proporzione più ridotta, giovani e adulti; in tali casi la sottonotifica è determinata da una maggior difficoltà diagnostica poiché con l'aumentare dell'età la patologia si manifesta sempre più con quadri atipici di tosse. Da tenere, tuttavia, presente che la pertosse può complicarsi con polmonite (6%), encefalopatia e, nel neonato e nei bambini al di sotto di un anno di età, anche con il decesso. Inoltre, anche se l'incidenza della pertosse appare contenuta, in molti paesi industrializzati si è osservata una recrudescenza dell'infezione, anche con focolai epidemici, soprattutto nei neonati e bambini prima della vaccinazione e in adolescenti e adulti. Infatti sia l'infezione naturale che l'immunizzazione primaria non inducono una immunità permanente.

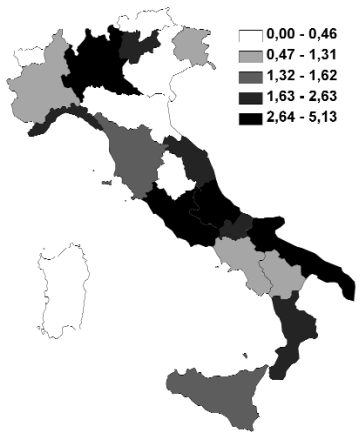
Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 154

Tabella 1 - *Tassi specifici (per 100.000) nella classe di età 0-14 anni di alcune infezioni virali a trasmissione respiratoria (morbillo, varicella, rosolia, parotite) e variazione percentuale per regione - Anni 2000, 2005*

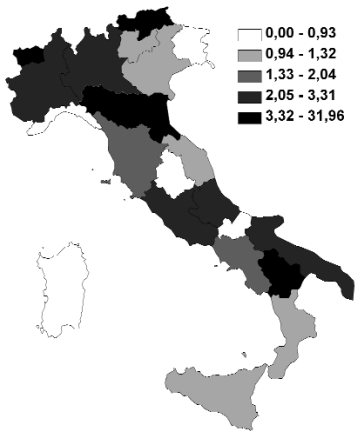
Regioni	Morbillo			Varicella			Rosolia			Parotite		
	2000	2005	Δ % 2000-2005	2000	2005	Δ % 2000-2005	2000	2005	Δ % 2000-2005	2000	2005	Δ % 2000-2005
Piemonte	11,29	1,31	-88,40	1.007,31	763,28	-24,23	12,28	2,80	-77,20	371,70	28,60	-92,31
Valle d'Aosta	0,00	0,00	-	1.188,50	1.487,01	25,12	0,00	6,17	-	179,27	18,51	-89,67
Lombardia	8,23	2,99	-63,67	1.458,41	1.030,27	-29,36	9,69	3,31	-65,84	573,35	60,76	-89,40
Bolzano-Bozen	*11,49*	*0,00*	*-100,00*	*2.061,87*	*1.606,80*	*-22,07*	*77,88*	*31,96*	*-58,96*	*3.516,03*	*44,26*	*-98,74*
Trento	*14,29*	*2,63*	*-81,60*	*2.984,97*	*1.855,87*	*-37,83*	*130,03*	*1,32*	*-98,98*	*415,81*	*44,75*	*-89,24*
Veneto	5,36	0,31	-94,22	1.881,71	1.359,83	-27,73	3,52	1,24	-64,77	220,92	17,77	-91,96
Friuli-Venezia Giulia	8,34	0,70	-91,61	2.881,66	2.361,97	-18,03	11,37	0,70	-93,84	679,11	17,47	-97,43
Liguria	11,49	2,30	-79,98	1.088,22	460,98	-57,64	8,47	0,00	-100,00	232,28	14,93	-93,57
Emilia-Romagna	2,92	0,00	-100,00	2.235,00	1.247,75	-44,17	20,23	4,71	-76,72	1.449,46	46,71	-96,78
Toscana	7,95	1,62	-79,62	1.775,31	1.161,41	-34,58	24,09	1,62	-93,28	677,69	24,29	-96,42
Umbria	2,98	0,00	-100,00	1.474,66	1.150,90	-21,95	23,83	0,00	-100,00	234,36	12,21	-94,79
Marche	9,05	2,02	-77,68	2.498,08	2.175,30	-12,92	168,78	1,01	-99,40	1.125,52	23,23	-97,94
Lazio	56,09	4,10	-92,69	453,18	322,45	-28,85	37,02	2,73	-92,63	220,56	25,66	-88,37
Abruzzo	5,56	5,13	-7,73	824,32	566,03	-31,33	11,12	2,85	-74,37	742,55	8,54	-98,85
Molise	8,43	2,29	-72,84	305,60	348,29	13,97	25,29	0,00	-100,00	543,75	9,17	-98,31
Campania	2,49	0,88	-64,66	254,33	366,63	44,16	24,98	2,04	-91,83	138,92	7,49	-94,61
Puglia	4,35	3,54	-18,62	459,40	483,35	5,21	5,66	2,31	-59,19	189,01	13,70	-92,75
Basilicata	9,26	1,13	-87,80	1.075,63	709,37	-34,05	3,09	4,53	46,60	62,79	17,00	-72,93
Calabria	0,29	1,92	562,07	128,87	358,24	177,99	17,68	1,28	-92,76	124,02	6,09	-95,09
Sicilia	44,05	1,34	-96,96	282,78	313,84	10,98	15,51	1,22	-92,13	173,27	6,44	-96,28
Sardegna	2,13	0,46	-78,40	762,62	541,49	-29,00	4,68	0,93	-80,13	48,89	3,24	-93,37
Italia	**14,41**	**1,89**	**-86,88**	**1.014,65**	**798,47**	**-21,31**	**21,17**	**2,52**	**-88,10**	**415,91**	**24,61**	**-94,08**

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. Notifiche delle malattie infettive. Anno 2007.

Tassi specifici (per 100.000) nella classe di età 0-14 anni di morbillo per regione. Anno 2005



Tassi specifici (per 100.000) nella classe di età 0-14 anni di rosolia per regione. Anno 2005



Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 155

Tabella 2 - *Tassi specifici (per 100.000) nella classe di età 15-24 anni di alcune infezioni virali a trasmissione respiratoria (morbillo, varicella, rosolia, parotite) e variazione percentuale per regione - Anni 2000, 2005*

Regioni	Morbillo			Varicella			Rosolia			Parotite		
	2000	2005	Δ % 2000-2005	2000	2005	Δ % 2000-2005	2000	2005	Δ % 2000-2005	2000	2005	Δ % 2000-2005
Piemonte	1,40	0,00	-100,00	78,65	47,39	-39,75	3,27	1,60	-51,07	18,67	2,13	-88,59
Valle d'Aosta	0,00	0,00	0,00	25,19	46,71	85,43	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Lombardia	0,93	1,04	11,83	66,09	38,04	-42,44	2,26	0,35	-84,51	19,87	4,39	-77,91
Bolzano-Bozen	*1,82*	*0,00*	*-100,00*	*187,75*	*102,14*	*-45,60*	*29,17*	*1,89*	*-93,52*	*346,34*	*13,24*	*-96,18*
Trento	*7,83*	*0,00*	*-100,00*	*129,26*	*64,11*	*-50,40*	*82,26*	*0,00*	*-100,00*	*15,67*	*2,07*	*-86,79*
Veneto	3,05	0,45	-85,25	115,98	61,34	-47,11	1,62	0,23	-85,80	9,75	1,82	-81,33
Friuli-Venezia Giulia	9,57	0,00	-100,00	200,95	102,12	-49,18	4,35	2,02	-53,56	35,67	6,07	-82,98
Liguria	7,36	0,00	-100,00	92,70	33,99	-63,33	4,41	0,00	-100,00	30,17	2,49	-91,75
Emilia-Romagna	0,80	0,00	-100,00	106,87	61,04	-42,88	14,36	0,59	-95,89	48,92	2,67	-94,54
Toscana	2,57	0,32	-87,55	120,75	69,19	-42,70	32,26	3,22	-90,02	37,11	3,86	-89,60
Umbria	0,00	1,23	-	71,53	62,64	-12,43	12,49	3,68	-70,54	11,35	1,23	-89,16
Marche	4,34	0,00	-100,00	179,11	100,30	-44,00	101,64	0,68	-99,33	71,89	2,03	-97,18
Lazio	11,79	0,74	-93,72	54,74	29,87	-45,43	16,67	2,78	-83,32	17,18	2,78	-83,82
Abruzzo	3,25	2,11	-35,08	68,34	45,08	-34,04	9,11	0,00	-100,00	54,67	1,41	-97,42
Molise	0,00	0,00	0,00	22,24	35,05	57,60	7,41	0,00	-100,00	29,65	0,00	-100,00
Campania	0,59	0,00	-100,00	14,92	19,53	30,90	8,69	0,13	-98,50	3,29	0,63	-80,85
Puglia	0,00	0,19	-	26,03	15,19	-41,64	1,86	0,19	-89,78	7,94	0,77	-90,30
Basilicata	0,00	1,35	-	46,04	30,99	-32,69	0,00	1,35	-	1,21	1,35	11,57
Calabria	0,00	0,00	1,00	9,13	14,51	58,93	0,00	0,00	1,00	18,26	0,00	-100,00
Sicilia	0,43	0,31	-27,91	14,95	10,22	-31,64	2,01	0,62	-69,15	5,89	0,46	-92,19
Sardegna	0,00	0,51	-	36,31	17,51	-51,78	0,44	0,00	-100,00	0,87	0,00	-100,00
Italia	**2,33**	**0,41**	**-82,40**	**62,45**	**37,09**	**-40,61**	**9,91**	**0,84**	**-91,52**	**20,86**	**2,07**	**-90,08**

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. Notifiche delle malattie infettive. Anno 2007.

Tabella 3 - *Tassi specifici (per 100.000) nella classe di età 0-14 anni di alcune infezioni batteriche a trasmissione respiratoria (scarlattina, pertosse) e variazione percentuale per regione – Anni 2000, 2005*

Regioni	Scarlattina			Pertosse		
	2000	2005	Δ % 2000-2005	2000	2005	Δ % 2000-2005
Piemonte	219,14	171,01	-21,96	44,78	11,96	-73,29
Valle d'Aosta	139,43	0,00	-100,00	6,64	6,17	-7,08
Lombardia	348,42	484,91	39,17	24,87	6,30	-74,67
Bolzano-Bozen	*527,28*	*559,37*	*6,09*	*172,35*	*87,29*	*-49,35*
Trento	*944,50*	*335,64*	*-64,46*	*51,44*	*23,69*	*-53,95*
Veneto	414,86	321,34	-22,54	35,87	10,51	-70,70
Friuli-Venezia Giulia	572,24	697,41	21,87	33,35	4,19	-87,44
Liguria	477,87	316,89	-33,69	13,91	1,72	-87,63
Emilia-Romagna	403,11	440,06	9,17	60,93	14,13	-76,81
Toscana	253,79	241,03	-5,03	28,81	12,49	-56,65
Umbria	317,77	470,70	48,13	3,97	11,27	183,88
Marche	223,61	190,91	-14,62	43,66	10,61	-75,70
Lazio	128,16	119,18	-7,01	24,12	12,01	-50,21
Abruzzo	104,57	113,89	8,91	29,48	3,99	-86,47
Molise	90,63	13,75	-84,83	10,54	2,29	-78,27
Campania	17,98	29,88	66,18	18,16	6,62	-63,55
Puglia	22,63	30,03	32,70	47,14	4,31	-90,86
Basilicata	31,91	40,79	27,83	20,59	1,13	-94,51
Calabria	10,55	43,26	310,05	5,99	1,92	-67,95
Sicilia	30,01	34,41	14,66	20,27	6,81	-66,40
Sardegna	119,88	127,74	6,56	13,60	0,93	-93,16
Italia	**195,83**	**216,60**	**10,61**	**30,03**	**8,81**	**-70,66**

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. Notifiche delle malattie infettive. Anno 2007.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 156

Tassi specifici (per 100.000) nella classe di età 0-14 anni di scarlattina per regione. Anno 2005

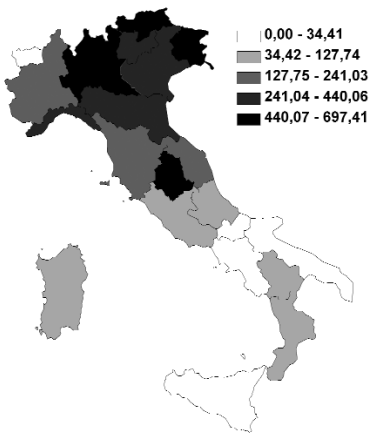


Tabella 4 - *Tassi specifici (per 100.000) nella classe di età 15-24 anni di alcune infezioni batteriche a trasmissione respiratoria (scarlattina, pertosse) e variazione percentuale per regione - Anni 2000, 2005*

Regioni	Scarlattina			Pertosse		
	2000	2005	Δ % 2000-2005	2000	2005	Δ % 2000-2005
Piemonte	2,33	1,60	-31,56	0,93	0,27	-71,48
Valle d'Aosta	0,00	0,00	0,00	8,40	0,00	-100,00
Lombardia	4,32	4,51	4,28	0,72	0,69	-3,74
Bolzano-Bozen	*14,58*	*66,20*	*353,96*	*1,82*	*3,78*	*107,52*
Trento	*29,38*	*4,14*	*-85,92*	*0,00*	*0,00*	*0,00*
Veneto	5,28	3,86	-26,86	0,41	0,23	-44,07
Friuli-Venezia Giulia	4,35	2,02	-53,51	1,74	0,00	-100,00
Liguria	4,41	3,32	-24,87	0,00	0,00	0,00
Emilia-Romagna	5,32	2,37	-55,42	1,06	0,30	-72,14
Toscana	4,28	4,18	-2,29	0,86	0,97	12,74
Umbria	2,27	1,23	-45,91	0,00	1,23	-
Marche	3,72	2,03	-45,33	1,24	0,68	-45,33
Lazio	2,36	1,30	-44,92	0,51	0,56	10,15
Abruzzo	1,30	0,00	-100,00	0,00	0,70	-
Molise	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Campania	0,12	0,00	-100,00	0,12	0,25	115,97
Puglia	0,51	0,00	-100,00	0,85	0,00	-100,00
Basilicata	1,21	0,00	-100,00	1,21	0,00	-100,00
Calabria	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Sicilia	0,00	0,15	-	0,14	0,46	223,23
Sardegna	1,75	0,00	-100,00	0,00	0,51	-
Italia	**2,66**	**2,26**	**-14,89**	**0,55**	**0,43**	**-22,00**

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. Notifiche delle malattie infettive. Anno 2007.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 157

Raccomandazioni di Osservasalute

I dati delle notifiche mostrano una riduzione sostanziale dell'incidenza del morbillo e un adeguato raggiungimento degli obiettivi riportati nel Piano Nazionale per l'Eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita, anche se si continuano a verificare ancora alcuni focolai epidemici, soprattutto tra popolazioni vulnerabili (2). È necessario proseguire le attività previste dal Piano e monitorare il suo stato di avanzamento in tutte le regioni.

Per raggiungere l'obiettivo della eliminazione della rosolia congenita, la strategia vaccinale cosiddetta selettiva (vaccinazione antirubeolica alle ragazze prepuberi e alle donne in età fertile non immuni) si è rivelata inadeguata ad eliminare la circolazione del virus; perciò, attualmente, si segue la cosiddetta strategia universale: vaccinazione di tutti i bambini e le bambine con l'obiettivo di impedire la circolazione del virus nella comunità. Con tale strategia è necessario raggiungere una copertura vaccinale del 95% entro i 2 anni di vita e effettuare un'attività di recupero delle donne in età fertile ancora suscettibili alla rosolia.

Una copertura vaccinale insufficiente contro la parotite può favorire uno spostamento dell'incidenza verso età più avanzate con il rischio di un carico di malattia più grave di quello registrato prima dell'introduzione della vaccinazione. La vaccinazione deve, pertanto, raggiungere coperture superiori al 95% in tutte le regioni, incluse quelle che ancora presentano livelli molto bassi (Provincia Autonoma di Bolzano, 58,4%; Calabria, 78,4%; dati di copertura al 24° mese per una dose di MPR relativi all'anno 2005 (3).

L'applicazione rigorosa su tutto il territorio nazionale del Piano Nazionale per l'Eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita, che prevede l'utilizzo del vaccino MPR, è strategico per il raggiungimento di tale obiettivo.

Le evidenze epidemiologiche mostrano sempre più come la varicella debba essere considerata oggi un problema di sanità pubblica. La disponibilità attuale di un vaccino vivo attenuato ad elevata immunogenicità e ben tollerato ha portato alla raccomandazione inclusa nel Piano Nazionale Vaccini 2005-2007 di somministrare il vaccino antivaricella a tutti gli adolescenti che non abbiano avuto la malattia precedentemente e agli adulti a rischio di complicanze.

La diffusione della scarlattina, in mancanza di un approccio vaccinale, può essere controllata soprattutto da misure di igiene personale (isolamento del paziente, evitare di bere o mangiare dal bicchiere o piatto di una persona ammalata o di manipolare oggetti utilizzati dal paziente, lavarsi accuratamente le mani, etc.).

La pertosse è una patologia che necessita ancora di studi per comprenderne più compiutamente la patogenesi e l'immunità. I gruppi a rischio sono soprattutto i bambini non ancora vaccinati, i giovani e gli adulti in cui si è ridotto lo stato immunitario. La più efficace misura di controllo della pertosse è, comunque, oggi rappresentata dal mantenimento di un elevato livello di immunizzazione nella comunità. Tuttavia, il rischio di focolai epidemici, anche per l'immunità non sempre duratura e la conseguente presenza di adolescenti e adulti suscettibili, è sempre presente. In una tale situazione il trattamento antibiotico dei casi riduce anche il periodo di eliminazione del microrganismo. Le persone infette devono, inoltre, evitare il contatto con bambini e adolescenti suscettibili. Può essere inoltre valutata l'opportunità di un trattamento farmacologico dei contatti stretti. È, inoltre, opportuno incoraggiare il ricorso ad indagini diagnostiche, soprattutto sierologiche, per individuare i casi, in particolare negli adulti, in cui la malattia si manifesta in modo atipico.

Riferimenti bibliografici

(1) Ministero della Salute;
http://www.ministerosalute.it/promozione/malattie/dati_statistici.jsp?label=cop.
(2) Ciofi degli Atti et al. Studio di avanzamento del piano nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia. Bollettino Epidemiologico Nazionale, marzo 2007.
(3) Ministero della Salute:
(http://www.ministerosalute.it/promozione/malattie/dati_statistici.jsp?label=cop).

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 158

Legionellosi

Significato. La legionellosi è una malattia multisistemica e grave (letalità intorno al 40% per le forme nosocomiali e al 5-15% per i casi comunitari), la cui reale diffusione non è stata ancora stimata in modo accurato. La legionellosi rappresenta un serio problema di sanità pubblica e costituisce un elemento di rischio in molte situazioni in cui individui con particolari fattori predisponenti, vengono a contatto con flussi di aerosol o di acqua contaminata.
La legionellosi in Italia è una malattia soggetta ad obbligo di notifica, ricompresa in Classe II, ma dal 1983 è sottoposta anche ad una sorveglianza speciale. Le schede di sorveglianza vengono inviate al Registro Nazionale, istituito presso l'Istituto Superiore di Sanità, che raccoglie oltre ad informazioni demografiche e cliniche del paziente, anche informazioni sui possibili fattori di rischio. Utilizzando tali dati è possibile calcolare i tassi di incidenza di legionellosi comunitaria e di legionellosi nosocomiale dal 1997 al 2005.

Tasso di incidenza della legionellosi

$$\text{Numeratore} = \text{Casi segnalati al Registro Nazionale Legionellosi}$$
$$\text{Denominatore} = \text{Popolazione media residente}$$
$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 1.000.000$$

Tasso di incidenza della legionellosi nosocomiale

$$\text{Numeratore} = \text{Casi nosocomiali segnalati al Registro Nazionale Legionellosi}$$
$$\text{Denominatore} = \text{Ricoveri in regime ordinario}$$
$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 1.000.000$$

Validità e limiti. L'analisi dell'epidemiologia della legionellosi è problematica in quanto i dati ufficiali risentono dei fenomeni di sottodiagnosi (mancato ricorso a test diagnostici specifici) e di sottonotifica. La valutazione dell'incidenza della legionellosi nosocomiale è ulteriormente complicata dal fatto che la compilazione dei dati sull'esposizione nei dieci giorni precedenti l'inizio della sintomatologia avviene mediamente in circa il 30-35% dei casi, secondo i dati del Registro Nazionale della Legionellosi. Pur con queste limitazioni, i dati ufficiali consentono di delineare il trend epidemiologico della malattia in Italia nell'ultimo decennio.

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono valori di riferimento riconosciuti. L'incidenza registrata su base nazionale può essere utile per identificare le regioni ad elevata o a bassa incidenza.

Descrizione dei risultati

In Italia nel 2005 si sono verificati 869 casi di legionellosi, per un tasso di incidenza di legionellosi pari a 14,86 casi per milione di abitanti. Esiste un chiaro gradiente decrescente Nord-Sud, in quanto l'incidenza è maggiore nelle regioni settentrionali e centrali rispetto a quelle meridionali ed insulari, ad eccezione della Basilicata (13,41 casi per milione) (tabella 1). Otto regioni, tutte situate al Centro-Nord, presentano valori di incidenza superiori alla media nazionale: Lombardia (32,36 casi per milione), Trentino-Alto Adige (29,76), Liguria (27,63), Toscana (25,57), Umbria (24,45), Lazio (19,35), Valle d'Aosta (16,28) e Emilia-Romagna (15,42). È interessante notare che la sola Provincia Autonoma di Trento mostra nel 2005 un incidenza pari a 56,28 casi per milione di residenti (28 casi dei 29 registrati in Trentino-Alto Adige) e che due regioni (Molise e Calabria) non hanno notificato alcun caso di legionellosi.
L'incidenza della legionellosi è in aumento; si è passati da 1,56 casi per milione di abitanti nel 1997 (90 casi) a 14,86 casi per milione nel 2005. La tendenza generale all'incremento nell'intero periodo considerato è riscontrabile nella maggior parte delle regioni italiane.
Relativamente alla legionellosi nosocomiale, l'incidenza nel 2005 in Italia è risultata pari a 9,12 casi per milione di ricoveri ordinari (tabella 2). La maggior parte dei 78 casi nosocomiali registrati nel 2005 (64,10%) si sono verificati in sole tre regioni (Lombardia, 29 casi; Toscana, 13 casi; Piemonte, 8 casi). Ne consegue che queste tre regioni, più il Trentino-Alto Adige, la Liguria, l'Umbria, le Marche e la Basilicata, hanno un tasso di incidenza superiore rispetto alla media nazionale.
L'analisi dei tassi di incidenza calcolati sul numero dei ricoveri evidenzia chiaramente, per la legionellosi nosocomiale, un trend crescente, con valori che passano da 1,83 casi per milione di ricoveri nel 1997 a 9,12 casi per milione nel 2005, con due eccezioni nel 1999 (4,13) e nel 2004 (11,22).

C. MARZUILLO, P. VILLARI, C. DE VITO, G. LIGUORI, A. PARLATO, A. BOCCIA

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 159

Tabella 1 - *Tasso di incidenza (per 1.000.000) di legionellosi per regione - Anni 1997-2005*

Regioni	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Piemonte	4,66	11,29	15,39	10,49	14,35	22,74	16,94	21,63	14,78
Valle d'Aosta	0,00	0,00	0,00	0,00	33,31	66,54	24,70	40,83	16,28
Lombardia	3,01	2,72	9,51	7,59	13,44	26,90	31,38	21,89	32,36
Trentino-Alto Adige	8,75	9,78	9,72	3,22	4,26	7,40	5,23	22,71	29,76
Bolzano-Bozen	*2,21*	*0,00*	*4,37*	*0,00*	*0,00*	*2,15*	*2,13*	*2,11*	*2,10*
Trento	*15,14*	*19,34*	*14,93*	*6,35*	*8,41*	*12,49*	*8,21*	*42,49*	*56,28*
Veneto	0,90	0,87	2,44	0,88	2,20	14,71	7,59	7,92	11,06
Friuli-Venezia Giulia	0,00	0,00	0,84	3,37	3,37	4,21	3,35	5,83	7,47
Liguria	7,29	1,90	6,75	1,85	5,64	10,82	6,98	8,83	27,63
Emilia-Romagna	1,27	1,73	4,53	3,50	9,51	10,48	7,40	14,82	15,42
Toscana	1,70	0,28	3,40	3,39	6,25	16,25	13,55	16,47	25,57
Umbria	0,00	0,00	0,00	0,00	1,20	2,41	7,13	12,89	24,45
Marche	0,69	1,34	2,06	0,00	2,72	0,68	2,68	1,98	14,49
Lazio	0,76	0,97	3,04	3,04	5,57	12,67	16,04	11,65	19,35
Abruzzo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,79	0,00	0,00	0,00	3,08
Molise	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Campania	0,35	0,00	0,35	0,35	0,35	0,70	0,70	0,87	6,56
Puglia	0,24	0,00	0,49	0,24	2,22	4,23	1,49	3,21	1,72
Basilicata	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5,02	11,73	11,73	13,41
Calabria	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,50	1,00	0,00	0,00
Sicilia	0,00	0,00	0,20	0,20	0,60	0,00	1,00	0,40	1,00
Sardegna	0,00	0,00	0,60	1,21	1,22	1,84	2,44	0,00	1,21
Italia	**1,56**	**1,86**	**4,15**	**3,05**	**5,66**	**11,18**	**10,71**	**10,38**	**14,86**

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istituto Superiore di Sanità. Registro Nazionale della Legionellosi.
www.iss.it/regi/cont.php?id=30&lang=1&tipo=45.

Tabella 2 - *Tasso di incidenza (per 1.000.000 ricoveri ordinari) di legionellosi nosocomiale per regione - Anni 1997-2005*

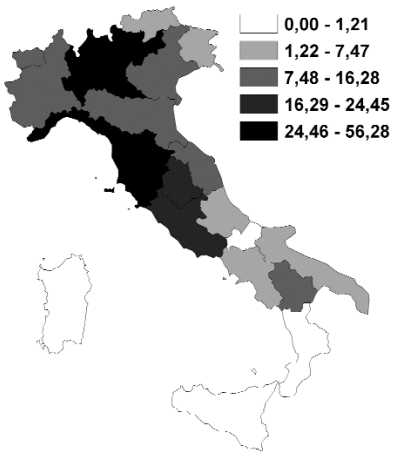
Regioni	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Piemonte	n.d.	36,50	33,66	22,12	34,73	35,96	42,60	64,37	15,61
Valle d'Aosta	n.d.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Lombardia	n.d.	2,37	5,40	9,12	12,14	18,24	16,48	13,31	21,44
Trentino-Alto Adige	n.d.	25,80	25,72	0,00	0,00	18,20	18,70	42,66	14,22
Bolzano-Bozen	*n.d.*	*0,00*	*0,00*	*0,00*	*0,00*	*0,00*	*0,00*	*0,00*	*0,00*
Trento	*n.d.*	*60,68*	*54,75*	*0,00*	*0,00*	*40,08*	*43,50*	*89,09*	*29,70*
Veneto	n.d.	0,00	1,28	0,00	0,00	2,89	4,50	6,72	1,68
Friuli-Venezia Giulia	n.d.	0,00	0,00	0,00	0,00	5,78	0,00	6,59	0,00
Liguria	n.d.	0,00	3,37	0,00	3,45	3,77	4,02	8,72	21,79
Emilia-Romagna	n.d.	1,31	1,34	1,43	5,92	1,50	0,00	17,10	8,55
Toscana	n.d.	0,00	1,73	3,53	0,00	11,13	21,65	18,07	29,37
Umbria	n.d.	0,00	0,00	0,00	7,36	0,00	0,00	26,34	17,56
Marche	n.d.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	9,21
Lazio	n.d.	0,00	0,00	3,20	2,16	8,73	6,66	6,13	7,35
Abruzzo	n.d.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Molise	n.d.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Campania	n.d.	0,00	1,06	1,03	1,05	0,00	0,00	1,12	2,24
Puglia	n.d.	0,00	0,00	0,00	1,24	2,69	0,00	1,50	0,00
Basilicata	n.d.	0,00	0,00	0,00	0,00	34,95	25,14	46,00	34,50
Calabria	n.d.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Sicilia	n.d.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,42	0,00	0,00
Sardegna	n.d.	0,00	3,72	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Italia	**1,83**	**3,29**	**4,13**	**3,65**	**5,19**	**7,94**	**8,29**	**11,22**	**9,12**

n.d. = non disponibile.

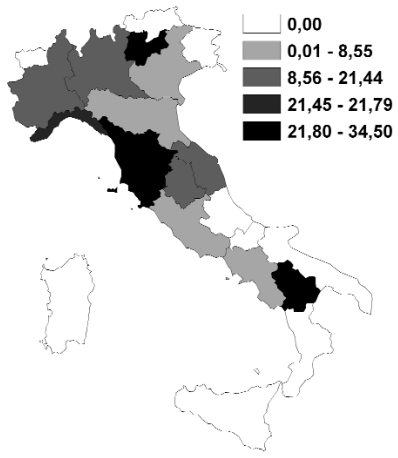
Fonte dei dati e anno di riferimento: Istituto Superiore di Sanità. Registro Nazionale della Legionellosi.
www.iss.it/regi/cont.php?id=30&lang=1&tipo=45.
Ministero della Salute. Bollettino. Epidemiologico Nazionale. www.ministerosalute.it/promozione/malattie/bollettino.jsp.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 160

Tasso di incidenza (per 1.000.000) di legionellosi per regione. Anno 2005



Tasso di incidenza (per 1.000.000 ricoveri ordinari) di legionellosi nosocomiale per regione. Anno 2005



Confronto internazionale

La tendenza all'incremento nel tempo dell'incidenza della legionellosi è evidente nella maggior parte dei paesi industrializzati. Negli Stati Uniti l'incidenza è risultata nel 2005 pari a 7 casi per milione di abitanti, mentre fino al 2002 si attestava intorno a 5 casi per milione di abitanti. In Europa l'incidenza di legionellosi è pari a 8,20 casi per milione (dati 2004) con una evidente tendenza all'incremento nel tempo. La diffusione della legionellosi si presenta molto diversificata nei diversi paesi europei, con l'Italia che si colloca in una posizione intermedia.

Raccomandazioni di Osservasalute

I dati ufficiali sulla incidenza della legionellosi in Italia depongono per una significativa sottostima. Il dato più eclatante, in questo senso, è sicuramente rappresentato dal fatto che ancora nel 2005 due regioni italiane non hanno notificato nessun caso di legionellosi e che nel 1997 le regioni sulla carta senza legionellosi erano addirittura nove. Tutto ciò lascia ipotizzare che l'incremento di incidenza della legionellosi osservata negli ultimi anni sia presumibilmente dovuto ad un miglioramento della diagnosi e della notifica. Considerazioni analoghe possono essere fatte anche per la stima dell'incidenza della legionellosi nosocomiale. Il fatto che la maggior parte dei casi di legionellosi nosocomiale provenga da un numero ristretto di ospedali lascia chiaramente intravedere che una sorveglianza attiva della legionellosi (con effettuazione di test specifici in caso di polmonite nosocomiale) sia di fatto funzionante solamente in un numero assai contenuto di ospedali italiani.

Il monitoraggio dell'epidemiologia della legionellosi in Italia richiede pertanto un'opera di sensibilizzazione forte per stimolare i medici a comportamenti professionali appropriati sia per la diagnosi di malattia che per la notifica al Registro Nazionale.

Riferimenti bibliografici

(1) Rota MC, Castellani Pastoris M, Salmaso S. La legionellosi in Italia nel 1997. Not Ist Super Sanità 1998; 11 (11): 1-7.
(2) Rota MC, Castellani Pastoris M, Salmaso S. La legionellosi in Italia nel 1998. Not Ist Super Sanità 1999; 12 (8): 1-7.
(3) Rota MC, Castellani Pastoris M, Salmaso S. La legionellosi in Italia nel 1999. Not Ist Super Sanità 2000; 13 (9): 1-6.
(4) Rota MC, Castellani Pastoris M, Salmaso S. Rapporto annuale sulla legionellosi in Italia nel 2000. Not Ist Super Sanità 2001; 14 (9): 11-4.
(5) Rota MC, Castellani Pastoris M, Salmaso S. Rapporto annuale sulla legionellosi in Italia nel 2001. Not Ist Super Sanità 2002; 15 (10): 11-5.
(6) Rota MC, Castellani Pastoris M, Ricci ML, Caporali MG, Salmaso S. Rapporto annuale sulla legionellosi in Italia nel 2002. Not Ist Super Sanità 2003; 16 (12): 3-8.
(7) Rota MC, Castellani Pastoris M, Ricci ML, Caporali MG, Salmaso S. La legionellosi in Italia nel 2003. Rapporto annuale. Not Ist Super Sanità 2004; 17 (10): 8-13.
(8) Rota MC, Caporali MG, Ricci ML. La legionellosi in Italia nel 2004. Rapporto annuale. Not Ist Super Sanità 2005; 18 (9): 3-9.
(9) Rota MC, Caporali MG, Losardo M, Scaturro M, Ricci ML. La legionellosi in Italia nel 2005. Rapporto annuale. Not Ist Super Sanità 2006; 19 (9): 3-8.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 161

Legionellosi: l'esperienza della regione Marche

Prof. Marcello Maria D'Errico, Perito chimico Roberto Bruschi, Dott.ssa Enrica Martini, Infermiera Gigli Miranda, Dott. Roberto Ricci, Dott.ssa Sandra Savini

La legionellosi è considerata un problema emergente in Sanità Pubblica, tanto da essere sottoposta a sorveglianza speciale da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), dell'*European Working Group for Legionella Infections* (EWGLI) e dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), che ha istituito dal 1983 il Registro Nazionale della Legionellosi. Nel 2005 sono stati notificati all'ISS complessivamente 869 casi di legionellosi, con un incremento di oltre il 40% rispetto al 2004. L'incidenza della legionellosi in Italia nel 2005 è pari a 15 casi per milione di popolazione e, a fronte di un aumento dei casi comunitari, si apprezza una sensibile diminuzione dei casi nosocomiali che passano dal 16% del 2004 al 9%, e della letalità che passa dal 14% all'8,2%. Rimane invece pressoché invariata la proporzione di casi di legionellosi associati ai viaggi (14%) e quella di casi classificati come comunitari per i quali l'origine dell'infezione non è nota.

Nelle Marche, nel quinquennio 2001-2005, sono stati notificati complessivamente 34 casi di legionellosi di cui ben 22 nel 2005. Atteso l'incremento registrato nelle Marche, peraltro in linea con il trend nazionale, nel 2007 la Regione ha recepito le "Linee Guida recanti indicazioni sulla legionellosi per i gestori di strutture turistico-ricettive e termali e per i laboratori con attività di diagnosi microbiologica e controllo ambientale". Le direttive accolte nascono dall'accordo tra il Ministro della Salute e le regioni. Secondo il provvedimento adottato, il personale di vigilanza di strutture turistico-ricettive e termali verrà istruito, seguendo le linee guida del Servizio Salute regionale, con gli elementi necessari ad individuare e valutare i reali rischi di infezione.

Gli operatori di strutture turistiche saranno pertanto formati in modo da essere in grado di valutare l'eventuale presenza di legionellosi e di adottare le norme comportamentali per prevenire e ridurre al minimo qualsiasi rischio. Poiché la legionellosi si contrae per via respiratoria, mediante inalazione dei vapori in cui è contenuto il batterio, tra le misure di prevenzione viene raccomandato il mantenimento costante dell'acqua calda a una temperatura > 50°C o all'erogazione o l'apertura dei rubinetti per alcuni minuti prima dell'occupazione delle camere delle strutture turistiche. Se in una struttura viene individuato un potenziale pericolo, il personale addetto dovrà procedere con il campionamento dell'acqua per la ricerca della legionella.

L'accordo recepito dalle Marche propone poi di organizzare al meglio le attività dei laboratori nel settore della diagnostica e del controllo ambientale della legionella ed è rivolto agli operatori della sanità pubblica, ai microbiologi laboratoristi e a tutto il personale coinvolto nel controllo di tale malattia.

Per quanto riguarda, invece, il controllo della legionellosi in ambito ospedaliero, già da diversi anni nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona è in atto un programma di sorveglianza nelle aree critiche. Il progetto ha previsto: individuazione dei punti "critici" dell'impianto idrico (ingresso acqua di rete, linea acqua fredda dopo addolcitore, prima del trattamento disinfettante, linea acqua fredda dopo addolcitore, dopo trattamento disinfettante, linea acqua calda in uscita dal boiler, linea acqua calda di ricircolo, utenza acqua calda (lavandino, doccia) di ogni stanza, utenza acqua fredda (lavandino, doccia) di ogni stanza) per il monitoraggio della carica batterica e ricerca di legionella; immissione in continuo di prodotti disinfettanti e monitoraggio della concentrazione; scorrimento quotidiano dell'acqua dalle varie utenze per impedirne il ristagno e la conseguente possibilità di formazione di biofilm. Le strategie adottate ci hanno consentito, in prima istanza, di bonificare l'impianto idrico e, successivamente, di azzerare la presenza di Legionella pneumophila. È da sottolineare che, nella nostra esperienza, lo scorrimento dell'acqua abbinata ad una clorazione con cloro residuo di almeno 0,3 parti per milione (ppm) ci ha garantito, ad oggi, l'assenza di legionella dalla rete idrica. Infatti, il non utilizzo dell'acqua fa decadere il cloro e favorire la moltiplicazione del microrganismo. Dalla nostra esperienza si conferma quanto già riportato nel "Documento di Linee Guida per la prevenzione e il controllo della legionellosi"; la prevenzione delle infezioni da legionella, in ambito sia comunitario che nosocomiale, si realizza attraverso l'integrazione di diverse strategie tra le quali: corretta progettazione e realizzazione delle reti idriche e degli impianti di condizionamento; monitoraggio della presenza di legionella negli impianti di climatizzazione e nei sistemi di distribuzione dell'acqua, in particolar modo l'acqua calda; periodica manutenzione e decontaminazione dell'impianto idrico (accurata pulizia e disinfezione dei filtri dei condizionatori, decalcificazione dei rompigetto dei rubinetti e dei diffusori delle docce, sostituzione delle guarnizioni ed altre parti usurate, svuotamento, pulizia e disinfezione dei serbatoi di accumulo

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 162

dell'acqua); controllo della temperatura dell'acqua in modo da evitare l'intervallo critico per la proliferazione dei batteri (25-55°C); utilizzo di trattamenti biocidi al fine di ostacolare la crescita di alghe, protozoi e altri batteri che possono costituire nutrimento per la legionella; realizzazione di un efficace programma di trattamento dell'acqua, capace di prevenire la corrosione e la formazione di film biologico, che potrebbe contenere anche legionella; scorrimento quotidiano e frequente dell'acqua.

Riferimenti bibliografici

(1) Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano. Documento di linee-guida per la prevenzione e il controllo della legionellosi". 2002.
(2) Rota MC, Caporali MG, Losardo M, Scaturro M, Ricci ML. La legionellosi in Italia nel 2005. Rapporto annuale. Not Ist Super Sanità 2006; 19 (9): 3-8.
(3) Regione Marche. Recepimento Linee Guida recanti indicazioni sulla legionellosi per i gestori di strutture turistico-ricettive e termali". Delibera Regione Marche n.186 del 27 febbraio 2007.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 163

Legionellosi associata a viaggi: *cluster* epidemici

Prof. Giorgio Liguori, Dott. Antonino Parlato, Dott.ssa Rosa Alfieri, Dott. Paolo Russo, Dott.ssa Maria Grazia Caporali, Dott.ssa Maria Cristina Rota

Contesto

Con il termine "legionellosi" si indica una malattia infettiva di origine batterica provocata da microrganismi appartenenti al genere Legionella. L'infezione si manifesta di solito con un quadro clinico di polmonite, spesso in forma grave e nel 30% dei casi si accompagna anche a diarrea e vomito. La legionellosi non si trasmette da persona a persona, ma piuttosto viene contratta dall'inalazione di aerosol e acqua contaminata. Infatti, il batterio si riproduce soprattutto in ambienti umidi e tiepidi, come sistemi di tubature, condensatori, torri di raffreddamento e i sedimenti quali ruggine e calcare ne facilitano l'insediamento e la colonizzazione.
La legionellosi può presentarsi come caso singolo oppure come "cluster" di due o più casi conseguenti l'esposizione ad una singola fonte. Rilevanti ai fini delle misure di controllo della malattia sono i cluster di legionellosi associata ai viaggi, definiti come il verificarsi di due o più casi associati con la stessa struttura turistico-ricettiva nell'arco di due anni (1).

Metodi

Dal 1986 esiste un gruppo di lavoro internazionale sulla legionellosi chiamato *European Working Group for Legionella Infections* (EWGLI) coordinato dal 1993 dall'*Health Protection Agency* di Londra. Nell'ambito dello EWGLI esiste una rete di sorveglianza della legionellosi associata ai viaggi che attualmente coinvolge 35 Paesi europei (*European Surveillance Scheme for Travel Associated Legionnaires' Disease: EWGLInet*). Lo EWGLInet prevede uno scambio di informazioni tra gli Stati dell'Unione Europea al fine di individuare tra i casi quelli attribuibili a infezioni contratte in strutture ricettive di paesi diversi da quello in cui è stata posta la diagnosi e rendere così possibili le indagini epidemiologiche e gli interventi del caso. In Italia, l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) riceve la comunicazione su casi di polmonite da Legionella riscontrati in altri paesi in persone che hanno viaggiato in Italia, corredata da indicazioni sui luoghi di soggiorno. L'ISS attiva, quindi, i Servizi di Igiene e Sanità Pubblica competenti e comunica i risultati delle indagini allo EWGLI che ne informa i paesi interessati.
Nel luglio 2002 un gruppo di esperti appartenenti allo EWGLI ha preparato apposite linee guida contenenti una serie di procedure per la segnalazione/notifica dei casi di legionellosi associata ai viaggi. Nel 2003, dopo un'ampia discussione di queste procedure tra i collaboratori dei paesi partecipanti alla sorveglianza, si è raggiunto un accordo e le Linee Guida, approvate dalla Comunità Europea secondo la decisione n. 2119/98 EC del Parlamento e del Consiglio Europeo, sono state recepite da tutti i paesi della Comunità Europea.
Il documento contiene informazioni epidemiologiche, diagnostiche e di buona pratica, utili anche alla gestione dei sistemi nazionali di sorveglianza della malattia. Obiettivo dichiarato è quello di offrire ai 35 stati membri dell'EWGLInet uno strumento che consenta un approccio standardizzato alla diagnosi ed alla prevenzione, nonché un metodo per armonizzare strategie e procedure di controllo.

Risultati e Discussione

In Italia, nel periodo luglio 2002-giugno 2006, sono stati notificati 96 *cluster* associati a strutture ricettive tra cui 83 (86,5%) alberghi, 8 (8,3%) campeggi, 5 (5,2%) altri tipi di strutture.
In tabella 1 è riportato il numero di strutture recettive associate a *cluster* suddivise per regione nel periodo 2002-2006.
Complessivamente si sono ammalati 276 turisti, di cui il 65% di origine straniera. L'età media dei casi è risultata pari a 62 anni, il rapporto uomini/donne 2:1, la durata del soggiorno mediamente di 7 giorni e la letalità del 3,6%. Non si sono evidenziati cluster di grandi dimensioni (nessun caso con più di 5 turisti coinvolti).
Indagini epidemiologiche ed ambientali sono state eseguite in tutte le 96 strutture ricettive; Legionella spp è stata isolata nel 66% di queste (60/96) e la carica batterica espressa in unità formanti colonia (ufc/L) è riportata in tabella 2.
In tutte le strutture risultate positive sono state messe in atto idonee misure di controllo che hanno portato alla negativizzazione dei successivi prelievi ambientali. I risultati delle indagini sono stati comunicati allo EWGLI entro le scadenze previste e, durante il periodo considerato un solo albergo è stato segnalato come inadempiente sul sito web dell'EWGLI.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 164

Tabella 1 - *Numero totale di cluster di legionella per regione - Anni 2002-2006*

Regioni	Strutture recittive
Piemonte	1
Valle d'Aosta	1
Lombardia	9
Trentino-Alto Adige	6
Veneto	10
Friuli-Venezia Giulia	1
Liguria	2
Emilia-Romagna	10
Toscana	6
Umbria	2
Marche	5
Lazio	13
Abruzzo	0
Molise	0
Campania	5
Puglia	8
Basilicata	0
Calabria	4
Sicilia	10
Sardegna	3
Italia	**96**

Fonte dei dati e anno di riferimento: ISS. Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute. Anno 2006.

Tabella 2 - *Percentuale di strutture positive per Legionella pneumophila - Anni 2002-2006*

Strutture recettive (96)	Carica batterica (Ufc/L)
36 (37%)	negativa
3 (3%)	non nota
51 (53%)	< 1.000
6 (7%)	> 1.000

Fonte dei dati e anno di riferimento: ISS. Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute. Anno 2006.

Conclusioni

La legionellosi è oggetto di continuo studio da parte della comunità scientifica. La malattia appare in aumento, non solo per la disponibilità di una diagnosi rapida grazie all'impiego dei test urinari per la ricerca dell'antigene specifico, ma perché è correlata a stili di vita che ne favoriscono la trasmissione: viaggi con soggiorni in strutture ricettive, frequentazioni di piscine e strutture termali.

Per tale motivo, negli ultimi anni in Europa si è assistito ad un notevole aumento dei casi di legionellosi associati a soggiorni presso strutture alberghiere, campeggi, terme ed è, quindi, evidente l'importanza di mettere in atto le raccomandazioni contenute nelle Linee Guida europee.

Poiché l'incremento dei cluster di casi associati a strutture ricettive è evidente anche nel nostro paese, il Ministero della Salute ha affidato ad un gruppo di esperti il compito di adattare le linee guida europee alla situazione italiana. Sono state quindi preparate le "Linee Guida recanti indicazioni sulla legionellosi per i gestori di strutture turistico-ricettive e termali" che, a seguito dell'accordo tra la Conferenza permanente Stato-Regioni e il Ministero della Salute, sono state pubblicate sulla Gazzetta Ufficiale n. 29 del 5 febbraio 2005. L'accordo ha la finalità di offrire ai direttori di strutture turistico-ricettive e termali elementi di giudizio per la valutazione del rischio legionellosi in dette strutture ed un insieme di suggerimenti tecnico-pratici, basati sulle più aggiornate evidenze scientifiche, atti a ridurre al minimo tale rischio.

Raccomandazioni di Osservasalute

Considerato che per l'Italia il settore turistico è un comparto economico di prima grandezza, con un'incidenza nel PIL del 7% e 2 milioni di occupati, risulta evidente come il verificarsi di casi di legionellosi possa rappresentare un problema rilevante per "l'immagine del paese".

La sfida è ora riuscire ad assicurare la massima diffusione a tali raccomandazioni tra gli operatori del settore turistico-alberghiero al fine di prevenire il maggior numero possibile di casi.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 165

Riferimenti bibliografici
(1) Notiziario ISS: Rapporto annuale sulla legionellosi in Italia nel 2002: vol.16 - n.12 Dicembre, 2003.
(2) Notiziario ISS: La legionellosi in Italia nel 2003. Rapporto annuale: vol.17 n.10 Ottobre, 2004.
(3) Notiziario ISS: La legionellosi in Italia nel 2004. Rapporto annuale: vol.18 n. 9 Settembre, 2005.
(4) Notiziario ISS: La legionellosi in Italia nel 2005.Rapporto annuale: vol.19 n. 9 Settembre, 2006.
(5) Epicentro sito web: www.epicentro.iss.it.
(6) European Guidelines for Control and Prevention of Travel Associated Legionnaires' Disease, 2003: Ewgli sito Web.
(7) European Working Group for Legionella Infections – EWGLI sito web: www.ewgli.org.
(8) Documento di linee-guida per la prevenzione e il controllo della legionellosi.
(9) Linee guida recanti indicazioni ai laboratori con attività di diagnosi microbiologica e controllo ambientale della legionellosi. G.U. n.51 del 03/03/2005.
(10) Linee Guida recanti indicazioni sulla legionellosi per i gestori di strutture turistico-ricettive e termali" (G.U. n.51 del 03/03/2005).
(11) Rapporto Osservasalute 2006: La legionellosi, pagg. 156-157.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 166

Interventi di controllo delle infezioni del sito operatorio: l'esperienza della regione Marche

Prof. Marcello Maria D'Errico, Prof. Isidoro Annino, Dott.ssa Pamela Barbadoro, Dott.ssa Esther Manso, Dott.ssa Enrica Martini, Dott.ssa Sandra Savini, Prof.ssa Emilia Prospero

Il presente studio riferisce i risultati di uno specifico progetto dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona, curato dal Servizio di Igiene Ospedaliera convenzionato con la Cattedra di Igiene della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Politecnica delle Marche.

Obiettivi dello studio
- Sorveglianza attiva delle infezioni del sito operatorio (ISO) e della circolazione dei microrganismi multiresistenti;
- Razionalizzazione della profilassi antibiotica in chirurgia.

Sorveglianza attiva infezioni sito operatorio e circolazione microrganismi multiresistenti
Il programma di sorveglianza delle ISO, attivato dal gennaio 1998, interessa le 15 Unità Operative (UUOO) chirurgiche dell'Azienda ed è basato sulla revisione bisettimanale delle cartelle cliniche e delle cartelle infermieristiche dei pazienti ricoverati sottoposti ad intervento chirurgico e sul monitoraggio degli esami colturali eseguiti su tamponi delle ferite chirurgiche dal laboratorio di Microbiologia. Su una scheda di rilevazione appositamente predisposta, per ciascun paziente vengono registrati: dati amministrativi relativi al ricovero, il punteggio di gravità delle condizioni cliniche secondo l'*American Society of Anesthesiologists* (ASA *score*), il tipo (secondo l'ICD-9CM), la durata dell'intervento chirurgico ed eventuali infezioni del sito operatorio. Sulla base di tali dati vengono calcolati i tassi di ISO per raggruppamenti di procedure chirurgiche e categorie di rischio e confrontati con i tassi dello studio americano *National Nosocomial Infection Study* (NNIS). Tutte le fasi metodologiche (raccolta, archiviazione, elaborazione dei dati e produzione di carte statistiche di processo) sono effettuate con il supporto del software "SOR.R.I.S.O." (SORveglianza Routinaria delle Infezioni del Sito Operatorio), appositamente sviluppato in ambiente MS Access 1997.
Il programma di sorveglianza interessa anche la circolazione dei microrganismi caratterizzati da una multiresistenza agli antibiotici. Giornalmente vengono raccolti presso il Laboratorio di Microbiologia i dati sugli isolamenti di tali microrganismi ed allertate in tempo reale le UUOO interessate (in questo caso tutte, non solamente quelle chirurgiche) al fine di provvedere ad applicare ai pazienti coinvolti le opportune misure di isolamento, in modo da evitare la trasmissione del microrganismo tra paziente e paziente e la sua diffusione ambientale.

Razionalizzazione della profilassi antibiotica in chirurgia
Il primo passo del progetto, iniziato nell'aprile 2001, è stato quello di creare un gruppo di lavoro che vedesse la partecipazione di igienisti, infettivologi, chirurghi, microbiologi, farmacisti. Il gruppo di lavoro, dopo aver raccolto le principali indicazioni della letteratura scientifica sull'argomento, ha elaborato un fascicolo con le principali fonti bibliografiche (cui corrispondono peraltro indicazioni praticamente sovrapponibili) e lo ha inviato alle 15 UUOO coinvolte nel progetto, con l'invito a definire, su tale base, propri protocolli di profilassi antibiotica. I protocolli elaborati dalle UUOO sono stati poi rivisti dal gruppo di lavoro che in alcuni casi ha suggerito possibili modifiche. A tutte le UUOO è stato inviato, quindi, un documento comprendente il protocollo revisionato e la valutazione della sua applicazione. Il momento finale del progetto è stato quello di verificare la reale applicazione dei protocolli durante l'attività operatoria routinaria.

Risultati e Discussione
Dal gennaio 1998 al dicembre 2006, sono stati sorvegliati 63.173 interventi chirurgici e riscontrate 1.626 infezioni, per una frequenza di infezione pari a 2,6 su 100 interventi sorvegliati. Dal 1998, anno di inizio della sorveglianza al dicembre 2006 si è registrata una notevole riduzione delle infezioni (dal 3,2% all'1,5%). Il microganismo più frequentemente isolato è risultato *Staphylococcus aureus* (26,1%), seguito da *Pseudomonas aeruginosa* (20,0%) ed *Escherichia coli* (16,2%). Il 48% di *Staphylococcus aureus* isolati era resistente alla meticillina. Durante i 10 anni di sorveglianza si è assistito ad una progressiva riduzione della circolazione dei microrganismi multiresistenti e, in particolar modo, ad un calo di isolamenti di MRSA (da 1,1 a 0,1 per 1.000 giorni degenza e da 8,9 a 0,8 per 1.000 interventi chirurgici). Per quanto riguarda la profilassi antibiotica, il principale risultato raggiunto è stato quello di disporre di protocolli ufficiali e condivisi di profilassi per tut-

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 167

te le UUOO, in modo da ottenere un utilizzo omogeneo di antibiotici nelle varie procedure chirurgiche e ridurre drasticamente l'utilizzo dei principi attivi di ultima generazione (costosi e da riservare solo a particolari esigenze terapeutiche). La valutazione dell'applicazione dei protocolli, a fronte di risultati iniziali non del tutto incoraggianti (24% di conformità nell'arco del periodo dei primi 9 mesi di sorveglianza), ha evidenziato un successivo netto trend positivo nel confronto tra il primo bimestre di applicazione (aprile-maggio 2001) e l'ultimo (aprile-maggio 2007) raggiungendo una conformità complessiva dell'84%.
I risultati descritti testimoniano un notevole impegno complessivo da parte delle UUOO chirurgiche degli Ospedali Riuniti di Ancona mirato al contenimento delle infezioni, attraverso la corretta applicazione di protocolli comportamentali e razionale utilizzo degli antibiotici in profilassi perioperatoria.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 168

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 169

Tumori

Il continuo monitoraggio dei principali indicatori epidemiologici è utile per valutare i progressi nel controllo sanitario e per fornire indicazioni di intervento in campo oncologico. La conoscenza delle tendenze espresse da questi indicatori è rilevante non solo a livello nazionale, ma anche a livello regionale, dato il ruolo assunto dalle regioni nelle decisioni riguardanti la Sanità Pubblica. Gli indicatori più rilevanti, già presentati nei precedenti Rapporti Osservasalute, sono:

- l'*incidenza*, ovvero il numero di nuove diagnosi di tumore che si verificano ogni anno nella popolazione. È un indicatore della presenza dei fattori di rischio associati alla malattia e fornisce indicazioni per politiche di prevenzione primaria;
- la *mortalità* che rappresenta un indicatore sintetico della storia di incidenza della malattia e di sopravvivenza dei malati oncologici. Dalla mortalità derivano informazioni utili per definire politiche di sorveglianza generale;
- la *prevalenza* che esprime il numero di persone viventi che hanno avuto una diagnosi di tumore nel proprio passato (recente o remoto). È un indicatore del carico oncologico complessivo nella popolazione ed è utile per la pianificazione e allocazione delle risorse.

Di seguito si presenta un aggiornamento dei dati di incidenza, mortalità e prevalenza per l'insieme di tutti i tumori, già oggetto di discussione nei precedenti Rapporti Osservasalute.

Aggiornamento degli indicatori epidemiologici

I dati di mortalità sono resi disponibili dall'Istat per l'intero paese, mentre incidenza e prevalenza sono disponibili solo per le aree interessate dai Registri Tumori di popolazione (RT), che in Italia coprono il 25-30% della popolazione. Informazioni per le aree non coperte da RT sono però stimabili attraverso l'applicazione di modelli statistico- matematici. L'applicazione sistematica di tali modelli rende così fruibili informazioni su tutti gli indicatori. Stime regionali e nazionali degli indicatori epidemiologici per i tumori più diffusi sono state di recente prodotte nell'ambito del progetto "I tumori in Italia", frutto della collaborazione di: Istituto Superiore di Sanità (ISS, Roma), Fondazione IRCSS "Istituto Nazionale dei Tumori" (INT, Milano) e Associazione dei Registri Tumore Italiani (AIRTum). Le analisi statistiche, condotte dall'ISS, sono state effettuate con la metodologia MIAMOD (Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati, pag. XX) che consente di calcolare incidenza e prevalenza per uno specifico tumore a partire dai dati ufficiali di mortalità (Fonte Istat) e sopravvivenza (Fonte AIRTum). Gli articoli scientifici di presentazione dello studio e dei suoi risultati sono stati di recente pubblicati in un numero monografico della rivista Tumori (1) (http://www.tumorionline.it/). Sul sito del progetto (www.tumori.net), curato dall'INT, si possono consultare (con tabelle fisse o con interrogazioni specifiche) tutte le stime epidemiologiche prodotte.

Nelle tabelle 1 e 2 vengono proposti gli andamenti temporali, nei tre decenni dal 1978 al 2007, dei tassi standardizzati di incidenza e mortalità per tutti i tumori nelle regioni italiane, mentre la tabella 3 mostra il trend del numero di casi prevalenti in Italia per tutti i tumori dal 1977 al 2007 (per definizioni e significati degli indicatori si rimanda ai precedenti Rapporti Osservasalute). Come già evidenziato nei precedenti Rapporti, da tali tabelle emerge che:

- il rischio oncologico complessivo del Sud, storicamente più basso, si sta avvicinando a quello del Nord. Le stime riportate in tabella 1 indicano che esistono ancora delle differenze nei tassi d'incidenza tra regioni settentrionali e meridionali, ma sono sensibilmente ridotte rispetto al passato. Per quanto riguarda gli uomini si nota nell'ultimo decennio una riduzione di incidenza nel Nord (la diminuzione maggiore si riscontra in Veneto e Lombardia), contrastato da un aumento in alcune regioni del Sud (principalmente Basilicata e Campania). I tassi di incidenza nelle donne, invece, sono stimati in aumento in tutte le regioni, con una crescita più accentuata in alcune regioni del Sud (Campania, Puglia, Basilicata, Sardegna). I trend temporali osservati negli uomini sono in larga parte riconducibili alla riduzione di incidenza del tumore del polmone, accompagnata da una parallela riduzione della prevalenza di fumatori nella popolazione maschile dagli anni '70 in poi. L'analisi per età alla diagnosi (Rapporto Osservasalute 2006, pagg. 160-170) mostra come i tumori siano una patologia prevalentemente della popolazione anziana;
- i dati di *mortalità* per tutti i tumori combinati sono in costante riduzione negli ultimi anni sia per gli uomini che per le donne nelle regioni del Centro-Nord, mentre sono in lieve calo nel Sud. Questo riflette sia gli andamenti di incidenza, che gli avanzamenti diagnostici e terapeutici raggiunti in molte patologie oncologiche;
- il numero di casi prevalenti per tumore è in rapida crescita. Si stima che l'incremento di prevalenza nel decennio dal 1995 al 2005 sia dovuto per il 27% all'invecchiamento della popolazione, per il 43% alle dinamiche dell'incidenza e per il 30% all'incremento della sopravvivenza (2). I casi prevalenti sono quasi quadruplicati in 30 anni passando da circa 470 mila nel 1977 a circa 1,8 milioni nel 2007: un grande numero di pazienti che, sia pure con bisogni diversi in funzione della progressione della malattia, contribuisce all'aumento della domanda sanitaria e per i quali sono necessari specifici programmi di assistenza.

P. BAILI, R. DE ANGELIS, S. FRANCISCI, E. GRANDE, A. MICHELI

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 170

Tabella 1 - *Tasso medio standardizzato di incidenza (per 100.000) per tutti i tumori maligni (ICD-9 140-208 escl. 173), classe di età 0-84 anni, regione e sesso – Anni 1978-1987, 1988-1997, 1998-2007*

Regioni	Maschi			Femmine		
	1978-1987	1988-1997	1998-2007	1978-1987	1988-1997	1998-2007
Piemonte	368,8	403,8	393,2	245,9	267,6	281,4
Valle d'Aosta	381,7	436,1	414,2	241,5	269,3	295,6
Lombardia	456,1	464,6	407,3	272,9	294,6	303,8
Trentino-Alto Adige*	389,7	413,6	385,9	240,4	259,3	274,3
Veneto	426,9	437,4	371,2	235,0	263,3	278,7
Friuli-Venezia Giulia	448,6	458,5	398,0	265,2	298,8	320,1
Liguria	378,3	399,5	379,5	245,2	264,4	270,7
Emilia-Romagna	374,8	390,9	362,0	241,4	269,9	289,9
Toscana	365,4	385,8	368,2	235,9	256,2	269,3
Umbria	309,6	350,0	360,9	215,8	246,0	269,7
Marche	320,8	353,5	357,1	219,5	241,7	256,7
Lazio	346,5	377,5	370,6	241,6	267,8	281,8
Abruzzo	257,4	287,1	286,7	170,2	188,8	204,0
Molise	239,9	270,4	298,5	169,8	180,8	192,5
Campania	291,3	344,2	381,9	186,6	218,3	246,9
Puglia	277,4	307,6	309,6	179,3	200,9	216,7
Basilicata	216,1	266,1	308,9	158,2	187,2	217,1
Calabria	223,8	261,2	274,3	156,2	179,1	198,1
Sicilia	238,9	270,4	285,2	175,4	186,8	190,8
Sardegna	282,8	328,3	335,5	180,7	209,8	235,3
Nord	*411,7*	*429,1*	*387,9*	*253,1*	*277,3*	*290,7*
Centro	*346,8*	*374,7*	*367,2*	*234,7*	*258,7*	*273,5*
Sud e Isole	*261,3*	*300,5*	*318,5*	*176,5*	*198,8*	*216,7*
Italia	**354,0**	**378,7**	**357,0**	**228,0**	**251,7**	**267,7**

*Non si hanno a disposizione stime disaggregate per le Province Autonome di Bolzano e Trento.
Nota: Per la standardizzazione è stata utilizzata la popolazione europea.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Micheli A, et al. Current cancer profiles of the Italian regions. Tumori 93 (4), 2007.

Tabella 2 - *Tasso medio standardizzato di mortalità (per 100.000) per tutti i tumori maligni (ICD-9 140-208 escl. 173), classe di età 0-84 anni, regione e sesso – Anni 1978-1987, 1988-1997, 1998-2007*

Regioni	Maschi			Femmine		
	1978-1987	1988-1997	1998-2007	1978-1987	1988-1997	1998-2007
Piemonte	262,1	253,6	211,6	139,8	128,3	110,9
Valle d'Aosta	267,2	272,9	225,0	135,8	127,1	113,5
Lombardia	334,1	303,3	229,4	152,0	140,5	121,4
Trentino-Alto Adige*	279,0	262,8	210,8	138,2	125,3	108,7
Veneto	305,8	281,8	209,0	131,9	125,4	110,2
Friuli-Venezia Giulia	323,0	295,8	222,8	149,3	142,5	126,7
Liguria	271,5	252,9	204,9	139,1	126,9	107,1
Emilia-Romagna	268,2	246,8	195,0	141,8	130,0	110,8
Toscana	262,3	243,6	197,5	134,0	122,1	105,0
Umbria	218,7	216,2	187,9	120,6	115,4	103,6
Marche	227,7	219,5	187,0	123,3	113,8	98,0
Lazio	246,6	236,1	196,5	135,4	127,1	109,7
Abruzzo	183,0	192,4	178,4	105,2	101,1	91,8
Molise	171,5	179,1	180,5	106,1	97,1	85,9
Campania	207,4	229,9	235,9	113,4	115,2	110,0
Puglia	198,5	207,5	193,7	110,3	107,7	98,2
Basilicata	152,2	174,7	186,3	95,8	97,9	94,9
Calabria	157,6	172,7	167,7	95,1	94,5	88,1
Sicilia	173,5	187,3	186,4	111,6	109,7	102,0
Sardegna	200,3	220,2	210,2	110,4	111,3	105,2
Nord	*296,7*	*275,1*	*214,3*	*143,2*	*132,6*	*114,7*
Centro	*247,4*	*234,7*	*194,8*	*132,2*	*122,6*	*106,1*
Sud e Isole	*186,7*	*202,5*	*199,5*	*109,0*	*108,1*	*101,0*
Italia	**251,3**	**243,8**	**203,1**	**130,6**	**123,2**	**109,2**

*Non si hanno a disposizione stime disaggregate per le Province Autonome di Bolzano e Trento.
Nota: Per la standardizzazione è stata utilizzata la popolazione europea.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Micheli A, et al. Current cancer profiles of the Italian regions. Tumori 93 (4), 2007.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 171

Tabella 3 - *Numero di casi prevalenti (per 1.000) per tutti i tumori maligni (ICD-9 140-208 escl. 173), classe di età 0-84 anni e sesso - Anni 1977, 1987, 1997, 2007*

Anni	Maschi	Femmine	Totale
1977	180	288	468
1987	336	464	800
1997	552	713	1.265
2007	788	1.010	1.798

Fonte dei dati e anno di riferimento: Micheli A, et al. Current cancer profiles of the Italian regions. Tumori 93 (4), 2007.

I progetti "I tumori in Italia" (www.tumori.net) e EUROCHIP (www.tumori.net/eurochip) promuovono la produzione e l'utilizzo dei dati epidemiologici sul *cancer burden* a livello nazionale e regionale, come base informativa necessaria per pianificare la programmazione sanitaria in Italia e in Europa. Una delle principali urgenze del sistema sanitario italiano, causato dall'incremento della prevalenza dei pazienti oncologici, è soddisfare i bisogni della popolazione oncologica anziana. Per soddisfare adeguatamente tali bisogni è necessario conoscere le caratteristiche della domanda dei pazienti anziani in funzione del tipo di tumore, dell'età e dei bisogni riabilitativi (3).

Un secondo importante obiettivo riguarda l'implementazione a medio termine di programmi di prevenzione primaria in grado di ridurre il numero di nuovi casi oncologici (3). Recentemente il Governo Italiano ha preso una importante iniziativa in questa direzione con la pubblicazione del documento d'azione "Guadagnare Salute" (4) in cui vengono elencate azioni di prevenzione da intraprendere per ridurre l'incidenza delle malattie non-trasmissibili. Adesso l'effettiva implementazione di tali misure necessita della collaborazione tra le autorità sanitarie regionali, le organizzazioni di ricerca e tutti i cittadini interessati (pazienti, volontari, ecc). Solo così si può sperare di ridurre il numero di nuovi casi oncologici nei prossimi 10-20 anni.

Nel presente Rapporto Osservasalute

Oltre alla panoramica sugli andamenti recenti degli indicatori epidemiologici in questa edizione il Rapporto Osservasalute presenta informazioni riguardo a:

- la distribuzione per sede tumorale di incidenza e mortalità nell'anno 2007. Tale indicatore evidenzia le priorità all'interno delle patologie oncologiche;
- l'andamento stimato della sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi per varie sedi tumorali nelle macro-aree italiane.

La sopravvivenza dà una misura sintetica dell'efficacia delle procedure diagnostico-terapeutiche correnti. Essa è influenzata, infatti, oltre che da fattori biologici, specificamente connessi alla malattia, dalla qualità e dall'accesso ai servizi di diagnosi e ai conseguenti percorsi terapeutici;

- un approfondimento sullo sviluppo delle politiche di *Cancer Control* in Europa, ovvero sulle azioni di prevenzione primaria, diffusione dei programmi di screening, miglioramento del trattamento e della cura e incremento della sopravvivenza e della qualità di vita dei pazienti oncologici. In questo ambito risulta fondamentale investire nel trasferimento delle conoscenze scientifiche (ottenute dalla ricerca e dal monitoraggio degli esiti oncologici) alle politiche sanitarie e alle azioni di sanità pubblica;
- un approfondimento riguardante la relazione tra posizione socio-economica e incidenza dei tumori. In Italia come nella maggior parte dei paesi industrializzati sono presenti da un lato eccessi significativi di rischio nei gruppi socialmente più svantaggiati per alcuni sedi oncologiche (tumore del polmone, dello stomaco, del fegato, delle alte vie aero-digestive e della cervice uterina), mentre dall'altro l'eccesso di rischio è presente nelle classi sociali più ricche per il melanoma, i tumori del colon, della prostata, della mammella e dell'ovaio.

Riferimenti bibliografici

(1) Micheli A, Francisci S, Baili P, De Angelis R (Eds), Current cancer profiles of the Italian regions. Tumori 93 (4), 2007: 329-407.
(2) De Angelis R, et al. Cancer prevalence estimates in Italy from 1970 to 2010. Tumori 93 (4): 392-397, 2007.
(3) Micheli A, et al. Strategies for cancer control in Italy. Tumori 93 (4): 329-336, 2007.
(4) http://www.ministerosalute.it/dettaglio/pdPrimoPiano.jsp?id=384&sub=2&lang=it.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 172

Distribuzione percentuale di nuovi casi e decessi per sede tumorale

Significato. La percentuale di nuovi casi (e decessi) per tipo di neoplasia sul totale di casi (e decessi) per tutti i tumori indica quali sono le patologie oncologiche prioritarie tra i casi incidenti e i decessi per tumore.

Percentuale di nuovi casi (e decessi)

$$\frac{\text{Numeratore: Numero di nuovi casi (e decessi) nella popolazione studiata per sede oncologica}}{\text{Denominatore: Numero di nuovi casi (e decessi) nella popolazione studiata per tutti i tumori}} \times 100$$

Validità e limiti. Il numero di decessi e di nuovi casi incidenti presentati sono stati ottenuti a livello regionale con la metodologia statistica MIAMOD e poi riaggregrati per macro-area (Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati, pagg. 577-593). Le stime si riferiscono al periodo 2007 e alla classe di età 0-84 anni. Le stime di incidenza, mortalità e prevalenza per tumore sono disponibili sul sito del progetto "I Tumori in Italia" (www.tumori.net). La validazione di tali stime, pubblicata in un recente studio (1), mostra una eccellente concordanza con i dati di incidenza osservati dai Registri Tumore Italiani (RT).

Valore di riferimento/Benchmark. Dai dati pubblicati dai RT (2) emerge che le neoplasie più frequenti tra gli uomini sono il tumore della prostata, del polmone e del colon-retto, mentre tra le donne sono il tumore della mammella, del colon-retto e del polmone. Essendo i RT prevalentemente concentrati nel Centro-Nord, le frequenze osservate possono differire da quelle medie nazionali.

Descrizione dei risultati

Il grafico 1 mostra la stima del peso delle varie sedi tumorali sul numero totali di nuovi casi oncologici nel 2007. Per gli uomini, il numero di casi per i tumori della prostata e del colon-retto superano quelli per il tumore del polmone nel Nord e nel Centro, mentre il tumore del polmone è ancora quello più diffuso nel Sud. Nel 2007, ogni 100 nuove diagnosi di tumore negli uomini circa 20 sono di tumore del colon-retto (in tutte le macro-aree). Si stima che i tumori della prostata, polmone, colon-retto e stomaco costituiscono il 75% dei nuovi casi negli uomini nel Nord, il 71% nel Centro e il 63% nel Sud. Tra le donne, il tumore più frequente è sempre quello della mammella, che si stima essere il 37% delle nuove diagnosi di tumore nel Nord, il 34% nel Centro e il 33% nel Sud. Il secondo tumore più frequente tra le donne è il tumore del colon-retto (circa 15 casi ogni 100 nuovi casi oncologici femminili in tutte le macro-aree).

Per quanto riguarda la mortalità (grafico 2), per gli uomini si stima che nel 2007 il peso del tumore del polmone sia pari al 27% di tutti i decessi oncologici in tutte le macro-aree. Anche per i pesi delle altre sedi oncologiche maschili non esistono forti differenze tra macro-aree. Per le donne il peso del tumore della mammella su tutti i decessi oncologici è circa il 17% in tutte le macro-aree, mentre il peso della mortalità per tumore del polmone è pari al 12% di tutti i decessi oncologici femminili nel Nord, al 14% nel Centro e all'8% nel Sud.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'indicatore qui presentato fornisce informazioni sui tumori numericamente più frequenti e più letali. Tali informazioni possono essere utili ai fini della programmazione sanitaria per dare indicazioni sulle sedi oncologiche che necessitano di maggiore attenzione.

L'elevato peso del tumore della mammella sul totale dei decessi per tumore nelle donne mostra come tale neoplasia sia sempre una delle maggiori priorità di governo clinico in Italia. Per questo motivo è necessario continuare a investire sia in interventi di prevenzione primaria che in interventi di diagnosi precoce (screening) seguiti da un costante aggiornamento dei trattamenti e delle cure.

L'alta proporzione di casi di tumore del colon-retto rende necessario investire da una parte in interventi di prevenzione primaria riguardanti abitudini alimentari e attività fisica (fattori legati all'insorgenza di tale tumore) per il contenimento dei nuovi casi e dall'altra nella diffusione nelle singole regioni, come previsto dal Programma Nazionale di Prevenzione Attiva, di programmi di screening in grado di diagnosticare precocemente tale tumore.

Il forte peso del tumore della prostata, invece, necessita di un discorso particolare, in quanto è probabilmente causato dalla diffusione del test diagnostico di ricerca dell' Antigene Prostatico (PSA). Tale test ha portato ad un fortissimo incremento dell'incidenza, cui non è però seguito un evidente calo della mortalità su base di popolazione. Per questo motivo non vi è ancora un consenso scientifico internazionale sull'utilizzo di tale test in programmi di screening organizzati.

Riferimenti bibliografici

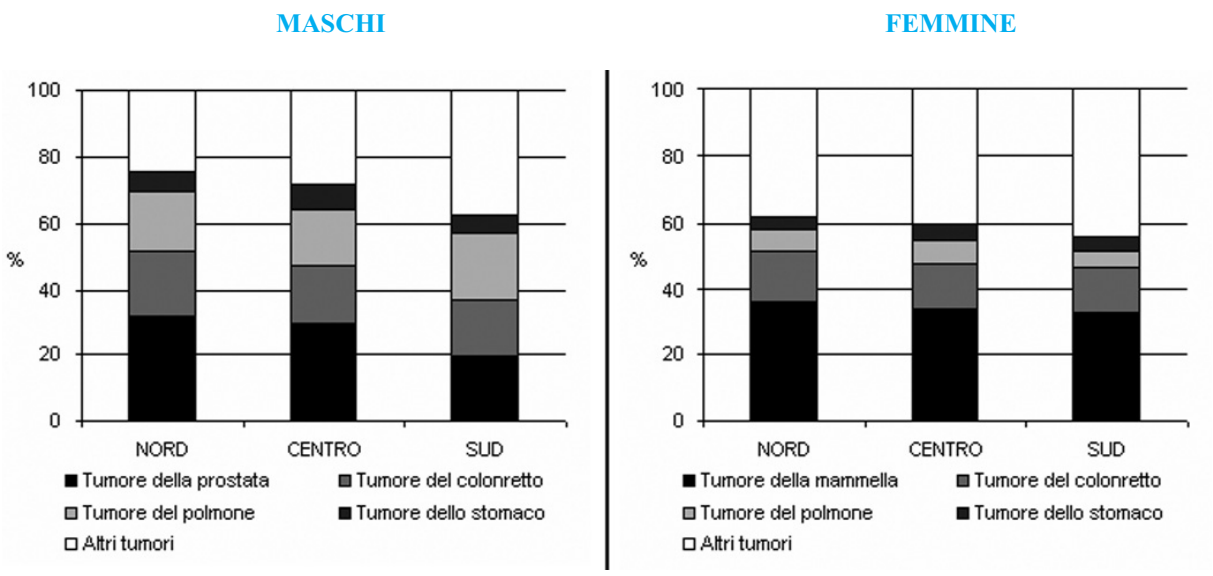
(1) Capocaccia R, et al. Estimated and observed cancer incidence in Italy: a validation study. Tumori 93 (4): 387-391, 2007.

(2) AIRTum. I tumori in Italia-Rapporto 2006. Epidemiologia & Prevenzione 1 (2). 2006.

P. BAILI, R. DE ANGELIS, S. FRANCISCI, E. GRANDE, A. MICHELI

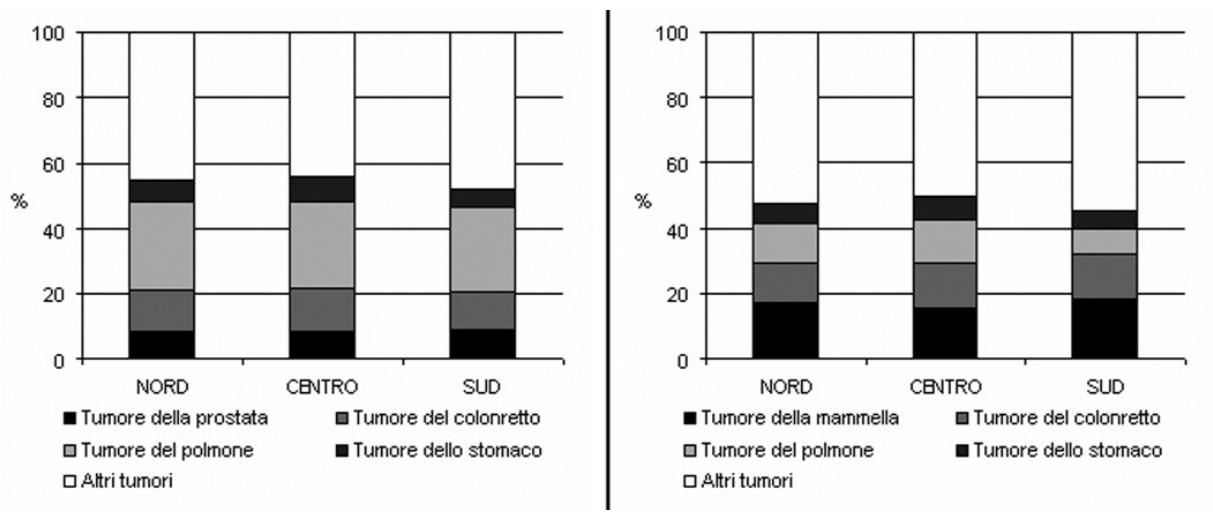
Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 173

Grafico 1 - *Percentuale di nuovi casi per sede oncologica sul numero di nuovi casi per tutti i tumori, classe di età 0-84 anni, sesso e macro-area - Anno 2007*



Fonte dei dati e anno di riferimento: Micheli A, et al. Current cancer profiles of the Italian regions. Tumori 93 (4), 2007.

Grafico 2 - *Percentuale di decessi per sede oncologica sul numero di decessi per tutti i tumori, classe di età 0-84 anni, sesso e macro-area - Anno 2007*



Fonte dei dati e anno di riferimento: Micheli A, et al. Current cancer profiles of the Italian regions. Tumori 93 (4), 2007.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 174

Sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi per le diverse sedi tumorali

Significato. L'indicatore utilizzato per confrontare la sopravvivenza per tumore in popolazioni diverse è la sopravvivenza relativa, che si ottiene rapportando la sopravvivenza osservata per un gruppo di pazienti con patologia tumorale alla sopravvivenza generale per la popolazione di cui fanno parte tali pazienti. Il denominatore di tale rapporto è fornito dalle tavole di mortalità della popolazione oggetto di studio. Poiché la mortalità generale varia in base all'età, al sesso e nel corso del tempo, per una corretta stima della sopravvivenza relativa è essenziale disporre di tavole di mortalità con informazioni per ogni età, per uomini e donne separatamente, per ogni anno di calendario studiato.

Sopravvivenza relativa a 5 anni dalla diagnosi di tumore

$$RS^{i}_{jck} = \frac{OS^{i}_{jck}}{ES^{i}_{jk}} \times 100$$

j = classe di età
c = patologia
k = popolazione di riferimento
i = intervallo entro cui si calcola la sopravvivenza (es. a 5 anni dalla diagnosi)
OS = sopravvivenza osservata nel gruppo di pazienti considerato
ES = sopravvivenza attesa nella popolazione da cui derivano i pazienti

Validità e limiti. Le fonti di dati di sopravvivenza per tumore sono i Registri Tumori di popolazione (RT). I RT coprono circa il 25-30% della popolazione italiana. Per poter offrire informazioni sulla sopravvivenza di tutti i pazienti oncologici in Italia e nelle grandi aree geografiche (Nord-Ovest, Nord-Est, Centro, Sud), dove è disponibile solo una parziale copertura di dati dei RT, si è proceduto a stime modellistiche (1).

Valore di riferimento/Benchmark. Le informazioni sulla sopravvivenza oncologica in Europa sono fornite dallo studio EUROCARE (2). Recentemente l'Associazione Italiana dei Registri Tumori (AIRTum) ha pubblicato una monografia sulla sopravvivenza per tumore nelle aree coperte dai RT e per macro-area, con un aggiornamento fino agli anni di diagnosi 2000-02 (3).

Descrizione dei risultati

Il grafico 1 mostra gli andamenti temporali per area geografica della sopravvivenza relativa a 5 anni dalla diagnosi negli uomini, distintamente per sede tumorale (4). La sopravvivenza aumenta per tutte le sedi analizzate, inclusi i tumori del polmone e dello stomaco tradizionalmente considerati come *big killers*. La sopravvivenza nell'area meridionale è generalmente inferiore a quella del resto del paese, in particolar modo nel caso dei tumori del colon-retto. Il grafico 2 mostra gli andamenti temporali nella popolazione femminile. Anche in questo caso la sopravvivenza è in aumento per tutte le sedi considerate ed è sistematicamente più bassa nel Sud. In conseguenza di questi andamenti la sopravvivenza relativa a 5 anni dalla diagnosi stimata nel 2006, raggiunge:
- per tutti i tumori il 54% per gli uomini ed il 67% per le donne;
- per il tumore del colon-retto il 69% circa sia per gli uomini che per le donne;
- per il tumore del polmone il 17% circa sia per gli uomini che per le donne;
- per il tumore dello stomaco il 39% per gli uomini ed il 45% per le donne;
- per il tumore della mammella femminile l'89%.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'andamento in crescita della sopravvivenza relativa in Italia è indice di un miglioramento avvenuto negli ultimi decenni nell'ambito della diagnosi precoce (che permette la diagnosi di tumori in stadio localizzato con maggiore probabilità di guarigione) e della terapia oncologica. Il confronto con le tendenze in atto negli altri Paesi europei (2), evidenzia come l'Italia presenti per la maggior parte delle sedi tumorali livelli di sopravvivenza vicini o leggermente al di sopra della media europea. Tuttavia gli andamenti temporali della sopravvivenza evidenziano forti differenze tra il Sud e le altre aree geografiche (differenze che superano anche i 10 punti percentuali per i tumori in cui la prognosi è fortemente influenzata dalla diagnosi precoce, quali mammella e colon-retto). Per l'Italia è, perciò, prioritario combattere le disuguaglianze tra aree geografiche, soprattutto tra Centro-Nord e Sud, nell'accesso a protocolli diagnostico-terapeutici ottimali.

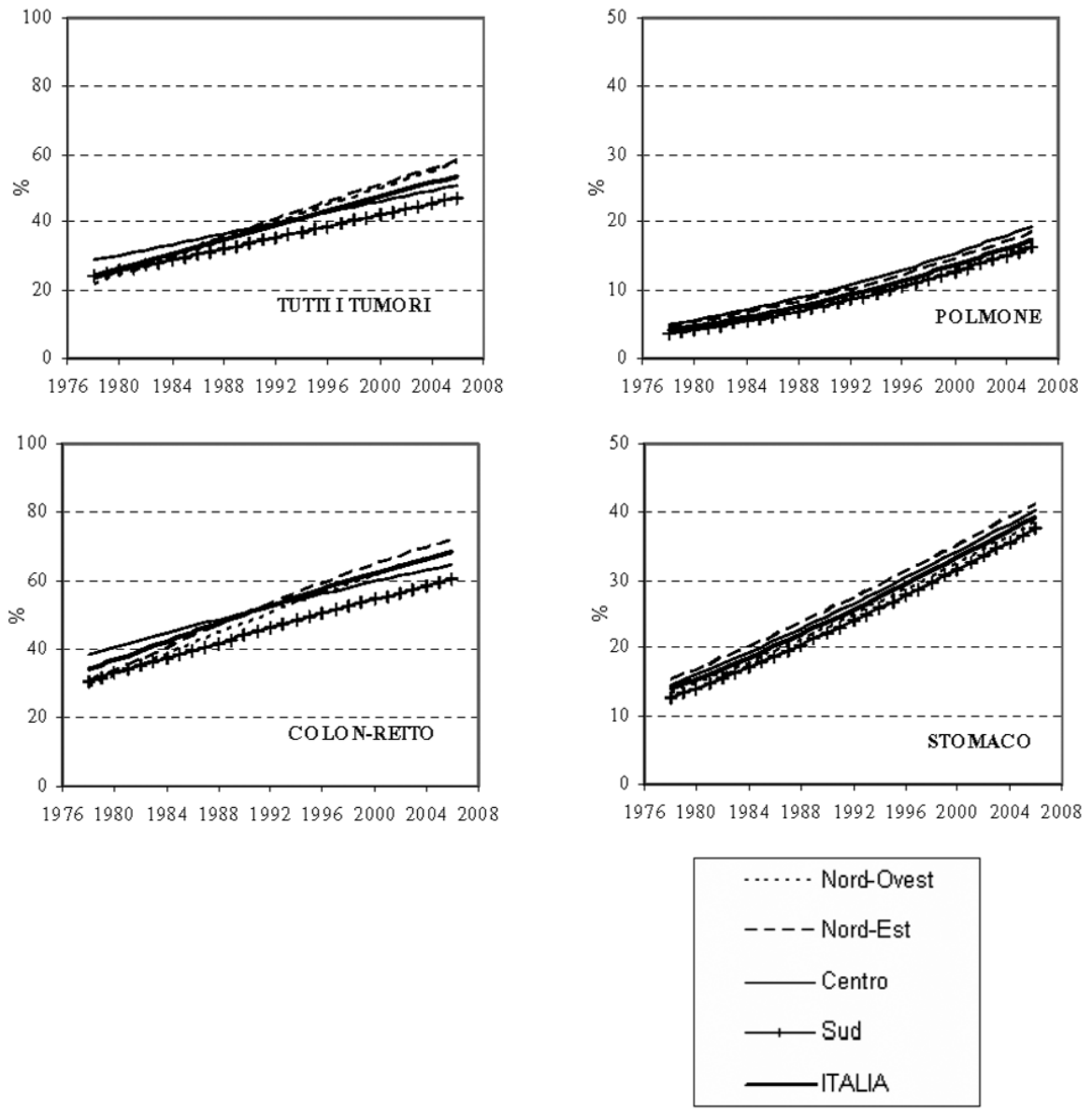
Riferimenti bibliografici

(1) Inghelmann R, et al. National estimates of cancer patients survival in Italy: a model-based method. Tumori 91: 109-115, 2005.
(2) Berrino F, et al. Survival for eight major cancers and all cancers combined for European adults diagnosed in 1995-99: results of the EUROCARE-4 study. Lancet Oncology 8 (9): 773-783, 2007.
(3) AIRTum Working Group: Italian Cancer Figures, Report 2007: Survival. Epidemiologia & Prevenzione 31 (1). Suppl 1, 2007.
(4) Verdecchia A, et al Methodology for estimation of cancer incidence, survival and prevalence in the Italian Regions. Tumori 93, 337-344, 2007.

P. BAILI, R. DE ANGELIS, S. FRANCISCI, E. GRANDE, A. MICHELI

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 175

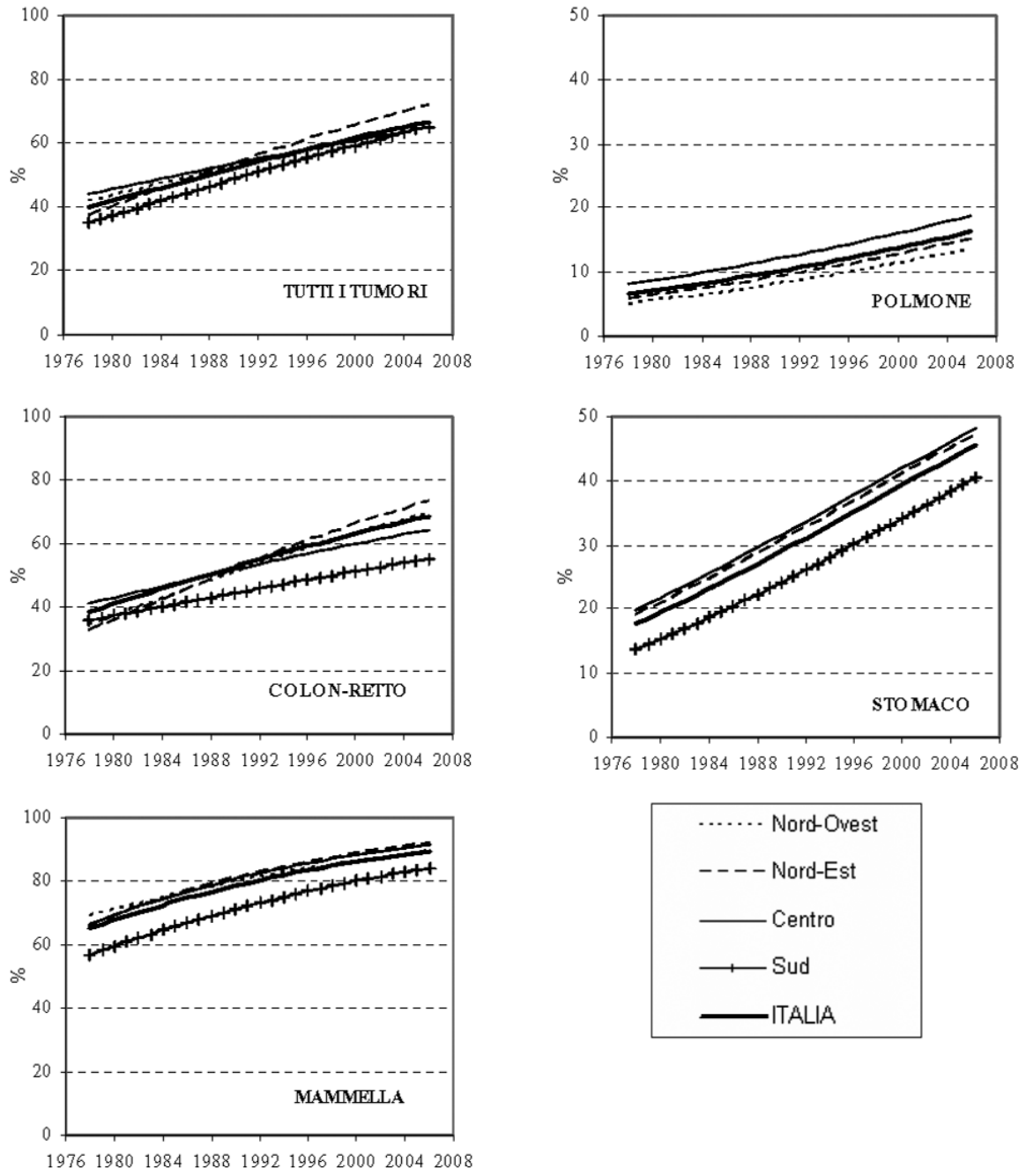
Grafico 1 - *Trend della sopravvivenza relativa a 5 anni dalla diagnosi per sede oncologica e macro-area. Maschi – Anni 1976-2006*



Fonte dei dati e anno di riferimento: Verdecchia A, et al. Tumori 93 (4): 337-344, 2007.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 176

Grafico 2 - *Trend della sopravvivenza relativa a 5 anni dalla diagnosi per sede oncologica e macro-area. Femmine - Anni 1976-2006*



Nota: Il trend di sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi per tumore del polmone nel Sud Italia non è disponibile.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Verdecchia A, et al. Tumori 93 (4): 337-344, 2007.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 177

Sviluppo delle politiche di *Cancer Control* in Europa

Dott. Paolo Baili, Dott. Andrea Micheli

Estendendo l'analisi degli indicatori presentati nei paragrafi precedenti, dall'ambito italiano a quello europeo, è facile intuire come il *Cancer Control* sia diventato uno dei maggiori ambiti delle politiche sanitarie nazionali in quanto il cancro ha un impatto su milioni di individui, le loro famiglie e la società intera ed ha un crescente peso sui sistemi sanitari nazionali relativamente a risorse umane ed economiche. L'attività di *Cancer Control* comprende azioni di prevenzione primaria, diffusione dei programmi di screening, miglioramento del trattamento e della cura e incremento della sopravvivenza e della qualità di vita dei pazienti oncologici.
Nel luglio 2007 la Presidenza Portoghese della Unione Europea (UE) ha promosso a Lisbona una conferenza per discutere delle strategie sanitarie in Europa (1), fra cui quella sul cancro. Al termine della conferenza la Presidenza Portoghese ha prodotto un rapporto in cui in sintesi si afferma che:
a) per migliorare il *Cancer Control* in Europa è necessario un dialogo continuo tra le componenti interessate. È necessaria la condivisione dell'esperienza e della buona pratica, e, se possibile, un migliore coordinamento delle politiche sanitarie tra i Paesi europei. È necessario che il cancro venga riconosciuto come una priorità pubblica per l'Europa affinché esso sia integrato nella più estesa strategia sanitaria europea;
b) nel nome della solidarietà ed equità, è fondamentale che tutti gli europei godano delle stesse opportunità in quanto ad accesso a prevenzione primaria, screening e cura, cioè alla riduzione del rischio di sviluppare i tumori, all'aumento della sopravvivenza, alla riduzione della mortalità e al miglioramento della qualità di vita per i pazienti oncologici;
c) gli stati membri dovrebbero attivare o migliorare piani oncologici nazionali. Tali piani devono:
- promuovere la prevenzione primaria e i programmi di screening;
- facilitare l'accesso rapido ai servizi diagnostici e a cure multidisciplinarie;
- pianificare il coordinamento del processo oncologico (diagnosi, cura, cure palliative);
- prevedere audit routinari sulle prestazioni;
- promuovere interventi atti a garantire la qualità della vita dei pazienti e offrire loro il sostegno psicologico;
- promuovere l'impiego di Linee Guida in vigore;
- monitorare l'outcome;
- garantire supporto alla ricerca;
- monitorare l'efficacia del piano;
d) l'UE dovrebbe raccomandare che tutti gli stati membri mettano la registrazione oncologica nei propri piani. I Registri Tumori dovrebbero contribuire alla valutazione dei programmi per prevenzione, incidenza, screening, cura e sopravvivenza;
e) i programmi di screening oncologici su base di popolazione dovrebbero essere implementati per il tumore della mammella per le donne dai 50 anni (2-3 anni di intervallo), per il tumore della cervice per le donne dai 30 anni (5 anni di intervallo) e per il tumore del colon-retto per le persone dai 50 anni. D'altro canto non devono essere implementati programmi per altre sedi tumorali fino alla presenza di prove concrete a sostegno. Infatti prima dell'implementazione del programma di screening è importante che siano stimati gli effetti in popolazione in termini di salute pubblica e di costi.

Sitografia

(1) http://www.acs.min-saude.pt.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 178

Le disuguaglianze sociali nei tumori

Dott.ssa Teresa Spadea, Dott. Angelo D'Errico, Dott. Moreno Demaria, Dott. Nicolás Zengarini, Prof. Giuseppe Costa

La relazione tra posizione socio-economica e incidenza di tumori è ampiamente documentata nella letteratura internazionale (1). Nei paesi industrializzati (ma recentemente anche in quelli in via di sviluppo) sono presenti, da un lato, eccessi significativi di rischio nei gruppi socialmente più svantaggiati per alcune sedi (tumore del polmone, dello stomaco, del fegato, delle alte vie aero-digestive (VADS) e della cervice uterina), mentre dall'altro l'eccesso di rischio è presente nelle classi sociali più avvantaggiate per il melanoma, i tumori del colon, della prostata, della mammella e dell'ovaio.

In molti casi l'associazione osservata è facilmente riconducibile alla maggiore frequenza nelle basse posizioni sociali dei fattori di rischio noti per il tumore analizzato (fumo per il tumore del polmone, alcol e fumo per i tumori delle VADS). Una più alta incidenza di tumori della mammella e dell'ovaio nelle donne delle classi sociali più elevate è parzialmente attribuibile al loro comportamento riproduttivo: riduzione del numero di figli, posticipo dell'età al primo figlio e riduzione dei tempi di allattamento. In altre circostanze, invece, la spiegazione del rapporto tra posizione socio-economica e incidenza tumorale è più controversa.

In Italia diversi studi hanno tentato di valutare il ruolo indipendente dei fattori sociali al netto di altri determinanti conosciuti, concentrandosi in particolare sui tumori del colon e della mammella (2-4). Questi studi hanno messo in evidenza una protezione per i nati al Centro-Sud e modifiche al rischio oncologico a seguito della migrazione al Nord. In particolare, analizzando la capacità di adeguamento dei migranti ai rischi della comunità ospite, si è osservato un maggiore mantenimento della protezione nelle donne e nelle persone meno istruite per il tumore del colon (probabilmente per la conservazione del proprio stile di vita) ed una diminuzione della protezione per il tumore della mammella nelle donne immigrate in giovane età.

Un recente studio comparativo tra 8 paesi europei (5) (Finlandia, Norvegia, Inghilterra & Galles, Belgio, Austria, Svizzera, Italia e Spagna) fornisce un'ulteriore motivazione allo studio della relazione tra posizione socio-economica e tumori. In tali paesi si riscontra un eccesso di mortalità generale negli individui con basso livello d'istruzione. L'analisi del peso percentuale di ciascuna causa di morte specifica su tale eccesso di mortalità ha mostrato che in Italia (rappresentata dai dati dello Studio Longitudinale Torinese) il 33,8% dell'eccesso di rischio tra gli uomini con basso livello d'istruzione è dovuto alla mortalità per tutti i tumori (5). Tale percentuale è seconda solo alla Spagna (a Madrid e Barcellona il peso della mortalità oncologica è pari al 35,0%) ed è molto superiore alle percentuali degli altri paesi che oscillano tra il 12,9% e il 27,9%. Per quanto riguarda il tumore del polmone negli uomini, si osserva per Torino il maggiore contributo relativo con una percentuale del 19,9%, seguito dal Belgio con il 17,2%, contro una percentuale media del 13,3%.

In Italia le disuguaglianze sociali nell'incidenza e nella mortalità per tumori sono state indagate più a fondo in Piemonte, dove si è riscontrato che la distribuzione geografica della mortalità oncologica tra gli uomini rispecchia abbastanza fedelmente la distribuzione comunale di un indicatore composito di deprivazione, costruito sulla base delle percentuali di residenti con caratteristiche socioeconomiche sfavorevoli (basso livello d'istruzione, lavoro manuale, casa in affitto o senza servizi igienici interni, alta densità abitativa e famiglia monogenitoriale) (6). Inoltre, l'analisi dei tassi di mortalità per tutti i tumori stratificata per livello dell'indice di deprivazione comunale mette in luce un eccesso di mortalità di circa l'8% per i residenti nei comuni deprivati rispetto a quelli ricchi.

Un altro studio recente, basato sul *record-linkage* individuale tra i dati di incidenza del Registro Tumori Piemonte e lo Studio Longitudinale Torinese, fornisce un quadro complessivo sulle variazioni dell'associazione tra istruzione e incidenza tumorale lungo un arco temporale di 15 anni (1985-1999) (7). Sull'intero periodo di osservazione, si registrano gradienti sociali sostanzialmente conformi alla letteratura internazionale, con un eccesso di rischio per tutti tumori tra gli uomini meno istruiti stimabile a circa il 20%. Tale eccesso di rischio è di particolare intensità (superiore al 50%) per i tumori delle VADS, dello stomaco, del polmone e del fegato. I gradienti sociali sono invece meno marcati per le donne, tranne che per i tumori della cervice uterina e per i tumori dello stomaco e del fegato, per i quali i rischi sono sovrapponibili a quelli degli uomini. Anche in Italia, come nella maggior parte dei paesi industrializzati, le persone più istruite hanno, invece, una incidenza più elevata di melanoma, dei tumori della mammella, dell'ovaio e della prostata. Dallo studio emerge:

- un eccesso di rischio crescente nel tempo a carico degli uomini con istruzione bassa per:

1) il tumore del retto: da RR=0,94 [95% IC = 0,71-1,25] nel primo quinquennio (1985-89) a RR=1,44 [95% IC = 1,09-1,91] nell'ultimo (1995-99);

2) il tumore del fegato e delle vie biliari: da RR=1,39 [95% IC = 1,01-1,92] a RR=1,80 [95% IC = 1,36-2,36];

3) i tumori a sede mal-definita: da RR=1,17 [95% IC = 0,86-1,59] a RR=1,55 [95% IC = 1,07-2,25];

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 179

- la scomparsa della protezione osservata solo nel primo periodo nei confronti del tumore del colon, da RR=0,73 [95% IC = 0,60-0,90] a RR=1,00 [95% IC = 0,82-1,21];
- un aumento dello svantaggio, soprattutto per le donne con istruzione media, per i tumori della cervice uterina, da RR=1,49 [95% IC = 0,96-2,32] a RR=2,08 [95% IC = 1,37-3,17].

L'analisi di questi dati permette di capire il peso relativo dei diversi meccanismi di generazione delle disuguaglianze (ad esempio la distribuzione sociale del fumo nel caso dei tumori del polmone e delle VADS e l'accesso differenziale alla diagnosi precoce per mammella e cervice) e fornisce evidenze utili per la programmazione di misure di prevenzione dei tumori che incorporino anche obiettivi di equità e di contrasto alle disuguaglianze esistenti.

Per quanto riguarda le disuguaglianze sociali nella sopravvivenza oncologica in passato era stato evidenziato che pazienti torinesi a bassa scolarità avessero una minore probabilità di sopravvivenza (8-10): questi risultati suggerivano la presenza di barriere di accesso a trattamenti efficaci da parte dei gruppi più svantaggiati. Alcuni risultati preliminari relativi all'analisi della sopravvivenza per tumore a 5 anni dalla diagnosi a Torino confermano la presenza di differenze sociali in gran parte delle sedi tumorali. Tali analisi, tuttavia, dovrebbero essere corrette per lo stadio alla diagnosi, in quanto non si può escludere che tale variabile sia distribuita in modo differenziale tra le classi sociali, distorcendo fortemente la stima dei rischi.

Riferimenti bibliografici

(1) Faggiano F, Partanen T, Kogevinas M, Boffetta P. Socioeconomic differences in cancer incidence and mortality. In: Kogevinas M, Pearce N, Susser M, Boffetta P. Social inequalities and cancer. Lyon: IARC (IARC Scientific Publications No 138), 1997: 65-176.
(2) Tavani A, Fioretti F, Franceschi S, Gallus S, Negri E, Montella M, Conti E, La Vecchia C. Education, socioeconomic status and risk of cancer of the colon and rectum. Int J Epidemiol 1999; 28: 380-385.
(3) Tavani A, Braga C, La Vecchia C, Negri E, Russo A, Franceschi S. Attributable risk for breast cancer in Italy: education, family history and reproductive and hormonal factors. Int J Cancer 1997; 70: 159-163.
(4) Pisa FE, Barbone F, Montella M, Talamini R, La Vecchia C, Franceschi S. Migration, socio-economic status and the risk of colorectal cancer in Italy. Eur J Cancer Prev 2000; 9: 409-416.
(5) Huisman M, Kunst AE, Bopp M, et al. Educational inequalities in cause-specific mortality in middle-aged and older men and women in eight western European populations. Lancet 2005; 365: 493-500.
(6) Costa G, Gnavi R (a cura di). Misure e problemi per la salute e la sanità In: Regione Piemonte. Salute in Piemonte. Torino: Regione Piemonte, 2006: Parte Prima.
(7) Spadea T, d'Errico A, Demaria M, et al. Incidence of cancer and social inequalities in Turin, Italy. Int J Cancer (submitted).
(8) Ciccone G, Magnani C, Delsedime L, Vineis P. Socioeconomic status and survival from soft-tissue sarcomas: a population-based study in Northern Italy. Am J Public Health 1991; 81: 747-749.
(9) Rosso S, Faggiano F, Zanetti R, Costa G. Social class and cancer survival in Turin, Italy. J Epidemiol Community Health 1997; 51: 30-34.
(10) Faggiano F, Zanetti R, Rosso S, Costa G. Differenze sociali nell'incidenza, letalità e mortalità per tumori a Torino. Epidemiol Prev 1999; 23: 294-299.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 180

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 181

Salute e disabilità

L'esistenza di nessi causali che legano la salute alle condizioni socio-economiche delle persone è un dato ampiamente confermato dalle ricerche, e non mancano inoltre le conferme sulla bi-direzionalità di questi nessi. La situazione sociale influenza, infatti, profondamente lo stato di salute, quest'ultimo si ripercuote innegabilmente sulla condizione socio-economica degli individui e, per questa via, sulla società nel suo complesso. Le condizioni materiali di vita delle famiglie in cui vivono persone con disabilità sono oggetto di attenzione da tempo, anche se sono poche le misure concrete messe in atto per soddisfare le loro necessità materiali, fondamentali per vivere un'esistenza dignitosa.

In Italia sono circa il 10% le famiglie che hanno al loro interno almeno una persona con disabilità, di cui il 58% sono composte anche da persone senza disabilità, mentre la restante quota è formata interamente da persone con disabilità, in prevalenza persone anziane che vivono sole. La presenza di persone con disabilità ha un impatto rilevante sui bilanci familiari: circa un quinto dei consumi privati delle famiglie viene assorbito da esigenze direttamente ascrivibili alle persone con disabilità o agli anziani non autosufficienti presenti nel nucleo familiare.

Il sistema di welfare spesso non riesce a fornire un sostegno adeguato a queste famiglie: si pensi che solo il 21% riceve un servizio di assistenza domiciliare, a questo si aggiunga che l'isolamento di alcune famiglie, circa il 9%, è tale da non poter contare, in caso di bisogno, sull'aiuto da parte di persone non conviventi. Il dato drammatico è che l'80% delle famiglie con persone disabili non risulta assistita dai servizi pubblici a domicilio ed oltre il 70%, soprattutto al Sud, non si avvale di alcuna assistenza, né pubblica né privata. Questo si traduce in un ulteriore aggravio economico per la famiglia, visto che l'assistenza va a gravare *in toto* sui suoi componenti.

Il quadro presentato testimonia come un numero rilevante di famiglie siano costrette a far fronte con risorse proprie alle difficoltà che la presenza di una persona disabile in famiglia comporta. Si tratta di un impegno che incide non solo sulla realizzazione sociale e professionale dei singoli componenti ma anche sulle condizioni economiche delle famiglie. Infatti, in assenza di un adeguato sistema di supporto pubblico, si è costretti a far fronte ai bisogni o acquistando servizi o facendosene direttamente carico. Le due funzioni, quella di sostegno o compensazione, finalizzata a fronteggiare le situazioni di disagio che hanno riflessi sulla salute, e quella economico-assistenziale e previdenziale, dovrebbero fornire l'opportunità alle persone con disabilità di condurre una vita dignitosa. La misura di quanto ciò non accada è visibile dall'analisi dei dati relativi alla soddisfazione del proprio reddito: la metà delle famiglie con persone disabili sono insoddisfatte delle proprie risorse economiche rispetto ad un terzo di quelle senza persone con disabilità.

Le persone non possono raggiungere il loro pieno potenziale di benessere se non sono capaci di controllare quei fattori che determinano la loro salute. In questa prospettiva oltre al potenziamento delle singole persone attraverso azioni di *empowerment*, acquista rilevanza cruciale un "ambiente favorevole", determinato da equità, pari opportunità, e coesione sociale. Le condizioni materiali di vita, infatti, risultano essere influenzate da fattori ambientali, economici e dalla capacità dei sistemi assistenziali di soddisfare la domanda. Le famiglie con persone disabili subiscono uno svantaggio che deriva da quello che Amartya Sen chiama *earning handicap* (svantaggio nella possibilità di guadagnare) cui si aggiunge il *conversion handicap* che riguarda la capacità della persona con disabilità di convertire il reddito in benessere. Se ci si sofferma solo sulle condizioni di reddito dei soggetti con disabilità si ignora il fatto che per raggiungere un pari livello individuale di benessere questi devono sostenere maggiori costi (assistenza, apparecchi speciali, protesi …). Tali costi possono essere limitati se un efficiente sistema di welfare se ne fa carico, in caso contrario questi bisogni aggiuntivi acuiscono la vulnerabilità di queste persone esasperandone il disagio.

L'analisi delle interrelazioni fra salute e condizione socio-economica richiede un esame degli interventi socio-assistenziali ed economici rivolti alle persone con disabilità, congiuntamente ad un quadro dello stato di salute. Nel corso del capitolo gli aspetti socio-economici sono stati approfonditi evidenziando da una parte la domanda soddisfatta di assistenza domiciliare di tipo socio-sanitario e dall'altra le misure di sostegno economico. Nel complesso gli indicatori presentati sono stati selezionati con l'obiettivo di descrivere:

1. il contesto generale, con l'ausilio di un'analisi dei tassi di disabilità per genere ed età;
2. lo stato di salute espresso in termini soggettivi (salute percepita e speranza di vita libera da disabilità);
3. l'utilizzo dei servizi socio-assistenziali dedicati alle persone con disabilità;
4. una serie di indicatori sulle condizioni economiche delle famiglie con persone disabili, viste nella prospettiva dei consumi, dei benefici economici e del giudizio delle famiglie stesse sulla capacità delle risorse disponibili per la soddisfazione delle esigenze di vita.

Completano il capitolo un box e due approfondimenti che affrontano temi cruciali per lo studio delle persone con disabilità, cioè la stima della prevalenza della disabilità, la classificazione della disabilità e l'analisi del fenomeno all'interno del più ampio spettro delle disuguaglianze nella salute.

A. ROSANO, A. BATTISTI

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 182

Persone con disabilità di 6 anni e oltre che vivono in famiglia

Significato. L'indicatore fornisce informazioni sul numero delle persone con disabilità, il tasso di disabilità regionale, grezzo e standardizzato, e la percentuale di donne. Questi dati sono utili per fornire un quadro regionale della quota di popolazione con gravi problemi di salute ed elevati bisogni di assistenza sanitaria. Inoltre, l'indicatore standardizzato, permette di confrontare le realtà regionali eliminando gli effetti dovuti alle differenti strutture per età e confrontando i livelli di disabilità dovuti alle diverse condizioni di salute.

Persone con disabilità di 6 anni e oltre che vivono in famiglia*

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Numero di persone con disabilità in famiglia residenti nella regione i}}{\text{Denominatore} \quad \text{Numero di persone residenti nella regione i}} \times 100$$

*La formula del tasso standardizzato è riportata nel capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati".

Percentuale di donne con disabilità tra le persone con disabilità

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Numero di donne con disabilità in famiglia residenti nella regione i}}{\text{Denominatore} \quad \text{Numero di persone con disabilità in famiglia residenti nella regione i}} \times 100$$

i = regione di residenza.

Validità e limiti. I quesiti utilizzati per rilevare la disabilità non possono essere somministrati ai bambini con un'età inferiore ai 6 anni. Lo strumento, inoltre, non è perfettamente in grado di cogliere la disabilità di tipo mentale a meno che questa non sia anche accompagnata da difficoltà di tipo funzionale e/o motorio. I dati utilizzati per il calcolo degli indicatori sono di fonte campionaria, quindi per il tasso grezzo è stato fornito anche l'intervallo di confidenza[1]. Le quote regionali standardizzate sono state calcolate utilizzando come riferimento la struttura per età della popolazione nazionale del campione.

Valore di riferimento/Benchmark. Non sono concettualmente proponibili degli standard di riferimento.

Descrizioni dei risultati

Il numero delle persone con disabilità grave, cioè quelle persone che non sono affatto in grado di svolgere almeno una delle funzioni della vita quotidiana[2] considerate, ammonta a 2.609 mila, pari al 4,8% della popolazione italiana. Se aggiungiamo alle persone in condizione di disabilità grave anche quelle che sono in grado di svolgere con molta difficoltà le abituali funzioni quotidiane, il numero sale a 6.606 mila persone, pari al 12% della popolazione di 6 anni e più che vive in famiglia. Le persone con disabilità rilevate sono solo quelle che vivono in famiglia, alle quali vanno aggiunte quelle ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali che sono circa 192.000. L'analisi territoriale evidenzia come, una volta depurate le misure dagli effetti dovuti alla differente struttura per età nelle regioni, si registri una maggiore frequenza di disabili in Sicilia e in Puglia (rispettivamente 6,6% e 6,2%), mentre i tassi più bassi, intorno al 3,0 %, si osservano nelle Province Autonome di Trento e Bolzano. In generale, l'analisi territoriale dei tassi evidenzia un gradiente Nord-Sud, tale differenza però non è del tutto ascrivibile ad un rischio di disabilità effettivamente maggiore nel Mezzogiorno. Infatti, non va trascurato il possibile effetto combinato di due fattori, uno di natura culturale e uno di natura strutturale. Il fattore culturale potrebbe essere rappresentato dalla maggiore propensione dei nuclei familiari residenti in Italia meridionale a tenere in famiglia le persone con disabilità. Il fattore strutturale, costituito dalla carenza dell'offerta di strutture residenziali dedicate, favorirebbe il divario osservato in quanto renderebbe inevitabile la permanenza in famiglia della persona disabile. A sostegno dell'esistenza di un fattore strutturale, c'è la constatazione che nelle regioni del Nord è più alta la frequenza di persone con disabilità ospitate nelle strutture residenziali, a tale evidenza si unisce anche la maggiore offerta di strutture residen-

[1] L'intervallo di confidenza rappresenta il range dei valori che con il 95% di probabilità include il valore che si vuole stimare.

[2] Le funzioni essenziali della vita quotidiana comprendono: le attività della vita quotidiana (autonomia nel camminare, nel salire le scale, nel chinarsi, nel coricarsi, nel sedersi, vestirsi, lavarsi, fare il bagno, mangiare) e le difficoltà sensoriali (sentire, vedere, parlare). Si considerano, inoltre, il confinamento a letto, su una sedia (non a rotelle) o in casa.

A. BATTISTI

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 183

ziali. Osservando le differenze di genere è evidente come la quota delle donne tra le persone con disabilità sia sensibilmente superiore rispetto a quella degli uomini. A livello nazionale tale quota ammonta al 66,2%, valori superiori alla media nazionale si riscontrano nelle regioni del Nord, dove spesso si trovano donne anziane che vivono da sole.

Tabella 1 - *Persone con disabilità di 6 anni e oltre che vivono in famiglia per regione (valori assoluti in migliaia, tassi grezzi e standardizzati per 100 e percentuale di donne) - Anni 2004-2005*

Regioni	Valori assoluti	Tassi grezzi	Intervalli di confidenza Limite inferiore	Intervalli di confidenza Limite superiore	Tassi standardizzati	% di donne
Piemonte	190	4,7	4,2	5,2	4,3	66,1
Valle d'Aosta	5	4,1	3,2	5,0	4,0	70,2
Lombardia	337	3,8	3,5	4,2	4,0	68,7
Bolzano-Bozen	*11*	*2,5*	*1,8*	*3,1*	*2,9*	*54,4*
Trento	*13*	*2,9*	*2,2*	*3,7*	*3,0*	*68,6*
Veneto	182	4,2	3,7	4,6	4,3	62,4
Friuli-Venezia Giulia	52	4,6	3,9	5,2	4,0	73,5
Liguria	86	5,7	5,0	6,4	4,3	68,7
Emilia-Romagna	171	4,4	3,9	4,9	3,8	68,2
Toscana	179	5,3	4,7	5,8	4,5	66,9
Umbria	48	6,0	5,2	6,8	5,0	70,7
Marche	75	5,2	4,6	5,9	4,5	66,6
Lazio	217	4,4	3,9	4,9	4,6	62,9
Abruzzo	66	5,4	4,7	6,1	4,9	64,7
Molise	18	5,8	4,8	6,8	5,2	66,7
Campania	252	4,7	4,2	5,1	5,6	63,8
Puglia	212	5,6	5,1	6,1	6,2	64,8
Basilicata	33	5,8	4,9	6,7	5,8	65,0
Calabria	105	5,5	4,8	6,3	6,0	70,2
Sicilia	285	6,1	5,5	6,7	6,6	67,2
Sardegna	72	4,6	4,0	5,2	5,2	61,6
Italia	**2.609**	**4,8**	**4,6**	**4,9**	**4,8**	**66,2**

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", 2004/2005.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 184

Speranza di vita libera da disabilità

Significato. La speranza di vita libera da disabilità è una misura sintetica dell'esperienza di morbosità e di mortalità di una popolazione, dove la morbosità viene misurata mediante la presenza o meno di disabilità. L'indicatore consente una valutazione qualitativa della sopravvivenza e permette di valutare se una vita più lunga significhi anche una vita migliore, ovvero se un incremento consistente della speranza di vita si realizzi in condizioni di cattiva salute.
Essa esprime il numero medio di anni che una persona di una certa età può aspettarsi di vivere senza essere colpita da disabilità.

Speranza di vita libera da disabilità

Numeratore $\sum_{i=x,\ \omega}\ {}_nL_i * (1 - {}_na_i)$

Denominatore l_x

Variabili misurabili

x = età iniziale
ω = età estrema
n = ampiezza della classe di età i
${}_nL_i$ = anni vissuti nella classe di età i
a_i = percentuale di popolazione disabile di età i, i+n
l_x = sopravviventi all'età iniziale x

Validità e limiti. Una caratteristica importante dell'indicatore è quella di combinare in un'unica misura le informazioni derivanti dai dati di mortalità e di morbosità.
Nel caso degli anziani, in particolare, questo aspetto è importante perché consente di valutare, oltre alla quantità di anni che restano da vivere, anche la qualità di questi anni, tenendo conto della capacità del soggetto di adattarsi all'ambiente in cui vive conservando la sua autonomia nelle attività quotidiane, anche in assenza di un processo morboso ben definito. La speranza di vita libera da disabilità può essere considerata quindi un indicatore valido al fine della valutazione dello stato di salute della popolazione anziana. Tenendo presente che i quesiti sulle funzioni della vita quotidiana, utilizzati per individuare le persone con disabilità, sono posti solo alle persone di 6 anni e più e che le prevalenze di disabilità sono molto basse per le prime classi di età, l'indicatore viene usualmente calcolato a partire dai 15 anni di età.
L'indicatore è per sua natura standardizzato e pertanto consente confronti tra regioni con popolazioni diverse senza risentire della diversa struttura per età di queste[1]. I limiti sono in parte legati alla misurazione della disabilità e in parte legati ad aspetti metodologici. Per quanto riguarda la misurazione della disabilità si richiamano i problemi di definizione del fenomeno già descritti in precedenza. Relativamente agli aspetti metodologici va sottolineato che il metodo di Sullivan, utilizzato per calcolare l'indicatore, ipotizza la stazionarietà sia della mortalità sia della disabilità, cioè la costanza temporale della probabilità di divenire disabile, della probabilità di morire e di guarire.

Valore di riferimento/Benchmark. Come valore di riferimento si può prendere la media dell'ultimo quintile della distribuzione regionale, che è per la speranza di vita libera da disabiltà a 15 anni per gli uomini pari a 61,3 anni e per le donne 64,8 anni. Lo stesso indicatore calcolato per la speranza di vita libera da disabilità a 65 anni è per gli uomini 15,5 anni, mentre per le donne è pari a 17,4 anni.

Descrizioni dei risultati

Facendo riferimento alla condizione di disabilità rilevata nell'indagine Istat sulle Condizioni di salute della popolazione nel 1994 e nel 2004/2005, in termini di speranza di vita libera da disabilità si sono registrati guadagni significativi, più evidenti per gli uomini che per le donne, sia in valore assoluto sia rispetto ai corrispondenti incrementi osservati per la speranza di vita complessiva. Gli uomini di 65 anni hanno sperimentato un aumento del numero medio di anni in assenza di disabilità da 12,7 a 14,9 anni mentre per le donne i valori sono passati da 14,2 anni a 16,1. Lo scenario attuale consente quindi un cauto ottimismo: a

[1] Esso risente tuttavia della struttura per età della popolazione stazionaria associata alla tavola di mortalità per questo tende a penalizzare popolazioni a più lunga sopravvivenza per le quali la popolazione stazionaria della tavola è caratterizzata da una maggiore proporzione di anziani, a maggior rischio di disabilità. Questo inconveniente, tuttavia, è rilevante soprattutto quando si mettono a confronto popolazioni con speranze di vita molto distanti tra loro.

A. BATTISTI, A. BURGIO

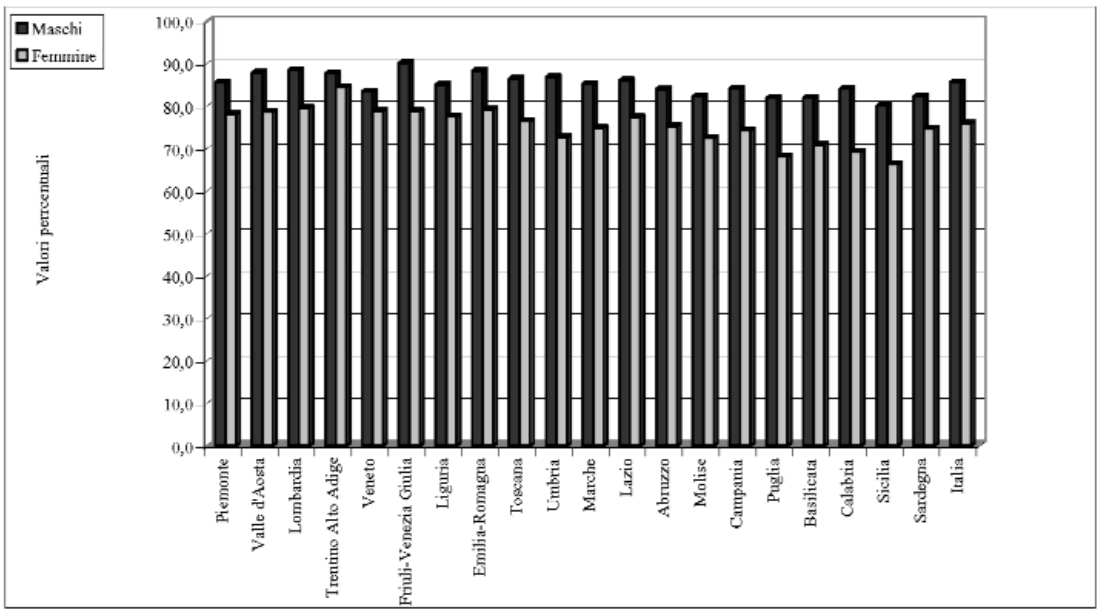
Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 185

Tabella 1 - *Speranza di vita libera da disabilita a 15 e a 65 anni per regione e sesso - Anni 2004-2005*

Regioni	Maschi		Femmine	
	Speranza di vita libera da disabilità a 15 anni	Speranza di vita libera da disabilità a 65 anni	Speranza di vita libera da disabilità a 15 anni	Speranza di vita libera da disabilità a 65 anni
Piemonte	60,3	14,8	63,8	16,5
Valle d'Aosta	60,9	15,2	64,0	16,6
Lombardia	61,1	15,4	64,5	17,1
Trentino-Alto Adige	61,4	15,7	66,3	18,5
Bolzano-Bozen	*61,1*	*15,5*	*66,5*	*18,7*
Trento	*61,7*	*15,8*	*66,1*	*18,3*
Veneto	60,5	14,6	64,8	17,2
Friuli-Venezia Giulia	61,2	15,5	64,0	16,8
Liguria	60,5	14,8	64,0	16,6
Emilia-Romagna	61,5	15,9	64,5	17,2
Toscana	61,2	15,3	64,3	16,6
Umbria	61,1	15,2	63,2	15,7
Marche	61,7	15,6	64,5	16,7
Lazio	60,4	14,8	63,5	16,1
Abruzzo	60,3	14,7	63,8	16,2
Molise	60,3	14,4	63,3	15,6
Campania	59,0	13,8	62,0	14,8
Puglia	60,4	14,5	62,1	14,4
Basilicata	60,0	14,5	62,3	14,9
Calabria	60,5	14,8	61,8	14,4
Sicilia	59,5	13,7	60,8	13,4
Sardegna	59,6	14,4	63,6	16,0
Italia	**60,5**	**14,9**	**63,5**	**16,1**

Fonte dei dati ed anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", 2004/2005.

Grafico 1 - *Quota percentuale di anni di vita attesi a 65 anni liberi da disabilità per sesso e regione - Anni 2004-2005*



Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", 2004/2005.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 186

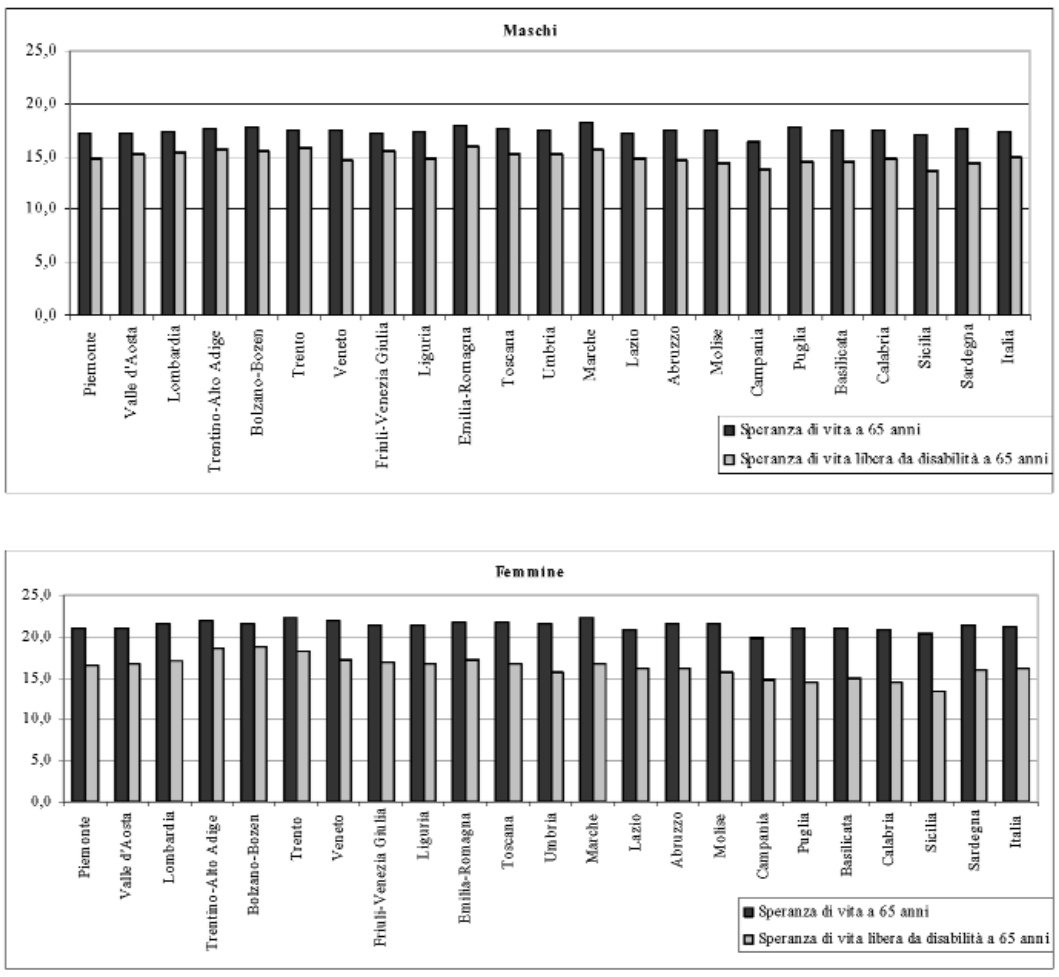
65 anni una donna può aspettarsi di vivere i tre quarti del periodo che le resta da vivere in piena autosufficienza; per un uomo la condizione di autosufficienza interessa l'86% dei restanti anni di vita attesi. L'analisi regionale evidenzia il permanere delle differenze di genere e rileva anche una differenza più marcata nelle regioni del Sud (Puglia, Basilicata, Calabria e Sicilia) alle quali si aggiungono Friuli-Venezia Giulia, Umbria e Marche (grafico 1).

Questo miglioramento del quadro della speranza di vita libera da disabilità appare molto importante in un contesto in cui l'aumento della speranza di vita implica che un sempre più consistente numero di persone raggiunga le età avanzate (grafico 2).

I valori più elevati di speranza di vita libera da disabilità sono nel Centro-Nord e quelli più bassi nelle aree meridionali del paese, dove quasi tutte le regioni presentano valori inferiori alla media nazionale. La Calabria, in particolare, fa registrare i valori più bassi per entrambi i sessi. Inoltre, la Puglia, la Sicilia e la Calabria sono le uniche regioni in cui l'indicatore calcolato a 65 anni per le donne è più basso del corrispondente per gli uomini.

Nella maggior parte delle regioni, infatti, le differenze di genere sono a vantaggio delle donne, che possono contare su una più elevata speranza di vita libera da disabilità rispetto agli uomini. Tale vantaggio a livello nazionale ammonta a circa 20 mesi e sale a ben 2,8 anni nel caso del Trentino-Alto Adige e a 2,6 anni nel Veneto.

Grafico 2 - *Speranza di vita (stime 2005) e speranza di vita libera da disabilità a 65 anni per regione e sesso - Anni 2004-2005*



Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", 2004/2005. Istat. Rilevazione sulle cause di morte. Anno 2005.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 187

Percezione dello stato di salute delle persone con disabilità

Significato. L'indicatore fornisce un quadro delle condizioni di salute percepite dalle persone con disabilità e dalle persone senza disabilità. La percezione dello stato di salute è rilevata secondo cinque modalità: molto bene, bene, discretamente, male, molto male. L'indicatore considerato si sofferma su coloro che dichiarano di stare male o molto male. I quozienti grezzi consentono di valutare i divari territoriali rispetto alle condizioni di salute percepite, queste ultime legate sia all'età sia alle condizioni di salute oggettive. I quozienti standardizzati permettono di analizzare la percezione dello stato di salute nelle singole regioni eliminando le differenze dovute ad una diversa struttura per età.

Percezione dello stato di salute delle persone con disabilità*

Numeratore: Persone in famiglia che dichiarano di stare male o molto male appartenenti alla classe di età *x* nella regione *i* per presenza di disabilità

Denominatore: Persone in famiglia appartenenti alla classe di età *x* nella regione *i* per presenza di disabilità

x 100

Signifato variabili

i = regione di residenza
x = la classe di età

*La formula del tasso standardizzato è riportata nel capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati".

Validità e limiti. La valutazione delle condizioni di salute di una popolazione è un problema molto complesso, poiché, per le sue diverse sfaccettature, sfugge ad un'interpretazione univoca. In generale la salute di una nazione può essere valutata sia in un'ottica oggettiva, basata su un sistema di indicatori affidabili e comparabili, quali per esempio i tassi di mortalità, sia in un'ottica soggettiva, basata sulle percezioni individuali. Le misure soggettive dello stato di salute hanno rilevanza sulla domanda di assistenza, in quanto la percezione del bisogno di salute condiziona l'utilizzo dei servizi socio-sanitari. La disabilità risulta essere fortemente associata sia ad una peggiore percezione del proprio stato di salute sia ad una maggiore prevalenza di forme patologiche di tipo cronico-degenerativo (1).
Con la standardizzazione per età si mira ad eliminare l'effetto che ha questa variabile sul fenomeno in studio utilizzando una popolazione di riferimento con una struttura per età fissata (nel nostro caso è la popolazione nazionale del campione). Nelle misure delle statistiche che riguardano le persone con disabilità, prevalentemente anziane, l'impatto della standardizzazione è notevole. Conseguentemente le stime dei quozienti sono molto più basse, rispetto ai dati grezzi, proprio in quelle regioni che hanno quote maggiori di disabili anziani che hanno una percezione peggiore del proprio stato di salute.
Nell'analisi di questo indicatore è importante tener presente che questo risente delle differenti aspettative dei singoli individui rispetto allo stato di salute ottimale, che sono correlate con le loro caratteristiche sociali, demografiche e culturali.

A. ROSANO

Valore di riferimento/Benchmark. Come valore di riferimento si può prendere il dato nazionale.

Descrizioni dei risultati

Oltre la metà delle persone con disabilità (55,7%) dichiara di sentirsi male o molto male, tale percentuale tra le persone senza disabilità è solo del 3,7%. Prendendo in considerazione la dimensione geografica si nota una migliore percezione dello stato di salute al Nord rispetto al Centro-Sud. Tali differenze, anche se non sempre significative, permangono anche quando si analizzano i quozienti standardizzati.
I divari territoriali emergono non solo tra le persone con disabilità ma anche tra quelle senza disabilità, evidenziando in questo modo la presenza di un fattore ambientale e culturale che influenza la percezione dello stato di salute. La salute percepita è, infatti, frutto della sintesi di molte componenti rilevanti della propria vita, dove le condizioni oggettive di salute sono sicuramente l'elemento preponderante, ma da sole non spiegano la variabilità osservata tra le regioni. I fattori connessi con la cattiva percezione di una condizione di salute sono, oltre alla presenza di disabilità o di malattie croniche, le condizioni socio-economiche, la perdita di ruolo sociale dovuta allo stato emotivo, l'avanzamento dell'età (2). Verosimilmente, con i quozienti standardizzati, si colgono proprio le differenze regionali nelle condizioni sociali ed economiche. Va considerato che la salute percepita è da ritenersi un valido indicatore sia ai fini della valutazione delle condizioni di salute stessa, sia dei bisogni assistenziali ad essa collegati (3).

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 188

Tabella 1 - *Persone di 6 anni e più che vivono in famiglia e che dichiarano di percepire il loro stato di salute male o molto male (quozienti grezzi e standardizzati per 100) per regione e presenza di disabilità - Anni 2004-2005*

Regioni	Quozienti grezzi		Quozienti standardizzati	
	Disabili	Non disabili	Disabili	Non disabili
Piemonte	53,3	3,4	34,2	3,4
Valle d'Aosta	47,6	3,3	31,1	3,3
Lombardia	47,4	2,7	28,4	2,9
Bolzano-Bozen	*51,5*	*1,9*	*37,5*	*2,2*
Trento	*42,4*	*2,7*	*29,8*	*2,8*
Veneto	51,9	2,8	35,5	3,1
Friuli-Venezia Giulia	52,5	3,0	39,0	2,9
Liguria	58,7	4,2	40,2	3,7
Emilia-Romagna	52,8	3,8	40,2	3,7
Toscana	63,2	4,8	48,0	4,7
Umbria	61,8	4,5	32,1	4,5
Marche	56,4	5,0	53,4	5,1
Lazio	59,8	4,4	44,4	4,9
Abruzzo	52,6	3,5	38,4	3,7
Molise	48,1	3,4	41,6	3,6
Campania	51,2	3,7	35,1	4,7
Puglia	56,3	3,1	42,4	3,9
Basilicata	62,2	4,3	40,0	4,9
Calabria	66,0	4,9	47,6	5,8
Sicilia	61,5	4,7	53,4	5,7
Sardegna	62,4	5,5	51,8	6,5
Italia	**55,7**	**3,7**	**40,0**	**4,1**

Fonte dei dati ed anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", 2004/2005.

Riferimenti bibliografici

(1) Istat, Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari. Statistica in breve, marzo 2007.
(2) Egidi V, Spizzichino D. Dimensioni oggettive e soggettive delle differenze di genere nella salute. w3.uniroma1.it/scidemo/24-Egidi-Spizzichino-Salute.doc.
(3) Golini A., Calvani P. Relazioni tra percezione della salute, malattie croniche e disabilità. CNR - Istituto per le ricerche sulla Popolazione. Working Paper 02/97.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 189

Ricorso all'assistenza domiciliare sanitaria delle famiglie con almeno una persona con disabilità

Significato. L'assistenza domiciliare sanitaria è l'insieme di interventi a carattere sanitario, infermieristico e riabilitativo offerti a domicilio a favore di persone temporaneamente o permanentemente non autosufficienti a causa di patologie croniche stabilizzate che non richiedono il ricovero in strutture ospedaliere. Gli indicatori presentati sono due: il primo consente di valutare quante famiglie ricorrono all'assistenza domiciliare sanitaria, quindi si potrebbe parlare di domanda soddisfatta; il secondo, invece, consente di dimensionare la domanda insoddisfatta, ossia quante famiglie tra quelle che non hanno l'assistenza domiciliare dichiarano di averne bisogno.

Ricorso all'assistenza domiciliare sanitaria delle famiglie con almeno una persona con disabilità

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Ricorso all'assistenza domiciliare sanitaria delle famiglie con almeno una persona disabile}}{\text{Famiglie per presenza di almeno una persona disabile}} \quad \text{Denominatore} \times 100$$

Famiglie che avrebbero bisogno dell'assistenza domiciliare sanitaria con almeno una persona con disabilità

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Famiglie con almeno una persona disabile che avrebbero bisogno dell'assistenza domiciliare sanitaria}}{\text{Famiglie con almeno una persona disabile che non usufruiscono dell'assistenza domiciliare sanitaria}} \quad \text{Denominatore} \times 100$$

Validità e limiti. L'indicatore sul ricorso all'assistenza domiciliare sanitaria consente di valutare i livelli di domanda soddisfatta delle famiglie con una persona con disabilità e di quelle senza. L'indicatore sul bisogno di assistenza domiciliare sanitaria invece, consente di conoscere la parte della domanda che resta insoddisfatta. L'informazione sul ricorso all'assistenza domiciliare sanitaria non viene raccolta per tutte le famiglie italiane, ma soltanto su quelle che hanno al loro interno una persona con dei problemi oggettivi di salute. Ossia una persona affetta da malattie o condizioni patologiche croniche, oppure che ha una o più invalidità, anche se non legalmente riconosciute, oppure che a causa di problemi di salute riscontra delle limitazioni che durano da almeno sei mesi nello svolgere le abituali attività della vita quotidiana.

Valore di riferimento/Benchmark. Come valore di riferimento si può prendere il valore medio nazionale.

Descrizioni dei risultati

Sono il 13% le famiglie con almeno una persone con disabilità che usufruiscono dell'assistenza domiciliare sanitaria. Le regioni in cui si hanno percentuali più alte di ricorso sono concentrate al Nord (Piemonte, Valle d'Aosta, Provincie Autonome di Bolzano e Trento). Questi risultati vanno però interpretati alla luce della domanda di assistenza che resta insoddisfatta. Delle famiglie italiane con almeno una persona disabile che non hanno usufruito di assistenza domiciliare sanitaria circa il 33% ne avrebbe avuto bisogno. La geografia del bisogno insoddisfatto è caratterizzata da un gradiente Nord- Sud sfavorevole per le regioni meridionali. La percentuale di famiglie con almeno una persona con disabilità che non ha potuto usufruire di assistenza domiciliare sanitaria pur avendone bisogno è quasi doppia nelle regioni del Sud (in particolare in Puglia, Abruzzo, Campania, Calabria) rispetto a quelle del Nord. Una situazione di carenza si evidenzia anche in Umbria e nel Lazio, con percentuali tra il 35% e il 41%.

Tabella 1 - *Ricorso all'assistenza domiciliare sanitaria (per 100) delle famiglie con almeno una persona disabile per regione - Anni 2004-2005*

Regioni	Ha usufruito	Non ne ha usufruito, ma ne avrebbe avuto bisogno
Piemonte	18,2	26,7
Valle d'Aosta	19,4	22,3
Lombardia	14,5	23,4
Trentino-Alto Adige	25,5	19,8
Bolzano-Bozen	*30,9*	*18,7*
Trento	*22,0*	*20,3*
Veneto	13,1	27,1
Friuli-Venezia Giulia	16,9	31,5
Liguria	7,2	24,5
Emilia-Romagna	15,2	22,5
Toscana	17,4	25,4
Umbria	22,8	35,0
Marche	14,8	21,8
Lazio	15,6	41,2
Abruzzo	8,3	44,7
Molise	11,3	33,5
Campania	10,4	42,3
Puglia	9,6	45,2
Basilicata	14,6	33,1
Calabria	9,8	41,1
Sicilia	9,1	40,9
Sardegna	8,1	31,8
Italia	**13,2**	**32,8**

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", 2004/2005.

G. BALDASSARRE

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 190

Ricorso all'assistenza domiciliare sociale delle famiglie per presenza di almeno una persona con disabilità

Significato. L'assistenza domiciliare sociale è l'insieme di prestazioni di natura socio-assistenziale offerte a domicilio a persone anziane e/o con disabilità che non necessitano del ricovero in strutture ospedaliere. Le prestazioni erogate mirano innanzitutto a favorire l'autosufficienza della persona e la tutela igienico-sanitaria, aiutandola nell'igiene personale, nella corretta deambulazione, nella preparazione dei pasti, nell'aiuto domestico, nella cura della persona, negli interventi sull'abitazione, nel fare la spesa, nell'accompagnamento ed in altri servizi complementari. L'indicatore permette di valutare i livelli di assistenza domiciliare sociale prestata dai Comuni o dalle ASL alle famiglie italiane e in particolare alle famiglie dove vive almeno una persona con disabilità.

Ricorso all'assistenza domiciliare sociale delle famiglie per presenza di almeno una persona con disabilità

$$\frac{\text{Numeratore: Ricorso all'assistenza domiciliare sociale delle famiglie per presenza di almeno una persona disabile}}{\text{Denominatore: Famiglie per presenza di almeno una persona disabile}} \times 100$$

Validità e limiti. L'indicatore sul ricorso all'assistenza domiciliare di tipo sociale consente di valutare i livelli di domanda soddisfatta. Non ci sono invece informazioni per quanto riguarda la domanda insoddisfatta. L'informazione viene chiesta a tutte le famiglie italiane, specificando però nella domanda che si tratta dell'assistenza rivolta ad una persona anziana o con disabilità.

Valore di riferimento/Benchmark. Come valore di riferimento si può prendere il valore medio nazionale.

Descrizioni dei risultati

In Italia l'1,7% circa delle famiglie usufruisce di assistenza domiciliare di tipo sociale prestata dal Comune o dalla ASL, il valore raggiunge il 10,2% nelle famiglie con almeno una persona con disabilità.
Nelle famiglie senza persone con disabilità non si ha una caratterizzazione territoriale del ricorso all'assistenza domiciliare sociale. Le percentuali più alte di famiglie che usufruiscono di questo tipo di assistenza si hanno in Valle d'Aosta, nella Provincia Autonoma di Bolzano, nelle Marche, nel Molise e in Sardegna. Nelle famiglie con almeno una persona con disabilità si riscontra un gradiente Nord-Sud, con percentuali più alte di ricorso all'assistenza domiciliare sociale nelle regioni del Nord (Valle d'Aosta, Lombardia, Provincia Autonoma di Bolzano, Friuli-Venezia Giulia), dove probabilmente vi è un'offerta di questo tipo di servizio più elevata, e più basse al Sud (Puglia, Basilicata e Calabria) con l'eccezione del Molise, in cui una famiglia composta anche da persone con disabilità su sette usufruisce di tale servizio. Si tenga conto che la fruizione del servizio di assistenza domiciliare è inevitabilmente condizionato dall'offerta, che è maggiore al Nord e al Centro rispetto al Sud (1).

Riferimenti bibliografici

(1) Istat, La seconda indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni. Statistiche in breve, aprile 2007.

G. BALDASSARRE

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 191

Tabella 1 - *Ricorso all'assistenza domiciliare sociale (per 100) delle famiglie per regione e presenza di almeno una persona disabile - Anni 2004-2005*

Regioni	Famiglie senza disabile Almeno una tipologia di assistenza domiciliare sociale	Famiglie con disabile Almeno una tipologia di assistenza domiciliare sociale	Totale famiglie Almeno una tipologia di assistenza domiciliare sociale
Piemonte	0,6	9,0	1,4
Valle d'Aosta	1,1	19,9	2,5
Lombardia	0,8	14,3	1,9
Trentino-Alto Adige	1,0	11,8	1,6
Bolzano-Bozen	*1,3*	*18,7*	*2,2*
Trento	*0,7*	*6,6*	*1,1*
Veneto	0,8	13,8	2,0
Friuli-Venezia Giulia	0,6	15,5	2,0
Liguria	0,4	5,6	0,9
Emilia-Romagna	0,7	11,3	1,6
Toscana	0,4	11,3	1,7
Umbria	0,8	13,6	2,4
Marche	1,0	8,7	1,9
Lazio	0,7	9,4	1,4
Abruzzo	0,4	7,3	1,2
Molise	1,1	14,2	2,9
Campania	0,5	8,9	1,4
Puglia	0,4	6,2	1,2
Basilicata	0,6	6,7	1,4
Calabria	0,7	5,3	1,3
Sicilia	0,9	9,3	2,1
Sardegna	1,0	10,4	2,0
Italia	**0,7**	**10,2**	**1,7**

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", 2004/2005.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 192

Spesa mensile sostenuta dalle famiglie per l'assistenza a persone con disabilità e anziani non autosufficienti

Significato. L'indicatore esprime la spesa media delle famiglie per l'assistenza a familiari con disabilità e anziani non autosufficienti. La spesa è espressa sia in termini assoluti sia in percentuale sulla spesa mensile totale familiare. L'indicatore ha l'obiettivo di rappresentare l'impegno economico delle famiglie per acquistare servizi specifici per l'assistenza sanitaria alle persone con disabilità.

Spesa media per famiglia per l'assistenza per disabili e anziani non autosufficienti

Numeratore: Spesa per servizi domestici erogati per l'assistenza per disabili e anziani non autosufficienti

Denominatore: Numero di famiglie che hanno dichiarato di aver sostenuto la spesa

Percentuale sul totale spesa mensile familiare

$$\frac{\text{Spesa per servizi domestici erogati per l'assistenza per disabili e anziani non autosufficienti}}{\text{Spesa totale mensile familiare}} \times 100$$

Validità e limiti. L'indicatore si riferisce alla spesa media mensile sostenuta dalle famiglie per servizi domestici ricevuti per l'assistenza a persone con disabilità e anziani non autosufficienti. Il valore dell'indicatore è affiancato dall'incidenza di tale tipologia di consumo sul totale della spesa familiare, al fine di rappresentare il peso che questo onere ha sul livello di consumo della famiglia e nel contempo standardizzare la spesa rispetto alle condizioni economiche delle famiglie per le quali il livello dei consumi totali costituisce una buona *proxy*.
Il limite principale dell'indicatore sta nel fatto che non rappresenta tutta la spesa che una famiglia è costretta a sostenere per una persona con disabilità, ma solo quella legata ai servizi domestici, mentre è verosimile che la presenza di una disabilità in famiglia abbia ripercussioni su molte altre tipologie di spesa. Inoltre, la voce di spesa considerata non può essere riferita a tutte le famiglie che hanno almeno un componente con disabilità, in quanto nel questionario dell'indagine sui consumi non viene fatta una specifica domanda sull'esistenza di tale problema in famiglia. Pertanto questo indicatore si riferisce solo a quelle famiglie che hanno sostenuto la spesa in oggetto. A riprova di quanto detto si segnala che la percentuale di famiglie che dichiarano di aver sostenuto una spesa per una persona disabile è pari a circa lo 0,8%, mentre da altre fonti (1) è noto che le famiglie con almeno una persona disabile in Italia sono il 10,3%, quindi la voce di consumo considerata non è sufficiente a individuare tutte le famiglie interessate dal problema.
Un altro limite dell'indicatore è costituito dal fatto che non può essere calcolato a livello regionale, in quanto l'indagine è campionaria e il numero delle famiglie selezionate con la voce di spesa considerata è insufficiente.

Valore di riferimento/Benchmark. Non è possibile individuare un valore di riferimento.

Descrizioni dei risultati

La presenza di una persona con disabilità in una famiglia può rappresentare un forte disagio economico sia in termini di risorse monetarie necessarie per l'assistenza sanitaria sia in termini di produzione del reddito, legata alla difficile conciliazione delle esigenze lavorative con le attività di cura e di assistenza alla persona disabile. La spesa media mensile delle famiglie italiane per l'assistenza domestica alle persone con disabilità è pari a circa 490 euro, il consumo più

Tabella 1 - *Spesa media mensile (valori assoluti e per 100) delle famiglie per disabili e anziani non autosufficienti per ripartizione geografica - Anno 2004*

Ripartizione geografica	Spesa media mensile (€)	Intervallo di confidenza		% spesa mensile familiare
		Limite inferiore	Limite superiore	
Nord-Ovest	515,61	502,47	528,75	19,24
Nord-Est	572,51	557,92	587,10	21,22
Centro	494,99	482,38	507,60	20,72
Mezzogiorno	332,76	324,28	341,24	17,39
Italia	**489,87**	**477,39**	**502,35**	**18,16**

Fonte dei dati ed anno di riferimento: Istat. Indagine sui consumi delle famiglie. Anno 2004.

A. SOLIPACA

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 193

basso si registra nel Mezzogiorno con 333 euro, il più alto nel Nord-Est con 573 euro. L'incidenza di questa voce di spesa sul totale dei consumi delle famiglie è assai rilevante, a livello nazionale si attesta al 18,16%, scende al 17,39% nelle regioni del Mezzogiorno e raggiunge il 21,22% in quelle del Nord-Est.
Sembra interessante notare, infine, che tale voce di spesa appare molto rigida se confrontata con il reddito disponibile a livello regionale, cioè assume la caratteristica dei beni di consumo primari, contrariamente a quanto accade per la spesa sanitaria che è notoriamente molto elastica rispetto alle variazioni di reddito. Questo testimonia il fatto che la spesa per l'assistenza ad una persona con disabilità costituisce un consumo incomprimibile da parte delle famiglie, pertanto la presenza di una disabilità rappresenta senza dubbio un fattore di disagio economico.

Riferimenti bibliografici

(1) Istat, Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari. Statistica in breve, marzo 2007.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 194

Giudizio delle risorse economiche delle famiglie con almeno una persona con disabilità

Significato. Il giudizio delle famiglie sulla propria condizione economica può essere utilizzato come un indicatore *proxy* della situazione economica delle famiglie.
L'analisi del giudizio sulle risorse economiche è stata condotta considerando, da un lato coloro che dichiarano di avere una condizione economica "ottima" o "adeguata" (*Adeguata*), dall'altro coloro che dichiarano di avere una condizione economica "scarsa" o "assolutamente insufficiente" (*Non adeguata*).

Giudizio delle risorse economiche delle famiglie per presenza di almeno una persona con disabilità

Numeratore: Giudizio delle risorse economiche delle famiglie per presenza di almeno una persona disabile
Denominatore: Famiglie per presenza di almeno una persona disabile
x 100

Validità e limiti. Le risorse economiche sono dichiarate, quindi non oggettive, e risentono delle diverse aspettative dei singoli rispetto alla loro condizione economica. Questo può rappresentare un limite, ma anche un valore aggiunto in quanto l'indicatore in questione fornisce una misura mediata tra il reddito oggettivo della famiglia, i suoi bisogni e le sue aspirazioni. Un limite consiste nel fatto che il giudizio viene espresso da un solo componente del nucleo familiare.

Valore di riferimento/Benchmark. Come valore di riferimento si può prendere il valore medio nazionale.

Descrizioni dei risultati

In Italia quasi una famiglia su tre dichiara di avere delle condizioni economiche scarse o assolutamente insufficienti, ma se all'interno della famiglia vive una persona con disabilità si ha un forte aumento dell'insoddisfazione rispetto alla situazione economica: quasi una famiglia su due reputa le condizione economiche non adeguate.
Il giudizio sulle condizioni economiche presenta un gradiente territoriale Nord-Sud solamente per le famiglie dove non ci sono persone con disabilità, la presenza di una persona disabile in famiglia spezza tale dicotomia ed evidenzia una situazione regionale mol-

Tabella 1 - *Risorse economiche (per 100) delle famiglie per regione, presenza di almeno una persona disabile e adeguatezza delle risorse - Anni 2004-2005*

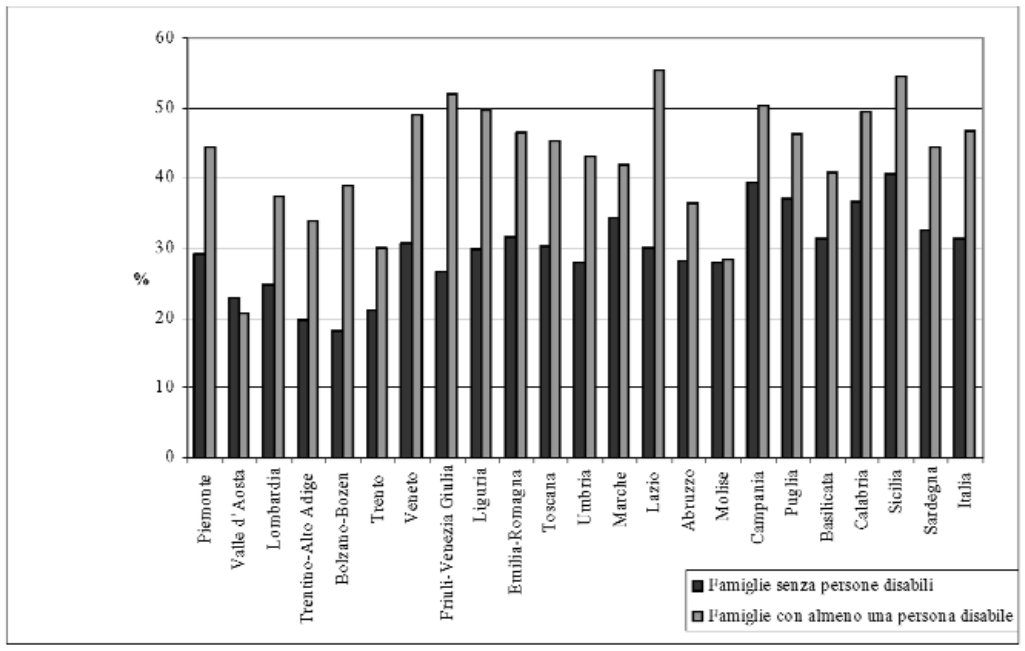
Regioni	Famiglie senza persone disabili		Famiglie con almeno una persona disabile		Totale	
	Non adeguate	Adeguate	Non adeguate	Adeguate	Non adeguate	Adeguate
Piemonte	29,1	70,9	44,3	55,7	30,5	69,5
Valle d'Aosta	22,8	77,2	20,6	79,4	22,6	77,4
Lombardia	24,8	75,2	37,2	62,8	25,8	74,2
Trentino-Alto Adige	19,6	80,4	33,9	66,2	20,4	79,6
Bolzano-Bozen	*18,1*	*81,9*	*38,8*	*61,2*	*19,2*	*80,8*
Trento	*21,0*	*79,0*	*30,0*	*70,0*	*21,6*	*78,4*
Veneto	30,7	69,3	49,0	51,1	32,4	67,7
Friuli-Venezia Giulia	26,6	73,4	52,1	47,9	29,0	71,1
Liguria	29,7	70,3	49,8	50,2	31,8	68,2
Emilia-Romagna	31,6	68,5	46,4	53,6	32,9	67,1
Toscana	30,2	69,8	45,3	54,7	32,0	68,0
Umbria	27,8	72,2	43,1	56,9	29,8	70,2
Marche	34,4	65,6	41,9	58,2	35,3	64,7
Lazio	30,0	70,0	55,3	44,7	32,3	67,7
Abruzzo	28,1	71,9	36,4	63,6	29,1	70,9
Molise	27,8	72,2	28,3	71,7	27,9	72,1
Campania	39,4	60,6	50,5	49,5	40,7	59,3
Puglia	37,1	62,9	46,2	53,9	38,3	61,7
Basilicata	31,4	68,6	40,7	59,4	32,6	67,4
Calabria	36,6	63,4	49,4	50,6	38,3	61,7
Sicilia	40,6	59,4	54,5	45,5	42,5	57,5
Sardegna	32,6	67,4	44,5	55,5	33,9	66,1
Italia	**31,3**	**68,7**	**46,6**	**53,4**	**32,9**	**67,1**

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine sulle "Condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari", 2004/2005.

G. BALDASSARRE

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 195

Grafico 1 - *Famiglie che considerano non adeguate le risorse economiche della famiglia (per 100) per regione e presenza di almeno una persona con disabilità – Anni 2004-2005*



Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari. Statistica in breve, marzo 2007 (1).

to eterogenea. Le regioni con una quota maggiore di famiglie senza una persona con disabilità che reputano inadeguate le proprie risorse economiche sono le Marche, la Campania, la Puglia, la Calabria e la Sicilia. Le famiglie con almeno una persona disabile sono in misura maggiore insoddisfatte delle loro risorse economiche se risiedono in Friuli-Venezia Giulia, in Liguria, nel Lazio, in Campania e in Sicilia.

Riferimenti bibliografici

(1) Istat, Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari. Statistica in breve, marzo 2007.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 196

Beneficiari di pensioni in favore di persone con disabilità

Significato. Il sistema di solidarietà nei confronti delle persone con disabilità è sicuramente uno dei parametri che consentono di misurare l'evoluzione del welfare di una nazione. L'indicatore di seguito proposto permette di avere un quadro di insieme sui beneficiari delle prestazioni pensionistiche in favore di persone con disabilità, fornendo informazioni non solo sulla loro numerosità ma anche sull'importo medio annuo percepito. Questa ulteriore informazione permette di conoscere, almeno in parte, la reale disponibilità di risorse economiche da parte delle persone con disabilità.

Importo medio annuo

Numeratore: Importo lordo annuo

Denominatore: Percettori

Validità e limiti. I beneficiari di pensioni di disabilità vengono determinati da opportune commissioni medico-legali, che riconoscono il diritto a ricevere una prestazioni di tipo monetario. Sono considerati percettori di pensioni di disabilità coloro che percepiscono almeno una tra queste pensioni: pensione di Invalidità, pensione Indennitaria, pensione di Invalidità Civile o categorie assimilate, pensione di Guerra e Indennità di accompagnamento. Nell'analisi dei risultati non bisogna dimenticare che ogni beneficiario di prestazioni pensionistiche può usufruire della possibilità di cumulo delle stesse.

Valore di riferimento/Benchmark. Come valore di riferimento per l'importo medio può essere utilizzato il valore nazionale.

Descrizioni dei risultati

Al 31 dicembre 2004 i percettori di pensione di disabilità sono poco più di 4 milioni e 800 mila. Tra questi si nota una leggera prevalenza della componente femminile che rappresenta il 52% del totale dei beneficiari, risultato questo legato al progressivo e rapido invecchiamento della popolazione unito all'aumento della sopravvivenza a vantaggio delle

Tabella 1 - *Beneficiari di pensioni in favore di persone con disabilità e importo medio (in €) per regione e sesso - Anno 2004*

Regioni	Maschi		Femmine		Totale	
	Numero	Importo medio (€)	Numero	Importo medio (€)	Numero	Importo medio (€)
Piemonte	132.619	12.549	159.403	11.484	292.022	11.968
Valle d'Aosta	6.281	15.547	5.922	11.287	12.203	13.480
Lombardia	245.980	12.728	256.297	12.017	502.277	12.365
Bolzano-Bozen	*14.030*	*11.696*	*13.213*	*10.370*	*27.243*	*11.053*
Trento	*15.197*	*12.048*	*14.615*	*10.765*	*29.812*	*11.419*
Veneto	143.158	12.265	131.177	11.180	274.335	11.746
Friuli-Venezia Giulia	44.265	13.151	52.654	11.527	96.919	12.269
Liguria	73.317	15.168	79.620	11.533	152.937	13.275
Emilia-Romagna	160.297	12.912	183.309	11.501	343.606	12.159
Toscana	163.330	13.456	165.546	10.855	328.876	12.147
Umbria	57.069	12.801	55.446	10.888	112.515	11.859
Marche	87.299	11.251	89.959	10.008	177.258	10.620
Lazio	186.678	12.431	215.648	10.163	402.326	11.216
Abruzzo	72.836	10.763	78.250	9.542	151.086	10.131
Molise	18.043	8.680	21.418	8.752	39.461	8.719
Campania	243.812	9.884	276.211	8.998	520.023	9.413
Puglia	182.652	10.181	182.859	9.330	365.511	9.755
Basilicata	32.859	8.982	37.192	8.717	70.051	8.841
Calabria	103.569	9.480	117.192	9.465	220.761	9.472
Sicilia	239.807	9.849	237.440	8.725	477.247	9.290
Sardegna	88.070	10.269	91.144	9.313	179.214	9.783
Estero	*24.065*	*3.341*	*11.059*	*5.387*	*35.124*	*3.985*
Non ripartibili	*142*	*4.822*	*23*	*4.965*	*165*	*4.842*
Totale	**2.335.375**	**11.486**	**2.475.597**	**10.262**	**4.810.972**	**10.856**

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat-Inps. Casellario centrale per la raccolta, la conservazione e la gestione dei dati e degli elementi relativi ai titolari di trattamenti pensionistici. Anno 2004.

A. BATTISTI, E. DEL BUFALO

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 197

donne. Passando ad analizzare la distribuzione territoriale dei percettori si evidenzia una maggiore concentrazione di questi ultimi nelle regioni del Mezzogiorno dove risiedono ben il 43% del totale dei beneficiari italiani di una pensione di disabilità. Risiedono invece nel Centro il 28% dei beneficiari e nel Nord il restante 29%.
L'analisi degli importi medi evidenzia netti differenziali non solo territoriali ma anche di genere. Sono infatti nel Sud che per entrambi i sessi si trovano gli importi medi annui più bassi e sono le donne a percepire prestazioni di importo inferiore rispetto agli uomini. L'importo medio annuo totale è pari a 10.856 euro. Per quanto riguarda gli uomini l'importo medio annuo più basso si riscontra in Valle d'Aosta, mentre quello più basso in Molise. Se si analizzano gli importi medi delle donne il valore più alto si trova in Lombardia mentre quello più basso in Basilicata.
In generale le differenze emerse possono essere imputate ad una diversa distribuzione regionale delle tipologie di prestazioni erogate. Si trova infatti una maggiore presenza di prestazioni legate a forme contributive di tipo previdenziale ovviamente dove è maggiore l'inserimento delle persone all'interno di un contesto lavorativo, come nel caso delle regioni del Nord ed in generale per gli uomini. Dall'altra parte prevarranno prestazioni di tipo assistenziale laddove ci sono un numero maggiore di situazioni di disagio economico e maggiori difficoltà di inserimento lavorativo (Sud, donne).

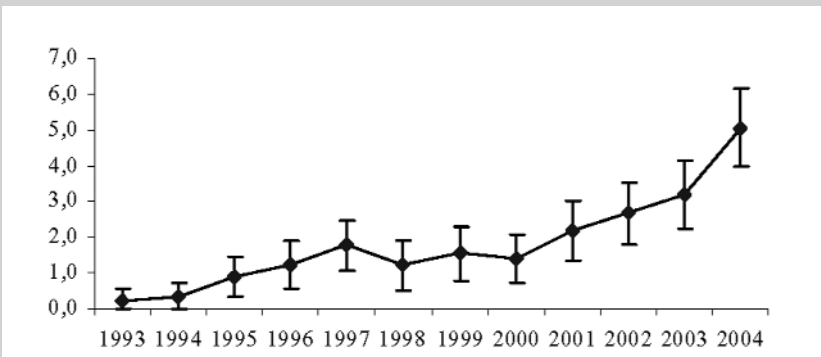
Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 198

Potenzialità e limiti nella stima della prevalenza della disabilità in Trentino-Alto Adige sulla base delle certificazioni correnti

Dott. Silvano Piffer, Dott.ssa Laura Battisti, Dott. Fabio Cembrani

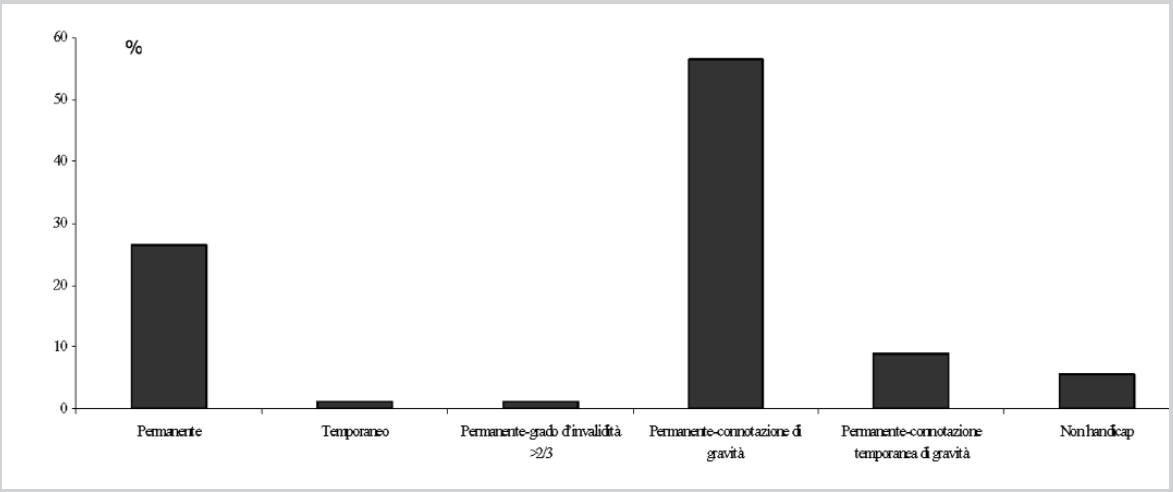
La dimensione disabilità integra e migliora le informazioni utili a definire lo stato di salute della popolazione anche sotto il profilo della qualità di vita. Questa necessità è oggi più stringente in relazione al crescente invecchiamento della popolazione ed al progressivo "accumulo" di soggetti portatori di patologia invalidante, fisica e psichica, che rappresentano una sfida reale ai sistemi di welfare nazionali e regionali.
L'insieme delle fonti utili a descrivere il fenomeno della disabilità e dell'handicap in particolare, nel nostro paese, non è affidabile così come non è completo e omogeneo tra le regioni pur essendo delineato nei suoi indicatori statistici generali. Non ben definita risulta essere, in particolare, la conoscenza degli aspetti di natura qualitativa che lo caratterizzano, anche per la non ancora completa valorizzazione statistica attribuita, a livello locale e nazionale, alle certificazioni utilizzate nei diversi percorsi che definiscono il nostro attuale sistema di Sicurezza Sociale cui si associa la mancata introduzione, di strumenti di classificazione omogenei e coerenti con i criteri che, a livello internazionale, definiscono le malattie, la disabilità e l'handicap.
È però possibile, partendo dalle certificazioni correnti locali, opportunamente informatizzate ed integrate tra loro, rappresentare con buona approssimazione l'entità della disabilità a livello regionale. Tale dato consente non solo di soddisfare il debito informativo epidemiologico, ma anche il debito informativo per la programmazione socio-assistenziale.
In provincia di Trento i dati relativi alle persone disabili sono raccolti attraverso il flusso informativo riguardante l'attività della Commissione Sanitaria prevista dalla legge 104/92 che ha il compito di riconoscere/certificare le persone in situazione di handicap ad eccezione dei minorenni. Tale commissione è stata collocata presso l'U.O. di Medicina Legale che opera su tutto il territorio provinciale. I minorenni, frequentanti la scuola, in stato di supposto/certo stato di handicap sono certificati in genere da soggetti istituzionali diversi (U.O. di Psicologia Clinica e U.O. di Neuropsichiatria Infantile). Per ottenere, quindi, un quadro globale della disabilità in Trentino si è proceduto all'unione dei due archivi informatizzati e di quello dell'anagrafe sanitaria con un *record linkage* deterministico su chiave anagrafica. I dati proposti di seguito fanno riferimento al periodo 1993-2004.
In provincia di Trento le persone disabili in vita al 31.12.2004 sono 4.362 pari a circa l'1% della popolazione, con un trend in crescita in particolare negli ultimi anni.

Grafico 1 - *Tassi standardizzati (per 10.000) di nuovi casi notificati all'anagrafe dell'handicap nella Provincia Autonoma di Trento per anno - Anni 1993-2004*



Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 199

Grafico 2 - *Soggetti notificati (per 100) per tipo di handicap all'anagrafe dell'handicap nella Provincia Autonoma di Trento - Anni 1993-2004*



Nel periodo 1993-2004 il 60% dei casi complessivi presenta un handicap con carattere di permanenza e connotazione di gravità, mentre la maggior parte dei bambini in età pre-scolare si trova in uno stato di bisogno che assume connotazione permanente (56%) e temporanea (28%) di gravità. Le minorazioni prevalenti all'origine dell'handicap per gli adulti sono quelle del sistema nervoso (27%) che comportano confinamento individuale e disautonomia motoria, in particolare paraparesi ed emiparesi, mentre per i bambini si tratta di minorazioni psichiche (70%), in particolare disturbi evolutivi e ritardo mentale lieve.
Nelle tabelle seguenti sono riportati i benefici erogati ai soggetti riconosciuti in condizione rispettivamente di handicap permanente e di handicap permanente con connotazione di gravità, che sono le due principali tipologie di handicap rilevate.

Tabella 1 - *Benefici erogati (per 100) in soggetti riconosciuti in condizione di handicap permanente nella Provincia Autonoma di Trento - Anni 1993-2004*

Beneficio	%
Fornitura e riparazione di apparecchi, attrezzi, protesi e sussidi tecnici	29,1
Diritto a servizi alternativi di trasporto collettivo o trasporto individuale	19,7
Diritto a spazi riservati per veicoli	17,5
Altro	33,7
Totale	**100,0**

Fonte dei dati e anno di riferimento: Anagrafe dell'handicap della Provincia Autonoma di Trento. Anni 1993-2004.

Tabella 2 - *Benefici erogati (per 100) in soggetti riconosciuti in condizione di handicap permanente nella Provincia Autonoma di Trento - Anni 1993-2004*

Beneficio	%
Agevolazioni fiscali previste dalla normativa vigente	15,3
Permesso di tre giorni mensili	8,6
Permesso giornaliero retribuito di due ore	8,3
Altro	67,8
Totale	**100,0**

Fonte dei dati e anno di riferimento: Anagrafe dell'handicap permanente con connotazione di gravità della Provincia Autonoma di Trento. Anni 1993-2004.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 200

Tra le agevolazioni assistenziali che ad oggi sono erogate ai soggetti, particolare attenzione deve essere riservata a due situazioni fattuali: quella che attiene il riconoscimento dei benefici assistenziali di cui all' art. 33, comma 3, della legge-quadro n. 104 del 1992 (permesso retribuito per il genitore/affine che assiste la persona handicappata, oltre il terzo anno di vita, non ricoverata a tempo pieno) e quella che attiene il riconoscimento delle agevolazioni di cui all'art. 33, comma 5, della stessa legge (diritto di scelta, ove possibile, della sede di lavoro più vicina al domicilio del genitore o familiare che assiste con continuità la persona handicappata). Considerando tali benefici, si osserva come il permesso retribuito per il genitore/affine che assiste la persona con handicap sia quello più ampiamente richiesto da chi promuove l'accertamento dell'handicap: rappresenta, da solo, oltre un terzo dei benefici complessivamente erogati. Sono dunque le agevolazioni a sostegno della rete familiare quelle maggiormente richieste ed erogate.

In conclusione le analisi condotte dai database delle certificazioni correnti consentono, da un lato di valutare la frequenza del fenomeno e la sua dinamica nel tempo, dall'altro di quantificare, anche sul piano economico, le risorse allocate. L'incremento del tasso di disabilità nel tempo può essere ricondotto, non solo ad un aumento dei casi reali esistenti nella popolazione (sia giovanile che anziana), ma anche ad una verosimile maggiore consapevolezza dei soggetti rispetto ai propri diritti e ad una conseguente maggiore accessibilità ai servizi. La disponibilità di dati informatizzati consentiranno anche di valutare, nel tempo, l'accesso ed il consumo di risorse sanitarie dei soggetti in condizione di handicap rispetto alla popolazione generale.

Le stime di prevalenza della disabilità ottenute dalle certificazioni correnti della Medicina Legale e dalla rilevazione campionaria Istat si differenziano, anche in modo sensibile, tenuto conto dei diversi criteri di definizione della condizione: certificazione medica con somministrazione di una scala funzionale nel primo caso, condizione riferita senza essere effettivamente validata nel secondo caso.

A livello locale, potendo disporre di due fonti informative differenziate, sarebbe possibile, nell'ipotesi di poter disporre dell'archivio Multiscopo Istat a livello locale, operare un incrocio tra le due fonti per verificare:

- le capacità di "cattura" o di accesso ai servizi di medicina legale dei soggetti con disabilità;
- l'effettiva rispondenza dei casi autoriferiti con condizioni mediche effettive di disabilità.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 201

Il progetto europeo MHADIE: misurare salute e disabilità in Europa in modo comune e coerente e supportare le politiche

Dott.ssa Matilde Leonardi

Contesto

La Commissione Europea, Direzione Generale Salute, nell'ambito dei programmi di supporto scientifico alla politica (SSP – *Scientific Supporto to Policies*) del sesto programma Quadro di Ricerca, ha stanziato nel 2005 un finanziamento triennale per il progetto MHADIE – *Measuring Health and Disability in Europe: supporting policy development* (www.mhadie.it). Coordinato dalla Dott.ssa Matilde Leonardi della Fondazione IRCCS Istituto Neurologico C. Besta di Milano, il progetto di ricerca utilizza la Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute, ICF, dell'OMS, come modello operativo e concettuale (1). Gli obiettivi di MHADIE sono: a) usare il modello ICF quale struttura per analizzare studi statistici di popolazione e orientare future raccolte dati; b) dimostrare che il modello della Classificazione ICF è adeguato per descrivere e misurare la disabilità in campioni clinici di differenti nazioni c) provare che ICF è uno strumento utile ed affidabile nei settori clinico, riabilitativo ed educativo; d) produrre raccomandazioni politiche e linee guida che l'Unione Europea possa utilizzare per armonizzare i dati disponibili, entro il modello ICF.

MHADIE, giunto alle sue fasi conclusive, conferma e dimostra che i dati raccolti negli studi nazionali ed internazionali sono caratterizzati da confusioni concettuali, incoerenze ed ambiguità sulla definizione di disabilità e sulle relazioni fra le condizioni di salute, le menomazioni e i fattori ambientali. Il progetto MHADIE si sviluppa, infatti, in un contesto disomogeneo, in quanto le nazioni europee misurano e definiscono la disabilità in maniera differente, rendendo pertanto impossibile l'attuazione di linee guida politiche comuni (2). La Commissione Europea, nella sua comunicazione del 28/11/2005 sul *Disability Action Plan* 2006-2007 (3), ha selezionato il progetto MHADIE come uno degli strumenti per migliorare la capacità di analisi dell'UE in tema di disabilità e salute pubblica e tale riconoscimento è di primaria importanza per tutte le attività di ricerca e di sviluppo connesse alla tematica affrontata da MHADIE.

I risultati del progetto MHADIE offrono una descrizione della disabilità, una definizione dei domini di disabilità ed una base di riferimento per il confronto della salute e della disabilità delle popolazioni, in grado di incrementare la capacità di analisi e confronto dell'Unione Europea.

Metodi

Il progetto MHADIE ha sviluppato principalmente tre insiemi di attività, concernenti lo sviluppo di metodologie di analisi di diversi database esistenti, la raccolta di dati di *functioning* in campioni clinici selezionati, l'applicazione del modello ICF nei contesti scolastici e il confronto dei dati raccolti nei diversi sistemi educativi. Nell'ambito statistico, per il confronto di database esistenti è stato sviluppato un software (ICF *mapping system*) in cui tutti le domande delle diverse survey venivano mappate ai domini ICF, evidenziando quali aree fossero scoperte nei molteplici protocolli usati dai diversi paesi.

La raccolta dei dati clinici è stata fatta su 1119 soggetti con dodici diverse diagnosi in cinque paesi europei, con un protocollo composto da strumenti derivati da ICF (ICF *checklist*, WHO DAS II) e altri strumenti che forniscono dati comparativi sul funzionamento e sull'ambiente. ICF è stato utilizzato come linguaggio comune trasversale in diversi *settings* clinici (riabilitazione intra ed extra ospedaliera, ospedale, ambulatorio, territorio), su diversi target (individui o popolazioni) e per diversi scopi (trattamento, riabilitazione, interventi socio-sanitari). Nel progetto MHADIE la classificazione ICF è stata adottata secondo una prospettiva multidisciplinare ed allo scopo di unificare con una modalità standardizzata le informazioni. Il protocollo MHADIE investiga, al di là della diagnosi, il reale impatto della condizione di salute su ambiti quali istruzione e lavoro.

Per l'ambito scolastico i ricercatori del progetto MHADIE hanno analizzato dati sulla educazione, scolarità e disabilità in Europa, testato ed utilizzato la Classificazione ICF-CY (ICF *children and youth*) e sviluppato il MAP-EP (*Matrix for Analysis of Problems in Education Planning*), un protocollo per collegare le informazioni cliniche alle necessità educative nel settore scolastico. È una guida utile per definire quali informazioni devono essere raccolte per pianificare progetti educativi.

Ciascuna di queste aree di lavoro ha contribuito alla definizione di quali siano le basi minime per poter effettuare un'analisi confrontabile di informazioni in settori diversi, in maniera trasversale e longitudinale, considerando anche le direttive definite nella Convenzione ONU sui Diritti e la Dignità delle Persone con Disabilità.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 202

Risultati e Discussione

Nell'analisi e nella interpretazione dei dati i ricercatori di MHADIE hanno identificato quattro domande fondamentali a cui dare una risposta, per soddisfare le necessità della politica, soprattutto socio-sanitaria e dell'istruzione, e fornire quindi delle raccomandazioni:

- come è possibile garantire la trasferibilità e la confrontabilità, fra le nazioni europee, dei dati di salute e disabilità?
- in che modo dei dati confrontabili su funzionamento e disabilità possono essere raccolti utilizzando la Classificazione ICF?
- in che modo è possibile identificare i dati mancanti ma necessari per le politiche in materia di salute, disabilità ed istruzione? Come possiamo colmare questi vuoti dell'informazione?
- in che modo i dati raccolti possono essere coerenti e confrontabili quando vengono letti da diversi attori politici e da diversi stati europei?

I risultati del progetto, che verranno inviati definitivamente alla Commissione nel mese di Aprile 2008 sotto forma di raccomandazioni per le politiche, sono infatti coerenti con le premesse della ricerca e sono riassunti in raccomandazioni di tipo metodologico-statistico, per l'applicazione in ambito clinico e l'applicazione nell'ambito dell'istruzione e scolastico (4). Queste raccomandazioni sono sottoposte alla discussione internazionale e sono integrate da commenti e suggerimenti che provengono dal settore statistico, clinico, amministrativo e della formazione, non solo europeo ma internazionale. Sono state inoltre discusse in una conferenza europea (MHADIE *European Conference*) che si è svolta nel novembre 2007, a Milano in presenza di politici, esperti, rappresentati di ONGs di persone con disabilità, con il supporto della Regione Lombardia, uno dei partners di MHADIE.

Sono qui di seguito brevemente riportate alcune delle raccomandazioni che risultano dalle ricerche fatte nell'ambito di MHADIE nei diversi ambiti:

1) Raccomandazioni MHADIE per la statistica:

- misurazioni valide di disabilità possono essere ottenute unicamente da studi in cui i dati sui livelli di funzionamento siano tratti da molte aree di vita, piuttosto che da poche domande sulle menomazioni, che determinano stime di prevalenza di disabilità non valide, distorcendo la pianificazione e le politiche;
- gli studi su salute e disabilità delle popolazioni dovrebbero essere combinati, per misurare l'impatto dei fattori ambientali sugli outcome di salute, e per determinare in che misura il decremento nella *performance* (intesa come l'effettiva abilità di una persona di svolgere un'attività nel suo contesto di vita, considerando l'effetto, per esempio, di ausili, persone o farmaci) sia dovuto ai fattori ambientali e quanto sia dovuto allo stato di salute in sé;
- misurazioni valide di disabilità possono essere ottenute in maniera efficace da studi che non siano basati su categorie diagnostiche a priori. Si raccomanda pertanto che le misurazioni sulla disabilità siano basate su dati di capacità (intesa come l'abilità intrinseca di una persona di svolgere le attività quotidiane, indipendentemente dalla presenza di fattori ambientali facilitanti od ostacolanti) e di *performance*, indipendentemente dall'eziologia dello stato di salute. Per conoscere l'impatto della disabilità in una popolazione, l'influenza della componente di salute del funzionamento (capacità) deve essere compresa indipendente da quella della componente non sanitaria (fattori ambientali).

2) Raccomandazioni MHADIE per l'applicazione in ambito clinico:

- i dati raccolti dimostrano che le diagnosi da sole non sono sufficienti per guidare i processi di cura e management delle condizioni di salute, e si raccomanda di utilizzare ICF, sviluppandone le potenzialità di misurazione, per identificare i bisogni della persona, pianificare gli interventi e per valutare gli outcome clinici;
- si è visto che le nozioni di *performance* e capacità della persona, giocano un ruolo cruciale nello spiegare il reale impatto di una condizione di salute, si raccomanda lo sviluppo di strumenti basati su ICF utilizzabili nella routine clinica per misurare la *performance*;
- i fattori ambientali possono agire da barriere e facilitatori e hanno un'influenza sulla *performance* delle persone, indipendentemente dalla capacità, e si raccomanda che questi fattori vengano considerati nella valutazione e nella pianificazione degli interventi necessari;
- si raccomanda che l'impatto della disabilità sia valutato non solo a livello clinico, ma anche a livello della partecipazione delle persone in ambito sociale, per esempio nei contesti lavorativi, scolastici ecc.

3) Raccomandazioni MHADIE per l'applicazione nell'ambito scolastico:

- i dati analizzati in MHADIE dimostrano che nell'ambito scolastico, un approccio più analitico è necessario per comprendere i livelli di inserimento ed inclusione ed il processo con cui le diverse categorie dei cosiddetti "bisogni speciali" sono definite ed applicate;
- l'analisi dei dati sull'istruzione in Europa, effettuata dai ricercatori di MHADIE, dimostra che il modello ICF

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 203

fornisce una struttura utile per raccogliere dati per definire in maniera appropriata i criteri di eleggibilità per i servizi all'infanzia ed all'adolescenza;
- si raccomanda di implementare ed applicare MAP-EP (*Matrix for Analysis of Problems in Education Planning*), utile per definire quali informazioni devono essere raccolte per pianificare progetti educativi;
- poiché in molti studi la popolazione dei bambini fra 0-6 anni non è inclusa nei piani di campionamento e considerata l'importanza di questo *cluster* di età per la pianificazione politico-economica nel breve-medio periodo, si consiglia di utilizzare la Classificazione ICF-CY (ICF *Children and Youth*).

Conclusioni

Il progetto europeo MHADIE nasce per rispondere all'esigenza della Commissione Europea e della comunità scientifica internazionale, di avere un sostegno di tipo tecnico-scientifico utile a sviluppare una programmazione politica ragionata su alcuni temi.
I dati raccolti in questa ricerca hanno una prospettiva che parte sia dal basso, dalle necessità delle persone riportate nello studio clinico, che dall'alto, ovvero dalle esigenze di programmazione definite su base politica ed economica. In tal senso sono almeno due i capisaldi che dovrebbero essere tenuti in considerazione nel corso della programmazione politica europea.
Innanzitutto, come emerge dalla ricerca MHADIE, le *politiche dei trasporti* sono un fattore cruciale per la partecipazione alla vita sociale e di comunità delle persone con disabilità: i politici e gli amministratori dovrebbero pertanto considerare, nella progettazione dei sistemi e dei servizi di trasporto, questa necessità che va al di là delle cosiddette "politiche per la disabilità".
I risultati di MHADIE, in tutti i paesi e in quasi tutto il campione, evidenziano poi che la famiglia è il supporto principale per le persone con disabilità: le politiche dovrebbero quindi enfatizzare il ruolo della famiglia e prevedere sostegno e facilitazioni, economiche e non solo, anche per chi si prende cura delle persone con disabilità.
I ricercatori di MHADIE hanno a lungo lavorato sul problema della definizione disomogenea di disabilità che causa i tanti problemi sopra descritti, e hanno stabilito, anche alla luce dei risultati ottenuti, che la definizione dovrebbe permettere un confronto fra diverse tipologie di disabilità, essere sufficientemente flessibile per essere utilizzata in diverse applicazioni (per esempio clinica o statistica o nell'inserimento scolastico), essere in grado di descrivere tutte le tipologie di disabilità e riconoscere gli effetti dell'ambiente sulla disabilità (5). Il problema che sembra essere particolarmente importante nella pianificazione politica europea sulla disabilità non sembra essere, quindi, la presenza di differenti definizioni di disabilità, quanto la difficoltà di stabilire una definizione di disabilità che sia adatta allo scopo di unificare la programmazione politica all'interno del modello biopsicosociale dell'ICF.
Diversi fattori confermano che i trend di disabilità, anche in Europa, sono in continuo aumento, ed è quindi importante poter fare affidamento su una definizione che sia concettualmente valida, applicabile a tutte le persone ed in grado di descrivere l'esperienza di disabilità entro molte aree del funzionamento. Alla luce di queste considerazioni e della Classificazione ICF, la definizione di disabilità proposta dai ricercatori del progetto MHADIE, è la seguente: la disabilità è una difficoltà nel funzionamento a livello del corpo, della persona ed a livello della società, in uno o più domini di vita, così come viene vissuta da una persona con una condizione di salute in interazione con i fattori contestuali (6). La condizione di disabilità non appartiene a "gruppi", ma è connaturale alla condizione umana. La Convenzione ONU per i diritti e la dignità delle persone con disabilità coglie questo aspetto privilegiando, così come ICF, un approccio che enfatizza gli aspetti comuni piuttosto che le differenze, senza però negarne l'esistenza. I risultati prodotti nell'ambito del progetto MHADIE evidenziano, pur se con limiti e difficoltà, che tale approccio rende più facile il rispetto e l'adattamento alle cose che ci rendono diversi.

Riferimenti bibliografici

(1) World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva: World Health Organization; 2001.
(2) Definition of Disability in Europe: a Comparative Analysis - Study Prepared by Brunel University, European Commission, Directorate-General for Employment and Social Affairs, Unit E.4 (2002).
(3) Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions: Situation of the disabled people in the enlarged European Union. The European Disability Action Plan 2006-2007 (28/11/2005 – COM (2005) 604 final).
(4) MHADIE consortium. Policy Recommendation: draft for comments. June 30th 2007.
(5) Bickenbach JE, Chatterji S, Badley EM, Ustun TB. Models of disablement, universalism and the international classification of impairments, disabilities and handicaps. Social Science and Medicine 1999; 48: 1.173-87.
(6) Leonardi M, Bickenbach JE, Ustun TB, Kostanjsek N, Chatterji S, on behalf of the MHADIE Consortium. The definition of disability: what is in a name? Lancet 2006; 368: 1.219-21.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 204

Le disuguaglianze sociali nella salute percepita, nelle malattie croniche riferite e nella disabilità

Prof. Giuseppe Costa, Dott.ssa Francesca Vannoni, Dott.ssa Tania Landriscina, Dott.ssa Gabriella Sebastiani

Superata la soglia degli anni Duemila l'Italia è ancora attraversata da differenze in tutte le dimensioni di salute. L'ultima edizione dell'Indagine Multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" dell'Istat mette a disposizione le immagini più aggiornate di come si distribuiscono gli indicatori di salute in Italia (1) e documenta la persistenza di alcune differenze sia di tipo geografico, a sfavore soprattutto delle regioni del Centro e del Mezzogiorno, sia socio-economiche a sfavore delle posizioni sociali più svantaggiate.
Al diminuire del livello d'istruzione peggiorano le condizioni di salute, sia in termini di salute percepita, sia di morbosità cronica riferita (tabella 1). Le persone con al più la licenza elementare sono sistematicamente sfavorite in tutte le classi di età, con disuguaglianze più accentuate sul fronte della salute percepita rispetto alla morbosità cronica: la quota di coloro che dichiarano di stare male o molto male raddoppia e, prima dei 65 anni, addirittura triplica tra i meno istruiti rispetto a laureati e diplomati.
Gli indici di stato fisico e psicologico sono entrambi direttamente associati con il livello d'istruzione. All'aumentare dell'età si accentuano le disuguaglianze per l'indice di stato fisico.
Le disuguaglianze sono intense anche quando si guarda alla condizione nella professione (2). Le persone in cerca di nuova occupazione riferiscono un peggiore stato di salute percepita e maggiore morbosità cronica rispetto agli occupati. Tra gli uomini la quota di coloro che riferiscono di godere di buona salute percepita scende infatti dall'84,1% degli occupati al 72,1% delle persone in cerca di nuova occupazione; tra le donne si passa, rispettivamente, dall'80,9% al 75,8%. A quest'ultimo valore va accostato il 62,8% delle casalinghe, tenendo però conto che si tratta di quozienti non standardizzati per età. Inoltre i disoccupati soffrono maggiormente di morbosità cronica (il 13,5% degli uomini e il 12,7% delle donne in cerca di nuova occupazione riferiscono almeno due malattie croniche contro, rispettivamente, l'8,5% e il 19,7% degli occupati)[1].
In Italia, come nel resto dei paesi latini, le disuguaglianze sociali nella salute riferita sono d'intensità meno pronunciata rispetto al resto dell'Europa. Ciò riflette le minori disuguaglianze sociali di salute nella mortalità nell'Europa meridionale, grazie alla distribuzione sostanzialmente uniforme della dieta mediterranea. Quest'ultima esercita infatti un'azione protettiva che sottrae il rischio cardiovascolare al ruolo di principale interprete delle disuguaglianze nella salute (3). Anche per la disabilità si osserva una maggiore concentrazione tra le persone con basso titolo di studio (tabella 1) e meno abbienti (4) ("Giudizio delle risorse economiche delle famiglie con almeno una persona con disabilità", pagg. 194-195). Le difficoltà economiche impediscono alle persone con disabilità di usufruire degli aiuti necessari per l'accudimento, l'assistenza alla persona, la compagnia, l'accompagnamento o l'aiuto nello studio (oltre la metà di coloro che ne avrebbero avuto bisogno dichiarano di non averne usufruito per problemi economici), il che è tanto più grave se si considera che per oltre i due terzi dei casi si tratta di persone con un alto livello di disabilità. Queste ultime sono a maggiore rischio di esclusione sociale perché, oltre a riferire cattive condizioni economiche e ad esprimere bisogni non soddisfatti, hanno anche maggiori difficoltà a svolgere attività nel tempo libero. In generale, fra le persone di 15-67 anni con disabilità, i più istruiti godono di maggiori possibilità di partecipazione sociale e politica, di informarsi attraverso i quotidiani o di leggere libri, di usare il personal computer e di usufruire di intrattenimenti nel tempo libero, recandosi a spettacoli o manifestazioni culturali o sportive.
Infine, le persone disabili sono spesso costrette a fare i conti con i problemi di salute che condizionano lo svolgimento dell'attività lavorativa, al punto da limitare la possibilità di effettuare le loro mansioni, di scegliere un contratto di lavoro a tempo parziale o di cambiare lavoro.

Nelle persone anziane la disabilità rappresenta la dimensione di salute in cui emergono le disuguaglianze sociali più intense ed è anche quella in cui esistono delle azioni di prevenzione specifiche. In questa ottica, attraverso i dati dell'indagine Istat sullo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari 1999-2000, è stato possibile, pur con tutti i limiti imposti dalla natura dei dati di tipo trasversale, ricavare alcuni indizi sulle transizioni nella condizione di disabilità per controllare se e in che misura all'ingresso e permanenza nell'età anziana corrispondano esperienze diverse di salute e differenti sviluppi nel tempo in ragione delle caratteristiche socio-economiche (5). Più in particolare, è stata rilevata una maggiore velocità di transizione nella disabilità per le persone anziane meno istruite e per quelle che giudicano scarse o insufficienti le risorse economiche.

[1] Più in particolare, sia per il diabete sia per le malattie del cuore si registrano percentuali più elevate nel gruppo delle persone in cerca di nuova occupazione rispetto agli occupati.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:33 Pagina 205

Queste disuguaglianze sono in parte il risultato dell'esposizione pregressa a fattori di rischio e a stili di vita adottati parecchi anni addietro, vista la latenza che alcune malattie hanno prima di manifestarsi. In quanto tali, esse rimandano indietro alla responsabilità delle politiche di prevenzione da intraprendere in età adulta. D'altro canto, la maggiore velocità di transizione dalla condizione di predisabile a quella di disabile può essere un effetto diretto del basso livello di istruzione a causa del quale, per esempio, le persone ignorano i fattori di rischio in età anziana specifici della disabilità. Per esempio, potrebbero non sapere che l'attività fisica aiuta a prevenire la non autosufficienza, che è necessario tenere sotto controllo il peso corporeo e alcune importanti malattie croniche.

Inoltre la maggiore velocità di transizione dalla condizione di predisabile a quella di disabile per le persone socio-economicamente sfavorite è probabilmente anche un effetto diretto del basso reddito a cui sarebbero associate, per esempio, le difficoltà di accesso ad adeguati trattamenti ospedalieri e di riabilitazione in seguito a malattie acute che comportano il rischio di non autosufficienza, quali la frattura del femore, dell'ictus, dello scompenso cardiaco ecc. Aiuta a prevenire la disabilità anche l'aiuto quotidiano psicologico e materiale per le funzioni semplici della vita quotidiana mirato a promuovere un'attività fisica e sociale delle persone anziane, soprattutto di quelle in condizione fragile, cioè prossime alla perdita dell'autonomia funzionale.

Il fatto che certe menomazioni della vecchiaia possano essere sanate o recuperate attraverso interventi sociali fa capo al tema dell'alterabilità, e mette in luce come il processo di invecchiamento possa essere condizionato dalle politiche, posticipando l'inizio della non autosufficienza delle persone anziane attraverso interventi mirati ad allungare il più possibile il tempo della vita libera da disabilità.

Le disuguaglianze sociali di salute fra gli anziani segnalano la necessità che gli interventi siano indirizzati soprattutto verso la fascia di popolazione meno abbiente. È soprattutto in questo strato, infatti, che è possibile attingere ad un potenziale di salute, provato dal fatto che ci sono dei gruppi di popolazione che hanno dimostrato di stare meglio, probabilmente perchè dispongono di una rete di supporto amicale e famigliare e/o possiedono le risorse economiche necessarie per avere un'adeguata assistenza.

In quest'ottica appare particolarmente critico il basso grado di copertura dei servizi assistenziali (soprattutto, come si è visto nel Sud e nelle Isole, "Ricorso all'assistenza domiciliare sanitaria delle famiglie con almeno una persona co disabilità", pag.189) che dovrebbero accompagnare gli utenti nelle diverse fasi aiutandoli a mantenere il più a lungo possibile il massimo grado di autonomia, agendo in maniera sinergica e di supporto alla rete sociale, familiare ed amicale.

A fronte delle disuguaglianze geografiche e sociali di salute a svantaggio delle regioni meridionali e dei gruppi socio-economicamente sfavoriti, assume particolare rilevanza chiedersi, utilizzando i dati dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 2004-2005", quale sia il contributo indipendente di ognuna di queste dimensioni, geografiche e sociali, alle variazioni nel bisogno di salute nella popolazione (grafico 1) (6).

Com'è ovvio, l'invecchiamento è il principale determinante della morbosità. Una volta che si controllano per l'età tutti gli indicatori socio-demografici considerati hanno un effetto indipendente sulla morbosità, ma di direzione non sempre univoca e di dimensione differente. Tra le diverse dimensioni dello svantaggio sociale sembra che abbiano maggiore importanza sia quelle di istruzione, che nascono da lontano, nella famiglia di origine e nel modo con cui da giovani si sono costruite competenze e credenziali educative, sia quelle che rappresentano le risorse materiali ed economiche disponibili per far fronte ai casi della vita oggi.

Al contrario non restano significative differenze geografiche nella morbosità quando si considerano le disuguaglianze di tipo sociale. Nella precedente Indagine Multiscopo Istat sulla salute del 1999-2000 le differenze geografiche nella salute (misurate su una pluralità di indicatori semplici) erano decisamente a svantaggio delle regioni del Mezzogiorno, ed erano tutte spiegate dalle differenze sociali; in più rimaneva un ruolo importante del Mezzogiorno nel peggiorare l'impatto negativo sulla salute delle condizioni di svantaggio sociale (7).

Dunque l'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 2004-2005" lascia alle politiche di promozione della salute un lascito importante: le disuguaglianze sociali rimangono il principale determinante non biologico (come l'età) della morbosità. Occorre riesaminare il modo con cui queste disuguaglianze sociali influenzano la salute (grafico 1) per interrogarsi su quanto le politiche strutturali (economia, lavoro, welfare, solidarietà) che distribuiscono in modo diseguale opportunità e risorse agli individui e ai contesti, e su quanto le politiche mirate che agiscono sui fattori di rischio prossimali (Box "Guadagnare salute", pag. 65) sappiano concentrarsi sulle disuguaglianze sociali nella salute per prevenirle o per moderarne gli effetti. Nel nostro paese manca ancora un chiaro indirizzo di valutazione e contrasto di questi meccanismi di generazione delle disuguaglianze di salute.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 206

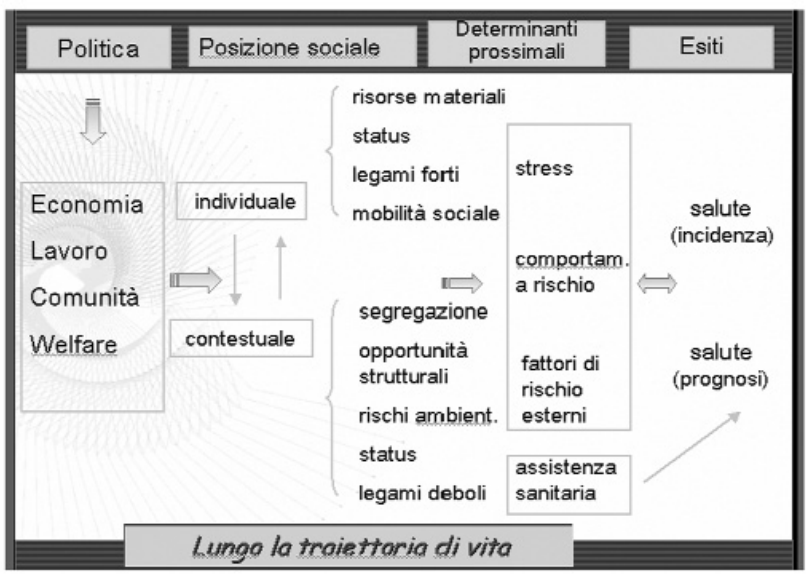
Tabella 1 – *Persone di 25 anni e oltre (per 100) secondo lo stato di salute dichiarato (male/molto male), l'indice di stato fisico e psicologico, le malattie croniche, la disabilità e l'indice di salute mentale secondo il titolo di studio e la classe di età - Anno 2005*

Classi di età	Titolo di studio	Salute percepita	Indice di stato fisico*	Indice di stato psicologico*	Persone con almeno 1 malattia cronica grave	Persone con almeno 3 malattie croniche	Persone con nessuna malattia cronica	Disabili	Indice di stato mentale*
25-44	Laurea e diploma	0,9	54,3	51,2	2,8	2,9	69,2	0,3	77,4
	Licenza scuola media inferiore	1,8	53,2	51,0	3,6	4,0	70,7	0,9	75,6
	Licenza elementare, nessun titolo	4,4	52,3	49,9	5,4	4,7	71,4	3,9	72,0
	Totale	**1,5**	**53,7**	**51,0**	**3,3**	**3,5**	**70,0**	**0,8**	**76,3**
45-64	Laurea e diploma	3,2	52,2	50,3	11,1	12,2	49,4	1,0	73,7
	Licenza scuola media inferiore	4,8	50,7	49,6	13,4	14,3	48,3	1,5	71,7
	Licenza elementare, nessun titolo	9,1	48,2	48,3	20,9	22,1	38,0	3,3	68,0
	Totale	**5,6**	**50,4**	**49,4**	**14,9**	**16,0**	**45,6**	**1,9**	**71,2**
65-74	Laurea e diploma	7,2	48,2	50,1	28,4	31,3	24,7	4,1	72,1
	Licenza scuola media inferiore	11,4	46,3	48,7	33,8	35,2	23,0	5,5	68,1
	Licenza elementare, nessun titolo	16,7	44,0	47,0	36,5	38,2	21,5	8,9	64,2
	Totale	**14,2**	**45,1**	**47,8**	**34,8**	**36,6**	**22,3**	**7,5**	**66,1**
75 e più	Laurea e diploma	17,6	42,3	48,3	45,9	40,7	19,4	20,6	66,3
	Licenza scuola media inferiore	24,7	39,0	45,6	49,6	49,2	12,1	29,3	60,1
	Licenza elementare, nessun titolo	29,7	37,5	44,7	50,4	49,8	12,0	34,2	57,7
	Totale	**27,7**	**38,2**	**45,2**	**49,9**	**48,8**	**12,7**	**32,0**	**58,9**
Totale	Laurea e diploma	2,5	52,9	50,8	8,2	8,6	58,9	1,4	75,6
	Licenza scuola media inferiore	5,0	50,9	50,0	12,2	12,8	55,4	3,1	72,7
	Licenza elementare, nessun titolo	16,7	44,3	47,0	32,5	33,2	28,6	13,7	64,3
	Totale	**7,7**	**49,6**	**49,4**	**17,0**	**17,5**	**48,5**	**5,7**	**71,1**

*Punteggi medi.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Sabbadini L.L., Gargiulo L., Sebastiani G., "Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari. Anno 2005", Istat, Nota per la stampa, Roma, 2 marzo 2007.

Grafico 1 - *Meccanismi di generazione delle disuguaglianze di salute*



Fonte dei dati: Marinacci C., Ferracin E., Chiazzo A., Vannoni F., Costa G. The impact of local policies on socioeconomic inequalities in health: an Italian case study. In Tackling Health Inequalities in Europe (EUROTHINE) Final Report, Erasmus MC, Rotterdam; 263-280.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 207

Riferimenti bibliografici

(1) Sabbadini L.L., Gargiulo L., Sebastiani G., "Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari. Anno 2005", Istat, Nota per la stampa, Roma, 2 marzo 2007.
(2) Sante Orsini (a cura di) La vita quotidiana nel 2005. Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana"Anno 2005. Roma, Istat, 2007.
(3) Mackenbach J. P., Stirbu I., Roskam A. J. et al., Socioeconomic inequalities in mortality and morbidity: a cross-European perspective in Tackling Health Inequalities in Europe (EUROTHINE) Final Report, Erasmus MC, Rotterdam; 24-48.
(4) Sebastiani G. L'integrazione sociale delle persone con disabilità. Istat, Statistiche in breve, Roma, 4 luglio 2005.
(5) Vannoni F., Costa G., Demaria M., "La fragilità nella salute dell'anziano". In: Sabbadini L., Costa G. (a cura di) Informazione statistica e politiche per la promozione della salute. Atti del Convegno Istat, Roma 10-12 settembre 2002. Roma, Istat, 2004.
(6) Costa G, Vannoni F, I determinanti del fabbisogno di salute e assistenza sanitaria in Italia nell'indagine Multiscopo Istat. Convegno Pianeta Sanità: i nuovi risultati dell'indagine Istat su condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Roma, 2 marzo 2007.
(7) Costa G,Marinacci C,Caiazzo A,Spadea T.Individual and contextual determinants of inequalities in health: the Italian case.Int J Health Serv 2003; 33: 635-667.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 208

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 209

Salute mentale e dipendenze

Da alcuni anni ormai l'Osservasalute dedica un capitolo alla salute mentale e dipendenze. Questo a fronte di evidenze oggettive che segnalano le problematiche trattate come prioritarie per la Sanità Pubblica.

La patologia mentale e le dipendenze sono infatti da un lato causa diretta della disabilità e mortalità che coinvolge spesso le fasce più deboli (giovani e anziani) della nostra popolazione, dall'altro indirettamente responsabili di un'esclusione sociale che alimenta le disuguaglianze, esse stesse importante fattore coinvolto nel web causale di salute e malattia.

Inoltre rappresentano patologie, seppur diversamente, altamente aggredibili, nel modificarne la storia naturale, dai servizi sanitari soprattutto territoriali, il cui ruolo è prioritario in termini di prevenzione (primaria, secondaria e terziaria riabilitativa).

Il capitolo presenta quattro indicatori 'core', due relativi alla patologia psichiatrica (ospedalizzazione e utilizzo di farmaci) e due relativi alla dipendenza (utenza Sert e mortalità per abuso di sostanze stupefacenti), alcuni box ed approfondimenti.

I dati relativi all'ospedalizzazione per disturbi psichiatrici sono stati riproposti anche in questa edizione per segnalarne il trend in diminuzione nella quasi totalità del territorio italiano.

Il consumo di farmaci antidepressivi e antipsicotici, nuovo indicatore, merita un'attenta e critica lettura: tale indicatore, oltre a rappresentare un ottimo tracciante del disagio legato alla patologia psichiatrica, ci segnala importanti differenze interregionali, da non sottovalutarsi in quanto non completamente attribuibili a differenti prevalenze di patologia ma, anche, ad una variabilità relativa all'accesso ai servizi ed alla risposta fornita dagli stessi.

Indicatore già proposto in altre edizioni dell'Osservasalute è "l'utenza Sert per sostanza primaria": si segnala, in tutte le regioni italiane, un aumento dell'utenza per problemi correlati all'uso di cocaina, problematica che merita oggi un'attenzione costante e la sempre maggior attività dei servizi verso questa tipologia di paziente.

L'ultimo indicatore 'core' analizzato si riferisce al tasso di mortalità direttamente correlato all'assunzione di sostanze stupefacenti. Abbiamo ritenuto importante riproporlo dal momento che necessita di una continua valutazione ed è direttamente correlato all'efficacia del SSN in termini di prevenzione soprattutto secondaria.

In questa Edizione 2007 il capitolo si arricchisce, come detto, di alcuni box e approfondimenti.

Riteniamo questo un segnale confortante rispetto alla mancanza di dati oggettivi, soprattutto relativamente all'ambito della patologia psichiatrica, che avevamo segnalato nelle Edizioni precedenti.

Lo studio PROGRES sulle strutture residenziali psichiatriche, promosso dall'Istituto Superiore di Sanità, ci fornisce un censimento regionale delle strutture e, per un campione di esse, un interessante quadro delle caratteristiche e delle modalità di gestione alla luce della tipologia degli ospiti.

Un approfondimento curato dai Colleghi dell'Ista stima la spesa ospedaliera dedicata al paziente psichiatrico sulla base dei dati forniti dalle SDO. L'interessante analisi segnala, da un lato, un probabile più appropriato utilizzo delle strutture ospedaliere rilevabile da una spesa in lieve crescita a fronte di una riduzione dei ricoveri, dall'altro ribadisce la necessità dell'attivazione di un flusso informativo stabile.

Relativamente alla dipendenza da sostanze sono presentati i primi dati desumibili dallo studio EUDAP (*European Drug Addiction Prevention Program*) che ha valutato l'efficacia di un programma basato sulle *lifeskills* e condotto tra gli scolari adolescenti di 7 Paesi Europei. I risultati, più che confortanti, sottolineano la necessità ma anche il dovere della Sanità Pubblica di lavorare sulla prevenzione primaria della dipendenza attraverso programmi di provata efficacia, peraltro già disponibili.

Un box è poi dedicato alla esperienza della regione Piemonte che ha istituito 10 anni orsono un Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze: si tratta, secondo noi, di una buona pratica da diffondere laddove possibile.

In sintesi riteniamo che questo capitolo rappresenti un successo della politica dell'Osservasalute che, negli anni precedenti, aveva più volte sottolineato la carenza di flussi informativi idonei ad una corretta analisi del fenomeno della salute mentale e delle tossicodipendenze.

Oltre agli indicatori 'core', sempre validi e utili, il capitolo si arricchisce infatti di molte esperienze, ancora campionarie, ma che ci auguriamo, per il prossimo futuro, diventino basi dati sanitarie universali almeno a livello regionale.

R. SILIQUINI

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 210

Ospedalizzazione per disturbi psichici

Significato. Il tasso grezzo di ospedalizzazione per disturbi psichici (includendo in questa definizione un'ampia gamma di disturbi tra cui le psicosi, le nevrosi, i disturbi della personalità ed altre patologie, anche correlate all'abuso di sostanze) viene calcolato dividendo il numero dei ricoveri complessivi (derivato dal database SDO) registrati in regime ordinario, ovvero del numero di dimissioni con diagnosi primaria di disturbo psichico (codici 290-319 della classificazione ICD-9-CM), per la popolazione residente nello stesso periodo di tempo considerato (un anno solare). Tale tasso è riferito alla regione di effettiva residenza, prescindendo dal luogo ove sia stato effettuato il ricovero, e viene espresso come numero di ricoveri per 10.000 abitanti.

Questo dato, oltre ad essere un indice indiretto del livello di salute mentale della popolazione, può essere considerato un indicatore dell'efficacia dei servizi territoriali nell'assistenza al paziente psichico, in termini di controllo e prevenzione degli episodi di acuzie.
Al fine di poter favorire la comparabilità dei tassi di ospedalizzazione di regioni diverse per struttura della popolazione, questi sono stati calcolati separatamente per uomini e donne e presentati sotto forma di tassi standardizzati per età, utilizzando come standard la distribuzione per età della popolazione media italiana al 2001. Il tasso è calcolato ad un livello di dettaglio regionale, in aggiunta alla valutazione del trend storico intra-regionale.

Tasso di dimissioni ospedaliere per disturbi psichici*

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Dimessi per disturbi psichici in diagnosi principale}}{\text{Popolazione media residente}} \times 10.000$$

*La formula del tasso standardizzato è riportata nel capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati".

Validità e limiti. Inevitabilmente, il tasso di ospedalizzazione per disturbi psichici rappresenta solo una stima approssimativa dello stato di salute mentale della popolazione, poiché esso non può tenere conto della prevalenza reale delle patologie psichiche. Sebbene vi sia sicuramente una correlazione, non è possibile stabilire con certezza, soprattutto considerando eventuali variabilità regionali, quale sia il rapporto tra l'utilizzo dell'ospedale e la frequenza di patologie, ovvero se ad un maggiore impiego dell'ospedale corrisponda una maggiore necessità della popolazione, piuttosto che una carenza dei servizi territoriali.
Un altro potenziale limite della rilevazione è costituito dal fatto che non è possibile distinguere, nell'ambito dei ricoveri rilevati, quelli che si riferiscono ad una stessa persona, ossia i ricoveri ripetuti.
Infine, come qualsiasi rilevazione, anche quella effettuata attraverso le SDO può essere affetta da errori ed incompletezze, che sono tuttavia oggetto di una forte azione di controllo, verifica, correzione e validazione a tutti i livelli operativi ed istituzionali coinvolti (presidi ospedalieri, case di cura, Aziende Sanitarie, regioni, Ministero della Salute): l'esito di tali sistemi di controllo è stato di ridurre significativamente gli errori presenti nelle schede.
In ogni caso, poiché non esistono registri di patologia psichica attivi su tutto il territorio nazionale, questo indicatore rappresenta il più valido tra gli indici di attività dei servizi territoriali disponibili. A conferma di ciò, si rileva come le regioni che presentano tassi elevati di ospedalizzazione siano le stesse che mostrano un numero di centri diurni territoriali inferiore alla media italiana.

Valore di riferimento/Benchmark. La tipologia dei sistemi che regolano il trattamento della patologia psichica varia tra i diversi paesi e non esiste ancora uno standard accettato, per cui è attualmente molto difficile effettuare confronti significativi. Tuttavia, in base alla normativa nazionale ed a quanto indicato in numerosi Progetti Obiettivo, il valore medio nazionale può essere indicato come valore standard di riferimento.

Descrizioni dei risultati

Come si può notare nella tabella 1, il tasso grezzo di dimissione ospedaliera per disturbi psichici sull'intero territorio nazionale è risultato pari a 52,4 per 10.000 abitanti nell'anno 2004 (ultimo anno per cui sono disponibili i dati). Rispetto al 2001, si registra quindi una riduzione di ricoveri pari al 4,1%.
Nella tabella 2 sono invece riportati i valori dei tassi standardizzati per età, stratificati per sesso e regione. Il tasso standardizzato medio nazionale, sia per gli uomini che per le donne, è sostanzialmente in linea con il tasso grezzo, mostrando un calo complessivo di circa il 4% per entrambi i sessi: 3,95% per le donne e 4,48% per gli uomini. Tale andamento può essere valutato in modo più chiaro nel grafico 1. Alcune regioni mostrano tassi di ospedalizzazione molto più

L. MANZOLI, G. ANGELI, A. SFERRAZZA

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 211

elevati rispetto alla media nazionale (in particolare l'Abruzzo, la Liguria, la Sicilia ed il Lazio). Al contrario, il Friuli-Venezia Giulia e l'Umbria presentano tassi standardizzati di ospedalizzazione significativamente più bassi rispetto alla media nazionale fino al 40%.
Un dato particolarmente elevato è quello riferito alla Provincia Autonoma di Bolzano, ove si registra un tasso standardizzato di dimissione ospedaliera per patologia psichica del 99,5 per 10.000 abitanti per le donne, e dell'85,6 per 10.000 abitanti per gli uomini.
La differenza nel tasso di ricoveri tra i sessi, a livello di tasso standardizzato medio nazionale, non sembra sostanziale: gli uomini continuano ad essere ricoverati con maggiore frequenza, tuttavia lo scarto con il sesso femminile continua a mantenersi minimo (53,1% per gli uomini; 51,0% per le donne).
L'esame dell'andamento temporale (grafico 1) evidenzia una generale riduzione del tasso standardizzato in tutte le regioni ed in entrambi i sessi, con alcune significative eccezioni: Abruzzo e Sardegna in modo particolare. Aumenti si sono registrati anche in Molise (in particolare tra le donne) e Lazio (sostanzialmente per gli uomini).
Infine, se si esamina il dato sulle macro-aree italiane, si nota come tutte le regioni del Nord (eccetto la Provincia Autonoma di Bolzano) abbiano ridotto il ricorso all'ospedalizzazione, al contrario di diverse regioni del Centro-Sud, dove tali ricoveri tendono ad aumentare.

Tabella 1 - *Tassi grezzi di dimissioni ospedaliere (per 10.000) per disturbi psichici e regione – Anni 2001, 2004*

Regioni	2001	2004
Piemonte	50,3	49,3
Valle d'Aosta	77,9	70,2
Lombardia	55,5	50,2
Bolzano-Bozen	*88,3*	*90,1*
Trento	*66,4*	*47,3*
Veneto	58,2	48,7
Friuli-Venezia Giulia	39,3	33,5
Liguria	83,8	78,5
Emilia-Romagna	59,5	50,3
Toscana	47,2	40,3
Umbria	41,7	34,8
Marche	57,8	46,7
Lazio	66,2	67,3
Abruzzo	85,1	90,8
Molise	71,9	73,2
Campania	41,8	40,3
Puglia	48,9	39,2
Basilicata	52,2	47,7
Calabria	56,7	52,0
Sicilia	68,5	69,8
Sardegna	46,4	52,4
Italia	**56,5**	**52,4**

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2007.

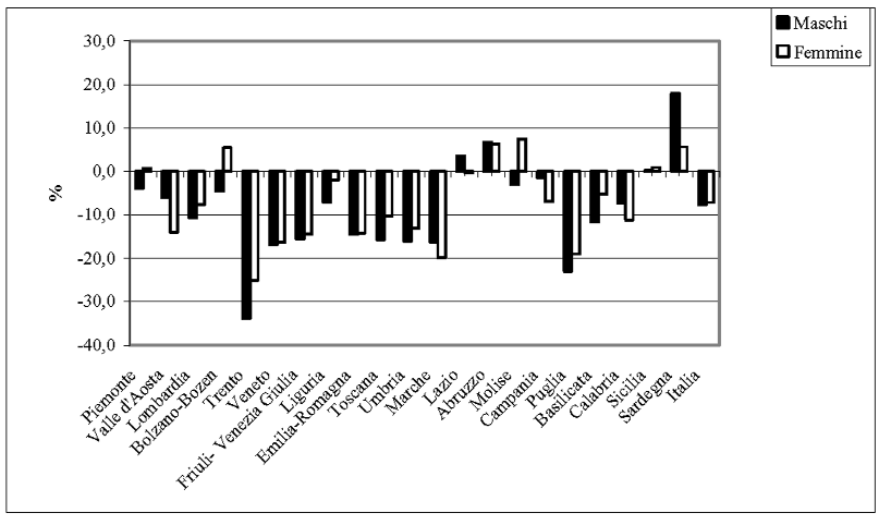
Tabella 2 - *Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 10.000) per disturbi psichici, per regione e sesso – Anni 2001, 2004*

Regioni	Maschi		Femmine	
	2001	2004	2001	2004
Piemonte	49,6	47,7	48,2	48,5
Valle d'Aosta	80,6	75,7	69,6	59,9
Lombardia	54,1	48,4	55,3	51,0
Bolzano-Bozen	*89,7*	*85,6*	*94,3*	*99,5*
Trento	*67,4*	*44,6*	*65,2*	*48,8*
Veneto	56,1	46,6	58,4	48,9
Friuli-Venezia Giulia	37,5	31,6	37,6	32,2
Liguria	81,4	75,6	79,9	78,3
Emilia-Romagna	54,2	46,3	58,9	50,6
Toscana	45,9	38,7	46,2	41,5
Umbria	40,9	34,3	40,3	35,0
Marche	60,8	50,9	53,2	42,6
Lazio	67,8	70,2	64,5	64,2
Abruzzo	88,1	94,1	81,6	86,7
Molise	63,3	61,4	76,1	81,8
Campania	66,9	65,9	36,7	34,2
Puglia	53,1	40,9	47,3	38,3
Basilicata	57,7	51,0	47,0	44,5
Calabria	61,6	57,1	55,3	49,1
Sicilia	75,4	75,5	65,4	66,0
Sardegna	47,3	55,8	45,9	48,5
Italia	**57,6**	**53,1**	**54,9**	**51,0**

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2007.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 212

Grafico 1 - *Variazione percentuale dei tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere per disturbi psichici – Anni 2001-2004*



Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2007.

Raccomandazioni di Osservasalute

Le ultime informazioni disponibili confermano una costante, ma lenta, tendenza al miglioramento del livello di salute mentale della popolazione, o perlomeno del sistema di assistenza ospedaliera per questo tipo di patologie. Appare confermato, quindi, che i cambiamenti sostanziali nell'ambito dell'organizzazione e gestione della salute mentale, ai sensi del Progetto Obiettivo "Tutela della Salute Mentale" (DPR 10 novembre 1999), con l'introduzione dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), dei centri di salute mentali, dei centri diurni ed altre articolazioni territoriali, abbiano raggiunto alcuni degli obiettivi prefissati. Sebbene diverse situazioni attuali, quali l'invecchiamento e la diffusione del consumo giovanile di sostanze stupefacenti, possano determinare una crescita futura di patologie psichiatriche, sembrano esservi ampi margini di miglioramento, soprattutto nelle regioni che hanno addirittura mostrato una crescita nei ricorsi all'ospedalizzazione. Ulteriori progressi potranno inoltre derivare dal completamento della fase d'implementazione delle strategie di controllo previste dal citato progetto obiettivo, sia mediante interventi specifici a favore dei soggetti a maggior rischio, sia mediante un miglioramento dell'integrazione tra i servizi sanitari e sociali interessati. Sicuramente, il potenziamento delle strutture territoriali, a discapito del ricorso all'ospedalizzazione, è un requisito indispensabile per garantire ai centri di salute mentale il controllo del paziente e la prevenzione degli episodi di acuzie, ovvero per accrescere l'efficacia clinica evitando i maggiori costi e disagi del ricovero ospedaliero. È inoltre obiettivo prioritario, come riportato nel Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, assicurare la presa in carico e la risposta ai bisogni delle persone affette da disturbi mentali mediante la realizzazione di progetti emancipativi, che ne ricostruiscano il tessuto affettivo, relazionale e sociale, evitando il ricorso all'ospedalizzazione e all'istituzionalizzazione, e favorendo la formulazione di un piano terapeutico-riabilitativo personalizzato.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 213

Consumo di farmaci antidepressivi ed antipsicotici

Significato. Si tratta di un indicatore di utilizzo che valuta indirettamente la frequenza di alcune patologie del sistema nervoso centrale. I dati sono espressi per regione e permettono un confronto interregionale, oltre al raffronto con il dato medio nazionale. È inoltre possibile una valutazione del trend temporale per il periodo 2000-2006.

Consumo in DDD (Defined Daily Doses)

$$\text{Numeratore} \quad \text{Consumo in DDD*} \quad \text{x } 1.000$$
$$\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione residente pesata**} \times 365$$

*Il calcolo del totale delle DDD utilizzate (per principio attivo e per categoria terapeutica) è il risultato della somma delle DDD contenute in tutte le confezioni prescritte.

**È stato utilizzato il sistema di pesi organizzato su 7 fasce di età predisposto dal Dipartimento della Programmazione del Ministero della Salute per la ripartizione della quota capitaria del Fondo Sanitario Nazionale ed utilizzato dall'Osservatorio sull'utilizzo dei Medicinali (OsMed).

Validità e limiti. La variabilità dei consumi farmaceutici è per buona parte attribuibile oltre che alle diverse modalità di prescrizione dei medici anche alle caratteristiche delle popolazioni confrontate, in primis età e sesso. I dati presentati tengono conto delle differenze regionali determinate da questi fattori attraverso un adeguato sistema di pesi.
Nel computo dei farmaci del Sistema Nervoso Centrale sono stati tenuti in considerazione solo antidepressivi e antipsicotici in quanto ipnotici, sedativi e similari non sono farmaci rimborsabili dal SSN e, di conseguenza, più difficilmente tracciabili e maggiormente soggetti a variazioni di utilizzo indotte da modificazioni del prezzo del farmaco stesso.
Purtuttavia il consumo di antidepressivi e antipsicotici, seppur limitato a determinate condizioni patologiche, rappresenta un ottimo tracciante del disagio legato alla patologia psichiatrica.

Valore di riferimento/Benchmark. Non definibile.

Descrizioni dei risultati

Relativamente ai farmaci antipsicotici (N05A), prevalentemente utilizzati per la terapia di schizofrenia e disturbi correlati, si assiste, a partire dal 2001, ad una parziale stabilizzazione.
Tale trend può essere spiegato dall'introduzione sul mercato, nei primi anni 2000, di una nuova categoria di antipsicotici definiti come atipici e caratterizzati da una minor frequenza di effetti collaterali. Tali farmaci, in grado di controllare maggiormente anche i sintomi negativi della schizofrenia (apatia, abulia, etc) e utilizzati anche per quadri non strettamente psicotici, hanno prima affiancato e successivamente sostituito i farmaci antipsicotici tipici.
Le differenze nelle frequenze di utilizzo osservate nell'intervallo temporale considerato, seppur non macroscopiche, sono da considerarsi rilevanti in quanto la gravità della patologia di riferimento presuppone una frequenza bassa e non altamente soggetta a sensibili variazioni in un breve lasso di tempo.
Le ampie differenze interregionali riscontrate sono difficilmente interpretabili: dosi giornaliere superiori alla media nazionale potrebbero esprimere maggiori bisogni di salute, ma anche essere attribuibili a modalità di trattamento più orientate all'utilizzo del farmaco rispetto a terapie integrate in conseguenza della particolare eterogeneità della rete psichiatrica sul territorio nazionale.
Inoltre, in particolar modo per l'eziopatogenesi dei disturbi psicotici, l'influenza delle variabili socio-economiche pare molto limitata e non sufficiente a spiegare le differenze interregionali riscontrate. Pur tuttavia è da evidenziarsi, per il 2006 soprattutto, un gradiente Nord-Sud che vede per alcune regioni del Centro-Sud valori quasi doppi rispetto alla media nazionale (Calabria, Lazio, Sardegna, Sicilia ed Abruzzo). Si segnala in particolare che il consumo di antipsicotici in Calabria (6,55 DDD/1.000 ab/die) è cinque volte più elevato di quello dell'Umbria (1,31 DDD/1.000 ab/die).
Appare inoltre rilevante osservare che mentre in alcune regioni (Liguria, Friuli-Venezia Giulia, Veneto, Toscana ed Umbria) si assiste, a partire dal 2001, ad un costante decremento dell'uso di questa classe di farmaci, in altre regioni (Lazio, Abruzzo, Calabria e Sicilia) si osserva invece un trend opposto. Nel Lazio in particolare il consumo di antipsicotici dal 2000 al 2006 è praticamente raddoppiato (da 3,31 a 6,01 DDD/1.000 ab/die).
Per quanto riguarda la categoria dei farmaci antidepressivi (N06A) si evidenzia un deciso trend in aumento dal 2000 al 2006 con DDD progressivamente crescenti (dato nazionale da 8 a 30). Tale crescita

R. SILIQUINI, P. FOLINO GALLO, L. MUSCOLO

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 214

sostanziale è attribuibile a molteplici fattori: da un lato un possibile aumentato disagio sociale, che rimane tuttavia difficilmente quantificabile, dall'altro alcuni oggettivi elementi di cambiamento.
Negli ultimi anni abbiamo assistito ad una riduzione della stigmatizzazione delle problematiche depressive e, di conseguenza, ad un accesso con minori limitazioni al supporto del Servizio Sanitario Nazionale. In tal senso, anche attraverso i numerosi stimoli provenienti dal Ministero della Salute, è aumentata l'attenzione del Medico di Medicina Generale nei confronti della patologia con conseguente miglioramento dell'accuratezza diagnostica e del corretto invio al medico specialista. Inoltre, negli anni, la classe farmacologica si è arricchita di nuovi principi attivi anche utilizzati (per i minori effetti collaterali) per il controllo di disturbi della sfera psichiatrica non strettamente depressivi (es. disturbi d'ansia).
Non è inoltre da sottovalutare l'utilizzo sempre più frequente di questi farmaci nella terapia di supporto di soggetti affetti da gravi patologie degenerative e in particolare di pazienti oncologici.
Tutte le regioni confermano il trend temporale in crescita evidenziato per il dato nazionale. I consumi più elevati si riscontrano soprattutto nelle regioni del Centro-Nord (in particolare Toscana, Liguria ed Emilia-Romagna) mentre nelle regioni del Sud il trend temporale in aumento risulta più contenuto e, per il 2006, si rilevano valori inferiori al dato nazionale (con l'eccezione della Sardegna). Tali differenze potrebbero essere parzialmente attribuibili a differenti stili di vita, a diverse condizioni climatiche o a un differente accesso del soggetto con problemi depressivi alle possibilità di diagnosi e cura offerte dal SSN.

Raccomandazioni di Osservasalute

Il consumo di farmaci antipsicotici e antidepressivi, misurato attraverso l'indicatore proposto, non è in grado di fornire una stima precisa della dimensione del problema di salute indagato. Infatti le quantità utilizzate possono dipendere da un lato dal numero di soggetti affetti da patologia, ma dall'altro anche dalla capacità di presa in carico del Sistema Sanitario Regionale e dalle diverse modalità di trattamento.
I dati dimostrano tuttavia ampie differenze regionali, superiori anche al 100%, sia per i farmaci antipsicotici sia per i farmaci antidepressivi.
In considerazione di tali differenze, del trend in aumento evidenziato a livello italiano di utilizzo di farmaci psicotropi, delle previsioni a livello mondiale sull'aumento della patologia psichiatrica e delle evidenze in letteratura sull'uso inappropriato di tali farmaci è più che mai opportuno attivare flussi informativi specifici in grado di censire e valutare la qualità ed i risultati delle cure ricevute dalla quota sempre più elevata di soggetti che accedono al Servizio Sanitario Nazionale per patologie a carico del sistema nervoso centrale.

Tabella 1 - *Consumo pesato (in DDD/1.000 ab/die) per età di farmaci antipsicotici (classe N05A) - Anni 2000-2006*

Regioni	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Piemonte	0,01	3,81	3,58	3,08	3,08	3,87	3,69
Valle d'Aosta	2,71	3,16	2,52	1,62	1,58	1,61	1,44
Lombardia	2,67	3,20	3,31	3,14	3,14	2,76	2,71
Trentino-Alto Adige	3,82	3,97	3,95	3,50	3,66	n.d.	n.d.
Bolzano-Bozen	*n.d.*	*n.d.*	*n.d.*	*n.d.*	*n.d.*	*4,85*	*2,79*
Trento	*n.d.*	*n.d.*	*n.d.*	*n.d.*	*n.d.*	*2,40*	*2,19*
Veneto	2,83	3,20	2,59	2,45	2,42	2,20	2,04
Friuli-Venezia Giulia	1,99	2,38	2,31	2,09	1,92	1,66	1,59
Liguria	3,14	3,69	3,68	3,31	3,06	2,22	2,02
Emila-Romagna	2,45	2,97	2,30	1,93	1,80	1,74	1,64
Toscana	3,59	3,67	3,19	2,52	2,42	2,33	2,25
Umbria	2,22	2,37	2,04	1,65	1,58	1,52	1,31
Marche	2,88	3,49	3,53	2,89	2,78	2,33	2,09
Lazio	3,31	4,20	4,56	5,11	5,58	5,87	6,01
Abruzzo	3,63	4,33	4,81	4,89	4,94	5,10	5,59
Molise	3,46	4,43	5,30	5,66	5,87	4,73	3,20
Campania	3,53	4,38	4,22	3,58	3,41	3,41	3,15
Puglia	3,77	4,71	5,09	5,46	5,66	5,86	4,37
Basilicata	3,87	4,39	4,81	4,66	3,10	2,86	2,82
Calabria	3,23	4,18	5,09	5,47	5,68	6,07	6,55
Sicilia	4,18	4,97	5,16	5,13	5,39	5,60	5,61
Sardegna	5,64	6,76	6,62	6,39	5,74	5,80	5,80
Italia	**3,28**	**3,88**	**3,87**	**3,67**	**3,67**	**3,66**	**3,49**

n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati e anno di riferimento: OsMed. Osservatorio sull'utilizzo dei medicinali. Anno 2007.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 215

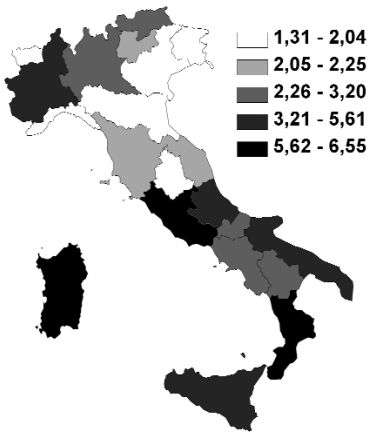
Tabella 2 - *Consumo pesato (in DDD/1000 ab/die) per età di farmaci antidepressivi (classe N06A) - Anni 2000-2006*

Regioni	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Piemonte	0,02	16,02	19,03	22,19	25,95	27,97	31,09
Valle d'Aosta	7,29	14,16	17,24	21,03	25,50	26,07	27,86
Lombardia	6,51	14,50	18,74	20,39	23,78	25,12	26,94
Trentino-Alto Adige	10,73	17,63	21,36	24,42	27,73	n.d.	n.d.
Bolzano-Bozen	*n.d.*	*n.d.*	*n.d.*	*n.d.*	*n.d.*	*33,80*	*36,12*
Trento	*n.d.*	*n.d.*	*n.d.*	*n.d.*	*n.d.*	*24,67*	*27,26*
Veneto	7,37	15,22	19,02	21,26	24,46	25,83	27,79
Friuli-Venezia Giulia	5,52	12,77	15,99	18,13	21,25	22,45	24,77
Liguria	11,84	23,94	28,15	32,35	36,95	39,52	42,31
Emilia-Romagna	7,48	18,31	24,19	27,26	31,43	32,84	35,26
Toscana	10,01	27,02	33,46	37,42	42,40	43,63	46,89
Umbria	8,14	16,93	20,55	23,62	27,16	28,98	32,62
Marche	6,95	16,49	21,00	23,48	26,85	28,89	31,16
Lazio	9,97	16,52	19,52	23,35	27,43	29,05	29,83
Abruzzo	8,19	15,75	19,10	21,41	24,96	26,52	30,24
Molise	7,43	11,60	14,54	16,71	20,48	20,97	24,48
Campania	8,23	12,53	15,26	17,33	20,39	22,00	23,97
Puglia	7,68	12,66	14,83	16,37	19,33	21,01	23,76
Basilicata	7,61	12,01	14,90	17,31	19,64	20,41	22,83
Calabria	8,30	15,34	16,32	18,82	21,22	23,84	26,71
Sicilia	7,44	14,23	17,16	19,43	23,28	24,82	27,18
Sardegna	11,23	19,97	22,70	28,46	31,66	33,75	36,30
Italia	**8,18**	**16,24**	**19,90**	**22,58**	**26,18**	**27,78**	**30,08**

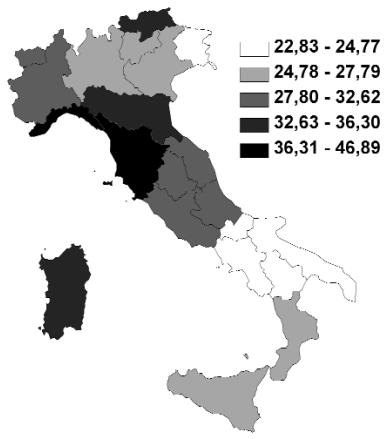
n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati e anno di riferimento: OsMed. Osservatorio sull'utilizzo dei medicinali. Anno 2007.

Consumo pesato (in DDD/1.000 ab/die) per età di farmaci antipsicotici (classe N05A). Anno 2006



Consumo pesato (in DDD/1.000 ab/die) per età di farmaci antidepressivi (classe N06A). Anno 2006



Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 216

Lo studio PROGRES sulle strutture residenziali psichiatriche

Prof. Angelo Picardi, Prof. Giovanni de Girolamo, Prof. Giovanni Santone, Prof. Pierluigi Morosini

Contesto

L'approvazione della "Legge 180", nel 1978, ha prodotto una modificazione radicale dello scenario dell'assistenza psichiatrica in Italia, con ampia risonanza anche all'estero (1). Uno degli aspetti più rilevanti del cambiamento creatosi con la riforma è rappresentato dalla creazione di una rete di Strutture Residenziali (SR) non ospedaliere su tutto il territorio nazionale, mirate ad assistere i pazienti con disturbi mentali caratterizzati da maggiori livelli di gravità clinica o di disabilità, secondo criteri ed obiettivi riabilitativi.
A fronte di questo importante cambiamento nello scenario assistenziale, per oltre venti anni sono state disponibili solo informazioni molto limitate sulle SR, sulla tipologia dei pazienti ivi ospitati, sui loro bisogni assistenziali e sulle modalità di trattamento erogate. Dunque, nel 1999 l'Istituto Superiore di Sanità ha promosso un PROGetto di ricerca sulle strutture RESidenziali denominato "PROGRES". L'obiettivo del progetto era anzitutto quello di effettuare un censimento ed una classificazione di tutte le SR, sia pubbliche che private, presenti sul territorio nazionale, e successivamente di valutare in maniera approfondita un ampio campione delle SR censite e dei pazienti in esse ospitati.

Metodi

Il progetto è stato articolato in due fasi. Nella prima, definita di censimento, dopo aver stabilito una intensa rete di contatti con gli Assessorati Regionali competenti, le ASL ed i Dipartimenti di Salute Mentale, è stata somministrata a tutti i responsabili delle SR con almeno 4 posti residenziali, una scheda apposita. Attraverso l'elaborazione dei risultati si è ottenuta una "fotografia" complessiva delle SR in Italia: sono state censite, alla data del 30 giugno 2000, 1.370 SR con 17.138 posti residenziali (2,9 posti per 10.000 abitanti), distribuiti in modo poco omogeneo sul territorio nazionale, con ingenti differenze tra le diverse regioni (2). Dettagli sui risultati del censimento sono riportati nella tabella 1.

Tabella 1 - *Numero di Strutture Residenziali (SR) con 4 o più posti, posti residenziali, numero medio e tassi di occupazione dei posti (per 100) - 30 giugno 2000*

Regioni	SR	Posti residenziali	Posti residenziali per 10.000	Posti residenziali per 10.000 > 14 anni	Numero medio per SR	Tasso di occupazione dei posti (%)
Piemonte	139	1.595	3,71	4,21	11,5	93
Valle d'Aosta	1	8	0,67	0,77	8,0	100
Lombardia	180	2.076	2,32	2,66	11,5	90
Bolzano-Bozen	*19*	*198*	*4,36*	*5,25*	*10,4*	*85*
Trento	*14*	*158*	*3,40*	*3,98*	*11,3*	*126*
Veneto	112	1.244	2,79	3,20	11,1	95
Friuli-Venezia Giulia	55	377	3,18	3,57	6,9	94
Liguria	38	780	4,73	5,26	20,5	95
Emilia-Romagna	105	1.248	3,17	3,55	11,9	92
Toscana	89	761	2,16	2,44	8,6	93
Umbria	41	382	4,60	5,26	9,3	88
Marche	25	322	2,22	2,56	12,9	88
Lazio	108	1.261	2,42	2,82	11,7	87
Abruzzo	64	883	6,93	8,17	13,8	97
Molise	14	203	6,14	7,28	14,5	99
Campania	60	897	1,55	1,94	15,0	95
Puglia	94	1.215	2,97	3,63	12,9	93
Basilicata	21	286	4,71	5,70	13,6	97
Calabria	41	704	3,39	4,17	17,2	118
Sicilia	116	2.125	4,17	5,13	18,3	88
Sardegna	34	415	2,50	2,96	12,2	89
Italia	**1.370**	**17.138**	**2,98**	**3,49**	**12,5**	**93**

Fonte dei dati: Dati finali della fase 1 dello studio PROGRES.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 217

Alla fase 2 hanno preso parte tutte le regioni italiane eccetto l'Abruzzo, a causa di difficoltà organizzative. In due regioni particolarmente estese (Sicilia e Lazio) non è stato possibile, per motivi organizzativi, valutare il previsto 20% delle SR, ed è stato quindi selezionato un campione minore, pari al 10% delle SR presenti. Al contrario in due regioni, Molise e Toscana, e nella Provincia Autonoma di Trento, la disponibilità di risorse locali aggiuntive ha reso possibile la valutazione di una frazione di SR superiore al 20%. In totale sono state quindi selezionate 265 SR, che hanno tutte accettato di partecipare allo studio, e che ospitavano 2.962 pazienti (mediana = 10; media = 11,4±7,9; range: 2-60).
La valutazione delle strutture è stata effettuata attraverso la somministrazione, al responsabile e/o ai membri dello staff, di una Scheda Struttura, contenente informazioni relative sia alle caratteristiche strutturali e logistiche, sia al processo assistenziale. Sono, inoltre, stati valutati individualmente tutti gli ospiti delle SR selezionate attraverso la compilazione di una Scheda Paziente, che conteneva un gran numero di item relativi alle caratteristiche sociodemografiche, cliniche ed assistenziali, nonché la *Health of Nation Outcome Scale* (HoNOS) (3) e la *Social and Occupational Functioning Assessment Scale* (SOFAS) (4). In alcune regioni è stata inoltre effettuata una valutazione standardizzata della qualità della vita mediante la versione a 29 *item* del questionario WHOQOL (5).

Risultati e Discussione

Vengono qui presentati i dati principali dello studio, rimandando il lettore interessato alle pubblicazioni internazionali per una descrizione dettagliata dei risultati (2, 6-11). La metà (50,4%) delle SR selezionate per la fase 2 hanno iniziato la propria attività dopo il 1996, in coincidenza quindi con il varo delle norme volte ad accelerare e completare la chiusura degli Ospedali Psichiatrici.
I dati di gestione sono risultati completi ed attendibili per 221 SR: di queste, 127 (57,5%) sono pubbliche, gestite direttamente dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN), mentre 94 (42,5%) appartengono al privato no-profit o imprenditoriale.
Le SR risultano ubicate nel 51,1% dei casi in zone urbane centrali e nel 35,8% in zone periferiche; solo il 13,1% delle strutture è situato in un'area rurale.
Il numero medio di residenti nelle SR selezionate è risultato pari a 10 (media 11,4±7,9). La dimensione rappresenta una variabile di particolare rilevanza, in quanto avere dimensioni ridotte è una caratteristica essenziale per ottenere, in queste strutture, un clima simil-domestico. I dati hanno infatti evidenziato una correlazione tra maggiori dimensioni ed alcuni indicatori di disfunzionalità nel comportamento degli ospiti. Le SR con maggiore capienza (>20 posti-letto) hanno presentato alcune differenze rispetto alle SR di minore capacità ricettiva (<20 posti-letto): una percentuale inferiore di dimissioni concordate (12,7% vs 32,3%; $p<0,05$), ed una percentuale maggiore di fughe di residenti (17,1% vs 5,5%; $p<0,01$) e di *drop-out* (14,5% vs 4,2%; $p<0,01$). Si tratta di differenze non attribuibili a differenti livelli di gravità degli ospiti, che non sono stati riscontrati nel confronto tra questi gruppi di strutture.
L'intensità assistenziale è risultata in genere elevata: infatti, la grande maggioranza (N = 198, 74,8%) delle SR ha una copertura assistenziale 24 ore su 24.
La dimensione media delle SR è risultata piuttosto variabile, compresa tra 70 e ben 20.285 m^2, con un valore mediano di 600 m^2. Comunque, il 30,6% (N = 74) delle SR ha superficie superiore a 1.000 m^2. Lo spazio interno medio (±SD) per residente è dunque pari a 36,4 (±38,7) m^2, a cui va sommato uno spazio esterno medio pari a 61,1 m^2, poiché la maggior parte delle SR (N = 210, 79,2%) è dotata di un giardino o un cortile.
La dotazione media di bagni per SR è risultata pari a 3,8 (±2,8), ossia un bagno ogni 2,5 ospiti. Una cucina è presente in quasi tutte le SR (N = 260), ma solo in 177 (66,8%) i pasti vengono preparati all'interno della struttura: i residenti preparano i pasti da soli in 12 SR (6,1%, tutte a copertura oraria parziale), mentre in altre 99 SR (50,3%) le attività di cucina vengono svolte insieme da residenti ed operatori e in altre 66 SR vengono gestite dai soli operatori. Le SR in cui i pasti non vengono preparati all'interno usufruiscono di appositi servizi di catering.
In oltre metà delle SR (N = 138, 52,1%) è stata segnalata la presenza di barriere architettoniche che possono rendere difficoltosi gli spostamenti di pazienti portatori di disabilità fisiche.
Solo in poche SR almeno un paziente è risultato disporre di una autovettura propria (13%); nel 34% delle SR almeno un paziente risultava invece possedere una bicicletta e nel 23% un ciclomotore. La grande maggioranza delle SR (85%) ha riferito comunque di disporre di un'automobile o un furgoncino per le esigenze di spostamento degli ospiti. Questi dati si integrano con altri a suggerire che nelle SR gli ospiti abbiano livelli di autonomia molto ridotti.
Molte SR hanno criteri di ammissione specifici: almeno 2/3 di esse escludono pazienti con disturbi acuti, e quasi ovunque si applica il criterio dell'esclusione per abuso primario di alcol o sostanze psicotrope.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 218

L'accessibilità alle SR appare buona: solamente un terzo di esse ha una lista di attesa, della durata media di 3 mesi. In quasi tre quarti delle SR non vi è un limite temporale definito per la durata della permanenza in SR. Lo staff delle SR ha un profilo variegato con diverse professionalità rappresentate in misura variabile. Nel complesso ogni SR dispone di un numero medio di 14 operatori che si alternano tra turni diurni e notturni, mentre il numero medio di ore settimanali lavorate è pari a 382,5, con un numero di operatori a tempo pieno (per 36 ore la settimana) pari a 10,6. Il rapporto tra personale a tempo pieno e ospiti è di 0,92, dunque potenzialmente adeguato a fornire trattamenti anche intensivi. In generale lo studio ha evidenziato che il personale che lavora nelle SR è in larga misura costituito da operatori a basso livello di qualificazione; risultano particolarmente carenti le figure professionali che dovrebbero garantire le massime competenze nel campo degli interventi psico-sociali: infatti il 44% e l'87% delle SR non sono risultate disporre rispettivamente di uno psicologo o tecnico della riabilitazione psichiatrica, nemmeno part-time. Inoltre, il 12,5% non presentava alcun psichiatra nel proprio organico né tra i propri consulenti regolari, mentre il 19% non includeva in organico alcun infermiere. Strumenti standardizzati di valutazione clinica e delle disabilità vengono impiegati solo in un terzo dei pazienti. Ciò avviene nonostante in queste strutture non vi sia una pressione temporale, come ad esempio nei reparti psichiatrici ospedalieri, che precluda un utilizzo di questi strumenti su ampia scala. Per quanto riguarda i trattamenti psico-sociali, nelle SR vengono svolte molteplici attività di tipo genericamente riabilitativo. I trattamenti farmacologici sono stati oggetto di analisi dettagliate alle quali si rimanda (8).

Tabella 2 - *Caratteristiche degli ospiti delle SR - Luglio 2000-Marzo 2001*

		N	%
SESSO	Maschi	1.873	63,2
	Femmine	1.089	36,8
CLASSI DI ETÁ	16-29	251	8,4
	30-39	570	19,2
	40-49	647	21,8
	50-64	1.015	34,3
	65+	479	16,2
STATO CIVILE	Mai coniugati	2.418	82,0
	Separati o divorziati	313	10,6
	Vedovi	86	2,9
	Coniugati o conviventi	131	4,4
SCOLARITÁ	Analfabeti	395	13,9
	Scuole elementari	1.023	35,9
	Scuole medie	986	34,6
	Scuole superiori	407	14,3
	Laurea	36	1,3
OCCUPAZIONE	Attualmente disoccupati	2.536	87,9
	Lavoro ordinario a tempo pieno o parziale	74	2,5
	Lavoro protetto	169	5,9
	Altro (casalinga, studente,ecc.)	107	3,7
MIGLIOR LIVELLO OCCUPAZIONALE RAGGIUNTO NELLA VITA	Mai lavorato (inclusi casalinghe e studenti)	1.113	39,8
	Lavoratori non specializzati	952	34,0
	Lavoratori specializzati	698	24,9
	Professionisti	35	1,3
ABITAZIONE PRECEDENTE ALL'INGRESSO IN SR	Casa propria	715	24,6
	Altra SR	692	23,8
	SPDC	411	14,2
	Ospedale Psichiatrico	849	29,3
	Ospedale Psichiatrico Giudiziario	50	1,7
	Altro (ad es. carcere, senzatetto, ospedale generale, ecc.)	185	6,4
DIAGNOSI PRIMARIA	Disturbi schizofrenici	2.001	68,2
	Disturbi bipolari	120	4,1
	Disturbi di personalità	250	8,5

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 219

Tabella 2 - (segue) *Caratteristiche degli ospiti delle SR - Luglio 2000-Marzo 2001*

		N	%
	Ritardo mentale e disturbi cerebrali organici (demenza inclusa)	382	13,1
	Abuso di sostanze o di alcool	24	0,8
	Altri disturbi (depressione unipolare, disturbi d'ansia, disturbi dell'alimentazione, altri disturbi psichiatrici)	155	6,7
PATTERN SINTOMATOLOGICO	Sintomi positivi persistenti	1.498	52,3
	Assenza di sintomi positivi nel corso degli ultimi 5 anni	942	32,9
	Sintomi negativi persistenti	1.300	44,4
	Assenza di sintomi negativi nel corso degli ultimi 5 anni	1.298	45,4
	Sintomi affettivi persistenti	844	29,5
	Assenza di sintomi affettivi nel corso degli ultimi 5 anni	1.597	55,8
DURATA DELLA MALATTIA	1-5 anni	214	7,2
	6-10	279	9,4
	11-15	333	11,2
	16+	2.136	72,1
ETÁ AL PRIMO CONTATTO CON I SERVIZI DI SALUTE MENTALE	<18	624	21,2
	18-29	1.643	55,7
	30-39	459	15,6
	40+	223	7,6
STORIA DI COMPORTAMENTI ANTISOCIALI	No	2.168	74,2
	Gravi atti di violenza contro le persone (incluse violenze sessuali)	610	20,9
	Comportamenti illegali senza violenza interpersonale	144	4,9
STORIA DI COMPORTAMENTI AUTOLESIVI	Nessuna	2.288	78,2
	Storia di comportamenti autolesivi	322	11,0
	Storia di gravi tentativi suicidiari	317	10,8
DISABILITÁ FISICHE MODERATE E GRAVI	Cardiovascolari	203	7,5
	Respiratorie	141	5,2
	Digestive	133	5,0
	Urogenitali	121	4,5
	Motorie	214	8,0
	Sistema nervoso centrale	160	5,9
	Endocrino-metaboliche	191	7,1
	Infettive (inclusa HIV+)	52	1,9

Fonte dei dati: Dati finali della fase 2 dello studio PROGRES.

La tabella 2 mostra le principali caratteristiche sociodemografiche e cliniche dei 2.962 pazienti ospitati nelle 265 SR selezionate per la fase II. Il punteggio totale (media e mediana) della HoNOS è risultato rispettivamente pari a 13,5 (±6,7) e 13, mentre la media e la mediana della SOFAS sono pari a 43,6 (±17,9) e 42. Alla SOFAS, il 48,3% dei pazienti presentava un punteggio <= 40, indice di un livello marcato di disabilità e menomazione del funzionamento psicosociale. La qualità della vita soggettivamente percepita è risultata comparabile negli ospiti delle SR e in pazienti con un simile livello di psicopatologia trattati ambulatorialmente (10).
Complessivamente gli ospiti delle SR italiane hanno un'età medio-alta, sono soprattutto di sesso maschile, hanno più spesso un disturbo schizofrenico esordito in età giovane-adulta, non sono mai stati sposati, non svolgono alcun lavoro e raramente hanno lavorato prima del loro ingresso nella SR e percepiscono in maggioranza una pensione di invalidità. Circa un quarto di questi pazienti ha una storia di comportamenti aggressivi o di comportamenti inappropriati dal punto di vista sessuale; tuttavia il tasso di comportamenti violenti durante la permanenza in struttura è basso e limitato ad una minoranza di pazienti. Si registra inoltre una bassa percentuale di abuso di sostanze o di alcol, ad eccezione del tabacco.
Nonostante l'elevato profilo di gravità, la grande maggioranza dei pazienti che risiedono in SR viene assistita nella struttura o comunque nella rete di SR, senza che si rendano necessari frequenti ricoveri in ospedale. Infatti, tra i pazienti che erano in SR da almeno 12 mesi (N = 2.167), solo 264 (12,2%) sono stati ricoverati almeno una volta in un SPDC nell'ultimo anno, e solo 62 (2,9%) hanno avuto un ricovero obbligatorio. I residenti non presentano in genere patologie fisiche di particolare rilievo, e in ogni caso i principali bisogni assi-

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 220

stenziali sanitari sembrano soddisfatti. Tuttavia, come comunemente riscontrato su popolazioni cliniche di pazienti psichiatrici gravi (12), il tasso standardizzato di mortalità, ottenuto confrontando il tasso di mortalità riscontrato fra i residenti con quello della popolazione generale, tenendo conto del sesso e dell'età, è risultato elevato e pari a 3,05 (95% IC: 2,41-3,84).
Un numero rilevante di ospiti (N = 1.319, 45,1%) non è coinvolto in alcuna regolare attività all'interno della SR e viene considerato del tutto inattivo, mentre 727 (24,9%) partecipano alle attività di pulizia e 452 (15%) alla preparazione dei pasti; alcuni residenti partecipano alla spesa per la struttura (N = 158, 5,4%), ad attività di giardinaggio (N = 127, 4,3%) o di lavanderia (N = 118, 4,0%).
Solo un quinto dei pazienti può fare affidamento su un sistema di supporto sociale non professionale (famiglia o amici) che appaia disponibile ed efficace.
Più di tre quarti dei pazienti sono risultati ospiti della stessa SR da più di un anno e il valore mediano del tempo trascorso nella struttura è stato di 1,94 anni (media 3,5±4,5).
A questo proposito, informazioni precise sono state ottenute circa le dimissioni dalle strutture: complessivamente 184 SR (69,7%) avevano dimesso almeno un paziente negli ultimi 12 mesi. Considerando le SR che, nell'anno precedente la rilevazione avevano dimesso almeno un paziente, la destinazione più frequente per questi ultimi era rappresentata da un'altra SR nel 35,6% delle strutture, mentre la famiglia o un'abitazione indipendente lo erano rispettivamente per il 23,3% ed il 17,8% delle SR. La destinazione prevalentemente verso la famiglia di origine è risultata più frequente nelle SR meridionali (37,3%) rispetto a quelle settentrionali (11,1%) e centrali (10,2%) ($p<0,001$).
Al responsabile di ogni SR è stato chiesto di giudicare l'adeguatezza della collocazione di ciascun paziente all'interno della SR: per il 74% degli ospiti tale collocazione è stata considerata appropriata. Solo per il 6% degli ospiti è stato previsto, nei 6 mesi successivi alla valutazione, un passaggio ad una condizione di vita indipendente, quale il ritorno in famiglia o presso una propria abitazione.
Nel complesso, dunque, nella grande maggioranza delle SR, si sono osservate scarsa rotazione e ricambio dei pazienti. Ciò evidenzia come le SR possano costituire, almeno per alcuni pazienti, un *setting* a lungo termine con primarie funzioni di supporto abitativo ed assistenziale, piuttosto che rappresentare primariamente dei centri attivi di riabilitazione con l'esplicito obiettivo di far sì che i pazienti raggiungano modalità di vita indipendenti. Il problema rappresentato dall'accumulo di nuovi pazienti cronici pur in assenza delle strutture manicomiali è noto da tempo, e simili bassi tassi di dimissione da programmi e strutture residenziali sono stati riscontrati in altre nazioni (13), e già Trieman e colleghi (14), nell'ambito dello studio TAPS inglese, avevano osservato che la maggior parte delle SR rappresentano delle "case per la vita" per i pazienti che vi sono inseriti. Invero, sebbene sia importante profondere tutti gli sforzi necessari per ottimizzare il trattamento rivolto ai pazienti gravi, non è realistico aspettarsi che molti di essi possano fare a meno di un supporto quotidiano fornito da operatori competenti in strutture apposite. Per alcuni pazienti, si comprende dunque come le SR rappresentino effettivamente delle "case per la vita". In quest'ottica, anche il basso ricambio degli ospiti in SR assume un significato diverso, in quanto la stabilità residenziale, ossia il fatto che un paziente si adatti al suo specifico contesto di vita e riesca a rimanervi in condizioni per lui soddisfacenti, suggerite anche dal riscontro di una discreta qualità della vita soggettivamente percepita, può spesso essere considerata un esito positivo dell'intervento residenziale, ben più di progetti irrealistici di una dimissione che, in molti casi, rischia di coincidere di fatto con l'abbandono del paziente.

Conclusioni

Il quadro generale che emerge da questo studio mostra che in Italia, dopo la chiusura degli Ospedali Psichiatrici, le SR assolvono oggi un ruolo fondamentale all'interno del sistema assistenziale in quanto ospitano, in larga maggioranza, quei pazienti con i maggiori livelli di psicopatologia e disabilità che, nel passato, affollavano gli ospedali psichiatrici. Un ruolo sempre più importante delle SR, particolarmente nell'attuale contesto sociale caratterizzato dalla diminuzione delle famiglie allargate, è suggerito anche da recenti dati che suggeriscono che, almeno in alcune regioni, il loro numero e il numero di posti residenziali sia in sensibile aumento (15). Considerato che le SR sono destinate a differenti popolazioni di pazienti con bisogni assistenziali differenziati, i dati raccolti nell'ambito del PROGRES costituiscono un punto di partenza su cui costruire una classificazione empirica delle SR, allo scopo di definire differenti ruoli, caratteristiche e modalità di gestione di queste strutture, che rappresentano una componente essenziale dell'offerta complessiva di servizi nell'area della salute mentale.
Il fatto che non vi sia alcun metodo semplice e condiviso per valutare in maniera affidabile il bisogno residenziale tra le popolazioni di pazienti psichiatrici gravi che afferiscono ai servizi, è una delle ragioni che sono all'origine della marcata variabilità osservata nel numero di posti residenziali tra regioni o aree diverse.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 221

Per risolvere questo problema, sarebbe utile adottare una prospettiva di "sistema" che consenta di mettere a punto un sistema ben coordinato ed efficiente, inteso a erogare soluzioni residenziali appropriate.
Inoltre la presenza di marcate differenze nella disponibilità di posti residenziali, anche tra regioni contigue (come Abruzzo e Campania), pur con tassi di prevalenza del tutto simili di pazienti con disturbi mentali gravi, dimostra come politiche regionali diverse conducano ad offerte enormemente differenziate delle stesse tipologie di strutture assistenziali. Inoltre l'ampiezza di tali differenze porta necessariamente a chiedersi quali di queste politiche così diversificate sia la più rispondente ai bisogni assistenziali sia di pazienti particolarmente "fragili", che delle loro famiglie, le cui esigenze non sono sempre state adeguatamente soddisfatte.
Saranno ora necessari nuovi studi, sia osservazionali che sperimentali condotti con metodologie innovative, per vedere cosa accade nel corso del tempo nello scenario delle SR che lo studio PROGRES ha per la prima volta documentato nella sua interezza, e per approntare modelli di intervento sempre più incisivi ed efficaci. Sarà anche molto importante capitalizzare su quanto già esistente e utilizzare pienamente i risultati dello studio PROGRES, seguendo il principio che l'informazione fornita dalla ricerca sui servizi sanitari dovrebbe orientare il miglioramento dei servizi stessi e la programmazione (16).

Riferimenti bibliografici

1) de Girolamo G., Cozza, M. The Italian psychiatric reform: a 20-year perspective. International Journal of Law and Psychiatry 2000; 23: 197-214.
2) de Girolamo G, Picardi A, Micciolo R, Falloon I, Fioritti A, Morosini P. for the Italian PROGRES study group. Residential care in Italy: a national survey of non-hospital facilities. Br J Psychiatry 2002; 181: 220-225.
3) Wing JK, Beevor AS, Curtis RH, Park BG, Hadden S, Burns A. Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS): research and development. Br J Psychiatry 1998; 172: 11-18.
4) Morosini PL, Magliano L, Brambilla L, Ugolini S, Pioli R. Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning. Acta Psychiatr Scand 2000 ; 101: 323-9.
5) de Girolamo G, Rucci P, Scocco P, Becchi A, Coppa F, D'Addario A, Daru E, De Leo D, Galassi L, Mangelli L, Marson C, Neri G, Soldani L. Quality of life assessment : validation of the Italian version of the WHOQOL-Bref. Epidemiol Psichiatr Soc 2000; 9: 45-55.
6) de Girolamo G, Picardi A, Santone G, Falloon I, Morosini P, Fioritti A, Micciolo R for the PROGRES Group. The severely mentally ill in residential facilities: a national survey in Italy. Psychological Medicine 2005; 35: 431-441.
7) Santone G, de Girolamo G, Falloon I, Fioritti A, Micciolo A, Picardi A, Zanalda E for the PROGRES Group. The process of care in residential facilities. A national survey in Italy. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2005; 40: 540-550.
8) Tomasi R, de Girolamo G, Santone G, Picardi A, Micciolo R, Semisa D, Fava S, for the PROGRES Group. The prescription of psychotropic drugs in residential facilities: A national survey in Italy. Acta Psychiatrica Scandinavica 2006; 113: 212-223.
9) Picardi A, de Girolamo G, Santone G, Falloon I, Fioritti A, Micciolo R, Morosini P, Zanalda E for the PROGRES Group. The environment and the staff of residential facilities: data from the Italian 'PROGRES' national survey. Community Mental Health Journal 2006; 42: 263-279.
10) Picardi A, Rucci P, de Girolamo G, Santone G, Borsetti G, Morosini P for the PROGRES group. The quality of life of the mentally ill living in residential facilities. Findings from a national survey in Italy. European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences 2006; 256: 372-381.
11) Amaddeo F, Grigoletti L, de Girolamo G, Picardi A, Santone G and the PROGRES Study Group. Which factors affect the costs of psychiatric residential care? Findings from the Italian PROGRES study. Acta Psychiatrica Scandinavica 2007; 115: 132-141.
12) Harris EC, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. British Journal of Psychiatry 1998; 173: 11-53.
13) Geller JL, Fisher WH. The linear continuum of transitional residences: debunking the myth. American Journal of Psychiatry 1993; 150: 1.070-1.076.
14) Trieman N, Hughes J, Leff J. The TAPS Project 42: the last to leave hospital–a profile of residual long-stay populations and plans for their resettlement. Acta Psychiatrica Scandinavica 1998; 98: 354-359.
15) Neri G, Pazzi L, Guzzetta F, Bignami R, Picardi A, de Girolamo G. How does the residential care system change? A longitudinal survey in a region of Italy. Manoscritto sottoposto per la pubblicazione.
16) Dash P, Gowrman N, Traynor M. Increasing the impact of health services research. British Medical Journal 2003; 327: 1.359-1.351.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 222

Spesa per l'ospedalizzazione di pazienti affetti da disturbi psichici

Dott.ssa Alessandra Battisti, Dott.ssa Alessandra Burgio, Dott.ssa Elena De Palma, Dott. Alessandro Solipaca

Contesto

Negli ultimi anni, i dati statistici di morbilità e mortalità indicano una crescente rilevanza sociale della patologia mentale, soprattutto fra la popolazione dei paesi industrializzati. Questo ha fatto sì che il tema della salute mentale sia stato di recente oggetto di una sempre maggiore attenzione sia a livello internazionale che nazionale e sia stato più volte richiamato all'interno dei programmi di *health policy*. In Italia la salute mentale ha sempre avuto un ruolo molto importante nelle politiche di Sanità Pubblica. L'approvazione di una Legge *ad hoc* nel 1978 (Legge-quadro n. 180) aveva riformato radicalmente l'impostazione dell'assistenza psichiatrica in Italia, collocando il nostro paese all'avanguardia nel superamento dell'istituzione manicomiale e nella sperimentazione di un modello di assistenza territoriale *community based*. Nello stesso anno la Legge che ha istituito il Servizio Sanitario Nazionale (Legge n. 833), sanciva il passaggio da un modello di assistenza "ospedalocentrico" a un modello radicato nel territorio. Fino ad allora, il problema della salute mentale era stato considerato, dal punto di vista legale, attinente innanzitutto alla sfera dell'ordine pubblico e come tale affrontato attraverso la "custodia" obbligatoria dei malati, ovvero con la loro segregazione dal contesto sociale. Le leggi di riforma del 1978 determinarono non soltanto una riorganizzazione dei servizi psichiatrici, ma una vera e propria svolta culturale favorendo l'affermazione di un approccio completamente diverso al problema della salute mentale, volto a privilegiare gli interventi di prevenzione, recupero e reinserimento sociale dei malati attraverso l'attivazione di una rete di servizi psichiatrici diffusi sul territorio. La loro attuazione, tuttavia, sia per la radicalità del cambiamento culturale che si promuoveva nell'approccio alla malattia mentale, sia per le difficoltà organizzative connesse con il passaggio dalla custodia manicomiale alla prevenzione e cura della malattia mentale sul territorio, ha conosciuto ritardi e resistenze di vario genere, e non è avvenuta in modo uniforme su tutto il territorio nazionale. Il Ministero della Salute, nell'ambito della realizzazione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario, sta studiando la fattibilità della costituzione di un sistema informativo nazionale specifico per il monitoraggio e la tutela della salute mentale. Tale sistema informativo conterrà sia informazioni sulle prestazioni, le strutture e il personale, sia informazioni sanitarie individuali. In attesa che tale sistema vada a regime, le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) rappresentano un importante pilastro informativo sul fenomeno della salute mentale. Esse consentono di studiare il trattamento dei problemi di salute mentale in regime di ricovero, la valutazione della spesa associata a tale trattamento e di effettuare analisi quantitative e qualitative sul fenomeno. Allo stato attuale, invece, le conoscenze statistiche sui servizi territoriali, residenziali e semiresidenziali sono ancora molto scarse. Pertanto il panorama informativo è insufficiente per una valutazione complessiva dei diversi livelli di assistenza che possono essere garantiti alle persone affette da disturbi psichici. Scopo del lavoro è stimare la spesa ospedaliera per il trattamento di pazienti affetti da disturbi psichici comparandola anche con il totale della spesa ospedaliera. L'analisi considera sia le differenze territoriali sia le diverse tipologie di ricovero.

Metodi

Il fenomeno dell'ospedalizzazione di pazienti affetti da disturbi psichici è descritto utilizzando le informazioni contenute nelle Schede di Dimissione Ospedaliera per gli anni 1999-2003. La selezione dei casi si basa sulla presenza nella diagnosi principale alla dimissione di uno qualsiasi dei codici appartenenti al gruppo dei disturbi psichici della classificazione ICD-9-CM. I dati relativi alla spesa ospedaliera per paziente non sono disponibili ma possono essere stimati in maniera indiretta utilizzando contemporaneamente il tariffario[1] relativo ai DRG (*Diagnosis Related Group*) e i dati ufficiali della spesa ospedaliera[2]. Una prima stima della spesa ospedaliera è stata ottenuta applicando ai ricoveri per acuti in regime ordinario e in Day Hospital le relative tariffe DRG (trasformate in euro). Tale stima successivamente è stata utilizzata per riproporzionare il dato ufficiale relativo alla spesa ospedaliera totale. In formule:

$$HC_{md} = HC_{tot} * EHC_{md} / EHC_{tot}$$

dove HC_{md} è la spesa ospedaliera per i pazienti affetti da disturbi psichici, HC_{tot} è il dato ufficiale di spesa ospedaliera totale, EHC_{md} e EHC_{tot} sono rispettivamente la spesa ospedaliera, stimata tramite le tariffe DRG, per i pazienti affetti dai disturbi psichici e per il totale dei ricoveri per acuti.

[1] Il tariffario utilizzato è quello relativo al D.M. 30.06.1997.

[2] La Contabilità Nazionale dell'Istat stima la spesa ospedaliera pubblica utilizzando i conti nazionali SEC95, comprendenti statistiche sulla spesa delle Amministrazioni pubbliche per funzione secondo la classificazione Cofog delle Nazioni Unite, e la spesa ospedaliera privata utilizzando i dati sui consumi delle famiglie classificati secondo la classificazione COICOP delle Nazioni Unite.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 223

La spesa stimata in questo modo, basata sulla diagnosi principale alla dimissione, fa riferimento esclusivamente a quella direttamente imputabile al trattamento di patologie di tipo mentale e non prende in alcun modo in considerazione quella relativa ad altre patologie che potrebbero essere comunque correlate con i disturbi psichici (casi in cui il disturbo psichico è riportato solo nelle diagnosi secondarie).

Risultati e Discussione

In Italia, i dati relativi al periodo 1999-2003 indicano annualmente circa 330-340 mila ricoveri attribuibili a pazienti con disturbi psichici distribuiti in quasi 1.200 ospedali. Rispetto ai 12,5 milioni di ricoveri complessivi questi rappresentano il 2,7% (tabella 1). Il trend delle dimissioni nel tempo presenta oscillazioni contenute sia in valore assoluto, che in rapporto alla popolazione residente: il tasso di dimissione ospedaliera passa da 600 per 100.000 residenti nel 1999 a 574 nel 2003. Eliminando l'effetto della struttura per età della popolazione (standardizzazione del tasso), la differenza tra inizio e fine periodo aumenta: il tasso passa da 605 nel 1999 a 570 nel 2003. I ricoveri avvengono quasi esclusivamente in ospedali del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Una quota inferiore allo 0,5% riguarda case di cura private non convenzionate con il SSN.

Tabella 1 – *Dimissioni ospedaliere (valori assoluti e percentuali, tassi grezzi e standardizzati per 100.000) dei pazienti affetti da disturbi psichici – Anni 1999-2003*

Anni	Dimissioni	Tassi grezzi	Tassi standardizzati	% sul totale
1999	342.093	599,97	605,34	2,75
2000	331.854	582,29	582,33	2,69
2001	343.845	602,96	603,72	2,73
2002	339.204	593,12	591,27	2,70
2003	330.787	573,66	570,46	2,66

Tabella 2 – *Spesa ospedaliera stimata (valore totale in milioni di €, medio e per 100) dei pazienti affetti da disturbi psichici – Anni 1999-2003*

Anni	Spesa totale (milioni in € correnti)	Spesa totale (milioni in € costanti)	Spesa media (€ correnti)	Spesa media (€ costanti)	% sul totale
1999	1.080	1.102	3.157	3.221	3,04
2000	1.078	1.078	3.248	3.248	2,77
2001	1.162	1.128	3.379	3.281	2,80
2002	1.215	1.142	3.583	3.366	2,78
2003	1.223	1.115	3.697	3.370	2,69

La spesa stimata dei ricoveri per disturbi psichici ammonta a circa 1.223 milioni di €, corrispondente a una media di quasi 3.700 € per ricovero (tabella 2). Il peso relativo rispetto alla spesa ospedaliera totale (che ammonta a 45.489 milioni di €) è pari al 2,7%. Rispetto al 1999 la spesa ospedaliera per disturbi psichici è aumentata del 13% circa. Tuttavia se la stima viene fatta a valori costanti (prendendo a riferimento il 2000), la spesa aumenta solo del 1,2%. La spesa media per ricovero subisce un incremento relativamente consistente a valori correnti (+17%, da 3.157 a 3.697) e più contenuto, ma comunque significativo, anche a valori costanti (+4,6%, da 3.221 € a 3.370).

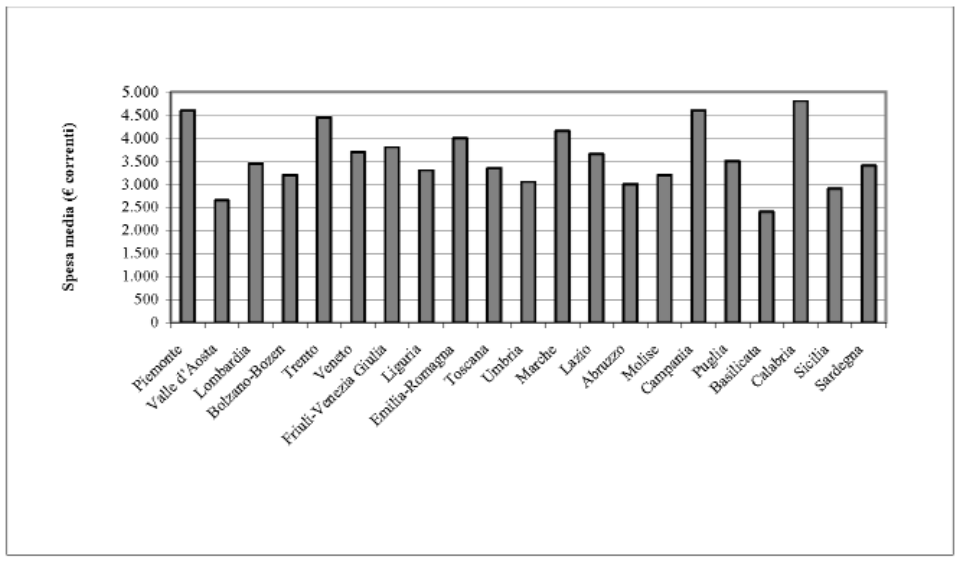
Il fenomeno dell'ospedalizzazione per disturbi psichici presenta una spiccata variabilità a livello regionale. Nel 2003, a fronte di un tasso di ospedalizzazione per 100.000 residenti pari a 574 per l'Italia, si registra un minimo di 367 in Friuli-Venezia Giulia, seguito da 388 in Umbria, e un massimo di 992 nella Provincia Autonoma di Bolzano. Altre regioni con tassi particolarmente elevati sono la Valle d'Aosta, la Liguria, il Lazio, l'Abruzzo e la Sicilia. La stessa variabilità territoriale si osserva anche se si conduce l'analisi sui tassi standardizzati invece che su quelli grezzi, eliminando quindi quelle differenze imputabili alla diversa struttura per età delle popolazioni regionali.

Per quanto riguarda la spesa media per ricovero la variabilità è più contenuta: rispetto ai 3.700 € a livello Italia, si spendono circa 2.500 € in Basilicata, 2.600 € in Valle d'Aosta, quasi 3.000 € in Sicilia. Una spesa compresa tra 4.500 e 5.000 € a ricovero viene invece sostenuta in Piemonte, Provincia Autonoma di Trento, Campania e Calabria (grafico 1).

Le differenze regionali sia in termini di dimissioni sia in termini di spesa potrebbero essere imputabili o ad una diversa organizzazione della presa in carico delle persone affette da disturbi psichici, privilegiando l'utilizzo di servizi alternativi all'ospedale, oppure alla diversa complessità della casistica trattata in regime di ricovero.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 224

Grafico 1 – *Spesa media (€ correnti) per l'ospedalizzazione di pazienti affetti da disturbi psichici per regione – Anno 2003*



Per quanto riguarda il trattamento dei pazienti, come per il complesso dei ricoveri, nel tempo vi è la tendenza alla diminuzione delle dimissioni in regime ordinario e all'aumento di quelle in regime di Day Hospital. Queste ultime, rispetto al totale delle dimissioni per disturbi psichici, passano dal 13% del 1999 al 20% del 2003 (quasi 70.000 casi). Le tariffe DRG stabilite dalla normativa italiana per l'attività di Day Hospital sono molto più basse di quelle relative all'attività in regime ordinario. Pertanto la valorizzazione economica dei ricoveri per disturbi psichici risulta per il 98% assorbita dai ricoveri in regime ordinario e solo per il 2% da quelli in Day Hospital (nel 1999 tale percentuale era pari a 1,2%). L'intensificazione del processo di trasferimento dei pazienti dal regime ordinario al Day Hospital potrebbe avere nel tempo effetti positivi significativi sul contenimento della spesa ospedaliera totale. Basti pensare che la spesa media di un ricovero in regime ordinario ammonta a circa 4.500 € a fronte di circa 350 € per un trattamento in Day Hospital. Un'altra importante caratterizzazione dell'ospedalizzazione per disturbi psichici riguarda la distinzione tra trattamenti per acuti, di lungodegenza e riabilitazione. I primi rappresentano il 92,2% del totale (circa 305.000), i secondi il 3,6% (quasi 12.000) e gli ultimi il 4,2% (quasi 14.000). Rispetto al 1999 è aumentato il peso relativo dei ricoveri di riabilitazione. In termini di spesa tali percentuali divengono 83,9%, 9,4%, 6,7%. È evidente quindi come i trattamenti di lungodegenza e riabilitazione siano mediamente più onerosi. La spesa media unitaria è infatti pari a circa 9.500 € per i primi e a quasi 6.000 € per i secondi, rispetto ai 3.400 € dei ricoveri per acuti. Riportando i dati ad € costanti (con base 2000) si osserva una tendenza all'aumento della spesa media dei ricoveri per acuti (da 2.800 € nel 1999 a 3.066 nel 2003) e di quelli di riabilitazione (da 4.575 € a 5.410), mentre si riduce la spesa media dei trattamenti in lungodegenza (da 10.781 € a 8.694).

Conclusioni

Il presente lavoro ha messo in evidenza che in Italia negli ultimi anni la spesa ospedaliera per i pazienti affetti da disturbi psichici è andata leggermente aumentando in termini reali. Considerando che sia il volume di ricoveri che i tassi di ospedalizzazione sono andati lievemente riducendosi, questo aumento è da attribuirsi ad un aumento del peso relativo dei ricoveri di riabilitazione, componente con una spesa media più elevata della media complessiva. Nel corso del lavoro è stato anche evidenziato l'aumento del ricorso al Day Hospital. L'impatto economico di questa tendenza, tuttavia, non è stato rilevante e non è stato sufficiente a indurre una riduzione della spesa per i disturbi psichici, sebbene la spesa media sia sensibilmente più bassa rispetto al ricovero ordinario. Una spesa media particolarmente elevata è stata riscontrata per l'attività di lungodegenza, che costituisce un'ulteriore componente su cui probabilmente si potrebbe agire favorendone la de-ospedalizzazione in strutture residenziali o semiresidenziali. In tal modo si perseguirebbe il duplice obiettivo di fornire a questi pazienti trattamenti maggiormente rispondenti ai loro bisogni insieme ad una compressione della spesa. In conclusione il decrescere della percentuale di ricoveri di lungodegenza da un lato ed il leggero incremento di alcune componenti delle dimissioni ospedaliere che hanno una spesa media più elevata, fa pensare ad un utilizzo più proprio delle strutture ospedaliere. In prospettiva, sarebbe interessante, conoscere in dettaglio l'offerta di servizi psichiatrici territoriali per poter analizzare gli effetti sulla spesa di eventuali politiche di de-ospedalizzazione dei ricoveri tendenzialmente inappropriati di pazienti affetti da disturbi psichici.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 225

Utenza Servizi per le Tossicodipendenze (Sert) per sostanza primaria

Significato. Si tratta di un indicatore di attività che valuta il ruolo giocato dal Servizio Pubblico nel trattamento delle dipendenze attraverso la numerosità dei soggetti in cura presso i Servizi per le Tossicodipendenze sulla popolazione totale. I dati più recenti (2005) sono espressi per regione e permettono un confronto interregionale, oltre al raffronto con i precedenti dati relativi al 2003. È inoltre possibile una valutazione del trend percentuale per tipologia di utenti nell'ultimo periodo disponibile (1991-2005).
La stratificazione per tipologia di sostanza primaria, definita come quella sostanza che ha causato i problemi a seguito dei quali il soggetto si è rivolto al Sert, permette anche di individuare eventuali modificazioni nel tempo del consumo delle varie sostanze e la capacità di attrazione dei servizi in relazione alle stesse.

Tasso utenti dei Sert

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Utenti Sert}}{\text{Popolazione media residente}} \times 10.000$$

Validità e limiti. I dati non rappresentano il numero effettivo dei tossicodipendenti presenti nel nostro paese ma solo quelli in trattamento. Infatti la prevalenza di tossicodipendenti è difficilmente stimabile se non con studi *ad hoc*, vista la particolare patologia caratterizzata da una grossa quota di casi sommersi e non dichiarati ufficialmente. Questo da un lato rappresenta un limite nella comparazione interregionale (che oltretutto soffre della mancata standardizzazione per età), dall'altro evidenzia la diversa attività dei servizi nell'affrontare le nuove e sempre più emergenti dipendenze.

Valore di riferimento/Benchmark. A fronte della mancanza di dati comparabili sulla prevalenza dei tossicodipendenti, sia a livello micro (regionale) che macro (nazionale/europeo), un vero e proprio benchmark non è individuabile. È comunque rilevabile dalle *survey* internazionali come il problema del consumo delle diverse sostanze sia equiparabile tra Europa e Italia, seppur senza la necessaria omogeneità nelle tipologie ed attività dei servizi.

Descrizioni dei risultati

Per quanto riguarda il tasso di utenza dei servizi per le tossicodipendenze, suddivisi per sostanza primaria (tabella 1), il confronto 2003-2005 mostra una sostanziale stabilità del dato riassuntivo nazionale: il tasso di utenza per tutte le sostanze si mantiene infatti intorno al 25 per 10.000 abitanti. Si assiste, tuttavia, per il 2005, ad una notevole variabilità interregionale laddove i tassi presentano un range tra il 13 della Provincia Autonoma di Bolzano al 35 dell'Umbria. Tale difformità interregionale è comunque in calo soprattutto per un aumento progressivo dei soggetti in carico in quelle regioni i cui servizi risultavano carenti nel passato più recente. La sostanza che mantiene, nella popolazione degli utenti, il primato nell'induzione della richiesta di trattamenti rimane l'eroina ma con un trend sia nazionale che regionale in netta riduzione. A livello nazionale si assiste, rispetto al 2003, ad una diminuzione degli utenti eroinomani; è da rilevarsi però un aumento della popolazione eroinomane afferente ai Sert in regioni prevalentemente del Centro-Sud (con l'eccezioni del Friuli-Venezia Giulia), regioni che, nella maggior parte dei casi, presentavano nel 2003 tassi di afferenza per questa sostanza decisamente sotto la media nazionale. Per quando riguarda le regioni del Nord solo Piemonte e Liguria mantengono valori al di sopra della media nazionale, comunque in calo rispetto a quelli del 2003.
L'afferenza ai Sert per consumo di cannabinoidi come sostanza primaria è, a livello nazionale, in leggero calo ma sostanzialmente stabile (2,4 per 10.000). Il dato si dimostra anch'esso molto variabile in una comparazione interregionale anche se risente del valore medio molto basso e quindi delle fluttuazioni casuali negli anni. La Liguria e la Puglia presentano i valori più alti, anche se in calo rispetto alla rilevazione precedente, mentre Molise, Marche e Sardegna vedono un aumento sensibile dell'utenza per cannabinoidi.
Dal 2003 al 2005 si assiste ad un trend in costante aumento per quanto riguarda i consumatori di cocaina afferenti ai servizi, a livello nazionale e in tutte le regioni italiane.
Il dato nazionale mostra un aumento della popolazione in trattamento per problemi legati al consumo di cocaina che sta assumendo, tenendo conto anche dei dati prodotti da *survey* nazionali ed europee, dimensioni sempre più preoccupanti: più di 3 abitanti ogni 10.000, sono in cura per dipendenza da cocaina. Dati superiori alla media nazionale sono presenti nelle regioni a più alta densità abitativa (Lombardia, Emilia-Romagna, Lazio e Campania); tra queste si evidenzia in particolare la Lombardia che presenta un tasso quasi doppio rispetto alla media nazionale, mentre anche molte regioni del Centro-Sud

R. SILIQUINI, S. CHIADO' PIAT

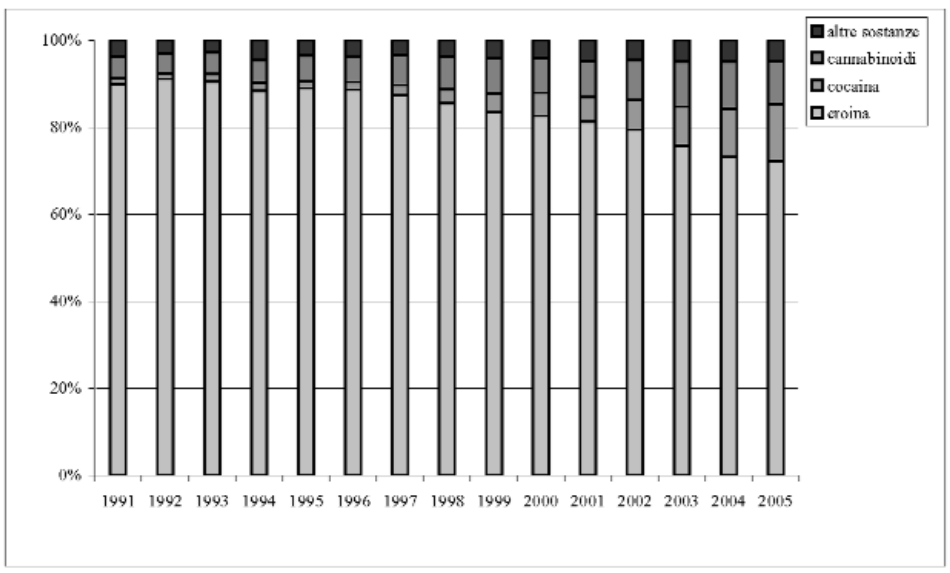
Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 226

Tabella 1 - *Tassi utenti dei Sert (per 10.000) per regione e tipo di sostanza primaria - Anni 2003, 2005*

Regioni	2003 Tutte le sostanze	2003 Eroina	2003 Cocaina	2003 Canna-binoidi	2003 Altre sostanze	2005 Tutte le sostanze	2005 Eroina	2005 Cocaina	2005 Canna-binoidi	2005 Altre sostanze
Piemonte	26,44	22,82	1,37	1,48	0,77	28,34	21,80	2,32	1,33	2,89
Valle d'Aosta	16,46	14,90	0,76	0,43	0,38	18,39	16,53	0,99	0,68	0,18
Lombardia	24,29	16,81	3,69	2,82	0,97	24,73	15,36	6,13	2,28	0,96
Bolzano-Bozen	*13,58*	*9,95*	*0,53*	*1,66*	*1,44*	*12,75*	*8,91*	*0,89*	*1,49*	*1,45*
Trento	*12,14*	*11,04*	*0,39*	*0,50*	*0,22*	*13,57*	*12,51*	*0,48*	*0,43*	*0,15*
Veneto	23,44	17,49	1,66	2,95	1,34	20,69	15,08	1,84	2,90	0,87
Friuli-Venezia Giulia	21,08	15,60	0,99	2,74	1,75	24,08	18,40	1,66	2,74	1,28
Liguria	40,85	30,31	3,15	5,88	1,51	34,32	25,98	3,23	4,43	0,69
Emila-Romagna	22,29	17,01	2,38	2,07	0,82	24,03	17,37	3,24	2,69	0,72
Toscana	29,95	23,30	2,01	3,20	1,44	25,29	19,07	2,66	3,01	0,56
Umbria	31,81	27,68	1,18	2,45	0,51	35,46	29,86	2,16	2,52	0,92
Marche	24,37	18,28	1,80	2,90	1,39	28,38	21,23	2,90	3,63	0,62
Lazio	27,50	22,09	3,11	1,71	0,61	25,00	19,00	3,62	1,85	0,52
Abruzzo	26,35	20,24	1,34	2,29	2,48	26,74	19,33	1,84	2,46	3,10
Molise	19,98	15,96	2,06	1,56	0,40	24,52	17,99	2,57	3,09	0,86
Campania	25,88	18,74	2,07	3,00	2,07	27,78	19,83	3,72	2,31	1,92
Puglia	27,78	19,67	2,28	4,42	1,42	25,74	18,15	2,83	3,76	1,00
Basilicata	15,19	13,58	0,50	1,00	0,11	18,23	15,24	1,22	1,49	0,27
Calabria	16,56	13,43	0,96	1,80	0,36	17,72	14,65	1,15	1,35	0,57
Sicilia	20,82	14,78	2,04	2,08	1,92	19,65	13,03	2,87	2,10	1,65
Sardegna	26,26	22,69	1,21	0,37	2,00	27,49	22,87	2,78	1,21	0,63
Italia	**24,99**	**18,97**	**2,22**	**2,57**	**1,22**	**24,73**	**17,88**	**3,26**	**2,40**	**1,19**

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. Rilevazione attività nel settore tossicodipendenze. Anni 2003, 2005.

Grafico 1 - *Distribuzione percentuale utenti dei Sert per sostanza d'abuso primario - Anni 1991-2005*



Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. Rilevazione attività nel settore tossicodipendenze. Anno 2005.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 227

(Campania, Puglia, Basilicata, Sardegna) vedono un rilevante aumento dell'utenza dipendente da cocaina.
Il dato relativo agli utenti Sert per 'altre sostanze' è, a livello nazionale, in lieve diminuzione, attestandosi intorno all'1 per 10.000. Anche in questo caso le fluttuazioni casuali non ci permettono una interpretazione a livello interregionale ma si evidenza il dato relativo alla regione Piemonte che è quadruplicato rispetto al 2003.
La distribuzione percentuale degli utenti Sert stratificati per sostanza d'abuso primario ci confermano, nel lungo periodo (grafico 1), le informazioni descritte dai tassi di utenza Sert sulla popolazione media residente. Il grafico, infatti, delinea chiaramente un trend temporale di maggior attrattività dei servizi verso le patologie derivate dal consumo di sostanze diverse dall'eroina. Fino al 2003 tale modificazione risulta sostenuta parallelamente da cocaina e cannabinoidi e successivamente essenzialmente dalla cocaina. Tale cambiamento è spiegabile attraverso lo *shift* verso queste sostanze (generalizzato a livello europeo) ed una verosimile maggior sensibilizzazione nei confronti dei danni a lungo termine provocati da sostanze caratterizzate da uno scarso impatto immediato sulla salute e sulla qualità della vita dei soggetti consumatori.
Bassa e pressoché costante negli ultimi 5 anni rimane la quota percentuale di utenti Sert consumatori di altre sostanze; gli alcolisti, malgrado l'alta prevalenza, continuano a non trovare in tali servizi la sede più idonea al loro trattamento in alcuni casi per la mancanza di percorsi dedicati in altri per l'attivazione, in diverse regioni, di servizi di alcologia diversamente integrati con strutture di tipo privato.

Raccomandazioni di Osservasalute

I dati presentati richiedono alcune raccomandazioni di lettura. Solo molto indirettamente possono essere assunti come stima del fenomeno in quanto non rappresentano una proporzione fissa di tutti i candidati utenti anche se altre stime, condotte attraverso più complessi studi 'cattura e ricattura', indicano come mediamente in Italia la percentuale di eroinomani in trattamento rappresenti più del 50% degli stessi.
Pur tuttavia, a fronte di una stimata riduzione della popolazione eroinomane in tutte le regioni per la variazione di abitudini dovuta allo *shift* dei più giovani verso altre sostanze ed altre modalità di consumo, è evidenziabile, dal 2003 al 2005 un aumento della popolazione utente per eroina nelle regioni in cui questo dato era particolarmente basso rispetto alla media nazionale: segno, seppur indiretto, di un maggior impegno negli ultimi anni di queste regioni nella messa in campo di risorse appropriate.
Poco si conosce, invece, rispetto alla quantificazione percentuale degli utenti dei servizi per altre sostanze rispetto alla popolazione complessiva dei soggetti dipendenti. In questi casi tale proporzione dipende, ancor più che per l'eroinomane, da fattori indipendenti, quali, appunto, la capacità di attrazione dei Sert e la percezione del fenomeno e dei servizi da parte della popolazione.
Le numerose stime di prevalenza del fenomeno che ci derivano da studi di sorveglianza nazionali e internazionali (1), tuttavia, sono in linea con l'andamento generale dei dati presentati: un aumento della tossicodipendenza da cocaina e dei problemi sociali e sanitari legati all'uso di altre sostanze di sintesi.
L'aumento complessivo degli utenti italiani per uso di cocaina è in linea con la tendenza mondiale e, come previsto nel Rapporto Osservasalute 2005, si sta proponendo negli anni per tutte le regioni italiane. La già citata crescente percentuale di utenti Sert per cocaina dimostra l'effettiva maggior attenzione dedicata al fenomeno cocaina nelle programmazioni regionali. Sembra auspicabile quindi il mantenimento e la continua implementazione, all'interno dei servizi, di *equipes* dedicate e di percorsi di diagnosi e trattamento paralleli a quelli specifici per l'eroinomane.

Riferimenti bibliografici

(1) EMCDDA, punti focali nazionali Reitox. Anno 2005.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 228

Osservatorio Epidemiologico Dipendenze della Regione Piemonte

Prof.ssa Roberta Siliquini, Prof. Fabrizio Faggiano

L'Osservatorio Epidemiologico Dipendenze della Regione Piemonte (www.oed.piemonte.it) nasce nel 1998 come unità specialistica della Rete Epidemiologica Regionale; collabora direttamente con i Servizi per le Dipendenze delle ASL e con l'Ufficio Dipendenze della Regione.
L'Osservatorio, coordinato nell'ambito di una convenzione con Università del Piemonte Orientale "A. Avogadro", è strumento di conoscenza e sorveglianza epidemiologica dell'evoluzione del fenomeno delle dipendenze patologiche, basato sulla scelta di coniugare la cultura operativa dei Servizi Territoriali con quella scientifica e metodologica dell'epidemiologia.
Il lavoro costante dell'Osservatorio dal 1998 ad oggi si propone di stimare la popolazione colpita e valutare le risposte dei servizi pubblici e del privato sociale attraverso l'analisi e descrizione:
- della dimensione e delle caratteristiche del fenomeno della dipendenza da sostanze psicoattive;
- dei suoi effetti sulla salute per quanto riguarda eventi acuti, cronici e mortalità;
- dei suoi effetti sociali;
- della tipologia e della frequenza degli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione attivati dai servizi pubblici e dal privato sociale.

L'attività dell'Osservatorio, che vede impegnati circa 15 collaboratori tra dipendenti, consulenti e borsisti, si è nel corso degli anni orientata da un lato verso la gestione routinaria del debito informativo relativo alla sorveglianza epidemiologica del fenomeno (tabella 1) dall'altro verso progetti di ricerca innovativi ed la promozione della diffusione di interventi efficaci.
Tra i progetti più rilevanti si sottolineano il coordinamento internazionale dello studio EU-DAP (Approfondimento "Primi risultati dello studio multicentrico europeo EU-DAP", pagg. 232-234), l'analisi e la diffusione dei dati dello studio VEdeTTE (valutazione di efficacia dei trattamenti in soggetti eroinomani in termini di ritenzione e mortalità) e la conduzione della fase di *follow-up* attivo per la valutazione dell'effetto sull'uso di sostanze e sugli esiti sociali (VEdeTTE 2).
L'Osservatorio si è poi posto, negli anni più recenti e in linea con le più emergenti problematiche di Sanità Pubblica, obiettivi più allargati rispetto all'attenzione verso la dipendenza da sostanze psicoattive illegali.
In particolare, per quanto riguarda l'alcol dipendenza, si sta progettando l'adeguamento del modello di sorveglianza alla complessità dell'offerta di cure al fine di coglierne con maggiore completezza la dimensione, identificando i percorsi assistenziali e le strutture e agenzie coinvolte, utilizzando a tale scopo sia gli archivi correnti (SerT, SDO) che rilevazioni *ad hoc*.
Relativamente alla dipendenza da fumo di tabacco l'Osservatorio contribuisce allo sviluppo di progetti regionali anti-fumo collaborando alla sperimentazione e diffusione degli interventi per le Aziende Libere dal Fumo e alla implementazione delle Linee Guida per la Cessazione del Fumo, recentemente pubblicate (www.oed.piemonte.it/pubblicazioni.htm).

Tabella 1 - *Attività routinarie dell'Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze - Piemonte*

Sorveglianza e monitoraggio	Gestione schede ministeriali relative agli utenti alcolisti
	Gestione schede ministeriali relative agli utenti tossicodipendenti
	Gestione schede attività delle strutture riabilitative
Comunicazione e diffusione	Bollettino annuale di descrizione del fenomeno dipendenza e degli interventi intrapresi per il suo contrasto
	Attività di sportelli rivolta a tutti gli interlocutori pubblici e privati
	Monografia annuale monotematica
Implementazione e gestione del sistema informativo delle dipendenze SPIDI (Sistema Piemontese Informatizzato Dipendenze)	Sviluppo e manutenzione dell'applicativo
	Formazione e supporto ai servizi per l'utilizzo
	Controllo e formazione alla qualità dei dati
	Valorizzazione epidemiologica attraverso la sperimentazione e la produzione di procedure di analisi del database e la produzione periodica di report
Supporto all'individuazione e allo sviluppo di pratiche di intervento rispondenti ai criteri di buona pratica	Percorsi di formazione all'efficacia
	Sviluppo e implementazione di Linee Guida basate sull'evidenza
	Elaborazione di percorsi di cura

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 229

Mortalità per abuso di stupefacenti

Significato. È noto che la diffusione ed il consumo di droghe illegali nella popolazione italiana sono strettamente correlati ad un aumento del rischio di mortalità. Infatti, l'overdose da oppiacei e/o da uso contemporaneo di sostanze in grado di deprimere i centri del respiro rappresenta una delle principali cause di morte nella popolazione tossicodipendente. Il tasso di mortalità per overdose tra 15 e 44 anni, oltre ad essere un indicatore epidemiologico per stimare la prevalenza e le conseguenze sulla salute del consumo di droghe, rappresenta anche un indice della capacità del servizio sanitario di intervenire su situazioni a rischio, attivando un'efficace prevenzione secondaria.

Tasso di mortalità per abuso di stupefacenti

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Morti per abuso di stupefacenti di età compresa tra 15 e 44 anni}}{\text{Popolazione media residente di età compresa tra 15 e 44 anni}} \quad \text{Denominatore} \times 100.000$$

Validità e limiti. Gli indicatori utilizzati dall'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze misurano l'uso di sostanze nella popolazione generale, l'uso problematico di sostanze, la domanda di trattamento, le patologie infettive e i decessi correlati. L'indicatore ivi riportato si riferisce esclusivamente al tasso di mortalità direttamente correlato all'assunzione di sostanze stupefacenti nella classe di età compresa tra i 15 ed i 44 anni, ovvero quella maggiormente coinvolta nel fenomeno del consumo di droghe. Vengono esclusi tutti i casi in cui i decessi non sono strettamente riconducibili all'assunzione di droghe, come pure le morti per incidenti stradali attribuibili alla guida sotto l'influsso di sostanze stupefacenti ed i decessi dovuti a complicanze o a malattie correlate all'assunzione di sostanze stupefacenti.
I dati analizzati vengono rilevati grazie alle attività sul territorio delle Forze di Polizia ed elaborati dalla Direzione Centrale per i Servizi Antidroga del Ministero dell'Interno. Pertanto, se da una parte questi dati hanno il vantaggio di rappresentare un quadro obiettivo di tutta la realtà italiana, dall'altra hanno il limite di non riuscire a considerare tutti quei casi per i quali non siano state allertate le stesse Forze di Polizia. È da precisare, tuttavia, che tali situazioni dovrebbero essere poco numerose, poiché i decessi per overdose vengono regolarmente trasmessi alle Forze dell'Ordine da parte del Pronto Soccorso, del 118 e dei servizi di Medicina Legale.
Un secondo limite è rappresentato dal fatto che nelle regioni a bassa densità di popolazione, anche una minima oscillazione annuale del numero dei decessi è in grado di modificare in modo sostanziale i tassi di mortalità per overdose.

Valore di riferimento/Benchmark. Il valore medio nazionale per l'anno 2006 (2,15 per 100.000) può essere indicato come valore standard di riferimento.

Descrizione dei risultati

Come si può evincere dalla tabella 1 e dal grafico 1, a livello nazionale, si evidenzia un decremento del tasso di mortalità dal 1996 al 2002; questo calo risulta particolarmente evidente tra il 1996 e il 1997 e tra il 2001 e il 2002. Dopo tale anno, tuttavia, il tasso rimane sostanzialmente costante, comunque inferiore al tasso di mortalità analizzato nel 1996. Tali dati mostrano un'evidente variabilità interregionale: tra il 1996 ed il 1997 i tassi di mortalità sono sicuramente più elevati nelle regioni del Nord (Valle d'Aosta, Piemonte, Liguria ed Emilia-Romagna) oltre al Lazio; in particolare la Liguria si discosta fortemente dalla media nazionale con un tasso quasi triplo rispetto a questa.
Nei successivi anni la maggior parte delle regioni segue il trend nazionale, con una progressiva diminuzione della variabilità interregionale e con un dato che, oggi, risulta più omogeneo sul territorio nazionale (con le significative eccezioni di Umbria e, in parte, delle Marche).
Nell'anno 2006, le regioni che mostrano i tassi di mortalità più elevati sono quelle del Centro: Umbria (7,17) e Lazio (4,85).
Valori particolarmente bassi si riscontrano, invece, in alcune regioni del Sud (Calabria, Puglia e Sicilia) e in Valle d'Aosta.

L. MANZOLI, S. CHIADO' PIAT, G. ANGELI

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 230

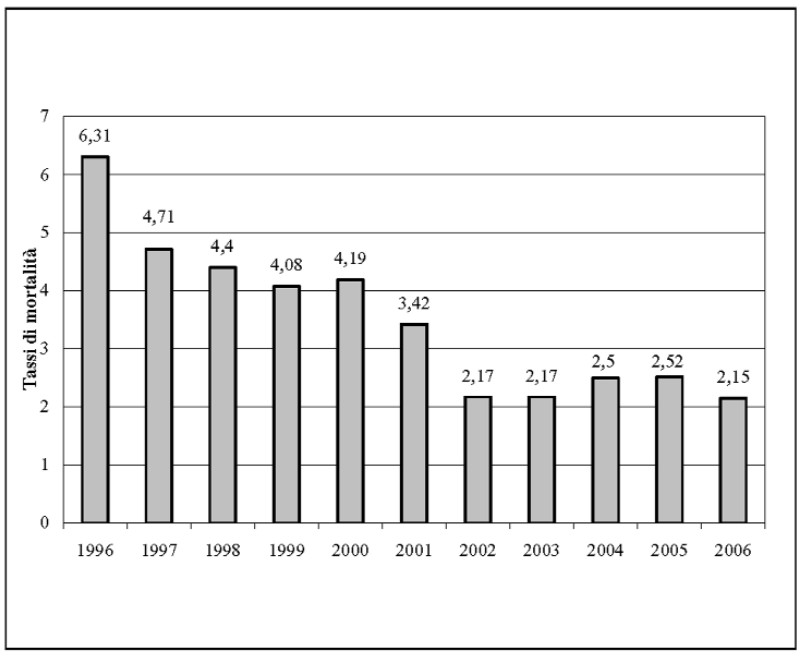
Tabella 1 - *Tassi di mortalità (per 100.000) per abuso di stupefacenti nella classe di età 15-44 anni per regione - Anni 1996-2006*

Regioni	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Piemonte	9,13	6,75	6,47	6,53	6,01	3,39	2,71	2,73	2,90	2,39	1,98
Valle d'Aosta	9,78	11,80	3,94	5,94	4,00	2,01	0,00	2,02	2,01	2,01	0,00
Lombardia	7,03	4,60	4,86	3,68	3,78	2,83	1,18	1,14	1,30	1,06	1,03
Trentino-Alto Adige*	4,45	3,71	6,44	6,69	3,97	3,23	1,99	0,74	1,73	1,72	0,98
Veneto	5,29	4,69	4,61	4,78	4,64	4,92	1,24	1,82	1,39	2,46	1,44
Friuli-Venezia Giulia	3,71	4,58	3,77	5,27	3,60	3,61	2,14	2,58	1,93	1,94	1,52
Liguria	17,99	10,09	10,57	7,71	6,13	5,87	2,46	2,49	3,38	3,19	4,03
Emilia-Romagna	9,73	8,43	7,25	6,12	6,31	4,10	1,64	2,34	2,38	2,09	2,76
Toscana	5,72	4,97	4,93	3,09	3,83	3,20	1,75	1,54	2,68	1,59	2,23
Umbria	6,76	4,31	8,02	5,25	7,74	6,82	6,52	6,19	4,56	7,52	7,17
Marche	4,39	3,55	2,37	3,05	3,73	3,22	1,86	2,03	2,34	3,67	3,50
Lazio	9,63	6,97	5,87	6,24	5,99	5,90	6,27	4,41	5,14	5,88	4,85
Abruzzo	3,93	3,57	3,20	3,02	3,41	3,43	1,92	0,96	2,09	2,08	1,89
Molise	1,45	0,00	3,68	2,23	0,75	1,51	2,28	1,53	3,81	2,30	1,55
Campania	5,41	4,10	3,07	3,93	5,15	3,06	3,28	4,02	4,90	4,51	3,21
Puglia	4,28	3,16	2,13	1,87	2,50	2,25	0,73	0,97	0,68	0,74	0,96
Basilicata	1,85	1,11	1,49	1,51	1,90	1,54	1,16	0,78	0,79	1,59	2,81
Calabria	2,70	1,84	1,31	1,54	2,56	2,37	1,14	1,61	0,92	1,50	0,94
Sicilia	2,31	1,59	1,64	1,24	1,20	1,35	0,79	0,94	1,13	1,22	0,76
Sardegna	5,01	3,62	3,65	4,08	3,06	3,37	2,04	2,20	4,55	2,92	1,82
Italia	**6,31**	**4,71**	**4,40**	**4,08**	**4,19**	**3,42**	**2,17**	**2,17**	**2,50**	**2,52**	**2,15**

*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero dell'Interno. Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (Dati provenienti dall'attività sul territorio delle Forze di Polizia). Anno 2006.

Grafico 1 - *Tassi di mortalità (per 100.000) per abuso di stupefacenti nella classe di età 15-44 anni - Anni 1996-2006*



Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero dell'Interno. Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (Dati provenienti dall'attività sul territorio delle Forze di Polizia). Anno 2006.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 231

Raccomandazioni di Osservasalute

Dalla Relazione annuale 2006 dell'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze si può riscontrare, a livello europeo, un trend diverso rispetto all'Italia, pur variando l'andamento dei decessi da paese a paese. Tra il 1990-2000, si è evidenziata la tendenza complessiva al rialzo, mentre dal 2000 molti paesi segnalano una riduzione del numero di morti per overdose. Bisogna sottolineare che solo 10 paesi hanno fornito informazioni per il 2003, da cui si ricava una riduzione dei morti per overdose del 5% (pari a solo un terzo del calo osservato nel 2002); si può ipotizzare che i fattori responsabili del declino dei decessi registrati negli anni appena precedenti siano venuti meno nel 2003. Questo fenomeno potrebbe rappresentare un rischio reale di un'interruzione di questo nuovo trend positivo. Tale situazione è sostanzialmente in linea con i dati relativi all'Italia dal 2003 ad oggi. Rispetto all'Europa la diminuzione del tasso di mortalità in Italia è già in atto dal 1996 ed è strettamente legato ad una serie di motivazioni: dalla riduzione dell'assunzione di droga per via parenterale tra i consumatori di oppiacei, alla diminuzione dei consumatori di oppiacei con uno spostamento verso il consumo di droghe assunte per altre vie diverse da quella parenterale (che ne riduce il rischio di overdose), all'aumento di attività di assistenza primaria e di servizi a bassa soglia come integrazione nei confronti dei servizi di disintossicazione (in modo particolare la terapia sostitutiva che ha diminuito la pratica di somministrazione di droga per via parenterale), all'applicazione di severe leggi antidroga che prevedono l'arresto di consumatori di droghe cosiddette leggere. Purtroppo, questo andamento si è interrotto dal 2002 ed i motivi possono essere in parte attribuibili ad un calo nell'attività istituzionale di prevenzione e controllo. Infatti dal 2002 al 2004 si è verificato una riduzione del numero dei nuovi utenti Sert, con un conseguente incremento dei consumatori non protetti dai servizi e quindi più soggetti ad un abuso di droghe.

Al fine di fronteggiare quella che potrebbe diventare una pericolosa inversione di tendenza, sulla scorta dell'obiettivo politico dell'UE nel 2000-2004 di una sostanziale riduzione dei decessi correlati all'utilizzo di droga, la raccomandazione è quella di inserire tale obiettivo nel documento di strategia nazionale come già fatto da diversi Stati dell'UE a 15 (Germania, Grecia, Spagna, Irlanda, Lussemburgo, Portogallo, Finlandia e Regno Unito), e da alcuni dei nuovi Stati membri (Cipro, Lettonia, Lituania e Polonia), con lo scopo di garantire una maggior attenzione da parte delle istituzioni e di pianificare una serie di interventi efficaci di prevenzione primaria e secondaria.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 232

Primi risultati dello studio multicentrico europeo EU-DAP (*European Drug Addiction Prevention Program*)

Prof.ssa Roberta Siliquini, Dott.ssa Federica Vigna Taglianti, Prof. Fabrizio Faggiano

Introduzione

EU-DAP (*European Drug Addction Prevention Trial*) è il primo *cluster randomized trial* condotto in Europa per valutare l'efficacia degli interventi scolastici di prevenzione primaria dell'uso/abuso di sostanze negli adolescenti. Lo studio, finanziato dalla Comunità Europea, ha coinvolto 7 paesi e 9 centri per un totale di 7.079 studenti tra i 12 e i 14 anni (www.eudap.net).

I primi studi di valutazione di programmi preventivi dell'uso di sostanze erano basati sull'assunto che gli adolescenti fossero influenzati nella loro attitudine verso l'uso di sostanze da informazioni relative alla loro pericolosità: di fatto numerosi esempi di letteratura hanno dimostrato la debolezza di questo approccio e orientato i ricercatori verso il 'social influence model'.

Di fatto le più recenti ricerche hanno riconosciuto come l'utilizzo di sostanze sia per gli adolescenti parte integrante di uno stile di vita: ciò implica che l'influenza sociale sull'utilizzo di alcol, tabacco e altre droghe assuma un aspetto rilevante. I nuovi approcci preventivi utilizzano programmi che mettono al centro il comportamento e rafforzano attitudini e abilità a resistere alle pressioni verso l'utilizzo di sostanze. Obiettivo di questo approccio è quello di equipaggiare gli adolescenti con abilità specifiche per resistere alle influenze sociali, che tuttavia, possono e devono essere riconosciute e utilizzate come positive nel momento in cui divengano risorsa utile (*lifeskills programs*).

I metodi interattivi utilizzati da questi programmi sono focalizzati all'aumento delle competenze utili ad integrare relazioni ed a creare una forte rete sociale.

La maggior parte dei programmi e dei relativi studi di valutazione di efficacia è stata tuttavia condotta negli Stati Uniti e, prima dello studio EU-DAP, nessun programma è stato specificatamente sviluppato per il contesto europeo che presenta caratteristiche sociali e culturali peculiari.

Obiettivo dello studio EU-DAP è stato quello di valutare l'efficacia di un programma di prevenzione *school-based* che si propone di:

- ridurre la sperimentazione di sostanze;
- ritardare la transizione da un uso sperimentale alla dipendenza.

Metodi

Lo studio EU-DAP è stato disegnato come un *cluster trial* randomizzato e controllato (Faggiano 2007) ed è stato condotto tra il settembre 2004 e il maggio 2006 nei 7 paesi partecipanti (Italia, Grecia, Svezia, Belgio, Germania, Spagna, Austria). Un secondo finanziamento della Comunità Europea, attualmente in corso, è orientato ad una valutazione a lungo termine dei risultati ed all'implementazione del programma su larga scala.

Il programma di prevenzione (denominato "Unplugged"), sviluppato *ad hoc* sulla base delle migliori esperienze internazionali, è stato somministrato a classi randomizzate (sulla base di una precedente stratificazione per classe sociale) di studenti di 12-14 anni. Prima dell'inizio del programma, e 3 mesi dopo la fine di esso, gli studenti hanno compilato un questionario rigorosamente anonimo (Galanti 2007) per la rilevazione delle abitudini di uso, e di altre variabili di interesse. L'efficacia del programma nel ridurre gli usi al *post-test* è stata valutata con un modello di regressione Multi Level che tiene conto del disegno dello studio con campionamento a *cluster*, e delle differenze nell'uso rilevate al *baseline* tra i centri e i diversi bracci di intervento.

Il programma consta di 12 unità di 50 minuti circa (tabella 1). Le unità, condotte nella classe durante le normali ore di lezione da un insegnante appositamente formato durante un training di 2 giornate e mezzo - sono molto interattive e constano di una introduzione, un'attività principale e una chiusura, spesso inframmezzate da esercizi cosiddetti 'energizzanti'.

Il programma è suddiviso in 3 componenti:

1. informazioni e attitudini;
2. abilità interpersonali;
3. abilità intrapersonali.

Le 3 categorie non sono in ordine dal momento che il programma è ideato per dare priorità alle dinamiche di gruppo ed all'interattività che mano a mano si sviluppa nel corso dello svolgimento del programma.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 233

Tabella 1 - *Overview delle 12 unità del programma Unplugged*

Unità	Titolo	Obiettivi	Focus
1	Opening UNPLUGGED	*Introduzione al programma, definizione delle regole, riflessione sulle proprie conoscenze sulle droghe*	*Info*
2	To be or not to be in a group	*Chiarimenti sulle influenze sulle attese del gruppo*	*Intra*
3	Alcohol	*Informazioni sui diversi fattori che influenzano l'utilizzo di sostanze*	*Info*
4	Reality check	*Valutazione critica delle informazioni, riflessioni sulle differenze tra opinioni e dati*	*Intra*
5	Smoking the cigarette drug	*Informazioni sugli effetti del fumo di sigaretta: differenziazione tra gli effetti a breve e lungo termine attesi e reali*	*Info*
6	Express yourself	*Adeguata comunicazione delle emozioni, distinzione tra comunicazione verbale e non verbale*	*Inter*
7	Get up, stand up	*Sviluppare positività e rispetto per gli altri*	*Intra*
8	Party tiger	*Riconoscimento delle qualità positive, accettazione di feed-back positivi, entrare in contatto con gli altri*	*Intra*
9	Drugs – get informed	*Informazioni sugli effetti positivi e negativi delle droghe*	*Info*
10	Coping competences	*Espressione di sentimenti negativi, gestire la debolezza*	*Inter*
11	Problem solving and decision making	*Soluzione di problemi, pensiero creativo e self control*	*Inter*
12	Goal setting and closure	*Distinzione tra obiettivi a breve e lungo termine, feedback sul programma e i suoi processi*	*Inter*

Risultati

Al *post-test*, effettuato a distanza di 3 mesi dalla fine del programma e a 8 mesi circa dal *pre-test*, gli studenti appartenenti alle scuole di intervento, rispetto agli studenti delle scuole di controllo e tenendo conto dell'uso dichiarato al pre-test, hanno mostrato una riduzione del 30% della probabilità di fumare quotidianamente (OR = 0.70, 95% IC: 0.52-0.94), del 31% di avere frequenti intossicazioni da alcol (OR = 0.69, 95% IC: 0.48-0.99) e del 23% di fare uso di cannabis (OR = 0.77, 95% IC: 0.60-1.00) (tabella 2). L'efficacia del programma è maggiore per i ragazzi rispetto alle ragazze, e non ci sono differenze significative tra i 3 bracci di intervento (dati non mostrati): aggiungere sessioni in cui partecipano i genitori o coinvolgere i pari non sembra aumentare l'efficacia del programma (Vigna-Taglianti 2006).

Tabella 2 - *Odds Ratios aggiustati di Prevalenza (APORs) di uso negli ultimi 30 giorni, tutti gli interventi vs i controlli*

Variabile di uso negli ultimi 30 giorni	Controlli n/N	Interventi n/N	APOR (95% IC)
Aver fumato sigarette almeno una volta	605/2.968	496/2.979	0,88 (0,71-1,08)
Aver fumato almeno 6 sigarette (fumatori regolari)	387/2.968	297/2.979	0,86 (0,67-1,10)
Aver fumato più di 20 sigarette (fumatori quotidiani)	277/2.968	193/2.979	0,70 (0,52-0,94)
Essersi ubriacato almeno una volta	353/3.054	253/3.083	0,72 (0,58-0,90)
Essersi ubriacato almeno 3 volte	120/3.054	76/3.083	0,69 (0,48-0,99)
Aver fumato cannabis almeno una volta	225/3.130	152/3.150	0,77 (0,60-1,00)
Aver fumato cannabis almeno 3 volte	137/3.130	88/3.150	0,76 (0,53-1,09)
Aver assunto droghe* almeno una volta	293/3.156	222/3.185	0,89 (0,69-1,15)

*Tutte le droghe, esclusi tabacco e alcol.

Conclusioni

Lo studio EU-DAP ha dimostrato una significativa efficacia del programma di prevenzione Unplugged basato sul 'social influence model' nel ritardare la transizione da un uso sperimentale di sostanze a comportamenti continuativi.

Ulteriori *follow-up* in via di analisi sembrano confermare questi risultati anche ad un anno dalla somministrazione del programma.

Lo *European Monitoring Centre on Drug Dependence and Alcohol* (EMCDDA) ha sottolineato l'importanza dello studio e in più occasioni stimolato la diffusione del programma su scala europea.

A tal fine il gruppo di lavoro, nuovamente finanziato dalla Comunità Europea per la disseminazione dell'intervento sta revisionando il manuale, anche sulla base delle indicazioni fornite dagli insegnanti che hanno partecipato al *trial*, e programmando la sua disseminazione, sostenuta da organismi nazionali e internazionali, in numerosi paesi.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 234

Riferimenti bibliografici

(1) www.eudap.net.
(2) School-Based Drug Education: a guide for practioners and the wider community. School-Based Drug Education: a guide for practioners and the wider community. United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention; 2003.
(3) Tobler NS, Roona MR, Ochshorn P, Marshall DG, Streke AV, Stackpole KM. School-Based Adolescent Drug Prevention Programs: 1998 Meta-Analysis. J Prim Prev 2000; 20 (4): 275-335.
(4) Cuijpers P (2002a). Effective ingredients of school-based drug prevention programmes. A systematic review. Addictive Behaviors 27: 1.009-1.023.
(5) Cuijpers P (2002b). Peer-led and adult-led school drug prevention: a meta-analytic comparison. Drug Education 32: 107-119.
(6) Cuijpers P (2003). Three decades of drug prevention research. Drugs: Education Prevention Policy 10: 7-20.
(7) Tobler NS, Roona MR, Ochshorn P, Marshall DG, Streke AV, Stackpole KM. School-Based Adolescent Drug Prevention Programs: 1998 Meta-Analysis. J Prim Prev 2000; 20 (4): 275-335.
(8) Velleman R, Mistral W, Sanderling L. Taking the message home: involving parents in drug prevention. Bath: University of Bath; 2000: 117, pp 67-96.
(9) Dusenbury L, Falco M (1995). Eleven Components of Effective Drug Abuse Prevention Curricula. Journal of School Health, 65 (10), 420-425.
(10) Vigna-Taglianti F, Vitale L, Vadrucci S, Bighiani S, Calcagno D, Di Modugno D, Cuomo GL, Zumino B, Fabiani L, Panella M, Siliquini R, Faggiano F (2006). Un programma scolastico per la prevenzione dell'uso di tabacco, alcol e droghe in Europa: primi risultati dello studio EU-Dap (European Drug Addiction Prevention trial). Dal fare al Dire, 3: 13-20.
(11) Faggiano F, Richardson C, Bohrn K, Galanti MR, the EU-Dap Study Group (2007). A cluster rabndomized controlled trial of school-based prevention of tobacco, alcohol and drug use: the EU-Dap design and study population. Prev Med, 44: 170-173.
(12) Galanti MR, Siliquini R, Cuomo L, Melero JC, Panella M, Faggiano F, the EU-Dap Study Group (2007). Testing anonymous link procedures for follow-up of adolescents in a school-based trial: the EU-Dap pilot study. Prev Med, 44: 174-177.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 235

Salute materno-infantile

L'Organizzazione Mondiale della Sanità sottolinea in molti documenti che la salute materno-infantile è un tema di enorme importanza sanitaria e richiede investimenti, progetti, energie e impegno. In linea con queste indicazioni il Ministro della Salute nel suo discorso a un convegno dei febbraio 2007 ha affermato che "*L'area materno-infantile deve essere prioritaria nell'agenda politica perché strategica in riferimento al benessere della popolazione*" e l'8 marzo 2007 ha presentato a Napoli un piano di azioni per la promozione e la tutela della salute delle donne e dei bambini.

Negli ultimi 40 anni si sono verificati in Italia, come in molti paesi a economia avanzata, notevoli cambiamenti nell'area della salute riproduttiva. Gli indicatori scelti nei Rapporti Osservasalute sono tra quelli principalmente utilizzati a livello internazionale e che permettono un monitoraggio dei fenomeni. Oltre a tali indicatori nel volume relativo al 2007 sono stati aggiunti molti approfondimenti di tipo metodologico per dare ulteriori informazioni sui fenomeni legati alla salute materno-infantile.

Per quanto riguarda l'assistenza alla nascita, la proporzione di tagli cesarei effettuati permette di fare confronti a livello internazionale, all'interno del paese e tra sottogruppi di popolazione. Quest'anno l'indicatore è stato esaminato rispetto all'età della donna. L'analisi indica un aumento per tutte le classi di età, in particolare per le donne sopra i 44 anni, con grandi variabilità regionali. Gli approfondimenti confermano questa variabilità, anche per tipo di struttura (più cesarei nelle strutture private). Inoltre viene presentata un'analisi approfondita dei limiti e potenzialità delle principali fonti informative sulle nascite, SDO e CeDAP.

Continua nel tempo il leggero aumento dell'abortività spontanea che tuttavia richiederebbe una riflessione sulla sua definizione specie per i confronti internazionali (come esplicitato nel relativo approfondimento).

I dati dell'interruzione volontaria di gravidanza confermano una stabilizzazione generale del fenomeno; tuttavia, se si scompone il fenomeno per cittadinanza, si osserva ancora una diminuzione tra le italiane ed un aumento del contributo delle straniere. Inoltre c'è un'indicazione di avvicinamento ai modelli dell'Europa occidentale in cui l'aborto è maggiormente presente tra le donne giovani e nubili. Nell'approfondimento sono presentati i risultati di un'analisi per stimare la probabilità di aborto ripetuto.

Per quanto riguarda i principali indicatori di salute del bambino (mortalità infantile e mortalità neonatale), si osservano delle diminuzioni nel tempo sebbene permanga il divario tra Nord-Centro e Sud che continua a registrare valori più elevati. Attraverso un'analisi dei CeDAP è stato possibile valutare altri indicatori di salute (natimortalità, nascite pretermine nati di peso <1.500 grammi e parti plurimi) presentati in un approfondimento.

Chiudono il capitolo altre tre schede di approfondimento: una utile per una prima valutazione dell'assistenza ambulatoriale fornita alle donne in gravidanza, un'altra per evidenziare le disuguaglianze nell'area materno-infantile, mentre nell'ultima viene presentato un volume totalmente dedicato alla salute delle donne.

M. LOGHI, A. SPINELLI

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 236

Parti cesarei ed età materna

Significato. Esiste un unanime consenso che il taglio cesareo (TC) nei paesi industrializzati sia una procedura soggetta a sovra-utilizzazione: la proporzione di parti cesarei ha subito infatti negli ultimi anni un costante incremento in tutti i paesi occidentali, compresa l'Italia, con un aumento dal 1999 al 2004 di 5 punti percentuali, raggiungendo uno tra i valori più elevati al mondo.
Betran e coll. (1) in un recente articolo hanno riportato i risultati di uno studio che ha utilizzato i dati provenienti da 126 paesi (fonti: *Demographic and Health Surveys-DHS* per i Paesi in via di sviluppo e *European Health for All Database*, WHO per i Paesi cosiddetti sviluppati), relativi all'89% dei nati vivi nel 2002. Obiettivo dello studio era di stimare la proporzione di parti cesarei a livello regionale, nazionale e globale e descrivere gli andamenti regionali e sub-regionali, correlando tali proporzioni con alcuni indicatori di salute riproduttiva (la mortalità materna, la mortalità infantile e la mortalità neonatale).
Questo studio rappresenta il primo tentativo di fornire analisi comparative di dati provenienti da diversi nazioni e di studiare le possibili associazioni tra diverse percentuali di TC e altri indicatori di salute materna-infantile.
La percentuale di TC eseguiti nel mondo è mediamente del 15%. Le proporzioni più elevate si registrano nei paesi industrializzati, in America Latina e nei Paesi Caraibici, le percentuali più basse si registrano invece nei Paesi cosiddetti in via di sviluppo.
I risultati dello studio mostrano come esista, nei paesi che presentano elevati tassi di mortalità, una forte associazione inversa tra mortalità materna, mortalità infantile, mortalità neonatale e TC (a più alte percentuali di TC corrispondono più bassi tassi di mortalità); nei paesi invece con bassi livelli di mortalità sembrerebbe evidenziarsi una associazione positiva, ovvero al di sopra di una proporzione di TC del 15%, i rischi per la salute riproduttiva potrebbero iniziare a superare i benefici.
I dati sono poi stati analizzati tenendo conto del reddito pro capite nazionale suggerendo come il TC possa rispondere in modo primario a determinanti economici.
Il limite di queste analisi è che provengono da studi ecologici e quindi non tengono conto del diverso profilo di rischio delle donne (età e altre comorbidità).
Mentre il dibattito scientifico si sta concentrando sulla individuazione dei determinanti medici e non medici del TC e delle possibili complicanze sulla salute materna ed infantile, alcune evidenze suggeriscono come l'aumento del TC avvenga proprio sulla base della *maternal choice* definita come un TC eseguito in assenza di indicazioni mediche o ostetriche per una gravidanza singola a termine (2).
Un altro fenomeno a cui si sta assistendo nei paesi industrializzati è l'aumento dell'età media della madre alla prima gravidanza ed il numero di gravidanze che vengono intraprese oltre i 35 anni; è noto come l'età materna avanzata possa rappresentare un importante fattore di rischio per molte patologie ostetrico-ginecologiche, ma nonostante ciò, l'età avanzata non rappresenta un'indicazione assoluta all'espletamento del TC.
La proporzione di parti cesarei aumenta all'aumentare dell'età della madre ed è stato dimostrato che questa associazione persiste anche dopo l'aggiustamento per altri fattori.

Proporzione di parti cesarei

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Parti cesarei (DRG 370-371)}}{\text{Totale parti (DRG 370-375)}} \times 100 \quad \text{Denominatore}$$

Validità e limiti. La proporzione di parti cesarei è registrata con buona precisione ed è verosimile, perciò, che le differenze osservate rappresentino vere differenze nella performance delle strutture piuttosto che errori di codifica. La proporzione dei parti cesarei può essere stimata sia a partire dalle informazioni presenti nelle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) sia attraverso i Certificati di Assistenza al Parto (CeDAP); come riportato nell'approfondimento "Il parto cesareo in Emilia-Romagna: riproducibilità delle informazioni ottenute attraverso SDO e CeDAP", entrambe le fonti informative sono valide nello stimare la proporzione di TC. L'indicatore stimato a partire dai DRG delle SDO è quello più facilmente calcolabile a livello nazionale.
Come già discusso ampiamente nelle edizioni precedenti, per poter confrontare strutture o regioni con questo indicatore è necessario considerare una possibile diversa distribuzione dei fattori di rischio del parto cesareo, tra cui la presenza di un precedente parto cesareo. Sarebbe infatti necessario utilizzare questo indicatore dopo aver applicato modelli di *risk adjustment*.

Valore di riferimento/Benchmark. Non è noto quale sia la proporzione di taglio cesareo corrispondente alla qualità ottimale delle cure; sono stati fissati dei benchmark con l'obiettivo generale di ridurre la proporzio-

M. P. FANTINI, L. DALLOLIO, B. FRAMMARTINO, G. LONARDI, G. PIERI

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 237

ne dei tagli cesarei: l'Organizzazione Mondiale della Sanità ad esempio considera come ideale una proporzione di taglio cesareo non superiore al 15% (3). In Italia il Ministero della Salute dichiara che tra gli obiettivi del PSN 2006-2008 da raggiungere nel triennio, vi è "la riduzione del ricorso al taglio cesareo, raggiungendo il valore del 20%, in linea con i valori medi europei" (4).

Descrizione dei risultati

Differentemente dalle precedenti edizioni di Osservasalute, in questa sezione la proporzione di TC viene descritta in relazione all'età della madre (tabella 1). L'incremento del TC si registra in tutte le classi di età (<18, 18-29, 30-44, >45 anni).

In particolare il valore medio italiano ha subito un incremento totale del 4,96% così suddiviso: dal 1999 al 2004, nelle classi delle donne con meno di 18 anni e in quelle tra i 18 e i 29 anni, si è registrato un incremento delle proporzioni di TC di circa 4 punti percentuali; tra le donne di età compresa tra i 30 e i 44 anni un aumento maggiore di 5 punti percentuali, mentre per le donne con più di 45 anni una crescita di 7,8 punti percentuali.

Se si vanno ad osservare le differenze interregionali, per quanto l'aumento si registri su tutto il territorio nazionale, è più spiccato nelle regioni del Sud dove è complessivamente omogeneo e costante per tutte le classi di età, con un picco per le donne oltre i 45 anni che raggiunge un incremento di 15 punti percentuali dal 1999 al 2004.

Il Nord è invece l'unica area che registra una differenza percentuale inferiore nella classe di età sopra i 45 anni rispetto alle altre classi di età (vedi tabella 1 e grafico 1) nell'intervallo di tempo considerato.

È stato dimostrato che il pregresso TC agisce da modificatore d'effetto nei confronti tra popolazioni e tra punti nascita. Quando si fanno confronti occorre, quindi, stratificare e considerare solo i TC primari. Questa distinzione non è stata operata nei dati qui riportati e quindi si potrebbe verificare un possibile effetto coorte (le donne che hanno già avuto un TC, più numerose nelle regioni del Sud, sono candidate ad un successivo cesareo). Va, inoltre, segnalato che anche l'età materna al momento del parto, possibile confondente quando si operano confronti tra popolazioni e/o punti nascita, sulla base dei dati presentati in questa sezione, potrebbe agire come modificatore d'effetto nei confronti fra popolazioni regionali (confronto tra diverse proporzioni di TC nella classe >45 anni nelle regioni del Nord, Centro e Sud).

Sorge infine il quesito se, nelle regioni del Sud, l'aumento del TC nelle differenti classi di età più che a condizioni cliniche non possa essere legato ad una scelta delle donne e/o eventualmente degli operatori sanitari. Per rispondere a queste domande servono confronti aggiustati per altri fattori di rischio e soprattutto occorre tener conto della presenza di precedenti TC nell'anamnesi delle donne (5).

Tabella 1 - *Proporzione (per 100) di TC per regione e classi di età - Anni 1999, 2004*

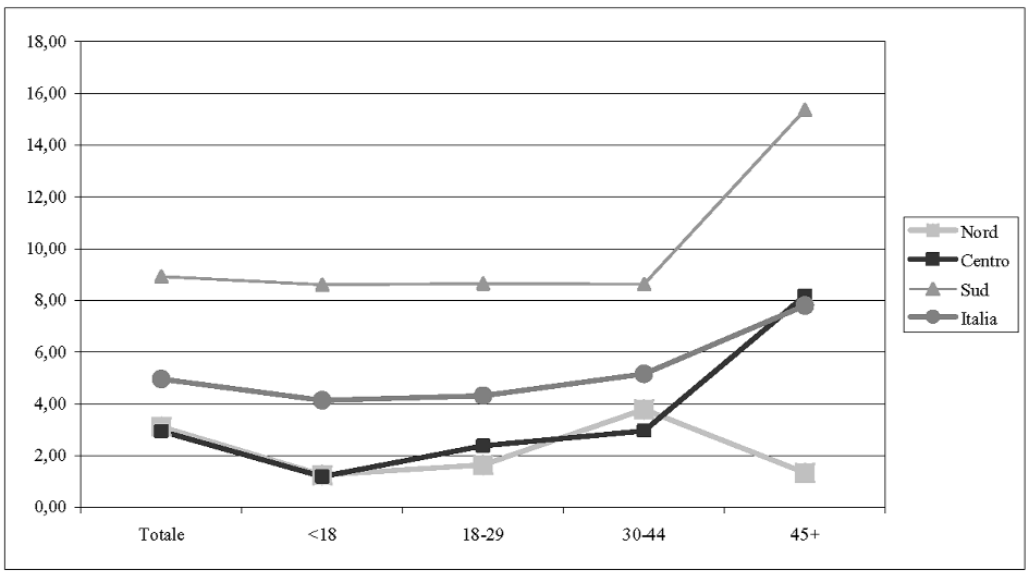
Regioni	Classi d'età							
	<18		18-29		30-44		45+	
	1999	2004	1999	2004	1999	2004	1999	2004
Piemonte	14,36	17,01	22,42	26,69	29,01	34,90	40,54	55,36
Valle d'Aosta	n.d.	n.d.	19,37	23,69	20,76	29,74	100,00	50,00
Lombardia	16,54	19,27	21,17	22,64	26,38	29,82	53,04	42,24
Trentino-Alto Adige	11,11	27,50	17,36	21,13	21,90	27,89	30,00	50,00
Bolzano-Bozen	*10,81*	*29,79*	*15,55*	*19,87*	*20,48*	*24,69*	*n.d.*	*44,44*
Trento	*11,76*	*24,24*	*19,47*	*22,53*	*23,42*	*31,23*	*42,86*	*57,14*
Veneto	24,16	19,18	23,32	23,95	27,58	31,06	56,90	43,75
Friuli-Venezia Giulia	14,29	14,04	18,01	20,25	21,81	24,47	27,27	45,45
Liguria	15,00	14,14	25,37	25,76	31,24	35,54	47,37	62,50
Emilia-Romagna	19,08	18,12	25,95	25,49	32,27	34,03	50,00	70,49
Toscana	9,27	17,99	20,32	20,68	25,60	28,90	59,09	59,09
Umbria	15,91	17,50	21,97	27,96	29,26	34,09	66,67	62,50
Marche	23,33	22,32	29,73	29,81	37,83	38,50	47,06	71,43
Lazio	22,69	19,44	29,22	33,27	39,27	42,70	53,45	62,65
Abruzzo	18,37	24,00	32,75	34,40	38,01	44,32	43,75	60,00
Molise	21,05	33,33	28,84	46,81	36,71	50,78	75,00	66,67
Campania	44,49	50,54	48,64	56,93	54,08	61,26	48,15	73,68
Puglia	27,88	39,23	34,06	42,45	41,54	48,87	55,29	68,09
Basilicata	43,90	40,54	35,85	46,27	44,86	53,52	42,86	71,43
Calabria	20,59	26,82	33,24	39,28	40,79	47,05	50,00	60,00
Sicilia	27,81	39,80	34,80	46,21	42,58	54,98	53,42	61,90
Sardegna	18,92	26,47	25,33	33,88	32,30	42,11	51,92	63,41
Italia	**27,93**	**32,07**	**30,63**	**34,95**	**34,53**	**39,69**	**51,55**	**59,35**

n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni su dati SDO. Anno 2007.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 238

Grafico 1 - *Incremento percentuale di TC suddiviso per classi di età e Nord, Centro, Sud e Italia (pubblico e privato accreditato) - Anni 1999-2004*



Fonti dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni su dati SDO. Anno 2007.

Raccomandazioni di Osservasalute

La proporzione di parti cesarei sia a livello nazionale che a livello regionale continua ad essere in costante crescita, presentando grandi variabilità interregionali. Il parto cesareo risulta essere un argomento di grande interesse per la ricerca clinica e per i servizi sanitari, poiché, nonostante sia indiscutibile che in determinate circostanze cliniche rappresenti un intervento necessario per la madre e/o il neonato, è utile approfondire la grande variabilità osservata nell'utilizzo di tale procedura e valutare i rischi e le possibili complicanze che da esso possono derivare.

La presentazione delle proporzioni di parto cesareo stratificata per età deve essere interpretata con cautela dal momento che i dati non sono stati studiati considerando l'eterogenea distribuzione delle variabili cliniche e non associate al TC, ma può solo offrire un suggerimento per la ricerca futura.

Riferimenti bibliografici

(1) Betrán A. P, Merialdi M, Lauer J.A, Bing-Shun W, Thomas J, Van Look P, Wagner M. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates Paediatric and Perinatal Epidemiology 2007, 21, 98–113.

(2) State of the Science Conference Statement on Cesarean delivery on maternal request 2006, National Institute of Health-NIH.

(3) The World Health Organization. Appropriate technology for birth. Lancet. 1985 Aug 24; 2 (8452): 436-7.

(4) Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 2006-2008.

(5) Rapporto Osservasalute 2005, Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane, Prex; 202-204.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 239

Il taglio cesareo in Campania

Dott. Renato Pizzuti, Dott. Maurizio Saporito, Dott. Michele Santoro

Negli anni che hanno seguito la riforma del Servizio Sanitario Nazionale vi è stata una crescente attenzione della programmazione sanitaria su problemi legati all'appropriatezza dell'assistenza sanitaria, intesa come ottimale utilizzo delle risorse disponibili in relazione ai migliori esiti clinici possibili. Con la riforma del titolo V della Costituzione la materia della tutela della salute è stata ricompresa tra quelle a legislazione concorrente, in cui la potestà legislativa spetta alle regioni, mentre allo Stato è riservata la determinazione dei principi fondamentali fissati con leggi. È quindi nata la forte esigenza, da parte delle stesse regioni, di sviluppare capacità di elaborazione tecnica "interna" utile alla programmazione. Tra i temi che hanno direttamente impegnato l'Italia e la regione Campania su aspetti legati all'appropriatezza clinica e organizzativa di prestazioni ospedaliere, una posizione di rilievo è stata occupata dal ricorso al parto con taglio cesareo. Allo stato attuale, la percentuale di parti cesarei registrata in Italia è tra le più alte del mondo e la più alta d'Europa, poiché la maggior parte delle nazioni ha valori inferiori al 25%. In Italia il numero dei parti con taglio cesareo è andato progressivamente aumentando, passando da circa il 10% all'inizio degli anni ottanta al 37,8% nel 2004; in Campania si è osservato il più alto incremento tra tutte le regioni del paese.

La Campania è, con i suoi circa 5.700.000 abitanti, la seconda regione più popolosa d'Italia dopo la Lombardia.

È inoltre tra le prime regioni italiane per tasso di natalità e la seconda per numero di nascite dopo la Lombardia. Riguardo agli indicatori di esito di salute, la regione si colloca al di sopra della media nazionale sia per il tasso di mortalità neonatale (19,82 ‰ vs. 17,37‰ nell'anno 2004) che per il tasso di mortalità infantile (46,24‰ vs 37,01‰ nell'anno 2004) (1). L'assistenza al parto è assicurata da una rete costituita da 89 strutture, 35 delle quali assistono meno di 500 parti per anno. Le strutture pubbliche sono 48, quelle private 41, di cui 38 sono convenzionate col Sistema Sanitario Nazionale e 3 non convenzionate. Nel 2005 i neonati assistiti nelle strutture pubbliche (34.384) sono in numero lievemente superiore a quelli assistiti nelle Case di Cura private (28.504) (2).

Negli anni '80 la proporzione di Tagli Cesarei (TC) ha subito un incremento relativamente lieve, tanto in Campania che in Italia: dal 1980 al 1990 la proporzione di TC in Campania è passata da 8,5% a 19,9%, in Italia da 11,2% a 21,2%. A partire dal 1990 in Campania si è verificato un incremento del ricorso al TC nettamente maggiore che nelle altre regioni italiane: nel 2006 oltre il 60% dei parti è effettuato con TC, mentre i valori nazionali restano al di sotto del 40% (3) (grafico 1). Esiste, inoltre, un'estrema variabilità nel ricorso al TC tra le strutture, con valori tra il 21% e il 90%.

In presenza di una proporzione così alta di TC basta un'analisi molto semplice dei dati disponibili per dimostrare che la scelta del TC non è tanto correlabile al livello di rischio ostetrico-neonatale, quanto a fattori non medici (4). La variabilità della proporzione di TC in gruppi omogenei di strutture è sufficiente a definire il fenomeno e suggerire correttivi.

Una prima valutazione di appropriatezza può essere effettuata sul livello di cure erogate in base a semplici indicatori di complessità dell'assistenza confrontati con la fequenza del ricorso al TC. Attualmente la rete dei centri nascita campani non risponde ancora ad un criterio di regionalizzazione e non è ancora disponibile una suddivisione delle strutture in base al livello di cure erogato. Le strutture perinatali sono suddivisibili in due gruppi, in base alla disponibilità o meno di posti letto di Terapia Intensiva Neonatale (TIN), la cui presenza è ovviamente associata a una capacità teorica di erogare assistenza di maggiore complessità. Per controllare l'affidabilità del criterio scelto per rappresentare la capacità reale di assitenza a maggiore complessità è stata utilizzata la proporzione di nati di peso estremamente basso (VLBW) quale *proxy* del livello di cure erogato dai due gruppi di strutture: come atteso la proporzione di VLBW nati nelle strutture dotate di TIN è nettamente più elevata (2,3% vs. 0,2%). Contrariamente a quanto atteso la proporzione di TC nelle strutture dotate di TIN è significativamente inferiore (TC=48,1%) rispetto al secondo gruppo di strutture (TC=65,0%).

È stata, inoltre, effettuata un'ulteriore suddivisione dei punti nascita in pubblici e privati. Anche in questo caso la proporzione di nati VLBW è stata utilizzata quale *proxy* del livello di cure erogato dai due gruppi di strutture. Il ricorso al TC nelle strutture pubbliche è significativamente inferiore (TC=49,7%) rispetto a quelle private (TC=72,4%). Viceversa la proporzione di nati VLBW è significativamente maggiore nelle strutture pubbliche (tabella 1).

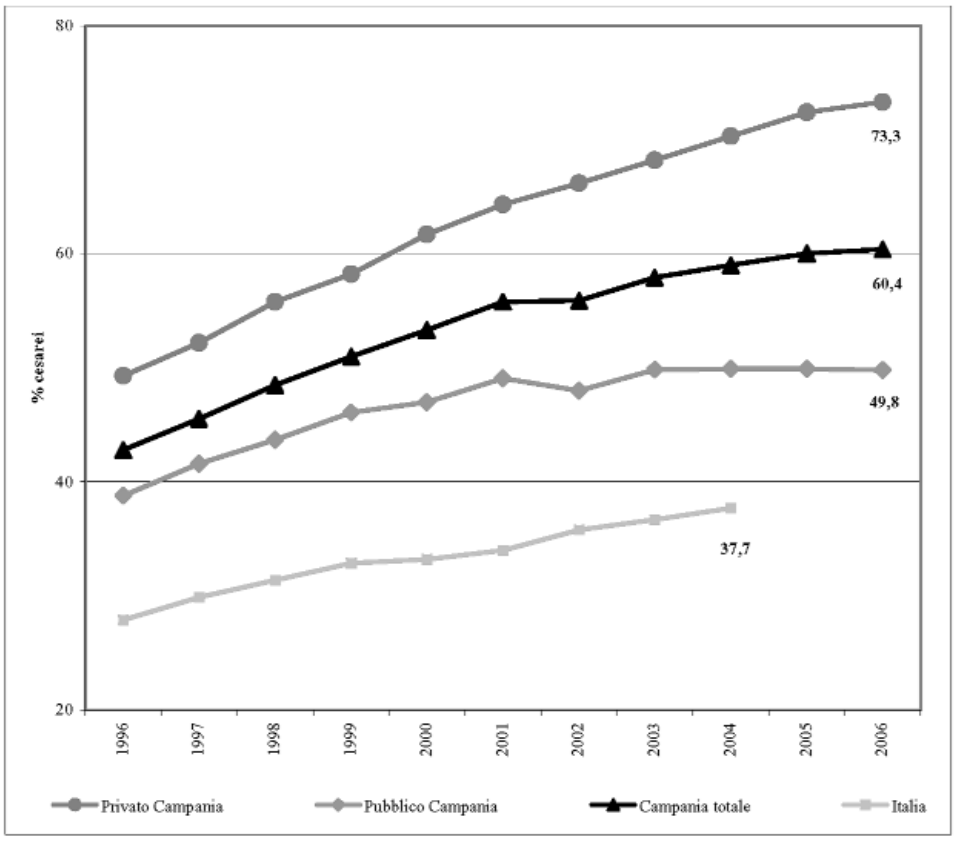
I dati presentati sono molto semplici ma suggeriscono che l'incremento nel ricorso al TC, piuttosto che a cause mediche, è legato a problemi di ordine organizzativo e ad una scelta dei medici e delle gestanti non in linea con le indicazioni nazionali e regionali (5). Il TC è utilizzato con frequenza significativamente maggiore nelle strutture private e in quelle che non assistono neonati in TIN, cui afferiscono, quindi, gestanti a "basso rischio".

In presenza di un uso tanto "disinvolto" del TC, approfondire il ruolo del *case-mix* nella variabilità tra i centri non sembra possa aggiungere informazioni significative a meglio caratterizzare il fenomeno, poichè la variabilità tra centri va in senso contrario a quella attesa.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 240

La programmazione di interventi miranti a modificare questa situazione è resa problematica dalle caratteristiche della rete perinatale. Infatti è evidente un eccessivo frazionamento delle strutture, che non è giustificato da motivi logistici, in quanto la regione ha la più alta densità abitativa d'Italia. Non esistono dei veri e propri Hub cui le strutture di 1° e 2° livello possono fare riferimento, ma 16 centri, alcuni dei quali assistono meno di 1.000 nati/anno, che offrono, complessivamente, un numero insufficiente di posti letto di TIN. Inoltre due centri di TIN di maggiori dimensioni non sono collegati a reparti di Maternità.
La presenza di un numero elevato di strutture private rende più problematica l'attuazione di controlli e l'elaborazione di Linee Guida comuni, soprattutto perché tra di esse si verifica la maggiore variabilità nella proporzione di TC.
La situazione descritta genera un problema culturale che coinvolge le gestanti, i medici e le ostetriche. Le gestanti accettano sempre più passivamente, anche in assenza di segni di patologia, il suggerimento dei medici di evitare il travaglio. I medici, infatti, anche se le indicazioni della letteratura riguardo alla gravidanza fisiologica evidenziano che, in assenza di complicazioni, è preferibile il parto vaginale (6), lo ritengono più rischioso del parto per via laparotomica. Infine la stessa didattica rivolta ai medici e alle ostetriche non può non risentire del fatto che il parto vaginale è un evento raro e molto medicalizzato (7), anche perchè nei due Policlinici della città di Napoli la percentuale di cesarei è di circa il 60%.

Grafico 1 - *Parti cesarei (per 100) per tipo di struttura, confronto Campania e Italia - Anni 1996-2006*



Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni su dati SDO nella regione Campania e HFA-Italia. Anno 2007.

Tabella 1 - *Parti cesarei (TC) (per 100) e nati di peso molto basso (VLBW) (per 100) per tipo di struttura (pubblico/privato, con TIN/senza TIN) in Campania - Anno 2005*

Percentuali	Strutture Pubbliche	Strutture Private	Strutture con TIN	Strutture senza TIN
TC	49,7	72,4	48,1	65,0
VLBW	1,2	0,3	2,3	0,2

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni su dati SDO della regione Campania. Anno 2007.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 241

Riferimenti bibliografici
(1) Istat. Health for all. Giugno 2007.
(2) Rapporto sulla natalità in Campania nell'anno 2005 Sistema di Sorveglianza della Natalità con il CeDAP.
(3) SDO della regione Campania.
(4) NIH. Cesarean Delivery on Maternal Request March 27–29, 2006.
(5) Decreto Ministeriale 24 aprile 2000, Progetto Obiettivo Materno Infantile.
Delibera Giunta Regionale della Campania n. 2413 del 25.7.2003, Linee guida per l'assistenza alla gravidanza ed al parto normale in Regione Campania.
Delibera Giunta Regionale della Campania n. 118 del 2 febbraio 2005, Indicazioni per la riduzione dell'incidenza del taglio cesareo in Regione Campania.
Legge regionale n. 2 del 2 marzo 2006, Norme per la promozione del parto fisiologico.
Delibera Giunta Regionale della Campania n. 966 del 14 luglio 2006, Atto di indirizzo della Legge Regionale n.2 del 2 marzo 2006 Norme per la promozionedel parto fisiologico.
(6) Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. www.thelancet.com Published online May 23, 2006.
Infant and Neonatal Mortality for Primary Cesarean and Vaginal Births to Women with "No Indicated Risk," United States, 1998–2001 Birth Cohorts BIRTH 33: 3 September 2006.
(7) M.Grandolfo, S.Donati, A.Giusti: Indagine conoscitiva sul Percorso Nascita. Aspetti metodologici e risultati nazionali. Ist. Sup. Sanità 2002.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 242

Il parto cesareo in Emilia-Romagna: riproducibilità delle informazioni ottenute attraverso SDO e CeDAP

Prof.ssa Maria Pia Fantini, Dott.ssa Brunella Frammartino, Dott.ssa Laura Dallolio, Dott.ssa Giulia Lonardi, Dott.ssa Giulia Pieri

Contesto

La procedura di taglio cesareo (TC) oggi può essere considerata potenzialmente sovrautilizzata. Coerentemente con le finalità indicate dal Progetto-Obiettivo Nazionale Materno Infantile (D.P.C.M. 24 aprile 2000) e con il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 (D.P.R. 7 aprile 2006), il nuovo disegno di legge sulle "Norme per la tutela dei diritti della partoriente, la promozione del parto fisiologico e la salvaguardia della salute del neonato" pone fra gli obiettivi più importanti il monitoraggio e la riduzione della procedura di taglio cesareo. Tale monitoraggio si sta rivelando necessario poiché la proporzione di TC è in continuo aumento e la sua utilizzazione è sempre più frequentemente associata a determinanti che vanno al di là di quelli strettamente clinici (scelta materna).

In molte regioni italiane, la percentuale di parti cesarei supera il valore di riferimento fissato dal Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 (20% dei parti) attestandosi su valori medi nazionali del 38% (anno 2004), con valori che superano il 50 % in alcune regioni meridionali (1).

In Emilia-Romagna (RER), durante il biennio 2003-2004, la proporzione di parti cesarei è stata del 31%, con una variazione inter-ospedaliera (29 centri di nascita) compresa tra 15% e 63%.

Nonostante la relativa semplicità nella stima dell'indicatore, in ambito scientifico è ancora aperto il dibattito su quali fonti informative e quali criteri utilizzare per l'identificazione dell'evento parto, sia naturale sia chirurgico.

Ad oggi la principale fonte informativa corrente che individua e raccoglie le informazioni relative al parto è rappresentata dalla Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) all'interno della quale l'evento nascita e il taglio cesareo possono essere selezionati utilizzando sia i DRG, sia i codici ICD-9-CM di diagnosi e procedure. Un'altra importante fonte informativa per lo studio delle tematiche materno-infantili è rappresentata dai Certificati Di Assistenza al Parto (CeDAP). Anche nell'ambito dei CeDAP è possibile identificare il parto cesareo ed il pregresso cesareo. Il pregresso TC risulta essere, quando si valutano e si confrontano le proporzioni di TC, un'importante indicazione al parto chirurgico anche in assenza di evidenze scientifiche certe. Per questi motivi è necessario distinguere i TC primari da quelli con precedenti TC. Nell'ambito poi dei TC primari un'ulteriore distinzione su cui si dibatte a livello scientifico è quella fra TC elettivi e non elettivi e TC praticati prima del travaglio di parto o con travaglio già iniziato. Le fonti informative correnti possono consentire di ottenere queste informazioni in maniera più o meno valida e riproducibile (2,3).

Obiettivo di questo studio è confrontare nella RER, relativamente al biennio 2003-2004, indicatori di TC ottenuti da due diverse fonti informative (SDO e CeDAP) e valutare la riproducibilità dell'informazione pregresso TC.

Metodi

Sono state utilizzate due diverse fonti informative per studiare gli eventi nascita nella RER relative al biennio 2003-2004:

- Banca dati regionale SDO, da cui sono state selezionate le donne dimesse con una diagnosi (codici ICD-9-CM: 640.xy-676.xy, y=1,2; V27) o procedura (codici ICD-9-CM:72-74) o DRG (370-375) di parto;
- Banca dati CeDAP, da cui sono state selezionate le nascite con TC.

Per il calcolo degli indicatori e il loro confronto è stata realizzata una coorte unica ottenuta tramite un *record-linkage* delle due banche dati (SDO e CeDAP). I centri nascita considerati sono stati 29 (sono stati eliminati dall'analisi due di essi con un volume di parti inferiore a 300 nel periodo di tempo considerato). Sono state calcolate le proporzioni di parto cesareo secondo cinque diversi indicatori: quattro ottenuti a partire dai DRG o dai codici di procedura e diagnosi presenti nelle SDO, ed uno utilizzando l'informazione della variabile "modalità di parto" del CeDAP (tabella 1). Utilizzando ciascun indicatore abbiamo confrontato la proporzione di TC nei centri nascita e controllato la distribuzione per ranghi delle stesse strutture. È stata quindi valutata la concordanza tra i ranghi delle strutture ottenute impiegando i diversi indicatori (Coefficiente di Kendall per i ranghi e Test Kappa). Per le partorienti, individuate attraverso la banca dati SDO, è stata eseguita una ricerca della presenza di pregressi TC nei ricoveri dei cinque anni precedenti al biennio 2003-2004 (ricoveri per pregressi cesarei: indicatore A). Nei ricoveri indice è stata valutata la presenza del codice di diagnosi secondaria indicante un pregresso TC: 654.2 (indicatore B). Sono state calcolate le proporzioni di pregresso parto cesareo a partire dell'archivio CeDAP utilizzando la variabile "precedenti tagli cesarei" (indicatore C).

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 243

Tabella 1 - *Indicatori di taglio cesareo. Fonti e definizioni*

Indicatore	Fonte	Numeratore	Denominatore
1	SDO	DRG 370-371	DRG 370-375
2	SDO	DRG 370-371 o cod. procedura 74.0, 74.1, 74.2, 74.4, 74.99 o cod. diagnosi 669.7xy	DRG 370-375 o cod. procedura 72.x, 73.2x, 73.5x, 73.6, 73.8, 73.9x, 74.0, 74.1, 74.2, 74.4, 74.99 o cod. di diagnosi 640.xy-676.xy con y =1,2 o V27.xx
3	SDO	DRG 370-371 o cod. procedura 74.0, 74.1, 74.2, 74.4 o 74.99	DRG 370-375, cod. procedura 72.x, 73.2x, 73.5x, 73.6, 73.8, 73.9x, 74.0, 74.1, 74.2, 74.4, 74.99
4	SDO	Cod. procedura 74.0, 74.1, 74.2, 74.4, 74.9, 74.99	V27.xx
5	CeDAP	Modalità del parto: - taglio cesareo fuori travaglio "non urgente" - taglio cesareo in travaglio - taglio cesareo fuori travaglio "urgente"	Totale CeDAP selezionati

Risultati

Dal *record linkage* effettuato tra le fonti SDO (SDO madre - SDO neonato) e CeDAP, relativo al biennio 2003-2004, sono stati selezionati 67.557 eventi nascita. La proporzione (per 100) di tagli cesarei individuata dai 5 indicatori mostra un range di valori compreso fra 30,12-31,10 (tabella 2). La concordanza fra i ranghi delle 29 strutture ospedaliere della RER, mostra valori della statistica Kappa pari a 0,6536 e valori del coefficiente di correlazione dei ranghi di Spearman compresi fra 0,96 e 0,99. Sono state successivamente calcolate le proporzioni di pregressi TC secondo i diversi indicatori descritti e i risultati sono riportati nella tabella 3.

Tabella 2 - *Proporzioni (per 100) di TC individuate dai 5 indicatori*

Indicatore	Fonte	Proporzione di TC
1	SDO	30,94
2	SDO	31,06
3	SDO	31,07
4	SDO	31,10
5	CeDAP	30,12

Tabella 3 - *Proporzioni (per 100) di pregressi TC individuate dai diversi indicatori*

Indicatore	Fonte	Proporzione	*Missing values*	
A	SDO 5 anni	7,14	0	(0,0%)
B	SDO	10,41	0	(0,0%)
C	CeDAP	8,43	13.917	(20,72%)

Discussione e Conclusioni

I risultati di questo lavoro dimostrano che, diversamente da quanto verificato in altri studi (4), utilizzando diverse fonti informative correnti e diversi indicatori per l'individuazione delle proporzioni di TC nelle strutture ospedaliere di una regione italiana, non si ottengono classificazioni per ranghi significativamente differenti.
L'indicatore ottenuto dalla banca dati SDO utilizzando i "DRG 370-375" è sicuramente quello di più facile computo attraverso questa fonte informativa. I risultati ottenuti dall'utilizzo dei CeDAP sono comunque consistenti. Quando però è necessario distinguere i TC primari da quelli con pregresso TC, la modalità più corretta sembra essere quella da banca dati SDO attraverso il codice di diagnosi secondaria nel ricovero indice (654.2) come già precedentemente dimostrato in casistiche americane (5). Il risultato ottenuto attraverso la banca dati CeDAP è distorto dall'elevato numero di dati mancanti.

Riferimenti bibliografici

(1) Rapporto Osservasalute 2006, Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane, Prex; 201-202.
(2) Gregory KD, Korst LM, Gornbein JA, Platt LD. Using administrative data to identify indications for elective primary cesarean delivery. Health Serv Res. 2002 Oct; 37 (5): 1.387-401.
(3) Henry OA, Gregory KD, Hobel CJ, Platt LD. Using ICD-9 codes to identify indications for primary and repeat cesarean sections: agreement with clinical records. Am J Public Health. 1995 Aug; 85 (8 Pt 1): 1.143-6.
(4) Kritchevsky SB, Braun BI, Gross PA, Newcomb CS, Kelleher CA, Simmons BP. Definition and adjustment of caesarean section rates and assessments of hospital performance. Int J Qual Health Care. 1999; 11: 283–291.
(5) Meikle SF, Steiner CA, Zhang J, Lawrence WL. A national estimate of the elective primary cesarean delivery rate. Obstet Gynecol. 2005 Apr; 105 (4): 751-6.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 244

Un primo tentativo di analisi dei parti cesarei attraverso le classi di Robson: limiti e potenzialità dei CeDAP

Dott.ssa M. Tiziana Tamburrano, Dott.ssa Claudia Iaccarino, Dott.ssa Cinzia Castagnaro

Introduzione

Il presente lavoro analizza il ricorso al taglio cesareo sulla base dei dati della rilevazione dei Certificati Di Assistenza al Parto (CeDAP), effettuata dal Ministero della Salute, nell'anno 2003. Questi dati risultano ancora disomogenei sul territorio; escludendo le regioni Molise, Calabria e Provincia Autonoma di Bolzano, per le quali non si è riusciti ad avere alcuna informazione, le nascite rilevate nell'anno sono 458.748. Rispetto all'anno precedente, la copertura è migliorata raggiungendo un totale di 541 punti nascita, con un numero di parti pari circa all'84% di quelli rilevati dalle Schede di Dimissione Ospedaliera nello stesso anno di riferimento.
I dati individuali dei CeDAP presentano, inoltre, delle mancate informazioni parziali, o informazioni errate o incompatibili la cui correzione e imputazione è stata effettuata mediante l'adozione di procedure sia deterministiche che probabilistiche, basate sull'esperienza maturata dall'Istat nella validazione delle informazioni di carattere socio-sanitario acquisite, attraverso i vecchi CeDAP, dalla rilevazione individuale delle nascite di fonte Stato Civile effettuata dall'Istat fino al 1998. I risultati presentati e commentati sono pertanto da intendersi come stime; i livelli degli indicatori possono differire sia da quelli pubblicati nel Rapporto sui CeDAP del 2003 del Ministero della Salute sia da quelli pubblicati nei rapporti di alcune regioni. L'obiettivo del presente lavoro non è quello di rettificare quanto già diffuso in forma ufficiale, bensì di fornire stime che abbiano il vantaggio di essere comparabili sia con le serie storiche dei principali indicatori sulle nascite e i parti elaborati dall'Istat fino al 1998, e sia a livello regionale per l'anno 2003. La rilevazione dei Certificati Di Assistenza al Parto, rappresenta una fonte preziosa e insostituibile per l'analisi di quel fenomeno che in Italia assume una rilevanza particolare: l'elevato ricorso al taglio cesareo. Nel nostro paese, infatti, la percentuale dei tagli cesarei è pari a circa il 36% (Ministero della Salute, anno 2003), superando di 16% punti percentuali il valore di riferimento fissato nel Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, pari al 20%. Con il presente lavoro si vuole analizzare il ricorso al taglio cesareo utilizzando la classificazione proposta da Robson[1] in dieci categorie mutuamente esclusive, definite dalla precedente storia ostetrica (parità), dall'età gestazionale, dalla presentazione del nato, dalla modalità del travaglio e del parto e dal genere del parto. Tale classificazione non ha lo scopo di valutare l'appropriatezza del ricorso al taglio cesareo, sebbene consenta di monitorare l'incidenza di tale intervento in sottopopolazioni di donne che hanno un diverso rischio di sperimentare un parto con taglio cesareo.

Metodo

L'eccessivo ricorso al taglio cesareo costituisce un fenomeno complesso che può essere spiegato da fattori individuali legati alla donna e al suo stato di salute, altri organizzativi, dovuti ad un differente comportamento delle strutture ospedaliere pubbliche e private, e da un fattore geografico, in quanto il fenomeno presenta una diversa intensità nelle varie regioni. La frequenza di tagli cesarei può essere descritta in modo più analitico utilizzando la suddetta classificazione, infatti le caratteristiche della popolazione di ciascuna delle 10 classi definite da Robson, categorizzano il fenomeno. Tale approccio, se adottato correntemente, renderebbe possibile confronti nel tempo e fra unità territoriali diverse per l'individuazione di casi di particolare criticità del fenomeno. Al fine di definire le dieci classi di Robson, è stato necessario procedere alla correzione di tutte le variabili necessarie all'individuazione delle categorie.
L'archivio di riferimento sul quale è stato costruito il piano di controllo e correzione dei dati è composto da 455.477 nati, essendo stati eliminati i 3.271 casi in cui l'anno di nascita è diverso dal 2003. Il piano di controllo e correzione dati è stato suddiviso in due fasi: la fase iniziale ha riguardato il *core* d'informazione della salute perinatale raccomandata nell'ambito del progetto internazionale PERISTAT, (*PERInatal*

[1] Classificazione di Robson
Classe I: Nullipare, singolo cefalico, a termine, travaglio spontaneo.
Classe II: Nullipare, singolo cefalico, a termine, travaglio indotto o TC prima del travaglio.
Classe III: Pluripare (escluso precedente TC), singolo cefalico, a termine, travaglio spontaneo.
Classe IV: Pluripare (escluso precedente TC), singolo cefalico, a termine, travaglio indotto o TC prima del travaglio.
Classe V: Precedente TC, singolo cefalico, a termine.
Classe VI: Nullipare, singolo, presentazione podalica.
Classe VII: Pluripare, singolo, presentazione podalica (compreso precedente TC).
Classe VIII: Gravidanze multiple (compreso precedente TC).
Classe IX: Singoli, presentazioni anomale (compreso precedente TC).
Classe X: Parti singoli cefalici, pretermine (compreso precedente TC).

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 245

STATistical indicators), promosso dall'Unione Europea, che si poneva l'obiettivo di rilevare in tutti i paesi membri i principali indicatori del fenomeno ("Indicatori sulla salute perinatale: un'analisi regionale alla luce dei Certificati Di Assistenza al Parto nel 2003", pagg. 268-275).
In questa fase le variabili sottoposte a correzione sono state la vitalità, l'età gestazionale, il genere del parto, il peso del neonato, l'anno di nascita della madre, il mese di nascita della madre, il mese del parto, il tipo di parto, la presentazione del nato, il sesso del nato.
I criteri seguiti per l'imputazione dei valori sono stati sia di tipo deterministico che probabilistico; l'approccio deterministico prevede che, a priori, vengano stabilite le condizioni di errore e le azioni da intraprendere per ciascuna di esse. Le regole impiegate nell'approccio deterministico sono del tipo:

SE (condizione di errore) ALLORA (azione di correzione).

È stato dunque stabilito il valore "corretto" da assegnare alla variabile per la quale si era verificata la condizione di errore, sulla base di un piano di check già testato per la Rilevazione delle Nascite di fonte Stato Civile relativa al 1998, ultimo anno disponibile; l'approccio probabilistico prevede analogamente la definizione delle condizioni di errore, ma la correzione dei valori non viene più stabilita a priori, bensì avviene a seguito dell'applicazione di un algoritmo probabilistico.
La fase successiva del piano di controllo e correzione ha coinvolto: la modalità del travaglio, il tipo d'induzione del travaglio, il tipo di parto e tutte le informazioni necessarie alla definizione della precedente storia ostetrica, ovvero la parità, il numero dei parti precedenti, la presenza di parti cesarei precedenti, i nati vivi o morti da parti precedenti e l'ordine di nascita.

Prima fase
La prima variabile sottoposta a correzione è stata la *vitalità* del nato.
In un primo momento la suddetta variabile è stata analizzata in combinazione con un *flag* predisposto dal Ministero della Salute per indicare i casi validi e compatibili. Tutti i casi in cui la variabile assumeva modalità 'nato vivo' erano indicati come corretti; tra i record che presentavano la modalità 'nato morto' vi erano alcuni casi in cui il *flag* indicava incertezza nell'attribuzione. Per tutti quei casi in cui la variabile presentava valori mancanti, incerti o fuori range, è stata controllata *in primis* la durata della gestazione, quando valorizzata, e, se non valorizzata o errata, il peso del neonato. Il controllo su tutti questi casi, ha indotto a ritenere che quelli di attribuzione mancante o errata avevano, per durata della gestazione o peso del neonato, valori tali da far ritenere che il record corrispondesse nella maggior parte dei casi ad un nato vivo.
Dopo aver corretto la vitalità, è stata utilizzata la curva dell'età gestazionale dell'archivio Istat dei nati del 1998, per correggere l'informazione relativa all'*età gestazionale* e ricondurre la relativa distribuzione di frequenza, a quella corretta. Pertanto, separatamente per i nati vivi e i nati morti, sono stati ricollocati, probabilisticamente, i casi in cui la durata gestazionale era errata (fuori range o con numerosità non compatibili con la distribuzione corretta) o non indicata, ridistribuendo in maniera casuale i valori non corretti.
Si è proceduto poi al controllo del *genere del parto*, individuando ogni parto tramite una chiave; per i parti semplici, la chiave identificava univocamente anche il nato, mentre, per i parti plurimi, ciascun nato all'interno del parto, era caratterizzato dalla stessa chiave. I parti plurimi, sono stati così individuati attraverso un algoritmo di estrazione delle chiavi multiple.
Avendo reso le informazioni disponibili coerenti, è stato possibile a questo punto analizzare il *peso del neonato*. Definite delle classi di peso, sono state valutate tutte quelle per le quali non era congruente l'età gestazionale, tenuto conto della vitalità (se si trattava di un nato vivo o di un nato morto) e del genere del parto (se il parto era singolo o plurimo). I casi errati o mancanti sono stati successivamente corretti in modo sia deterministico che probabilistico. Analizzando le singole nascite, è emerso infatti che una serie di valori errati dipendevano verosimilmente da errori di digitazione, quindi se compatibili con l'età gestazionale, la vitalità e il genere del parto, questi pesi sono stati corretti deterministicamente. Nei casi in cui non era possibile stabilire una regola deterministica per l'attribuzione, sono stati imputati probabilisticamente i casi mancanti o fuori range sulla base delle distribuzioni di frequenza riscontrate nel 1998.
La variabile *anno di nascita della madre* è stata validata considerando come corretta la distribuzione degli anni di nascita compresi tra il 1950 e il 1990. Tutti i casi fuori range o errati, sono stati, in un primo momento, inseriti tra i dati mancanti, dopodichè, per questi ultimi e per gli anni valorizzati con '00', è stata seguita la seguente regola deterministica:
- in caso di anno di nascita del padre valorizzato correttamente, è stato imputato l'anno di nascita del padre diminuito di due anni, rispettando la distanza media di età fra i genitori;

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 246

- in caso di anno di nascita del padre non valorizzato correttamente o *missing*, è stato imputato l'anno 1973, corrispondente all'età media al parto.

Ipotizzando la mancanza di una correlazione tra la stagionalità delle nascite e la mancata indicazione del mese di nascita, tutti i casi errati o mancanti del *mese di nascita della madre* sono stati distribuiti uniformemente.

Questa ultima regola è stata utilizzata anche per la correzione del *mese del parto*.

Il *tipo di parto* è stato valorizzato in modo probabilistico assegnando i valori fuori dominio o mancanti a una delle sei modalità di risposta previste, in modo da rispettare la distribuzione di frequenza ottenuta considerando i soli casi corretti.

Questa ultima variabile ha permesso la correzione della *presentazione del neonato alla nascita*.

É stato infatti necessario distinguere i parti cesarei (d'elezione e in travaglio) dagli altri, dopodichè, per ognuno dei due collettivi, sono stati imputati i valori errati o mancati rispettando la distribuzione di frequenza della variabile stessa, ottenuta considerando i soli casi corretti.

Il *sesso del bambino* è stato corretto utilizzando la variabile "presenza di genitali esterni", nel caso in cui questa fosse corretta. In caso contrario, non avendo altro elemento discriminante, le modalità errate o mancanti sono state imputate, in maniera casuale, in modo da mantenere inalterato il quoziente di mascolinità.

Ultimata la correzione delle variabili secondo le modalità descritte, sono stati separati i parti semplici da quelli plurimi, e si è proceduto al conteggio, utilizzando la variabile 'chiave' descritta in precedenza, dei nati vivi uomini e donne e dei nati morti uomini e donne all'interno di ciascun parto. Questo ha consentito la creazione di una variabile indicante il numero totale di nati (vivi o morti) per ciascun parto.

Seconda fase

I criteri seguiti per l'imputazione dei valori nella seconda fase di controllo e correzione dei dati, sono stati esclusivamente di tipo deterministico. Si evidenziano così i limiti attuali dell'informazione relativa alla parità e al travaglio, fondamentale per l'individuazione delle dieci categorie mutuamente esclusive proposte da Robson, e che dovrebbero portare in futuro alla modifica del modello di rilevazione dei Certificati Di assistenza al Parto, come già più volte proposto.

Tenendo presente che per parità si intende il numero di parti di una donna, sono state considerate "nullipare" le donne al primo parto, cioè quelle che non hanno mai avuto *parti* e *parti cesarei precedenti*. Nei casi in cui l'informazione sui parti precedenti non fosse presente, si è stabilito di considerare nullipare le donne che non hanno avuto cesarei precedenti e neanche *nati da parti precedenti*, vivi o morti.

A partire dalla parità, è stato possibile definire l'*ordine di nascita*. L'ordine di nascita fa riferimento ai soli nati vivi, per cui si sono considerati primogeniti i nati vivi (il primo nato vivo in caso di parti plurimi) da nullipare. Gli ordini di nascita successivi, sono stati assegnati tenendo conto dei nati vivi da parti precedenti, se presenti, e dei nati vivi precedenti dello stesso parto, in caso di parti plurimi.

Si è proceduto quindi alla correzione della *modalità del travaglio*. Nei casi in cui la modalità del travaglio fosse errata o mancante, si è cercato di correggerla utilizzando l'informazione sul *tipo di induzione*, che è però risultato anch'esso mancante o incompatibile, e non ha quindi consentito di procedere all'imputazione deterministica della modalità del travaglio. Un ulteriore tentativo è stato fatto considerando il tipo di parto. Si è stabilito di considerare "travagli spontanei" quelli (mancanti o errati) in cui il tipo di parto indicato era "spontaneo". Quest'assunzione ha permesso di correggere 3.487 dei 96.501 casi caratterizzati da un'errata modalità del travaglio.

L'analisi del tipo di induzione, ci ha permesso di constatare che non erano presenti casi errati di travaglio spontaneo, per i quali fosse indicato il tipo di induzione.

Una volta corretta la modalità del travaglio, tale informazione è stata messa in relazione al *tipo di parto*; in particolare sono stati analizzati i casi di taglio cesareo d'elezione con travaglio indotto. A tale riguardo è importante distinguere il cosiddetto "travaglio di prova" (TdP), che fa riferimento alla verifica della possibilità di un parto per via vaginale, avendo indotto il travaglio, in donne che precedentemente hanno subito un taglio cesareo. Diverso è il caso delle donne al primo parto, cosiddette nullipare, alle quali è stato indotto il travaglio conclusosi in un cesareo d'elezione. Si evidenziano così, anche tutti quei casi di dubbia validità, derivati dall'attuale informazione del CeDAP, in cui la distinzione fra cesareo d'elezione e in travaglio non è chiara.

Poiché presenti 'travagli indotti' in parti cesarei d'elezione, e dovendo stimare i casi di donne che hanno subito un taglio cesareo in assenza di travaglio, non definibili dall'attuale Certificato Di Assistenza al Parto, si è ritenuto necessario, ai soli fini della definizione delle classi di Robson interessate (II e V classe), escludere i casi di taglio cesareo d'elezione derivanti da un travaglio indotto.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 247

Individuazione delle unità di analisi
Una volta definita la parità, si è proceduto confrontando la frequenza di donne appartenenti alla classe delle "nullipare", con la distribuzione dell'ordine di nascita ottenuta dall'Indagine campionaria sulle nascite del 2002 (Istat). Premettendo che la parità è definita considerando sia i nati vivi che i nati morti, e l'ordine di nascita i soli nati vivi, tale confronto è stato necessario in un primo momento, esclusivamente per stabilire la distorsione introdotta dalle mancate risposte nelle informazioni che definiscono la parità, non essendo in grado con l'attuale CeDAP, di distinguere queste ultime dall'assenza di casi.
Dall'analisi è emerso che l'ammontare delle donne al primo parto (nullipare) era troppo elevato rispetto alle nascite del primo ordine. A tal fine si è ritenuto opportuno escludere i nati non riconosciuti, poiché per questi casi non solo l'informazione anagrafica non era compilata così come previsto dal decreto, ma anche le sezioni riguardanti sia il parto che il nato, ottenendo così 455.030 nati riconosciuti.
Sul collettivo così definito, si è calcolato l'ordine di nascita, effettuando nuovamente il confronto con i dati dell'indagine campionaria su menzionata. Le regioni per le quali i dati possono ritenersi validi ai fini della costruzione delle classi di Robson sono: Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, la Provincia Autonoma di Trento, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Umbria, Puglia e Sicilia. La regione Campania è stata introdotta nell'analisi pur presentando problemi di qualità sulle variabili necessarie per l'analisi, poiché costituisce un interessante caso di studio in quanto caratterizzata da una forte percentuale di tagli cesarei.

Risultati

Considerati i problemi riguardanti la qualità dei dati, si è proceduto alla costruzione delle classi di Robson, tenendo sempre presente i limiti dovuti alla struttura attuale dei CeDAP, ed in particolare l'impossibilità di individuare correttamente i tagli cesarei in assenza di travaglio. Dall'analisi fatta, si è ritenuto corretto considerare come *proxy* di tale aggregato, l'informazione ottenibile dai casi di taglio cesareo elettivo per i quali il travaglio non sia né indotto e né spontaneo, perdendo quei casi di parto cesareo urgenti fuori travaglio che alcune regioni potrebbero riportare nella modalità "Altro" del tipo di parto.
La classificazione di Robson consente di evidenziare il peso percentuale di ciascuna classe sul totale delle partorienti e sul totale dei parti cesarei (tabella 1, grafico 1). Osservando tale distribuzione, si evidenzia che la III classe (pluripare, escluso precedente TC, singolo cefalico, a termine, travaglio spontaneo) è caratterizzata da un'elevata percentuale di popolazione rispetto al totale dei parti (25%), mentre il suo contributo sul totale dei tagli cesarei è uno dei più ridotti. La V classe (precedente TC, singolo cefalico, a termine), invece, ha caratteristiche opposte, cioè in corrispondenza di un basso contributo sul totale delle partorienti, si riscontra una elevata percentuale di cesarei. In generale, considerando i tagli cesarei, le classi che apportano il maggior contributo sono nell'ordine la V (26%), la II (nullipare, singolo cefalico, a termine, travaglio indotto o TC prima del travaglio) con il 20%, la I (nullipare, singolo cefalico, a termine, travaglio spontaneo) con il 18%, la IV (pluripare, escluso precedente TC, singolo cefalico, a termine, travaglio indotto o TC prima del travaglio) e la X (parti singoli cefalici, pretermine, compreso precedente TC) con il 7%. Tali classi nel complesso concorrono a più del 78% del totale dei tagli cesarei.

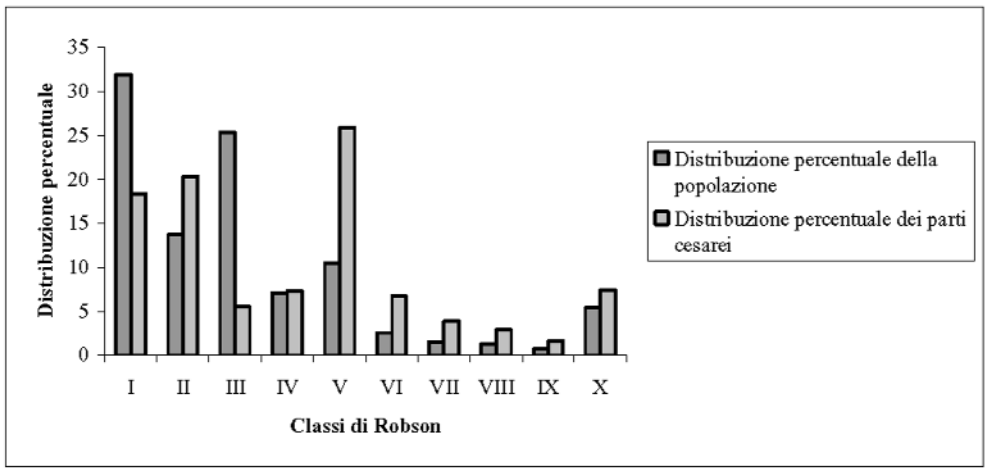
Tabella 1 - *Distribuzione del totale dei parti e dei tagli cesarei (per 100) nelle classi di Robson - Anno 2003*

Classi di Robson	Contributo % al tot. Parti	Contributo % al tot. TC	% TC nelle classi
I	31,88	18,37	20,54
II	13,75	20,33	52,72
III	25,35	5,52	7,76
IV	7,08	7,29	36,71
V	10,51	25,87	87,80
VI	2,54	6,77	94,99
VII	1,50	3,90	92,78
VIII	1,27	2,91	81,50
IX	0,73	1,63	80,30
X	5,40	7,42	48,99
Totale	**100,00**	**100,00**	**-**

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute. CeDAP. Anno 2007.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 248

Grafico 1- *Distribuzione percentuale delle donne e dei parti cesarei nelle classi di Robson - Anno 2003*



Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute. CeDAP. Anno 2007.

Le classi di Robson e il confronto fra le regioni

Il 71% delle partorienti si distribuisce nelle prime tre classi.

In particolare la I classe (nullipare, singolo cefalico, a termine, travaglio spontaneo), contribuisce per quasi il 32% dei parti totali, e, rispetto al totale dei tagli cesarei, con più di 18 punti percentuali. La III classe (pluripare, escluso precedente TC, singolo cefalico, a termine, travaglio spontaneo) invece è la seconda più numerosa (25% dei parti), entrambe caratterizzate da donne verosimilmente a basso rischio di cesareo.

La I classe ha però un range di variabilità del 32% nella frequenza di tagli cesarei, passando dal 9% della Valle d'Aosta al più del 40% delle regioni Sicilia e Campania, e tale variabilità potrebbe essere riconducibile a politiche di intervento diverse. La III classe, analoga alla I ma definita dalle pluripare senza pregresso taglio cesareo, evidenzia invece una frequenza di cesarei inferiore, infatti tutte le regioni, eccetto la Campania, la Puglia e la Sicilia, hanno una percentuale di tagli cesarei rispetto alla popolazione della classe, non superiore al 7%, e in particolare Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, la Provincia Autonoma di Trento, Veneto e Friuli-Venezia Giulia, hanno percentuali di taglio cesareo non superiori al 3%.

La II classe di Robson (nullipare, singolo cefalico, a termine, travaglio indotto o TC prima del travaglio) include il 14% delle partorienti. Il limite derivante da una corretta definizione dei casi di taglio cesareo prima del travaglio, riportati da alcune regione anche nella modalità "altro", dell'informazione relativa al tipo di parto, per quanto riguarda la quota di cesarei urgenti fuori travaglio, potrebbe aver sottostimato il taglio cesareo di queste donne, anche se comunque sembrerebbe ben rappresentarle. Un ulteriore limite potrebbe derivare dalla quota di donne con travaglio indotto e taglio cesareo d'elezione escluse al fine di stimare, nella stessa classe, le donne con cesareo senza travaglio.

Nonostante i limiti appena definiti, anche questa classe fornisce un consistente contributo al tasso di taglio cesareo, la seconda in ordine di grandezza, pari a più del 20%. Fra le regioni, è presente un'ampia variabilità nella frequenza di tagli cesarei (31%), con valori massimi in Campania, che, pur caratterizzata da una scarsa qualità dell'informazione, ha una percentuale di cesarei di circa 96 punti, seguita dalla Puglia con il 62%, e il 30% della Provincia Autonoma di Trento.

La IV classe (pluripare, escluso precedente TC, singolo cefalico, a termine, travaglio indotto o TC prima del travaglio) essendo definita da donne con le stesse caratteristiche della II classe, eccetto che trattasi di pluripare e non nullipare, presenta gli stessi limiti appena descritti. Nella classe è incluso il 7% del totale dei parti, con un contributo al totale dei tagli cesarei di poco più di 7 punti percentuali. Il valore medio del tasso di cesarei in questa classe è del 37%, le regioni Piemonte, Valle d'Aosta, Umbria, Campania (87%) e Puglia, hanno tutte valori superiori alla media.

La V classe (precedente TC, singolo cefalico, a termine), essendo definita da donne con precedente taglio cesareo, è quella che da il maggior contributo al tasso di tagli cesarei, con un valor medio di quasi 88 punti percentuali. Le regioni Campania, Puglia e Sicilia, presentano tassi superiori alla media. In realtà, sulla base di infor-

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 249

mazioni scientifiche, le donne, con pregresso taglio cesareo, dovrebbero ricevere notizie più dettagliate sui benefici e sui rischi di un ulteriore taglio cesareo, poiché al 2003 solo il 12% ha un parto vaginale dopo precedente cesareo.
Le classi VI e VII sono definite dai parti, rispettivamente di nullipare e pluripare, in presentazione podalica. Gli interventi rivolti a ridurre la presentazione podalica, potrebbero offrire la possibilità di una scelta più informata per la donna, riducendo così non solo il peso di tali classi, ma anche l'intervento di taglio cesareo, e la frequenza di donne nella classe precedente, per le gravidanze successive.
I parti nella VI classe sono più del 2% del totale dei parti, e per la VII l'1,5%. Il valore medio del tasso di tagli cesarei per le due classi è rispettivamente del 95% e del 93%; in entrambi i casi, eccetto le regioni Valle d'Aosta, Emilia-Romagna e Umbria, tutte le altre regioni presentano tassi di taglio cesareo vicini ai rispettivi valori medi.
La classe VIII è quella che considera le gravidanze multiple. Le indicazioni sul taglio cesareo in tali gravidanze, sono diverse. Il valore medio di cesareo in questa classe è dell'82%, e nelle regioni Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, Emilia-Romagna e Sicilia, si osservano valori inferiori all'80%.
La classe IX è caratterizzata dalle presentazioni anomale in parti singoli. In questa classe, rispetto ad un valor medio di taglio cesareo dell'80%, le regioni Campania, Sicilia e Puglia, hanno tutte tassi elevati e superiori alla media.
La classe X è definita dai parti di nascite singole, cefaliche, pretermine, pari a più del 5% del totale dei parti; contribuiscono al totale dei cesarei nella misura del 7%. Ad oggi le posizioni sull'efficacia del taglio cesareo elettivo in caso di nascite pretermine, sono diverse, e comunque si osserva un range di variabilità fra i tassi di taglio cesareo nelle diverse regioni del 29%.
I risultati così ottenuti, sono stati messi a confronto con quelli della regione Emilia-Romagna, che è stata fra le prime regioni ad occuparsi del fenomeno oggetto di studio attraverso le classi di Robson.

Conclusioni

In Italia, il tasso di tagli cesarei è tra i più elevati del mondo. Inoltre la variabilità osservata fra i diversi punti nascita, determina preoccupazioni ancora maggiori, e se a questo si aggiunge che da studi effettuati, sembrerebbe che un contributo rilevante sia fornito dai tagli cesarei elettivi, tra i quali sono compresi cesarei i cui determinanti non sono clinici, è chiaro come l'attenzione su tali problematiche deve rimanere alta ma soprattutto, dovremmo essere in grado di fornire indicatori che riescano a descrivere tutte le componenti del fenomeno.
Ad oggi dalla rilevazione dei Certificati Di Assistenza al parto (CeDAP), non è possibile conoscere i casi di cesareo urgenti, e quindi non elettivi, fuori travaglio. Alcune regioni hanno provveduto ad inserire ulteriori specifiche a riguardo, ma ognuna con propri criteri. Inoltre l'informazione relativa ai cesarei in assenza di travaglio, fondamentale ai fini della classificazione di Robson, non è specificatamente individuata, per cui si crea confusione nel momento in cui si deve distinguere il cesareo d'elezione da quello in travaglio. Altro grande problema deriva dall'impossibilità di distinguere le mancate risposte, dall'assenza dei casi, come si è osservato nel momento in cui si è ricostruita l'informazione della parità.
Il presente lavoro, dati i limiti di qualità dei dati CeDAP, si è proposto di stimare la percentuale di tagli cesarei nel nostro paese in sottopopolazioni di donne che hanno partorito.
In particolare le donne nullipare con parto singolo cefalico a termine e travaglio spontaneo (I classe) e le nullipare con parto singolo cefalico a termine e travaglio indotto o taglio cesareo prima del travaglio (II classe), quindi in condizioni potenzialmente favorevoli al parto naturale, presentano comunque, rispettivamente, più del 20% e quasi il 53% di tagli cesarei. Invece le donne pluripare, che non hanno avuto un precedente taglio cesareo, con parto singolo cefalico a termine e travaglio spontaneo (III classe), hanno solo l'8% di tagli cesarei.
L'elemento discriminante fra i due collettivi è rappresentato dalla parità. Sembrerebbe quindi che, una donna che ha già avuto parti naturali in precedenza, eviti più facilmente il ricorso ad un taglio cesareo.
Le donne con precedente taglio cesareo e parto singolo, cefalico e a termine (V classe), invece, nell'88% dei casi subiscono nelle gravidanze successive, un nuovo taglio cesareo.
Infine, le rimanenti classi presentano una percentuale molto elevata di tagli cesarei, giustificata però dal fatto che, probabilmente, raggruppano donne con caratteristiche tali da rendere un parto naturale rischioso.
L'analisi dei risultati porterebbe a pensare che, spesso, il taglio cesareo sembra essere utilizzato più che per un'obiettiva necessità, per motivi preventivi, per evitare cioè eventuali complicanze.
In conclusione, quanto emerso dovrebbe far riflettere maggiormente sull'effettiva necessità di impiego del taglio cesareo, così diffuso nel nostro paese.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 250

Riferimenti bibliografici

(1) AA.VV., Definition and adjustment of Cesarean section rates and assessments of hospital performance, International Journal for Quality in Health Care 1999, Volume 11, Number 4.
(2) Arsieri R., Formisano V., Pugliese A., Saporito M. e Triassi M., Prevalenza di cesarei e tipo di struttura di parto in Campania, www.iss.it, (Pubblicazioni, Notiziario, 2002, Volume 15, Numero 6, giugno 2002).
(3) Ascone G., D'Ippolito F., Fortino A., Lispi L., L'eccessivo ricorso al taglio cesareo – Analisi dei dati italiani, http://www.ministerosalute.it/programmazione/sdo/sdo.jsp.
(4) Boccuzzo G., Salmaso L., Visonà Dalla Pozza L., Zambon F., Facchin P., Utilizzo delle schede di dimissione ospedaliera per il calcolo di alcuni indicatori demografici di natalità e fecondità, Giornate di Studio sulla Popolazione, Bari, 27 - 29 gennaio 2003.
(5) Burgio A., Loghi M. e Prati S., I CeDAP come irrinunciabile fonte informativa per la natalità e la nati-mortalità, Roma, 29 ottobre 2003, Ministero della Salute.
(6) Buratta V., Bugio A., Lo Conte M., Loghi M. e Prati S., L'informazione sulle nascite in Itali, in Atti del Convegno "La nascita dall'informazione all'intervento", Osservatorio regionale della patologia in età pediatrica, Venezia 21 marzo 2003.
(7) Fay Menacker, DR. P. H. and Sally C. Curtin, M. A., Trends in Cesarean Birth and Vaginal Birth after previous Cesarean, 1991-99, in National Vital Statistics reports, Volume 49, Number 13.
(8) Spinelli A., I parti cesarei in Italia: andamenti e variabilità regionale, http://www.epicentro.iss.it/problemi/percorso-nascita/spinelli.htm.
(9) Istat, L'Indagine Campionaria Sulle Nascite - Obiettivi, metodologia e risultati della prima edizione 2002, settore Popolazione, collana Informazioni.
(10) Istat, Dimissioni dagli istituti di cura in Italia – Anni 1999 e 2002, settore Sanità e previdenza, collana Informazioni.
(11) Istat, Il percorso della maternità: gravidanza, parto e allattamento al seno – Indagine Multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" Anni 1999-2000, settore Famiglia e società, collana Informazioni.
(12) Ministero della Salute, Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero – Dati SDO anni vari (1999-2004).
(13) Ministero della Salute, Certificato di Assistenza al Parto (CeDAP) – Analisi dell'evento Nascita - Anni 2002-2004.
(14) Bollettino Ufficiale della Regione Campania, Indicazioni per il taglio cesareo n. 20 Aprile 2005.
(15) Rapporto sulla natalità in Campania Sistema di Sorveglianza della Natalità, Natimortalità e Difetti Congeniti con il Certificato di Assistenza al Parto Anno 2003.
(16) Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio. Progetto regionale "Promuovere l'appropriatezza dell'assistenza al parto", Ottobre 2003.
(17) Fantini M. P., Dallolio L., Stivanello E., Bravi F., Savoia E., Cesarean section rates in Italian regions: 1998-2002 Italian Journal of Public Health; Year 3, Volume 2, Number 2, Summer 2005.
(18) Menacker F., Trends in caesarean rates for first births and repeat caesarean rates for low-risk women United States, 1990-2003 National vital statistics reports; Volume 54, Number 4, September 2005.
(19) Regione Emilia Romana, La nascita in Emilia Romana - Rapporto sui dati del Certificato di Assistenza al Parto: Anni 2003-2004.
(20) Basevi V., Baronciani D., Taglio cesareo elettivo: epidemiologia e tendenze. In Alberico S., Wiesenfeld U., Taglio cesareo. Dalle linee guida al caso clinico, Trieste: Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia; 2004. pagg. 11-26.
(21) Robson M.S., Can we reduce the caesarean section rate? Best Practive & Research Clinical Obstetrics & gynaecology 2001. 15: 179-94 (Medline).

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 251

Abortività spontanea

Significato. La normativa italiana definisce l'aborto spontaneo (AS) come l'interruzione involontaria della gravidanza che si verifica entro 180 giorni di gestazione, cioè 25 settimane e 5 giorni. Dopo tale limite gestazionale, l'evento viene classificato come nato morto. Altri paesi adottano differenti definizioni: attualmente l'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO), nella classificazione internazionale delle malattie, definisce genericamente la morte fetale senza far riferimento alla durata della gravidanza, lasciando però intendere, nelle richieste dati presso organismi internazionali, che debba essere il peso (più o meno 500 grammi) il fattore discriminante tra aborto spontaneo e nato morto. A tale peso (informazione non presente nei dati sull'AS) corrisponde in genere un periodo gestazionale massimo di 22 settimane.
Sebbene i fattori biologici (quali età della donna e dell'uomo, la parità, eventuali patologie) siano tuttora considerati come i più importanti determinanti della frequenza del fenomeno, in alcuni studi si è evidenziato che questo evento può essere associato a specifiche condizioni lavorative ed esposizioni ambientali.

Rapporto di abortività spontanea

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Aborti spontanei di donne di 15-49 anni}}{\text{Nati vivi da donne di 15-49 anni}} \times 1.000$$

Validità e limiti. I dati sono rilevati dall'Istat che raccoglie i casi per i quali si sia reso necessario il ricovero in istituti di cura sia pubblici che privati. Gli AS non soggetti a ricovero, quali ad esempio gli aborti che si risolvono senza intervento del medico o che necessitano di sole cure ambulatoriali, non vengono pertanto rilevati. Le statistiche ufficiali dell'Istat sul fenomeno hanno il pregio di ricostruire la serie storica dell'AS in tutto il territorio nazionale, anche se non consentono uno studio su specifici fattori di rischio, ad esclusione delle usuali informazioni di natura socio-demografica. È molto difficoltoso effettuare confronti con altri paesi sia perché non risulta che abbiano registri a copertura nazionale, sia a causa di differenti definizioni adottate (Approfondimento "Natimortalità e abortività spontanea: definizioni e implicazioni epidemiologiche", pagg. 254-256).
L'indicatore maggiormente diffuso in letteratura e qui utilizzato è il rapporto di abortività spontanea riferito ai soli nati vivi. In realtà l'indicatore più corretto da un punto di vista metodologico è la proporzione di abortività che considera al denominatore tutti i casi a rischio di aborto spontaneo, ovvero il totale delle gravidanze dato dalla somma dei nati vivi, nati morti, aborti spontanei e una parte delle interruzioni volontarie della gravidanza (ovvero quella parte che potrebbe aver evitato il verificarsi di un AS avendo agito prima che questo potesse verificarsi).

Valore di riferimento/Benchmark. Non essendo disponibile alcun valore di riferimento, può essere assunto come tale il valore medio relativo alle tre regioni con indicatore più basso.

Descrizione dei risultati

Il dato dell'anno 2004 conferma l'aumento del fenomeno ormai consolidato da tempo: il numero dei casi di dimissioni per AS registrati sono stati 75.457, cifra a cui corrisponde un rapporto di abortività pari a 130,2 per 1.000 nati vivi (124,8 per il rapporto standardizzato). Rispetto all'anno precedente quindi si verifica un aumento di circa il 5%. Le differenze territoriali sono rimaste abbastanza costanti nel tempo: fino a metà degli anni Novanta i valori più elevati si sono osservati al Nord, poi è stato il Centro a prevalere sul resto d'Italia, mentre il Mezzogiorno ha sempre presentato valori più bassi. Tali andamenti possono essere in parte spiegati dalle differenze territoriali dell'età media al parto, come si evidenzia dalle differenze tra i rapporti grezzi e quelli standardizzati. Considerando il dettaglio regionale, valori particolarmente elevati si notano nel Lazio, in Friuli-Venezia Giulia e Basilicata. Come evidenziano numerosi studi, l'età avanzata della donna è un fattore associato ad un rischio di abortività spontanea più elevato. I rapporti specifici per età infatti crescono al crescere dell'età della donna, ad esclusione delle giovanissime (<20 anni) che hanno valori superiori a quelli delle donne di età 20-29 anni. In particolare un rischio significativamente più elevato si nota a partire dalla classe di età 35-39 anni, dove il valore dell'indicatore supera del 66% quello riferito alla classe d'età precedente, e si quadruplica nelle donne oltre i 39 anni. Questi valori non hanno subito sostanziali modifiche nel corso del tempo. L'aumento del rapporto di abortività spontanea può essere attribuibile a vari fattori, quali una diagnosi più precoce della gravidanza, una migliorata notifica dell'evento, l'innalzamento dell'età della madre al parto e in particolare al primo figlio, il ricorso a tecniche di procreazione medicalmente assistita o la diffusione di fattori ambientali e

M. LOGHI, A. SPINELLI

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 252

lavorativi che hanno un'influenza negativa sullo sviluppo del feto. I dati di fonte amministrativa dell'Istat, come tutti i flussi routinari, non possono fornire informazioni su tutti questi aspetti. Nell'anno 2000 l'Istat ha inserito nel modello di rilevazione dell'AS il quesito mirato a rilevare se l'evento sia accaduto a seguito del ricorso a tecniche di procreazione medicalmente assistita, rilevandone anche il metodo in caso di risposta affermativa. Purtroppo i dati raccolti risultano essere sottostimati e inutilizzabili per tentare di valutare quanta parte degli AS sia dovuta all'aumentato ricorso a queste tecniche.

Tabella 1 - *Rapporti (specifici per età, grezzi e standardizzati per 1.000 nati vivi) di dimissioni da istituti di cura per aborto spontaneo per regione e classe di età - Anno 2004*

Regioni	Classi di età 15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Rapporto grezzo	Rapporto std
Piemonte	118,9	100,0	82,9	93,1	147,6	416,3	935,3	117,4	112,5
Valle d'Aosta	182,1	83,2	54,5	102,4	150,7	168,1	546,3	104,5	99,2
Lombardia	165,2	104,4	90,4	99,8	159,6	387,4	1051,1	125,7	120,0
Trentino-Alto Adige	155,6	96,9	83,4	98,3	159,9	401,2	1483,6	123,5	117,4
Bolzano-Bozen	*176,9*	*84,6*	*76,9*	*90,6*	*133,7*	*401,8*	*1258,6*	*111,8*	*106,7*
Trento	*126,9*	*110,5*	*89,9*	*106,2*	*184,2*	*400,6*	*1713,3*	*135,2*	*127,9*
Veneto	183,3	111,0	107,1	109,8	175,6	439,4	1308,8	141,0	134,5
Friuli-Venezia Giulia	168,8	122,4	110,5	122,0	192,5	510,7	2577,8	156,2	147,8
Liguria	200,2	95,5	72,8	73,4	131,8	373,3	796,6	107,6	99,1
Emilia-Romagna	119,3	95,2	93,7	104,8	173,9	419,6	764,2	132,0	124,1
Toscana	180,8	111,0	99,2	109,8	181,1	426,6	1236,3	141,6	132,6
Umbria	112,0	72,4	80,7	87,4	159,2	299,4	878,5	109,9	105,1
Marche	75,6	87,8	84,1	93,2	175,2	432,4	881,2	122,4	116,3
Lazio	263,9	166,8	135,7	137,7	207,3	527,6	1707,3	179,6	169,7
Abruzzo	131,2	81,6	90,1	102,4	146,3	380,2	747,5	119,5	114,6
Molise[a]	200,3	87,4	67,2	73,4	123,5	316,4	454,8	95,0	92,8
Campania	120,0	83,2	83,8	90,6	169,4	427,4	891,0	112,1	114,4
Puglia	85,9	83,8	81,9	91,2	166,5	407,7	903,6	112,5	112,3
Basilicata	238,7	80,6	106,6	125,7	214,4	430,9	676,4	149,7	143,9
Calabria	134,6	84,2	86,1	102,6	181,7	406,3	1062,2	121,9	121,6
Sicilia	124,3	89,8	91,8	103,8	180,0	473,9	1122,4	124,4	126,0
Sardegna	100,5	101,4	89,0	106,9	186,8	458,3	887,2	147,4	127,5
Nord-Ovest	*155,0*	*102,4*	*86,7*	*95,8*	*154,0*	*390,9*	*989,9*	*121,9*	*116,0*
Nord-Est	*155,1*	*104,4*	*99,9*	*108,1*	*175,1*	*435,2*	*1159,9*	*137,4*	*130,1*
Centro	*192,7*	*128,3*	*113,3*	*120,0*	*192,7*	*471,4*	*1386,1*	*155,7*	*146,3*
Isole	*121,6*	*91,3*	*91,3*	*104,4*	*182,0*	*468,7*	*1030,5*	*129,1*	*126,3*
Sud	*116,3*	*85,5*	*86,6*	*97,5*	*172,8*	*432,8*	*939,0*	*119,5*	*118,7*
Italia	**137,7**	**98,6**	**93,4**	**103,5**	**172,2**	**430,8**	**1077,9**	**130,2**	**124,8**

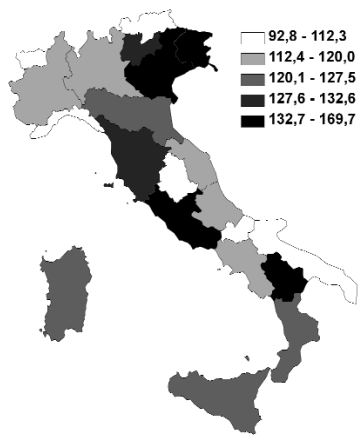
[a]I rapporti della regione Molise sono stimati.

Nota: La standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento i nati vivi in Italia nel 2001.

Fonte dei dati e anno di riferimento:Istat. Indagine sulle dimissioni dagli istituti di cura per aborto spontaneo. Anno 2004.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 253

Rapporto standardizzato di abortività spontanea (per 1.000 nati vivi) per regione. Anno 2004



Raccomandazioni di Osservasalute

Per una migliore valutazione del fenomeno sarebbe importante costruire un indicatore che abbia al denominatore tutte le gravidanze conosciute. Inoltre per comprendere al meglio l'influenza dei fattori ambientali e lavorativi sull'AS sono necessari studi condotti *ad hoc* su popolazioni di specifici settori lavorativi e/o su particolari fattori di esposizione. Infine è importante che le donne in gravidanza esposte ad attività lavorative associate ad un maggior rischio di abortività siano trasferite ad altre mansioni nei primi mesi di gravidanza, come indicato dal Decreto Legge n. 151 del 26 marzo 2001 (Testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, a norma dell'articolo 15 della Legge 8 marzo 2000 n. 53).

Riferimenti bibliografici

(1) World Health Organisation (2005), International classification of diseases, injuries and causes of death. X revision, Geneva, WHO. http://www.who.int/classifications/icd/en/.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 254

Natimortalità e abortività spontanea: definizioni e implicazioni epidemiologiche

Dott.ssa Marzia Loghi, Prof. Piero Giorgi, Dott.ssa Daniela Pierannunzio

Contesto

L'argomento di interesse è la verifica delle attuali definizioni nazionali per l'individuazione degli esiti negativi della gravidanza. In particolare, escludendo le interruzioni volontarie della gravidanza (IVG) che si autodefiniscono in quanto successive ad un intervento medico volontario, il problema risiede nella definizione di aborto spontaneo (AS) e nato morto (NM) e nella verifica della correttezza delle definizioni stesse, anche alla luce del rinnovarsi delle conoscenze e delle prestazioni medico sanitarie in gravidanza.
In Italia i casi di AS vengono individuati come interruzioni involontarie di gravidanza avvenute entro il 180° giorno compiuto di amenorrea (ovvero 25 settimane e 5 giorni). Quindi attualmente la definizione si basa esclusivamente sulla durata della gestazione. I casi di espulsione del feto dopo il 180° giorno vengono registrati come casi di nati morti.
La classificazione internazionale delle malattie (WHO), definisce genericamente la morte fetale come "*la morte che avviene prima della completa espulsione o estrazione dalla propria madre di un prodotto del concepimento, indipendentemente dalla durata della gravidanza; la morte è indicata dal fatto che dopo tale separazione il feto non respira né mostra qualsiasi altro segno di vita, come il battito cardiaco, la pulsazione del cordone ombelicale o il chiaro movimento di muscoli volontari*", ma nelle richieste dati che pervengono all'Istat dagli organismi internazionali si intende che debba essere il peso il fattore discriminante tra AS e NM.
Alcuni paesi hanno cambiato definizione nel corso del tempo seguendo due opzioni possibili: a) seguire le prassi mediche che indicano come AS l'esito negativo precoce e quindi riducono il periodo di gestazione nel quale l'espulsione di un feto senza segni vitali viene definito come AS a favore di una estensione del periodo in cui lo stesso evento viene classificato come NM; b) adeguarsi alla proposta WHO che vede nel peso del feto all'evento, invece che nella durata di gestazione, la principale discriminante tra AS e NM.

Metodi

Nel presente lavoro quindi vengono effettuate diverse ricostruzioni degli eventi AS e NM considerando diverse ipotesi:
- soglia della durata gestazionale posta a 22 settimane;
- soglia della durata gestazionale posta a 24 settimane;
- soglia individuata solo dal peso di 500 grammi;
- soglia individuata congiuntamente dalla durata gestazionale di 22 settimane e dal peso di 500 grammi;
- soglia individuata congiuntamente dalla durata gestazionale di 24 settimane e dal peso di 500 grammi.

In tutti i casi una parte degli AS viene ricodificata come NM e solo negli ultimi tre casi può avvenire anche il contrario (ovvero NM con peso < 500g sono considerati AS). Poiché l'informazione sul peso non è disponibile per gli AS, non è possibile rilevare la quota di AS > 500g che diventerebbero NM.
Dopo aver effettuato questa ricodifica, vengono ricalcolati i tassi di natimortalità e di abortività spontanea in serie storica.
Da sottolineare che i dati sugli AS sono disponibili a partire dall'anno 1982 fino al 2003, mentre quelli sulle nascite nel periodo 1980-1998, a causa della legge 127/97 che ha posto fine al processo di produzione di dati individuali sulle nascite e i parti di fonte Stato Civile. Le elaborazioni quindi vengono condotte per gli anni dal 1982 al 1998.

Risultati e Discussione

Le attuali tendenze del numero di AS e del numero di NM evidenziano un comportamento opposto: mentre i primi aumentano del 19% passando da 56.157 a 66.666 casi tra il 1982 e il 1998, i NM diminuiscono del 56%, passando da 4.757 a 2.089 (tabella 1).
Nel dettaglio, considerando la riclassificazione basata sulle 22 settimane di gestazione, il numero di NM viene modificato per un ammontare compreso tra il +33% del 1982 e il +44% del 1998. Utilizzando la riclassificazione basata sulla soglia dei 24 mesi di gestazione la sostanza dei risultati non si modifica anche se varia sensibilmente, come era evidentemente da attendersi, il livello totale della variazione (infatti i NM sono modificati secondo un ammontare compreso tra il +13% e il +17%).
Questo andamento crescente della differenza relativa tra i NM 'originali' e quelli ottenuti dopo la riclassificazione (NM') può essere spiegato dal fatto che, pur diminuendo entrambe le quantità nel corso del tempo, il calo di NM' è inferiore (-53% contro il -56% di NM).

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 255

Tabella 1 - *Numero di nati morti e di aborti spontanei secondo le varie definizioni adottate - Anni 1982-1998*

Anni	Dati originali		Ipotesi 1 Soglia a 22 sett.		Ipotesi 2 Soglia a 24 sett.	
	AS	NM	AS'	NM'	AS'	NM'
1982	56.157	4.757	54.573	6.341	55.516	5.398
1983	58.036	4.459	56.447	6.048	57.463	5.032
1984	59.237	4.175	57.766	5.646	58.646	4.766
1985	56.730	3.871	55.237	5.364	56.098	4.503
1986	54.635	3.584	53.286	4.933	54.039	4.180
1987	55.581	3.483	54.298	4.766	55.011	4.053
1988	55.527	3.453	54.301	4.679	55.022	3.958
1989	56.946	3.128	55.745	4.329	56.469	3.605
1990	56.902	3.103	55.755	4.250	56.458	3.547
1991	58.966	3.079	57.807	4.238	58.506	3.539
1992	58.240	2.762	57.207	3.795	57.824	3.178
1993	57.305	2.596	56.389	3.512	56.982	2.919
1994	62.681	2.377	61.624	3.434	62.302	2.756
1995	63.529	2.218	62.592	3.155	63.163	2.584
1996	65.635	2.186	64.699	3.122	65.298	2.523
1997	66.873	2.168	65.974	3.067	66.517	2.524
1998	66.666	2.089	65.749	3.006	66.315	2.440

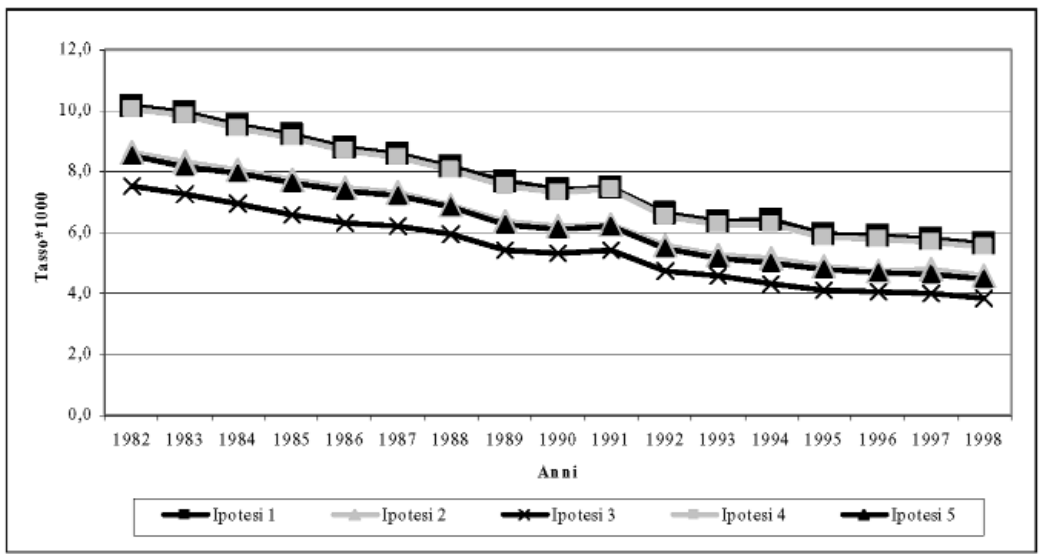
Anni	Ipotesi 3 Soglia a 500g		Ipotesi 4 Soglia a 22 sett. e 500g		Ipotesi 5 Soglia a 24 sett. e 500g	
	AS'	NM'	AS'	NM'	AS'	NM'
1982	56.221	4.693	54.637	6.277	55.580	5.334
1983	58.103	4.392	56.514	5.981	57.530	4.965
1984	59.291	4.121	57.820	5.592	58.700	4.712
1985	56.791	3.810	55.298	5.303	56.159	4.442
1986	54.701	3.518	53.352	4.867	54.105	4.114
1987	55.626	3.438	54.343	4.721	55.056	4.008
1988	55.575	3.405	54.349	4.631	55.070	3.910
1989	57.016	3.058	55.815	4.259	56.539	3.535
1990	56.966	3.039	55.819	4.186	56.522	3.483
1991	58.986	3.059	57.827	4.218	58.526	3.519
1992	58.292	2.710	57.259	3.743	57.876	3.126
1993	57.364	2.537	56.448	3.453	57.041	2.860
1994	62.746	2.312	61.689	3.369	62.367	2.691
1995	63.583	2.164	62.646	3.101	63.217	2.530
1996	65.679	2.142	64.743	3.078	65.342	2.479
1997	66.935	2.106	66.036	3.005	66.579	2.462
1998	66.707	2.048	65.790	2.965	66.356	2.399

Fonte dei dati e anno di riferimento: Indagine Istat sulle dimissioni dagli istituti di cura per aborto spontaneo. Anno 2007.

Nel dettaglio, considerando la riclassificazione basata sulle 22 settimane di gestazione, il numero di NM viene modificato per un ammontare compreso tra il +33% del 1982 e il +44% del 1998. Utilizzando la riclassificazione basata sulla soglia dei 24 mesi di gestazione la sostanza dei risultati non si modifica anche se varia sensibilmente, come era evidentemente da attendersi, il livello totale della variazione (infatti i NM sono modificati secondo un ammontare compreso tra il +13% e il +17%). Questo andamento crescente della differenza relativa tra i NM 'originali' e quelli ottenuti dopo la riclassificazione (NM') può essere spiegato dal fatto che, pur diminuendo entrambe le quantità nel corso del tempo, il calo di NM' è inferiore (-53% contro il -56% di NM). Se consideriamo anche il peso come fattore discriminante, i risultati in termini di variazioni percentuali sono molto simili a quelli ottenuti considerando solo le settimane di gestazione, in particolare sono leggermente inferiori in quanto prevedono una piccola quota di NM (inferiore alle 100 unità) che diventa AS. Studiando le variazioni indotte sugli AS dal cambio di definizione, queste risultano meno incisive poiché il loro peso va calcolato su un totale di circa 60.000 casi anziché sui 3.000 dei NM. Però vale la pena osservare che tali variazioni sono di segno negativo nel caso di una riclassificazione a 22 o 24 settimane (abbassando quindi la soglia che determina i NM dagli AS) e compresa tra -1,4% e -2,8% nel primo caso e tra -1,1% e -0,5% nel secondo (entrambi con trend decrescente). Poca differenza se oltre allo spostamento della soglia si considera anche il peso. Se invece si considera solo il peso come criterio di definizione, la variazione degli AS ha segno positivo pur essendo quantitativamente irrilevante (+0,1%).
Un seguito a queste considerazioni è dato dalla ricostruzione delle serie storiche del tasso di natimortalità (calcolato rapportando i NM al totale dei nati) secondo le varie ipotesi di riclassificazione (grafico 1).

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 256

Grafico 1 - *Tasso di natimortalità (per 1.000) calcolato secondo le varie ipotesi di riclassificazione degli eventi - Anni 1982-1998*



Fonte dei dati e anno di riferimento: Indagine Istat sulle dimissioni dagli istituti di cura per aborto spontaneo. Anno 2007.

Appare chiaro che, al cambiare delle definizioni, crescono i livelli di natimortalità mantenendo il trend dei dati originali. A parità di variazione assoluta degli ammontari riclassificati, l'impatto relativo (ovvero l'indicatore rapportato alla popolazione di riferimento) è più forte nel caso dell'aumento della natimortalità che dell'abortività spontanea (qui non rappresentata). Se si considera solo il criterio della durata di gestazione, l'abbassamento della soglia di giorni/settimane che discrimina gli AS dai NM, comporta una riclassificazione a vantaggio di questi ultimi. Il loro incremento è comunque ridotto, in virtù della particolare distribuzione degli eventi nelle settimane di gestazione, e non sembra in grado di modificare le tendenze in atto nei fenomeni ma solo di rideterminarne i livelli.
Se si adottasse la riclassificazione doppia che è quella più vicina alla proposta WHO (ovvero Ipotesi 4: soglia a 22 settimane di gestazione congiuntamente alla soglia di 500 grammi di peso), osserveremmo variazioni trascurabili per l'abortività spontanea (i cui livelli diminuirebbero di circa il 2%), ma non per la natimortalità. In questo caso infatti i tassi aumenterebbero di oltre il 30%: per es. per il 1998 i dati originali forniscono un tasso pari a 3,91 per 1.000 mentre quelli ricostruiti hanno un valore di 5,55 per 1.000.
Se quindi si adottasse questo criterio, i livelli di natimortalità in Italia finora risulterebbero essere stati sottostimati di circa un terzo rispetto alla misura ottenibile adottando le più aggiornate definizioni internazionali (come ipotizzato da Baronciani e Pregno, 2005) e soprattutto tale sottostima risulterebbe in costante aumento nel tempo.

Conclusioni

Il fatto che non tutti i paesi adottino la definizione combinata di durata e peso rende difficili i confronti internazionali e complica notevolmente l'analisi comparativa delle condizioni di assistenza alla gravidanza. Ma abbandonare una definizione a favore di un'altra limitandosi alla sola dimensione della durata comporta il peggioramento di tale situazione ed ogni sforzo andrebbe fatto per osservare il peso del feto in ogni tipologia di esito così da poter discriminare tramite esso tra AS e NM. Tale circostanza però non è applicabile (almeno nel caso italiano) semplicemente modificando le definizioni o operando sui dati attualmente disponibili ma sembra comportare una completa revisione degli schemi di rilevazione, alterando la loro serie storica.

Riferimenti bibliografici

(1) Baronciani D., Pregno S., "Natimortalità: definizioni e ricadute epidemiologiche", Rapporto Osservasalute, 2005, Università Cattolica. del Sacro Cuore di Roma, p.205.
(2) Cartlidge P.H.T., Stewart J.H. (1995), "Effect of changing the stillbirth definition on evaluation of perinatal mortality rates", The Lancet, 346, Issue 8973, August 19, 486-488.
(3) World Health Organisation (2005), International classification of diseases, injuries and causes of death. X revision, Geneva, WHO. http://www.who.int/classifications/icd/en/.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 257

Abortività volontaria

Significato. Nel 1978 fu approvata in Italia la Legge 194 "Norme per la tutela della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza" che regola le modalità del ricorso all'aborto volontario. Grazie ad essa qualsiasi donna per motivi di salute, economici, sociali o familiari, può richiedere l'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) entro i primi 90 giorni di gestazione. Oltre questo termine l'IVG è consentita per gravi problemi di salute fisica o psichica. L'intervento può essere effettuato presso le strutture pubbliche del Sistema Sanitario Nazionale e le strutture private accreditate e autorizzate dalle regioni. Il tasso di abortività volontarie è l'indicatore più frequentemente usato a livello internazionale (spesso utilizzando al denominatore la popolazione femminile di età 15-44 anni). Permette di valutare l'incidenza del fenomeno che in gran parte dipende dalle scelte riproduttive, dall'uso di metodi contraccettivi nella popolazione e dall'offerta dei servizi nei vari ambiti territoriali. Al fine di una valutazione più completa dell'IVG, è possibile calcolare questo indicatore specifico per alcune caratteristiche delle donne, ad esempio età, stato civile, parità, luogo di nascita, cittadinanza. Si può inoltre utilizzare il tasso standardizzato per età al fine di eliminare l'effetto confondente di questa variabile.

Tasso di abortività volontaria

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Interruzioni volontarie di gravidanza di donne di 15-49 anni}}{\text{Popolazione femminile media residente di 15-49 anni}} \quad \text{Denominatore} \times 1.000$$

Validità e limiti. L'indicatore viene elaborato con i dati raccolti, analizzati ed elaborati dall'Istat, dall'Istituto Superiore di Sanità e dal Ministero della Salute. Per ogni IVG effettuata è obbligatorio compilare il modello Istat D.12 e l'invio al sistema informativo nazionale. Ogni anno il Ministero della Salute presenta al Parlamento una relazione sull'andamento del fenomeno. Attualmente i dati italiani sono tra i più accurati ed aggiornati a livello internazionale. I limiti nell'indicatore possono essere rappresentati dal fatto che in alcuni casi viene calcolato utilizzando al numeratore tutte le IVG effettuate in regione (donne residenti e non) e al denominatore le donne residenti, provocando una sovrastima o sottostima del fenomeno. Utilizzando invece le donne residenti sia al numeratore che al denominatore, vengono esclusi alcuni casi relativi principalmente alle donne straniere.

Valore di riferimento/Benchmark. Non essendo disponibile alcun valore di riferimento, può essere assunto come tale il valore medio relativo alle tre regioni con indicatore più basso.

Descrizione dei risultati

I modelli D12 del 2004 pervenuti all'Istat, con 137.140 IVG registrate (numero sottostimato di circa 1.000 casi a causa della regione Sicilia che ha inviato un numero incompleto di schede) confermano la tendenza alla stabilizzazione del fenomeno, dopo un costante declino iniziato a partire da metà degli anni Ottanta (grafico 1). Tuttavia, se si scompone il dato per cittadinanza, si osserva ancora una diminuzione tra le cittadine italiane. Le regioni del Nord-Ovest e del Centro (eccetto le Marche) insieme alla Puglia presentano valori superiori alla media nazionale, anche se si è osservata nel tempo una riduzione delle differenze regionali.

Per quanto riguarda l'età della donna, nel 2004 il tasso più elevato è in corrispondenza della classe 20-24 (15,3 IVG per 1.000 donne) mentre in passato valori i più alti si osservavano tra le donne di età 25-29 e 30-34. Anche tra le minorenni, il cui ricorso all'IVG risulta essere in continuo aumento. Nel 2004 il 3% delle IVG risulta essere effettuato da donne al di sotto dei 18 anni di età, con un tasso pari a 4,9 per 1.000 (più elevato di oltre il 50% rispetto al 1994). Questo andamento può essere in parte determinato dall'aumento del contributo di IVG da parte delle donne straniere presenti nel nostro paese e che sono prevalentemente giovani (Capitolo "Salute degli immigrati", pagg. 283-319).

Osservando il fenomeno per stato civile (tabella 2), i livelli di abortività più elevati si osservano tra le separate, divorziate e vedove (21,8 per 1.000 nel 1994 e 25,7 per 1.000 nel 2004) che però numericamente costituiscono un gruppo molto piccolo. Dal 1997 il tasso di abortività delle donne nubili ha superato quello delle donne coniugate, con un aumento delle differenze nel corso del tempo. Infatti nel 1997 il tasso per le nubili era uguale a 9,4, mentre per le donne coniugate a 9,0; nel 2004 i valori sono diventati, rispettivamente, pari a 10,1 e 8,1.

M. LOGHI, A. SPINELLI

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 258

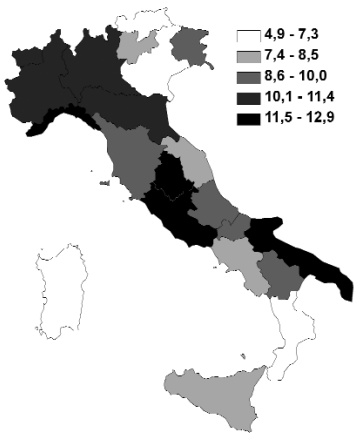
Tabella 1 - *Tassi (specifici per età, grezzi e standardizzati per 1.000 donne) di interruzioni volontarie della gravidanza per regione e classi di età – Anno 2004*

Regioni	Classi di età 15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Tasso grezzo	Tasso std
Piemonte	9,4	19,4	17,5	14,5	11,8	5,5	0,3	10,8	11,3
Valle d'Aosta	10,3	15,3	16,8	12,9	14,0	4,2	0,2	10,3	10,7
Lombardia	9,0	17,9	16,9	13,8	10,3	4,7	0,4	10,1	10,5
Trentino-Alto Adige	5,3	10,7	10,2	8,8	7,4	3,6	0,3	6,5	6,7
Bolzano-Bozen	*3,6*	*6,5*	*8,4*	*6,3*	*5,4*	*3,1*	*0,3*	*4,8*	*4,9*
Trento	*7,1*	*15,3*	*11,9*	*11,3*	*9,3*	*4,0*	*0,4*	*8,2*	*8,5*
Veneto	5,6	11,6	11,8	9,8	7,1	3,2	0,2	6,9	7,2
Friuli-Venezia Giulia	6,6	12,8	14,1	11,5	9,2	4,7	0,2	8,2	8,6
Liguria	13,3	21,2	21,5	16,0	12,2	5,3	0,6	11,8	12,9
Emilia-Romagna	8,5	19,7	18,0	15,2	11,8	5,2	0,5	10,9	11,4
Toscana	7,9	16,7	15,6	13,2	10,3	4,7	0,5	9,5	10,0
Umbria	7,7	19,7	19,6	16,5	13,3	6,4	0,6	11,9	12,3
Marche	5,5	12,3	12,2	10,7	8,3	3,7	0,3	7,5	7,7
Lazio	10,0	19,7	18,3	15,7	12,2	5,3	0,4	11,4	11,8
Abruzzo	6,7	13,3	14,0	12,4	11,0	5,6	0,5	9,1	9,3
Molise	8,2	12,8	10,6	11,2	11,3	6,2	0,5	8,7	8,8
Campania	5,5	12,3	12,4	12,0	10,0	4,8	0,5	8,4	8,4
Puglia	9,2	17,2	17,3	17,5	14,5	7,6	0,6	12,2	12,3
Basilicata	6,1	12,9	11,8	11,1	10,9	5,6	0,6	8,5	8,6
Calabria	3,9	9,1	10,0	10,3	10,4	4,6	0,5	7,1	7,3
Sicilia[a]	6,5	12,4	11,3	10,9	9,2	4,0	0,3	7,8	7,9
Sardegna	5,8	8,4	8,5	7,8	6,8	3,7	0,5	5,9	6,0
Nord-Ovest	*9,5*	*18,6*	*17,4*	*14,2*	*10,9*	*4,9*	*0,4*	*10,4*	*10,9*
Nord-Est	*6,6*	*14,5*	*14,2*	*11,9*	*9,1*	*4,1*	*0,3*	*8,5*	*8,8*
Centro	*8,6*	*17,8*	*16,7*	*14,4*	*11,2*	*5,0*	*0,4*	*10,3*	*10,7*
Sud[a]	*6,5*	*13,4*	*13,6*	*13,3*	*11,5*	*5,7*	*0,5*	*9,4*	*9,5*
Isole[a]	*6,3*	*11,4*	*10,6*	*10,1*	*8,6*	*3,9*	*0,4*	*7,3*	*7,4*
Italia[a]	**7,5**	**15,3**	**14,9**	**13,1**	**10,5**	**4,9**	**0,4**	**9,4**	**9,7**

[a]I tassi della regione Sicilia sono stimati.
Nota: La standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione femminile residente in Italia al 2001.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine sulle interruzioni volontarie di gravidanza. Anno 2004.

Tassi standardizzati di abortività volontaria (per 1.000 donne di età 15-49 anni) per regione. Anno 2004



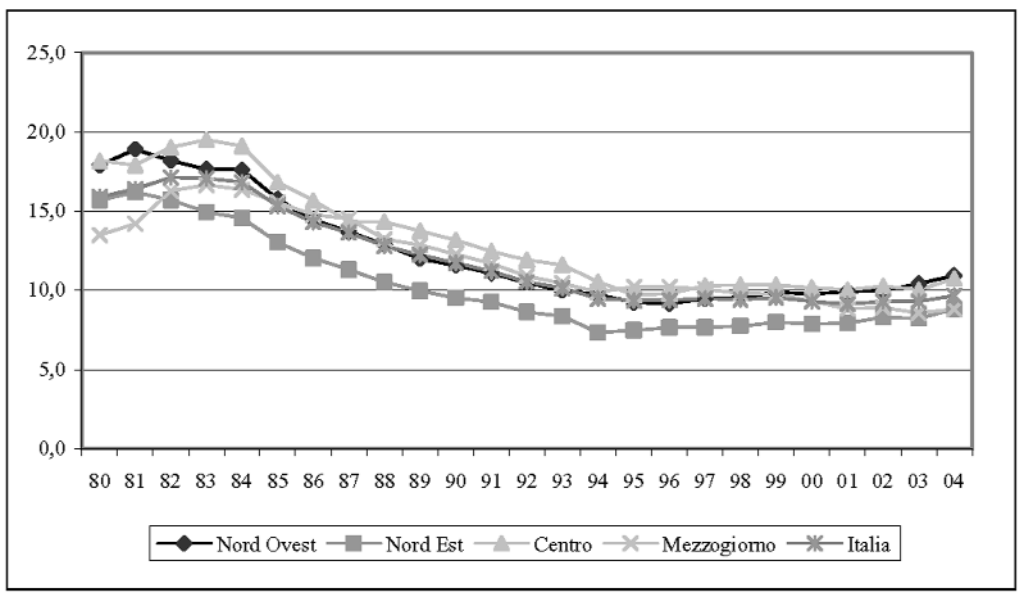
Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 259

Tabella 2 - *Tassi di abortività volontaria (per 1.000 donne di età 15-49 anni) per regione e stato civile - Anni 1994, 2004*

Regioni	Nubile		Coniugata		Altro[a]	
	1994	2004	1994	2004	1994	2004
Piemonte[b]	9,8	12,9	6,9	8,3	20,2	25,2
Valle d'Aosta	10,3	12,1	7,0	7,6	26,4	26,4
Lombardia	10,1	12,1	7,7	7,6	23,6	26,6
Trentino-Alto Adige	7,1	8,0	5,2	4,9	11,3	13,8
Bolzano-Bozen	*6,3*	*5,6*	*3,8*	*4,1*	*8,6*	*4,7*
Trento	*9,0*	*10,9*	*6,1*	*5,6*	*18,0*	*22,1*
Veneto	5,9	7,5	4,6	5,8	18,7	18,8
Friuli-Venezia Giulia	8,4	9,0	6,4	6,8	23,1	19,3
Liguria	12,3	15,4	9,5	7,7	28,5	29,5
Emilia-Romagna	10,3	12,1	8,5	8,7	25,9	30,7
Toscana	12,1	10,8	9,3	7,4	27,7	26,1
Umbria	11,0	13,0	11,4	10,0	35,3	32,9
Marche	7,6	8,1	5,9	6,4	16,5	24,0
Lazio	11,6	12,8	10,0	9,2	28,4	29,3
Abruzzo	8,9	9,6	10,7	7,9	20,5	28,2
Molise	9,6	9,1	15,0	8,0	19,3	17,2
Campania	5,9	7,4	11,1	8,7	16,4	24,1
Puglia	10,6	11,0	20,0	12,4	22,2	41,0
Basilicata	7,9	8,7	13,6	7,8	24,4	27,6
Calabria	4,3	5,7	9,2	7,7	8,6	19,2
Sicilia[b]	4,5	7,4	8,2	7,8	12,0	18,3
Sardegna	6,7	6,3	8,2	4,8	17,7	20,6
Nord-Ovest	*10,2*	*12,6*	*7,7*	*7,8*	*23,2*	*26,5*
Nord-Est	*7,9*	*9,4*	*6,3*	*6,9*	*21,7*	*23,3*
Centro	*11,2*	*11,6*	*9,4*	*8,3*	*27,4*	*27,9*
Sud	*7,4*	*8,5*	*13,6*	*9,5*	*17,4*	*28,1*
Isole[b]	*5,1*	*7,1*	*8,2*	*7,1*	*13,4*	*18,9*
Italia[b]	**8,7**	**10,1**	**9,3**	**8,1**	**21,8**	**25,7**

[a]Separata, divorziata e vedova.
[b]I tassi delle regioni Piemonte e Sicilia sono stimati.

Grafico 1 - *Tassi standardizzati di abortività volontaria (per 1.000 donne di età 15-49 anni) per regione – Anni 1980-2004*



Nota: La standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media femminile residente in Italia al 2001.
Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine sulle interruzioni volontarie di gravidanza. Anno 2004.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 260

Raccomandazioni di Osservasalute

La riduzione del fenomeno osservata nel tempo trova giustificazioni nella sostanziale modificazione della tendenza al ricorso all'IVG a favore di un maggiore e migliore uso dei metodi per la procreazione responsabile e si ha evidenza di un ruolo decisivo dei consultori familiari (Ministero della Salute, 2006).

Negli ultimi anni si è osservata una tendenza alla stabilizzazione del numero di IVG dovuta principalmente all'aumento delle donne straniere in Italia e al loro alto ricorso all'IVG. Il contributo crescente di queste donne può avere anche delle ripercussioni sulle caratteristiche delle donne che ricorrono all'aborto. Tuttavia, tenendo conto delle caratteristiche del fenomeno in Italia, sono ipotizzabili ancora margini di riduzione, anche attraverso un potenziamento dei servizi per la prevenzione specificamente rivolto alle giovani (soprattutto alle minorenni) e alle straniere.

Riferimenti bibliografici

(1) Ministero della Salute (2006), Relazione sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione della gravidanza. Dati definitivi 2004. Dati provvisori 2005. Ministero della Salute, 2006. www.ministerosalute.it.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 261

Una stima dell'abortività volontaria ripetuta

Dott.ssa Marzia Loghi, Dott.ssa Alessia D'Errico

Contesto

Lo studio dell'evoluzione del fenomeno dell'abortività volontaria viene chiaramente indicato come priorità all'interno della legge 194/78 che legalizza l'interruzione volontaria della gravidanza (IVG) imponendo la notifica obbligatoria di ogni IVG da parte dell'Istat, dell'Istituto Superiore di Sanità e del Ministero della Salute. Quest'ultimo presenta annualmente in Parlamento una relazione annuale sullo stato di attuazione della suddetta legge.

Nei dati raccolti dall'Istat non vi sono informazioni sulle ragioni che inducono una donna a interrompere la gravidanza pertanto l'analisi delle motivazioni deve basarsi su altre variabili che possano fornire indicazioni sul contesto (età, stato civile, titolo di studio, cittadinanza, condizione professionale). A questo proposito un aspetto rilevante è certamente quello dell'abortività ripetuta: sarebbe interessante individuare un sottogruppo di donne che di fatto dimostri di essere a maggior rischio di abortire, in modo tale da effettuare interventi di politica sanitaria più mirati.

Uno dei quesiti richiesti nel modello di dichiarazione di IVG riguarda la precedente esperienza abortiva delle donne: in particolare viene richiesto se la donna ha effettuato aborti volontari precedenti rispetto all'attuale, ma posteriori all'entrata in vigore delle legge che legalizza l'IVG. Però in caso di IVG ripetute, non è possibile ricondurre i modelli compilati ad un'unica donna in quanto manca un codice identificativo che permetta di fare un *record linkage*.

Nonostante questo limite si vuole stimare la propensione delle donne a ripetere l'IVG, ovvero la probabilità di effettuare una IVG di un determinato ordine, condizionata al fatto di aver compiuto una IVG di ordine immediatamente inferiore.

Prima di procedere, è utile avere un'idea dell'andamento del fenomeno nel corso del tempo.

Il trend seguito dal fenomeno dell'abortività volontaria ha evidenziato, tra il 1980 e il 2004 una netta riduzione dei livelli, con una stabilizzazione negli ultimi dieci anni. Tale stabilizzazione nasconde in realtà un cambiamento delle caratteristiche socio-demografiche del fenomeno. Attualmente l'IVG si sta progressivamente concentrando nelle età più giovani e nubili, mentre in passato era praticata maggiormente dalle donne coniugate di circa 30 anni, lasciando quindi ipotizzare, che nei primi anni di legalizzazione, l'IVG venisse utilizzata principalmente come mezzo di controllo della fecondità all'interno del matrimonio. Un'altra plausibile spiegazione si ritrova nell'aumento in Italia della presenza di donne straniere che hanno un rischio di abortività volontaria nettamente più elevato delle donne italiane ("Abortività volontaria", pagg. 257-260).

L'informazione sul numero di IVG è stata aggregata in tre categorie: 1, 2, 3 e oltre (il numero d'ordine pari a 1 indica che la donna ricorre per la prima volta all'aborto volontario, pari a 2 indica che la donna ricorre per la seconda volta all'IVG, 3 e oltre indica che la donna è al terzo o successivo aborto volontario).

L'abortività volontaria distinta per ordine è caratterizzata da valori elevati della percentuale di IVG di ordine 1, sul totale delle IVG effettuate da donne residenti in Italia, mentre il secondo e il terzo ordine presentano livelli molto più contenuti.

Il tasso di abortività volontaria totale (che indica il numero medio di IVG per donna) presenta un trend decrescente fino al 1995 per tutti gli ordini considerati, poi tende a stabilizzarsi. Infatti, come per l'abortività volontaria in generale, proprio a partire da tale anno si modificano le caratteristiche del fenomeno. La percentuale delle IVG ripetute per stato civile risulta maggiore per le donne coniugate che per le donne nubili, ma a partire dal 1995 diminuisce per le prime e aumenta per le seconde. Negli ultimi anni si avverte il maggiore contributo delle donne immigrate che, proprio perché hanno un rischio di IVG più elevato contribuiscono di più anche al fenomeno della ripetizione dell'aborto volontario. Infatti nel tempo la percentuale delle IVG ripetute diminuisce per le italiane e aumenta per le straniere.

Metodi

Come già accennato, poiché non si dispone di informazioni individuali ma solo relative all'evento verificatosi nell'anno di calendario, è necessario ricorrere ad una stima delle donne esposte a rischio di effettuare una nuova IVG. Per il raggiungimento di tale obiettivo è necessario conoscere la storia abortiva delle donne di una stessa generazione per tutto il loro periodo fecondo convenzionalmente fissato tra i 15 e i 49 anni (per un totale quindi di 35 anni di osservazione). Poiché i dati sono disponibili per il periodo 1982-2003 (quindi per un totale di 22 anni) non si ha, per nessuna generazione, una informazione completa che copra tutto il periodo 15-49 anni: in particolare nelle generazioni più vecchie mancano i dati antecedenti al 1982 (quindi prima della legge

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 262

e prima della nascita dell'indagine Istat), mentre quelle più recenti devono ancora vivere l'ultima parte del loro periodo fertile. Il primo passo da compiere è quindi il completamento delle generazioni.
È necessario sottolineare che si concentra l'attenzione sulle generazioni, ovvero gruppi di individui nati in uno stesso periodo di tempo, e non sui contemporanei, ovvero individui che sperimentano l'evento considerato nello stesso anno di calendario ma in età diverse, poiché il comportamento demografico a qualsiasi età non è mai indipendente da ciò che è avvenuto alle età precedenti. È quindi logico che i fenomeni demografici vadano studiati e interpretati longitudinalmente, seguendo cioè le generazioni omogenee per esperienza; mentre lo studio per contemporanei, aggregando cioè segmenti di comportamenti prodotti da esperienze eterogenee, meglio si presta ad una analisi congiunturale importante per l'interpretazione causale. Per questo motivo si è scelto di considerare il completamento delle generazioni in modo da tener conto della storia abortiva delle donne nate nello stesso anno.
Analogamente al fenomeno della fecondità, l'abortività si manifesta principalmente nelle età centrali, per poi avere un calo continuo fino ai 49 anni (convenzionalmente stabiliti come fine del periodo fecondo).
La conoscenza di questo andamento ha condizionato la scelta delle generazioni da completare: sono state considerate quelle che hanno un numero sufficiente di dati da far ipotizzare di aver già passato il picco massimo e di essere appunto in fase discendente. Queste risultano essere le generazioni di donne nate tra il 1967 e il 1976 alle quali viene applicato un modello per stimare i tassi di IVG con riferimento al loro comportamento futuro.
Il metodo di stima prescelto è di tipo non parametrico: l'interpolazione delle curve dei tassi IVG per generazione avviene considerando le funzioni di tipo *Spline* che consentono di non imporre alcuna struttura matematica particolare alla funzione ma mantenendo quanto più possibile aderenza ai dati reali.
Una volta completate le curve dei tassi IVG delle generazioni per stimare la propensione delle donne a ripetere l'IVG, (ovvero le probabilità di sperimentare un aborto di ordine superiore, per le donne che hanno già fatto ricorso ad IVG di ordine inferiore) si costruiscono le tavole di eliminazione per rango. Queste descrivono la graduale uscita dallo stato iniziale degli appartenenti ad una generazione a causa del verificarsi dell'evento studiato, e la loro entrata nello stato successivo. Attraverso queste tavole si ottiene quindi la probabilità che una donna ricorra ad una IVG di ordine i+1, tra l'età precisa x e l'età precisa x+1, sapendo che essa appartiene alla coorte di donne che hanno effettuato i IVG.
La valutazione delle probabilità richiede la conoscenza, oltre che delle IVG per età della donna e ordine al numeratore, anche della popolazione femminile a denominatore per età e ordine di IVG, ovvero l'effettiva popolazione a rischio.
Poiché non si conosce tale popolazione a rischio, la costruzione delle tavole avviene con il metodo degli eventi ridotti.
Con riferimento al primo ordine di IVG, questa categoria di eventi sono assimilabili ai tassi di IVG per età per ciascuna generazione. La probabilità di eliminazione del primo ordine (formula seguente) è data dal rapporto tra gli eventi ridotti e la serie di donne "sopravviventi" ad ogni età. Col termine "sopravviventi" ad una certa età x si intendono le donne che all'età x sono ancora oggetto di osservazione in quanto non hanno effettuato l'IVG.

$$ {}_1b_x = \frac{IVG_j^1(x,x+1)}{G_x^1} $$

Partendo all'età 15 anni da un contingente iniziale di 1.000 donne, a 16 anni il denominatore della probabilità (formula seguente) si ottiene come differenza tra 1.000 e il tasso IVG a 15 anni, ottenendo le donne che a 16 anni non hanno ancora effettuato una IVG. Per le età successive la differenza interessa le donne sopravviventi all'età precedente e i tassi IVG della stessa età.

$$ G_{16}^1 = 1.000 - IVG_j^1(15) $$

$$ G_{17}^1 = G_{16}^1 - IVG_j^1(16) $$

Queste probabilità non forniscono un elevato contributo informativo, rispetto a quanto si è osservato attraverso i tassi, invece importante risulta essere il denominatore delle probabilità, ovvero gli esposti al rischio. Ad ogni età si ottiene la quota di donne che non ha ancora fatto ricorso all'IVG, a 49 anni si ottiene la quota di

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 263

donne che alla fine del periodo fecondo non hanno mai fatto ricorso all'IVG, pur essendo stata esposta al rischio.
Per gli ordini 2 e 3 e oltre, considerando la somma dei tassi IVG per età dell'ordine precedente (che corrisponde al tasso di abortività volontaria totale), la serie delle sopravviventi ad ogni età si ottiene come differenza tra la somma dei tassi IVG dell'ordine precedente e i tassi IVG dell'ordine considerato effettuate prima della durata esatta *x*.

$$G_x^{i+1} = TAVT^i - \sum_{y=15}^{x-1} IVG^{i+1}(x, x+1) \quad \text{per i} = 1, 2$$

Ad ogni età si ottiene la quota di donne che, pur essendo state esposte al rischio, non hanno ancora ricorso all'IVG dell'ordine considerato.
A partire da queste informazioni, per ciascun ordine di IVG, è stata calcolata la proporzione di donne che alla fine del periodo fecondo non ha fatto ricorso all'IVG di primo, secondo o terzo e successivo ordine; di fatto questa misura è una probabilità essendo determinata dal rapporto tra i casi favorevoli (contingente di donne di 49 anni che per tutto il periodo fertile non ha sperimentato l'IVG dell'ordine considerato) e casi possibili (contingente di donne di 15 che, per il primo rango, è pari a 1.000, quindi tutte le donne che alle età successive potrebbero sperimentare la prima IVG, e per i ranghi successivi è rappresentato da tutte le donne che hanno già sperimentato l'IVG dell'ordine precedente). Il complemento a 1 di questa quantità determina la probabilità di aumento della parità, ovvero la probabilità di passare da una IVG di un determinato ordine a quello successivo.

Risultati

Tabella 1 - *Probabilità di non ricorrere all'IVG, di ricorrere all'IVG di ordine 2 e 3 e oltre e probabilità di aumento della parità per generazioni - Anni 1967-1976*

Generazioni	Probabilità di non fare alcuna IVG	Probabilità di fare solo 1 IVG	Probabilità di fare solo 2 IVG	Probabilità di fare la prima IVG	Probabilità di fare la seconda IVG	Probabilità di fare la terza IVG
1967	76,5	77,9	67,2	23,5	22,1	32,8
1968	76,9	78,0	65,3	23,1	22,0	34,7
1969	77,4	78,2	67,7	22,6	21,8	32,3
1970	77,5	78,6	67,9	22,5	21,4	32,1
1971	77,7	80,2	68,0	22,3	19,8	32,0
1972	78,2	80,3	66,4	21,8	19,7	33,6
1973	78,2	80,7	66,3	21,8	19,3	33,7
1974	77,8	81,3	68,1	22,2	18,7	31,9
1975	78,1	78,4	70,7	21,9	21,6	29,3
1976	77,4	79,0	71,1	22,6	21,0	28,9

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazione su dati Istat " Interruzione volontarie della gravidanza". Vari anni.

Tra le donne nate tra il 1967 e il 1975 si osserva un lieve aumento della quota di coloro che non hanno sperimentato alcuna IVG nel loro periodo fertile, pur essendo state esposte al rischio: si passa da un valore di 76,5% ad un 78,1%. Solo nell'ultima generazione considerata (1976) la percentuale diminuisce lievemente. La probabilità di effettuare la prima IVG in questo caso è il complemento a 100 in quanto il denominatore risulta essere lo stesso (la popolazione totale femminile). Quindi la probabilità di ricorrere alla prima IVG risulta superiore al 23% per le generazioni più vecchie del 1967 e 1968 e poi subisce un lieve calo nelle generazioni più giovani (fino a quella del 1973) per poi aumentare leggermente nelle donne nate nel 1976. Il calo (ovvero l'aumento di donne che non hanno fatto alcuna IVG), seppur lieve, potrebbe essere attribuito ad un uso più consapevole dei metodi contraccettivi avvenuto tra le donne nel corso del tempo.
Si osserva una lieve diminuzione della probabilità di sperimentare solo la prima IVG per le generazioni di donne nate tra 1967 e il 1970, aumenta invece per le generazioni nate tra il 1971 e il 1974 per poi tornare a diminuire per le ultime due coorti di donne. Analogamente, la probabilità di ricorrere alla seconda IVG risulta maggiore del 21% circa per le donne nate tra il 1967 e il 1970, scende a circa il 19% per le donne nate tra 1971 e il 1974, essendo maggiore la quota di donne che si ferma alla prima IVG, per poi tornare ad aumentare per le donne più giovani. Torna quindi a diminuire la probabilità di effettuare solo il primo aborto volontario (o ad

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 264

aumentare la probabilità di passare dalla prima alla seconda IVG) per le giovani donne; una possibile causa, come già anticipato, potrebbe risiedere nella crescente presenza di donne straniere nel nostro paese.
La probabilità di ricorrere solo alla seconda IVG, pur essendo state esposte al rischio di procedere al terzo aborto volontario, tende ad aumentare per le coorti di donne nate fino al 1971, subisce poi un lieve calo per le donne nate tra il 1972 e il 1973 ma poi torna ad aumentare sensibilmente soprattutto per le ultime due generazioni. Speculare è la probabilità di effettuare la terza IVG.

Conclusioni

Rispetto ai primi anni dalla legalizzazione le IVG sono diminuite notevolmente. Le spiegazioni di tale diminuzione risiedono sia nell'offerta dei servizi, rappresentata da una sicura efficacia dei programmi di prevenzione svolti dai consultori familiari, sia da una maggiore circolazione di informazione in seguito alla legalizzazione dell'IVG nonché di un maggiore livello di istruzione delle donne.
Negli ultimi anni però si osserva una stabilizzazione del fenomeno che nasconde un diverso comportamento delle varie categorie di donne. Rispetto al passato infatti, negli ultimi anni l'abortività volontaria interessa maggiormente le donne più giovani e nubili, nonché le donne straniere.
Lo studio dell'abortività ripetuta ha mostrato che la probabilità di effettuare una terza o successiva IVG è superiore alla probabilità di effettuarne solo una o solo due. Anche se tale probabilità sembra ridursi nelle giovani generazioni, sembra esserci quindi una categoria di donne più a rischio che necessiterebbe di politiche di intervento più mirate, ad una attività di prevenzione secondaria più incisiva in occasione del ricorso al sistema sanitario per effettuare l'IVG.
Sarebbe necessario differenziare questo studio rispetto ad alcune variabili che si ritengono esplicative del ricorso all'IVG quali ad esempio lo stato civile e la cittadinanza. In tal modo potremmo verificare se il più elevato ricorso all'IVG delle donne nubili e straniere dipenda dal fatto che ci sono più eventi ripetuti nel corso della vita di una donna oppure se l'aborto volontario è solo più diffuso tra questa categoria di donne.

Riferimenti bibliografici

(1) P.J. Green, B.W. Silverman (1994) Nonparametric Regression and Generalized Liner Models A Roughness Penalty Approach. Chapman & Hall.
(2) Xuming He, Pin Ng COBS: Qualitatively Constrained Smoothing via Linear Programming.
(3) A.Santini (1992) Analisi demografica fondamenti e metodi. La Nuova Italia.
(4) Santini, Appunti di analisi demografica. Serie didattica 2005/1. Dipartimento di Statistica "Giuseppe Parenti".
(5) www. ds.unifi.it/didattica/materiale_didat/demografia_stat/welkom.html.
(6) M. Livi Bacci (1990) Introduzione alla demografia. Loescher.
(7) R. De Blasio, A. Spinelli, M.E. Grandolfo (1988) Applicazione di un modello matematico alla stima degli aborti volontari ripetuti in Italia. Annuario Istituto Superiore di Sanità Vol. 24, N. 2, pp. 331-338.
(8) M. Loghi (2004), Abortività volontaria e cittadinanza. In Conti C., Sgritta G.B., Salute e società - Immigrazione e politiche socio-sanitarie. La salute degli altri, Anno III, 2/2004.
(9) M. Loghi, A. Burgio, Presentazione del lavoro "La qualità dei dati sulle interruzioni volontarie di gravidanza", al Convegno "L'interruzione volontaria di gravidanza in Italia: studio delle tendenze e dei fattori di rischio" organizzata dall'Istituto Superiore di Sanità a Roma il 19 novembre 2003.
(10) Istat, L'interruzione volontaria di gravidanza in Italia – Un quadro socio-demografico e sanitario dalla legge 194 ad oggi. Roma, 1997 (Argomenti n.9).
(11) Istat, Data base "Health for All – Italia" (software per la consultazione di indicatori sulla sanità e la salute a livello territoriale). Disponibile sul sito Internet http://www.istat.it/sanita/Health/.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 265

Mortalità infantile e neonatale

Significato. Il tasso di mortalità infantile, definito come il numero di bambini deceduti nel primo anno di vita su 1.000 nati vivi nello stesso anno, è considerato un'importante e sensibile misura di salute della popolazione.
Molti fattori biologici, sociali ed economici sono associati al rischio di mortalità infantile.
Tra i fattori biologici più importanti è compresa l'età materna, l'ordine di nascita, l'intervallo tra i parti successivi, il numero delle nascite, la presentazione fetale al momento del parto e la storia ostetrica della madre.
Tra i fattori sociali ed economici si includono la legittimità, le condizioni abitative e il numero degli abitanti della casa, la nutrizione e l'educazione della madre, l'abitudine al fumo durante la gravidanza, l'occupazione del padre e il reddito (1).
Molteplici fattori, tuttavia, fra cui l'evoluzione tecnologica delle modalità di assistenza al parto ma anche le modalità stesse con cui vengono raccolti i dati, possono alterare la confrontabilità del tasso di mortalità infantile come indicatore di salute (2-8).
La tendenza mondiale è quella di una generale riduzione della mortalità infantile anche se alcuni paesi non industrializzati, soprattutto l'Africa Subsahariana e l'Asia centrale, mostrano valori ancora superiori a 100 bambini morti nel primo anno di vita per 1.000 nati vivi.
In Italia, il tasso di mortalità infantile è sceso al di sotto del valore raccomandato dal PSN 1998-2000 dell'8 per 1.000 nati vivi, risultando uno dei più bassi al mondo.
Il tasso di mortalità neonatale è invece maggiormente legato a fattori biologici quali la salute della madre, la presenza di anomalie congenite e l'evoluzione del parto, oltre che a fattori legati all'assistenza al parto.

Tasso di mortalità infantile

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Decessi di età} < 1 \text{ anno}}{\text{Nati vivi}} \times 1.000 \quad \text{Denominatore}$$

Tasso di mortalità neonatale

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Decessi di età 0-29 giorni}}{\text{Nati vivi}} \times 1.000 \quad \text{Denominatore}$$

Validità e limiti. Il tasso di mortalità infantile è generalmente considerato un indicatore robusto. Nelle popolazioni più piccole, trattandosi di eventi rari, può però presentare ampie fluttuazioni annuali. Per rafforzare la validità dei dati sono state calcolate le medie mobili nei trienni 2001-2003 e 2002-2004. Il calcolo della media mobile ha l'obiettivo di eliminare le oscillazioni casuali di ogni singola osservazione annuale.

Valore di riferimento/Benchmark. Non esiste un valore di riferimento per la mortalità infantile e per le sue componenti. Il valore più basso raggiunto in qualche regione può rappresentare un benchmark per le altre regioni. Per i confronti si farà spesso riferimento al valore medio nazionale e si considererà la tendenza o meno alla riduzione del tasso nel tempo.

Descrizione dei risultati

Mortalità infantile

Nel 2004 il tasso di mortalità infantile nazionale è stato di 3,7 morti per 1.000 nati vivi, variando a livello regionale, da un minimo di 1,8 in Friuli-Venezia Giulia ad un massimo di 5,4 in Calabria.

Analizzando le medie mobili, meno sensibili alle fluttuazioni annuali, nel triennio 2002-2004 in Piemonte, Lombardia, Trentino-Alto Adige, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Molise e Sardegna si è registrato un tasso di mortalità infantile inferiore o pari al valore medio nazionale. In Valle d'Aosta, Lazio, Abruzzo, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria e Sicilia si è registrato un tasso di mortalità infantile superiore al valore medio nazionale.
A livello nazionale si continua a registrare il trend in diminuzione della mortalità infantile, una tendenza generale già riportata e discussa nelle edizioni precedenti di Osservasalute (9).
Confrontando infatti le medie mobili del 2001-2003 con quelle del 2002-2004 il tasso di mortalità infantile italiano si è ulteriormente ridotto, passando da 4,1 a 3,7; analizzando i dati delle singole regioni emerge come in tutte, rispetto al triennio precedente, si riduca la mortalità infantile (eccetto per Trentino-Alto Adige, Veneto, Toscana, Emilia-Romagna e Umbria che comunque hanno un tasso pari o inferiore al valore medio nazionale).

M. P. FANTINI, L. DALLOLIO, G. LONARDI, G. PIERI

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 266

Nonostante questo dato incoraggiante, permane, come già più volte descritto, il divario tra le regioni del Nord-Centro e quelle del Sud che continuano a registrare tassi di mortalità infantili più elevati.

Mortalità Neonatale

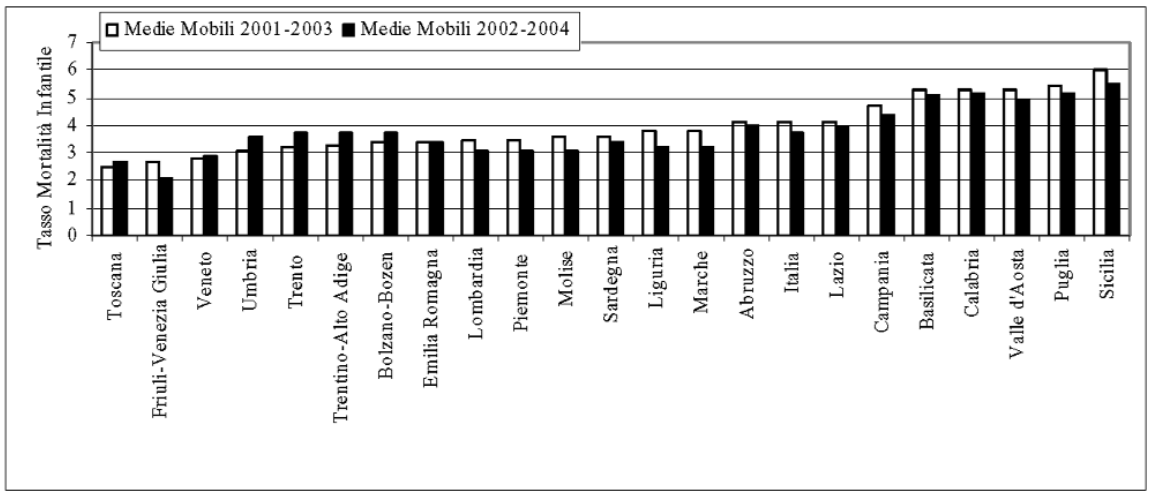
Nel 2004 il tasso di mortalità neonatale nazionale è stato di 2,7 morti per 1.000 nati vivi, variando da un minimo di 1,4 in Friuli-Venezia Giulia ad un massimo di 4,1 in Calabria. L'andamento della mortalità neonatale è del tutto sovrapponibile a quello della mortalità infantile: nel triennio 2002-2004 Piemonte, Lombardia, Trentino-Alto Adige, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Molise e Sardegna hanno registrato un tasso di mortalità neonatale inferiore o pari al valore medio nazionale; mentre Valle d'Aosta, Lazio, Abruzzo, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria e Sicilia hanno registrato un tasso di mortalità neonatale superiore al valore medio. Confrontando le medie mobili del 2001-2003 con quelle del 2002-2004 il tasso di mortalità neonatale italiano si è ulteriormente ridotto, passando da 3 a 2,7; tutte le regioni (eccetto Trentino-Alto Adige, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana e Umbria, che comunque hanno un tasso di mortalità neonatale pari o inferiore al valore medio nazionale) riportano, rispetto al triennio precedente, un dato migliore.

Tabella 1 - *Tassi di mortalità infantile (medie mobili) per regione - Anni 2001-2003 e 2002-2004*

Regioni	2001-2003	2002-2004
Piemonte	3,5	3,1
Valle d'Aosta	5,3	4,9
Lombardia	3,5	3,1
Trentino-Alto Adige	3,3	3,7
Bolzano-Bozen	*3,4*	*3,7*
Trento	*3,2*	*3,7*
Veneto	2,8	2,9
Friuli-Venezia Giulia	2,7	2,1
Liguria	3,8	3,2
Emilia-Romagna	3,4	3,4
Toscana	2,5	2,7
Umbria	3,1	3,6
Marche	3,8	3,2
Lazio	4,1	3,9
Abruzzo	4,1	4,0
Molise	3,6	3,1
Campania	4,7	4,4
Puglia	5,4	5,2
Basilicata	5,3	5,1
Calabria	5,3	5,2
Sicilia	6,0	5,5
Sardegna	3,6	3,4
Italia	**4,1**	**3,7**

Fonti dei dati e anni di riferimento: Istat. Health for All-Italia. Anno 2007.

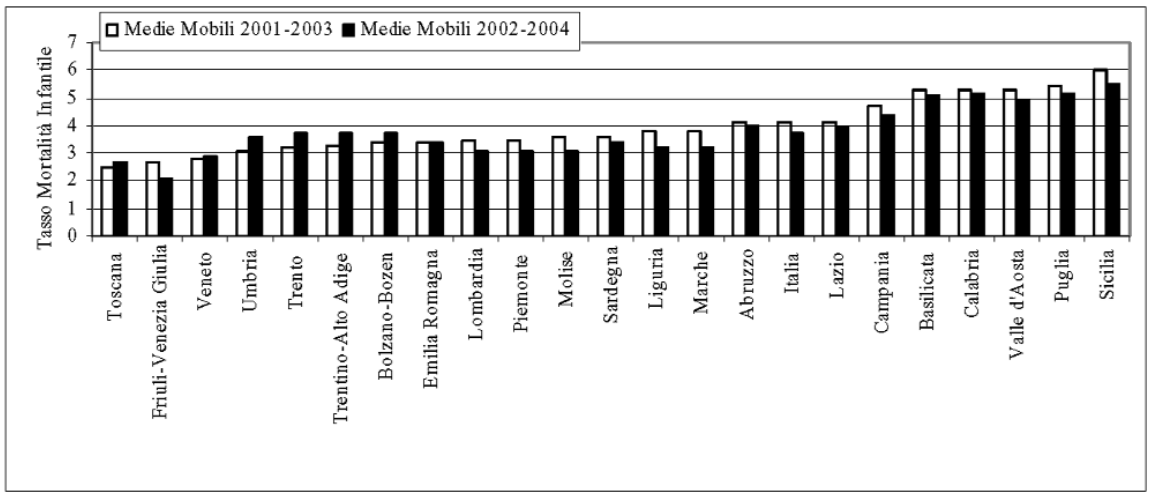
Grafico 1 - *Tassi di mortalità infantile (medie mobili) per regione - Anni 2001-2003, 2002-2004*



Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Health for All-Italia. Anno 2007.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 267

Grafico 2 - *Tassi di mortalità neonatale (medie mobili) per regione - Anni 2001-2003, 2002-2004*



Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Health for All-Italia. Anno 2007.

Raccomandazioni di Osservasalute

Considerando i trienni 2001-2003 e 2002-2004, la mortalità infantile media nazionale si è ulteriormente ridotta di 9,8 punti percentuali, passando da 4,1 a 3,7 per 1.000 nati vivi. È interessante notare come, nei periodi considerati, tutte le componenti della mortalità infantile (neonatale e postneonatale) si siano ridotte, ed in particolar modo la mortalità neonatale. I determinanti della mortalità infantile e neonatale in Italia sono stati esplorati già dalla fine degli anni'80 (1, 3, 10, 11) con studi ecologici e analitici. I risultati di questi studi suggeriscono come, data la riduzione eclatante dell'indicatore negli ultimi 15 anni, rimanga da rivalutare negli anni più recenti quali determinanti siano ancora rilevanti; occorre perciò progettare nuovi studi analitici per indagare le differenze tuttora presenti fra Nord e Sud. Solo così si potranno fornire agli amministratori, gestori ed operatori sanitari le indicazioni necessarie per orientare al meglio le politiche sanitarie.

Riferimenti bibliografici

(1) Piccardi P, Cattaruzza MS, Osborn JF. A century of infant mortality in Italy: the years 1870-1990. Ann Ig 1994; 6 (4-6): 487-499.
(2) Kochanek KD, Martin JA. Supplemental analyses of recent trends in infant mortality. Int J Health Serv 2005; 35: 101–15.
(3) Fiscella K. Does prenatal care improve birth outcomes? A critical review. Obstet Gynecol 1995; 85: 468–79.
(4) Martin JA, Park MM. Trends in twin and triplet births: 1980–97. Natl Vital Stat Rep 1999; 47: 1–16.
(5) Reynolds MA, Schieve LA, Martin JA, et al. Trends in multiple births conceived using assisted reproductive technology, United States, 1997–2000. Pediatrics 2003; 111: 1.159–66.
(6) Tucker J, Mcguire W. Epidemiology of preterm birth. Paeditr Perinat Epidemiol 2001; 15 (suppl.2): 3–6.
(7) Mcdorman MF, Martin JA, Mathews TJ, et al. Explaining the 2001–2002 infant mortality increase: data from the linked birth/infant death data set. Natl Vital Stat 2005; 53: 1–22.
(8) Gisselmann MD. Education, infant mortality, low birth weight in Sweden 1973–1990: emergence of the low birth weight paradox. Scand J Public Health 2005, 33: 65–71.
(9) Rapporto Osservasalute 2005, Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane; MP Fantini et al., Salute materno infantile, 187-206.
(10) Lemma P, Costa G, Demarca M, et al. Social differences in infant mortality in a longitudinal Turin Study. Epidem Prev 1992; 14: 50-5.
(11) Parazzini F, Pirotta N, La Vecchia C, et al. Determinants of perinatal and infant mortality in Italy. Rev Epidemiol. Sante Public 1992; 40: 15-24.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 268

Indicatori sulla salute perinatale: un'analisi regionale alla luce dei Certificati Di Assistenza al Parto nel 2003

Dott.ssa Cinzia Castagnaro, Dott.ssa Claudia Iaccarino

Contesto

Il sistema di raccolta e produzione dei dati statistici sulle nascite e i parti è stato fortemente modificato e rinnovato dall'Istat in seguito all'entrata in vigore delle nuove norme in materia di denuncia di nascita (Legge 127/97 e Dpr 20 ottobre 1998, n. 403), che hanno portato alla soppressione, a partire dall'1 gennaio 1999, della Rilevazione individuale delle nascite di fonte Stato Civile (Mod Istat D.1 e D.2), attraverso la quale l'Istat, dal 1926, diffondeva le principali informazioni statistiche sulle nascite e i parti.

La soppressione della rilevazione individuale delle nascite di fonte Stato civile ha causato una grave perdita informativa per quanto concerne le principali caratteristiche demografiche del nato e dei genitori (vitalità, filiazione, ordine di nascita, età dei genitori), gli aspetti sanitari delle nascite e dei parti (parti distinti per pluralità, esiti dei precedenti concepimenti, durata della gravidanza, peso del nato, tipo di parto, luogo del parto) e il contesto socio-demografico delle nascite (livello di istruzione dei genitori, condizione professionale, settore di attività economica, posizione nella professione della madre e del padre).

Con l'obiettivo di colmare tale debito informativo e di ampliare i contenuti rilevati, l'Istat ha adottato una nuova strategia per la produzione dei principali indicatori demografici e socio-sanitari sulle nascite, i parti e gli altri esiti dei concepimenti basata sullo sfruttamento il più possibile integrato di diverse fonti. Tali fonti concorrono alla definizione del sistema sugli esiti dei concepimenti che è strutturato in due sottosistemi, uno demografico-sociale ed uno socio-sanitario:

- il sottosistema demografico-sociale prevede lo sfruttamento di *fonti amministrative*, alcune già esistenti prima dell'avvento della nuova normativa, quali i registri di Stato Civile per la rilevazione degli aggregati mensili comunali dei nati distinti per vitalità, filiazione e genere del parto; altre appositamente introdotte, come la rilevazione individuale degli iscritti in anagrafe per nascita (attiva dal 1° gennaio 1999), che fornisce le principali caratteristiche demografiche del nato e dei genitori, e l'Indagine Campionaria sulle nascite per la rilevazione delle caratteristiche socio-demografiche di contesto del fenomeno nascita e per l'approfondimento di alcune tematiche rilevanti come ad esempio il lavoro delle madri prima e dopo la nascita di un figlio, la cura del bambino, le strategie di conciliazione famiglia-lavoro, la salute delle madri e dei bambini;
- il sottosistema socio-sanitario è basato anch'esso su *fonti amministrative*, come l'Indagine dei dimessi dagli istituti di cura (SDO), su *fonti sanitarie* come l'Indagine sugli aborti Spontanei (AS) e sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG), e sulla nuova rilevazione individuale dei Certificati Di Assistenza al Parto (CeDAP), avviata nel 2002 di cui è titolare il Ministero della Salute; tale rilevazione costituisce inoltre il cardine dei due sottosistemi.

La rilevazione dei CeDAP

La Rilevazione individuale dei CeDAP è stata avviata l'1 gennaio 2002 dal Ministero della Salute. Precedentemente era già prevista la compilazione dei suddetti certificati, le cui informazioni venivano acquisite dall'Ufficiale di Stato Civile all'atto della denuncia di nascita, integrate con quelle di fonte Stato Civile e con quelle richieste direttamente al cittadino, e inserite nei modelli Istat per la rilevazione delle nascite. Il nuovo contesto legislativo ha reso impossibile l'utilizzo dei CeDAP da parte dell'Ufficiale di Stato Civile, e si è dunque resa necessaria una revisione della rilevazione dei CeDAP, essendo questi inadeguati a rappresentare una base statistica a causa delle diversità sia nei contenuti che nei formati, a livello regionale e, nell'ambito di una stessa regione, a livello di ASL.

Il nuovo CeDAP è, al momento, l'unica fonte disponibile per rilevare gli aspetti di contesto e le principali determinanti demografiche e socio-sanitarie del fenomeno della nati-mortalità, delle problematicità legate ai parti e delle nascite affette da malformazioni. Alcune di queste informazioni, infatti, pur essendo presenti nelle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), non sono utilizzabili, poiché risulta difficile legare le informazioni del nato a quelle della madre, tenuto conto del fatto che le informazioni sul parto e sulla donna sono registrate nella SDO della madre, mentre quelle relative al bambino sono registrate sulla SDO del nato, esclusivamente se nato vivo.

Occorre comunque segnalare la persistenza di gravi carenze informative riguardanti la mortalità infantile per gli aspetti di contesto legati alla gravidanza e al parto. Tali informazioni venivano rilevate nelle schede di morte nel primo anno di vita dall'Ufficiale di Stato Civile che le desumeva dai modelli Istat sulle nascite (per la parte relativa ai CeDAP). Per un recupero di queste informazioni sulla mortalità infantile l'Istat sta studiando procedure *ad hoc* per il *linkage* delle schede di morte nel primo anno di vita con i certificati di assistenza al parto.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 269

Alcuni indicatori demo-sanitari: confronto 1998-2003
Nell'analisi sono stati messi a confronto alcuni indicatori calcolati nel 1998, ultimo anno disponibile per la Rilevazione individuale delle nascite di fonte Stato Civile, e nel 2003; tali indicatori, riferiti al totale nazionale, sono previsti dal progetto PERISTAT, (*PERInatal STATistical Indicators*), promosso dall'Unione Europea. Tale progetto si è posto l'obiettivo di rilevare, in tutti i paesi membri, i principali indicatori della salute perinatale. Per l'anno 2003, dunque, i dati per l'Italia sono stati ottenuti grazie allo sfruttamento integrato delle rilevazioni che costituiscono il Sistema sugli Esiti dei Concepimenti.

Assegnazione dei pesi per l'anno 2003
Per quanto riguarda i CeDAP relativi all'anno 2003, è emerso che alcune regioni non hanno inviato alcun certificato, mentre per altre si è riscontrato un invio parziale. Per verificare il livello di copertura dei dati si è ricorsi ad una fonte esterna, quella delle Schede di Dimissione Ospedaliera. Sono stati calcolati degli indicatori di copertura a livello regionale rapportando il numero di parti, ottenuti dai CeDAP, al numero di parti ottenuti dalle SDO nello stesso anno:

Coverage ratio = N. parti CeDAP/N. parti SDO

Per far fronte alla sotto-copertura riscontrata in alcune regioni, sono stati stimati dei pesi diretti, calcolati come l'inverso del *coverage ratio*.
Per la PA di Bolzano e per le regioni Molise e Calabria, che non hanno inviato alcuna informazione sui CeDAP per l'anno in questione, si è proceduto ad incrementare il peso diretto delle regioni che presentavano caratteristiche simili rispetto alle variabili: età media alla nascita del primo figlio, distribuzione per ordine di nascita e incidenza dei parti cesarei.
Sulla base di queste caratteristiche, il peso diretto della PA di Trento tiene conto dei parti avvenuti nella PA di Bolzano risultanti dalle SDO, quello dell'Abruzzo dei parti avvenuti in Molise e infine quello della Puglia dei parti avvenuti in Calabria.

Tabella 1 - *Numero di parti rilevati dai CeDAP e dalle SDO, coverage ratio e peso diretto per regione di evento - Anno 2003*

Regioni	CeDAP	SDO	Coverage ratio	Peso diretto	Note
Piemonte	34.502	35.120	98,2	1,02	
Valle d'Aosta	1.110	1.153	96,3	1,04	
Lombardia	83.031	87.562	94,8	1,05	
Trento	*4.820*	*4.833*	*99,7*	*1,00*	*Per l'analisi riferita al totale Italia, il peso diretto passa a 2,02 poiché esso tiene conto di 4.902 parti avvenuti nella PA diBolzano*
Veneto	44.017	43.024	102,3	0,98	
Friuli-Venezia Giulia	9.887	9.525	103,8	0,96	
Liguria	9.588	10.808	88,7	1,13	
Emilia-Romagna	33.930	34.999	96,9	1,03	
Toscana	28.747	28.963	99,3	1,01	
Umbria	7.052	6.964	101,3	0,99	
Marche	11.774	12.806	91,9	1,09	
Lazio	50.620	49.845	101,6	0,98	
Abruzzo	5.134	10.381	67,6	1,48	*Per l'analisi riferita al totale Italia, il peso diretto passa a 2,51 poiché esso tiene conto di 2.528 parti avvenuti in Molise*
Campania	58.145	63.514	91,5	1,09	
Puglia	38.935	39.759	97,9	1,02	*Per l'analisi riferita al totale Italia, il peso diretto passa a 1,50 poiché esso tiene conto di 18.552 parti avvenuti in Calabria*
Basilicata	3.932	5.104	77,0	1,30	
Sicilia	18.405	49.466	37,2	2,69	
Sardegna	6.200	12.824	48,3	2,07	
Italia	**449.829**	**532.632**	**84,5**	**1,18**	

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni Istat su dati CeDAP e SDO. Anno 2007.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 270

Nei casi in cui il numero dei parti risultanti dai CeDAP fosse superiore alle Schede di Dimissione Ospedaliera, il peso diretto, nonostante inferiore all'unità, è stato portato ad 1 creando dunque una leggera sovrastima del numero di parti avvenuti nel 2003.
Utilizzando i pesi sopraindicati si ottiene una stima di 541.320 nascite avvenute in Italia, che corrispondono a 534.613 parti, nel 2003.
I totali stimati sono stati utilizzati nelle analisi riferite al livello nazionale per il calcolo degli indicatori della salute perinatale previsti dal Progetto PERISTAT (vedi tabella 2). Nelle analisi condotte a livello regionale relative ad indicatori diversi rispetto a quelli raccomandati dal progetto PERISTAT, i valori medi nazionali sono da intendersi al netto delle province o delle regioni che non hanno risposto alla rilevazione.

Problemi di qualità dei dati
I dati dei CeDAP riferiti all'anno 2003 forniti dal Ministero della Salute all'Istat, presentano diversi problemi di completezza e qualità delle informazioni rilevate. Per tutte le variabili utilizzate nel presente lavoro si è reso pertanto indispensabile un preliminare intervento di validazione volto ad individuare e correggere i casi di informazioni errate (fuori dominio), incomplete (informazioni mancanti ma desumibili sulla base di altre rilevate), incompatibili (rilevate ma non congruenti con altre informazioni disponibili). Per effettuare questi controlli di qualità e i successivi interventi di correzione ci si è avvalsi della esperienza maturata dall'Istat nel trattamento delle informazioni demografiche e socio-sanitarie acquisite attraverso il vecchio CeDAP dalla rilevazione delle nascite di fonte stato civile. Le correzioni e le imputazioni sono state effettuate utilizzando sia procedure deterministiche che probabilistiche.
I risultati presentati e commentati sono pertanto da intendersi come stime; i livelli degli indicatori possono differire sia da quelli pubblicati nel Rapporto sui CeDAP del 2003 del Ministero della Salute sia da quelli pubblicati nei rapporti di alcune regioni.
L'obiettivo del presente lavoro non è quello di rettificare quanto già diffuso in forma ufficiale, bensì di fornire stime che abbiano il vantaggio di essere comparabili sia con le serie storiche dei principali indicatori sulle nascite e i parti elaborati dall'Istat fino al 1998, sia a livello regionale per il 2003.
In alcuni casi, nonostante gli interventi di correzione effettuati, restano delle perplessità sui livelli di alcuni indicatori stimati a livello regionale, in quanto questi appaiono incoerenti sia rispetto all'evoluzione storica del fenomeno, sia rispetto alle evidenze che emergono da altre fonti esterne, in particolare la fonte stato civile per i livelli dei nati distinti per vitalità.
É il caso della stima della nati mortalità nel Lazio che denota una significativa sottonotifica da parte dei singoli istituti di nascita dei nati morti nei CeDAP, sottonotifica peraltro già documentata nei rapporti pubblicati dalla regione[1]. Questo fenomeno è verosimilmente presente anche in altre regioni, seppure con intensità diverse, si segnala in particolare il caso della Puglia e della Sardegna. Quest'ultima regione presenta, inoltre, livelli particolarmente bassi per tutti gli indicatori stimati, sebbene non siano state ravvisate particolari situazioni di incongruenza a livello individuale tra le variabili in esame.

Indicatori raccomandati dal progetto PERISTAT stimati a livello nazionale
La fecondità italiana, dopo il 1995, anno di minimo storico, ha iniziato una leggera crescita, dovuta in buona parte alle nascite da madri straniere. I nati da cittadine straniere sono passati dal 5,4% del 1998 all'8,5% del 2003 al 12,4% del 2005.
L'età media alla nascita del primo figlio ha continuato ad aumentare fino ad arrivare a 29 anni nel 2003, ed a 30,9 anni nel 2005. Il tasso di mortalità infantile è sceso, invece, a 4,2 morti al di sotto del primo anno di vita, per 100 nati vivi.
La natimortalità è rimasta invariata, circa 4 nati morti per 1.000 nati totali.
Si nota come le nascite pretermine siano lievemente più basse nel 2003 rispetto al 1998, in particolare quelle fortemente pretermine, mentre le nascite sottopeso risultano per lo più invariate. Anche la proporzione di nati da parti plurimi si presenta lievemente più bassa. Questi risultati appaiono non del tutto coerenti con l'evoluzione dei fenomeni considerati e possono essere dovuti, in parte, alle caratteristiche delle diverse fonti poste a confronto e, in parte, a problemi di accuratezza nella rilevazione dei CeDAP della variabile durata della gravidanza e pluralità.

[1] Le nascite nel Lazio – Anni 2004 e 2005, a cura di A.Polo, A. Spinelli, P. Papini, D. Di Lallo – Laziosanità, Agenzia di Sanità Pubblica Regione Lazio, Ottobre 2006.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 271

Tabella 2 - *Indicatori demo-sanitari - Anni 1998, 2003*

Indicatori	1998	Fonte	2003*	Fonte
TFT	1,21	Amministrativa	1,29	Amministrativa
Ex1	28,60	Amministrativa	29,00	Amministrativa
m0	5,50	Amministrativa	4,20	Amministrativa
Indicatore 1	3,91	Modelli D.1 e D.2	4,08	CeDAP
Indicatore 2				
Meno di 32 settimane di gestazione	0,91	Modelli D.1 e D.2	0,98	CeDAP
Fra 32 e 36 settimane di gestazione	5,01	Modelli D.1 e D.2	5,87	CeDAP
Meno di 37 settimane di gestazione	5,93	Modelli D.1 e D.2	6,85	CeDAP
Indicatore 3	0,87	Modelli D.1 e D.2	0,82	CeDAP
Indicatore 4	2,45	Modelli D.1 e D.2	2,42	CeDAP

TFT = Tasso di fecondità totale.
Ex1 = Età media alla nascita del primo figlio.
m0 = Tasso di mortalità infantile.
Indicatore 1 = Nati morti per 1.000 nati totali.
Indicatore 2 = Nati vivi pretermine (meno di 37 settimane).per 100 nati vivi.
Indicatore 3 = Nati vivi altamente sottopeso (meno di 1.500 grammi) per 100 nati vivi.
Indicatore 4 = Nati da parti plurimi per 100 nati totali.
*Dati stimati.

L'età media alla nascita del primo figlio ha continuato ad aumentare fino ad arrivare a 29 anni nel 2003, ed a 30,9 anni nel 2005. Il tasso di mortalità infantile è sceso, invece, a 4,2 morti al di sotto del primo anno di vita, per 1.000 nati vivi.
La natimortalità è rimasta invariata, circa 4 nati morti per 1.000 nati totali.
Si nota come le nascite pretermine siano lievemente più basse nel 2003 rispetto al 1998, in particolare quelle fortemente pretermine, mentre le nascite altamente sottopeso risultano per lo più invariate. Anche la proporzione di nati da parti plurimi si presenta lievemente più bassa. Questi risultati appaiono non del tutto coerenti con l'evoluzione dei fenomeni considerati e possono essere dovuti, in parte, alle caratteristiche delle diverse fonti poste a confronto e, in parte, a problemi di accuratezza nella rilevazione dei CeDAP della variabile durata della gravidanza e pluralità.

Stime Istat sui dati CeDAP 2003 a livello regionale

Come precedentemente considerato, la maggior parte della perdita di informazioni a seguito del mutamento della normativa, ha riguardato gli aspetti inerenti gli esiti sfavorevoli delle gravidanze (la natimortalità) e gli aspetti che possono rendere problematico l'evento nascita (nascite pretermine e nascite altamente sottopeso). Per l'analisi di questi aspetti sono stati utilizzati i dati provenienti dai CeDAP che, come detto, costituiscono l'unica fonte di informazione al riguardo.
Tuttavia, un limite dell'analisi regionale è costituito dal fatto che vi sono alcune regioni che, pur avendo inviato i modelli, non garantiscono una copertura tale da rendere significativa l'informazione ottenuta. Per queste regioni, pertanto, l'indicatore ottenuto si considera non significativo.
La nati mortalità costituisce un importante indicatore della salute di una popolazione e della qualità dell'assistenza fornita alle madri e ai loro bambini sia durante la gravidanza sia al momento del parto. Nel nostro paese, così come avviene negli altri paesi a sviluppo avanzato, la nati mortalità è in diminuzione grazie alle buone condizioni di salute generali della popolazione e ai progressi dell'assistenza prestata alle donne in gravidanza. Basti pensare alla sorveglianza delle gravidanze a rischio di concludersi molto anticipatamente o agli screening per individuare anomalie congenite. I dati stimati a livello regionale dai CeDAP confermano generalmente questa tendenza e sono in accordo con i dati forniti dalla Rilevazione delle nascite di fonte Stato Civile. Valori particolarmente bassi dell'indicatore sono da attribuirsi, come si è detto a problemi di sottonotifica. É il caso della regione Lazio (1,68‰ fonte CeDAP vs 3‰ fonte Stato Civile) e della Sardegna (2,24‰ fonte CeDAP vs 4,70‰ fonte Stato Civile).
In accordo con le raccomandazioni del progetto PERISTAT si è adottata la definizione di nascita fortemente pretermine per le durate inferiori a 32 settimane di gravidanza e pretermine per il complesso delle nascite entro le 37 settimane di gestazione. Se consideriamo le nascite fortemente pretermine l'incidenza media stimata a livello nazionale appare in linea con un lieve aumento del fenomeno rispetto al 1998 (allora si avevano 8,8 nati vivi fortemente pretermine per 1.000 nati vivi). Tuttavia quando si considerano le singole regione alcuni livelli appaiono non coerenti con tale tendenza. Oltre al valore anomalo già segnalato per la Sardegna (3,87‰ vs 7,4‰ del 1998) , le stime 2003 sono inferiori al dato del 1998 per l'Umbria (7,02‰ nel 2003 vs 7,6 ‰ nel

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 272

1998) e per il Lazio (9,7‰ nel 1998). Considerando il complesso le nascite pretermine (quelle avvenute a meno di 37 settimane di gestazione), è da notare come le regioni del Nord (ad eccezione della Lombardia e del Friuli-Venezia Giulia) presentino valori dell'indicatore superiori alla media nazionale (70,31‰); in particolare, i valori più elevati si trovano in Piemonte e Valle d'Aosta e in Veneto.
Come specchio del fenomeno delle nascite precoci emerge che le regioni del Nord sono quelle ad avere, mediamente, una maggiore proporzione di nati altamente sottopeso (meno di 1500gr), in particolare la PA di Trento ed il Veneto. Rispetto al 1998 si rileva un lieve incremento delle nascite di basso peso in quasi tutte le regioni ad eccezione dell'Umbria (6,59 per 1.000 nel 2003 vs. 7,6 per 1.000 del 1998) e dell'Abruzzo (6,60 per 1.000 nel 2003 vs 8,7 per 1.000 del 1998). Particolarmente anomalo è il dato stimato per la Sardegna (3,02 per 1.000 vs 7,8 per 1.000 del 1998).
Per quanto riguarda i parti plurimi, tale fenomeno non presenta particolari diversità territoriali, ad eccezione ancora una volta del dato della Sardegna (0,86%).
I CeDAP permettono di analizzare i fenomeni precedentemente descritti, mettendo in relazione le caratteristiche del nato (vitalità e peso alla nascita) e quelle del parto (durata della gestazione e genere del parto), per valutare le interrelazioni, tra le variabili considerate, che, dopo le variazioni normative, non era stato più possibile rilevare.

Tabella 3 - *Principali indicatori demo-sanitari per regione (dati stimati) - Anno 2003*

Regioni	Nati morti ‰ nati totali	Nati vivi pretermine ‰ nati vivi totali			Nati vivi altamente sottopeso[(a)] ‰ nati vivi totali	Parti plurimi % parti totali
		Meno di 32 settimane	Tra 32 e 36 settimane	Meno di 37 settimane		
Piemonte e Valle d'Aosta	3,40	9,89	74,03	83,92	8,38	1,06
Lombardia	2,78	9,45	58,17	67,61	9,42	1,20
Trento	*2,45*	*9,43*	*65,59*	*75,02*	*11,07*	*1,45*
Veneto	3,14	11,51	74,86	86,37	11,30	1,37
Friuli-Venezia Giulia	3,79	11,11	58,35	69,46	9,81	1,41
Liguria	4,91	10,60	60,32	70,93	8,88	1,28
Emilia-Romagna	3,25	10,91	71,12	82,03	8,98	1,23
Toscana	4,11	9,22	63,53	72,74	8,12	1,28
Umbria	4,89	7,02	40,83	47,85	6,59	1,46
Marche	3,82	9,78	52,48	62,34	7,27	0,00
Lazio	1,68	8,56	65,45	74,01	7,66	1,24
Abruzzo	3,24	8,33	53,12	61,44	6,60	0,95
Campania	4,00	9,42	49,14	58,56	8,45	1,32
Puglia	2,26	9,42	57,04	66,47	9,37	1,16
Basilicata	3,33	8,64	74,19	83,02	8,44	0,00
Sicilia	3,74	10,12	54,65	64,76	9,64	1,36
Sardegna	2,24	3,87	49,38	53,18	3,02	0,86
Italia (solo regioni rispondenti)	**3,18**	**9,58**	**60,69**	**70,26**	**8,82**	**1,20**

[(a)]Per altamente sottopeso si intendono i nati con peso inferiore a 1.500 grammi.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni Istat su dati CeDAP. Anno 2007.

La natimortalità
Se tra le determinanti della natimortalità consideriamo il genere del parto, emerge come il fenomeno sia notevolmente più marcato nel caso di parti plurimi: a livello medio nazionale, la natimortalità è quasi quattro volte più frequente se si tratta di parto gemellare rispetto a parto semplice; se consideriamo i soli parti plurimi, le regioni in cui si evidenzia la più alta percentuale di nati morti sono l'Umbria (23,47‰), in cui la percentuale si presenta pressoché raddoppiata rispetto al valore medio nazionale (10,26 ‰), e la Liguria (20,07 ‰). Anche il peso alla nascita è un fattore determinante nell'analisi della natimortalità; a livello nazionale, infatti, più di un nato morto su quattro risulta sottopeso, e la proporzione supera la proporzione di uno su tre in alcune regioni, quali il Friuli-Venezia Giulia, la Lombardia e la Toscana. La variabile 'peso alla nascita', come abbiamo già visto, è strettamente correlata alla variabile 'durata della gestazione', per cui, le regioni caratterizzate dalle più alte percentuali di nascite pretermine (32-36 settimane di gestazione) e fortemente pretermine (meno di 32 settimane) sono, salvo eccezioni, le stesse che sono caratterizzate dalle più alte proporzioni di nati sotto peso; quando andiamo ad analizzare la vitalità sulla base di queste due determinanti, emergono quindi dei risultati simili a livello territoriale.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 273

L'altra variabile fortemente legata alla natimortalità è la durata della gestazione: circa 6 nati morti su 10 sono infatti pretermine (la durata della gestazione è stata inferiore alle 37 settimane). Non sempre si ravvisa una maggiore proporzione di nati morti fortemente pretermine rispetto ai nati morti tra le 32 e le 36 settimane di gestazione; a livello nazionale, infatti, la proporzione di nati morti in queste due modalità è pressocchè la stessa.

Tabella 4 - *Proporzione di nati morti secondo alcune variabili (dati stimati) per regione - Anno 2003*

Regioni	Nati morti ‰ nati totali	Nati morti per genere del parto		Nati morti altamente sottopeso[c] (% nati morti)	Nati morti pretermine (% nati morti)		
		Parto semplice[a]	Parto plurimo[b]		Meno di 32 settimane	Tra 32 e 36 settimane	Meno di 37 settimane
Piemonte e Valle d'Aosta	3,40	3,39	7,62	31,78	28,68	37,98	65,89
Lombardia	2,78	2,52	12,70	36,33	33,88	39,59	73,47
Trento	*2,45*	*2,32*	*7,09*	*16,67*	*16,67*	*41,67*	*58,33*
Veneto	3,14	2,99	8,20	30,00	29,29	39,29	68,57
Friuli-Venezia Giulia	3,79	3,39	17,79	36,84	36,84	21,05	57,89
Liguria	4,91	4,58	20,07	22,22	22,22	22,22	46,30
Emilia-Romagna	3,25	3,04	11,21	30,43	25,22	39,13	64,35
Toscana	4,11	3,70	19,92	35,54	61,16	18,18	79,34
Umbria	4,89	4,32	23,47	25,71	37,14	25,71	62,86
Marche	3,82	3,82	0,00	14,29	34,69	26,53	63,27
Lazio	1,68	1,64	3,13	26,74	27,91	24,42	52,33
Abruzzo	3,24	3,31	0,00	35,29	58,82	29,41	88,24
Campania	4,00	3,81	11,49	13,23	25,68	27,24	52,92
Puglia	2,26	2,11	8,43	30,77	23,08	36,26	59,34
Basilicata	3,33	3,33	0,00	17,65	29,41	5,88	41,18
Sicilia	3,74	3,64	8,06	31,38	22,87	21,28	44,15
Sardegna	2,24	2,28	0,00	20,69	20,69	6,90	27,59
Italia (solo regioni rispondenti)	**3,18**	**3,01**	**10,26**	**27,99**	**30,91**	**30,00**	**61,04**

[a]Per 1.000 nati totali (vivi e morti) da parti semplici.
[b]Per 1.000 nati totali (vivi e morti) da parti plurimi.
[c]Per altamente sottopeso si intendono i nati con peso inferiore a 1.500 grammi.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni su dati CeDAP. Anno 2007.

I nati pretermine

Se prendiamo come variabile di strato il complesso dei nati pretermine, distinti in nati 'fortemente pretermine' e nati 'pretermine', emerge come la variabile 'genere del parto' assuma notevole importanza nell'analisi. Si nota infatti che, a livello nazionale, più della metà delle nascite da parto plurimo sono pretermine, e, di questa metà, la quasi totalità risulta essere fortemente pretermine. La stessa situazione si trova quasi in tutte le regioni, e in alcuni casi, come la Provincia Autonoma di Trento e l'Abruzzo, la percentuale di nati vivi pretermine arriva al 70% nei parti plurimi.

Prendendo in considerazione la distribuzione dei nati per età della madre e settimane di gestazione, si nota che, tra le donne meno giovani, la proporzione di nascite pretermine è più marcata (8,77%) rispetto al valore medio nazionale (7,3%); tra le più giovani (<25 anni), invece, la proporzione di pretermine scende al 6,48%; si tratta, infatti, perlopiù di primipare che, normalmente, hanno una probabilità di partorire oltre lo scadere del termine più alta delle madri al secondo parto o più.

L'analisi regionale per età della madre ricalca per lo più la situazione relativa al totale delle nascite pretermine senza distinzione per classi d'età della madre al parto.

Tabella 5 - *Proporzione di nati vivi pretermine secondo alcune variabili (dati stimati) per regione - Anno 2003*

Regioni	Nati vivi pretermine (‰ nati vivi totali)			Nati vivi pretermine per genere del parto						Nati vivi pretermine per età estreme della madre[c]					
				Parto semplice[a]			Parto Plurimo[b]			<= 25 anni			>=35 anni		
	Forte-mente pretermine	Pretermine	Totale	Forte-mente pretermine	Pretermine	Totale	Meno di 32 settimane	Tra 32 e 36 settimane	Meno di 37 settimane	Meno di 32 settimane	Tra 32 e 36 settimane	Meno di 37 settimane	Meno di 32 settimane	Tra 32 e 36 settimane	Meno di 37 settimane
Piemonte e Valle d'Aosta	9,89	74,03	83,92	0,85	6,48	7,33	7,43	49,68	57,11	1,10	7,62	8,72	1,10	8,45	9,54
Lombardia	9,45	58,17	67,61	0,78	4,77	5,55	7,53	48,79	56,26	0,96	5,48	6,44	1,12	6,80	7,92
Trento	*9,43*	*65,59*	*75,02*	*0,68*	*4,96*	*5,63*	*10,00*	*60,71*	*70,71*	*0,63*	*3,92*	*4,55*	*0,95*	*7,88*	*8,83*
Veneto	11,51	74,86	86,37	0,92	6,36	7,27	9,51	47,97	57,49	1,29	7,03	8,32	1,30	8,11	9,41
Friuli-Venezia Giulia	11,11	58,35	69,46	0,95	4,57	5,52	6,88	50,36	57,25	1,18	4,82	6,01	1,48	6,89	8,37
Liguria	10,60	60,32	70,93	0,95	5,31	6,26	5,44	32,31	37,76	0,93	4,15	5,08	1,40	7,55	8,97
Emilia-Romagna	10,91	71,12	82,03	0,89	6,06	6,95	8,84	48,19	57,14	0,96	6,57	7,54	1,15	8,67	9,82
Toscana	9,22	63,53	72,74	0,75	5,43	6,18	7,45	42,14	49,59	0,72	6,18	6,92	0,93	6,86	7,79
Umbria	7,02	40,83	47,85	0,61	3,22	3,83	3,85	32,69	36,54	1,03	4,42	5,46	0,82	5,00	5,83
Marche	9,78	52,48	62,34	0,98	5,25	6,23	0,00	0,00	0,00	1,08	5,23	6,25	1,26	5,96	7,22
Lazio	8,56	65,45	74,01	0,67	5,52	6,19	8,18	46,86	55,03	0,85	6,67	7,52	0,94	7,87	8,81
Abruzzo	8,33	53,12	61,44	0,60	4,24	4,84	12,26	57,08	69,34	0,61	4,18	4,79	1,14	5,15	6,33
Campania	9,42	49,14	58,56	0,78	3,94	4,72	6,63	40,17	46,86	0,86	3,81	4,68	1,11	6,86	7,98
Puglia	9,42	57,04	66,47	0,79	4,69	5,49	7,13	47,87	55,00	0,88	4,81	5,70	1,29	7,42	8,71
Basilicata	8,64	74,19	83,02	0,86	7,42	8,30	0,00	0,00	0,00	1,17	5,45	6,61	0,87	9,50	10,46
Sicilia	10,12	54,65	64,76	0,81	4,33	5,14	8,13	46,34	54,47	0,98	4,26	5,25	1,20	7,36	8,56
Sardegna	3,87	49,38	53,18	0,29	4,19	4,48	5,36	47,32	52,68	0,24	4,89	5,13	0,47	6,46	6,91
Italia (solo regioni rispondenti)	**9,58**	**60,69**	**70,26**	**0,79**	**5,08**	**5,87**	**7,73**	**46,21**	**53,94**	**0,99**	**5,49**	**6,48**	**1,16**	**7,61**	**8,77**

[a]Per 100 nati vivi da parti semplici.
[b]Per 100 nati vivi da parti plurimi.
[c]Per 100 nati vivi per età estreme della madre.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni Istat su dati CeDAP. Anno 2007.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 274

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 275

I nati vivi altamente sottopeso

Nell'analisi dei nati vivi di meno di 1.500 grammi, si conferma come, considerando il genere del parto, la probabilità di nascere sottopeso è molto più elevata tra i parti plurimi; in particolare, rispetto ai parti semplici, la probabilità di nascere sotto peso è circa 10 volte maggiore. L'analisi a livello regionale, sulla base del genere del parto, ricalca approssimativamente la situazione totale in cui consideriamo tutti i nati sotto peso; fanno eccezione la PA di Trento e la regione Abruzzo. Nella PA di Trento emerge che la più alta proporzione di nati sottopeso totali (11,1‰) rispetto al valore medio nazionale (8,8‰) è ancora più evidente tra i nati da parti plurimi, dove la proporzione di nati con meno di 1.500 grammi arriva al 135,7‰. (rispetto ad una media nazionale del 75,3‰); la regione Abruzzo presenta invece una peculiarità dovuta al fatto che, mentre per il complesso dei nati e nei nati da parti semplici la proporzione di sottopeso (rispettivamente 6,6‰ e 3,9‰) è inferiore al valore medio nazionale (rispettivamente 8,8‰ e 7,2‰), nei nati da parti plurimi tale proporzione risulta molto più consistente, arrivando fino al 132,1‰, rispetto al valore medio del 75,3%.

Se consideriamo la distribuzione per età, emerge, data anche la stretta correlazione con le nascite pretermine, che la proporzione di nascite sottopeso è più evidente per i nati da donne con più di 35 anni; pur considerando la distinzione per classe d'età della madre al parto, non emergono, nell'analisi regionale, sostanziali differenze rispetto a quanto già commentato nell'analisi complessiva.

Tabella 6 - *Proporzione di nati vivi altamente sottopeso secondo alcune variabili per regione (dati stimati) - Anno 2003*[(a)]

Regioni	Nati vivi altamente sottopeso ‰ nati vivi totali	Nati vivi altamente sottopeso per genere del parto (% nati vivi)		Nati vivi altamente sottopeso per età estreme della madre[(d)]	
		Parto semplice[(b)]	Parto Plurimo[(c)]	<= 25 anni	>= 35 anni
Piemonte e Valle d'Aosta	8,4	6,7	74,3	9,6	9,9
Lombardia	9,4	7,6	82,9	8,4	12,5
Trento	*11,1*	*7,4*	*135,7*	*7,8*	*11,0*
Veneto	11,3	9,5	76,9	10,0	14,1
Friuli-Venezia Giulia	9,8	8,0	72,5	9,3	12,2
Liguria	8,9	7,5	57,7	7,6	12,4
Emilia-Romagna	9,0	7,4	70,3	8,4	10,0
Toscana	8,1	6,3	78,6	6,9	8,6
Umbria	6,6	5,2	52,9	7,5	8,8
Marche	7,3	7,3	0,0	9,1	8,2
Lazio	7,7	6,1	69,2	7,8	8,8
Abruzzo	6,6	3,9	132,1	6,1	11,4
Campania	8,5	7,2	55,2	7,1	10,8
Puglia	9,4	7,7	79,8	8,3	13,4
Basilicata	8,4	8,4	0,0	5,2	7,8
Sicilia	9,6	7,5	87,2	8,2	12,4
Sardegna	3,0	2,0	62,5	2,4	4,2
Italia (solo regioni rispondenti)	**8,8**	**7,2**	**75,3**	**8,0**	**11,0**

[(a)]Per altamente sottopeso si intendono i nati con peso inferiore a 1.500 grammi.
[(b)]Per 1.000 nati vivi da parti semplici.
[(c)]Per 1.000 nati vivi da parti plurimi.
[(d)]Per 1.000 nati vivi sottopeso.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni Istat su dati CeDAP. Anno 2007.

Riferimenti bibliografici

(1) Buratta V., Burgio A., Lo Conte M., Loghi M. e Prati S., 'informazione sulle nascite in Italia in Atti del Convegno "La nascita dall'informazione all'intervento", Osservatorio regionale della patologia in età pediatrica, Venezia 21 marzo 2003.
(2) Burgio A., Loghi M. e Prati S., 'I CeDAP come irrinunciabile fonte informativa per la natalità e la nati-mortalità', Roma, 29 ottobre 2003, Ministero della Salute.
(3) Caselli G., Loghi M., Pierannunzio D., 'Comportamenti riproduttivi ed esiti sfavorevoli delle gravidanze, La Sardegna come caso paradigmatico', Atti del Seminario di Roma su "Determinanti biodemografiche della 'fitness' nella popolazione italiana. Sardegna: caso paradigmatico di longevità riproduttiva?", Aprile 2006.
(4) Ministero della salute, Dipartimento della Qualità, Direzione Generale Sistema Informativo, 'Certificato di assistenza al parto (CeDAP), Analisi dell'evento nascita-Anno 2003', Giugno 2005.
(5) Polo A., Spinelli A., Papini P., Di Lallo D., 'Le nascite nel Lazio – Anni 2004 e 2005', Laziosanità, Agenzia di Sanità Pubblica Regione Lazio, Ottobre 2006.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 276

L'assistenza ambulatoriale fornita alle donne in gravidanza dal Servizio Sanitario Regionale del Lazio

Dott.ssa Giulia Viola, Prof. Piero Giorgi, Dott.ssa Irene Silvestri, Dott.ssa Daniela Pierannunzio, Dott.ssa Cinzia Torri

Contesto

L'analisi delle cure prenatali riveste un particolare interesse soprattutto alla luce di una tendenza alla ipermedicalizzazione da tempo evidenziata. Generalmente il fenomeno viene osservato mediante indagini campionarie con questionario. Obiettivo di questo lavoro è verificare se una simile analisi possa essere condotta ricorrendo a fonti di dati correntemente rilevati per scopi amministrativi. In un'ottica sperimentale è stata analizzata l'assistenza specialistica ambulatoriale fornita alle donne in gravidanza nel 2004 dal Servizio Sanitario Regionale (SSR) del Lazio, evidenziando l'effetto di alcune variabili di interesse. Inoltre è stato effettuato un tentativo di stima della parte di attività svolta al di fuori del SSR attraverso il confronto tra i dati amministrativi sull'assistenza erogata dallo stesso SSR e quanto riportato da altre fonti sull'assistenza complessiva fruita dalle donne sia in accreditamento che privatamente.

Materiali e metodi

La principale fonte dei dati utilizzati è il Sistema Informativo dell'Assistenza Specialistica ambulatoriale (SIAS), istituito nel 1997 presso l'Osservatorio Epidemiologico Regionale (ora Laziosanità – Agenzia di Sanità Pubblica); il SIAS registra tutte le prestazioni previste dal nomenclatore tariffario erogate in regime ambulatoriale (visite specialistiche, prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio, prestazioni terapeutiche, attività di consultorio materno-infantile) effettuate presso i presidi ambulatoriali (anche di ospedali e case di cura), i laboratori di diagnostica strumentale e gli studi medici specialistici pubblici e privati provvisoriamente accreditati del Lazio.

Poiché nella base dati del SIAS non è riportato lo stato di gravidanza della paziente (tranne nel caso di prestazioni erogate in base al protocollo di accesso in regime di esenzione - DM 10/09/1998), è stato necessario individuare le donne oggetto di studio attraverso i Certificati Di Assistenza al Parto (CeDAP); questo metodo di selezione implica la restrizione dell'analisi alle sole gravidanze esitate in parto.

Lo studio, avendo carattere sperimentale, è stato circoscritto ai parti avvenuti nell'ultimo trimestre del 2004, così da fare riferimento a gravidanze interamente contenute nell'anno; le analisi sono state effettuate sotto l'ipotesi che il ricorso alle prestazioni sia indipendente dal periodo dell'anno in cui ha corso la gestazione.

La definizione della popolazione in studio ha previsto l'esclusione dei dati incongruenti o incompleti (ad esempio parti gemellari con informazioni sulla madre disallineate, parti di donne anonime, straniere irregolari o ancora in attesa di regolarizzazione), nonché i parti di donne non residenti nel Lazio, che presumibilmente hanno ricevuto l'assistenza sanitaria in un'altra regione.

Le donne così selezionate sono state ricercate nell'intera base dati SIAS 2004 mediante una procedura di *record linkage* deterministico, che ha utilizzato due chiavi in successione: l'insieme dei dati anagrafici e le prime 15 cifre del codice fiscale. Il contingente di riferimento delle analisi è costituito dalle sole donne presenti in entrambi gli archivi. Dal totale delle prestazioni rintracciate sono state estratte e analizzate esclusivamente quelle fruite durante il periodo della gravidanza, individuato come l'intervallo tra la data dell'ultimo ciclo mestruale e la data del parto riportate nei CeDAP.

Dopo l'analisi descrittiva dei dati si è tentata una valutazione dell'attività che si sottrae alla rilevazione perché erogata al di fuori dell'accreditamento al SSR: alcuni indicatori calcolati sono stati confrontati con le analoghe misure pubblicate tra i risultati dell'Indagine Multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" degli anni 1999-2000. Per le prestazioni di diagnosi prenatale è stato possibile confrontare il dato SIAS con l'informazione presente nei CeDAP relativa alla stessa donna, ottenendo così una stima più attendibile della quota di attività svolta in regime privato.

Risultati e Discussione

Le donne che hanno partorito negli istituti di ricovero e cura del Lazio nel periodo dall'1 ottobre al 31 dicembre 2004, rilevate dalla fonte CeDAP e selezionate in base ai criteri descritti, sono 12.528 (580 donne sono state eliminate nella fase di selezione). Le procedure di *record linkage* ne hanno rintracciate nella base dati SIAS 11.570, ossia il 92,4%. Questa misura è maggiore per le classi di età centrali (94,5% per le donne di 30-34 anni) e minore per le classi di età più giovani (70,5% per le donne di 15-19 anni); la disparità è dovuta in parte alla presenza non omogenea delle donne straniere, che, per difficoltà di trascrizione dei dati anagrafici, hanno una quota di *linkage* minore (75,2%) rispetto alle italiane (94,5%).

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 277

Il contingente delle 11.570 donne rintracciate costituisce la popolazione di riferimento per le analisi che seguono; quasi la totalità di esse (99,8%) ha fatto ricorso al SSR per prestazioni di assistenza ambulatoriale durante la gravidanza (il restante 0,2% ha effettuato prestazioni nel 2004 ma non durante la gravidanza), facendo registrare complessivamente 189.336 ricette e 730.562 prestazioni: in media 16 ricette e 63 prestazioni pro capite; i valori maggiori sono a carico delle donne di 35-39 anni (17 ricette e 66 prestazioni), mentre le donne con meno di 25 anni fanno registrare i consumi minori (13 ricette e 50 prestazioni).
La maggior parte dell'assistenza fruita riguarda la branca specialistica di Laboratorio Analisi, in cui si concentra il 73,8% delle ricette (663.251 prestazioni), seguita da Ostetricia e Ginecologia con il 17,6% delle ricette (43.740 prestazioni); alle restanti branche è riconducibile l'8,6% dell'attività (23.571 prestazioni).
Nella branca di Laboratorio Analisi, in aggiunta alle prestazioni comunemente effettuate (emocromo, esame delle urine, glucosio, aminotransferasi, urea, ferro e creatinina, che rappresentano il 38,8% del totale di branca), sono frequenti anche alcune prestazioni tipicamente eseguite all'inizio della gravidanza, come gli anticorpi per toxoplasma, citomegalovirus, rosolia, epatite B e C (17,1% del totale di branca). Quest'ultimo tipo di esami è responsabile del picco di maggior consumo che si registra in corrispondenza dell'ottava settimana di gestazione; più avanti, nella 36-esima settimana, si evidenziano di nuovo alti livelli di consumo, dovuti in questo caso agli esami di monitoraggio.
Tra le prestazioni di Ginecologia le più rappresentate sono la cardiotocografia, la visita ostetrico-ginecologica, l'ecografia ostetrica, l'eco-color doppler dell'addome inferiore, l'amniocentesi, l'ecocardiogramma fetale e l'ecografia ginecologica (99,1% del totale di branca). I periodi di effettuazione variano secondo la tipologia di prestazione: per le ecografie sono evidenti i picchi di maggior consumo del terzo, quinto e settimo mese; le visite, in quantità costante durante quasi tutta la gravidanza, aumentano tra la 36-esima e la 38-esima settimana di gestazione, periodo in cui sono concentrate quasi tutte le cardiotocografie.
La restante attività al di fuori delle due branche principali consiste in elettrocardiogrammi (4.337 prestazioni), visite cardiologiche (2.459 prestazioni), rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale semplice (1.687 prestazioni), training prenatale (1.510 prestazioni), visite anestesiologiche (1.173 prestazioni) e psicoterapie di gruppo (1.000 prestazioni).
Le strutture cui le gestanti si sono rivolte sono presidi pubblici delle ASL per il 51,1% delle ricette (tra essi i consultori, cui spetta il 3,6% dell'attività), strutture private provvisoriamente accreditate per il 29,1% e strutture aziendalizzate per il restante 19,8%. L'esenzione dal pagamento del ticket, riservata alle donne in gravidanza per alcune prestazioni nei periodi previsti, è stata applicata al 65,1% delle ricette; quote maggiori si registrano per le donne più giovani, fino al 78,6% nel caso delle donne di 15-19 anni. Il medico prescrittore è un medico di base per il 78,6% delle ricette; per il resto si tratta di medici specialisti dipendenti di struttura pubblica, medici SUMAI o altri medici.
L'indagine sul consumo di prestazioni in base ad alcune caratteristiche delle donne, effettuata confrontando le misure standardizzate per età, ha evidenziato alcune differenze. Le primipare sono ricorse all'assistenza ambulatoriale in misura maggiore: ad esempio hanno effettuato 61 prestazioni pro capite di laboratorio analisi, mentre le donne con parti precedenti ne hanno effettuato in media 52. Anche le donne lavoratrici hanno effettuato più prestazioni delle altre, con l'esclusione delle ecografie. Infine è interessante considerare i dati sulle donne straniere provenienti da Paesi a forte pressione migratoria (che costituiscono l'8,5% delle donne rintracciate): a loro carico si registra un volume inferiore di prestazioni di laboratorio analisi (38 pro capite contro 59 delle italiane e straniere provenienti da paesi a sviluppo avanzato) e di cardiologia (1,5 prestazioni contro 2,0), mentre si registrano più visite specialistiche (2,6 contro 1,8) e più ecografie (1,4 contro 1,1).

Confronto con gli indicatori derivati da altre fonti
Alcuni indicatori calcolabili dai dati SIAS possono trovare un termine di paragone nelle analoghe misure pubblicate tra i risultati dell'Indagine Multiscopo dell'Istat sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari"; ad esempio l'edizione relativa agli anni 1999-2000 registrava un numero medio di 7,0 visite per donna durante tutta la gravidanza, mentre i dati SIAS del 2004 ne rilevano a carico del SSR solo 1,9. Anche le ecografie sembrano sfuggire in larga parte alla rilevazione SIAS, che ne registra in media 1,1 pro capite, mentre dall'Indagine Multiscopo ne risultavano 5,2. Per quanto riguarda il ricorso all'amniocentesi, il SIAS rileva che è stata effettuata in regime di accreditamento al SSR dal 3,8% delle donne, mentre l'Indagine Multiscopo rilevava che complessivamente era stata effettuata dal 32,8% delle donne.
Una situazione diversa si verifica per gli esami di Laboratorio Analisi, che più spesso sono eseguiti in regime di accreditamento: la percentuale di donne che si sono rivolte al SSR per un esame di laboratorio è prossima alla percentuale di donne totali che dall'indagine multiscopo risultavano aver effettuato lo stesso esame; tuttavia, per quanto riguarda il toxo test e il rubeo test, è interessante notare che la fonte SIAS rileva un maggiore

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 278

consumo da parte delle donne giovani rispetto alle altre (per il toxo test 76,6% delle donne con meno di 25 anni contro 75,2% per il totale delle donne), mentre la fonte Indagine Multiscopo rilevava la situazione opposta (70,3% delle donne con meno di 25 anni e 88,3% per il totale delle donne).
Il confronto tra gli indicatori tratti dalle due fonti deve essere effettuato con cautela e non può produrre delle stime quantitative dell'attività effettuata in regime privato, perché la tipologia delle due fonti è molto diversa (una base dati amministrativa nel caso del SIAS e un'indagine campionaria retrospettiva con questionario a compilazione diretta nel caso della Multiscopo), i periodi di riferimento distano fino a sei anni e l'ambito territoriale della Multiscopo è più ampio dell'ambito regionale del SIAS. Tuttavia il grande divario tra le misure riguardanti le visite specialistiche, le ecografie ostetriche e le amniocentesi consente di affermare che una larga parte delle prestazioni viene effettuata privatamente al di fuori del SSR.
Le informazioni rilevate tramite i CeDAP costituiscono, a differenza dell'Indagine Multiscopo, un termine di paragone puntuale, poiché il dato CeDAP e quello SIAS riguardano esattamente la stessa donna. Tra le variabili presenti in entrambi gli archivi è di particolare interesse la segnalazione delle prestazioni di diagnosi prenatale; le due fonti sono piuttosto discordanti: dal SIAS risulta che 6 donne su 100 sono ricorse alla diagnosi prenatale (includendo tecniche invasive e non invasive), mentre dai CeDAP (che contemplano amniocentesi, prelievo dei villi coriali e altre tecniche) la stessa misura risulta di 45 donne su 100. Limitando l'analisi alle donne di età maggiore di 34 anni, dal SIAS si rileva che hanno effettuato l'amniocentesi in accreditamento 12 donne su 100, mentre dai CeDAP le donne con amniocentesi risultano essere 45 ogni 100. Ne consegue che le donne che scelgono di sottoporsi all'amniocentesi e che per motivi di età hanno diritto all'esenzione dal ticket, si rivolgono al servizio pubblico ambulatoriale solo nel 26% dei casi.

Conclusioni

Il presente lavoro costituisce un tentativo sperimentale di indagare il ricorso all'assistenza specialistica ambulatoriale in gravidanza mediante dati di fonte amministrativa con copertura totale dell'attività a carico del SSR. Il *record linkage* deterministico tra gli archivi ha prodotto risultati complessivamente positivi, consentendo di rintracciare nel SIAS quasi tutte le donne che hanno partorito; le analisi effettuate hanno confermato la validità generale del metodo e i risultati hanno consentito, seppure per il solo periodo considerato, di delineare con sufficiente dettaglio l'assistenza fruita in accreditamento al SSR. Un problema delle procedure descritte è rappresentato dalla minore capacità di *linkage* tra gli archivi nel caso delle donne straniere; la creazione di chiavi più ampie potrebbe ridurre questa distorsione. L'impossibilità di valutare l'assistenza rivolta alle gravidanze interrotte prematuramente costituisce, invece, un limite insito nell'impostazione del metodo.
Di sicuro interesse è la considerazione della quota di assistenza fornita al di fuori del servizio pubblico, soprattutto per quanto riguarda le visite specialistiche, le ecografie ostetriche e la diagnosi prenatale; in riferimento a questi aspetti il confronto tra i dati presenti nell'archivio delle prestazioni (SIAS) e quelli presenti nell'archivio dei Certificati Di Assistenza al Parto (CeDAP) ha consentito, per le donne linkate, di individuare una stima della quota di specifiche prestazioni diagnostiche erogate al di fuori del sistema pubblico ambulatoriale.
Confermata la validità dell'approccio seguito, il lavoro di ricerca, oltre ad ampliare l'intervallo di tempo considerato, potrà svilupparsi verso un'analisi dettagliata del fenomeno, che prevede l'individuazione dei profili socio-demografici differenziali delle donne che si servono di tipologie diverse di assistenza ambulatoriale, la valutazione delle variabili che discriminano tali profili, l'analisi dei costi a carico del SSR differenziati in base ai profili ed il confronto con i protocolli di assistenza "minima" prevista dalla normativa sull'esenzione e dagli standard dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Riferimenti bibliografici

(1) A.Ferrante, G.Boccuzzo, P.Facchin. La diagnosi prenatale: un approfondimento partendo dalla realtà del Veneto. In C.Viafora, F.Bonarini, F.Ongaro. "Sessualità e riproduzione: tutto sotto controllo? Concepimento e gravidanza in contesti di bassa natalità". Franco Angeli, 2004.
(2) M.Grandolfo, S.Donati, A.Giusti. Indagine conoscitiva sul percorso nascita, 2002. Aspetti metodologici e risultati nazionali. Istituto Superiore di Sanità.
(3) Istat, Le condizioni di salute della popolazione. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anni 1999-2000, Istat, 2002.
(4) A.Pasquarella, C.Torri, M.Balducci, V.Biancofiore, L.Sementilli, I.Silvestri, S.Trifelli, G.Viola, G.Guasticchi. Rapporto SIAS 2004, Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio, 2005.
(5) A.Pinnelli, F.Fiori. Le cure prenatali: protocolli pratica medica e competenza delle donne, Giornate di Studio sulla Popolazione, GCD-SIS, Latina 14-16 febbraio 2007.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 279

Le disuguaglianze sociali nel settore materno-infantile

Dott.ssa Luisa Mondo, Dott.ssa Teresa Spadea, Dott.ssa Tania Landriscina, Dott.ssa Raffaella Rusciani, Prof. Giuseppe Costa

Analizzando le disuguaglianze sociali nel settore materno-infantile si evidenziano, sia per le interruzioni volontarie di gravidanza che per gli esiti gestazionali, già note situazioni di fragilità, legate in particolare ad una bassa scolarità e al fenomeno dell'immigrazione, che si riconfermano nel tempo.

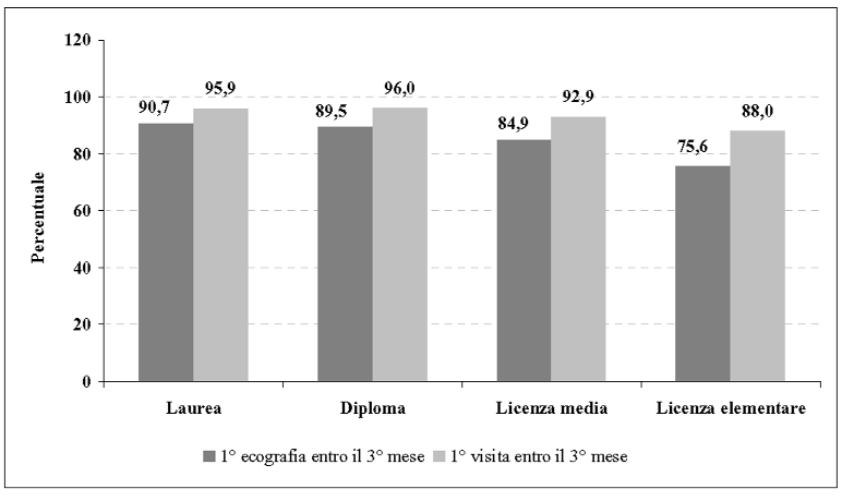
Abortività volontaria

Il tasso di abortività volontaria[1] mostra, in tutte le regioni italiane, una diminuzione continua e progressiva (riduzione del 44,6% rispetto al 1982, anno in cui si è registrato il più alto ricorso all'IVG), nel 2006 è risultato pari al 9,3 per 1.000. Tale fenomeno è in aumento tra le donne immigrate ed è pari al 29,6% del totale degli interventi effettuati nel 2005 (1).
Il ricorso all'IVG nell'epoca gestionale tardiva, ossia tra l'undicesima e la dodicesima settimana, risulta negli anni leggermente aumentato: dal 15,9% del 2003 al 16,8% del 2004, variazione imputabile alla presenza delle suddette cittadine straniere che tendono ad avere un accesso più tardivo ai servizi (2,3).
Il ricorso all'IVG è diminuito, in questi anni, con maggior intensità tra le donne più istruite e occupate, mentre si registrano aumenti per le donne con bassa istruzione e per le casalinghe. Delle donne che hanno interrotto volontariamente la gravidanza nel 2005, il 6,5% sono laureate (contro il 7,0% del 2003), il 39,7% hanno un diploma di scuola media superiore (44,6% nel 2003), il 46,5% la licenza media inferiore ed il 7,3% la licenza elementare o nessun titolo di studio (in aumento rispetto al 2003, anno in cui si registrava il 5,6%). Per quanto riguarda la condizione professionale, le donne che hanno fatto ricorso all'IVG nel 2005 possiedono le seguenti caratteristiche: il 45,8% sono occupate (60,8% nel 2003), il 15,6% sono disoccupate o in cerca di prima occupazione, il 27,9% casalinghe (26,7% nel 2003) e il 10,1% studentesse (1,4).

Gravidanza

In linea con quanto prescritto dalle Linee Guida internazionali, la maggior parte delle donne italiane si sottopone a visite ed accertamenti nei primi mesi di gestazione. Si osserva, tuttavia, uno svantaggio per le donne giovani, per quelle con un basso livello di istruzione, per le residenti al Sud e nelle Isole.
Prendendo in considerazione il livello d'istruzione si osserva come si sottopongano alla prima ecografia ed alla prima visita entro il terzo mese di gestazione rispettivamente il 75,6% ed l'88% delle donne che possiedono la licenza elementare o nessun titolo di studio contro il 90,7% ed il 95,9% delle donne laureate (grafico 1) (5).

Grafico 1 - *Indicatori di assistenza in gravidanza per titolo di studio - Anni 2004-2005 (dati provvisori)*



Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Statistiche in breve. Anno 2006.

[1] Numero IVG/1.000 donne in età feconda tra i 15 e i 49 anni.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 280

Il dichiararsi a conoscenza della possibilità di individuare patologie fetali mediante la diagnosi prenatale è strettamente associata al livello di istruzione: è nettamente maggiore tra le donne laureate (96,2%) rispetto a quelle con licenza elementare o nessun titolo di studio (65,9%) (5).
L'Italia è la nazione dell'Unione Europea in cui si registra il maggior ricorso al taglio cesareo, con una situazione molto eterogenea tra le varie realtà territoriali. Elemento cruciale per il cesareo, oltre all'età materna, alle gravidanze gemellari, alle patologie materne ed al pregresso cesareo, risulta essere l'aver partecipato o meno ad un corso di accompagnamento alla nascita: tra le donne che hanno seguito il corso la percentuale di cesarei scende al 27,6% contro il 36,9% totale.
La partecipazione al corso di preparazione al parto, a sua volta, è fortemente influenzata dal titolo di studio: tra le donne che hanno partorito nei cinque anni precedenti l'intervista, lo hanno seguito almeno una volta il 65,6% delle laureate, il 34,2% delle donne con licenza media ed il 20,2% delle donne con licenza elementare o nessun titolo (5).
Inoltre, la partecipazione ai corsi di preparazione al parto, risulta un fattore protettivo per l'allattamento al seno: tra le donne che vi hanno partecipato il periodo di allattamento esclusivo o predominante è più alto (70,9%) rispetto a quelle che non vi hanno partecipato (60,8%).

Salute infantile

Negli ultimi anni sono stati condotti molti studi per dimostrare il ruolo delle differenze socio-economiche sulle condizioni di salute nell'età pediatrica. Uno studio piemontese su esiti riproduttivi e mortalità neonatale in regione, nel periodo compreso tra il 1980 ed il 1995, ha evidenziato (controllando per fattori clinici quali gemellarità, età materna, età gestazionale, parità, distanza tra i parti) la maggior probabilità di nati a basso peso e di mortalità post-neonatale tra le donne con scolarità più bassa (al massimo la licenza elementare) rispetto alle laureate (6).
Lo studio SIDRIA ha evidenziato differenze significative nella gestione dell'asma tra soggetti appartenenti a famiglie di differente livello socio-economico con minor accesso ai test diagnostici e maggior necessità di ricovero per le famiglie più svantaggiate (7).

Conclusioni

Dall'analisi dei dati risulta evidente come vi siano ancora fasce di popolazione particolarmente fragili nel settore materno-infantile le quali, spesso, sono anche quelle meno coinvolte nelle campagne di prevenzione e cura per la mancanza di offerta attiva. Il Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI) (3) assegna un ruolo centrale ai consultori familiari con la finalità di allestire una serie di servizi di salute primaria, caratterizzati da un approccio integrato, secondo un modello sociale di salute. Iniziative di questo genere potrebbero avere un impatto importante in settori sanitari strategici, quali il percorso nascita, la prevenzione dei tumori femminili e l'educazione alla salute riproduttiva.

Riferimenti bibliografici

(1) Ministero della Salute, Relazione sull'attuazione della Legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (Legge 194/78), Roma 4 ottobre, 2007.
(2) Spinelli A., Forcella E., Di Rollo S., Gradolfo M. (a cura di) Rapporto Istisan: L'interruzione volontaria di gravidanza tra le donne straniere in Italia, 2006, ii,115 p.
(3) POMI - D.M. del 24/4/2000, Gazzetta Ufficiale n. 131 del 7 giugno 2000: Salute della donna e consultori familiari (http://www.epicentro.iss.it/focus/consultori/Estratto_Pomi.pdf).
4) Loghi M. (a cura di) L'interruzione volontaria di gravidanza in Italia, Istat 2003.
(5) Sebastiani G., Iannucci L. "Gravidanza, parto, allattamento al seno 2004-2005", Istat, Statistiche in breve, Roma, 5 giugno 2006.
(6) Spadea T., Cois E., I determinanti delle disuguaglianze di salute in Italia, I primi anni di vita, in: Epidemiologia e prevenzione, (3) maggio-giugno 2004, Supplemento.
(7) Galassi C., De Sario M., Forestiere F. SIDRIA, Studi italiani sui disturbi respiratori nell'infanzia e l'ambiente – 2° fase in: Epidemiologia e prevenzione, (2) marzo-aprile, 2005, Supplemento.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 281

Un libro bianco sulla salute delle donne: analisi dello stato di salute e di assistenza nelle regioni italiane

Dott.ssa Francesca Merzagora

Come stanno le donne italiane in termini di salute? Il desiderio di comprendere lo stato di salute nelle diverse regioni italiane e l'assistenza offerta, ha portato O.N.Da, in collaborazione con l'Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane, a pubblicare il primo Libro bianco sulla salute femminile edito da Franco Angeli e presentato in Senato lo scorso mese di luglio.

Il Libro bianco è diviso in due parti: la prima descrive la popolazione femminile sotto l'aspetto demografico, i tassi di sopravvivenza e di mortalità, l'occupazione e il tempo libero. La seconda parte analizza invece le condizioni di salute e la qualità dell'assistenza sanitaria nelle varie regioni italiane con un confronto tra i due sessi analizzando le varie patologie.

Complessivamente le donne italiane stanno abbastanza bene, ma le diverse condizioni socio-economiche e gli stili di vita ancora esistenti evidenziano troppe differenze regionali anche per quel che riguarda l'offerta dei servizi sanitari.

La salute della donna è cambiata negli anni perché è mutato il suo ruolo nella società: sempre più presente nel mondo del lavoro, ma sempre meno aiutata nel suo ruolo in casa, la donna si trova oggi ad essere attiva su più fronti contemporaneamente con inevitabili situazioni di stress che hanno un riflesso negativo sulla sua salute.

Le donne italiane vivono più a lungo degli uomini, ma vivono peggio (vivono infatti più anni degli uomini in condizioni di disabilità), si ammalano di più poichè talune patologie sono legate proprio all'invecchiamento, e sono poi curate con farmaci non testati specificatamente su di loro. Talune patologie poi, un tempo considerate appannaggio esclusivamente maschile (come le malattie cardiovascolari), vedono le donne in prima fila, ma la percezione del rischio non è corretta e questo porta sovente a perdere tempo prezioso nella diagnosi. L'approccio diagnostico e terapeutico nei confronti delle donne oltretutto è meno aggressivo.

La principale causa di mortalità è costituita dalle malattie cardiovascolari, i tumori sono al secondo posto: mentre si registra un calo della mortalità di quasi tutti i tumori (ad eccezione di quello ai polmoni legato al fumo di sigarette), si assiste ad un incremento dell'incidenza degli stessi dovuta a diagnosi sempre più precoci e attente (pur essendo gli screening ancora non diffusi omogeneamente sul territorio italiano).

L'obbiettivo di questa pubblicazione è di spingere le Istituzioni regionali a intervenire migliorando talune realtà sanitarie di disparità nella diagnosi o correggendo situazioni in cui l'accesso alle cure non è ancora adeguato. Ci auguriamo soprattutto che il Libro bianco sia uno strumento informativo utile a tante donne, affinché possano consapevolmente far sentire la propria voce e ottenere il rispetto del diritto alla salute sancito dalla Costituzione.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 282

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 283

Salute degli immigrati

"Health and Migration in the EU: better health for all in an inclusive society" è stato il titolo, significativo, della Conferenza che la Presidenza portoghese del Consiglio dell'Unione Europea ha promosso a Lisbona il 27 e 28 settembre 2007. Ed è solo una delle tappe di una intensa riflessione che l'Europa ha intrapreso in quest'ultimo anno.

"*... L'Unione Europea ha bisogno e continuerà ad aver bisogno degli immigrati, per ragioni demografiche ed economiche, ... le politiche europee per l'immigrazione hanno bisogno di essere riviste ... l'accesso all'assistenza sanitaria da parte di tutti deve essere considerato come un prerequisito per la salute pubblica in Europa ed un elemento essenziale per il suo sviluppo sociale, economico e politico, oltre che per la promozione dei diritti umani. Rivolgersi alla salute dei migranti non è solo una giusta causa umanitaria, ma è anche un bisogno per il raggiungimento di un miglior livello di salute e benessere di tutti coloro che vivono in Europa ...*".

Queste sono le principali indicazioni emerse dalla Conferenza che ha visto la partecipazione, tra gli altri, della direttrice generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, Margaret Chen e di diversi ministri della salute degli Stati membri. Si tratta di raccomandazioni ancora generiche, ma che rappresentano una base importante per l'elaborazione di una proposta politica del Consiglio stesso agli Stati che ne fanno parte.

Ci sembra interessante sottolineare come tra le *specific conclusions* sia stata segnalata la necessità di un monitoraggio costante sulle condizioni di salute della popolazione migrante, da realizzare attraverso l'individuazione di indicatori condivisi, e che l'approccio *health in all policies* sia stato identificato come "filosofia guida per l'intervento e l'azione verso la salute dei migranti".

Ed ancora, grande enfasi è stata data all'*Health Impact Assessment* come "strumento da utilizzare per anticipare ed aggiustare i potenziali effetti negativi di altre politiche di settore sulla salute dei migranti". La salute delle donne e dei minori, la tutela sul lavoro, le malattie infettive (in particolare tubercolosi, aids e quelle sessualmente trasmissibili), quelle cardiovascolari ed il diabete, la salute mentale, sono state identificate come aree critiche a cui dedicare una specifica attenzione.

Pochi giorni prima della Conferenza, l'associazione internazionale "Medici del Mondo" ha presentato una ricerca sull'accessibilità dei servizi sanitari da parte di immigrati in condizione di irregolarità giuridica (secondo alcune stime circa il 10-15% degli immigrati regolari) in sette paesi: Italia, Francia, Spagna, Belgio, Gran Bretagna, Grecia e Portogallo. Emerge come, pur nelle differenze di legislazione da un paese all'altro (con uno spettro ampio che va da politiche di massima inclusione sanitaria in Italia a politiche di inclusione minima in Grecia) solo il 24% degli aventi bisogno è riuscito ad accedere ai servizi sanitari; il problema più grande, non solo legato alle politiche più o meno restrittive, è rappresentato dalla cattiva informazione sui diritti alle cure (oltre il 32% degli intervistati non conoscevano le possibilità di assistenza alle strutture sanitarie) e dalla paura di essere denunciati dagli operatori sanitari (uno su quattro). Il livello di maggiore disinformazione però è relativo alla possibilità di fare il test gratuito dell'HIV (l'Italia con il 63% è risultato il paese con la più alta percentuale di disinformazione tra quelli presi in considerazione, nonostante il 55% degli intervistati avesse conoscenza dei propri diritti).

Non deve sorprendere quindi come un'attenta considerazione sia stata rivolta nell'ambito della Conferenza proprio alla tutela sanitaria degli irregolari e dei clandestini: secondo il Ministro della Salute tedesco Ulla Schmidt "bisogna trovare una soluzione al problema degli immigrati in situazione irregolare, affinché abbiano accesso alle cure mediche senza rischiare l'espulsione"; il Commissario dell'UE Markos Kiprianou ha, peraltro, sottolineato che proprio gli stranieri irregolari sono "una delle categorie più vulnerabili della popolazione" e che devono "essere oggetto di una attenzione adeguata nel settore della salute".

Il Ministro della Sanità portoghese Antonio Correia si è pronunciato per "un quadro comune di diritti per gli immigrati" che comprenda un "diritto alla salute" come "diritto umano fondamentale, indipendentemente dalla nazionalità, dalla lingua o dalla religione". E proprio una delle "raccomandazioni maggiori" della Conferenza è stata quella di "privilegiare un accesso equo e culturalmente sensibile all'assistenza sanitaria per tutti gli immigrati" perchè "problemi globali hanno bisogno di risposte globali (…). Considerando che l'immigrazione va oltre i confini nazionali ed è quindi una questione globale, l'Unione Europea dovrebbe assumere un ruolo leader in questa sfida globale".

Il Rapporto Osservasalute anche quest'anno vuole offrire spunti e riflessioni per interventi adeguati attraverso l'analisi di alcuni ambiti che sono emersi, anche in Europa, come bisognevoli di particolare attenzione. L'esperienza che l'Italia sta maturando in questo settore, testimoniata anche dai dati che riportiamo, è sostenuta da una specifica normativa estremamente tutelante (oltre il 96% degli immigrati regolarmente presenti hanno il diritto/dovere all'iscrizione al SSN, il 3% a una iscrizione facoltativa; gli irregolari e clandestini devono comunque essere assistiti e tutelati in ambito sanitario), pensiamo possa essere di stimolo non solo per migliorare le nostre politiche locali e nazionali, ma anche per promuovere un approccio europeo nell'ottica del diritto, dell'inclusione, del rispetto e del reciproco benessere.

S. GERACI, G. BAGLIO

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 284

Stranieri in Italia

Significato. Negli ultimi decenni in Italia si sono verificati importanti flussi migratori che hanno avuto un notevole impatto sulla struttura e sulla dinamica demografica del paese. Il crescere del numero assoluto di stranieri presenti sul territorio italiano ha infatti contrastato l'invecchiamento della popolazione residente ed ha influito sulla dinamica naturale e su quella migratoria, sia interna che con l'estero. Il numero dei paesi di provenienza è andato sempre crescendo: accanto ai flussi provenienti da paesi di più "vecchia" provenienza, quali il Marocco, la Tunisia e le Filippine, che nel 1992 rappresentavano il 35% dei permessi di soggiorno rilasciati, si è assistito al sopraggiungere di nuove collettività di immigrati come, ad esempio, quella degli ucraini e, più in generale, quelle dai Paesi Balcanici e dell'Est europeo. Tutto ciò ha comportato variazioni nella graduatoria dei permessi di soggiorno per area di provenienza e del peso relativo delle singole cittadinanze sul totale dei permessi rilasciati.

Variazione percentuale 2005-2006 dei permessi di soggiorno

$$\frac{\text{Permessi di soggiorno all'01/01/2006} - \text{Permessi di soggiorno all'01/01/2005}}{\text{Permessi di soggiorno all'01/01/2005}} \times 100$$

Quota della popolazione straniera residente

$$\frac{\text{Popolazione straniera residente all'01/01/2006}}{\text{Popolazione residente all'01/01/2006}} \times 100$$

Validità e limiti. Quantificare il numero di immigrati presenti in Italia è un'operazione che richiede particolare attenzione. La definizione stessa di immigrato straniero presenta delle criticità (1) e i dati disponibili risentono fortemente dell'instabilità residenziale di questo contingente, nonché della presenza di immigrati irregolari. I permessi di soggiorno rilasciati sono dati di natura amministrativa che colgono una parte ampia del fenomeno: essi comprendono sia gli immigrati legali stabili ma anche quelli semi-stabili (si tenga conto però che si ha una sottostima degli stranieri minorenni, in quanto una parte di questi non sono titolari di un proprio permesso di soggiorno ma sono conteggiati in quello di un loro familiare). I dati sugli stranieri iscritti nelle anagrafi comunali consentono analisi più dettagliate sia sull'evoluzione dello stock che sulle componenti della dinamica degli stranieri residenti in Italia; contemporaneamente essi risentono delle mancate cancellazioni anagrafiche degli immigrati che lasciano il territorio nazionale per cui ne deriva una sovrastima sia del saldo migratorio che della quota di popolazione straniera realmente residente in Italia (2). Dall'analisi congiunta dei dati sui permessi di soggiorno in corso di validità e di quelli di fonte anagrafica si possono delineare alcune caratteristiche della componente migratoria legalmente presente, mancano però le informazioni sulla presenza degli stranieri irregolari. Il numero di questi ultimi ha subito importanti riduzioni in occasione delle ripetute "regolarizzazioni", basate su regole più o meno restrittive, ma successivamente tende ad aumentare anche per la mancanza di una politica ed una prassi immigratoria sufficientemente realistica. In occasione dell'ultima regolarizzazione, avvenuta in seguito al D.L 195/2002, furono presentate più di 700 mila domande e oltre il 90% di queste furono accolte (3). Questo dato evidenzia la forte presenza di immigrati irregolari sul territorio nazionale. Le ultime stime della presenza straniera irregolare parlano di 541 mila unità all'1 luglio 2005: il numero di stranieri irregolari ogni 100 stranieri presenti è pari a 16,1. Tale tasso di irregolarità si attesta su valori più alti di quelli medi nazionali specialmente nel Sud del paese (a Cosenza raggiunge il valore massimo di 51) e nelle grandi metropoli del Centro-Nord quali Roma (25%), Torino (23%) e Milano (19%) (4).

Descrizione dei risultati

Il numero di permessi di soggiorno in essere all'1 gennaio 2006 ammonta a circa 2 milioni e 860 mila unità: confrontando tale dato con quello relativo all'anno precedente si registra una variazione percentuale del +1,8 (tabella 1). Con riferimento alla graduatoria dei permessi di soggiorno per cittadinanza, si nota come tale aumento sia stato particolarmente significativo per le collettività provenienti dalla Polonia, Romania, Serbia Montenegro e Cina, mentre solo i permessi per i filippini sono diminuiti. In relazione alle posizioni relative a tale graduatoria stilata per le prime dieci provenienze all'inizio dei due anni in analisi, risalta come solo in testa e in coda ci siano state delle variazioni: i rumeni nel 2006 sono la prima collettività per

G. DI GIORGIO, F. RINESI

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 285

numero di permessi rilasciati (l'anno precedente erano secondi solo agli albanesi), mentre in coda della graduatoria il peso relativo della comunità degli indiani si va riducendo, passando dal nono al decimo posto, scavalcata da quella dei serbi montenegrini[1]. La quota degli stranieri iscritti in Anagrafe all'1 gennaio 2006 sulla popolazione residente è per l'Italia pari al 4,5%, tuttavia si riscontrano forti differenze a livello territoriale (tabella 2). Difatti, nelle regioni del Centro-Nord il peso relativo della popolazione straniera è sistematicamente più alto del valore medio nazionale, ad eccezione della Valle d'Aosta (4,0%). Nel Mezzogiorno, invece, la quota di stranieri residenti, ad eccezione dell'Abruzzo, è inferiore al 2%; in particolare in Sardegna e in Basilicata tale quota si attesta all'1,1%. Al contrario, la regione dove il peso relativo della popolazione straniera è maggiore è la Lombardia, dove ogni 100 residenti 7 non hanno la cittadinanza italiana: una presenza forte di stranieri si ha anche in Emilia-Romagna, Umbria e Veneto. Se si prendono in considerazione le macro aree di provenienza degli stranieri (tabella 3), si può notare come la grande maggioranza provenga da Paesi a forte pressione migratoria: tale quota si attenua soltanto nella Provincia Autonoma di Bolzano e in Sardegna, dove per ragioni diverse risiede in proporzione un maggior numero di cittadini provenienti da Paesi a sviluppo avanzato. Il flusso più ampio di immigrati (oltre la metà degli stranieri residenti) si ha dai Paesi dell'Europa, in particolare, centro-orientale, e poco più di un quarto dai Paesi Africani, il 17,0% dall'Asia e, per la quota rimanente, dall'America. Anche per questo indicatore si riscontrano delle diversità tra le regioni: il peso relativo degli africani residenti è particolarmente alto in Sicilia. In cinque regioni (Trentino-Alto Adige, Friuli-Venezia Giulia, Umbria, Abruzzo e Puglia) gli stranieri provenienti dai Paesi Europei rappresentano oltre il 60% del totale degli immigrati regolarmente iscritti in anagrafe. I flussi migratori dai Paesi Asiatici sono particolarmente rilevanti, invece, in Lombardia, Toscana e Sicilia. Infine, si noti come gli stranieri residenti provenienti dall'America (in realtà, dal Sudamerica) superino in Liguria più di tre volte il dato medio nazionale. Di particolare interesse è la distribuzione degli stranieri residenti per macro aree che si riscontra in Lombardia, regione dove risulta molto più equilibrata che nel resto delle regioni italiane. La tabella 4 mostra i dati relativi agli stranieri residenti all'1 gennaio del 2006, ripartiti per sesso e per le prime tre cittadinanze nelle regioni italiane. Si evince che, per il segmento maschile, in tutte le regioni le prime due cittadinanze sono quella marocchina seguita da quella albanese (o viceversa), tranne che nel Lazio, dove sono i romeni gli stranieri residenti più numerosi, e in Sicilia, dove la prima collettività sono i tunisini. Si riscontra quindi una generale omogeneità nella distribuzione dei primi due contingenti stranieri iscritti in anagrafe; in relazione alla terza cittadinanza c'è invece una maggiore difformità tra le regioni. Quanto appena osservato non si verifica con riferimento alle straniere residenti, per le quali non è possibile individuare univocamente le cittadinanze prevalenti. In alcune regioni, ad esempio, si rileva la presenza nella prima cittadinanza di collettività non presenti nelle prime tre posizioni negli altri contesti regionali (è il caso della Liguria in cui la prima collettività è quella ecuadoriana).

Tabella 1 - *Permessi di soggiorno (in migliaia) e variazione percentuale per i primi dieci Paesi a forte pressione migratoria (Pfpm) - 01/01/2005-01/01/2006*

Permessi di soggiorno				Variazione percentuale
01/01/2005		01/01/2006		
Albania	251,2	Romania	271,5	8,9
Romania	249,4	Albania	256,9	2,3
Marocco	235,0	Marocco	239,7	2,0
Ucraina	111,6	Ucraina	115,1	3,2
Cina Rep. Popolare	106,8	Cina Rep. Popolare	114,2	6,9
Filippine	75,8	Filippine	75,0	– 1,1
Polonia	65,5	Polonia	73,2	11,7
Tunisia	59,3	Tunisia	61,5	3,8
India	50,7	Serbia e Montenegro	52,3	8,1
Serbia e Montenegro	48,3	India	51,8	2,2
Totale primi 10 Pfpm	*1.253,6*		*1.311,2*	*4,6*
Altri Pfpm	*671,7*		*688,9*	*2,6*
Totale Pfpm	*1.925,3*		*2.000,1*	*3,9*
Totale altri paesi	*320,2*		*285,9*	*– 10,7*
Totale	**2.245,5**		**2.286,0**	**1,8**

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazione su dati Istat. Anno 2007. <http://www.demo.istat.it/altridati/permessi/index.html>.

[1] I cambiamenti più rilevanti in questa graduatoria si sono avuti nel 2002, in occasione della regolarizzazione avvenuta in seguito alla legge Bossi-Fini che ha evidenziato il rafforzamento della presenza di stranieri provenienti dai Paesi dell'Est Europa (soprattutto dalla Romania e dall'Albania), ma anche il sopraggiungere nelle prime posizioni della classifica degli stranieri residenti per cittadinanza di provenienza di nuove comunità, come quella degli ucraini (3).

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 286

Tabella 2 - *Residenti stranieri (in migliaia) e quota degli stranieri residenti (per 100) per regione ed area geografica di provenienza - 01/01/2006*

Regioni	Europa	Asia	Africa	America	Altro	Totale	Paesi a forte pressione migratoria	Quota stranieri residenti/totali residenti (%)
Piemonte	122,5	18,1	70,0	20,9	0,1	231,6	215,6	5,3
Valle d'Aosta	2,1	0,2	2,2	0,5	0,0	5,0	4,3	4,0
Lombardia	224,7	147,5	203,3	90,0	0,4	665,9	621,0	7,0
Trentino-Alto Adige	35,7	5,9	10,4	3,6	0,0	55,7	46,1	5,7
Bolzano-Bozen	*16,9*	*3,6*	*3,8*	*1,2*	*0,0*	*25,5*	*18,4*	*5,3*
Trento	*18,8*	*2,4*	*6,7*	*2,4*	*0,0*	*30,3*	*27,6*	*6,0*
Veneto	166,1	51,7	87,0	15,8	0,2	320,8	303,8	6,8
Friuli-Venezia Giulia	44,4	5,5	11,4	3,8	0,1	65,2	58,9	5,4
Liguria	29,8	6,4	14,6	23,6	0,1	74,4	66,0	4,6
Emilia-Romagna	119,8	52,2	101,8	15,0	0,1	288,8	271,9	6,9
Toscana	115,7	46,4	36,8	16,3	0,3	215,5	189,3	6,0
Umbria	36,0	4,3	12,5	6,4	0,1	59,3	52,2	6,8
Marche	50,3	13,2	21,8	5,9	0,0	91,3	83,1	6,0
Lazio	155,0	51,3	34,1	34,0	0,7	275,1	228,6	5,2
Abruzzo	29,8	4,6	5,9	3,4	0,1	43,8	38,8	3,4
Molise	2,5	0,3	1,0	0,5	0,0	4,3	3,6	1,3
Campania	49,8	14,7	21,5	6,5	0,2	92,6	79,5	1,6
Puglia	30,4	5,0	11,0	2,3	0,1	48,7	43,2	1,2
Basilicata	3,7	0,8	1,6	0,4	0,0	6,4	5,8	1,1
Calabria	15,9	5,2	10,6	1,7	0,2	33,5	28,7	1,7
Sicilia	20,3	18,2	32,0	3,9	0,3	74,6	65,2	1,5
Sardegna	7,6	3,3	5,7	1,3	0,0	17,9	13,3	1,1
Italia	**1.262,0**	**454,8**	**695,0**	**255,7**	**3,1**	**2.670,5**	**2.453,0**	**4,5**

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazione su dati Istat. Anno 2007. <http://www.demo.istat.it/str2005/index.html>.

Tabella 3 - *Residenti stranieri (per 100) per regione e area di provenienza - 01/01/2006*

Regioni	Europa	Asia	Africa	America	Altro	Paesi a forte pressione migratoria (%)
Piemonte	52,9	7,8	30,2	9,0	0,1	93,1
Valle d'Aosta	41,2	4,3	44,9	9,5	0,1	86,5
Lombardia	33,8	22,1	30,5	13,5	0,1	93,3
Trentino-Alto Adige	64,1	10,7	18,7	6,5	0,1	82,6
Bolzano-Bozen	*66,4*	*14,0*	*14,8*	*4,7*	*0,1*	*72,4*
Trento	*62,1*	*7,9*	*22,0*	*8,0*	*0,0*	*91,2*
Veneto	51,8	16,1	27,1	4,9	0,1	94,7
Friuli-Venezia Giulia	68,1	8,5	17,5	5,8	0,2	90,4
Liguria	40,0	8,6	19,6	31,7	0,1	88,7
Emilia-Romagna	41,5	18,1	35,2	5,2	0,0	94,1
Toscana	53,7	21,5	17,1	7,6	0,1	87,8
Umbria	60,7	7,3	21,1	10,7	0,1	88,1
Marche	55,1	14,5	23,9	6,5	0,1	91,0
Lazio	56,4	18,6	12,4	12,4	0,2	83,1
Abruzzo	67,9	10,6	13,5	7,8	0,2	88,5
Molise	57,6	8,2	22,6	11,2	0,4	84,0
Campania	53,7	15,8	23,2	7,0	0,2	85,9
Puglia	62,3	10,4	22,5	4,7	0,2	88,6
Basilicata	57,3	12,9	24,2	5,5	0,1	91,2
Calabria	47,5	15,4	31,5	5,1	0,5	85,6
Sicilia	27,2	24,3	42,8	5,3	0,3	87,5
Sardegna	42,3	18,2	31,8	7,4	0,3	73,9
Italia	**47,3**	**17,0**	**26,0**	**9,6**	**0,1**	**92,3**

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazione su dati Istat. Anno 2007 <http://www.demo.istat.it/str2005/index.html>.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 287

Tabella 4 - *Residenti stranieri (in migliaia) da Paesi a forte pressione migratoria per regione, sesso e cittadinanze prevalenti - 01/01/2006*

Regioni	Residenti stranieri (maschi)	Cittadinanza			Residenti stranieri (femmine)	Cittadinanza		
		Prima	Seconda	Terza		Prima	Seconda	Terza
Piemonte	115,7	Mar.	Rom.	Alb.	115,9	Rom.	Mar.	Alb.
Valle d'Aosta	2,4	Mar.	Alb.	Tun.	2,6	Mar.	Rom.	Alb.
Lombardia	353,5	Mar.	Alb.	Eg.	312,4	Mar.	Alb.	Rom.
Trentino-Alto Adige	28,3	Alb.	Mar.	Mac.	27,5	Alb.	Mar.	Rom.
Bolzano-Bozen	*13,0*	*Alb.*	*Mar.*	*Ser. Mon.*	*12,5*	*Alb.*	*Mar.*	*Ser. Mon.*
Trento	*15,3*	*Alb.*	*Mar.*	*Rom.*	*15,0*	*Alb.*	*Rom.*	*Mar.*
Veneto	171,2	Mar.	Rom.	Alb.	149,6	Rom.	Mar.	Alb.
Friuli-Venezia Giulia	33,8	Alb.	Ser. Mon.	Rom.	31,4	Alb.	Rom.	Ser. Mon.
Liguria	35,4	Alb.	Mar.	Ecu.	39,0	Ecu.	Alb.	Mar.
Emilia-Romagna	149,9	Mar.	Alb.	Tun.	138,9	Mar.	Alb.	Ucr.
Toscana	107,8	Alb.	Cina	Mar.	107,8	Alb.	Rom.	Cina
Umbria	28,3	Alb.	Mar.	Rom.	31,0	Alb.	Rom.	Mar.
Marche	46,1	Alb.	Mar.	Mac.	45,2	Alb.	Mar.	Rom.
Lazio	124,9	Rom.	Alb.	Fil.	150,2	Rom.	Fil.	Pol.
Abruzzo	20,7	Alb.	Mac.	Mar.	23,1	Alb.	Rom.	Ucr.
Molise	1,9	Mar.	Rom.	Alb.	2,4	Rom.	Alb.	Mar.
Campania	39,4	Mar.	Ucr.	Alb.	53,2	Ucr.	Pol.	Cina
Puglia	25,4	Alb.	Mar.	Cina	23,3	Alb.	Mar.	Ucr.
Basilicata	3,1	Alb.	Mar.	Cina	3,3	Alb.	Ucr.	Rom.
Calabria	15,6	Mar.	Alb.	Ucr.	17,9	Ucr.	Mar.	Pol.
Sicilia	38,6	Tun.	Mar.	Sri L.	36,0	Tun.	Sri L.	Mar.
Sardegna	8,7	Mar.	Sen.	Cina	9,2	Mar.	Cina	Ger.
Italia	**1.350,6**	**Alb.**	**Mar.**	**Rom.**	**1.319,9**	**Rom.**	**Alb.**	**Mar.**

Alb. = Albania; Cina = Repubblica popolare cinese; Ecu. = Ecuador; Eg. = Egitto; Fil. = Filippine; Ger. = Germania; Mac. = Macedonia; Mar. = Marocco; Pol. = Polonia; Rom. = Romania; Sen. = Senegal; Ser. Mon. = Serbia Montenegro; Sri. L. = Sri Lanka; Tun. = Tunisia; Ucr. = Ucraina.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazione su dati Istat. Anno 2007. <http://www.demo.istat.it/str2005/index.html>.

Riferimenti bibliografici

(1) Giovannelli C., Strozza S. La presenza straniera: contesto nazionale e area romana in Immigrati stranieri e la capitale, Franco Angeli, Milano 2006; (14-44).
(2) Golini A. "Politiche migratorie", in Livi Bacci (a cura di) "L'incidenza economica dell'immigrazione", Giappichelli Editore, Torino 2005.
(3) Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane Rapporto Osservasalute 2005. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane, Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano.
(4) Fondazione ISMU, Undicesimo Rapporto sulle migrazioni 2005, Franco Angeli, Milano, 2006.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 288

Gli stranieri e il mercato del lavoro

Dott.ssa Ginevra Di Giorgio, Dott.ssa Francesca Rinesi

Gli ultimi decenni sono stati caratterizzati da flussi migratori sempre più consistenti verso il nostro paese: parallelamente all'aumento della presenza straniera si è assistito ad una sempre maggiore partecipazione degli immigrati nei processi produttivi. Il fenomeno migratorio e, in particolare, la quantificazione del contributo degli immigrati all'economia nazionale, è tuttavia di difficile misurazione, tanto che solo di recente l'Istat ha fornito delle stime sulle forze di lavoro straniere (1). Le principali difficoltà incontrate nel cogliere tale componente sono proporzionali all'instabilità residenziale che gli stranieri presentano[1]. La definizione stessa di straniero, oltretutto, non è scevra da soggettività (3). Nell'indagine Istat sulle Forze di lavoro sono considerati come tali gli individui che hanno una cittadinanza diversa da quella italiana, indipendentemente dal loro luogo di nascita. I dati presentati, nonostante i limiti appena menzionati, sono comunque di particolare interesse perché mostrano come la partecipazione degli stranieri regolari al mercato del lavoro si differenzia da quella degli italiani. Questo si evidenzia anche solo guardando l'andamento degli indicatori principali del mercato del lavoro (tabella 1): gli stranieri, infatti, mostrano valori sistematicamente più alti di quelli registrati per gli italiani con riferimento sia al tasso di attività che a quello di occupazione. In particolare, si noti come quest'ultimo per gli uomini stranieri sia più elevato di oltre quindici punti percentuali rispetto a quello registrato per gli italiani. La maggiore partecipazione degli stranieri al mercato del lavoro si verifica indipendentemente dal sesso del lavoratore; tuttavia, i maggiori differenziali sono quelli registrati per il segmento maschile delle forze di lavoro. A tal proposito si può ipotizzare che per le straniere coesistano due modelli di presenza in Italia: uno caratterizzato da una spiccata propensione a svolgere attività di lavoro e un altro (si pensi alle immigrate giunte nel nostro paese per il ricongiungimento familiare) dove l'impegno nelle attività non di mercato è prevalente (4). Se le donne straniere si attestano su un tasso di disoccupazione notevolmente più elevato di quello delle italiane, lo stesso non si verifica per la componente maschile delle forze di lavoro, visto che la disoccupazione è del 5,4% per i lavoratori stranieri. Per quanto tutti i tassi siano calcolati con riferimento alla sola fascia di età lavorativa (15-64 anni), nella lettura di questi dati si deve però tener conto della diversa struttura per età della popolazione italiana e straniera: se la prima è alquanto invecchiata, la seconda si caratterizza per la forte concentrazione delle persone nelle età di lavoro più giovanili, nelle quali larga parte degli italiani è ancora impegnata negli studi, mentre gli stranieri sono già economicamente attivi.

Tabella 1 – *Tassi di attività, occupazione e disoccupazione (per 100) di italiani e stranieri di età 15-64 anni per sesso - Anno 2006*

	Italiani	Stranieri	Totale	Differenze (stranieri – italiani)
Tasso di attività				
Maschi	73,9	89,0	74,6	+ 15,1
Femmine	50,4	58,6	50,8	+ 8,2
Tasso di occupazione				
Maschi	69,8	84,2	70,5	+ 14,4
Femmine	46,1	50,7	46,3	+ 4,6
Tasso di disoccupazione				
Maschi	5,4	5,4	5,4	0,0
Femmine	8,5	13,4	8,8	+ 4,9

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine sulle forze di lavoro. Anno 2006.

Ulteriori differenze nella partecipazione al mercato del lavoro sono riscontrabili con riferimento alla composizione percentuale degli occupati per settore di attività economica e ripartizione geografica di residenza (tabella 2).

[1]Sono esclusi dall'indagine coloro che non sono iscritti alle liste anagrafiche, gli irregolari, gli stranieri registrati nello stato di famiglia dei loro datori di lavoro e coloro che vivono in convivenze (2).

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 289

Il settore edile e quello dei servizi alle famiglie rappresentano i comparti dove maggiore è l'occupazione straniera rispetto a quella italiana (5). L'attività nell'edilizia rappresenta la professione più frequente del segmento maschile delle forze di lavoro degli stranieri provenienti dalla Polonia, Albania, Romania, Ucraina, Marocco ed Ecuador. I servizi alle famiglie, che comprendono la collaborazione domestica e l'assistenza agli anziani (badanti), sono svolti prevalentemente dal segmento femminile delle forze di lavoro straniere. Tale attività rappresenta la principale occupazione per le donne provenienti dalla Polonia, Albania, Romania, Ucraina, Marocco, Filippine ed Ecuador.
Il confronto tra la distribuzione territoriale degli occupati stranieri e italiani mostra come i primi siano maggiormente presenti nel Centro-Nord. Nel leggere tali risultati si deve tener conto, però, che l'indagine, per costruzione, non rileva la componente straniera irregolare presente in modo non uniforme sul territorio nazionale.

Tabella 2 – *Composizione percentuale degli occupati italiani e stranieri per settore di attività economica e ripartizione geografica – Anno 2006*

	Stranieri	Italiani
Settore di attività economica		
Agricoltura	3,9	4,3
Industria in senso stretto	23,7	21,8
Costruzioni	17,2	7,7
Servizi	55,2	66,2
di cui: Servizi alle famiglie	18,7	2,7
Ripartizione geografica		
Nord	64,1	50,5
Centro	24,5	20,1
Mezzogiorno	11,4	29,4
Totale	**100,0**	**100,0**

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine sulle forze di lavoro. Anno 2006.

Riferimenti bibliografici

(1) Istat (2006) – Gli stranieri nelle rilevazioni sulle forze di lavoro, Metodi e Norme n. 27.
(2) Istat (2006) – La partecipazione al mercato del lavoro della popolazione straniera, I-IV trimestre 2005.
(3) Golini (2005) – Politiche migratorie, in Livi Bacci (a cura di) "L'incidenza economica dell'immigrazione", Torino, Giappichelli Editore.
(4) Bonifazi (2007) – Immigrati: buoni e (c)attivi, http://www.neodemos.it.
(5) Istat (2007) – Rapporto annuale. La situazione del Paese nel 2006.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 290

Nati da cittadini stranieri

Significato. Come conseguenza dell'aumento del fenomeno migratorio, si è osservato in Italia un incremento nel tempo delle nascite da cittadini stranieri. Questo fenomeno può aver avuto un'influenza sulla leggera ripresa della natalità e fecondità osservata negli ultimi anni e può essere considerato come effetto di una integrazione degli stranieri nel nostro paese.

Percentuale di nati con almeno un genitore cittadino straniero

$$\text{Numeratore} = \frac{\text{Nati in Italia con almeno uno dei genitori cittadino straniero}}{\text{Nati in Italia}} \times 100$$

$$\text{Denominatore} = \text{Nati in Italia}$$

Validità e limiti. Questo indicatore permette di valutare la percentuale dei nati con almeno un genitore straniero e la sua influenza sull'andamento delle nascite in Italia. Dal 1999 il calcolo può essere effettuato considerando solo i nati vivi poiché la fonte Istat dei dati sulle nascite ("Nuova rilevazione degli iscritti in anagrafe", nata proprio nel 1999) rileva i dati per luogo di residenza e relativi ai soli nati vivi. Va comunque sottolineato che i nati morti in Italia rappresentano attualmente un'entità numericamente molto contenuta (inferiore a 2.000 casi) rispetto al totale dei nati (Istat, Movimento naturale della popolazione presente).
Sebbene negli anni la fonte "Nuova rilevazione degli iscritti in anagrafe" (modello Istat P.4) abbia quasi raggiunto la copertura totale (nel 2005 è risultata essere del 98,3% rispetto al 96,1% dell'anno precedente), per disporre di un'informazione più completa, finora si è reso necessario correggere i dati con quelli della rilevazione dei "Cittadini stranieri iscritti in anagrafe" (modello Istat P.3). Questi dati sono diffusi sul sito http://demo.istat.it.
L'utilizzo della cittadinanza come identificativo del genitore straniero, invece del loro paese di nascita, se da una parte ha il vantaggio di escludere i genitori nati all'estero ma cittadini italiani, dall'altra può escludere i nati con madre o padre stranieri immigrati in Italia che hanno acquisito, in seguito a matrimonio con cittadino italiano o altra motivazione, la cittadinanza italiana. Tra le donne che partoriscono, questo gruppo può costituire una percentuale abbastanza elevata del totale. Tuttavia attualmente il dato sul paese di nascita dei genitori non viene raccolto e può essere ricavato solo per la madre dal codice fiscale.

Valore di riferimento/Benchmark. Può essere assunto come tale il valore medio nazionale.

Descrizione dei risultati

Il confronto di questo indicatore nel tempo evidenzia un notevole aumento delle nascite da cittadini stranieri nel nostro paese: nel 2005 i nati con madre straniera sono il 12,2% di tutti i nati in Italia, quindi in aumento rispetto all'11,3% del 2004 (tabella 1). Questa quota risulta nettamente superiore alla quota di cittadini stranieri residenti in Italia nel 2005, pari al 4,1% (sul totale della popolazione residente italiana, Fonte: Health for All – Italia, giugno 2007).
La quota più elevata di nascite da almeno un genitore straniero risulta più elevata al Nord-Ovest (circa il 40% del totale delle nascite), seguito dal Nord-Est (intorno al 30%), dal Centro (leggermente inferiore al 25%), dal Sud (circa il 5%) e infine dalle Isole (inferiore al 5%) e questo accade per tutti gli anni considerati. Nel dettaglio però tale quota risulta in aumento nelle ripartizioni del Nord e in lieve riduzione al Centro e nel Mezzogiorno (grafico 1). In particolare dal 1999 al 2005 la percentuale di nati da genitori entrambi stranieri è passata dal 38,1% al 39,6% nel Nord-Ovest, da 26,3% a 30,8% nel Nord-Est, da 24,6% a 21,9% al Centro, da 6,5% a 5,2% al Sud e da 4,6% a 2,5% nelle Isole.
Dal 1999, con l'istituzione della "Nuova rilevazione degli iscritti in anagrafe" è disponibile anche l'informazione sulla cittadinanza del nato. Questa risulta essere straniera (o italiana) se entrambi i genitori hanno cittadinanza straniera (o italiana) in conseguenza della legislazione attualmente vigente in Italia che si basa sul principio giuridico dello *ius sanguinis*: in altre parole, è cittadino italiano non chi nasce su suolo italiano, come avviene in altri Paesi Europei, ma chi è figlio di genitori italiani. Se invece solo uno dei due genitori risulta cittadino straniero, il nato acquisisce cittadinanza italiana o straniera a seconda delle leggi in vigore nel paese di cittadinanza del genitore straniero. Con riferimento ai dati del 2005, tutti i nati con un genitore italiano e uno straniero risultano avere la cittadinanza italiana; va tuttavia sottolineato che in alcuni casi i minori hanno la doppia cittadinanza (quella di entrambi genitori) che possono mantenere fino al raggiungimento della maggiore età. Nel 2005 i primi tre paesi di cittadinanza straniera del nato sono risultati essere il Marocco (17,0% del totale dei nati cittadini stranieri), l'Albania (14,2%) e la Romania (11,5%).

M. LOGHI, A. SPINELLI

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 291

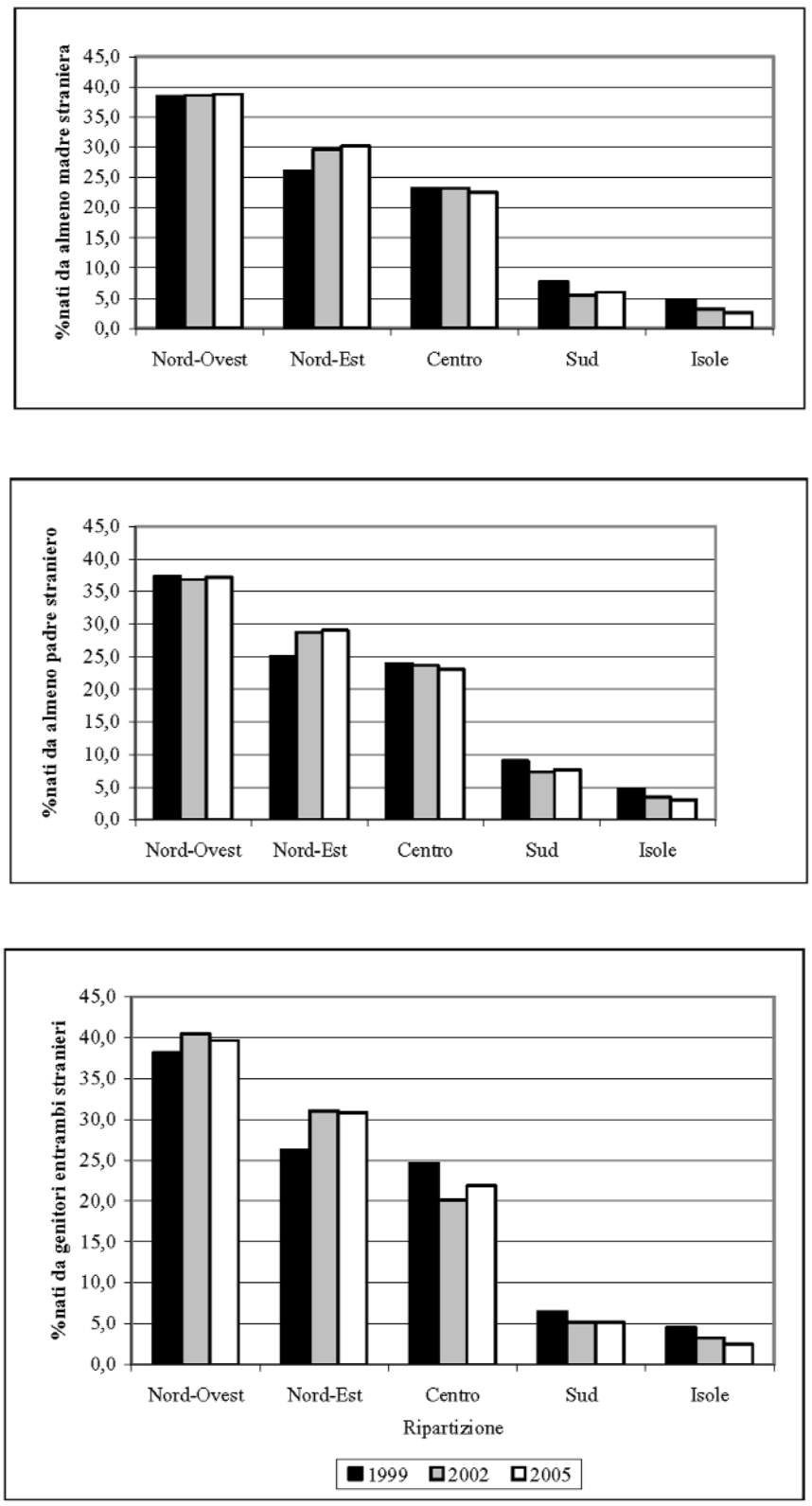
Tabella 1 - *Nati vivi per cittadinanza dei genitori e ripartizione di residenza - Anni 1999-2005*

Anni	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud	Isole	Italia
	Nati da genitori entrambi stranieri o da sola madre straniera					
1999	10.876	7.280	6.982	2.617	1.379	29.134
2000	12.954	9.262	8.415	2.935	1.435	35.001
2001	13.930	10.629	9.304	3.103	1.485	38.451
2002	15.852	12.361	10.181	3.137	1.480	43.011
2003	16.841	13.110	10.669	3.900	1.701	46.221
2004	23.438	18.628	14.659	4.871	1.870	63.466
2005	25.150	19.670	15.609	5.167	2.098	67.694
	Nati da genitori entrambi stranieri o da solo padre straniero					
1999	9.107	6.166	5.491	1.825	1.124	23.713
2000	10.939	7.824	6.671	2.029	1.161	28.624
2001	11.958	9.171	7.607	2.063	1.168	31.967
2002	13.725	10.528	8.247	1.949	1.147	35.596
2003	14.020	11.075	8.517	2.394	1.254	37.260
2004	20.360	16.045	11.936	3.135	1.372	52.848
2005	21.767	16.972	12.643	3.355	1.479	56.216
	Nati da genitori entrambi stranieri					
1999	7.737	5.337	4.996	1.313	929	20.312
2000	9.150	6.832	5.511	1.456	996	23.945
2001	10.389	8.012	5.478	1.580	957	26.416
2002	11.924	9.144	5.935	1.527	953	29.483
2003	12.140	9.651	7.772	1.812	997	32.372
2004	18.059	14.589	10.500	2.362	1.088	46.598
2005	20.005	15.546	11.046	2.625	1.260	50.482

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. http://demo.istat.it/, Tav. 1.7 e Tav. 2.6. Anno 2007.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 292

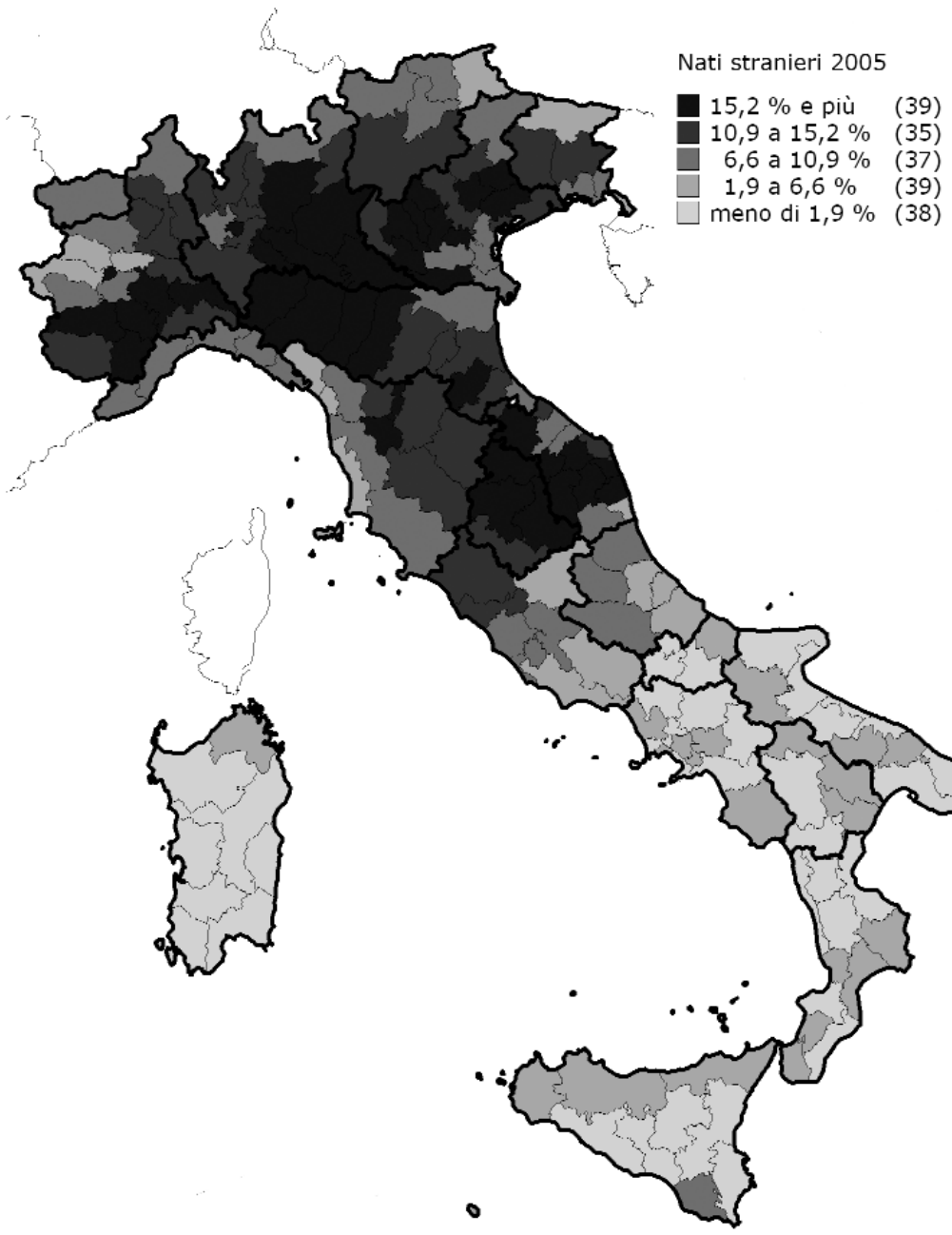
Grafico 1 - *Percentuale di nati da almeno un genitore straniero secondo la cittadinanza dei genitori – Anni 1999, 2002, 2005*



Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. http://demo.istat.it/. Anno 2007.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 293

Quota dei nati da genitori stranieri sul totale delle nascite in Italia per ASL. Anno 2005.



Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni su dati Istat disponibili alla pagina <http://www.demo.istat.it/altridati/IscrittiNascita/2005/T2.10.xls>.

Raccomandazioni di Osservasalute

A fronte della leggera ripresa delle nascite registrata in Italia negli ultimi anni, la domanda sempre più ricorrente è, se e quanto incida su questo andamento il comportamento della componente straniera. Negli anni si è osservato certamente un aumento delle nascite straniere, in misura anche più elevata di quello dell'intera popolazione immigrata.

È presumibile supporre che ciò dipenda in gran parte dalla composizione per età di questa popolazione (prevalentemente giovane) e dalle abitudini riproduttive dei paesi di origine. È tuttavia molto difficile pensare che questo fenomeno possa compensare totalmente la bassa natalità presente tra le donne italiane. Poiché alcuni studi hanno evidenziato differenze nell'assistenza in gravidanza e negli esiti alla nascita in relazione alla cittadinanza o al luogo di nascita delle donne, è raccomandabile che vengano condotte delle valutazioni a livello regionale e intraprese specifiche iniziative di Sanità Pubblica.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 294

Nati stranieri per cittadinanza

Dott.ssa Ginevra Di Giorgio, Dott.ssa Francesca Rinesi

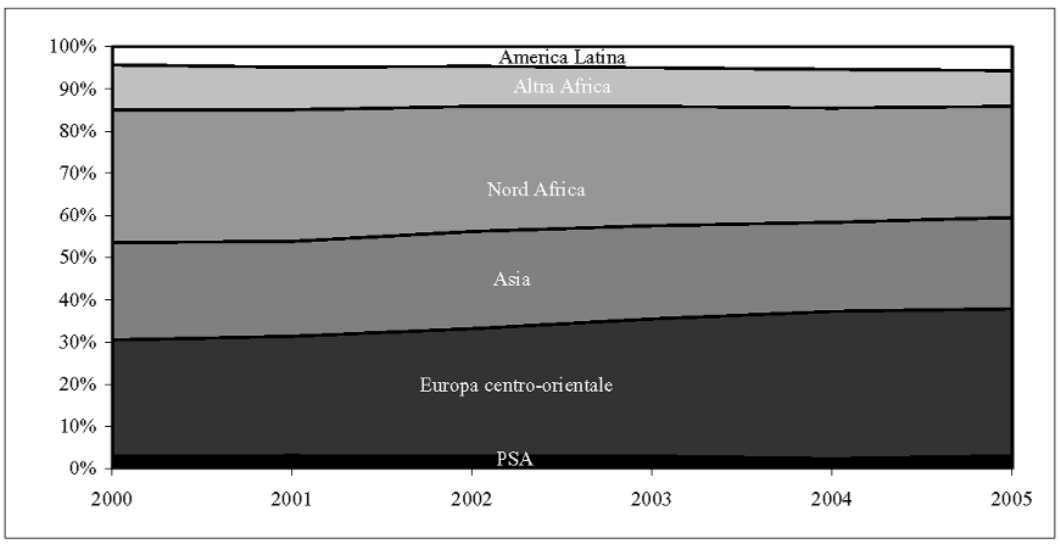
Contesto

L'incremento delle nascite che si è avuto negli ultimi dieci anni presenta in sé un nuovo fenomeno per il nostro paese: sono aumentate notevolmente le nascite da genitori stranieri. Nel 2005 sono stati iscritti per nascita nelle anagrafi comunali italiane 554.022 bambini, di cui 51.971 nati da cittadini stranieri, ammontare che rappresenta il 9,4% del totale delle nascite (per il 2004 la percentuale era pari a 8,8%). In particolare se si concentra l'analisi sul numero di nascite dal 2000 al 2005 quello avvenuto da genitori stranieri è più che raddoppiato con un tasso di incremento pari al 168‰.

Risultati e Discussione

Nell'intervallo degli anni tra il 2000, anno in cui sono state registrate 25.916 nascite da genitori stranieri, e il 2005 (ultimo anno di analisi per cui sono disponibili i dati per cittadinanza dei genitori dei nati da stranieri in Italia) non solo è aumentata la numerosità delle nascite da cittadini stranieri ma si è assistito anche alla modifica della sua composizione per area di provenienza dei genitori (grafico 1). Si è assistito, infatti, ad un aumento del peso delle nascite da genitori provenienti dall'Europa centro-orientale: se nel 2000 i nati da questi cittadini rappresentavano il 27,5% del totale delle nascite da genitori stranieri, nel 2005 tale quota si è attestata al 34,9%. Parallelamente si è verificata la diminuzione della quota di nati da genitori provenienti dalle altre aree geografiche: particolarmente netto è stato, però, il calo del peso delle nascite da cittadini provenienti dal Nord-Africa (da 31,5% al 26,3%).

Grafico 1 - *Stima dei nati da cittadini stranieri per area di provenienza (composizione percentuale) - Anni 2000-2005*



Fonte dei dati e anno di riferimento: <http://www.demo.istat.it/altridati/IscrittiNascita/2005/T2.10.xls>. Anno 2007.

Molto diverso è il comportamento riproduttivo delle donne straniere residenti da quello delle donne di cittadinanza italiana: il numero medio dei figli per donna straniera è pari a 2,45, mentre quello per le donne italiane è pari a 1,24. Le donne straniere hanno, quindi, in media un numero di figli doppio rispetto alle italiane; ma anche il calendario delle nascite presenta delle differenze tra le italiane e le straniere. In particolare le donne di cittadinanza straniera hanno in media 27,5 anni alla nascita dei figli, contro i 31,3 anni delle italiane, l'età media al parto, indicatore sintetico del calendario riproduttivo, mostra quindi come ci siano quasi quattro anni di differenza tra le donne straniere residenti e le italiane residenti (1).
Se si analizza il numero di nascite avvenute nel 2005 per cittadinanza dei genitori si riscontrano delle differenze di comportamento riproduttivo anche all'interno della stessa area di provenienza. In particolare la tabella 1 evidenzia come le prime dieci collettività presenti in Italia, per numero di permessi di soggiorno emessi all'1

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 295

gennaio 2006, contribuiscano in modo differente a tale fenomeno. La comunità più numerosa sul territorio nazionale è quella dei rumeni, ma la quota dei nati da questa nazionalità rappresenta "solo" l'11,5% del totale dei nati da genitori stranieri. La comunità degli albanesi, che come quella dei romeni rientra nella classificazione dei paesi dell'Europa centro-orientale, è la seconda per numero di permessi emessi e la relativa quota di nati è del 14,2% del totale delle nascite da cittadini stranieri. Il 17,0% delle nascite di bambini stranieri è ricondotta a genitori provenienti dal Marocco, che rappresentano la terza collettività sul territorio. Da sottolineare è l'esiguo numero di nati da cittadini ucraini e polacchi, che pur collocandosi al quarto e settimo posto della graduatoria per presenze, contribuiscono rispettivamente solo per l'1% al numero totale di nati. Se si analizzano i tassi di crescita delle nascite dal 2000 al 2005 appare evidente il forte incremento che ha caratterizzato la collettività degli ucraini (2.051) e seppure in misura minore quella dei romeni (889). Tale andamento è in parte riconducibile al fatto che l'insediamento di queste due comunità sul territorio italiano è relativamente recente, e solo negli ultimi anni ha conosciuto una forte espansione. Infine, l'unica collettività tra quelle analizzate, per la quale si registra un tasso di crescita negativo, è quella dei serbo-montenegrini.

Sempre in tabella 1 è riportato l'indice di natalità per le dieci comunità più numerose secondo il numero di permessi di soggiorno emessi all'1 gennaio 2006: tale indice, dato dal rapporto tra il numero di nati vivi da genitori stranieri e la popolazione straniera con un regolare permesso di soggiorno, è pari a 22,7‰ se si considera la popolazione straniera nel suo complesso. L'indice di natalità è particolarmente alto per le comunità provenienti dal Nord Africa (Tunisia e Marocco) e dalla Cina (rispettivamente 38,5‰, 36,8‰ e 36,3‰), mentre valori che si discostano notevolmente da quello medio osservato si riscontrano per la collettività degli ucraini e dei polacchi (4,5‰ e 7,3‰), fenomeno dovuto alla particolare distribuzione per età e genere di queste due comunità.

Tabella 1 – *Stima dei nati da cittadini stranieri (valore assoluto e percentuale sul totale dei nati stranieri nel 2005), numero di Permessi di Soggiorno all'01/01/2006, indice di natalità e variazione percentuale 2000-2005 per cittadinanza*

Cittadinanze	PdS 01/01/2006	Nati stranieri	Stima dei nati stranieri per cittadinanza (%)	Indice di natalità (‰)	Δ % 2000-2005
Romania	271.491	5.988	11,5	22,1	+889
Albania	256.916	7.403	14,2	28,8	+160
Marocco	239.728	8.824	17,0	36,8	+105
Ucraina	115.087	519	1,0	4,5	+2.051
Cina Rep. Pop.	114.165	4.145	8,0	36,3	+192
Filippine	74.987	1.610	3,1	21,5	+39
Polonia	73.191	535	1,0	7,3	+199
Tunisia	61.540	2.368	4,6	38,5	+77
Serbia e Montenegro	52.272	1.091	2,1	20,9	–10
India	51.832	1.469	2,8	28,3	+181
Altra	974.815	18.018	34,7	18,5	+175
Totale	**2.286.024**	**51.971**	**100,0**	**22,7**	**+168**

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazione su dati Istat. Anno 2007.
<http://www.demo.istat.it/altridati/IscrittiNascita/2005/T2.10.xls>.

Conclusioni

Negli ultimi anni la crescita della quota dei nati da cittadini stranieri e la relativa composizione per paesi di provenienza rende necessaria un'attenta analisi del fenomeno. Per poter rispondere efficacemente alle esigenze di un collettivo sempre più eterogeneo si rende necessario l'adeguamento dei servizi sociosanitari di assistenza alla gravidanza e all'infanzia alle nuove esigenze che si vanno delineando nelle diverse regioni italiane.

Riferimenti bibliografici

(1) Istat, Rapporto Annuale 2006, 346-350.
(2) Istat, Natalità e fecondità della popolazione residente: caratteristiche e tendenze recenti, 2006.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 296

Abortività volontaria per cittadinanza e luogo di nascita

Significato. Negli ultimi anni si è evidenziato un incremento del numero di interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) da parte di donne straniere immigrate in Italia. Il fenomeno può essere valutato considerando la cittadinanza della donna o il suo luogo di nascita. L'andamento risulta simile, ma il dato sulla cittadinanza è disponibile solo dal 1995. Nel 2004, delle 137.140 IVG rilevate a livello nazionale, 36.496 (pari al 26,6%) hanno riguardato cittadine straniere e 42.587 donne nate all'estero (31,1%). L'aumento numerico delle IVG effettuate da donne straniere è dovuto principalmente all'aumento della presenza straniera in Italia (infatti nel 1994 la percentuale di IVG effettuata da donne di cittadinanza straniera era di poco superiore al 7%). Per una valutazione del fenomeno l'indicatore più appropriato risulta essere il tasso di abortività volontaria. L'apporto delle donne straniere al numero di IVG in Italia potrebbe essere la causa principale dell'attuale fase di stabilizzazione dell'incidenza generale del fenomeno in Italia e nelle regioni con un numero elevato di donne straniere.

Tasso di abortività volontaria di cittadine straniere residenti*

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{IVG effettuate da cittadine straniere residenti di età 18-49 anni}}{\text{Donne cittadine straniere residenti di età 18-49 anni}} \times 1.000 \quad \text{Denominatore}$$

Percentuale di IVG di donne nate all'estero

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{IVG effettuate da donne nate all'estero}}{\text{Totale IVG}} \times 100 \quad \text{Denominatore}$$

Percentuale di IVG di cittadine straniere

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{IVG effettuate da cittadine straniere}}{\text{Totale IVG}} \times 100 \quad \text{Denominatore}$$

*La formula del tasso standardizzato è riportata nel capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati".

Validità e limiti. Il tasso di abortività permette di valutare il fenomeno tenendo conto delle modifiche della popolazione a rischio di abortire (aumento nel tempo, età, etc…). Inoltre rende possibile il confronto tra le donne italiane e le donne straniere che possono avere comportamenti riproduttivi differenti.
L'utilizzo della cittadinanza come identificativo della donna straniera se da una parte ha il vantaggio di distinguere le donne nate all'estero dalle cittadine italiane e figlie di italiani, dall'altra può non includere le donne immigrate in Italia che hanno acquisito in seguito a matrimonio con cittadino italiano o altra motivazione la cittadinanza italiana. L'alternativa per identificare la donna straniera può essere il luogo di nascita che tuttavia presenta anch'esso degli svantaggi (ad esempio include le cittadine italiane, figlie di genitori italiani, nate all'estero). Ma in questo caso l'unico indicatore attualmente calcolabile sarebbe una percentuale e non un tasso.
Un problema rilevante per il tasso di abortività delle cittadine straniere è la disponibilità di denominatori attendibili e aggiornati. Per il calcolo dei tassi specifici delle cittadine straniere residenti è stato necessario stimare la popolazione di riferimento a cui rapportare i casi di IVG. Ciò è stato fatto considerando l'ammontare delle straniere residenti (dato disponibile dalla rilevazione annuale sulla popolazione straniera residente dell'Istat) e ridistribuendolo per età e stato civile sulla base della composizione dei permessi di soggiorno.

Valore di riferimento/Benchmark. Può essere assunto come valore di riferimento il tasso di abortività volontaria osservato tra le cittadine italiane.

Descrizione dei risultati

Nel 2004 il numero e la percentuale di IVG effettuate da donne cittadine straniere o relativi a donne nate all'estero è molto variabile a livello regionale (tabella 1), con valori più elevati nelle regioni con una maggior presenza di popolazione immigrata (con una variazione che va dal 40,15% di IVG da cittadine straniere effettuate in Veneto a 3,81% in Puglia).
La maggior parte delle straniere che abortiscono in

M. LOGHI, A. SPINELLI

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 297

Italia sono cittadine dell'Est-Europa provenienti principalmente dalla Romania, Moldavia e Ucraina, seguono il Marocco e l'Albania (tabella 2).
Un'alta percentuale di IVG da cittadine rumene si osserva in Piemonte, PA di Trento, Lazio e Basilicata mentre in Liguria prevalgono le IVG da donne dell'Ecuador e in Campania dell'Ucraina.
Tutto ciò conferma la tendenza degli ultimi anni che ha visto un aumento delle IVG effettuate da donne dell'Est Europa e dell'America Latina. Nel 1996, tra i primi paesi, comparivano infatti anche la Nigeria e il Ghana che ora non presentano particolare rilevanza. C'è da sottolineare che negli anni c'è stato in Italia un aumento dell'immigrazione dall'Est Europa e che attualmente la maggioranza delle donne straniere proviene da questi paesi.
Utilizzando una stima delle donne immigrate di età 18-49 anni è stato possibile calcolare il tasso di abortività standardizzato relativo alle donne straniere residenti in Italia. Questo è risultato essere pari a 25,4 per 1.000 nel 1996 e 29,4 nel 2004 (valori standardizzati) (tabella 3). Si evidenzia quindi un aumento negli ultimi anni del ricorso all'IVG da parte delle straniere, mentre tra le italiane si registra una lieve riduzione (da 8,8 nel 1996 a 7,7 nel 2004). In generale le straniere presentano valori molto più elevati rispetto alle italiane (quasi 4 volte nel 2004) e se si considerano le donne più giovani il rapporto è di quasi 5 casi di IVG di donne straniere per ogni IVG effettuata da donne italiane. La struttura per età del fenomeno risultava diversa tra i due contingenti nel 1996, in quanto per le italiane i livelli più elevati si avevano in corrispondenza delle classi 25-29 e 30-34, mentre per le straniere tra le più giovani (età 18-24 anni). Nel corso degli anni il modello di abortività è cambiato anche tra le donne italiane (Capitalo "Salute materno-infantile", pagg. 235-281): nel 2004 il tasso di abortività delle più giovani (18-24 anni) risulta essere il valore più elevato sia per le italiane che per le straniere, sebbene le diversità per età tra le straniere siano molto più marcate.

Tabella 1 - *Interruzioni volontarie della gravidanza (valori assoluti e percentuali) da donne nate all'estero e da cittadine straniere per regione di intervento - Anno 2004*

Regioni	IVG di donne nate all'estero		IVG di cittadine straniere	
	N	%	N	%
Piemonte	4.369	37,27	3.894	33,22
Valle d'Aosta	70	25,27	32	11,55
Lombardia	10.043	42,02	9.323	23,13
Trentino-Alto Adige	625	32,93	439	23,13
Bolzano-Bozen	*192*	*32,99*	*146*	*25,09*
Trento	*433*	*32,90*	*293*	*22,26*
Veneto	3.297	44,45	2.978	40,15
Friuli-Venezia Giulia	826	34,40	669	27,86
Liguria	1.476	36,89	1.320	32,99
Emilia-Romagna	4.698	39,80	4.229	35,83
Toscana	2.874	32,79	2.797	31,91
Umbria	1.010	40,50	909	36,45
Marche	1.009	38,81	876	33,69
Lazio	6.551	40,34	5.379	33,13
Abruzzo	815	28,14	523	18,06
Molise	109	16,93	52	8,07
Campania	1.764	14,06	1.435	11,44
Puglia	1.177	9,31	482	3,81
Basilicata	69	11,06	27	4,33
Calabria	598	17,49	389	11,37
Sicilia[a]	986	11,75	576	6,86
Sardegna	276	11,21	167	6,78
Nord-Ovest	*15.958*	*39,99*	*14.499*	*36,34*
Nord-Est	*9.446*	*40,16*	*8.324*	*35,39*
Centro	*11.444*	*38,02*	*9.961*	*33,10*
Sud	*4.532*	*13,83*	*2.908*	*8,87*
Isole[a]	*1.262*	*11,62*	*743*	*6,84*
Italia[a]	**42.642**	**31,09**	**36.435**	**26,57**

[a]I dati della Sicilia sono incompleti.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine sulle interruzioni volontarie di gravidanza. Anno 2005.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 298

Tabella 2 - *Primi tre paesi di cittadinanza per le donne che effettuano IVG per regione - Anno 2004*

Piemonte	Romania (39,5%), Marocco (10,1%), Albania (8,5%)
Valle d'Aosta	Marocco (43,8%), Perù (9,4%), Francia, Romania, Moldavia, Filippine (6,3%)
Lombardia	Romania (14,5%), Ecuador (11,5%), Perù (10,7%)
Bolzano-Bozen	*Albania (5,5%), Macedonia, Marocco(3,4%)*
Trento	*Romania (71,9%), Moldavia (38,2%), Albania (33,7%)*
Veneto	Romania (22,0%), Moldavia (11,8%), Albania (7,6%)
Friuli-Venezia Giulia	Romania (14,5%), Albania (11,1%), Jug.Serbia-Montenegro (9,6%)
Liguria	Ecuador (40,7%), Romania (10,8%), Albania (8,6%)
Emilia-Romagna	Romania (14,4%), Moldavia, Marocco (8,9%), Albania (7,7%)
Toscana	Romania (26,5%), Albania (11,3%), Cina (9,0%)
Umbria	Romania (24,2%), Albania (11,4%), Ecuador (10,2%)
Marche	Romania (17,8%), Albania (11,1%), Marocco (7,2%)
Lazio	Romania (47,9%), Ucraina (6,2%), Perù (5,3%)
Abruzzo	Romania (27,7%), Albania (10,9%), Cina (9,6%)
Molise	Romania (28,8%), Albania (13,5%), Ucraina (11,5%)
Campania	Ucraina (43,8%), Romania (12,5%), Polonia (9,1%)
Puglia	Albania (25,1%), Romania (23,4%), Polonia (6,6%)
Basilicata	Romania (33,3%), Albania (18,6%), Ucraina (14,8%)
Calabria	Romania (26,2%), Ucraina (23,4%), Bulgaria (9,6%)
Sicilia[a]	Romania (22,6%), Sri Lanka (10,2%), Tunisia (7,3%)
Sardegna	Romania (21,0%), Cina (15,0%), Nigeria (10,2%)

Nota: La percentuale è calcolata sul totale delle IVG effettuate da cittadine straniere.
[a]I dati della Sicilia sono incompleti.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine sulle interruzioni volontarie di gravidanza. Anno 2004.

Tabella 3 - *Tassi di abortività volontaria (per 1.000) per cittadinanza e classi di età - Anni 1996, 2004*

Età	1996				2004			
	Italiane	Straniere	Totale	Straniere/ Italiane	Italiane	Straniere	Totale	Straniere/ Italiane
18-24	10,9	51,6	11,7	4,7	11,8	55,0	14,4	4,7
25-29	11,6	38,1	12,4	3,3	11,2	45,6	14,4	4,1
30-34	11,9	27,5	12,3	2,3	10,0	37,7	12,2	3,8
35-39	10,7	19,5	10,9	1,8	8,4	27,1	9,7	3,2
40-44	5,3	9,0	5,4	1,7	4,1	10,8	4,5	2,6
45-49	0,5	1,0	0,5	2,0	0,4	0,9	0,4	2,4
18-49 grezzo	8,9	30,3	9,3	3,4	7,8	33,0	9,4	4,3
18-49 std	8,8	25,4	9,2	2,9	7,7	29,4	9,3	3,8

Nota: I dati della Sicilia sono stati stimati. Per la standardizzazione è stata utilizzata la popolazione media femminile del 2001.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine sulle interruzioni volontarie di gravidanza. Anno 2005.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'elevato ricorso delle donne straniere all'IVG non sorprende se si considera che molte delle donne straniere nel nostro paese vivono spesso in situazioni disagiate e provengono da aree in cui l'aborto è usato più frequentemente che in Italia. Questo fenomeno ha un'influenza sull'andamento generale dell'IVG (Capitolo "Salute materno-infantile", pagg. 235-281) ed evidenzia la necessità di specifiche politiche di supporto.

Riferimenti bibliografici

(1) Loghi M. (2004), "Abortività volontaria e cittadinanza", in Conti C., Sgritta G.B., Salute e società - Immigrazione e politiche socio-sanitarie. La salute degli altri, Anno III, 2/2004.

(2) Spinelli A., Forcella E., Di Rollo S., Grandolfo M.E. (2006), L'interruzione volontaria di gravidanza tra le donne straniere in Italia. Roma, Istituto Superiore di Sanità, 2006 (Rapporti Istisan 06/17): 115 p.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 299

Ospedalizzazione tra gli stranieri

Significato. Il tasso di ospedalizzazione viene utilizzato per confrontare il ricorso alle strutture ospedaliere da parte degli stranieri provenienti da Paesi a forte pressione migratoria (Pfpm) rispetto agli italiani, in modo da tener conto delle diverse dimensioni delle popolazioni a confronto.
L'indicatore è stato calcolato solo per gli stranieri maggiorenni, in considerazione della notevole sottostima nel numero di minori, in molti casi registrati sul permesso di soggiorno dei genitori.
I tassi sono stati standardizzati per età con il metodo diretto (utilizzando come popolazione standard quella residente in Italia al Censimento 2001) e calcolati separatamente per sesso, regime di ricovero, regione di erogazione e diagnosi alla dimissione. Sono stati anche calcolati i tassi età-specifici per consentire l'analisi del trend per età nelle popolazioni a confronto.

Tasso di dimissioni ospedaliere tra gli immigrati*

$$\text{Numeratore / Denominatore} \quad \frac{\text{Dimissioni di stranieri da Pfpm** nell'anno, età 18 anni e oltre}}{\text{Popolazione media straniera da Pfpm** regolarmente soggiornante, età 18 e oltre}} \times 1.000$$

*La formula del tasso standardizzato è riportata nel capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati".
**Pfpm, secondo la classificazione Istat: Paesi dell'Europa centro-orientale, dell'Africa, dell'Asia a eccezione di Israele e Giappone, e dell'America centro-meridionale.

La fonte dei dati relativi ai ricoveri (numeratore) è rappresentata dall'archivio nazionale delle SDO del Ministero della Salute che raccoglie le dimissioni effettuate in Italia presso strutture ospedaliere pubbliche e private. Sono escluse dall'analisi le SDO relative ai neonati sani. L'anno di attività è il 2004.
Per stimare il numero degli stranieri presenti in Italia (denominatore del tasso) sono stati considerati i permessi di soggiorno raccolti dal Ministero dell'Interno e rielaborati dall'Istat. I dati si riferiscono alla media dei permessi rilevati al 31/12/2003 e al 31/12/2004.

Validità e limiti. L'indicatore utilizza al numeratore dati di fonte amministrativa, non campionari, rilevati secondo modalità sufficientemente standardizzate e caratterizzati da elevata copertura nazionale. Tra i limiti va menzionata la qualità dei dati SDO che possono essere incompleti e potenzialmente distorti. Inoltre l'informazione sulla cittadinanza, utilizzata come criterio identificativo degli stranieri, non sempre è accurata e la sua validità può variare tra le diverse regioni italiane. Rispetto al denominatore, è possibile presumere che la sottostima della popolazione straniera, dovuta alla presenza di irregolari non inclusi nelle stime ufficiali, si traduca in una sovrastima dei tassi di ospedalizzazione.

Valore di riferimento/Benchmark. I tassi di ospedalizzazione degli immigrati vengono confrontati con quelli dell'intera popolazione residente (anno 2004).

Descrizione dei risultati

Nel 2004 sono stati effettuati in Italia oltre 433 mila ricoveri a carico di cittadini stranieri (3,3% delle dimissioni totali). Il 90% ha riguardato stranieri provenienti da Pfpm: il 43,5% dall'Europa centro-orientale e in particolare dalla Romania; il 29,6% dall'Africa (dove il paese più rappresentato è il Marocco); il 14,1% dall'Asia, con una maggior frequenza dalla Cina; il 12,7% dall'America latina e soprattutto dall'Ecuador.
La tabella 1 mostra l'andamento dei ricoveri negli ultimi anni per regime di ricovero e provenienza. Rispetto al 1998, si è osservato un notevole incremento dei ricoveri di cittadini provenienti dai Pfpm, quasi raddoppiati in regime ordinario nel 2004, e più che triplicati in Day Hospital, aumento che trova solo in parte spiegazione nell'incremento della presenza straniera regolare nel nostro paese.
I tassi di ospedalizzazione standardizzati per età riferiti agli immigrati da Pfpm sono risultati sempre più bassi rispetto a quelli della popolazione residente (tabella 2). La differenza è risultata particolarmente evidente tra gli uomini, con tassi in regime ordinario di 123,5 e 160,1 per 1.000, rispettivamente per i cittadini da Pfpm e per i residenti; e in Day Hospital di 43,4 e 67,0 per 1.000. Le notevoli differenze di genere sono spiegate quasi esclusivamente da eventi legati alla salute riproduttiva (parti naturali e complicanze della gravidanza e del parto).
Per quanto riguarda la distribuzione geografica dei ricoveri, il 64% dell'attività erogata a immigrati maggiorenni si concentra nelle regioni del Nord; seguono il Centro (24%), e infine il Sud e le Isole (11%). Tale distribuzione ricalca molto fedelmente la ripartizione della popolazione immigrata sul territorio nazionale.
Le cause di ricovero più frequenti registrate tra gli uomini sono state i traumatismi (25,9%), seguiti dal-

A. BURGIO, L. CACCIANI, G. GUASTICCHI, S. GERACI, G. BAGLIO

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 300

Tabella 1 - *Dimissioni ospedaliere (valori assoluti, percentuali e variazioni percentuali) per provenienza e regime di ricovero - Anni 1998, 2000, 2003, 2004*

Provenienza	Ricoveri ordinari 1998	2000	2003	2004	Δ % 1998-2004	Day-Hospital 1998	2000	2003	2004	Δ % 1998-2004
Stranieri da Psa*	40.056 (0,4%)	32.287 (0,3%)	32.998 (0,4%)	34.077 (0,4%)	-14,9	8.113 (0,4%)	7.995 (0,3%)	8.240 (0,3%)	9.165 (0,2%)	13,0
Stranieri da Pfpm**	147.194 (1,5%)	183.521 (1,9%)	238.593 (2,6%)	287.813 (3,2%)	95,5	29.842 (1,5%)	45.484 (1,9%)	85.898 (2,8%)	102.472 (2,6%)	243,4
Totale ricoveri nazionali	**9.964.872 (100%)**	**9.556.665 (100%)**	**9.184.175 (100%)**	**9.106.967 (100%)**	**-8,6**	**2.016.336 (100%)**	**2.340.604 (100%)**	**3.105.941 (100%)**	**3.884.129 (100%)**	**92,6**

*Psa: Paesi a sviluppo avanzato.
**Pfpm: Paesi a forte pressione migratoria.
Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute. Anno 2007.

Tabella 2 - *Dimissioni ospedaliere (valori assoluti e tassi standardizzati per 1.000) di stranieri da Pfpm e residenti di 18 anni e oltre per regione di dimissione, regime di ricovero e sesso - Anno 2004*

Regioni	Ricoveri ordinari – Maschi Dimessi Pfpm	Tasso std Pfpm	Tasso std residenti	Femmine Dimessi Pfpm	Tasso std Pfpm	Tasso std residenti	Day Hospital – Maschi Dimessi Pfpm	Tasso std Pfpm	Tasso std residenti	Femmine Dimessi Pfpm	Tasso std Pfpm	Tasso std residenti
Piemonte	8.184	115,7	120,1	15.044	152,2	128,2	2.773	48,3	64,7	7.136	79,6	67,6
Valle d'Aosta	197	160,3	147,0	315	133,8	145,8	51	59,8	65,2	106	62,8	55,7
Lombardia	29.260	131,4	160,1	43.885	168,8	156,1	6.614	36,0	61,9	17.624	72,2	71,8
Trentino-Alto Adige	2.376	156,1	167,1	3.542	167,8	172,2	439	19,6	51,0	1.161	52,6	63,5
Bolzano-Bozen	*1.280*	*190,1*	*187,4*	*1.514*	*189,2*	*195,3*	*166*	*18,9*	*44,6*	*448*	*44,1*	*59,7*
Trento	*1.096*	*131,0*	*148,7*	*2.028*	*155,8*	*152,0*	*273*	*21,2*	*56,8*	*713*	*57,8*	*66,9*
Veneto	12.684	112,5	139,0	21.817	171,1	144,4	4.025	156,1	62,9	7.476	132,7	64,8
Friuli-Venezia Giulia	2.203	82,7	130,9	3.928	136,7	135,2	545	20,4	37,0	1.433	44,5	46,5
Liguria	3.980	160,5	141,0	6.365	201,2	141,2	1.698	59,3	95,8	3.677	116,9	106,5
Emilia-Romagna	12.847	125,8	143,7	20.650	162,5	149,6	2.303	27,9	52,0	7.189	58,1	61,0
Toscana	8.160	112,3	125,3	13.427	145,7	129,8	1.968	23,6	52,5	5.128	51,3	56,3
Umbria	2.244	135,8	135,0	4.060	162,9	135,3	526	35,1	66,1	1.662	62,0	73,2
Marche	2.295	94,2	150,6	4.545	124,6	147,4	417	16,3	46,9	1.149	29,4	52,7
Lazio	12.272	112,8	174,7	21.387	142,1	180,9	5.369	28,4	80,5	10.889	59,5	87,8
Abruzzo	1.411	136,7	222,1	2.680	166,8	214,5	331	27,1	64,6	1.053	54,4	81,1
Molise	86	149,4	193,5	173	105,1	199,4	11	32,6	53,0	62	22,3	62,9
Campania	4.094	186,6	186,7	7.311	189,2	181,2	824	35,6	79,3	2.957	66,6	79,5
Puglia	1.889	121,7	186,5	3.318	175,3	189,6	191	19,2	47,2	537	31,9	51,1
Basilicata	40	53,6	163,9	61	37,9	161,5	12	4,4	68,5	24	9,7	76,1
Calabria	912	135,5	188,9	1.679	175,2	192,4	187	36,0	61,3	678	52,7	74,1
Sicilia	2.904	205,3	182,8	3.901	232,8	173,5	1.272	100,5	110,1	2.328	144,3	118,9
Sardegna	639	475,3	181,5	1.048	551,4	180,6	270	286,6	67,1	377	180,9	77,9
Nord-Ovest	*41.621*	*130,1*	*146,0*	*65.609*	*167,2*	*146,2*	*11.136*	*41,0*	*66,3*	*28.543*	*77,8*	*74,1*
Nord-Est	*30.110*	*116,5*	*142,0*	*49.937*	*163,0*	*147,5*	*7.312*	*71,4*	*54,6*	*17.259*	*82,0*	*61,1*
Centro	*24.971*	*110,8*	*151,6*	*43.419*	*142,6*	*156,0*	*8.280*	*26,4*	*65,2*	*18.828*	*54,1*	*71,4*
Sud	*8.432*	*143,4*	*189,8*	*15.222*	*166,3*	*188,4*	*1.556*	*27,6*	*64,7*	*5.311*	*51,0*	*70,0*
Isole	*3.543*	*261,4*	*182,4*	*4.949*	*287,4*	*175,2*	*1.542*	*140,0*	*99,0*	*2.705*	*150,1*	*108,5*
Italia	**108.677**	**123,5**	**160,1**	**179.136**	**160,6**	**161,3**	**29.826**	**43,4**	**67,0**	**72.646**	**70,0**	**74,0**

Nota: Per la standardizzazione è stata utilizzata la popolazione al Censimento 2001.
Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute. Anno 2007.

le malattie dell'apparato digerente (13,8%), del sistema circolatorio (9,4%) e da quelle dell'apparato respiratorio (8,2%), come riportato nella tabella 3. Per questi problemi di salute, i tassi degli immigrati sono risultati sempre più bassi rispetto a quelli dei residenti, con l'esclusione dei traumatismi (16,6 contro 14,8 per 1.000) e delle malattie infettive e parassitarie (4,2 contro 2,4 per 1.000). Tra le donne, il 56,6% delle dimissioni ha riguardato la gravidanza e il parto, con un tasso del 52,3 tra le donne immigrate contro 32,7 tra le residenti. Escludendo questa tipologia di ricoveri, le cause più frequenti sono state le malattie del sistema genito-urinario (16,8%), seguite da quelle dell'apparato digerente (14,4%) e dai tumori (10,5%). Anche in questo caso, i tassi dei cittadini stranieri sono risultati più bassi o simili rispetto ai residenti, eccetto che per le malattie infettive e parassitarie (3,0 contro 1,7 per 1.000). L'andamento dei

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 301

Tabella 3 - *Dimissioni ospedaliere (valori assoluti, valori percentuali e tassi standardizzati per 1.000) in regime ordinario di stranieri da Pfpm e residenti di 18 anni e oltre, per diagnosi alla dimissione e sesso - Anno 2004*

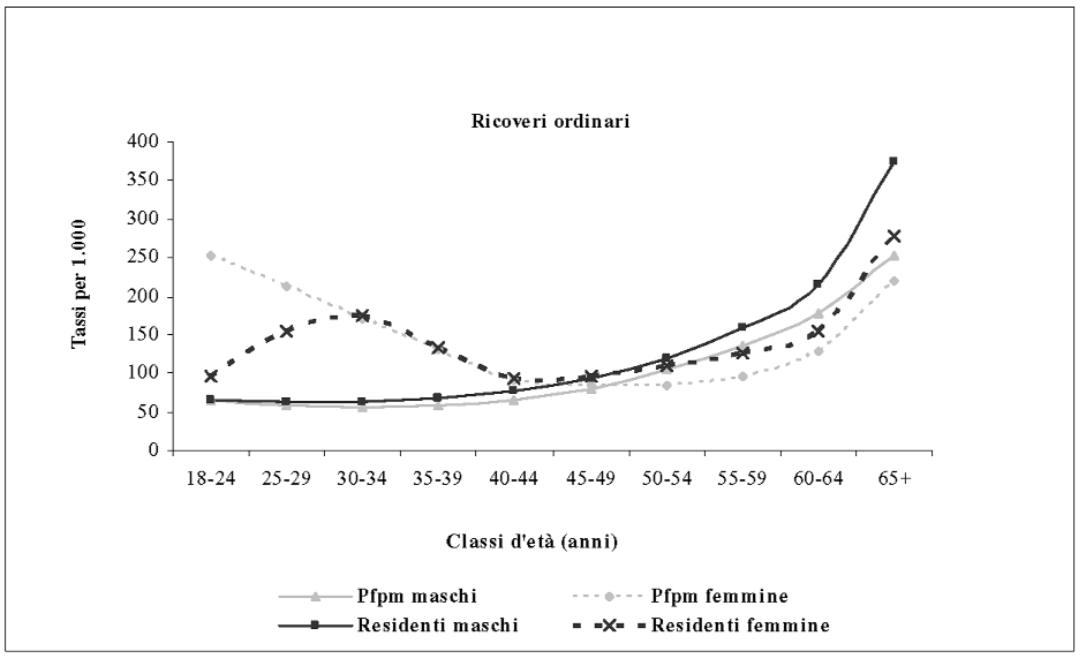
ICD-9-CM	Descrizione	Maschi Dimessi Pfpm	Maschi (%) Pfpm	Maschi Tasso std Pfpm	Maschi Tasso std residenti	Femmine Dimessi Pfpm	Femmine % Pfpm	Femmine % Pfpm (esclusi ricoveri salute riproduttiva	Femmine Tasso std Pfpm	Femmine Tasso std residenti
001-139	Malattie infettive e parassitarie	4.000	5,7	4,2	2,4	2.479	1,7	3,9	3,0	1,7
140-239	Tumori	2.741	3,9	11,3	17,4	6.689	4,6	10,5	11,6	14,4
240-279	Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche e disturbi immunitari	1.113	1,6	2,6	2,7	1.469	1,0	2,3	3,2	4,2
280-289	Malattie del sangue e degli organi ematopoietici	412	0,6	1,0	1,2	798	0,5	1,3	1,3	1,3
290-319	Disturbi psichici	3.239	4,6	3,0	4,7	2.913	2,0	4,6	3,1	4,5
320-389	Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	3.276	4,7	6,5	8,7	2.937	2,0	4,6	5,7	8,4
390-459	Malattie del sistema circolatorio	6.572	9,4	26,3	38,0	4.693	3,2	7,4	18,0	23,6
460-519	Malattie dell'apparato respiratorio	5.756	8,2	11,1	13,7	3.461	2,4	5,4	7,8	7,6
520-579	Malattie dell'apparato digerente	9.637	13,8	14,6	18,6	9.182	6,3	14,4	13,5	13,4
580-629	Malattie del sistema genito-urinario	3.114	4,4	7,1	10,1	10.722	7,3	16,8	11,1	11,2
630-677	Gravidanza, parto e puerperio	-	-	-	-	83.001	56,6	-	52,3	32,7
680-709	Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo	1.098	1,6	1,4	2,0	730	0,5	1,1	1,0	1,5
710-739	Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	4.222	6,0	5,6	10,3	3.123	2,1	4,9	6,6	11,4
740-779	Malformazioni congenite e condizioni morbose di origine perinatale	565	0,8	0,5	0,8	595	0,4	0,9	0,6	0,9
780-799	Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	4.005	5,7	7,2	7,8	4.759	3,2	7,5	7,3	6,1
800-999	Traumatismi e avvelenamenti	18.132	25,9	16,6	14,8	6.164	4,2	9,7	9,5	11,5
V01-V82	Fattori che influenzano lo stato di salute	2.138	3,1	4,4	7,1	2.990	2,0	4,7	4,9	7,0
	Totale	**70.020**	**100,0**	**123,5**	**160,1**	**146.705**	**100,0**	**100,0**	**160,6**	**161,3**
	Totale (esclusi ricoveri salute riproduttiva)					**63.704**			**108,3**	**128,6**

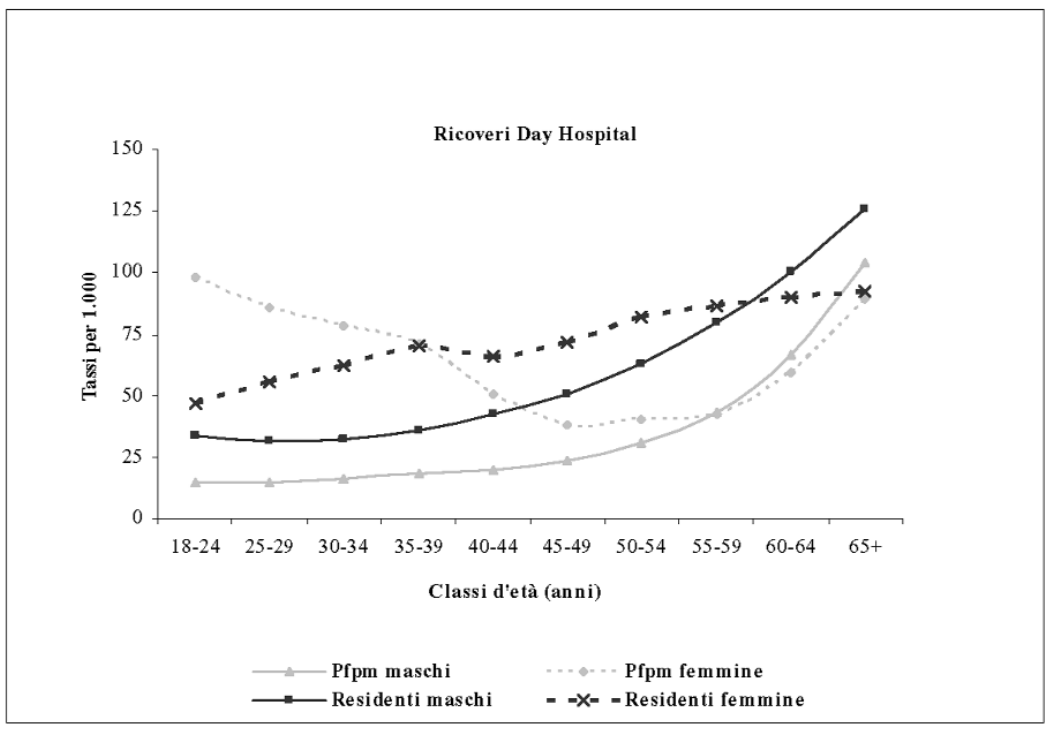
Nota: Per la standardizzazione è stata utilizzata la popolazione al Censimento 2001.
Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute. Anno 2007.

tassi di ricovero ordinario per età (grafico 1) mostra tra gli immigrati uomini valori inferiori rispetto ai residenti; per quanto riguarda quelli in Day Hospital, i tassi si mantengono più marcatamente al di sotto rispetto ai residenti per tutte le classi d'età. Nelle donne si evidenzia un maggior ricorso ai servizi ospedalieri nelle classi d'età riproduttiva (riconducibile ai parti in regime ordinario e alle IVG in Day Hospital), con un picco più pronunciato e anticipato rispetto alle donne residenti. Diversi fattori potrebbero concorrere a spiegare il minore ricorso alle cure ospedaliere da parte della popolazione straniera. In primo luogo, è ipotizzabile che l'effetto migrante sano continui a svolgere un ruolo nelle dinamiche di salute di questa popolazione, per quanto nel tempo possa essersi affievolito per via dell'invecchiamento e dell'aumento dei ricongiungimenti familiari. Inoltre, non si può escludere che la persistenza di barriere di tipo linguistico-culturale e amministrativo-burocratico sia all'origine del ridotto utilizzo dei servizi ospedalieri. Occorre infine sottolineare che il tasso di ospedalizzazione, essendo solo una misura indiretta dei bisogni di salute, va utilizzato con cautela nella descrizione del profilo epidemiologico della popolazione in studio.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 302

Grafico 1 - *Tassi di ospedalizzazione (per1.000) per regime di ricovero, classe d'età, provenienza e sesso - Anno 2004*





Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute. Anno 2007.

Raccomandazioni di Osservasalute

I livelli di ospedalizzazione dei cittadini stranieri evidenziano nel complesso un minore ricorso al ricovero rispetto alla popolazione residente.

Da un punto di vista di salute pubblica è importante segnalare l'elevata frequenza dei ricoveri per traumatismi negli uomini e per IVG nelle donne, nei confronti dei quali possono essere individuate politiche di prevenzione efficaci.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 303

Incidenza di AIDS tra gli stranieri

Significato. La popolazione straniera nel nostro paese è in rapida espansione ed evoluzione. Tra i problemi di salute di questa popolazione l'AIDS viene spesso segnalato come particolarmente grave, anche in considerazione dell'influenza che questa patologia esercita sulla sensibilità collettiva (1). È dunque importante fare luce sulla diffusione dell'AIDS tra gli stranieri presenti in Italia, al fine di attivare adeguati interventi di prevenzione e assistenza sanitaria. La migliore conoscenza di questo fenomeno potrebbe inoltre contribuire a ridimensionare l'eccessivo allarmismo legato alla paura del dilagare della malattia. Il presente lavoro ha l'obiettivo di stimare l'incidenza di AIDS tra gli stranieri nel periodo che va dal 1992 al 2003, anni in cui la numerosità della popolazione immigrata nel nostro paese ha assunto un peso significativo (2).

Tasso di incidenza di AIDS tra gli stranieri in Italia

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Casi di AIDS diagnosticati a stranieri in Italia di 18 anni e oltre}}{\text{Popolazione straniera regolarmente soggiornante in Italia di 18 anni e oltre}} \times 100.000$$

Sono stati utilizzati i dati del Registro Nazionale dei casi di AIDS, istituito a partire dal 1982 presso il Centro Operativo AIDS dell'Istituto Superiore di Sanità (3). L'analisi è stata effettuata sui casi diagnosticati a cittadini stranieri maggiorenni al momento della diagnosi, ed è stata limitata al periodo 1992-2003 data l'esiguità della casistica negli anni precedenti (meno del 3% sul totale dei casi diagnosticati tra il 1982 e il 1991). Sono stati calcolati i tassi di incidenza di AIDS tra gli stranieri, specifici per genere e classe d'età. I tassi sono stati calcolati su base triennale al fine di attenuarne la variabilità dovuta soprattutto alle oscillazioni cui sono soggette le stime della popolazione straniera presente. La numerosità degli stranieri maggiorenni presenti in Italia dal 1992 al 2003 è stata stimata sulla base dei permessi di soggiorno rilasciati dalle questure, raccolti dal Ministero dell'Interno e rielaborati annualmente dall'Istat (4).

Validità e limiti. Il principale punto di forza dello studio deriva dall'utilizzo di dati di popolazione, raccolti su scala nazionale da un registro consolidato e caratterizzato complessivamente da un'elevata copertura (5).
Il limite maggiore deriva invece dalla difficoltà di quantificare in modo esatto la popolazione straniera da utilizzare come denominatore per il calcolo dei tassi. La presenza straniera risulta infatti sottostimata nel nostro paese poiché dalle fonti di rilevazione ufficiali non è possibile individuare la quota di persone che vivono clandestinamente. Inoltre, nel periodo in studio si sono verificate importanti oscillazioni dei denominatori, soprattutto in concomitanza con i tre provvedimenti di regolarizzazione avvenuti in questi anni. Il calcolo di tassi su base triennale ha tuttavia permesso di attenuare tali oscillazioni.

Valore di riferimento/Benchmark. Può essere utile confrontare i tassi di incidenza tra gli stranieri con quelli registrati tra gli italiani, nei tre trienni considerati.

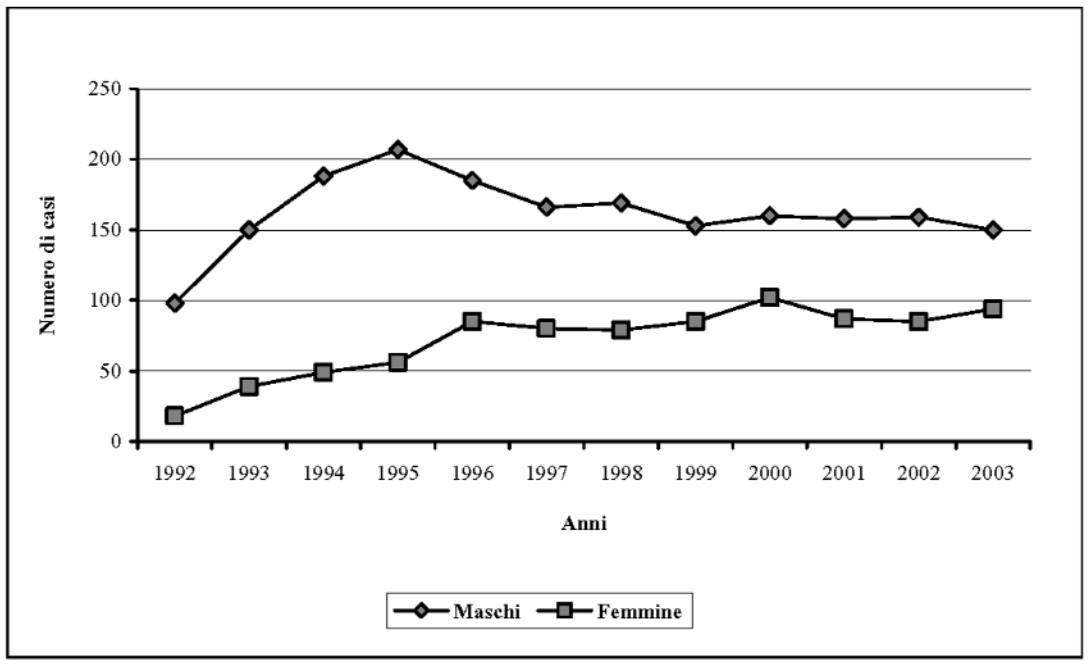
Descrizione dei risultati

Tra il 1992 e il 2003 sono stati diagnosticati in Italia circa 40.000 casi di AIDS tra i maggiorenni, di cui poco più di 2.800 hanno riguardato stranieri.
La percentuale di cittadini stranieri diagnosticati con AIDS nel nostro paese è passata dal 3% nel 1992 al 15% nel 2003 (in termini assoluti da 116 a 251 casi). Tuttavia, a partire dal 1996 il numero delle diagnosi tra gli stranieri maggiorenni è diminuito tra gli uomini, ed è rimasto sostanzialmente stazionario tra le donne, nonostante la popolazione straniera sia notevolmente aumentata (grafico 1). Anche i tassi d'incidenza hanno subito una diminuzione che nell'intero periodo in studio è risultata mediamente del 59% tra gli uomini e del 21% tra le donne. Tale diminuzione è stata particolarmente evidente a partire dal triennio 1998-2000 e ha riguardato tutte le classi d'età (grafico 2 e 3), riflettendo il trend osservato tra gli italiani. I risultati dello studio sembrerebbero indicare che l'incremento della percentuale di cittadini stranieri diagnosticati con AIDS nel nostro paese dipenda dalla continua crescita del numero di immigrati, piuttosto che da un incremento dell'epidemia. Evidenziano, inoltre, che la dimensione del fenomeno è rimasta nel tempo abbastanza contenuta in termini di numerosità. Considerato che in molti paesi di origine degli immigrati non si è osservata una diminuzione dei tassi d'incidenza analoga a quanto avvenuto in Italia (6), è legittimo ipotizzare che i risultati registrati siano riconducibili a una maggiore opportunità di accesso alle cure da parte degli stranieri, oltre alla possibile persistenza di un effetto migrante sano. Anche per questa popolazione, come per gli italiani, è presumibile che la riduzione dei tassi dipenda, almeno in parte, dall'introduzione in Italia della terapia antiretrovirale altamente efficace, avvenuta nel 1996.

L. CACCIANI, A. ROSANO, S. BOROS, A. COLUCCI, L. CAMONI, B. SULIGOI, G. REZZA, G. BAGLIO

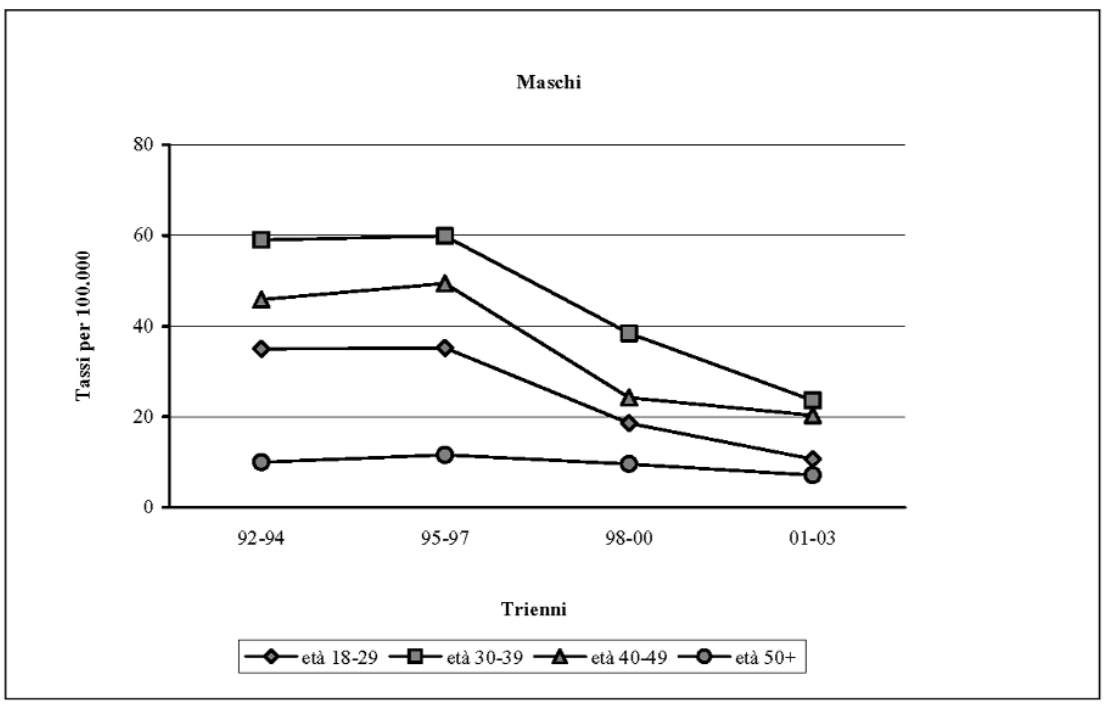
Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 304

Grafico 1 - *Casi di AIDS diagnosticati in Italia a cittadini stranieri di 18 anni e oltre per sesso - Anni 1992-2003*



Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazione su dati Registro Nazionale dei casi di AIDS, ISS. Elaborazione Istat su dati Ministero dell'Interno. Anno 2007.

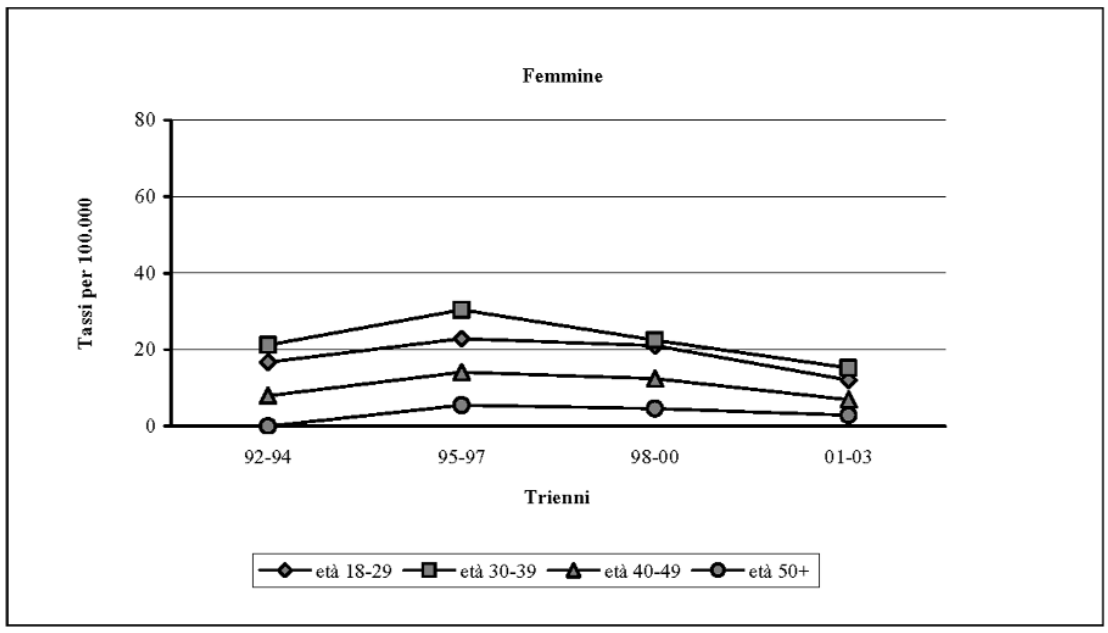
Grafico 2 - *Tassi d'incidenza specifici per età (per 100.000) di AIDS di cittadini stranieri di 18 anni e oltre in Italia per sesso – Trienni 1992-2004*



Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazione su dati Registro Nazionale dei casi di AIDS, ISS. Elaborazione Istat su dati Ministero dell'Interno. Anno 2007.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 305

Grafico 3 - *Tassi d'incidenza specifici per età (per 100.000) di AIDS di cittadini stranieri di 18 anni e oltre in Italia per sesso – Trienni 1992-2004*



Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazione su dati Registro Nazionale dei casi di AIDS, ISS. Elaborazione Istat su dati Ministero dell'Interno. Anno 2007.

Raccomandazioni di Osservasalute

I risultati di questo studio sembrano suggerire che l'accesso ai servizi e la fruibilità delle prestazioni rappresentino elementi fondamentali per il miglioramento delle condizioni di salute degli immigrati, anche in riferimento a situazioni di particolare criticità sanitaria come l'AIDS.

La popolazione immigrata, infatti, si trova spesso di fronte a ostacoli di natura linguistica, culturale, socioeconomica che, nel caso particolare dell'HIV, impediscono l'applicazione di valide misure di prevenzione e cura dell'AIDS (7) e rendono questa popolazione altamente vulnerabile al contagio e alle complicanze connesse con l'esordio della malattia. È di conseguenza importante valutare l'accesso alla diagnostica ed alla terapia secondo la cittadinanza e compiere sforzi per garantire agli immigrati un equiaccesso ai servizi sociosanitari (8) al fine di offrire terapie adeguate, in un'ottica di promozione della diagnosi precoce e di strategie di prevenzione.

Riferimenti bibliografici

(1) Geraci S. Le malattie sessualmente trasmesse tra gli immigrati in Italia. Ann Ist Super Sanita 2000; 36 (4): 445-9.
(2) Caritas/Migrantes. Immigrazione. Dossier Statistico 2005. XV Rapporto. Roma: IDOS; 2005.
(3) Italia. Decreto Ministeriale 28 novembre 1986. Modifiche al decreto ministeriale 5 luglio 1975. Gazzetta Ufficiale n. 288, 12 dicembre 1986.
(4) Istat. Geo-demo "Demografia in Cifre". Sito: www.demo.istat.it
(5) Conti S, Farchi G, Galletti A, Masocco M, Napoli P, Pezzotti P, Rezza G, Toccaceli V, Caiani G, La sottonotifica della mortalità per AIDS in Italia (1992): qualità della certificazione e sottonotifica. Giornale italiano dell'AIDS 1997; 8 (1).
(6) Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. 2004 Report on the global AIDS epidemic: Executive Summary. Geneva: UNAIDS; 2004.
(7) Del Amo J, Erwin J, Fenton KA, Gray K. AIDS & Mobility: Looking to the Future. Migration and HIV/AIDS in Europe - Recent developments and needs for future action. Woerden (The Netherlands): Netherlands Institute for Health Promotion and Disease Prevention (NIGZ) - European Project AIDS & Mobility; October 2001. p. 18.
(8) Geraci S, Martinelli B. Il diritto alla salute degli immigrati. Scenario nazionale e politiche locali. Roma: Nuova Anterem; 2002.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 306

Incidenza della tubercolosi tra gli stranieri

Significato. La tubercolosi è annoverata tra le principali aree critiche della salute degli stranieri in Italia (1). In questi anni, i casi di TB tra gli immigrati sono aumentati sensibilmente, passando da 525 (10% dei casi notificati) nel 1995 a 1.809 (44%) nel 2005 (2,3). Parallelamente, si è registrato un costante incremento delle presenze straniere nel nostro paese, che negli stessi anni sono passate da 700 mila a più di 2 milioni (4). Nonostante la rilevanza assunta dal problema, a tutt'oggi non sono disponibili a livello nazionale stime sulla reale incidenza della TB tra gli stranieri, soprattutto a causa delle difficoltà legate alla quantificazione dei denominatori.
Questo studio rappresenta un primo tentativo di quantificare la frequenza di nuove diagnosi di TB nella popolazione straniera e analizzarne il trend temporale. L'indicatore utilizzato è il tasso di incidenza annuale, misura che permette di valutare l'occorrenza dei casi notificati di malattia rispetto alle dimensioni della popolazione che li ha originati.

Tasso di incidenza di tubercolosi

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Casi di tubercolosi diagnosticati a stranieri}}{\text{Popolazione media straniera}} \quad \text{Denominatore} \times 100.000$$

La fonte dei dati relativi ai casi notificati di TB (numeratore) è rappresentata dal Sistema Informativo per le Malattie Infettive e Diffusive, istituito dal Ministero della Salute con DM 15 dicembre 1990 (3,5).
Per stimare la popolazione degli stranieri presenti in Italia (denominatore) sono stati utilizzati i dati dei permessi di soggiorno, raccolti dal Ministero dell'Interno e rielaborati annualmente dall'Istat (4). Il numero di presenze stimate a metà anno è stato calcolato come media della popolazione all'inizio e alla fine dell'anno.
Per l'analisi del trend temporale, è stata costruita una prima serie di tassi annuali relativi al periodo 1999-2005, utilizzando al denominatore la popolazione regolarmente presente. Una seconda serie di tassi è stata costruita stimando al denominatore una quota di irregolarità del 20% e, per gli anni immediatamente successivi alle sanatorie del 1998 e del 2002, una quota del 10% (6).
Limitatamente all'anno 2005, l'incidenza della tubercolosi tra gli stranieri è stata confrontata con quella degli italiani; il rapporto tra i tassi, aggiustato per età, è stato calcolato utilizzando il metodo della standardizzazione inversa (7), sotto differenti ipotesi di presenza irregolare (10% e 20% della popolazione regolare).

Validità e limiti. I dati utilizzati provengono da un sistema di rilevazione consolidato ed esteso su scala nazionale, che permette di valutare l'entità del fenomeno nel tempo e nella sua globalità.
Il limite principale riguarda la quantificazione dei denominatori e, in particolare, la difficoltà di stimare la quota di irregolarità. Al fine di tener conto delle possibili distorsioni sulle misure, l'analisi di seguito riportata propone diverse stime di incidenza, calcolate sotto differenti ipotesi di irregolarità. Un secondo limite è costituito dalla sottostima dei minorenni nei permessi di soggiorno, che si traduce in una lieve soprastima dei tassi di incidenza e conseguentemente dei rischi relativi.
Un terzo problema da considerare è quello derivante dai limiti propri di ogni sistema di rilevazione, che presenta dei margini di possibile sottonotifica delle diagnosi. Non sono disponibili stime a livello nazionale sull'entità di tale sottonotifica, tuttavia è ragionevole assumere che il livello di attendibilità del sistema si sia mantenuto pressoché costante negli ultimi anni, così da non influenzare in modo consistente gli andamenti rilevati.

Valore di riferimento/Benchmark. È stato utilizzato come valore di riferimento il tasso di incidenza annuale tra gli italiani residenti (anno 2005).

Descrizione dei risultati

In Italia, dal 1999 al 2005 sono stati diagnosticati quasi 31.000 casi di TB: di questi, 9.778 (32%) erano stranieri. La tabella 1 riporta il numero di notifiche annuali relative agli stranieri e agli italiani, nel periodo in studio. Si osserva un sensibile incremento delle segnalazioni tra gli stranieri (+88%), a fronte di un decremento tra gli italiani (-32%); la percentuale di stranieri tra i casi è passata dal 22% al 44%.
Occorre tuttavia sottolineare che l'aumento osservato nel numero di casi non trova riscontro in un incremento dell'incidenza. Il grafico 1 mostra una sostanziale stabilità dei tassi, con fluttuazioni annuali presumibilmente legate all'imprecisione nella stima dei denominatori. Tali fluttuazioni, peraltro, si attenuano quando ai denominatori viene aggiunta la quota stimata di immigrati irregolari; per il periodo considerato, il valore medio dell'incidenza si attesta intorno a 70 nuovi casi per 100.000 persone-anno, a indicare

G. BAGLIO, G. VIOLA, G. GUASTICCHI, S. GERACI

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 307

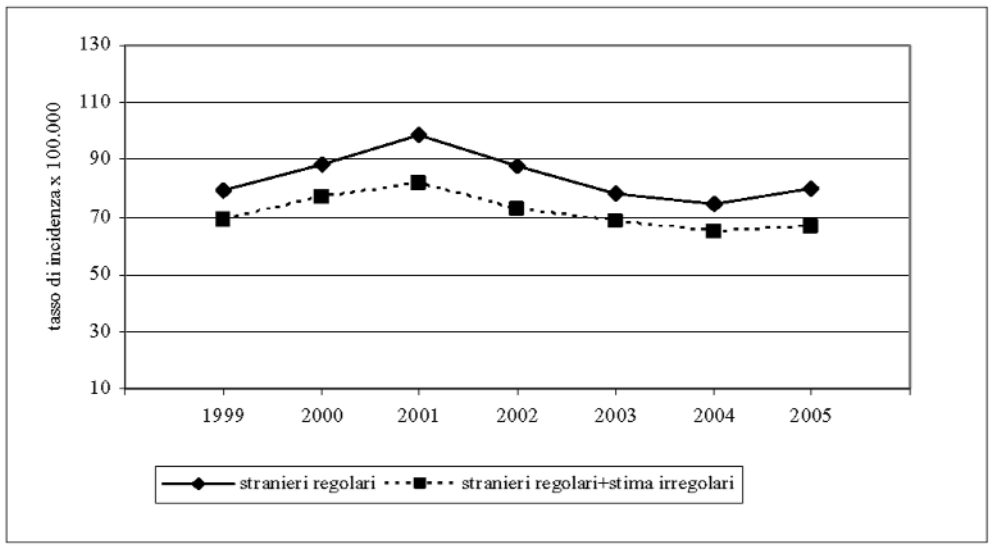
che il numero crescente di diagnosi di TB tra gli stranieri è interamente riconducibile alla crescita della popolazione immigrata in Italia.
Per contro, tra gli italiani viene riportato un trend in diminuzione (-33%), coerentemente con la riduzione del numero assoluto di casi.
La distribuzione per età e provenienza dei casi relativi a cittadini stranieri rispecchia in parte il profilo demografico: nel 2005, l'80% dei pazienti aveva un'età compresa tra 15 e 44 anni (24% tra gli italiani); le principali aree di provenienza sono risultate l'Africa (36%), l'Europa (26%) e l'Asia (25%). La percentuale di uomini sul totale è pari al 62% (60% tra gli italiani).
Il confronto tra i tassi di incidenza standardizzati per età ha permesso di stimare per gli stranieri un rischio relativo rispetto agli italiani compreso tra 25 e 28, sotto le due differenti ipotesi di irregolarità rispettivamente del 20% e del 10%.

Tabella 1 - *Casi di TB notificati in Italia per nazionalità - Anni 1999-2005*

Anni	Stranieri	Italiani	Nazionalità non nota	Totale	% Stranieri
1999	961	3.346	122	4.429	21,7
2000	1.201	3.511	47	4.759	25,2
2001	1.391	3.063	51	4.505	30,9
2002	1.293	2.890	29	4.212	30,7
2003	1.459	2.846	213	4.518	32,3
2004	1.664	2.520	36	4.220	39,4
2005	1.809	2.285	43	4.137	43,7

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. Sistema Informativo delle Malattie Infettive e Diffusive. Anni 1999-2005 (3,5).

Grafico 1 - *Tassi di incidenza (per 100.000) di TB tra gli stranieri (denominatori con e senza quota stimata di immigrati irregolari) - Anni 1999-2005*



Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. Sistema Informativo delle Malattie Infettive e Diffusive. Anni 1999-2005 (3,5); Istat. Anni 1999-2005 (4).

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 308

Raccomandazioni di Osservasalute

L'analisi sopra riportata, pur con la cautela derivante dai limiti delle fonti utilizzate, consente alcune considerazioni di carattere generale.

La prima riguarda il consistente aumento nel numero dei casi di TB tra gli stranieri, sia in valore assoluto che in percentuale sul totale delle diagnosi notificate a livello nazionale.

Tale aumento non sembra peraltro derivare da un inasprimento dell'epidemia, ma può essere interamente spiegato alla luce della crescita della popolazione straniera in Italia, come suggerisce l'andamento dei tassi di incidenza nel periodo 1999-2005. Questo porterebbe in parte a ridimensionare l'allarme sociale intorno al problema della diffusione della malattia e della possibile trasmissione alla popolazione ospite, che nel periodo esaminato ha fatto registrare una sensibile diminuzione nel numero di casi.

La differenza evidenziata nei tassi di incidenza tra stranieri e italiani concorre a enfatizzare l'elevato livello di criticità che questa patologia raggiunge nella popolazione immigrata e ripropone le questioni centrali dell'accessibilità dei servizi socio-sanitari e della *compliance* dei pazienti ai protocolli terapeutici, accanto alla necessità di sviluppare strategie di Sanità Pubblica per il contrasto dei determinanti nel medio e lungo periodo.

Riferimenti bibliografici

(1) Geraci S. Il profilo di salute dell'immigrato tra aree critiche e percorsi di tutela. Ann Ital Med Int, ottobre 2001; 16 (suppl 1): 167S-171S.
(2) Ministero della Salute. Atti del seminario "Tubercolosi e immigrazione: strategie di controllo". Roma, 12 maggio 2006: pp. 11-14.
(3) Institut de Veille Sanitarie, WHO Collaborating Centre for the Surveillance of Tuberculosis in Europe. Surveillance of Tuberculosis in Europe, EuroTB. Report on tuberculosis cases notified in 2005. Sito: www.eurotb.org.
(4) Istat. Geo-demo "Demografia in Cifre". Sito: www.demo.istat.it.
(5) Institut de Veille Sanitarie, WHO Collaborating Centre for the Surveillance of Tuberculosis in Europe. Surveillance of Tuberculosis in Europe, EuroTB. Report on tuberculosis cases notified in 2004. Sito: www.eurotb.org.
(6) ISMU. Dodicesimo Rapporto sulle Migrazioni – 2006. Milano: Franco Angeli, 2007.
(7) Cacciani L, Baglio G, Spinelli A, Osborn J. Tassi di ospedalizzazione tra gli immigrati in Italia: la standardizzazione indiretta-inversa. In: Rapporto Osservasalute: stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane: 2006. Milano: Vita & Pensiero Ed 2006: 225-6.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 309

Accessi degli stranieri ai servizi di salute mentale nel Lazio

Dott. Andrea Gaddini, Dott.ssa Lilia Biscaglia, Dott.ssa Valentina Mattia, Dott. Domenico Di Lallo

Contesto

Gli stranieri costituiscono una popolazione a maggior rischio per lo sviluppo di disturbi psichici a causa di alcuni fattori legati al processo migratorio, che includono ad esempio la natura forzata o volontaria della migrazione, i traumi sperimentati nei paesi di origine e i fenomeni di discriminazione nel paese ospitante (1). Nel Lazio, il crescente numero di cittadini stranieri ha stimolato una più attenta conoscenza dei pattern d'utilizzo dei servizi regionali di salute mentale. Dal 2003, le caratteristiche socio-demografiche, cliniche e assistenziali degli stranieri con problemi di salute mentale che accedono ai servizi specialistici sono monitorate in maniera sistematica utilizzando i dati prodotti dai sistemi informativi sanitari di livello regionale.

Metodi

La fonte dei dati è rappresentata da: a) Sistema Informativo dei Servizi Psichiatrici-SISP; b) Sistema Informativo Ospedaliero-SIO; c) Sistema Informativo dell'Emergenza Sanitaria-SIES. Per maggiori informazioni sui sistemi informativi utilizzati vedi www.asplazio.it.
Gli stranieri sono stati identificati in base al paese di nascita, e i relativi dati sono stati aggregati per area geografica secondo la classificazione Istat (2). I paesi sono stati inoltre classificati, sempre secondo l'Istat, come Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA) o a forte pressione migratoria (Pfpm). I soggetti nati in Italia sono stati considerati come gruppo di confronto. Utilizzando i dati SISP, sono state analizzate le richieste di trattamento ai Centri di Salute Mentale (CSM) del Lazio. Utilizzando i dati SIO, è stato valutato il ricorso al ricovero nei reparti psichiatrici pubblici e privati della regione. Infine, sono stati analizzati i dati prodotti dal SIES per valutare tutti gli accessi ai Pronto Soccorso (PS) con diagnosi principale psichiatrica da parte di utenti stranieri. I trend temporali delle richieste, delle dimissioni e degli accessi in PS sono stati calcolati per gli anni 2000-2004. Per ciascun anno, sono stati inclusi nell'analisi il paese di nascita, il sesso, l'età, la diagnosi (ICD-9-CM: 290-319), l'inviante ai servizi specialistici, la modalità di arrivo in PS e la valutazione al triage.

Risultati e Discussione

I trend temporali evidenziano, per gli anni 2000-2004, un costante aumento del ricorso ai servizi di salute mentale da parte dell'utenza straniera: le richieste di trattamento presso i CSM passano dallo 0,8% al 3,1% del totale (N = 71.094), mentre le dimissioni di utenti stranieri da reparti pubblici e privati della regione passano dal 6,5% all'8,7% del totale dei ricoveri (N = 14.686). L'aumento riscontrato ricalca quello della popolazione straniera presente nel Lazio. Cresce anche il numero di stranieri da Pfpm con problemi di salute mentale che si rivolgono ai PS della regione (+58,8%). Non sono peraltro disponibili informazioni sul disagio psichico e sul bisogno di cura presente a livello della popolazione straniera che non accede ai servizi sanitari. Per gli stranieri provenienti dai Pfpm, l'accesso diretto ai CSM è meno frequente, mentre rispetto agli italiani è maggiore la quota di stranieri che si rivolgono ai CSM a seguito d'invio da parte di altri servizi sanitari. Nel periodo in studio, gli accessi in PS di soggetti provenienti dai Pfpm sono seguiti più raramente da ricovero in reparto psichiatrico (15,0% vs. 20,6% dei nati in Italia; $p<0.01$), mentre è significativamente più frequente il ricovero in altri reparti ospedalieri. Particolarmente elevata risulta la quota di soggetti provenienti dall'Europa centro-orientale che accedono al PS per problematiche legate all'abuso di alcol; il fenomeno richiede lo sviluppo d'interventi specifici diretti a questo gruppo di stranieri. Allo stato attuale, nei confronti dell'utenza straniera si registra una scarsa preparazione da parte dei servizi di salute mentale, che faticano ad adeguare strumenti d'analisi e pratiche di lavoro a persone provenienti da culture profondamente diverse. Inoltre, a parte pochi studi condotti *ad hoc* in aree limitate, le conoscenze sui bisogni di salute e sulla qualità dell'assistenza ai migranti con disturbi mentali sono estremamente scarse e frammentarie (3). Nel campo della salute mentale, i sistemi informativi sanitari forniscono informazioni sistematiche ed affidabili, utili ad affrontare il fenomeno migratorio in termini di ricerca e sviluppo di strategie in Sanità Pubblica. Occorre tuttavia integrare i dati raccolti con informazioni rilevanti per la valutazione del fenomeno, quali ad esempio la durata della migrazione e la conoscenza della lingua locale.

Riferimenti bibliografici

(1) Bhugra D. Migration and mental health. Acta Psychiatrica Scandinavica 2004; 109: 243-258.
(2) Istat. La presenza straniera in Italia: caratteristiche demografiche. Informazioni 29 2000. Istat, Roma.
(3) Claassen D. Ascoli M. Berhe T. Priebe S. Research on mental disorders and their care in immigrant populations: a review of publications from Germany, Italy and the UK. European Psychiatry 2005; 20: 540-9.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 310

Mortalità tra gli stranieri

Significato. Partendo dai dati assoluti sui decessi oltre il primo anno di vita, riportati in serie storica per il complesso degli stranieri in Italia distinti in residenti e non residenti, sono stati costruiti e analizzati tassi di mortalità totali e per la fascia di età 18 anni e oltre, disaggregati per sesso e aree di cittadinanza. Il tasso di mortalità rappresenta, infatti, un indicatore indiretto del livello di salute della popolazione e, come conseguenza, una misura del grado di integrazione degli stranieri nella società di destinazione.
A completamento di questo studio, è sembrato utile procedere anche a un approfondimento delle caratteristiche dei decessi dei cittadini cinesi, data la presenza da tempo più che stabile di questa comunità, soprattutto in determinate aree territoriali, e la sua crescente importanza in diversi ambiti di interesse per il nostro paese.
Al fine di effettuare analisi di tipo comparativo l'indicatore di riferimento più idoneo è senz'altro il tasso standardizzato di mortalità, con il metodo diretto o della *popolazione tipo* individuata nella popolazione standard mondiale. Inoltre, sono state effettuate alcune valutazioni sui tassi di mortalità specifici, che sono parte integrante dell'indicatore di sintesi proposto e rappresentano un completamento al dettaglio delle informazioni disponibili in campo demografico e sanitario.

Tasso di mortalità della popolazione straniera residente in Italia*

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Decessi di stranieri residenti in Italia di 18 anni e oltre}}{\text{Popolazione media straniera residente in Italia di 18 anni e oltre}} \times 10.000 \quad \text{Denominatore}$$

*La formula del tasso standardizzato è riportata nel capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati".

Validità e limiti. La principale fonte di riferimento utilizzata per questo lavoro è l'*Indagine sulle cause di morte*, condotta correntemente dall'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) attraverso l'utilizzo della scheda di morte, documento la cui ufficialità è sancita anche dal Regolamento di Polizia mortuaria attualmente in vigore (D.P.R. 10 settembre 1990, n. 285). L'*Indagine sulle cause di morte* è di tipo totale con un campo di osservazione che è costituito, senza eccezioni, dall'insieme di tutti i decessi che si verificano sul territorio italiano in un anno di calendario; ciò permette analisi disaggregate per aree di cittadinanza, sesso e gruppi di cause di morte, insieme anche ad altre caratteristiche. L'analisi della mortalità per gli immigrati in Italia è stata circoscritta alla popolazione straniera residente, poiché solo per questo universo è possibile procedere al calcolo di tassi omogenei. In effetti, se per il numeratore di tali tassi la fonte ufficiale sui decessi è esaustiva e, come si è già sottolineato, rileva tutti gli eventi verificatisi sul territorio nazionale, compresi quelli degli stranieri "non regolari", per il denominatore, proprio a causa di questa componente sommersa, non è possibile individuare un'adeguata popolazione di riferimento. Per questo motivo, è necessario utilizzare i dati ufficiali circoscritti alla sola popolazione residente che, in relazione agli stranieri, identificano per definizione esclusivamente le persone regolari e stabili nel paese. D'altra parte, attraverso tale fonte non è possibile dettagliare le informazioni per età; di conseguenza, l'ipotesi di base utilizzata, valida esclusivamente a livello nazionale, è stata quella di attribuire agli stranieri residenti la struttura per età ricavata dai dati di un'altra fonte della massima rilevanza, i *permessi di soggiorno dei cittadini stranieri*, attraverso un riproporzionamento. Tale ipotesi è avvalorata dal fatto che nella maggior parte dei casi gli stranieri in possesso di permesso di soggiorno tendono a iscriversi all'anagrafe del comune di dimora abituale. A questo riguardo, si sottolinea che i permessi di soggiorno rappresentano l'unica fonte ufficiale in grado di rilevare la struttura per classi di età degli stranieri regolarmente presenti in Italia insieme alla cittadinanza, anche se con riferimento ai soli maggiorenni. Data la necessità di armonizzare i contenuti delle diverse fonti informative disponibili e la modalità di calcolo degli indicatori, in alcuni casi si è reso necessario limitare il campo di osservazione agli stranieri maggiorenni residenti in Italia per i quali, di conseguenza, è stata possibile una stima dei denominatori di riferimento e la costruzione di tassi di mortalità specifici e standardizzati distinti per età, sesso e cittadinanza.
In questo modo, seppur con alcuni limiti inevitabili legati alla molteplicità e alla natura stessa delle fonti ufficiali a disposizione, anche con riferimento agli stranieri diventa possibile procedere alla misura di indicatori importanti e all'approfondimento delle caratteristiche più significative della tipologia della presenza sul territorio italiano.
Per il calcolo dei tassi complessivi a livello regionale, dove non è possibile considerare la cittadinanza per i motivi appena evidenziati, è stata utilizzata la rilevazione della *popolazione straniera residente in Italia*

S. BRUZZONE, N. MIGNOLLI

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 311

per sesso e singolo anno di età, che non consente ulteriori disaggregazioni.
Nell'interpretazione dei risultati, si sottolinea l'importanza di due aspetti che rendono in qualche modo peculiare il significato dei tassi di mortalità riferiti agli stranieri: il primo è quello legato alla particolare selezione della popolazione straniera che si traduce in una condizione di salute essenzialmente buona e tassi di mortalità piuttosto contenuti, l'effetto del *migrante sano*; il secondo è il possibile ritorno nel paese di origine di chi, soprattutto se in età avanzata, ha sviluppato una malattia di lunga durata. Quest'ultimo aspetto, come rimarcato dalle autrici in diverse occasioni, si può considerare senz'altro trascurabile a fronte sia del crescente livello di stabilità della popolazione straniera, sia della buona qualità delle strutture sanitarie in Italia e della competenza professionale degli addetti del settore, che rafforzano ulteriormente il legame tra gli immigrati e la società ospitante. In ogni caso, da qui si produrrebbe un effetto di contenimento sul livello dei tassi di mortalità dovuto alle popolazioni di riferimento (i denominatori), che risulterebbero infatti sovrastimate a causa della generale rigidità delle cancellazioni anagrafiche e della loro lentezza strutturale nel rispondere agli spostamenti, con conseguenze su tutta la popolazione residente, indipendentemente dalla cittadinanza, tuttavia certamente più evidenti per il sotto universo degli stranieri.
A seguito dell'introduzione in Italia della decima revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD10) raccomandata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, i decessi riferiti agli anni 2003 e 2004 non sono ancora disponibili classificati per causa di morte; pertanto, non è stato possibile aggiornare l'indicatore proposto in questo senso e avvalersi di analisi a carattere differenziale. I dati più recenti in tema di mortalità per causa sono stati diffusi nel Rapporto Osservasalute 2006, pagg. 219-224.

Valore di riferimento/Benchmark. Si è proceduto alla disamina dell'andamento dei decessi degli stranieri in Italia nei tredici anni di interesse; inoltre, sono stati effettuati confronti tra i risultati a livello regionale/ripartizionale e il dato medio italiano per i tassi complessivi; tra sesso e aree di cittadinanza per gli altri tassi presentati.

Descrizione dei risultati

In generale, sulla base di quanto affermato più sopra, il numero dei decessi dei cittadini stranieri, seppur in aumento, è ancora piuttosto esiguo e attualmente si attesta intorno allo 0,7% del totale degli eventi registrati in Italia. Nello specifico del periodo di osservazione considerato (1992-2004), l'ammontare complessivo dei decessi tra gli stranieri oltre il primo anno di vita in Italia supera le 41.000 unità, con un andamento crescente degli eventi che si attesta su una media annua del +7,4% per i residenti e di circa il +6% per i non residenti, per un complessivo aumento del 6,6%. Tale variazione è significativamente più elevata per i decessi degli stranieri dei Paesi a forte pressione migratoria che registrano tra i residenti un aumento medio annuo del 12,3%, contro quasi il +11% dei non residenti (tabella 1 e grafico 1). Gli eventi dei non residenti rappresentano la maggioranza fino al 2002, mentre per il sotto universo dei cittadini con cittadinanza dell'area più svantaggiata dei Paesi a forte pressione migratoria, che comunque equivalgono quasi sempre alla maggioranza dei decessi di stranieri sia tra i residenti (a partire dal 1996, pari a circa il 73% nel 2004) sia tra i non residenti (a partire dal 2000, pari al 63% nel 2004), si registrano percentuali superiori al 50% tra i decessi di residenti rispettivamente nel 1992 (50,1%), nel 1999 (52,4%), e soprattutto nel 2004 (53,8%). Tra i non residenti, i decessi dei cittadini dei Paesi a forte pressione migratoria diventano la maggioranza solo tra il 2000 e il 2003 (tabella 1 e grafico 1).
In questo senso va interpretato il primo allargamento dell'Unione Europea avvenuto proprio nel 2004, con l'entrata di dieci nuovi paesi appartenenti a questa area, che ha dato origine a un *effetto moltiplicatore* avendo favorito un vero e proprio passaggio di poste dal sottogruppo dei non residenti a quello dei residenti, e provocando nell'ambito di questo ultimo l'aumento dei cittadini stranieri dei Paesi a forte pressione migratoria. In effetti, l'appartenenza all'Unione Europea, come è noto, porta con sé una serie di vantaggi nell'accesso ai principali servizi del paese di arrivo, compresi quelli sanitari, che senz'altro contribuiscono ad agevolare il processo di stabilizzazione della popolazione straniera.
Ancora a proposito dell'andamento, se da una parte taluni picchi di mortalità osservati nel periodo di interesse possono spiegarsi con il processo legislativo delle regolarizzazioni della popolazione straniera, che favorisce l'aumento dei residenti sia nella popolazione sia, come diretta conseguenza, tra i decessi, dall'altra possono essere attribuiti a circostanze particolari. Nel 2003, ad esempio, la particolare ondata di calore verificatasi nel periodo estivo ha avuto conseguenze soprattutto sulle categorie più deboli dell'intera popolazione; in proporzione, tra gli stranieri, gli aumenti superiori alla media sono dovuti essenzialmente ai decessi dei cittadini dei Paesi a sviluppo avanzato, caratterizzati da una struttura per età più anziana, e a quelli degli stranieri non residenti dei Paesi a forte pressione migratoria, in condizioni più disagiate.
Come già accennato, in aggiunta a quanto incluso nella precedente edizione del Rapporto Osservasalute è stato effettuato un *focus* sugli stranieri di cittadinanza cinese, per i quali si rileva un ammontare complessivo di 482 decessi verificatisi nel corso dei tredici anni

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 312

considerati, che registrano un incremento medio annuo particolarmente consistente tra i residenti (circa il +26%), e pari al +15,3% tra i non residenti. Il peso percentuale dei decessi dei residenti di questa comunità, fatta eccezione per il 1994 e il 1996, è sempre superiore al 50%, mentre raggiunge il 74% nel 2004.
Esaminando il totale dei decessi oltre il primo anno di vita in valore assoluto, nel 2004 la distribuzione territoriale tra le regioni italiane di residenza rispecchia quella della popolazione straniera di riferimento, con una prevalenza del Nord-Ovest e del Nord-Est per gli uomini, e del Nord-Ovest e del Centro per le donne; passando però ai tassi standardizzati di mortalità si evidenzia un effetto di selezione negativa dato proprio dalla regione di residenza, con valori più alti nel Nord-Est e nell'Italia insulare (tabella 2). Questa situazione non può che rimandare alla geografia del lavoro degli immigrati in Italia, strettamente legata all'elevata mortalità per cause accidentali che ancora differenzia i cittadini stranieri. Nello specifico, per gli uomini valori superiori al tasso di riferimento a livello Italia (22 per 10.000 stranieri residenti) si riscontrano in Lombardia (22,5 per 10.000), in Trentino-Alto Adige (circa 27 per 10.000), in Veneto (quasi 26 per 10.000), in Liguria e in Emilia-Romagna (rispettivamente circa 26 e circa 23 per 10.000), nelle Marche (circa 23 per 10.000), nel Lazio (27 per 10.000), in Campania (25 per 10.000) e nelle Isole (la Sicilia con il 22,5 e la Sardegna con il 30,4 per 10.000 stranieri residenti). Per le donne, selezionate positivamente rispetto alla mortalità soprattutto se non residenti, a causa della generale più giovane struttura per età, mentre tra i residenti i rapporti di mascolinità più contenuti sottolineano un avvicinamento dei due sessi, il tasso di mortalità standardizzato a livello Italia è decisamente più contenuto e pari a circa 13 per 10.000 straniere residenti. In questo caso, Piemonte e Valle d'Aosta si attestano su un valore complessivo di 16 per 10.000, il Trentino-Alto Adige sul 15 per 10.000, Veneto e Friuli-Venezia Giulia entrambe sul 14 per 10.000, Emilia-Romagna, Umbria (dove il tasso di mortalità delle straniere è più alto di quello degli uomini) e Marche su valori di poco superiori alla media generale, Abruzzo e Molise su circa il 15 per 10.000, la Puglia su quasi il 14 per 10.000 e anche qui i valori per le donne sono più elevati, la Sicilia e la Sardegna rispettivamente sul 15 e sul 28 per 10.000 (tabella 2).
Passando ai tassi standardizzati di mortalità per sesso e area di cittadinanza riferiti agli anni 2002 e 2004, dopo attenti e accurati controlli si è ritenuto di limitare l'analisi agli stranieri residenti nella fascia di età 18-64 anni, così da giungere a risultati più affidabili considerato il carattere di stabilità particolarmente elevato della loro presenza sul territorio italiano (tabella 3). I raggruppamenti di cittadinanze presi in considerazione sono rappresentati dalle tre grandi aree dei Paesi a sviluppo avanzato, dei Paesi dell'Europa Centro-Orientale e dei Paesi a forte pressione migratoria, per le quali sono stati evidenziati alcuni sottogruppi; in particolare, l'Unione Europea dei 14, i dieci nuovi Paesi aderenti all'Unione Europea, i Paesi del bacino sud del Mediterraneo e la Cina.
Nel complesso, sembra opportuno evidenziare un netto vantaggio delle donne rispetto agli uomini, indipendentemente dall'area di cittadinanza, e una tendenza generale all'aumento dei tassi di mortalità tra il 2002 e il 2004 (tabella 3).
Questa tendenza risulta comunque differenziata e più evidente per gli uomini dei Paesi dell'Europa centro-orientale, con un tasso di mortalità che passa, nel biennio 2002-2004, da 9,6 per 10.000 residenti a 12,7, e una variazione percentuale totale pari a +32,6%. L'aumento registrato sembra imputabile in gran parte ai nuovi Paesi dell'Unione Europea per i quali si osserva un aumento del tasso degli uomini di quasi l'88% e delle donne del 28,7%, contro una diminuzione del dato femminile per il complesso dell'area (-11,8%). In relazione alle donne, aumenti più consistenti dei tassi si rilevano per il complesso dei Paesi a sviluppo avanzato (da 5,8 nel 2002 a 7,6 per 10.000 residenti nel 2004, pari a +31,7%). Una variazione positiva del tasso di mortalità si registra anche per il gruppo dei Paesi a forte pressione migratoria, attestandosi però su livelli più contenuti soprattutto per le donne: passa, infatti, tra gli uomini da circa 11 a circa 14 per 10.000 residenti (con una variazione percentuale totale nel biennio di +27%), rimanendo quasi costante, intorno al 5 per 10.000, tra le donne con una variazione percentuale di appena +0,6%. Nell'ambito di questa area, se da una parte si assiste a una significativa diminuzione del tasso di mortalità a vantaggio delle donne dei Paesi del bacino sud del Mediterraneo (-27,6%), dall'altra per la comunità dei residenti di cittadinanza cinese in Italia si registrano consistenti aumenti nel biennio a carico di entrambi i sessi (rispettivamente +53,8% e +21,4%). Inoltre, il confronto con il dato medio del complesso dei Paesi a forte pressione migratoria evidenzia uno svantaggio delle donne cinesi, che registrano tassi di mortalità standardizzati più elevati sia nel 2002 (5,2 contro il valore generale di 4,8 per 10.000 residenti) sia nel 2004 (6,4 contro 4,9 per 10.000).

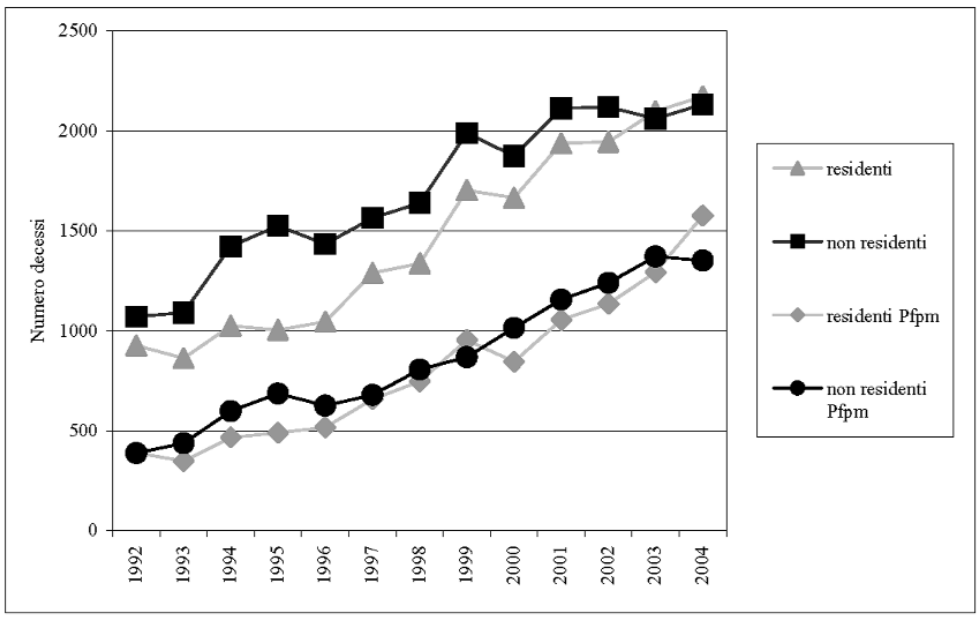
Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 313

Tabella 1 - *Decessi (valori assoluti e percentuali) oltre il primo anno di vita di stranieri residenti e non residenti in Italia - Anni 1992-2004*

Anni	Totale stranieri deceduti in Italia					
	Valori assoluti			Valori percentuali		
	Residenti	Non residenti	Totale	Residenti	Non residenti	Totale
1992	926	1.071	1.997	46,37	53,63	100,00
1993	862	1.091	1.953	44,14	55,86	100,00
1994	1.024	1.422	2.446	41,86	58,14	100,00
1995	1.004	1.525	2.529	39,70	60,30	100,00
1996	1.045	1.434	2.479	42,15	57,85	100,00
1997	1.289	1.563	2.852	45,20	54,80	100,00
1998	1.336	1.639	2.975	44,91	55,09	100,00
1999	1.702	1.990	3.692	46,10	53,90	100,00
2000	1.665	1.875	3.540	47,03	52,97	100,00
2001	1.938	2.112	4.050	47,85	52,15	100,00
2002	1.945	2.120	4.065	47,85	52,15	100,00
2003	2.098	2.060	4.158	50,46	49,54	100,00
2004	2.172	2.133	4.305	50,45	49,55	100,00
Totale 1992-2004	**19.006**	**22.035**	**41.041**	**46,31**	**53,69**	**100,00**
DI CUI CON CITTADINANZA DEI PAESI A FORTE PRESSIONE MIGRATORIA						
1992	390	389	779	50,06	49,94	100,00
1993	348	438	786	44,27	55,73	100,00
1994	467	598	1.065	43,85	56,15	100,00
1995	490	687	1.177	41,63	58,37	100,00
1996	517	625	1.143	45,27	54,73	100,00
1997	658	679	1.337	49,21	50,79	100,00
1998	747	807	1.554	48,07	51,93	100,00
1999	954	868	1.822	52,36	47,64	100,00
2000	845	1.015	1.860	45,43	54,57	100,00
2001	1.055	1.156	2.211	47,72	52,28	100,00
2002	1.134	1.240	2.374	47,77	52,23	100,00
2003	1.293	1.372	2.665	48,50	51,50	100,00
2004	1.575	1.351	2.926	53,83	46,17	100,00
Totale 1992-2004	**10.473**	**11.225**	**21.699**	**48,26**	**51,73**	**100,00**

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni su dati Istat “Indagine sulle cause di morte”. Anni 1992-2004.

Grafico 1 - *Decessi (valori assoluti) di stranieri residenti e non residenti in Italia, con particolare riferimento ai Paesi a forte pressione migratoria (Pfpm) - Anni 1992-2004*



Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni su dati Istat “Indagine sulle cause di morte”. Anni 1992-2004.

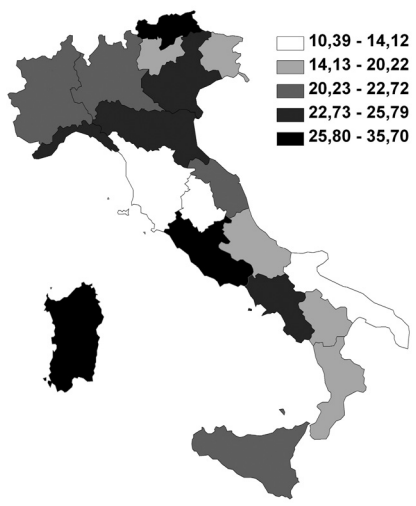
Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 314

Tabella 2 - *Decessi (valori assoluti e tassi standardizzati per 10.000) oltre il primo anno di vita di stranieri residenti in Italia per regione e sesso – Anno 2004*

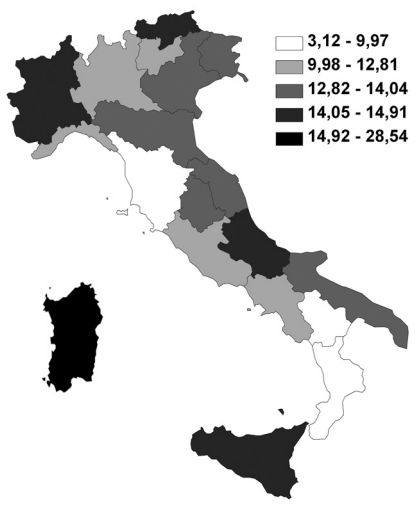
Regioni	Decessi di stranieri residenti			Tassi standardizzati di mortalità		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte e Valle d'Aosta	118	82	200	21,24	15,96	18,23
Lombardia	299	164	463	22,47	12,37	16,84
Trentino-Alto Adige	36	32	68	26,83	14,93	20,23
Bolzano-Bozen	*30*	*25*	*55*	*35,70*	*14,74*	*24,67*
Trento	*6*	*7*	*13*	*15,86*	*12,81*	*14,19*
Veneto	170	66	236	25,79	13,98	19,67
Friuli-Venezia Giulia	33	28	61	16,74	14,04	15,88
Liguria	61	38	99	25,73	11,42	18,08
Emilia-Romagna	135	60	195	22,97	13,12	17,60
Toscana	83	57	140	14,12	9,97	12,02
Umbria	16	19	35	10,39	13,61	13,20
Marche	37	25	62	22,72	13,45	16,85
Lazio	179	119	298	26,94	12,35	17,88
Abruzzo e Molise	20	15	35	18,11	14,91	16,30
Campania	63	31	94	25,06	11,32	16,98
Puglia	19	20	39	12,85	13,97	13,36
Basilicata	4	2	6	20,22	3,12	12,77
Calabria	24	6	30	19,73	4,60	12,37
Sicilia	51	31	82	22,46	14,57	18,54
Sardegna	17	12	29	30,42	28,54	29,78
Nord-Ovest	*478*	*284*	*762*	*22,26*	*13,28*	*17,32*
Nord-Est	*374*	*186*	*560*	*23,95*	*13,85*	*18,57*
Centro	*315*	*220*	*535*	*19,68*	*11,49*	*14,99*
Sud	*130*	*74*	*204*	*19,23*	*11,04*	*14,86*
Isole	*68*	*43*	*111*	*24,03*	*17,71*	*21,03*
Italia	**1.365**	**807**	**2.172**	**21,62**	**12,74**	**16,77**

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni su dati Istat "Indagine sulle cause di morte". Anno 2004.

Tassi standardizzati di mortalità (per 10.000) oltre il primo anno di vita di stranieri residenti in Italia per regione di residenza. Maschi. Anno 2004.



Tassi standardizzati di mortalità (per 10.000) oltre il primo anno di vita di stranieri residenti in Italia per regione di residenza. Femmine. Anno 2004.



Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 315

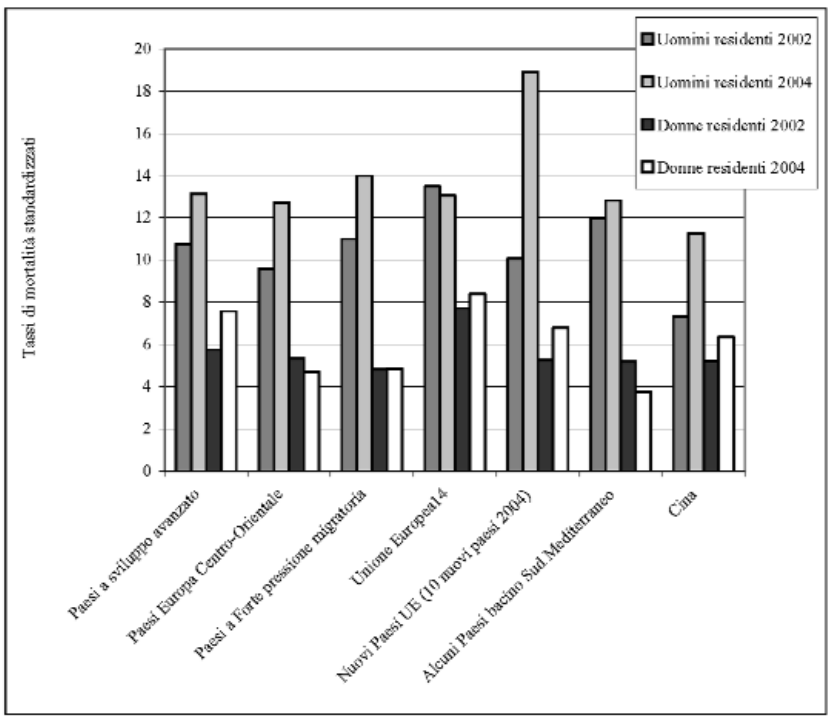
Tabella 3 - *Tassi standardizzati di mortalità (per 10.000) degli stranieri residenti in Italia di 18-64 anni per aree di cittadinanza e sesso - Anni 2002 e 2004*

Aree di cittadinanza*	2002 Maschi	2002 Femmine	2002 Totale	2004 Maschi	2004 Femmine	2004 Totale
Paesi a Sviluppo Avanzato	**10,75**	**5,75**	**8,00**	**13,13**	**7,57**	**9,77**
Unione Europea 14	*13,48*	*7,72*	*10,24*	*13,05*	*8,38*	*10,25*
Paesi dell'Europa centro-orientale	**9,60**	**5,34**	**7,33**	**12,73**	**4,71**	**8,04**
Nuovi Paesi UE (i 10 Paesi che hanno aderito nel 2004)	*10,06*	*5,27*	*6,59*	*18,90*	*6,78*	*9,74*
Paesi a Forte Pressione Migratoria	**10,99**	**4,83**	**8,07**	**13,98**	**4,86**	**9,38**
I Paesi del bacino Sud Mediterraneo	*12,00*	*5,19*	*9,50*	*12,82*	*3,76*	*9,29*
Cina	*7,33*	*5,23*	*6,34*	*11,27*	*6,35*	*8,88*

*Nell'ambito delle cittadinanze considerate, nei Paesi a Sviluppo Avanzato rientrano gli appartenenti all'Unione europea, gli altri Paesi Europei, l'America settentrionale, l'Oceania, Israele e Giappone; all'Europa centro-orientale appartengono tutti i Paesi dell'Europa dell'Est e Centrale, inclusi i 10 Paesi compresi nell'allargamento dell'Unione Europea a 25 avvenuta nel maggio 2004; i Paesi a Forte Pressione Migratoria comprendono quelli appartenenti all'Africa, all'Asia (ad eccezione di Israele e Giappone) e all'America centro-meridionale (per estensione anche gli apolidi sono stati inclusi in questo gruppo); nell'ambito di questa area, il sottogruppo dei Paesi del bacino Sud del Mediterraneo comprende l'Africa del Nord e la Turchia.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni su dati Istat "Indagine sulle cause di morte". Anno 2002 e 2004.

Grafico 2 - *Tassi standardizzati di mortalità (per 10.000) degli stranieri residenti in Italia di 18-64 anni per aree di cittadinanza e sesso - Anni 2002 e 2004*



Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni su dati Istat "Indagine sulle cause di morte". Anno 2002 e 2004.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 316

Raccomandazioni di Osservasalute

I risultati ottenuti confermano che, per quanto concerne le loro condizioni di salute, gli immigrati formano in generale gruppi diversificati tra loro e rispetto alla popolazione di accoglienza; anche dalla presente analisi emergono infatti problemi specifici che possono riflettere, come ad esempio nel caso degli immigrati dall'Europa Centro Orientale, situazioni osservate nei loro paesi di origine. Ad aggravarne le condizioni di salute, e quindi gli stessi livelli di mortalità, interviene poi una molteplicità di fattori a cominciare da privazioni e difficoltà sociali ed economiche derivanti dall'immigrazione, difficoltà linguistiche e culturali specifiche in tema di comunicazione, che rendono difficile la formulazione di diagnosi specifiche e la conoscenza adeguata dei loro bisogni da parte del personale medico e più in generale di quello preposto all'assistenza. Gli effetti della possibile discriminazione sul mercato del lavoro costituiscono poi una fonte di ulteriore rischio e possono diventare fattori di esclusione sociale.

Riferimenti bibliografici

(1) Bruzzone S., Mignolli N., La mortalità per causa degli immigrati nell'Unione Europea e nei Paesi Candidati: documentazione e criteri di misura. Atti della Ricerca MURST 2000 - Siamo pochi o siamo troppi? Alcuni aspetti delle relazioni tra evoluzione demografica e sviluppo economico e sociale, 2003.
(2) Bruzzone S., Mignolli N., Lo studio della mortalità per causa della popolazione straniera in Italia: problematiche metodologiche e disponibilità dei dati. Atti del Settimo Seminario Internazionale di Geografia Medica – Verona settembre 2001 - RUX editrice, Perugia, 2002; 395-410.
(3) Maccheroni C., Bruzzone S. e Mignolli N., La nuova unione europea dei 25: le differenze delle condizioni di salute anche alla luce dei flussi migratori 2005.
(4) Meslé F. and Hertrich V., Évolution de la mortalité en Europe: la divergence s'accentue entre l'Est et l'Ouest, in Congrès international de la population, Bejing 1997.
(5) Meslé F., La mortalité dans les pays del l'Europe de l'Est, Population 1991 ; vol. 46, n. 3.
(6) Waterhouse J., Muir C., Correa P., Powell J., Cancer in Five Continents, IARC, Scientific Publication 1976, Lyon, Vol. 3, 15.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 317

La salute della popolazione cinese a Roma: primi risultati di una ricerca-azione realizzata presso il Poliambulatorio per immigrati della Caritas

Dott.ssa Bianca Maisano, Dott. Salvatore Geraci

Dal 1983 la Caritas di Roma ha attivato un Centro medico per coloro che si trovano in condizioni di difficoltà sociale, economica e culturale e non riescono o non possono usufruire del Servizio Sanitario Nazionale con particolare riferimento alla medicina di primo livello. Rom, immigrati irregolari e clandestini, senza dimora sono l'utenza "storica" del servizio connotatosi negli anni come ambulatorio a bassa soglia d'accesso ed ad alto impatto relazionale. In circa 25 anni di attività sono stati quasi 90.000 i pazienti presi in carico, provenienti da 140 nazioni diverse ma, per molti anni, pur essendo l'ambulatorio in zona centrale e vicino ad uno dei quartieri maggiormente popolato da cinesi, questa popolazione era praticamente assente tra l'utenza della struttura (dal 1983 all'inizio del 2001 solo 91 pazienti cinesi su oltre 65.000 immigrati visitati fino ad allora).
Questo dato non sorprendeva in quanto gli immigrati cinesi a Roma, pur rappresentando oltre il 3,5% della popolazione straniera presente in città, ed in alcuni quartieri ciò si raddoppia o triplica, hanno avuto ed hanno la percentuale del loro accesso ai servizi sanitari sia pubblici che del privato sociale, specialmente al primo livello (medicina di base), di gran lunga inferiore rispetto agli altri gruppi etnici.
Per spiegare questa discrepanza nei dati sono state prese in considerazioni tre ipotesi:
1. la comunità cinese è in grado di rispondere parzialmente (primo livello) con il proprio sistema tradizionale alla domanda di salute dei suoi membri, mentre si rivolge ai livelli superiori in caso di maggior gravità;
2. il forte impegno lavorativo e la difficoltà nella richiesta al datore di lavoro di permessi per la prevenzione e la tutela della propria salute fa si che la medicina di base venga trascurata e non costituisca comunque una priorità;
3. la domanda di assistenza non trova, soprattutto nel primo livello del sistema sanitario, ambiti favorevoli alla sua espressione creando i presupposti per un progressivo scadimento della salute di questa popolazione che accede al sistema solo in casi di grave malattia, e quindi direttamente al secondo ed al terzo livello.
Tali ipotesi sono state vagliate attraverso un *progetto di ricerca-azione* rivolto a questa comunità, realizzato nel periodo 2001-2007 e tuttora in corso presso il Poliambulatorio per Immigrati della Caritas Diocesana di Roma: l'analisi quali-quantitativa dei dati preliminari rilevati attraverso lo studio di una popolazione di 1.293 cinesi ha portato a risultati che fanno intravedere la complessità della realtà osservata: infatti se da una parte supportano prevalentemente la terza ipotesi (*inadeguata risposta dei servizi sanitari*) nello stesso tempo documentano una certa difficoltà legata al lavoro formulata nella seconda ipotesi (*ostacolo di tipo socio-culturale*) e collateralmente fanno emergere la preesistente coabitazione della medicina tradizionale ed occidentale continuata anche in terra d'emigrazione soprattutto da coloro che provengono da contesti urbani (*integrazione dei due sistemi di medicina*).
Il metodo della *ricerca-azione* è stato scelto soprattutto per il suo significato di *ricerca sociale attivante* in quanto ci si è posti l'obiettivo non solo di conoscere maggiormente la realtà sanitaria (percorsi e profilo) della popolazione immigrata cinese presente a Roma, ma anche quello di utilizzare la conoscenza come *motore di cambiamento* al fine di arrivare ad individuare delle proposte utili per politiche di tutela della salute rispondenti in modo sempre più efficace al contesto multiculturale e più precisamente alla domanda di salute della comunità cinese residente nella capitale.
Alla consueta raccolta e analisi quantitativa dei dati relativi ai pazienti cinesi visitati dal 2001 al primo semestre 2007 (realizzata dalla Banca Dati presso il Poliambulatorio Caritas utilizzando i codici internazionali ICD-9) è stata infatti affiancata l'*analisi qualitativa* realizzata mediante la costituzione di un *focus group permanente* formato da una quindicina di interpreti di cinese volontari che hanno affiancato il personale sanitario durante l'accettazione, la realizzazione delle visite mediche e l'orientamento ai servizi facilitando la comunicazione. Lo stesso gruppo ha poi collaborato nella lettura qualitativa dei dati dopo aver realizzato un *intervento attivo* di informazione rivolto alla popolazione cinese del quartiere Esquilino.
L'attivazione della ricerca-azione nel corso del 2001 e la presenza costante degli interpreti di lingua cinese ha determinato il costante aumento dei pazienti cinesi presso il servizio sanitario della Caritas: dalle poche unità di nuovi pazienti cinesi registrate negli anni novanta si è passati già dal 2001 a 53 ed al successivo costante incremento (2002: 122, 2003: 214, 2004: 193, 2005: 261, 2006: 317, fino ad arrivare al 2007 nel quale già dal primo semestre si sono visitati 133 nuovi pazienti). Attualmente la presenza di nuovi pazienti cinesi ha raggiunto il secondo posto, dopo quella dei rumeni e rappresenta il 13% del totale dei nuovi pazienti. Le donne che sono il 61,6% della popolazione cinese osservata, sono spesso coloro che creano il primo contatto con il poliambulatorio grazie alla loro innata capacità di trasformare un bisogno in un'occasione relazionale. Esse rap-

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 318

presentano oggi l'8,2% dei nostri pazienti. L'età media complessiva è di 37 anni (36 gli uomini e 37 le donne) ed è in crescita l'afflusso dei bambini (il 5% dei pazienti cinesi) al servizio di pediatria. Il 39% riferisce di essere senza occupazione regolare. Il livello di scolarità è abbastanza basso se rapportato con quello delle altre comunità immigrate, infatti solo il 19% ha più di 12 anni di scolarità (complessivamente il dato rilevato tra gli utenti del poliambulatorio è mediamente del 55%); il 70% dei nostri pazienti cinesi è senza permesso di soggiorno. È a questo proposito interessante notare che anche i pazienti in regola e iscritti al SSN, che dovrebbero quindi essere visitati dai loro Medici di Medicina Generale, accedono insistentemente al nostro servizio a motivo del servizio di interpretariato che viene offerto.

Per quanto riguarda il profilo di salute rilevabile dall'analisi delle principali cause di visita e dalle diagnosi di malattia, esso rispecchia la distribuzione delle varie casistiche di ambulatori di primo livello per immigrati e conferma la considerazione di una popolazione sana ma fragile, a causa di condizioni sociali spesso inadeguate e per la persistente difficoltà di accesso ai servizi.

Rispetto al dato generale (la frequenza di malattie dell'intera utenza del Poliambulatorio Caritas nel periodo considerato), è possibile evidenziare tra i cinesi alcune peculiarità: tra gli uomini, sono quelli che soffrono maggiormente di malattie degli apparati respiratorio e genito-urinario ed hanno una frequenza di malattie infettive e di eventi traumatici minori rispetto alle altre comunità; tra le donne il ricorso alla struttura sanitaria della Caritas è principalmente per il controllo della gravidanza con frequenza maggiore rispetto agli altri gruppi.

Tra gli ostacoli che impediscono l'accesso ai servizi sanitari di base i pazienti riferiscono in primo luogo la paura, la diffidenza, più forte per i migranti irregolari che sono la maggioranza dei nostri pazienti.

Al secondo posto tra gli ostacoli all'accesso viene segnalata *la lingua*, per lo meno per quelle persone che non hanno potuto studiare l'inglese come la maggior parte dei cinesi che frequentano il poliambulatorio e provengono dalla provincia cinese meridionale dello Zhejiang, in particolare dalla Prefettura di Wenzhou, dall'omonimo capoluogo, da Qingtian e da altre località limitrofe.

Un'altra barriera importante sono i percorsi amministrativi, complessi, e spesso disomogenei e poco trasparenti e leggibili.

Solo agli ultimi posti e con un peso nettamente inferiore vengono segnalati gli aspetti relativi alla *priorità del lavoro sulla salute*, quelli *socio-culturali* e per quanto riguarda il poliambulatorio Caritas, quelli *religiosi*.

Il *focus group permanente* ha cercato di lavorare su ciascuno di questi aspetti mettendo in atto interventi atti a facilitare soprattutto l'accesso al poliambulatorio Caritas attraverso la riduzione al minimo degli aspetti amministrativi e la concentrazione dell'attenzione sugli aspetti comunicativi e relazionali.

Se oggi la barriera linguistica si può considerare superata dentro il poliambulatorio, si ripresenta all'uscita e in particolare per le visite specialistiche che si rendono necessarie presso le varie strutture sanitarie pubbliche non dotate di interpreti.

Da questo punto di vista, a parte pochissime eccezioni, il panorama della Sanità Pubblica romana è totalmente chiuso, impermeabile al bisogno di salute di questa comunità. Lo dimostrano i dati praticamente irrilevanti relativi all'accesso dei cinesi negli ambulatori per Stranieri Temporaneamente Presenti – STP (0,6% di tutti gli accessi di immigrati), dedicati, come è noto, all'assistenza sanitaria di base degli stranieri irregolari.

Una presenza di dati relativi all'accesso ai servizi sanitari da parte della popolazione cinese è rilevabile invece a livello ospedaliero (nel 2005, i ricoveri di cittadini cinesi sono l'1,7% di tutti i ricoveri di cittadini stranieri), con particolare enfasi per i punti nascita (nel 2005 i nati da madre cinese sono il 3,7% ed in Italia il 6,2% di tutti i nati stranieri) e le IVG (il 2% delle IVG di donne straniere sono in donne cinesi) (Dati Laziosanità-Agenzia di Sanità Pubblica, 2005).

Nell'area romana l'esperienza del Poliambulatorio per Immigrati della Caritas rimane purtroppo a tutt'oggi l'unica in grado di fornire dati e informazioni sullo stato di salute di base della popolazione cinese immigrata con particolare attenzione alla componente irregolare. L'assenza di conoscenze ed evidenze scientifiche porta inevitabilmente verso una sottovalutazione della domanda di salute di questa popolazione e all'assenza di politiche sanitarie adeguate.

La forte domanda di medicina generale (assistenza di primo livello) riscontrata presso il poliambulatorio della Caritas dovrebbe indurre, in prima battuta, a dare priorità ad interventi che privilegino questo fondamentale ambito assistenziale.

Il modello di un ambulatorio *a bassa soglia d'accesso e ad alto impatto relazionale* ha messo in luce l'importanza di un approccio attento agli aspetti comunicativi e relazionali.

L'attenzione prioritaria al settore materno-infantile e l'attivazione di progetti da parte dei consultori familiari, il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale, la partecipazione anche in sede di progettazione della comunità cinese e particolarmente dei giovani della seconda generazione non solo con ruolo di mediazione-interpretariato, sembrerebbero componenti indispensabili per iniziare ad impostare dei servizi che raggiunga-

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 319

no realmente ed efficacemente questa popolazione.
La distribuzione della presenza cinese nel territorio della capitale suggerisce infine l'importanza di decentrare il più possibile gli interventi sul territorio coinvolgendo gradualmente tutte le Aziende Sanitarie della città attraverso opportuni percorsi di formazione-aggiornamento rivolti al personale sanitario ed amministrativo che opera al primo livello.

Riferimenti bibliografici

(1) A.A.V.V. Eva Pföstl (a cura di) Multiculturalismo e sicurezza: il caso dei cinesi a Roma. Istituto di Studi Politici "S. Pio V"- Roma 2006.
(2) Caritas/Migrantes Immigrazione Dossier Statistico 2006. XVI Rapporto Edizione "Nuova Anterem" - Roma 2006.
(3) Caritas di Roma Osservatorio Romano sulle Migrazioni. Terzo Rapporto Edizioni IDOS – Roma 2007.
(4) Geraci S.: Salute senza esclusione: l'impegno dell'area sanitaria della Caritas romana. In Rapporto su Roma 2005. La città presente. Povertà, esclusione, disagio, solidarietà e politiche sociali. A cura di Deriu F. e Sgritta G.B., Franco Angeli, Milano, 2005, pp. 381-395.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 320

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 321

PARTE SECONDA

Sistemi Sanitari Regionali e la qualità dei servizi

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 322

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 323

Assetto economico-finanziario

Il presente capitolo di Osservasalute focalizza l'attenzione sulle dinamiche economico-finanziarie dei Sistemi Sanitari Regionali. In tutti gli indicatori contenuti nel capitolo, così come negli approfondimenti, emerge e si conferma una estrema eterogeneità tra le regioni italiane nelle performance economico-finanziarie dei sistemi sanitari. Spesa sanitaria, avanzi e disavanzi, *rating* assegnati, modalità di allocazione delle risorse, equilibri-squilibri economici delle aziende, evidenziano un panorama che appare in progressiva divaricazione con pochi elementi che testimoniano possibili percorsi di avvicinamento di comportamenti e risultati. Se alcune differenze seguono un chiaro gradiente Nord-Sud (spesa sanitaria rispetto al PIL), per altri (vedi la spesa pro capite) le differenze sostanziali si avvertono tra regioni a statuto speciale e quelle a statuto ordinario.

La spesa sanitaria rispetto al PIL mostra un incremento generale a livello nazionale. Questa crescita dipende solo in parte dal rallentamento della crescita dell'economia nazionale in questi ultimi anni; l'incremento della spesa in termini assoluti incide in maniera significativa sull'indicatore. Nel contesto generale pesa comunque la recessione economica molto più avvertita al Sud del paese che porta le regioni ad "investire" per la sanità quote di PIL significativamente superiori rispetto alle regioni del Nord. La Calabria per soddisfare i LEA spende l'8,77% del suo PIL, mentre la Lombardia può soddisfare le esigenze del sistema investendo il 4,66% della ricchezza prodotta.

L'indicatore di spesa pro capite pur mostrando differenze forti tra le regioni non mostra un gradiente così forte, anche se nel 2006 sono, Calabria e Basilicata ad essere i fanalini di coda del sistema. La differenza si presenta quasi sistematica tra regioni a statuto speciale (con eccezione della Sardegna) e le altre. La spesa pro capite comunque tra il 2001-2006 cresce di quasi il 30% con differenze forti tra regioni: se nel Lazio è cresciuta di quasi il 44% (anche se la crescita rallenta nel 2006), in Abruzzo è scesa del 27% e in Molise del 34%.

Sul fronte dei disavanzi le notizie sono più positive. Infatti anche per effetto di una crescente attenzione sia del livello nazionale che di quello interregionale che dell'opinione pubblica sulle questioni del sistema sanitario, il gap tra finanziamento e spesa tende a ridursi, con eccezioni significative (soprattutto per il Lazio). Alcune regioni, anche del Sud, come la Calabria sono in avanzo, ma confrontando il dato con la spesa pro capite questo avanzo, come accade per la Basilicata e in parte per le Marche, sembrerebbe testimoniare una "sottospesa". Alcune regioni in difficoltà si sono rimboccate le maniche producendo buoni risultati in termini di rientro da situazioni spesso disastrose. Tra queste spiccano la PA di Bolzano e il Molise. Non possiamo dire la stessa cosa per Lazio e Sicilia dove gli incrementi del disavanzo tra il 2003 e il 2006 sono rispettivamente del 159% e del 141%.

L'analisi mette in evidenza che lo squilibrio macroeconomico dipende chiaramente da squilibri "strutturali" ancora presenti sia nelle ASL che nelle AO. Anche se la perdita media delle AO è inferiore rispetto a quella delle ASL questa situazione di squilibrio, a livello aggregato, continua a persistere negli anni presi in considerazione (2001-2005). Solo nelle regioni a statuto speciale (tutte tranne la Sardegna) il dato medio è stato positivo nel 2005 e in alcuni anni precedenti. Solo la Lombardia, tra le regioni a statuto ordinario, mostra una situazione di pareggio sia per le ASL che per le AO. Nel Lazio nel 2005 la perdita delle ASL è stata in media di oltre 160 milioni di euro, il risultato peggiore a livello nazionale. Nell'analisi effettuata da Anessi Pessina sull'equilibrio economico dei sistemi sanitari, sulla banca dati dei bilanci delle Aziende Sanitarie del Ministero della Salute (Modelli CE - Conto Economico), emerge che nessuna regione può vantare aziende con un risultato operativo positivo (MOL o analogo indicatore). Alcune di esse (Lombardia, Puglia e Friuli-Venezia Giulia) si avvicinano all'equilibrio pur non raggiungendolo ancora. Le differenze appaiono quindi forti, differenze che però non sembrano potersi spiegare facilmente ad esempio attraverso un diverso ricorso all'acquisto di prestazioni da terzi (privato accreditato). In sostanza non esisterebbe un equilibrio ottimale tra produzione interna e in convenzione. Il caso del Lazio, ad esempio, dimostra che c'è stato forse un erroneo dimensionamento di tale rapporto con un eccesso di privato o di pubblico. Evidentemente i livelli di efficienza e di efficacia relativi dovrebbero guidare la scelta dell'equilibrato ricorso alla produzione interna (pubblica) e esterna (privata).

Nonostante la complessità delle situazioni regionali sotto il profilo economico-finanziario, le agenzie internazionali di *rating* continuano a vedere una differenza sostanziale tra capacità di credito delle regioni del

A. CICCHETTI

Nord rispetto a quelle del Sud. Nell'ultimo anno (tra luglio 2006 a luglio 2007), ad ogni modo, tutto il "sistema Italia" ha peggiorato la sua reputazione nei confronti dei mercati finanziari: tutte le agenzie di *rating* hanno declassato il debito italiano e a livello regionale abbassamenti del *rating* hanno interessato Lombardia, Lazio, Abruzzo, Emilia- Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Liguria, Valle d'Aosta, Friuli-Venezia Giulia. Solo le Province Autonome di Trento e Bolzano hanno migliorato la propria reputazione finanziaria, che oggi è addirittura superiore a quella nazionale.

Anche quest'anno, come nell'anno 2004, le differenze-similitudini tra regioni sono state analizzate anche sotto il profilo dei modelli di giustizia distributiva implementati attraverso le formule di riparto del fondo sanitario regionale alle ASL e, quindi, alle popolazioni di riferimento. Le regioni, come apparivano nel 2004, pur adottando modalità simili nella definizione delle formule di riparto dei Fondi Sanitari Regionali tra le ASL, si differenziano in quanto utilizzano criteri allocativi diversi che necessariamente incorporano modelli di giustizia distributiva diversa. Mentre alcune regioni adottano criteri vicini ai principi sanciti a livello nazionale dalla legge finanziaria per il 1996, ispirati all'egualitarismo, altre (Piemonte, Veneto, Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana, Abruzzo, Campania, Basilicata) stanno sperimentando modelli che rispondono a logiche equitative diverse, utilitariste o *walrasiane*.

Lo scenario è quello di un sistema sanitario eterogeneo nella *performance* economico-finanziaria, così come nelle scelte di allocazione delle risorse ma in continua e progressiva trasformazione. Il panorama, però, non sembra mostrare specifici percorsi di convergenza. L'osservazione positiva è che comunque il percorso verso l'equilibrio economico-finanziario è stato intrapreso da molte regioni (con importanti eccezioni, vedi il Lazio). Il punto, ancora una volta, riguarda le modalità del conseguimento del pareggio. Il rischio che ancora si manifesta è che per alcune regioni questo percorso stia avvenendo a discapito della quantità e della qualità dei servizi. La Calabria, ad esempio, che è addirittura in avanzo fin dal 2005, ha una spesa pro capite tra le più basse a livello nazionale nel 2006 (la più bassa nel 2005).

Questo suggerisce un supplemento di attenzione da parte delle istituzioni deputate per evitare che, soprattutto in questa fase, il giusto rigore verso la ricerca degli equilibri economico-finanziari non generi guai peggiori in termini di disgregazione della capacità del sistema di produrre salute. Spetta al Ministero della Salute vigilare e monitorare il difficile percorso di rientro delle regioni in difficoltà con un occhio attento all'efficacia e all'efficienza dei sistemi che sono a servizio della salute dei cittadini.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 325

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

Significato. Anche in questa edizione del Rapporto Osservasalute affrontiamo in modo congiunto due importanti indicatori della spesa sanitaria: la spesa sanitaria pubblica corrente misurata in rapporto al valore del Prodotto Interno Lordo (PIL) della regione e poi rispetto alla popolazione residente nella singola regione.
L'intento è quello di fornire una lettura multidimensionale del fenomeno per trarre qualche indicazione ulteriore per la comprensione della dinamica della spesa nelle diverse regioni, misurata in relazione ai diversi contesti di riferimento sotto il profilo sia socio-economico che demografico.

Spesa sanitaria in rapporto al PIL

$$\text{Numeratore: Spesa sanitaria pubblica corrente} \quad \text{Denominatore: PIL a prezzi correnti} \quad \times 100$$

Spesa sanitaria pubblica pro capite
Rappresenta l'ammontare di risorse in termini monetari che sono in media impiegate per ogni individuo di una data regione per far fronte all'erogazione di servizi di assistenza sanitaria per un periodo di riferimento. In tal senso dovrebbe indicare le risorse impegnate mediamente sia per fornire i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), sia per gli altri servizi che la regione ritiene di dover garantire alla popolazione locale. Non rappresenta, invece i costi gravanti sulla popolazione della specifica regione, essendo parte della spesa coperta da entrate provenienti da altre regioni.

Spesa sanitaria pubblica pro capite

$$\text{Numeratore: Spesa sanitaria pubblica corrente} \quad \text{Denominatore: Popolazione media residente}$$

Validità e limiti. Il rapporto tra spesa e PIL dovrebbe identificare la disponibilità a spendere per l'assistenza sanitaria di una determinata regione in relazione alle proprie disponibilità in termini di reddito. L'allocazione della spesa pubblica tra i diversi comparti segue criteri differenti dalla semplice disponibilità economica: quindi non è detto che regioni più ricche spenderanno di più rispetto al proprio PIL per l'assistenza. La diversa capacità di razionalizzare la spesa e la diversa propensione a spendere per la sanità piuttosto che per altri comparti influenzerà il valore assunto dall'indicatore nelle diverse regioni.
Nella lettura dei valori che assume l'indicatore a livello regionale e nell'effettuare i confronti tra regioni, è necessario adottare alcune cautele riguardanti sia il numeratore che il denominatore. Per quanto riguarda il numeratore le risorse sono espresse in termini monetari e quindi il loro valore è puramente monetario e non rappresenta la quantità di servizi di assistenza erogati, inoltre, l'indicatore non tiene conto del differente livello di bisogno di assistenza sanitaria della popolazione nelle differenti regioni. Il PIL, oltre a non essere un indicatore di benessere, risente sia dei differenti livelli dei prezzi regionali, in genere più bassi al Sud soprattutto per beni e servizi (Istat, Contabilità Nazionale), sia di sottostime, di cui la principale è quella dovuta alla mancata inclusione del prodotto derivante da lavoro nero e dalla così detta economia "sommersa".
Questo indicatore, di ampio utilizzo per confronti tra paesi, appare meno utile per confronti tra regioni, soprattutto in presenza di meccanismi perequativi che ne falsano il significato.

Spesa sanitaria in rapporto al PIL
Il Prodotto Interno Lordo è il valore di mercato di tutti i beni e servizi finali prodotti in una regione in un dato periodo di tempo. Il rapporto tra spesa sanitaria pubblica e PIL indica la quota delle risorse che ogni regione destina al mantenimento e alla promozione dello stato di salute della popolazione rispetto a ciò che ha prodotto complessivamente nel periodo di riferimento.
In tal senso dovrebbe indicare il peso economico per la produzione e l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e degli altri servizi aggiuntivi che la regione vuole garantire ai propri cittadini. A causa della presenza di meccanismi di natura perequativa l'indicatore non rappresenta la quota di reddito regionale effettivamente destinato alla sanità pubblica, in quanto parte di quella spesa potrebbe essere finanziata attraverso fonti esterne rispetto alla regione.

G. CITONI, S. LONGHI, L. MURIANNI

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 326

L'indicatore "spesa sanitaria pubblica pro capite" rappresenta una prima approssimazione della disponibilità del settore pubblico a pagare per l'assistenza sanitaria dei propri cittadini residenti. L'indicatore è soggetto ad alcune limitazioni: la sua incapacità di tenere conto del differente livello di bisogno di assistenza sanitaria tra le regioni, dovuto prevalentemente alla composizione per sesso ed età della popolazione di ciascuna regione e al quadro epidemiologico. A parità di spesa pro capite, regioni con molti giovani e, quindi, con minori bisogni saranno avvantaggiate rispetto a regioni con molti anziani.
Inoltre la spesa, essendo espressa in termini monetari, non rappresenta il reale potere d'acquisto in termini di beni e servizi in quanto non tiene conto del livello medio dei prezzi al consumo nelle diverse regioni. È noto che il livello dei prezzi nelle regioni meridionali è differente da quello delle regioni settentrionali. Nonostante questa avvertenza è bene comunque ricordare che l'esistenza di contratti nazionali, per quanto riguarda la principale voce di spesa, cioè il personale, riducono la portata di tale limitazione.
Infine, l'indicatore non permette di considerare l'impatto dei diversi livelli di efficienza ed appropriatezza regionale. A parità di spesa pro capite le regioni più efficienti, e in grado di utilizzare in modo maggiormente appropriato le proprie risorse, saranno in grado di assicurare maggiori servizi con un maggiore contributo allo stato di salute della popolazione. Bisogna, infine, tener presente che i valori della spesa pro capite tendono a rispecchiare i criteri di allocazione delle risorse finanziarie adottati dalle regioni in sede di riparto del Fondo (denominato anche Integrazione a norma del d.l.vo 56/00).
Nonostante ciò l'indicatore ci fornisce una prima approssimazione delle eventuali disparità tra regioni quanto a risorse disponibili per l'assistenza sanitaria alla popolazione.

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono specifici benchmark per questi rapporti, quindi il valore di riferimento può essere considerato la media nazionale.

Descrizione dei risultati

Per quanto riguarda l'indicatore spesa/PIL, notiamo che il valore medio italiano si alza dal 6,07% del 2003 al 6,40% del 2004: ciò testimonia più che un rallentamento del denominatore, dovuto al ristagno dell'economia italiana e del suo PIL, un incremento di spesa sanitaria pubblica. Il rapporto è ampiamente variabile a livello regionale e nel corso del tempo: si passa, per il 2003, dal 4,41% della Lombardia al 9,37% del Molise, nel 2004 il rapporto registra un minimo sempre in Lombardia (4,66%) ed un massimo del 9,89% in Campania.
Tali andamenti, come si è già detto per l'Italia in generale, sembrano dovuti all'impatto differente che la recessione ha avuto sulla variabile PIL nelle regioni del Nord, meno duramente colpite rispetto alle regioni del Sud, che peggiorano la propria posizione relativa. Inoltre, da un'analisi del tasso di crescita dell'indicatore nel corso del periodo 2000-2004, notiamo che esso è maggiore nella PA di Bolzano (28%), in Sicilia (26%) e nella PA di Trento (20%) che sono regioni o Province Autonome, e in Abruzzo e Molise (23%), di cui l'ultima qualificabile come una regione "piccola". La variazione è negativa in una sola regione, la Calabria, che si vedrà tra breve essere interessata da una sostanziale stagnazione della spesa sanitaria pubblica.
Più articolato deve essere invece il commento riguardo alla spesa sanitaria pubblica pro capite della tabella 2. Vediamo innanzitutto che il valore medio nazionale passa da 1.648 € del 2005 a 1.688 € del 2006, con un incremento del 2,6%: tenuto conto del tasso di inflazione, esso è rimasto sostanzialmente stazionario in valori reali. Anche in questo caso vi è variabilità regionale ma non è chiara la variabilità temporale. Per il 2005 la Calabria è la regione a minore spesa pro capite con 1.423 €, mentre la PA di Bolzano fa registrare la maggiore spesa con 2.059 €: la differenza tra i due valori è pari a 636 €, cioè meno di un terzo della spesa della PA di Bolzano. Per il 2006 la regione a minore spesa è la Basilicata con 1.509 € e quella a maggior spesa sempre la PA di Bolzano con 2.144 €: la differenza tra regioni è sostanzialmente analoga a quella dell'anno prima (635 €). Non è possibile evidenziare una tendenza Nord-Sud, ma sembra emergere una maggiore tendenza alla spesa da parte delle regioni autonome: la Valle d'Aosta, la PA di Bolzano, la PA di Trento, il Friuli-Venezia Giulia, la Sicilia (solo però nel 2006) risultano avere una spesa pro capite superiore alla media; fa eccezione la Sardegna, anch'essa autonoma ma con spesa inferiore alla media. Inoltre, analizzando i dati del 2006, è possibile evidenziare anche una probabile sovraspesa delle piccole regioni, giustificabile con i costi fissi amministrativi e strutturali che gravano di più sulle regioni piccole: alle regioni autonome "piccole" Valle d'Aosta, PA di Bolzano, PA di Trento, Friuli-Venezia Giulia, si sommano anche quelle a statuto ordinario Umbria e Molise, con la sola eccezione della Basilicata. La variazione della spesa pro capite nel periodo 2001-2006 è più difficile da analizzare e deve essere letta congiuntamente all'indicatore sul disavanzo pro capite: il valor medio italiano è del 28,95%, ma vi è un ampia divaricazione tra regioni con elevati tassi di crescita della spesa (massimo nel Lazio con 43,78%, ben 15 punti percentuali sopra la media), e regioni con crescita ridotta (minimo nella PA di Trento con 19,83%). Le regioni che mostrano una dinamica di crescita più elevata nel corso del periodo 2001-2006, sono il Piemonte, la Valle d'Aosta, il

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 327

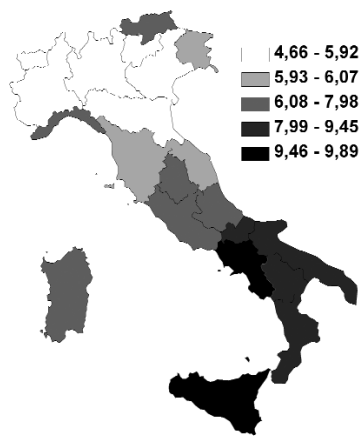
Friuli-Venezia Giulia, il Lazio, il Molise, la Puglia, la Basilicata e la Sicilia: anche se qualcosa della tipizzazione relativa ai livelli di spesa, in regioni autonome e regioni piccole permane anche nella dinamica, le tendenze sono meno chiare e probabilmente sensibili all'anno di riferimento; si consideri, infatti il Lazio, la regione meno virtuosa, che, prendendo in considerazione soltanto gli ultimi due anni (2005-2006) risulterebbe con un tasso di crescita ridotto dell'1,9% (dovuto al cambio di giunta ed al piano di rientro).

Tabella 1 - *Spesa sanitaria pubblica corrente in rapporto al PIL (per 100) e variazione percentuale per regione - Anni 2003, 2004*

Regioni	2003	2004	Δ % 2000-2004
Piemonte	5,55	5,92	12,50
Valle d'Aosta	5,38	5,70	6,95
Lombardia	4,41	4,66	9,11
Bolzano-Bozen	*6,49*	*6,75*	*27,92*
Trento	*5,24*	*5,55*	*19,62*
Veneto	5,13	5,19	6,27
Friuli-Venezia Giulia	5,75	6,05	13,89
Liguria	6,65	7,08	12,10
Emilia-Romagna	5,13	5,45	18,68
Toscana	5,52	5,95	13,54
Umbria	6,67	6,92	12,93
Marche	5,87	6,07	3,84
Lazio	5,97	6,28	19,98
Abruzzo	7,95	7,87	23,40
Molise	9,37	9,45	22,92
Campania	9,12	9,89	14,45
Puglia	8,27	8,71	5,84
Basilicata	8,07	8,41	14,72
Calabria	8,69	8,77	-2,18
Sicilia	8,73	9,53	26,15
Sardegna	7,80	7,98	7,56
Italia	**6,07**	**6,40**	**13,04**

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Contabilità Nazionale. Anno 2007.

Spesa sanitaria pubblica corrente in rapporto al PIL (per 100) per regione. Anno 2004



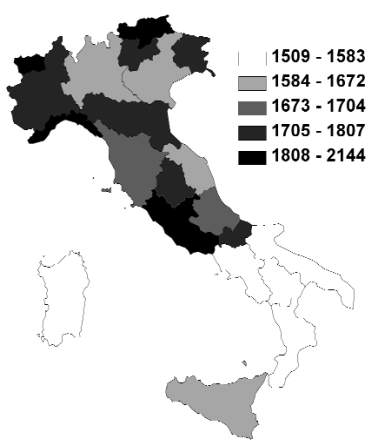
Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 328

Tabella 2 - *Spesa sanitaria pubblica pro capite (in €) e variazione percentuale per regione - Anni 2005, 2006*

Regioni	2005	2006	Δ % 2001-2006
Piemonte	1.661	1.721	29,20
Valle d'Aosta	1.829	2.003	35,34
Lombardia	1.573	1.635	26,25
Bolzano-Bozen	*2.059*	*2.144*	*28,54*
Trento	*1.722*	*1.807*	*19,83*
Veneto	1.609	1.672	25,62
Friuli-Venezia Giulia	1.650	1.747	30,86
Liguria	1.836	1.859	28,74
Emilia-Romagna	1.699	1.757	27,69
Toscana	1.647	1.696	24,98
Umbria	1.629	1.706	28,95
Marche	1.544	1.607	21,47
Lazio	1.918	1.954	43,78
Abruzzo	1.729	1.704	27,07
Molise	2.033	1.807	34,55
Campania	1.669	1.575	23,53
Puglia	1.514	1.554	30,92
Basilicata	1.505	1.509	29,97
Calabria	1.423	1.517	23,43
Sicilia	1.561	1.672	36,05
Sardegna	1.626	1.583	24,25
Italia	**1.648**	**1.688**	**28,95**

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero dell'Economia e delle Finanze. Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese. Anno 2007.

Spesa sanitaria pubblica pro capite (in €) per regione. Anno 2006



Raccomandazioni di Osservasalute

Non sembra emergere, dalla lettura dei dati relativi alla dinamica della spesa pro capite, una tendenza a colmare i *gap* di spesa tra regioni: nonostante ciò sia in parte giustificabile, riflettendo le disparità nei fattori di bisogno certamente non rappresentabili dal semplice indicatore pro capite, dall'altra, tali differenze vanno comunque monitorate. Inoltre sembra che la crescita di spesa regionale non segua percorsi omogenei, sia cioè "a strappi": anche tale fattore va monitorato, soprattutto a livello contabile, per il rischio di anticipazioni o posponimenti di spesa di carattere strategico.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 329

Disavanzo sanitario pubblico pro capite

Significato. Misura la tendenza dei disavanzi, in termine pro capite, della Sanità Pubblica: la differenza tra quanto è stato speso e quanto è stato ricevuto come finanziamento. Quindi la differenza tra le uscite per servizi prestati direttamente o convenzionati e il saldo composto da fonti di entrata autonome (IRAP e Addizionale IRPEF) e perequate tramite il Fondo ex d. l.vo 56/00.

Disavanzo sanitario pubblico pro capite

$$\text{Numeratore} = \text{Spesa sanitaria pubblica - Finanziamento SSN}$$

$$\text{Denominatore} = \text{Popolazione media residente}$$

Validità e limiti. L'indicatore fornisce un'informazione approssimativa sulla *performance* regionale: tassi di incremento maggiori della media indicano difficoltà specifiche. L'indicatore, però, non può essere utilizzato direttamente come misura delle "responsabilità" regionali nei disavanzi stessi, in quanto il finanziamento è allocato alle regioni secondo un sistema di ponderazioni che solo teoricamente approssima i bisogni reali delle popolazioni regionali. Inoltre, essendo di natura aggregata, non consente di risalire alle voci di spesa o finanziamento maggiormente responsabili del disavanzo stesso. Nelle regioni o province a statuto speciale, le fonti di finanziamento sono differenti da quelle delle altre regioni, a dinamica differenziata e senza componenti perequative; quindi la lettura dei dati ad esse relativi va effettuata con molta cautela. Può rappresentare lo "sforzo fiscale" aggiuntivo richiesto alle singole regioni, in assenza di modifiche concordate delle allocazioni in sede di Conferenza Stato-Regioni, per ripianare il deficit stesso.
Bisogna considerare, inoltre, che la dinamica del disavanzo è stata influenzata negli anni più recenti da misure "una tantum" quali il fenomeno della "cartolarizzazione" che ha permesso apparenti riduzioni dell'indebitamento contabile: in tali casi una media triennale può dare una migliore idea del sottostante stato strutturale del finanziamento regionale.
Il disavanzo ha inoltre natura tendenzialmente ciclica, in quanto le fonti di entrata risentono della congiuntura economica, mentre le uscite sono in buona misura indipendenti da questa, e quindi la sua lettura deve essere effettuata depurando tale componente o considerando un dato medio pluriennale (anche la Corte dei Conti sembra adottare questo approccio nella sua Relazione Annuale del 2006, ove calcola un disavanzo medio quadriennale per gli anni dal 2002 al 2005).
Infine, va rilevato che il dato, proprio per la sua natura "politicamente sensibile" tende ad essere a volte lacunoso e ritardato, rendendo di fatto difficile una sua interpretazione: è per questo motivo che la Legge Finanziaria del 2006, tra le misure di controllo contabile (comma 291), prevede una certificazione dei bilanci delle Aziende Sanitarie. Si tenga presente, infatti, che il disavanzo palese è da considerare alla luce degli ulteriori fattori di disavanzo occulto a livello regionale, cioè il ritardato pagamento dei fornitori, o certe tipologie di indebitamento regionale.

Valore di riferimento/Benchmark. Il benchmark sarebbe il pareggio di bilancio, ma per fare un'analisi differenziata tra le regioni siamo costretti ad utilizzare come riferimento il valore medio nazionale.

Descrizione dei risultati

É un indicatore della sostenibilità dei Sistemi Sanitari Regionali: ove tali disavanzi, nella maggior parte delle regioni, non abbiano andamento ciclico ma vadano strutturalmente accentuandosi nel tempo, si evidenzia una strutturale differenza nella dinamica di entrate ed uscite, e quindi problemi di sostenibilità del sistema, mentre peggioramenti a livello di singole regioni indicano un probabile problema gestionale.

In primo luogo occorre rilevare che i dati presentati quest'anno non hanno la stessa fonte di quelli utilizzati in anni precedenti dell'Osservasalute (vedi nota alla tabella 1). Sebbene vi sia ancora un sostanziale incremento del disavanzo medio regionale pro capite nel corso del periodo 2003-2006 (valore medio italiano 35 €), l'incremento pare in attenuazione: infatti a fronte di un valore medio di 59 € per il 2005, si ha, nel 2006, solo un valore di 43 €.
La regione più deficitaria nel 2006 è stata il Lazio, con un disavanzo stazionario nel biennio 2005-2006, pari a 272 € pro capite, mentre la regione con il maggiore attivo è la Calabria, che presenta attivi di 76 € pro capite nel 2005 e 103 € pro capite nel 2006.
Venendo allo "sforzo" di rientro del deficit, vediamo che, nel medio periodo, quello della PA di Bolzano risulta essere il più virtuoso, con una riduzione di 107 € pro capite, che ha portato il bilancio in attivo, sebbene l'attivo di bilancio si sia ridotto dal 2005 (70 €, al 2006 (49 €). Lo "sforzo" più importante nel breve periodo, cioè dal 2005 al 2006, è quello del Molise, che vede passare il disavanzo pro capite da 430 € a 208 € (nel periodo 2003-2006 la diminuzione è contenuta nell'ordine dei 18 € pro capite).

G. CITONI, S. LONGHI, L. MURIANNI

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 330

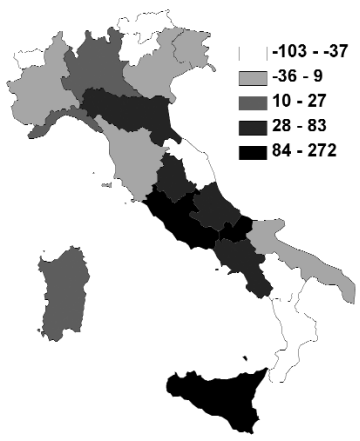
Tabella 1 - *Disavanzo sanitario pubblico pro capite (in €) e variazione assoluta per regione - Anni 2005-2006**

Regioni	2005	2006	Δ assoluta 2003-2006
Piemonte	-81	-30	-3
Valle d'Aosta	-57	-56	1
Lombardia	14	21	17
Bolzano-Bozen	*-70*	*-49*	*-107*
Trento	*-76*	*-56*	*-21*
Veneto	13	-7	-29
Friuli-Venezia Giulia	-68	-21	4
Liguria	119	27	33
Emilia-Romagna	28	46	23
Toscana	-5	9	36
Umbria	-19	47	-21
Marche	-53	-37	-37
Lazio	272	272	159
Abruzzo	172	83	-68
Molise	430	208	-18
Campania	239	52	24
Puglia	19	-2	95
Basilicata	-39	-67	17
Calabria	-76	-103	-22
Sicilia	52	128	141
Sardegna	138	12	-30
Italia	**59**	**43**	**35**

*I dati ottenuti dalla Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese del 2007 non sono comparabili con quelli delle precedenti edizioni di Osservasalute, in quanto sono ottenuti da conti SIS e non direttamente dal sito del Ministero della Salute. Inoltre i dati 2006 sono relativi al quarto trimestre.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero dell'Economia e delle Finanze. Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese. Anno 2007.

Disavanzo sanitario pubblico pro capite (in €) per regione. Anno 2006



Possiamo parlare di regioni sostanzialmente in attivo nel Nord (con l'eccezione di Lombardia, Liguria ed Emilia-Romagna), mentre al Centro la sola regione attiva sembra essere le Marche ed al Sud la Basilicata e la Calabria. L'interpretazione di avanzi e disavanzi va effettuata congiuntamente a quella sulla spesa; per gli attivi di Calabria e Basilicata, ed in minor misura delle Marche, si può affermare che sono associati a sottospesa, cioè un livello di spesa pro capite inferiore a quella osservata a livello nazionale, per gli attivi delle regioni del Nord, il Piemonte e la Valle d'Aosta non presentano sottospesa, mentre le PA di Bolzano e Trento hanno una probabile sovraspesa, cioè una spesa pro capite superiore a quella media nazionale, anche se a dinamica contenuta. Per i disavanzi, essi sono in genere associati a sovraspesa; il Lazio evidenzia una netta sovraspesa, la Campania un deficit che si attenua al calare della spesa, il Molise un deficit elevato da sovraspesa con lento aggiustamento, in Emilia-Romagna un lieve deficit dovuto alla spesa: caso particolare la Sicilia, che ha la maggiore dinamica di incremento del disavanzo dopo il Lazio (141 €) ma ciò non sembra essere associato ad una sovraspesa, quanto ad altri fattori da chiarire.

Raccomandazioni di Osservasalute

Le indicazioni di politica sanitaria riguardo ai deficit sono da ritenersi estremamente specifiche, e riguardano la genesi del disavanzo stesso, da sovraspesa, da inefficienze, ecc. Induce a un sostanziale ottimismo la generalizzata riduzione dei deficit e l'incremento degli attivi.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 331

Variazione utile/perdita d'esercizio nelle Aziende Sanitarie Locali e nelle Aziende Ospedaliere

Significato. L'utile (o la perdita) di esercizio rappresenta l'indicatore più sintetico dell'economicità di un'Azienda Sanitaria. Per economicità si intende la capacità della struttura aziendale di raggiungere l'equilibrio fra risorse acquisite e costi sostenuti per il soddisfacimento dei bisogni sanitari, necessario a rendere duratura la vita della stessa.
L'assenza di un cliente che paga un prezzo per le prestazioni che riceve fa perdere ai proventi dell'Azienda Sanitaria il tipico significato attribuito ai ricavi di indicatori di soddisfazione degli acquirenti e quindi di efficacia. La conseguenza è che il risultato di esercizio diventa una misura della sola efficienza della gestione e come tale il suo valore in pareggio o in avanzo rappresenta la condizione necessaria ed irrinunciabile perchè si possano erogare nel tempo prestazioni che impattano positivamente sulla salute.
Due gli indicatori proposti che misurano il valore medio di esercizio ed il valore medio pro capite per tipologia di azienda e per regione.

Perdita media o utile medio di esercizio

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Perdita o utile di esercizio (ASL o AO)}}{\text{Numero di aziende (ASL o AO)}}$$

Perdita o utile di esercizio pro capite

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Perdita/utile di esercizio (ASL)}}{\text{Popolazione residente}}$$

Validità e limiti. Per le elaborazioni sono stati utilizzati i dati economico-finanziari che le Aziende Sanitarie, Aziende Unità Sanitarie Locali (ASL) e Aziende Ospedaliere (AO), comunicano annualmente alle regioni di propria pertinenza, nonché al Ministero della Salute.
La validità degli indicatori risiede nella loro capacità di valutare l'economicità della gestione delle due tipologie di aziende per regione e per l'intera nazione, e di fornire una indicazione di miglioramento o peggioramento del bilancio regionale e dell'avanzo o disavanzo complessivo del servizio sanitario italiano.
I limiti risiedono principalmente nel fatto che sono indici sintetici che esprimono l'economicità della azienda nel suo complesso senza individuare il contributo delle diverse aree gestionali che la determinano (area caratteristica, finanziaria, etc) e che sono medie semplici e non ponderate, e come tali non tengono in considerazioni variabili che potrebbero condizionarne i valori.

Valore di riferimento/Benchmark. Il benchmark è il pareggio di bilancio che esprime la presenza di un equilibrio economico della gestione e soddisfa alla condizione necessaria all'azienda per poter raggiungere le finalità che le sono proprie.

Descrizione dei risultati

L'analisi dei dati aggregati a livello nazionale (tabella 1) evidenzia, nel biennio 2004-2005, valori negativi sia per le ASL che per le AO a denuncia di una scarsa capacità a raggiungere l'equilibrio economico in entrambi gli anni. Il trend è negativo per le ASL mentre presenta un lieve miglioramento nelle AO nel 2005 rispetto al 2004. Se si estende il numero di anni analizzati al triennio precedente 2001-2003 (Rapporto Osservasalute 2005 e 2006) (grafico 1) si registrano valori sempre negativi per entrambe le tipologie di aziende, ma con andamento diverso: le ASL migliorano dal 2001 al 2003, con perdite medie che passano da -24 milioni di € nel primo anno, a -22,4 nel secondo, a -19 nell'ultimo, per poi peggiorare nel biennio successivo registrando una perdita media di circa -28 milioni nel 2004 e -30 milioni nel 2005; le AO invece migliorano mediamente il proprio deficit dal 2001 al 2002, passando da -8,2 milioni di € a -6,2 milioni di €, per poi aggravare i valori nel 2003 con -13 milioni di € di disavanzo e nel 2004 con -16,7 milioni di €, e risollevarli nel 2005 a -11 milioni circa €.
Nel quinquennio la perdita media nazionale per le AO è sempre inferiore a quella delle ASL.
La distribuzione dei valori medi di esercizio per ASL delle regioni denuncia, nel quinquennio, prevalentemente situazioni di squilibrio economico passando da un deficit massimo di -87,7 milioni nel 2001 a -104,3 nel 2002, a -96,6 nel 2003 per poi peggiorare a -137,7 milioni di € nel 2004, registrato in Campania, a –161,0 milioni di € nel 2005 segnalato in Lazio, ad una perdita minore di -0,4 milioni di € nel 2001, a -0,3 nel 2002, a -0,9 nel 2003, -0,3 nel 2004 in Friuli-Venezia Giulia, a -1,3 milioni di € nel 2005 in Umbria.
Solo le ASL di realtà particolari, come la Provincia

M. M. GIANINO, S. LONGHI, L. MURIANNI

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 332

Autonoma di Trento e la Valle d'Aosta, cui regimi statutari e le dimensioni rendono il confronto con le altre aziende nazionali di difficile interpretazione, si mantengono in equilibrio nei cinque anni, con l'eccezione della Valle d'Aosta nel 2001.
Il numero di regioni che presentano deficit sotto la media nazionale sono, in ordine crescente di deficit, 6 nel 2001 (Abruzzo, Sardegna, Veneto, Puglia, Lazio, Campania), 5 nel 2002 (Abruzzo, Sardegna, Sicilia, Campania, Lazio), 6 nel 2003 (Sardegna, Molise, Abruzzo, Sicilia, Lazio, Campania), 6 nel 2004 (Lombardia, Sardegna, Emilia-Romagna, Lazio, Sicilia, Campania) e 6 nel 2005 (Liguria, Puglia, Sardegna, Abruzzo, Campania, Lazio) e fra di esse alcune non modificano la propria posizione nel quinquennio: si tratta di Lazio, Campania e Sardegna. Nello stesso periodo le ASL che presentano un utile passano da 2 nel 2001 a 3 nel 2002, a 2 nel 2003 e 2004 a 5 nel 2005. Nell'ultimo anno migliorano il proprio bilancio le ASL della Sicilia, Friuli-Venezia Giulia e Provincia Autonoma di Bolzano, passando da una situazione di deficit ad una di avanzo.
Nei 5 anni i valori medi di esercizio delle ASL delle singole regioni presentano un andamento oscillante con l'unica eccezione della Basilicata la cui perdita media segue una linea crescente e, nonostante il valore medio nazionale peggiori nel biennio 2004-2005, le ASL delle regioni Valle d'Aosta, Umbria, Toscana, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Marche, Sicilia e le Province Autonome di Bolzano e Trento migliorano il proprio risultato d'esercizio.
Per tener conto della diversa dimensione delle ASL delle regioni è opportuno anche analizzare l'utile/perdita di bilancio pro capite che rappresenta un indicatore più sensibile ai fini del confronto della economicità delle Aziende Sanitarie (tabella 2).
I dati aggregati a livello nazionale denunciano un miglioramento costante nella capacità economica delle aziende come trend dal 2001 al 2003 (-95 € nel 2001, -115,41 € nel 2003), ma un peggioramento nel 2004 e 2005.
La distribuzione dei valori pro capite medi regionali assegna al Molise il deficit maggiore nel 2004 (-17,32 €) e al Lazio nel 2005 (-365,49 €). Le stesse regioni presentavano il deficit pro capite peggiore rispettivamente nel 2003 e 2002, mentre nel 2001 era la Campania a denunciare un maggior onere per residente pari a -199,00 €.
Nel quinquennio il numero delle regioni che si presentano con valori medi pro capite sotto la media nazionale, ma 4 di esse, Abruzzo, Campania, Lazio e Sardegna, sono sempre presenti. Nello stesso periodo conferma un peggioramento costante delle perdite pro capite la regione Basilicata, mentre le altre denunciano valori con trend non costante.
I valori dei risultati medi di esercizio delle AO delle regioni si collocano in range che variano nel quinquennio e precisamente: nel 2001 fra -59,3 e 2,0 milioni di

Tabella 1 - *Perdita media o utile medio di esercizio (migliaia di €) per regione e tipologia di azienda - Anni 2004-2005*

Regioni	2004				2005			
	ASL		AO		ASL		AO	
	N	€	N	€	N	€	Numero	€
Piemonte	22	-15.260,00	7	1.304,00	22	-21.241	8	-17.967
Valle d'Aosta	1	823,00	0	0	1	1.500	0	0
Lombardia	15	-30.968,00	29	-29.851,00	15	0	29	0
Bolzano-Bozen	*4*	*-978,00*	*0*	*0*	*4*	*2.433*	*0*	*0*
Trento	*1*	*45,00*	*0*	*0*	*1*	*47*	*0*	*0*
Veneto	22	-24.532,00	2	-33.609,00	21	-28.833	2	-49.276
Friuli-Venezia Giulia	6	-293,00	3	-307,00	6	2.128	5	202
Liguria	5	-26.540,00	3	-14.691,00	5	-33.850	3	-19.005
Emilia-Romagna	13	-43.572,00	5	-20.594,00	11	-7.408	5	-7.877
Toscana	12	-20.502,00	4	-14.437,00	12	-4.772	4	-6.481
Umbria	4	-2.508,00	2	-7.960,00	4	-1.277	2	-2.919
Marche	14	-13.844,00	4	-26.740,00	14	-12.269	2	-25.119
Lazio	12	-74.567,00	4	-76.504,00	12	-160.998	5	906
Abruzzo	6	-26.124,00	0	0	6	-78.876	0	0
Molise	4	-25.531,00	0	0	4	-28.324	0	0
Campania	13	-137.669,00	8	-27.755,00	13	-148.278	8	-29.533
Puglia	12	-17.618,00	6	-10.498,00	12	-40.450	2	-26.645
Basilicata	5	-6.492,00	2	-4.565,00	5	-7.272	2	-5.171
Calabria	11	-2.142,00	4	158	11	-12.889	3	-10.107
Sicilia	9	-92.382,00	17	-6.925,00	7	54	16	1.048
Sardegna	8	-33.152,00	1	5.777,00	8	-42.152	1	-37.871
Italia	**199**	**-28.277,00**	**101**	**-16.700,00**	**194**	**-29.654**	**97**	**-11.229**

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. Anno 2007.

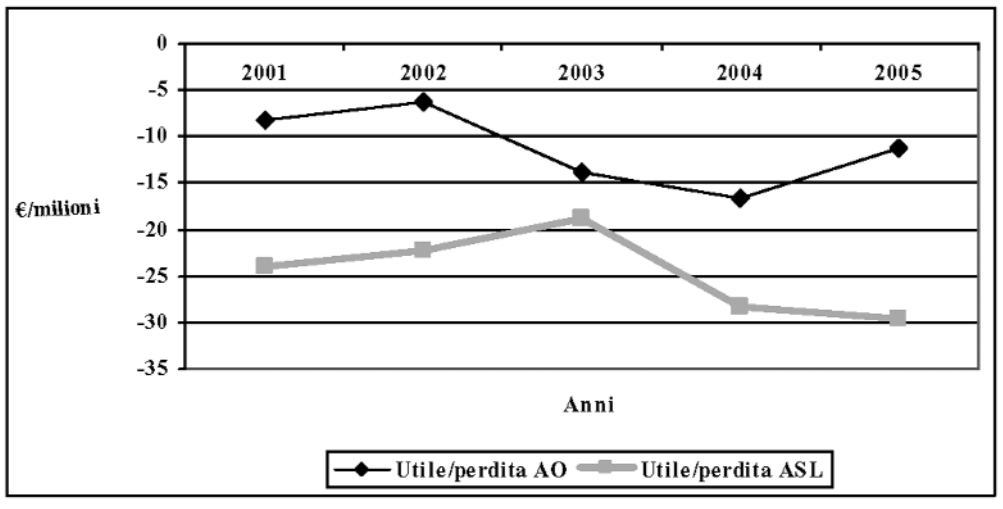
Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 333

Tabella 2 - *Utile o perdita di esercizio pro capite delle ASL (in €) per regione - Anni 2004-2005*

Regioni	2004	2005	Δ assoluta
Piemonte	-78,07	-107,77	-29,70
Valle d'Aosta	6,72	12,15	5,43
Lombardia	-49,84	0,00	49,84
Bolzano-Bozen	*-8,25*	*20,28*	*28,53*
Trento	*0,09*	*0,09*	*0,00*
Veneto	-115,53	-128,31	-12,77
Friuli-Venezia Giulia	-1,46	10,58	12,05
Liguria	-83,73	-105,70	-21,97
Emilia-Romagna	-116,45	-19,54	96,91
Toscana	-68,68	-15,87	52,81
Umbria	-11,75	-5,92	5,84
Marche	-128,20	-112,72	15,48
Lazio	-170,84	-365,39	-194,55
Abruzzo	-121,26	-363,40	-242,14
Molise	-317,32	-352,47	-35,15
Campania	-309,92	-332,92	-23,00
Puglia	-52,14	-119,27	-67,12
Basilicata	-54,40	-61,08	-6,68
Calabria	-11,72	-70,65	-58,92
Sicilia	-166,02	0,08	166,09
Sardegna	-161,07	-204,02	-42,95
Italia	**-115,41**	**-119,10**	**-3,69**

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. Anno 2007.

Grafico 1 - *Perdita media o utile medio di esercizio (valore nazionale in milioni di €) per tipologia di azienda - Anni 2001-2005*



Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. Anno 2007.

€, nel 2002 fra -66,0 e 0,6, nel 2003 fra -80,2 milioni e 0 €, nel 2004 fra -76,6 e 5,8 ed infine nel 2005 fra -49,3 e 1 milioni di €. Il numero delle AO che presentano deficit superiore alla media nazionale varia da 5 nel 2001 (Campania, Umbria, Veneto, Puglia, Lazio) e nel 2002 (Emilia-Romagna, Campania, Veneto, Puglia, Lazio) a 4 nel 2003 (Puglia, Campania, Veneto, Lazio) per poi risalire a 6 nel 2004 (Emilia-Romagna, Marche, Campania, Lombardia, Veneto, Lazio) e a 7 nel 2005 (Piemonte, Liguria, Marche, Puglia, Campania, Sardegna, Veneto). Le regioni che si presentano con AO in utile sono diverse nel quinquennio sia come numero che tipologia. Nel 2001 sono mediamente in utile le AO delle regioni Liguria, Sardegna e Friuli-Venezia Giulia (71 mila, 40 mila e 2,0 milioni di €), nel 2002 le AO di Toscana (42 mila €), Calabria (89 mila €), Piemonte (195 mila €) e Friuli-Venezia Giulia (581 mila €), nel 2004 quelle di Calabria (158 mila €), Piemonte (1,3 milioni di €) e Sardegna (5,8 milioni di €) e nel 2005 le quelle di Friuli-Venezia Giulia (202 mila €), Sicilia (1,0 milione) e Lazio (906 mila €). Nel 2003 nessuna regione denuncia un utile medio delle proprie AO. In queste regione con AO in utile, le ASL istituite denunciano generalmente valori negativi come

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:34 Pagina 334

se vi fosse una eccessiva mobilità passiva verso le aziende ospedaliere.
Anche per le AO il valore medio regionale è oscillante nei cinque anni con le eccezioni di Veneto, Campania e Liguria la cui perdita media è in aumento. In controtendenza al valore medio nazionale, che migliora nel 2004 e 2005, vi sono le AO di regioni come Puglia, Veneto, Campania, Piemonte, Basilicata, Calabria, Sardegna e Liguria che peggiorano la propria posizione contabile.

Raccomandazioni di Osservasalute

Quattro sono i punti di attenzione:
1. il primo è inerente a l'indicatore utilizzato. Nonostante i limiti intrinseci, l'indicatore assume una rilevanza in quanto permette di valutare l'economicità della gestione dell'azienda e traccia un bilancio a livello regionale e nazionale divenendo così un importante strumento del pannello di controllo della spesa sanitaria;
2. il secondo punto di attenzione è relativo alle conclusioni che si possono trarre dall'indicatore, soprattutto in un'ottica di confronto. Al fine di chiarire il concetto espresso è sufficiente fare riferimento ai dati aggregati a livello nazionale e articolati per tipologia di Azienda Sanitaria. La constatazione che le ASL presentano un deficit sempre maggiore a quello delle AO nel quinquennio non consente di affermare che le prime sono meno efficienti delle seconde senza effettuare ulteriori analisi e considerare altre variabili come ad esempio la loro diversa modalità di finanziamento;
3. il terzo attiene al sistema informativo da cui vengono tratti i dati per valorizzare l'indicatore (il modello CE "Modello di rilevazione del Conto economico delle Aziende ASL e ASO" approvato con DM 16 febbraio 2001) e riguarda la diversa numerosità della risposta da parte delle ASL e ASO delle regioni e la qualità dell'informazione. Analizzando il quinquennio emerge, ad esempio, che il numero di aziende che hanno compilato il modello non è costante nel tempo.
I tre punti sopra trattati convertono sulla necessità di utilizzare l'indicatore proposto e di supportare il flusso informativo sottostante migliorandolo nelle sue parti, in modo che possa rispondere alle esigenze delle aziende, della regione e del ministero e potenziarne l'utilizzo al fine di perfezionare la qualità e l'attendibilità dei dati;
4. il quarto punto su cui focalizzare l'attenzione è messo in luce dai risultati di esercizio emersi. Le norme di riordino del sistema sanitario italiano hanno posto il vincolo del pareggio di bilancio alle Aziende Sanitarie e per supportare il suo rispetto hanno attribuito autonomia alle aziende e creato una competizione regolata fra di esse.
La logica delle norme era di promuovere l'efficienza aziendale intesa come condizione necessaria al raggiungimento delle finalità proprie delle aziende e assicurare l'equilibrio economico dei servizi sanitari.
I risultati non sembrano essere quelli voluti e le cause sono probabilmente da ricercarsi negli stessi elementi che dovevano supportarne il conseguimento e che non hanno acquisito le connotazioni sperate, per cui si è verificata: a) scarsa competizione, spesso mortificata dalle modalità di finanziamento adottate dalle regioni; b) autonomia aziendale che non si è tradotta in provvedimenti di programmazione e in iniziative di riorganizzazione, opportuni per il miglioramneto dell'uso delle risorse; c) interpretazione del pareggio di bilancio come variabile dipendente dal solo finanziamento.
Sembrerebbe quindi necessario, a contesto normativo invariato, investire maggiormente in azioni capaci di supportare e governare l'economicità delle aziende e del sistema, e rimodulare e ridefinire nel suo ammontare il finanziamento per meglio fronteggiare i bisogni di salute.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 335

L'equilibrio economico dei Servizi Sanitari Regionali nel periodo 2002-2005

Prof. Eugenio Anessi Pessina

Contesto

L'equilibrio economico-finanziario, pur non rappresentando l'obiettivo dei Servizi Sanitari Regionali (SSR), costituisce un vincolo sempre più rilevante. Questo approfondimento analizza i bilanci consolidati dei SSR (meglio, dei sistemi regionali di Aziende Sanitarie pubbliche, visto che le aziende equiparate e quelle private accreditate restano escluse dal perimetro di consolidamento) per il periodo 2002-2005.

Metodi

L'analisi si fonda sui valori di conto economico a livello regionale per gli esercizi 2002-2005 come raccolti, rettificati e consolidati dal Ministero della Salute attraverso il modello CE (codici 999). Il 2002 è il primo esercizio per cui tutte le regioni hanno fornito dati su base economico-patrimoniale anziché finanziaria. Il 2005 è l'ultimo esercizio disponibile. I valori sono stati elaborati come segue.

Primo, i CE 999 sono stati rettificati sulla base dei valori contenuti nella Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese (RGSEP 2005 per l'esercizio 2002, RGSEP 2006 per gli esercizi 2003-2005). Più in particolare:
- La voce «A0020 - Contributi in c/esercizio da regione e Provincia Autonoma per quota FSR» è stata sostituita dalle quote di finanziamento attribuite a ciascuna regione con la delibera CIPE, comprese le ulteriori integrazioni a carico del bilancio dello Stato assegnate alle regioni anche dopo la chiusura del periodo di riferimento, ma esclusi i parziali ripiani operati dalle leggi finanziarie dell'ultimo triennio. La sostituzione ha lo scopo di annullare le eterogeneità introdotte dai «diversi sistemi e metodiche di contabilizzazione in bilancio delle suddette poste adottati da ciascuna regione» e di «uniformare le situazioni economiche territoriali, rendendole confrontabili anche nel tempo» (RGSEP 2006: 308). In particolare, le quote di finanziamento in oggetto sono rappresentate da: (a) «IRAP e addizionale regionale IRPEF» (tabella SA-7); (b) «fabbisogno sanitario ex Dlgs 56/2000 – IVA e accise» (tabella SA-8); (c) «FSN e ulteriori integrazioni a carico dello Stato» (tabella SA-13); (d) «partecipazione delle regioni a statuto speciale», determinata come differenza tra quanto riportato nella tabella SA-10 (ulteriori trasferimenti dal settore pubblico e dal settore privato), che comprende «anche le partecipazioni delle regioni a statuto speciale e delle Province Autonome» (RGSEP 2006: 315) e quanto calcolato come somma delle voci CE «A0030 – Contributi in conto esercizio da enti pubblici per ulteriori trasferimenti» e «A0040 – Contributi in conto esercizio da enti privati» (come nella tabella SA-9).
- Le voci CE relative alla mobilità interregionale (A0090, B0223, B0233, B0270, B0320, B0370, B0420, B0453) sono state sostituite da: (a) «saldo mobilità sanitaria interregionale» (tabella SA-3); (b) «mobilità verso Ospedale Bambino Gesù e SMOM», calcolata come differenza tra il totale dei costi sostenuti dalla regione (tabella SA-2) e la somma delle singole voci di costo (tabella App SA-1).
- Le voci CE relative alla mobilità intraregionale, anche se non nulle, sono state omesse. Tali voci si riferiscono, infatti, a operazioni infragruppo e nel consolidamento regionale dovrebbero annullarsi.

Secondo, i dati sono stati riclassificati secondo lo schema riportato in tabella 1. Lo schema di riclassificazione è stato estesamente commentato in Anessi Pessina (2002; 2005). Di seguito se ne riassumono quindi solo le caratteristiche più significative.
- Lo schema distingue tra le due modalità fondamentali con cui le regioni svolgono la funzione di tutela della salute: produzione diretta di servizi da parte di ASL e AO della regione, oppure affidamento a terzi tramite contratti (principalmente mobilità passiva verso aziende sanitarie private accreditate), convenzioni (principalmente medicina generale e assistenza farmaceutica), mobilità extraregionale.
- Più in generale lo schema evidenzia le cinque principali determinanti dell'equilibrio economico dei SSR: finanziamento attribuito (A); capacità di conseguire proventi aggiuntivi (C); capacità di contenere i costi della produzione diretta (D) e di quella affidata a terzi (B); contributo delle gestioni non caratteristiche (E).
- Va segnalata la distinzione tra risultato netto e risultato di bilancio attraverso un'area di riconciliazione (cfr. per esempio Teodori 2000: 46) che accoglie la «sterilizzazione degli ammortamenti», ossia le quote dei contributi in conto capitale progressivamente stornate a conto economico. Concettualmente, infatti, la sterilizzazione si giustifica solo sottolineando la terzietà della regione rispetto alle aziende sanitarie pubbliche, così da sostenere che l'investimento finanziato dal trasferimento di capitale non è un costo per l'azienda e non deve influenzarne il risultato economico. Questa posizione, comunque indebolita dal progressivo rafforzamento del

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 336

ruolo della regione come capogruppo, è evidentemente inapplicabile al bilancio consolidato dei SSR.
- Tra le configurazioni di risultato economico assume rilevanza anche il margine operativo lordo (MOL), sia per l'importanza che il settore pubblico attribuisce alle dinamiche finanziarie (il MOL approssima il flusso di Capitale Circolante Netto generato dalla gestione caratteristica corrente), sia per i limiti di attendibilità e confrontabilità di ammortamenti e accantonamenti.

Terzo, i dati sono stati aggregati sull'intero quadriennio, in modo da rappresentare l'equilibrio economico di medio periodo, al di là di fluttuazioni annuali effettive o derivanti da politiche di bilancio.

Quarto, i conti economici quadriennali così riclassificati sono stati indagati tramite quozienti. Al riguardo, data la frequente indisponibilità o inattendibilità dei valori patrimoniali, una soluzione semplice ma efficace è il riferimento alla popolazione residente. In particolare, il risultato netto pro capite può essere scomposto in due sistemi alternativi di indici. Nel sistema additivo, ogni voce di conto economico è rapportata alla popolazione. Nel sistema moltiplicativo, il risultato netto pro capite è espresso come prodotto di due fattori, rispettivamente rappresentativi della produzione affidata a terzi e di quella svolta internamente (oltre al contributo delle gestioni non caratteristiche, E); ciò permette di evidenziare che i costi per la produzione interna (D) vanno commisurati alle risorse che residuano dopo aver remunerato gli erogatori esterni (RPI=A-B+C), ossia che i SSR con maggiori risorse per la produzione interna (grazie all'elevato finanziamento, ai limitati costi per la produzione affidata a terzi, e/o a elevati proventi tipici propri delle Aziende Sanitarie) possono permettersi più elevati costi pro capite di produzione interna senza pregiudicare il proprio equilibrio economico.

Sistema additivo

$$\frac{RN}{POP}=\frac{MOL}{POP}-\frac{D3+D4}{POP}+\frac{E}{POP}=$$
$$\left(\frac{A}{POP}-\frac{B}{POP}+\frac{C}{POP}-\frac{D1+D2}{POP}\right)-\frac{D3+D4}{POP}+\frac{E}{POP}$$

Sistema moltiplicativo

$$\frac{RN}{POP}=\frac{RPI}{POP}\bullet\frac{RN}{RPI}=\left(\frac{A}{POP}-\frac{B}{POP}+\frac{C}{POP}\right)\bullet\left(1-\frac{D1+D2}{RPI}-\frac{D3+D4}{RPI}+\frac{E}{RPI}\right)$$

Tabella 1 - *Conti economici consolidati dei SSR (€ medi annui pro capite) per regione - Anni 2002-2005*

	PIE	VDA	LOM	BZ	TN	VEN	FVG	LIG	EMR	TOS	UMB	MAR	LAZ	ABR	MOL	CAM	PUG	BAS	CAL	SIC	SAR
A. Finanziamento attribuito alla regione	*1.403*	*1.664*	*1.339*	*1.842*	*1.619*	*1.321*	*1.440*	*1.535*	*1.397*	*1.419*	*1.415*	*1.371*	*1.388*	*1.372*	*1.413*	*1.310*	*1.327*	*1.374*	*1.360*	*1.326*	*1.320*
B1. Medicina generale	85	85	78	84	95	85	82	78	82	91	85	91	82	91	103	101	83	104	98	91	92
B2. Farmaceutica convenzionata	174	184	176	151	155	166	187	232	191	187	193	201	255	217	221	216	213	210	227	242	220
B3. Ospedaliera da altri sogg. pubbl. reg.	0	0	30	0	0	0	37	130	6	15	0	8	47	0	0	36	5	0	2	49	12
B4. Ospedaliera da privato	126	43	193	44	90	97	35	16	101	48	42	48	233	123	127	115	142	9	87	112	57
B5. Altra assistenza da altri sogg. pubbl. reg	31	0	34	0	151	9	27	8	35	14	0	11	8	5	2	1	2	7	0	0	2
B6. Altra assistenza da privato	136	112	174	183	91	173	104	140	111	103	114	102	195	161	157	180	124	138	123	163	119
B7. Saldo mobilità interregionale + obg + smom	4	125	-45	-13	29	-24	-15	7	-64	-25	-30	26	15	-8	-1	48	36	92	102	40	32
B. Costi prestazioni affidate all'esterno	*557*	*549*	*641*	*449*	*612*	*505*	*458*	*612*	*462*	*432*	*404*	*486*	*835*	*589*	*609*	*696*	*606*	*559*	*639*	*698*	*533*
Finanziamento trattenuto (A-B)	**847**	**1.115**	**698**	**1.393**	**1.007**	**815**	**982**	**923**	**935**	**987**	**1.011**	**885**	**552**	**783**	**804**	**614**	**722**	**815**	**722**	**628**	**787**
C1. Proventi prestazioni sanitarie	57	62	48	48	56	67	50	53	72	67	46	56	39	38	32	15	23	23	13	18	27
C2. Altri proventi tipici	58	11	31	27	13	56	46	19	34	20	19	13	50	9	14	14	21	11	19	30	17
C. Altri proventi gestione caratteristica	*116*	*72*	*78*	*75*	*69*	*123*	*96*	*72*	*107*	*87*	*65*	*68*	*89*	*47*	*47*	*29*	*44*	*34*	*32*	*49*	*45*
Risorse per la produzione interna (RPI=A-B+C)	**962**	**1.187**	**777**	**1.468**	**1.075**	**938**	**1.079**	**995**	**1.042**	**1.073**	**1.077**	**953**	**642**	**831**	**851**	**643**	**766**	**849**	**753**	**677**	**832**
D1. Costi per beni e servizi	362	440	281	579	357	385	395	382	410	424	414	353	310	333	341	256	270	315	206	219	311
D2. Personale	614	817	477	844	681	552	613	678	640	652	644	614	512	577	619	513	464	533	573	511	608
D3. Ammortamenti	31	33	28	43	54	37	48	30	42	37	24	36	21	35	20	16	18	30	17	23	35
D4. Accantonamenti	30	22	12	65	57	12	49	35	21	13	47	38	7	19	12	22	44	21	18	33	15
D. Costi produzione interna	*1.037*	*1.312*	*797*	*1.532*	*1.149*	*987*	*1.106*	*1.125*	*1.114*	*1.126*	*1.129*	*1.040*	*850*	*965*	*992*	*808*	*796*	*899*	*815*	*786*	*969*
Risultato operativo gestione caratteristica (RO Ge Ca=A-B+C-D)	**-74**	**-124**	**-20**	**-64**	**-74**	**-49**	**-27**	**-130**	**-72**	**-52**	**-52**	**-87**	**-209**	**-135**	**-141**	**-165**	**-30**	**-50**	**-61**	**-109**	**-137**
E1. Risultato Gestione Accessoria	1	1	1	2	0	2	2	1	2	1	1	1	0	1	1	1	0	0	2	1	-1

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 337

Tabella 1 - (segue) *Conti economici consolidati dei SSR (€ medi annui pro capite) per regione - Anni 2002-2005*

	PIE	VDA	LOM	BZ	TN	VEN	FVG	LIG	EMR	TOS	UMB	MAR	LAZ	ABR	MOL	CAM	PUG	BAS	CAL	SIC	SAR
E2. Risultato Gestione Finanziaria	-1	0	-3	0	0	-3	0	-2	-4	-3	-2	-2	-8	-4	-3	-8	-2	0	-4	-6	-5
E3. Risultato Gestione Straordinaria	-1	0	-8	-1	14	-9	1	-2	3	-1	-4	-5	-28	-29	-84	-24	-4	-17	-3	-4	-27
E4. Risultato Gestione Tributaria	-2	0	-1	-3	-2	-3	-4	-2	-1	-2	-1	-2	-1	-2	-4	-1	-1	-2	-1	-2	-2
E. Risultato gestioni extracaratteristiche	*-4*	*1*	*-11*	*-3*	*12*	*-14*	*-1*	*-6*	*0*	*-4*	*-7*	*-8*	*-37*	*-35*	*-90*	*-32*	*-6*	*-19*	*-6*	*-11*	*-34*
Risultato netto (RN=A-B+C-D+E)	**-79**	**-124**	**-32**	**-67**	**-62**	**-62**	**-29**	**-136**	**-73**	**-56**	**-59**	**-94**	**-246**	**-169**	**-232**	**-196**	**-35**	**-69**	**-67**	**-120**	**-171**
F. Sterilizzazione ammortamenti	*17*	*33*	*24*	*45*	*55*	*4*	*47*	*29*	*18*	*25*	*22*	*30*	*19*	*25*	*10*	*9*	*14*	*25*	*15*	*17*	*5*
Risultato di bilancio (RB=A-B+C-D+E+F)	-62	-91	-7	-21	-7	-58	19	-107	-55	-31	-37	-64	-227	-144	-222	-187	-21	-44	-52	-103	-166
MOL=A-B+C-D1-D2	-13	-70	19	45	36	1	70	-65	-9	-2	19	-13	-181	-80	-110	-126	32	1	-26	-53	-87
% su RPI																					
Costi per beni e servizi / RPI	38	37	36	39	33	41	37	38	39	39	38	37	48	40	40	40	35	37	27	32	37
Personale / RPI	64	69	61	58	63	59	57	68	61	61	60	64	80	69	73	80	61	63	76	76	73
Ammortamenti / RPI	3	3	4	3	5	4	4	3	4	3	2	4	3	4	2	2	2	3	2	3	4
Accantonamenti / RPI	3	2	2	4	5	1	5	4	2	1	4	4	1	2	1	3	6	2	2	5	2
Risultato gestioni extracaratteristiche / RPI	0	0	-1	0	1	-1	0	-1	0	0	-1	-1	-6	-4	-11	-5	-1	-2	-1	-2	-4

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 338

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 339

Risultati

I principali risultati sono riassunti nella tabella 1.

Il finanziamento (A) premia (> € 1.500 pro capite medi annui) quattro SSR atipici: PA di Bolzano, Valle d'Aosta e PA di Trento in virtù del loro statuto speciale, Liguria per la particolare struttura demografica. Anche il Friuli-Venezia Giulia beneficia di finanziamenti abbastanza elevati. Tra le regioni a statuto ordinario i maggiori finanziamenti (€ 1.400-1.420) riguardano Toscana, Umbria, Molise e Piemonte. Penalizzate (€ 1.310-1.340) sono invece Lombardia, Puglia, Veneto, Sicilia, Sardegna e Campania.

I costi per prestazioni erogate da terzi (B) sono particolarmente elevati nel Lazio (€ 835) nonché in Sicilia, Campania, Lombardia e Calabria (€ 630-700). La Lombardia è la regione che più ha insistito sulla parificazione e la competizione tra strutture pubbliche e private e quindi si caratterizza per l'elevato costo dell'assistenza ospedaliera e dell'altra assistenza da privato; è inoltre sede di numerosi IRCCS pubblici, che almeno fino al 2004 sono esclusi dall'area di consolidamento e quindi generano elevati costi per assistenza da altri soggetti pubblici; presenta però un saldo positivo di mobilità e costi contenuti per medicina di base e farmaceutica. Lazio, Campania e Calabria sono le regioni che presentano le percentuali più alte (>= 30%) di posti letto privati accreditati; nel Lazio sono elevati i costi dell'assistenza farmaceutica, dell'assistenza ospedaliera da altri soggetti pubblici e da privati, dell'assistenza non ospedaliera da privato; in Campania quelli della medicina generale e dell'assistenza non ospedaliera da privato, nonché il saldo passivo di mobilità; in Calabria quelli della medicina generale e della farmaceutica convenzionata, nonché di nuovo il saldo passivo di mobilità. Per la Sicilia, infine, è particolarmente costoso il ricorso alla farmaceutica convenzionata e all'assistenza ospedaliera da altri soggetti pubblici. Al contrario, costi per prestazioni di terzi particolarmente contenuti si riscontrano nella PA di Bolzano, in Toscana e in Umbria (< € 450), nonché nelle Marche, in Emilia-Romagna e nel Friuli-Venezia Giulia (€ 450-490).

I proventi tipici propri delle Aziende Sanitarie (C), pur definiti in un'accezione ampia, hanno un peso relativamente limitato. I valori più elevati (>= € 100) si rilevano in Veneto, Piemonte ed Emilia-Romagna, mentre le regioni meridionali si caratterizzano per valori < € 50.

I costi per la produzione interna (D) possono essere analizzati in rapporto sia alla popolazione, sia alle RPI, a seconda che si adotti il sistema additivo di quozienti oppure quello moltiplicativo.

Le regioni che, grazie all'elevato livello di finanziamento, al contenimento dei costi per la produzione di terzi, e/o all'elevato livello dei proventi tipici propri delle Aziende Sanitarie, dispongono di maggiori risorse da destinare alla produzione interna (RPI > € 1.000), sono PA di Bolzano, Valle d'Aosta, Friuli-Venezia Giulia, Umbria, PA di Trento, Toscana, Emilia-Romagna. Queste regioni presentano costi per la produzione interna elevati in termini pro capite (> € 1.100), ma sufficientemente contenuti (<= 107%), seppur mai < 100%, in rapporto alle RPI. Queste regioni, in altri termini, spendono molto per la produzione interna, ma se lo possono relativamente permettere. Fa eccezione la Valle d'Aosta, che spende per la produzione interna il 110% delle RPI.

Specularmente, le regioni con RPI più contenute (Lombardia, Puglia, Calabria, Sicilia, Campania e Lazio) hanno anche costi per la produzione interna più bassi in termini pro capite (<= € 815, ad eccezione del Lazio), ma spesso comunque troppo elevati rispetto alle RPI. Più in particolare, sono contenuti rispetto alle RPI i costi della produzione interna di Lombardia e Puglia (103-104%), piuttosto elevati quelli di Calabria e Sicilia (108-116%), estremamente elevati quelli di Campania e Lazio (126-133%), dove il personale già da solo assorbe l'80% delle RPI.

Le gestioni extracaratteristiche (E), infine, hanno un peso solitamente limitato, con un'evidente anomalia nella gestione straordinaria del Molise e saldi negativi comunque elevati (> € 20) nelle gestioni straordinarie di Lazio, Abruzzo, Campania, Sardegna.

In sintesi, a prescindere dalla configurazione di risultato utilizzata (MOL, Risultato operativo gestione caratteristica, Risultato netto, Risultato di bilancio), i sistemi più vicini all'equilibrio economico sono quelli di Lombardia, Friuli-Venezia Giulia e Puglia. I maggiori disavanzi medi annui pro capite si rilevano invece nelle regioni Lazio, Campania, Molise, Sardegna e Abruzzo. Le PA di Bolzano e Trento presentano livelli molto elevati di ammortamenti e accantonamenti, per cui il risultato economico è particolarmente favorevole se espresso in termini di MOL (che esclude ammortamenti e accantonamenti) o di risultato di bilancio (che sterilizza gli ammortamenti); si ricorda peraltro che, nelle regioni a statuto speciale, il peculiare sistema di finanziamento pregiudica la significatività di molti confronti con le regioni a statuto ordinario.

Tra le regioni con i risultati economici migliori, Lombardia e Puglia presentano livelli di finanziamento tra i più bassi, costi per prestazioni affidate all'esterno tra i più alti (soprattutto in Lombardia), ma costi per personale e per beni e servizi contenuti sia in valore assoluto, sia in rapporto alle RPI. Il Friuli-Venezia Giulia ha comparativamente costi per la produzione interna più elevati, ma anche un finanziamento più alto e costi per prestazioni affidate a terzi decisamente più bassi.

Tra le regioni con i risultati peggiori, Campania e Sardegna hanno finanziamenti pro capite molto bassi; Lazio

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 340

e Campania hanno costi per la produzione di terzi molto elevati e costi per la produzione interna non altissimi in termini pro capite (soprattutto in Campania), ma decisamente sovradimensionati rispetto alle risorse che residuano dopo aver remunerato gli erogatori esterni; Abruzzo e Molise hanno performance mediocri su tutti e tre i fronti, ulteriormente aggravate nel caso del Molise dall'elevatissimo disavanzo della gestione straordinaria.

Conclusioni

Dall'analisi svolta si possono trarre tre conclusioni fondamentali.

Primo, le performance economiche dei SSR sono sistematicamente negative, ma fortemente differenziate. Se si fa riferimento al risultato netto, omettendo quindi la sterilizzazione degli ammortamenti, si va dal disavanzo pro capite medio annuo di € 29 del Friuli-Venezia Giulia a quello di € 246 del Lazio; tre regioni presentano disavanzi < € 50, cinque > € 150.

Secondo, esistono forti differenze interregionali nei livelli di finanziamento. Anche trascurando le regioni a statuto speciale, si passa da € 1.310 pro capite medi annui in Campania a € 1.535 in Liguria. L'analisi dei risultati economici pro capite va quindi integrata con un'analisi dei soli costi pro capite (aggregati B e D). Le due prospettive vanno considerate congiuntamente perché la prima è condizionata appunto da differenziali di finanziamento non sempre giustificati e comunque frutto di scelte inevitabilmente soggettive, la seconda non pondera la popolazione regionale e quindi ignora la presenza di livelli differenziati di bisogno. In particolare, si riscontrano costi elevati seppur in presenza di disavanzi contenuti nelle PA di Trento e Bolzano nonché, in misura minore, in Piemonte, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna e Toscana. Viceversa, si riscontrano costi relativamente contenuti pur in presenza di disavanzi elevati in Campania, Sicilia e Sardegna.

Terzo, sotto il profilo economico non sembra esistere una combinazione ottimale di produzione interna ed erogazione da parte di terzi tramite contratti e convenzioni. In particolare, le regioni con i più alti costi pro capite per la produzione affidata a terzi coprono l'intero range dei disavanzi: alti per Lazio e Campania, medi per Calabria e Sicilia, bassi in Lombardia. La criticità, per i SSR che si affidano prevalentemente all'attività di terzi, è da un lato saper dimensionare correttamente la propria struttura produttiva interna, dall'altro saper orientare le convenienze e i comportamenti dei soggetti privati verso l'interesse pubblico di tutela della salute.

Riferimenti bibliografici

(1) Anessi Pessina E. (2002), «L'equilibrio economico delle Aziende Sanitarie pubbliche nel periodo 1998-2000», in Anessi Pessina E. e Cantù E. (a cura di), L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2002, pp. 487-527, Milano, EGEA.

(2) Anessi Pessina E. (2005), « L'equilibrio economico dei SSR e delle loro aziende nel biennio 2001-2002», in Anessi Pessina E. e Cantù E. (a cura di), L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2005, pp. 217-249, Milano, EGEA.

(3) Teodori C. (2000), L'analisi di bilancio, Torino, Giappichelli.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 341

Rating

Significato. Il *rating* è una valutazione, fornita da parte di un'agenzia privata specializzata, del merito di credito di un soggetto emittente obbligazioni sui mercati finanziari internazionali. È un indicatore della capacità del soggetto di far fronte puntualmente al servizio del debito.
Il *rating* fornisce agli operatori finanziari un'informazione omogenea sul grado di rischio degli enti emittenti un titolo di debito e riveste una grande importanza per tutti quegli investitori che non sono adeguatamente attrezzati per un'analisi autonoma del rischio di credito.
Avere un *rating* assegnato da una agenzia internazionale facilita per gli emittenti il processo di fissazione del prezzo e di collocamento dei titoli emessi. Per questi motivi, i soggetti che desiderano collocare titoli sui mercati finanziari internazionali sono indotti a richiedere una valutazione del loro merito di credito alle agenzie di *rating*, soggetti indipendenti, che basano la loro credibilità sull'affidabilità delle loro analisi e dei loro giudizi.
Nel processo di *rating* intervengono il soggetto valutato e la struttura operativa dell'Agenzia (team di analisti preposti ai rapporti con il soggetto valutato, all'analisi e alla valutazione di *rating*).
Il soggetto valutato si impegna a fornire all'Agenzia tutta la documentazione e le informazioni necessarie per l'attribuzione del *rating*. La richiesta di *rating* comporta l'impegno ad accettare il successivo monitoraggio per un periodo prestabilito. L'Agenzia effettua la valutazione secondo le proprie procedure interne e assegna il *rating*.
Questo viene comunicato al soggetto valutato unitamente ad una nota sintetica circa le motivazioni alla base del *rating* assegnato.
Una volta pubblicato il rapporto scatta l'obbligo per l'Agenzia di attuare il monitoraggio successivo per l'aggiornamento periodico del *rating* e l'obbligo per il soggetto valutato di segnalare i fatti rilevanti che si manifestano successivamente, affinchè l'Agenzia possa valutare se mettere sotto osservazione ed eventualmente modificare il *rating*.

Formula. La scala internazionale che esprime il giudizio sintetico di *rating* è formata dalla combinazione di più lettere in cui la lettera A è utilizzata per esprimere il giudizio più elevato e la lettera C il giudizio più basso. In particolare la lettera A ripetuta tre volte esprime il massimo giudizio astrattamente attribuibile ad un operatore economico ed è quindi espressione della massima qualità creditizia, mentre la lettera C ripetuta tre volte esprime l'esistenza di una considerevole incertezza rispetto al pagamento puntuale dei debiti.
Le agenzie definiscono una graduatoria, diversa per le obbligazioni a breve e a lungo termine, in funzione del grado di solvibilità dell'emittente. Questa graduatoria prevede, per il debito a lungo termine, un massimo di affidabilità AAA (assenza di rischio), sotto tale livello, e anche per ciascuna delle categorie successive (B e C), sono previste sottoclassificazioni in tre gradi diversi (ad es. AAA è seguita da AA e da A) e all'interno di tali sottoclassificazioni sono previste tre ulteriori distinzioni (ad es., la sottocategoria AA è divisa, in ordine discendente, in AA1, AA2, AA3).
I *rating* indicati con la doppia AA, che possono anche essere accompagnati dai segni + (più) o - (meno), vengono così interpretati: "Alta qualità creditizia. I fattori di protezione sono forti. Il rischio è modesto ma può variare leggermente nel tempo a seconda della congiuntura economica". È da osservare inoltre che i *rating* attualmente assegnati vengono definiti internazionali in quanto, con l'introduzione dell'Euro e la contestuale trasformazione della Lira in decimale dell'Euro, non vengono più assegnati *rating* "domestici". La valutazione quindi è valida rispetto a tutti i debiti finanziari denominati in ogni valuta, Euro incluso.
La scala di *rating* non viene utilizzata nella sua completezza in quanto ad ogni operatore non può essere assegnato un *rating* superiore a quello attribuito allo Stato di appartenenza (*national sovereign ceiling*). Così, agli operatori italiani non può essere assegnato un *rating* superiore ad AA-, assegnato all'Italia (*Fitch*).
Mentre l'assegnazione del *rating* ad uno stato sovrano dipende essenzialmente dalla valutazione di due aree di rischio quello politico e quello economico, la valutazione per l'assegnazione del *rating* ad un ente locale (come le regioni) si basa su quattro aree di analisi:
- il sistema politico ed amministrativo dello stato di appartenenza;
- la struttura politico-amministrativa dell'ente;
- la struttura socio-economica del territorio;
- i flussi finanziari e la situazione debitoria dell'ente (struttura entrate ed uscite, situazione creditizia, liquidità, composizione e trend revisionali dell'indebitamento).

Parametro misurato

Rating assegnato dalle tre principali agenzie internazionali alla Repubblica Italiana e alle regioni italiane. Variazione del rating assegnato alle regioni italiane dalle tre principali agenzie di Rating nell'arco di 12 mesi (Luglio'06 – Luglio '07)

A. CICCHETTI, S. LONGHI, L. MURIANNI

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 342

Validità e limiti. La validità dell'indicatore di *rating* è essenzialmente legata alla robustezza del metodo utilizzato dall'agenzia che lo propone e quindi le sue caratteristiche e la sua reputazione sono fondamentali elementi per la validità del *rating* stesso.
Le principali agenzie di *rating* sono una decina e sono dislocate soprattutto negli Stati Uniti e in Giappone. Le tre maggiori agenzie sono Standard and Poor's, Moody's e Fitch Ratings (Rapporto Osservasalute 2005, pagg. 238-239) che forniscono una gamma completa di valutazione, differenziata sia per tipologia dell'emittente che per strumento finanziario.

Valore di riferimento/Benchmark. L'unico benchmark che è possibile considerare è quello assegnato all'Italia ovvero A+ (S&P), in quanto massimo "teorico" raggiungibile da parte degli enti locali e quindi della singola regione.

Descrizione dei risultati

Anche per quest'anno tutte le regioni si sono viste assegnare un *rating* da almeno una delle agenzie considerate. Solo le regioni Lazio, Lombardia e Sicilia hanno *rating* assegnati da tutte e tre le agenzie. L'analisi dei *rating* assegnati alle regioni mostra in primo luogo un chiaro gradiente Nord-Sud. I migliori *rating*, infatti, sono assegnati alle regioni del Nord. Fanno eccezione in positivo le regioni Sardegna e Basilicata che hanno *rating* assegnati in linea con quelli assegnati alla Repubblica Italiana. Come oramai da diversi anni alcune regioni hanno *rating* assegnati superiori al *national sovereign ceiling* (Repubblica Italiana AA-; Aa2; A+): le PA di Bolzano e Trento hanno una tripla A da Fitch e Moody's e il Friuli-Venezia Giulia ha una doppia A da Fitch superiore all'AA- assegnato alla Repubblica Italiana. Relativamente alle variazioni nel periodo sotto osservazione (luglio 2006–luglio 2007), queste sono avvenute in due fasi successive: le prime nel periodo luglio 2006 e ottobre 2006 e le seconde tra ottobre 2006 e luglio 2007. Nel primo periodo le variazioni sono tutte in peggioramento e coinvolgono le regioni Lombardia, Valle d'Aosta, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria e Marche. Questo fenomeno è anche dovuto all'effetto di trascinamento del peggioramento del *rating* assegnato alla Repubblica Italiana nello stesso periodo. Tra ottobre e luglio abbiamo variazioni in positivo per le PA di Bolzano e Trento, Puglia, Calabria, Sardegna e Basilicata. Le variazioni peggiorative riguardano Lazio e Abruzzo, regioni gravate da forti deficit e alle prese con difficili piani di rientro.

Tabella 1 - *Rating assegnati ad enti territoriali italiani per regione - 06 Luglio 2007*

Regioni	*Fitch*	*Moody's*	*S&P*
Piemonte	AA-	Aa3	-
Valle d'Aosta	-	-	A+
Lombardia	AA-	Aa1	A+
Bolzano-Bozen	*AAA*	*Aaa*	-
Trento	*AAA*	*Aaa*	-
Veneto	-	Aa2	-
Friuli-Venezia Giulia	AA	-	A+
Liguria	-	Aa3	A+
Emilia-Romagna	-	Aa2	A+
Toscana	-	Aa2	A+
Umbria	-	Aa3	A+
Marche	-	Aa3	A+
Lazio	A	A2	BBB
Abruzzo	-	A2	-
Molise	-	A2	-
Campania	-	A3	A-
Puglia	-	A1	-
Basilicata	-	Aa3	-
Calabria	A+	A1	-
Sicilia	A-	A1	A+
Sardegna	AA-	A1	-
Repubblica Italiana	**AA-**	**Aa2**	**A+**

Fonte dei dati e anno di riferimento: DEXIA, Crediop. Luglio 2007.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 343

Tabella 2 - *Variazioni rating - Luglio 2006-Luglio 2007*

Agenzie di *rating*	Variazioni Luglio-Ottobre 2006	Variazioni Ottobre 2006-Luglio 2007
Fitch	Lombardia (da AA a AA-)	*Bolzano-Trento (da AA+ a AAA)*
Moody's		*Bolzano-Trento (da Aa1 a Aaa)* Lazio-Abruzzo (da A1 a A2) Puglia-Calabria-Sardegna (da A2 a A1) Basilicata (da A1 a Aa3)
S&P	Valle d'Aosta-Lombardia-Friuli Venezia Giulia-Liguria-Emilia Romagna-Toscana-Umbria-Marche (da AA- ad A+)	Lazio (da A- a BBB) Abruzzo (da A a -)

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni dati DEXIA, Crediop. Luglio 2007.

Raccomandazioni di Osservasalute

Il *rating* è certamente un indicatore indiretto della salute del sistema sanitario della regione. Certamente però sta ad indicare lo stato di salute del sistema amministrativo e l'equilibrio economico finanziario di una regione. Il giudizio, almeno per quanto riguarda gli enti locali, non sembrerebbe inficiato da manovre tattiche che invece potrebbero interessare altri comparti (vedi le banche) e delle quali si è avuta recente testimonianza (es. caso dei mutui americani). In sostanza il *rating* effettivamente esprime la capacità di "credito" di una regione e indica la sua stabilità e solidità finanziaria. Le regioni, quindi, nell'impostazione delle proprie politiche sanitarie non possono prescindere dal porre attenzione su quelle variabili che vengono considerate nel processo di assegnazione del *rating*. D'altronde la loro capacità di presentarsi sui mercati finanziari con successo dipende molto da questi indicatori.

Riferimenti bibliografici

(1) Elaborazioni su dati DEXIA, Crediop, Luglio 2007; Agenzie di *rating* e Ministero dell'Economia.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 344

Modelli di equità distributiva in base ai meccanismi regionali di allocazione delle risorse

Prof. Americo Cicchetti, Dott.ssa Anna Ceccarelli

Contesto

L'allocazione delle risorse economiche nell'ambito di un territorio nazionale, così come tra le diverse ASL in una regione, deve tendere a garantire a tutti i cittadini una eguale possibilità di accedere ai servizi e di beneficare delle risorse che il settore pubblico dedica alla sanità.

La legge finanziaria 1997 (L. 662/96) ha introdotto, quale meccanismo di ripartizione del Fondo Sanitario Nazionale[1], la quota capitaria "pesata", attraverso fattori di ponderazione legati principalmente ai consumi sanitari per età e sesso della popolazione residente e diversificati secondo le funzioni assistenziali o i Livelli Essenziali di Assistenza.

L'art. 8-sexies del d.lgs n. 229/99 conferma implicitamente l'adozione del meccanismo della quota capitaria pesata quale sistema per l'allocazione delle risorse nell'ambito delle regioni. Infatti, tale norma (art 2-sexies, lettera d, del d.lgs. 229/99) stabilisce che le ASL vengano finanziate dalla regione sulla base di una quota capitaria, secondo criteri coerenti con quelli determinati a livello nazionale (in sede di Conferenza Stato-Regioni) per il trasferimento di risorse dal Fondo Sanitario Nazionale (FSN) alle regioni.

Con l'abolizione del Fondo Sanitario Nazionale (d.lgs n. 56/00) alcuni di questi criteri sono stati riproposti nel calcolo della quota del fondo di perequazione previsto dalla l. n. 133/99 e dallo stesso d.lgs. 56/00. Il Legislatore ha quindi esplicitamente indicato la necessità di mantenere una omogeneità di criteri nel trasferimento delle risorse tra i diversi livelli del SSN, pur non vincolando le singole regioni ad applicare i fattori di correzione individuati a livello nazionale. Al Ministero della Salute è comunque riservata l'iniziativa di una proposta, che in molti casi è condivisa dalle regioni (tabella 1).

Le regioni, pertanto, sono chiamate a definire un proprio schema allocativo coerentemente con l'autonomia che gli è stata assegnata attraverso il processo di *devolution*. Assume, quindi, particolare interesse l'analisi delle scelte effettuate dalle regioni sia sotto un profilo tecnico-economico che sotto quello socio-politico. Infatti, con l'adozione di un meccanismo di ponderazione, si realizza un nuovo modello di equità distributiva che tiene conto anche della etereogeneità territoriale rispetto alle risorse necessarie per affrontare i diversi bisogni di assistenza espressi dalla popolazione. A ben vedere, infatti, il meccanismo della quota capitaria pesata, così come è stato attuato nell'ambito del SSN, tende ad allocare le risorse in relazione alla diversa *necessità di "spendere"* per i servizi sanitari piuttosto che in relazione alla diversa *capacità dei cittadini di beneficiare* (in termini di salute ma anche economici) del mantenimento o del recupero della salute conseguibile attraverso le prestazioni ottenute.

Tabella 1 - *Modello allocativo utilizzato per il riparto del fondo nazionale per i servizi sanitari regionali (ex FSN) - Anno 2006*

Livello di assistenza		Quota obiettivo del fondo		Modalità di ripartizione
Prevenzione	5,00%			Quota capitaria semplice
Distrettuale	51,00%	Medicina di base PLS	6,90%*	Quota capitaria semplice
		Farmaceutica	13,00%	In proporzione al 13% del totale del fabbisogno
		Specialistica	13,00%	Quota capitaria ponderata in base (13%) ai consumi di prestazioni ambulatoriali per classi di età
		Altra territoriale	18,10%	Quota capitaria semplice
Ospedaliera	44,00%	22,00%		Quota capitaria ponderata in base ai consumi di ricoveri per classi di età (dati SDO)
		22,00%		Popolazione assoluta

*Quote indicate nell'Accordo Stato-Regioni; da rivedersi in seguito al popolamento della banca dati Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS).

Fonte dei dati e anno di riferimento: Presidenza del Consiglio dei Ministri. Atti della Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano. 28/03/2006.

[1] Anche se il Fondo Sanitario Nazionale è stato formalmente abolito dal D.Lgs. 56/00, con questa espressione ci si riferisce al budget del SSN che viene ripartito tra le regioni.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 345

Metodi

Si è proceduto ad un'analisi documentale dei provvedimenti adottati dalle singole regioni per il riparto della quota indifferenziata del Fondo Sanitario Regionale (per la quale viene comunemente utilizzato il meccanismo capitario) per l'anno 2006 o qualora non disponibile per l'anno 2005. La raccolta della documentazione è stata integrata da colloqui diretti con funzionari regionali per eventuali chiarimenti. Le richieste della documentazione, avanzate telefonicamente o via fax, hanno portato alla raccolta delle 21 Delibere di Giunta Regionale e Provinciale per la ripartizione del Fondo (e documentazioni allegate). Il quadro ottenuto è quindi rappresentativo dell'intera realtà nazionale con riferimento all'anno 2006.
Le informazioni ricercate hanno permesso di sintetizzare alcune dimensioni rilevanti dei modelli di allocazione delle risorse adottati dalle regioni, in particolare:
- l'adozione della quota capitaria pesata;
- l'adesione ai criteri di ponderazione della quota capitaria concordati nella Conferenza Stato-Regioni per il riparto del fondo nazionale per i servizi sanitari regionali 2006 (ex FSN);
- l'utilizzo di specifici criteri di ponderazione della quota capitaria (tabella 2).

Tabella 2 - *Classificazione dei criteri di ponderazione della quota capitaria*

Criteri di ponderazione	Operazionalizzazione del criterio (indicatori - esempi)
Nessuno	- N.A.
Demografico	- Densità della popolazione residente
	- Struttura per età della popolazione
Geografico	- % kmq di colline, pianure, montagne, isole, lagune, etc.
	- % su quote altimetriche
Condizione socio-economica	- Reddito pro capite
	- Tasso di disoccupazione
	- Indice di affollamento degli alloggi
Caratteristiche dell'offerta	- Posti letto disponibili
	- Presenza di università/IRCCS
	- "Efficienza" delle strutture
Stato di salute	- SMR per fasce di età
	- Mortalità infantile e perinatale

N.A. = non applicabile.

I criteri di ripartizione del Fondo Sanitario Regionale tra le Aziende Sanitarie variano da regione a regione. Solo la Toscana ha codificato i criteri di ripartizione nelle proprie leggi – il che presuppone un certa stabilità nel tempo, pur variando i parametri adottati – mentre le altre regioni li espongono nella delibera annuale della Giunta regionale, riservandosi la facoltà di cambiare l'impostazione secondo le esigenze.

Risultati

L'analisi documentale ha portato alla costruzione di una mappa di comportamenti adottati dalle diverse regioni nella formulazione dei criteri per il riparto del Fondo Sanitario Regionale. Le evidenze raccolte sono state sintetizzate in una tabella a doppia entrata nella quale per ogni regione sono stati individuati: la presenza o meno di un rinvio al criterio adottato a livello nazionale; le modalità di strutturazione della ponderazione della quota (unica, per livelli di assistenza, per sottolivelli di assistenza, altro); i criteri di ponderazione adottati sintetizzati nei 5 macro-criteri sopra individuati (tabella 3).
Dai dati emerge che:
- tutte le regioni (eccetto la Valle d'Aosta, la PA di Trento, il Friuli-Venezia Giulia e il Molise) adottano il principio della quota capitaria ponderata, a testimonianza di una piena adesione alle indicazioni nazionali;
- la ponderazione è articolata per funzioni di spesa (Livelli di Assistenza) in tutte le regioni, eccetto in Abruzzo dove è globale (unica); le funzioni di spesa a cui si applicano i pesi variano da un minimo di 5 in Umbria ad un massimo di 11 in Sardegna;
- i pesi sono generalmente costituiti dalla spesa per i consumi sanitari per classi di età;
- il criterio demografico è l'unico utilizzato in tutte le regioni e l'assegnazione dei pesi dipende dalla disponibilità dei dati a livello regionale (in genere dati di consumo per livelli di assistenza). Le classi di età considerate sono 7-8 (con eventuale distinzione tra uomini e donne nella classe 15-44 anni): la metodologia può generare pertanto fino a 70 coefficienti di ponderazione (7 classi di età per 10 funzioni; ogni funzione ha una propria incidenza sul totale);
- altri criteri aggiuntivi possono essere le caratteristiche geomorfologiche del territorio (montagna, piccole isole, ecc.) o le caratteristiche socio-economiche della popolazione residente.

Tabella 3 - *Tavola sinottica generale delle modalità di ponderazione della quota capitaria e strutturazione della quota per regione – Anno 2006*

Regioni	Ponderazione quota capitaria	Rinvio al criterio nazionale	Strutturazione della quota	Criteri di ponderazione				
				Demografico	Geografico	Deprivazione sociale	Caratteristiche offerta	Stato di Salute o caratteristiche domanda
Piemonte	SI	NO	Pesata per livelli assistenziali e sottolivelli	Popolazione residente (prevenzione); classi di età (attività distrettuali territoriali e attività sanitarie ospedaliere);	Densità abitativa (continuità assist.)	SI (assistenza psichiatrica; materno-infantile; dipendenze; disabili)	NO	NO
Valle d'Aosta	NO	N.A.	Unica (quota capitaria secca) e fondi a destinazione vincolata	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
Lombardia	SI	NO	Pesata per livelli assistenziali e sottolivelli	Classi di età; % popolazione residente >65 anni	Densità abitativa; altimetria	NO	Contratti stipulati tra ASL e soggetti erogati per ass. specialistica e ospedaliera	Mortalità; frequenza popolazione residente con problemi cronici
Bolzano-Bozen	*SI*	*SI*	*Pesata per livelli assistenziali*	*SI (Nazionale)*	*NO*	*NO*	*NO*	*NO*
Trento	*NO*	*N.A.*	*Aggregati economico funzionali rappresentativi dei costi del Servizio Sanitario Provinciale*	*N.A.*	*N.A.*	*N.A.*	*N.A.*	*N.A.*
Veneto	SI	NO	Pesata per livelli assistenziali e sottolivelli	Classi di età; popolazione residente	Differenziata per montagna, isole, laguna	NO	Localizzazione dotazioni (assistenza riabilitativa residenziale per disabili)	NO
Friuli-Venezia Giulia	NO	N.A.	Costi storici delle Aziende Sanitarie	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
Liguria	SI	NO	Pesata per alcuni livelli assistenziali (spesa farmaceutica)	50% popolazione residente; 50% consumi per classi di età e sesso	NO	NO	NO	NO
Emilia-Romagna	SI	NO	Pesata per livelli assistenziali e sottolivelli	Popolazione residente integrata con flussi turistici e studenti; classi di età e sesso con diverse modalità per ogni sub-livello	NO	Incidenza tossicodipendenze	NO	Tasso standardizzato di mortalità

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 346

Tabella 3 - (segue) *Tavola sinottica generale delle modalità di ponderazione della quota capitaria e strutturazione della quota per regione – Anno 2006*

Regioni	Ponderazione quota capitaria	Rinvio al criterio nazionale	Strutturazione della quota	Criteri di ponderazione				
				Demografico	Geografico	Deprivazione sociale	Caratteristiche offerta	Stato di Salute o caratteristiche domanda
Toscana	SI	NO	Pesata per livelli assistenziali e sottolivelli	Popolazione residente suddivisa per classi di età	Caratteristiche morfologiche territoriali accentramento/rarefazione popolazione	NO	Quota pesata in relazione all'efficienza e appropriatezza aziendale	NO
Umbria (2004)	SI	SI	Pesata per livelli e sottolivelli + quote finalizzate obiettivi PSN e PSR	SI (Nazionale)	NO	NO	NO	NO
Marche	NO	N.A.	Basata sui costi del Servizio Sanitario Regionale	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
Lazio	SI	SI	Pesata per livelli assistenziali	SI (Nazionale)	NO	NO	NO	NO
Abruzzo	SI	NO	Unica	Classi di età	Ampiezza e montuosità	NO	Posti letto disponibili, risultanze controlli, università	NO
Molise (2004)*	SI	NO	Pesata per livelli assistenziali	Popolazione residente; consumi per classi di età e sesso	Altimetria; densità popolaazione sul tterrritorio	NO	NO	NO
Campania	SI	NO	Mista per livelli assistenziali e sottolivelli	Popolazione residente; classi di età per assistenza primaria e specialistica	Situazione geomorfologica; densità e dispersione della popolazione sul territorio	Indice di povertà relativa (salute mentale; prevenzione	Presenza di università e IRCCS	Radice quadrata del tasso di mortalità infantile e perinatale (prevenzione)
Puglia	SI	SI	Pesata per livelli assistenziali e sottolivelli	Classi di età; popolazione residente	NO	NO	NO	NO
Basilicata	SI	NO	Mista per livelli assistenziali e sottolivelli	Popolazione residente; consumi per classi di età per ass.za farmaceutica, specialistica e osp.	Densità abitativa	NO	Presenza di aziende ospedaliere: numero di posti di emergenza (118)	NO

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 347

Tabella 3 - (segue) *Tavola sinottica generale delle modalità di ponderazione della quota capitaria e strutturazione della quota per regione– Anno 2006*

Regioni	Ponderazione quota capitaria	Rinvio al criterio nazionale	Strutturazione della quota	Criteri di ponderazione				
				Demografico	Geografico	Deprivazione sociale	Caratteristiche offerta	Stato di Salute o caratteristiche domanda
Calabria (2004)	SI	SI	Quota pesata per livelli assistenziali e sottolivelli	SI (Nazionale)	NO	NO	NO	NO
Sicilia	SI	NO	Pesata per livelli assistenziali	Consumi per classi di età e sesso	Caratteristiche geomorfologiche del territorio; densità abitativa	NO	NO	NO
Sardegna	SI	SI	Pesata per livelli assistenziali	Si (Nazionale)	NO	NO	NO	NO
Italia	**SI**	**N.A.**	**Pesata per livelli assistenziali**	**Popolazione residente; consumi per classi di età e sesso**	**NO**	**NO**	**NO**	**NO**

N.A. = non applicabile.

*Il modello allocativo si riferisce ad un periodo anteriore alla realizzazione dell'Azienda Sanitaria Regione Molise (ASREM).

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 348

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 349

Discussione e Conclusioni

I risultati mostrano che il processo di devoluzione si ripercuote anche nei modelli di giustizia distributiva. Tutte le regioni, in maniera più o meno esplicita, individuano nell'equità distributiva l'obiettivo dell'adozione di un determinato modello di riparto delle risorse sanitarie.

Le regioni sembrano distribuirsi in tre gruppi in relazione ai criteri di pesatura della quota capitaria adottati per la ripartizione del Fondo Sanitario Regionale (FSR) (tabella 4).

Alcune regioni (PA di Bolzano, Liguria, Umbria, Lazio, Puglia, Calabria e Sardegna), non sembrano ancora aver elaborato un proprio modello allocativo e continuano ad affidarsi al modello nazionale di ponderazione della quota capitaria che si caratterizza per la presenza di criteri di ponderazione basati sulla popolazione residente e sui consumi di prestazioni sanitarie per fasce d'età. Questo modello tende ad assegnare stesse risorse per medesimi bisogni espressi, realizzando un principio egualitaristico di tipo "verticale".

Un secondo gruppo di regioni (Molise e Sicilia), invece, rielabora i criteri nazionali adattando la scelta degli indicatori ma lasciando di fatto inalterato il modello di solidarietà derivante dall'adozione dei criteri nazionali. Queste regioni, infatti, adottano, oltre al criterio demografico (previsto a livello nazionale) un criterio geografico, sostanzialmente basato sulla densità abitativa e sulle caratteristiche geomorfologiche del territorio.

Un terzo gruppo composto da 8 regioni (Piemonte, Veneto, Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana, Abruzzo, Campania, Basilicata) per diversi motivi e con diverse modulazioni, ha intrapreso strade diverse. Queste regioni hanno modificato il mix di criteri utilizzati per la pesatura della quota capitaria includendovi indicatori relativi alle condizioni socio-economiche della popolazione, alle caratteristiche dell'offerta di prestazioni sanitarie e allo stato di salute della popolazione. Queste regioni, pertanto, tendono a modificare il modello di solidarietà sociale "nazionale". In particolare la Campania, ad esempio, per alcuni livelli assistenziali si affida alle differenze nei livelli reddituali (c.d. indice di povertà relativa) per ridistribuire diritti e servizi verso cittadini economicamente più bisognosi ma non necessariamente più "capaci di beneficiare" dell'assistenza sanitaria.

Tabella 4 - *Distribuzione in gruppi delle regioni in relazione ai criteri di pesatura della quota capitaria adottati per la ripartizione del FSR**

Regioni che adottano i criteri nazionali	Regioni che hanno rielaborato i criteri nazionali	Regioni che hanno elaborato modalità alternative
Bolzano-Bozen	Molise	Piemonte
Liguria	Sicilia	Veneto
Umbria		Lombardia
Lazio		Emilia-Romagna
Puglia		Toscana
Calabria		Abruzzo
Sardegna		Campania
		Basilicata

*Le regioni Marche, Friuli-Venezia Giulia, Valle d'Aosta e Provincia Autonoma di Trento non sono valutabili in quanto non adottano il meccanismo della quota capitaria quale criterio di ripartizione del FSR (FSP per Trento).

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 350

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 351

Assetto istituzionale-organizzativo

L'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio Sanitario Nazionale si presenta sempre più articolato ed eterogeneo tra le regioni. Se da un lato questa eterogeneità in senso organizzativo ed istituzionale è una necessaria risposta alle diverse esigenze che l'erogazione dei servizi di assistenza impongono nei diversi contesti locali, dall'altro indica una progressiva perdita di quell'unitarietà di approccio che ha rappresentato uno dei fondamenti essenziali nella costituzione del SSN. È importante, in questo contesto, osservare le diverse scelte e i diversi approcci organizzativi adottati dalle regioni per rispondere al fabbisogno di assistenza dei cittadini, ma è sempre più rilevante la valutazione dell'impatto che certe scelte organizzative hanno sui risultati che il sistema è in grado di produrre in termini di salute nel rispetto dei vincoli economici posti dalla finanza pubblica.

La completa rappresentazione della complessa ecologia organizzativa che costituisce i sistemi sanitari delle regioni italiane imporrebbe l'analisi di variabili ed indicatori in grado di confrontare gli input del sistema (personale, beni e servizi, tecnologia, ecc.), modelli organizzativi sia a livello regionale (es. distribuzione offerta tra pubblico e privato, meccanismi di *governance* e regolazione, ecc.) che aziendale (es. modelli dipartimentali, assetti di *governance* integrata, *outsourcing*) e imporrebbe una valutazione del loro impatto in termini di risultati che questi hanno prodotto.

Il presente capitolo del Rapporto Osservasalute analizza alcuni aspetti organizzativo-istituzionali che contribuisce a definire il modello di governo della sanità delle regioni italiane. Questa analisi è realizzata osservando l'assetto generale dei sistemi regionali d'offerta ("quote di mercato", processo di aziendalizzazione), le forme e i modelli organizzativi per l'erogazione dei servizi di assistenza (rilevanza del personale amministrativo delle ASL/AO, forme dell'associazionismo nella medicina di famiglia, modello dipartimentale) e aspetti di natura "processuale" (come le liste d'attesa).

Per quanto riguarda l'assetto generale dei sistemi l'attenzione è posta su due variabili. In primo luogo abbiamo voluto indagare la struttura del "mercato" dell'assistenza sanitaria per acuti e in riabilitazione attraverso una indagine longitudinale (anni 2001-2004) volta a verificare il peso relativo delle strutture in considerazione della loro natura giuridica (pubblica e privata) e dell'orientamento al profitto (for profit, e non for profit). In secondo luogo, grazie ad una sintesi dei risultati riportati nel Rapporto OASI negli anni 2006 e 2007, abbiamo ottenuto una fotografia dello stato del processo di aziendalizzazione nel SSN nelle diverse modulazioni presentate a livello regionale.

Relativamente alle forme, ai modelli organizzativi e ai "processi", l'indagine si è concentrata sui modelli dipartimentali adottati dalle aziende del SSN. A livello regionale, in particolare, abbiamo cercato di ricostruire la dinamica della diffusione del modello dipartimentale, scoprendo una forte eterogeneità tra le regioni sui tempi di adeguamento rispetto all'emanazione di provvedimenti legislativi in materia e sulle modalità di diffusione (repentina o progressiva). L'attenzione è stata, inoltre, posta sulla distribuzione del personale amministrativo nelle aziende. Pur con le difficoltà che possono riscontrarsi nel fornire un giudizio sul merito della questione, emerge certamente una forte eterogeneità nell'incidenza di questa tipologia di personale tra le regioni. Tra gli approfondimenti dedicati alle forme organizzative emergenti, abbiamo trattato il tema delle forme di associazionismo della medicina di famiglia con una indagine nazionale che fa il punto della situazione sui diversi modelli adottati nelle regioni. Ancora attenzione è stata data alla questione delle liste d'attesa con l'approfondimento dedicato ai risultati della sperimentazione di un modello di gestione presso un'azienda della Liguria.

L'approfondimento sulla coerenza intrinseca e sulla *performance* dei Sistemi Sanitari Regionali, identifica il tentativo di adottare un approccio "contingente" all'analisi dei Sistemi Sanitari Regionali. Grazie al lavoro svolto da Mapelli presentiamo un approccio certamente innovativo per fornire un giudizio di coerenza delle scelte istituzionali ed organizzative adottate dalle diverse regioni.

Nonostante la ricchezza di informazione e la scientificità dell'approccio siamo consapevoli che questo capitolo, da solo o anche unitamente a quello che indaga la dimensione economico finanziaria del sistema, non permette di ottenere una rappresentazione compiuta di tutte le variabili organizzative ed istituzionali (input, pro-

cesso-organizzazione, output, out come) e di tutte le loro possibili connessioni (efficienza, efficacia, appropriatezza). Ciononostante sarebbe auspicabile realizzare un'analisi dell'impatto reale di diverse soluzioni istituzionali-organizzative adottate dalle regioni sulla salute dei cittadini. In un contesto in cui l'*evidence* rappresenta sempre più una guida per le scelte nel mondo della medicina, anche le scelte organizzative e quelle politico-istituzionali non possono essere lasciate al caso o a considerazioni di natura puramente ideologica. Nel mondo dei sistemi sociali complessi, e di quelli organizzativi in particolare, non è così agevole individuare esatte corrispondenze tra modelli adottati e risultati conseguiti. L'approccio positivista alla produzione dell'evidenza non sempre produce semplici indirizzi per il *policy maker*. È certo, però, che l'analisi approfondita dei contesti di riferimento gioverebbe alla comprensione delle corrispondenze esistenti tra modelli organizzativi e risultati che i diversi modelli riescono a produrre.

Analizzare compiutamente i sistemi sanitari e fornire evidenze a chi è chiamato a sostenere decisioni manageriali e politiche è cosa effettivamente complessa e laboriosa. Al tempo stesso esiste una domanda di evidenza su "che cosa funziona e che cosa non funziona" nei nostri sistemi sanitari.

Proprio alla luce di queste considerazioni il Rapporto Osservasalute anche quest'anno si è occupato di fornire elementi per inquadrare l'evoluzione dei modelli organizzativi e gestionali dei SSR.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 353

Personale amministrativo del Servizio Sanitario Nazionale

Significato. Misura il peso relativo del numero di dipendenti del SSN appartenenti al ruolo amministrativo sul totale di dipendenti del SSN appartenenti a tutti i ruoli. È un indicatore di risorse che pondera la quantità di fattore produttivo personale destinato ad attività non direttamente finalizzata alla erogazione di prestazioni sanitarie alla popolazione rispetto alla totalità della risorsa personale.

Quota del personale amministrativo del SSN

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Dipendenti in servizio del SSN (ASL e AO) con qualifica amministrativa}}{\text{Personale complessivo dipendente del SSN}} \times 100$$

$$\text{Denominatore}$$

Validità e limiti. L'indicatore esprime la proporzione fra numero di dipendenti con funzioni amministrative e totale del personale del SSN appartenente ai diversi ruoli: sanitario, amministrativo, professionale e tecnico. La validità di tale indice risiede nel fatto che misura la composizione del personale dipendente e, se messo in relazione con altre variabili, come la popolazione servita o il volume e tipologia di attività svolta o di prestazioni erogate, contribuisce a valutare l'efficienza gestionale delle Aziende Sanitarie. Infatti la capacità delle Aziende Sanitarie di raggiungere l'equilibrio economico fra le risorse acquisite e i costi sostenuti per assolvere alla loro funzione di tutela e di erogatori di prestazioni risente della numerosità e della efficienza con cui operano i dipendenti amministrativi nello svolgimento delle loro attività.
I limiti sono legati ai termini della frazione che innanzitutto comprendono solo il personale dipendente e non includono gli operatori legati alle Aziende Sanitarie da altra tipologia di rapporto di lavoro. L'annoverare anche queste tipologie di prestatori di lavoro potrebbe cambiare il risultato espresso dall'indicatore. In secondo luogo il numeratore e il denominatore sono espressi in termini quantitativi e non in valore monetario per cui offre una indicazione di massima dell'incidenza della componente più significativa dei costi amministrativi delle strutture sanitarie pubbliche.

Valore di riferimento/Benchmark. Il valore di riferimento è quello medio nazionale (11,82%).

Descrizione dei risultati

In media, circa l'11,82% dei dipendenti delle ASL e AO italiane ricopre il ruolo amministrativo con una variabilità che oscilla da un minimo di 9,22% in Molise ad un massimo di 15,51% in Valle d'Aosta, con una differenza di 6,29 punti percentuali (tabella 1). Il confronto con i dati del 2003 evidenzia una crescita del peso medio nazionale dei dipendenti con competenze amministrative che era pari al 10,80% (Rapporto Osservasalute 2003, pag. 113), determinata da valori regionali sempre superiori rispetto a quelli passati ad eccezione del dato dell'Umbria (grafico 1).
Non esiste un gradiente Nord-Sud e osservando i dati per aree geografiche emerge che il Nord-Ovest ha valori più elevati con 13,01% seguito dal Sud con 12,15%, dal Centro con 11,20%, dalle Isole con 11,05% e infine dal Nord-Est con 10,98%.
Il rapporto numero di dipendenti amministrativi e numero di operatori del SSN appartenenti agli altri ruoli è piuttosto omogeneo nelle diverse aree italiane e pari a 1 a 7 nel Nord-Ovest e Sud, e 1 a 8 nel resto d'Italia.
L'incidenza del personale amministrativo è maggiore nelle ASL rispetto alle AO sia a livello nazionale (13,18% versus 9,15%), sia a livello di aree geografiche (Nord-Ovest 17,57% rispetto a 10,07%, Nord-Est 11,58% versus 8,84%, Centro 12,27% rispetto a 8,17%, Sud 13,04% versus 8,51% e Isole 12,81% contro 7,56%).
L'incrocio dei dati regionali con la relativa popolazione da servire non palesa alcuna relazione tra la numerosità dei dipendenti amministrativi con quella dei residenti con la conseguenza che non vi è evidenza nè di rendimenti di scala crescenti, che sarebbero presenti laddove ad un aumento della popolazione a cui devono essere erogate le prestazioni seguisse un aumento meno che proporzionale del personale amministrativo impiegato, nè di rendimenti di scala decrescenti che si manifesterebbero qualora ad un aumento della popolazione conseguisse un incremento più che proporzionale del numero di amministrativi.
Neppure la struttura della popolazione o il mix pubblico-privato di erogatori presente sul territorio regionale o ancora l'organizzazione interna delle ASL caratterizzata dal numero di distretti e di presidi ospedalieri, sembra avere rilevanza per il valore dell'indicatore a livello regionale.

M. M. GIANINO, S. LONGHI

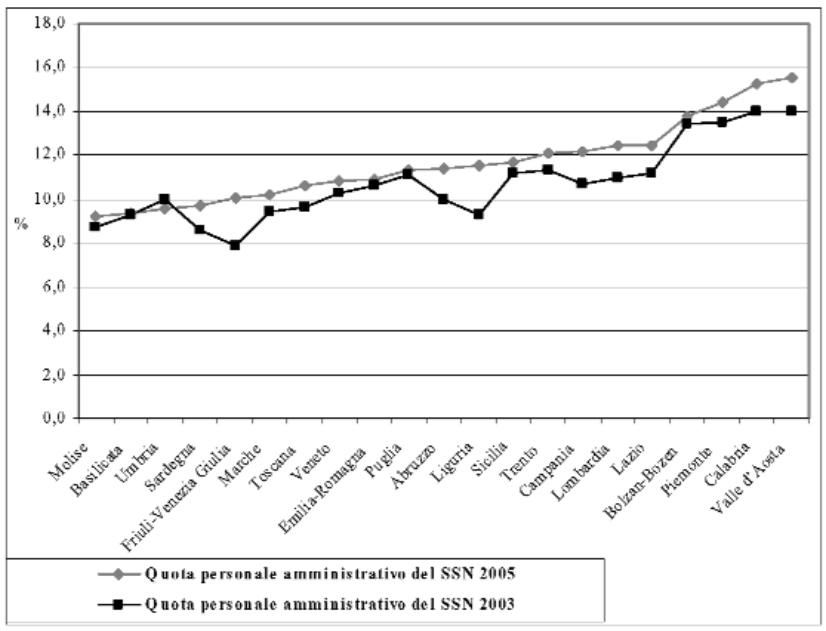
Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 354

Tabella 1 - *Quota (per 100) del personale amministrativo del SSN (ASL e AO) - Anno 2005*

Regioni	Amministrativo	Totale	%
Piemonte	8.056	55.848	14,42
Valle d'Aosta	293	1.889	15,51
Lombardia	11.479	92.251	12,44
Bolzano-Bozen	*1.090*	*7.916*	*13,77*
Trento	*847*	*7.011*	*12,08*
Veneto	6.186	57.232	10,81
Friuli-Venezia Giulia	1.625	16.125	10,08
Liguria	2.496	21.621	11,54
Emilia-Romagna	5.887	54.110	10,88
Toscana	5.066	47.636	10,63
Umbria	1.031	10.776	9,57
Marche	1.804	17.701	10,19
Lazio	6.249	50.176	12,45
Abruzzo	1.750	15.326	11,42
Molise	362	3.925	9,22
Campania	6.662	54.842	12,15
Puglia	3.958	35.052	11,29
Basilicata	609	6.516	9,35
Calabria	3.486	22.846	15,26
Sicilia	5.598	48.016	11,66
Sardegna	2.021	20.904	9,67
Italia	**76.555**	**647.719**	**11,82**

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. Annuario statistico del SSN 2005. Anno 2007.

Grafico 1 - *Quota (per 100) del personale amministrativo del SSN (ASL e AO) - Anni 2003, 2005*



Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. Annuario statistico del SSN 2005. Anno 2007.

Raccomandazioni di Osservasalute

La situazione nazionale mostra una elevata variabilità dell'indicatore con un incremento rispetto ai valori registrati nel passato e con regioni che presentano una quota di personale amministrativo superiore alla media nazionale. La determinazione del numero di personale amministrativo dovrebbe essere il frutto di una dettagliata analisi del fabbisogno misurato in base alla tipologia e volume di attività da espletare e il risultato di una valutazione sulla convenienza economica a continuare a svolgere internamente alle Aziende Sanitarie le attività o affidarle a aziende esterne. Inoltre attraverso il *reengineering* dei processi di lavoro, un migliore utilizzo degli strumenti informatici ed una ottimizzazione dei flussi informativi si potrebbe ipotizzare un impiego più efficiente della risorsa lavoro. Se le aziende compissero tali azioni potrebbero migliorare il valore del proprio indicatore e, quelle che si collocano sopra la media nazionale, potrebbero ridurre la quota di personale amministrativo e allinearsi ai valori medi nazionali.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 355

Quote di mercato

Significato. L'assistenza ospedaliera rappresenta, in Italia, il fulcro dell'assistenza sanitaria e viene erogata da strutture che si differenziano per la loro natura giuridica (strutture pubbliche ovvero presidio di ASL, AO, AOU, IRCCS, vs istituti di cura privati accreditati, a loro volta suddivisi in "appartenenti all'Associazione Religiosa Istituti Socio-Sanitari (ARIS)", "appartenenti all'Associazione Italiana Ospedalità Privata (AIOP)", "di ispirazione cattolica", "non di ispirazione cattolica"), ma anche per la tipologia di assistenza erogata.
Negli ultimi anni i pazienti hanno acquisito la possibilità di scegliere liberamente le strutture che meglio rispondono alle proprie esigenze.
Queste caratteristiche dell'offerta e della domanda hanno contribuito a rendere il funzionamento del settore sanitario simile a quello dei settori industriali tradizionali, nei quali si assume che i consumatori siano liberi di scegliere il proprio fornitore e il fornitore sia libero di scegliere quali prodotti offrire. In particolare:
- la classificazione delle prestazioni sanitarie per Maggiori Categorie di Diagnosi (Mdc) identifica 25 differenti mercati (o settori). All'interno di ogni mercato, le prestazioni sanitarie riferite ad ogni DRG incluso in quel mercato costituiscono un sotto-mercato;
- all'interno di ogni mercato (o sotto-mercato) le strutture sanitarie operano come imprese;
- il numero delle prestazioni erogate, che è strettamente legato al numero di dimessi, moltiplicato per le tariffe corrispondenti, rappresenta il fatturato dell'impresa;
- la quota di mercato di ogni struttura sanitaria è identificata dal fatturato ottenuto da quella struttura rispetto al fatturato totale ottenuto in quel mercato. Il fatturato è stato stimato applicando le tariffe DRG (versione 10) del Ministero della Salute.

L'obiettivo dell'indicatore è di mostrare, per ciascuna tipologia di struttura di ricovero per acuti (tabella 1), l'evoluzione tra il 2001 e il 2004.

Dimissioni ospedaliere e relativa quota di mercato

$$\text{Numeratore} = \frac{\text{Dimessi per istituto}}{\text{Dimessi di tutte le strutture per acuti}} \times 100$$

Fatturato e relativa quota di mercato

$$\text{Numeratore} = \frac{\text{Fatturato per istituto}}{\text{Fatturato di tutte le strutture per acuti}} \times 100$$

Tabella 1 - *Classificazione delle strutture di ricovero per acuti*

Classificazione SDO	Classificazione OSSERVASALUTE
Azienda ospedaliera	AO
Ospedale a gestione diretta	Presidio ASL
Istituto non classificato presidio della USL	Presidio ASL
Ente di ricerca	Presidio ASL
Clinica o policlinico universitario	AOU (ad eccezione del Policlinico Gemelli e Ospedale Pediatrico Bambin Gesù inclusi in "Istituto di cura privato accreditato altro – di ispirazione cattolica")
Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico	IRCSS pubblici;
	Istituto di cura privato accreditato e appartenente all'AIOP
	Istituto di cura privato accreditato e appartenente all'ARIS
	Istituto di cura privato accreditato altro – di ispirazione cattolica
	Istituto di cura privato accreditato altro – non di ispirazione cattolica
Ospedale classificato o assimilato	Istituto di cura privato accreditato e appartenente all'AIOP
	Istituto di cura privato accreditato e appartenente all'ARIS
	Istituto di cura privato accreditato altro – di ispirazione cattolica
	Istituto di cura privato accreditato altro – non di ispirazione cattolica
Casa di cura privata	Istituto di cura privato accreditato e appartenente all'AIOP
	Istituto di cura privato accreditato e appartenente all'ARIS
	Istituto di cura privato accreditato altro – di ispirazione cattolica
	Istituto di cura privato accreditato altro – non di ispirazione cattolica

A. CICCHETTI, R. DI BIDINO, A. CECCARELLI

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 356

Infatti, attraverso l'analisi congiunta di questi dati si può tentare di capire a livello globale, ma anche a livello di pubblico-privato o addirittura di singola categoria di strutture, sia come sta mutando la domanda di prestazioni sanitarie per acuti (intesa come numero di dimissioni), sia come sta evolvendo lo scenario economico delle strutture sanitarie (in termini di fatturato annuo).

Validità e limiti. L'indicatore è rappresentativo della situazione nazionale negli anni 2001-2004 poiché è stato costruito sulla base dei dati presenti nei seguenti database:
- elenco Ministero della Salute strutture pubbliche e private accreditate aggiornato al 2004;
- elenco strutture AIOP - versione online del giugno 2007: su 538 strutture presenti nell'elenco AIOP ne sono state rinvenute 462 nell'elenco ministeriale;
- elenco strutture ARIS aggiornato al 2006: su 241 strutture presenti nell'elenco ARIS, 87 svolgono attività per acuti essendo presenti nell'elenco ministeriale;
- 6 strutture sono risultate iscritte sia all'AIOP sia all'ARIS;
- database Ministero della Salute: dati SDO 2001-2002-2003-2004.

Il focus dell'analisi verte sulle strutture di degenza per acuti, poiché sono quelle che, sulla base dei database utilizzati, presentano i dati più consistenti (tabella 2).

Tabella 2 - *Strutture per acuti (valori assoluti) - Anni 2001-2004*

Strutture per acuti	2001	2002	2003	2004
AO	72	73	70	159
AOU	11	11	11	10
Presidio di ASL	622	612	608	452
IRCSS pubblici	23	24	23	23
Istituto di cura privato accreditato AIOP	373	378	374	384
Istituto di cura privato accreditato ARIS	64	64	64	65
Istituto di cura privato accreditato - altro - di ispirazione cattolica	12	12	12	12
Istituto di cura privato accreditato - altro - non di ispirazione cattolica	85	93	89	86
Totale strutture per acuti	**1.262**	**1.267**	**1.251**	**1.191**

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazione su dati del Ministero della Salute. Elenco strutture AIOP e ARIS. Anno 2007.

Descrizione dei risultati

I risultati sul numero di dimessi (tabella 3) e le relative quote di mercato calcolate sul numero totale di dimessi, da tutte le strutture per acuti (grafico 1), mostrano che nel complesso le strutture pubbliche hanno avuto una riduzione sia del numero di dimessi (-2,8%) sia della relativa quota di mercato (2,0%), mentre le strutture private hanno registrato incrementi rispettivamente del 10% e del 2,0%.
In particolare:
- i presidi ASL sono ogni anno quelli con il maggior numero di dimessi, ma anche quelli che hanno fatto registrare il più marcato trend decrescente nel periodo 2001-2004 (-23%), con una riduzione del 12% della quota di mercato per dimessi;
- le AO hanno visto incrementare sia il numero di dimessi (+43%) che le relative quote di mercato (9,7%). In particolare tali incrementi si sono verificati tra il 2003 e il 2004;
- gli istituti di cura ARIS hanno aumentato il numero di dimessi (+4%), mantenendo pressoché costante la relativa quota di mercato;
- gli istituti di cura AIOP hanno avuto un trend più positivo dell'ARIS. Il numero dei dimessi è aumentato del 14%, con un aumento delle quote di mercato dell'1,4%;
- gli altri istituti di cura di ispirazione cattolica hanno mantenuto le quote di mercato pressoché immutate aumentando comunque il numero di dimessi del 10%.

Analoghe considerazioni valgono a livello di fatturato (tabella 4 e grafico 2). Nel complesso le strutture pubbliche hanno avuto nel periodo di riferimento un incremento del fatturato (1,8%), ma hanno perso quote di mercato (-1,7%), mentre le strutture private hanno registrato incrementi sia nel fatturato (+13,6%) sia nelle quote di mercato (1,7%).
In particolare:
- per i Presidi ASL il fatturato si è ridotto del 20% e la quota di mercato del 12%; in particolare tale decremento si è verificato tra il 2003 e il 2004;
- le AO hanno visto incrementare sia il loro fatturato (+47%) sia la relativa quota di mercato (+9,9%);
- sia gli istituti di cura ARIS che quelli AIOP hanno aumentato il fatturato (rispettivamente +6% e +19%) mantenendo però costanti le relative quote di mercato;
- gli altri istituti di cura accreditati hanno entrambi aumentato il fatturato del 9% mantenendo costanti le loro relative quote di mercato.

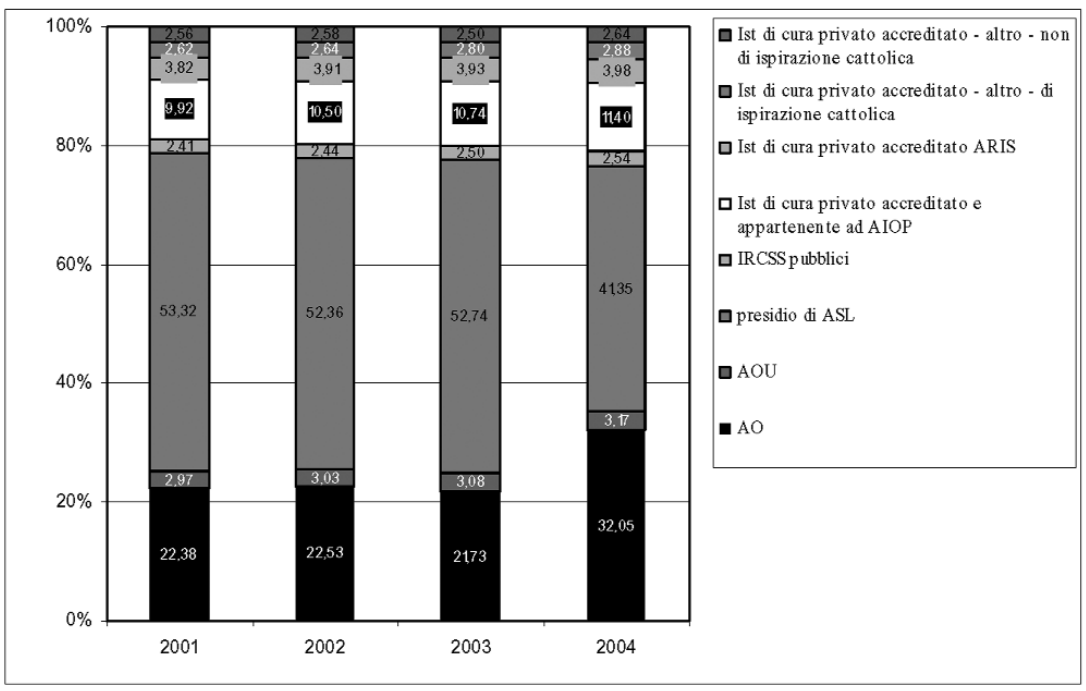
Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 357

Tabella 3 - *Dimessi per tipologia di struttura e variazione (assoluta e percentuale) - Anni 2001-2004*

Strutture per acuti	2001	2002	2003	2004	Δ 2001-2004 N	Δ 2001-2004 %
AO	2.730.351	2.744.354	2.611.130	3.896.494	1.166.143	43
AOU	362.330	369.615	369.641	385.156	22.826	6
Presidio di ASL	6.505.276	6.378.164	6.337.579	5.026.666	-1.478.610	-23
IRCSS pubblici	294.079	297.303	300.201	308.587	14.508	5
Privato accreditato AIOP	1.210.846	1.279.591	1.291.154	1.385.995	175.149	14
Privato accreditato ARIS	466.664	476.840	471.783	483.644	16.980	4
Privato accreditato - altro di ispirazione cattolica	319.180	321.183	336.354	349.581	30.401	10
Privato accreditato - altro non di ispirazione cattolica	312.524	314.870	299.846	320.615	8.091	3
Totale dimessi per acuti	**12.201.250**	**12.181.920**	**12.017.688**	**12.156.738**	**-44.512**	**0**

Fonte dei dati ed anno di riferimento: Elaborazione su dati SDO. Anno 2007.

Grafico 1 - *Evoluzione delle quote di mercato relative al numero di dimessi per tipologia di struttura - Anni 2001-2004*



Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazione su dati SDO. Anno 2007.

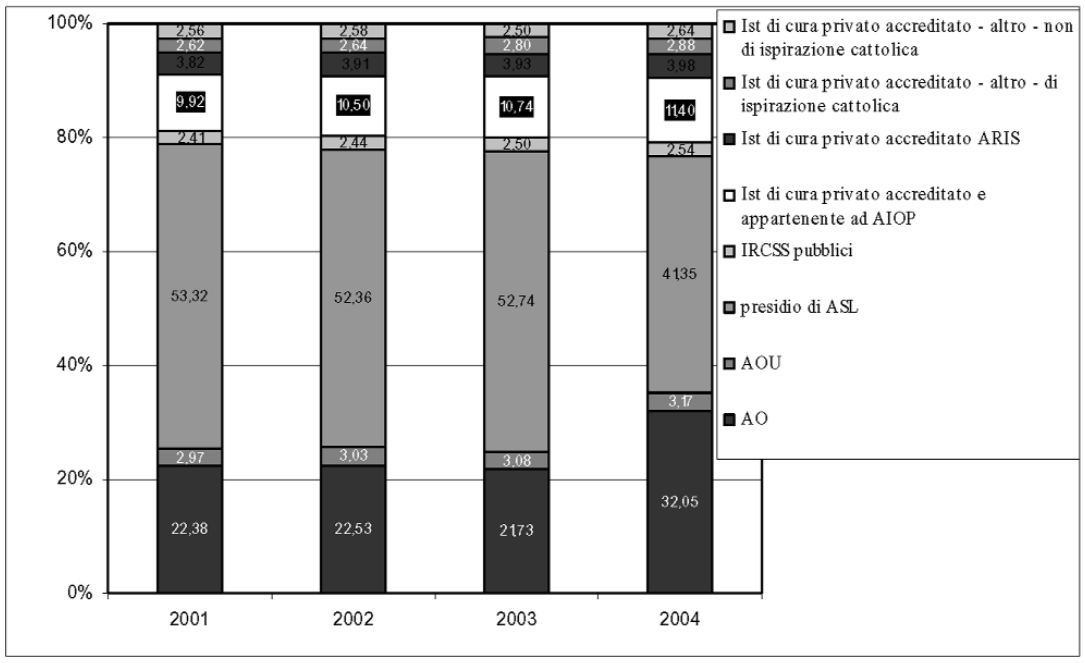
Tabella 4 - *Fatturato (in €) per tipologia di struttura e variazione (assoluta e percentuale) - Anni 2001-2004*

Strutture per acuti	2001	2002	2003	2004	Δ 2001-2004 N	Δ 2001-2004 %
AO	8.046.185.525	8.225.903.310	7.972.726.252	11.849.254.499	3.803.068.974	47
AOU	1.003.929.667	1.021.542.519	1.031.673.910	1.085.288.548	81.358.881	8
Presidio di ASL	17.318.970.840	17.267.001.957	17.434.795.084	13.847.462.675	-3.471.508.165	-20
IRCSS pubblici	906.817.688	930.571.229	955.238.107	983.806.843	76.989.155	8
Ist di cura privato accreditato e appartenente ad AIOP	3.273.713.966	3.521.859.562	3.615.922.547	3.901.234.577	627.520.611	19
Ist di cura privato accreditato ARIS	1.270.996.292	1.316.890.634	1.309.972.368	1.348.177.953	77.181.661	6
Ist di cura privato accreditato - altro di ispirazione cattolica	917.526.200	931.972.944	969.767.540	1.004.285.501	86.759.301	9
Ist di cura privato accreditato - altro non di ispirazione cattolica	891.228.318	914.726.855	890.062.678	964.634.346	73.406.028	8
Totale fatturato per acuti	**33.629.368.496**	**34.130.469.009**	**34.180.158.486**	**34.984.144.943**	**1.354.776.447**	**4**

Fonte dei dati ed anno di riferimento: Elaborazione su dati SDO. Anno 2007.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 358

Grafico 2 - *Evoluzione delle quote di mercato relative al fatturato per tipologia di struttura - Anni 2001-2004*



Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazione su dati SDO. Anno 2007.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 359

Nuove forme di organizzazione della medicina territoriale: l'associazionismo in medicina generale

Significato. I Medici di Medicina Generale (MMG) rappresentano il primo fondamentale anello della rete assistenziale.
Negli ultimi anni si sta assistendo ad un'importante evoluzione della medicina generale che sta determinando un nuovo approccio alle cure primarie, in cui il medico si appropria di funzioni di servizio del territorio sempre più complesse e articolate. Infatti, con il DPR 270 del 28 Luglio 2000 (Accordo Collettivo Nazionale, ACN) si è voluto incentivare forme di aggregazione di più medici che permettessero la messa in comune di risorse, una maggiore accessibilità oraria, l'attivazione di processi di miglioramento della qualità delle cure e di revisione tra pari. In particolare, tale documento normativo, pur lasciando libertà alle regioni nell'organizzazione delle cure primarie e nell'individuazione di ulteriori modalità organizzative, distingue tre forme associative per la medicina generale: *la medicina in associazione, la medicina di gruppo e la medicina in rete*.
L'indicatore mostra come le regioni hanno recepito l'art. 40 del DPR 270/2000 sui modelli organizzativi di erogazione delle cure primarie, e consente di poter osservare le differenze tra i diversi territori regionali. L'attenzione è posta, in modo particolare, sulla distribuzione dei MMG nelle tre tipologie associative menzionate.

Percentuale di MMG in associazione nelle tre forme previste dal DPR 270/2000

Numeratore	MMG in associazione
Denominatore	Totale MMG

Validità e limiti. L'ACN ha definito obiettivi e forme organizzative delle associazioni tra medici. Fino a quel momento esistevano singole esperienze avanzate, ma non vi era ancora alcuna previsione contrattuale che regolamentasse e stimolasse il lavoro in comune dei MMG.
L'indicatore permette di sintetizzare alcune caratteristiche organizzative della medicina generale e in particolare permette di analizzare il livello di adesione nelle singole regioni al disposto del DPR 270/2000 e la distribuzione dei MMG (escludendo i PLS) sul territorio regionale.
I dati sono stati rilevati attraverso l'invio di una richiesta scritta seguita da un contatto telefonico ai funzionari responsabili della medicina generale nelle singole regioni. La rilevazione è stata effettuata tra maggio e settembre 2007. Nell'impossibilità di reperire i dati attraverso questo processo, per quattro regioni è stato riportato il dato raccolto dal Ministero della Salute nel 2004.
È opportuno ricordare, però, che sul territorio sono presenti altre forme di medicina associata che si caratterizzano per elevati livelli di complessità organizzativa ed istituzionale (es. cooperative, UTAP, ecc.), che non sono prese in considerazione in quanto difficilmente sintetizzabili sotto forma di indicatore e per le quali, soprattutto, non esiste alcun flusso informativo sistematico che ne rilevi la presenza.
L'indicatore da noi utilizzato, inoltre, non consente di misurare il grado di integrazione dei MMG all'interno delle attività del Distretto, delle Aziende Sanitarie e tra le Aziende Sanitarie, e di conoscere, per ciascuna regione, la quantità di offerta dei servizi erogata dalla medicina generale organizzata.

Valore di riferimento/Benchmark. Le tre forme di associazionismo dei MMG per l'erogazione delle cure primarie individuate all'art. 40 del DPR 270/2000 presentano delle caratteristiche comuni:
- devono formarsi su base volontaria e consensuale tra i MMG partecipanti;
- i medici devono appartenere tutti allo stesso ambito territoriale di scelta;
- un medico non può aderire a più forme associative;
- ciascun medico si impegna a svolgere la propria attività anche nei confronti degli assistiti degli altri medici della forma associativa, anche mediante l'accesso reciproco agli strumenti di informazione di ciascun medico;
- il numero minimo di partecipanti è di tre; gli orari degli studi devono essere coordinati in modo da poter garantire una disponibilità di almeno sei ore giornaliere;
- deve essere eletto un delegato che abbia funzioni di raccordo funzionale e professionale;
- devono essere previsti incontri periodici fra i partecipanti per la verifica degli obiettivi raggiunti e della coerenza degli stessi con la programmazione distrettuale.

Fermo restando questi elementi di raccordo, ciascuno dei modelli organizzativi di erogazione delle cure primarie ha delle proprie caratteristiche che lo distinguono dagli altri (tabella 1).
Le diverse forme di associazionismo forniscono tipologie di servizi che differiscono soprattutto in termini di accessibilità e ampiezza della gamma di prestazioni. Si può ritenere che il servizio "migliore", sotto questo profilo, sia fornito dalla medicina di gruppo (studio unico, servizi aggiuntivi e integrati), seguita da quelle in rete (sistema informativo unico) e, infine, dalla medicina associata "semplice".

A. CICCHETTI, A. CECCARELLI, A. PALMIERI

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 360

Tabella 1 - *Forme di associazionismo medico*

Modelli organizzativi	Caratteristiche
Medicina in associazione	-gli studi sono distribuiti sul territorio del distretto e non sono vincolati a sede unica; -i medici aderenti mantengono l'attività presso i loro studi; -associati da un minimo di 3 a un massimo di 10 (tranne casi particolari); -chiusura pomeridiana (di almeno uno studio) non prima delle 19:00; -disponibilità a sostituirsi per le assenze temporanee; -momenti di incontro per confronto professionale e condivisione di linee guida diagnostico terapeutiche per le patologie di più alta prevalenza.
Medicina di gruppo	-sede unica del gruppo articolata in più studi medici. Resta ferma la possibilità che singoli medici possano operare in altri studi del medesimo ambito territoriale, ma devono farlo in orari aggiuntivi rispetto a quelli della sede principale; -presenza nella sede del gruppo di un numero di studi pari almeno alla metà dei medici componenti il gruppo stesso, con possibilità di uso promiscuo degli stessi, sia pure in orari differenziati; -numero di medici non inferiore a 3 e non superiore a 8; -utilizzo, per l'attività assistenziale, di supporti tecnologici e strumentali comuni, anche eventualmente in spazi predestinati comuni; -gestione della scheda sanitaria su supporto informatico e collegamento in rete dei vari supporti; -utilizzo da parte di ogni medico di sistemi di comunicazione informatica di tipo telematico, per il collegamento con i centri di prenotazione della ASL e l'eventuale trasmissione dei dati epidemiologici o prescrittivi, quando tali prestazioni siano normate da appositi accordi regionali e/o aziendali, nonché per la realizzazione dei momenti di revisione della qualità e della appropriatezza prescrittiva interna alla associazione e per la promozione di comportamenti prescrittivi uniformi e coerenti con gli obiettivi dichiarati dalla forma associativa; -utilizzo da parte dei componenti il gruppo di eventuale personale di segreteria o infermieristico comune, secondo l'accordo interno.
Medicina in rete	-gli studi sono distribuiti sul territorio del distretto e non sono vincolati a sede unica; -associati da un minimo di 3 a un massimo di 10; -chiusura pomeridiana (di almeno uno studio) non prima delle 19:00; -collegamento reciproco degli studi dei medici con i sistemi informatici tali da consentire l'accesso alle informazioni relative agli assistiti dei componenti dell'associazione; -gestione della scheda sanitaria individuale su supporto informatico mediante software tra loro compatibili; -utilizzo da parte di ogni medico di sistemi di comunicazione informatica di tipo telematico per il collegamento con i centri di prenotazione e l'eventuale trasmissione dei dati epidemiologici o prescrittivi, quando tali prestazioni siano normate da appositi accordi regionali e/o aziendali, nonché per la realizzazione dei momenti di revisione della qualità e della appropriatezza prescrittiva interna alla associazione e per la promozione di comportamenti prescrittivi uniformi e coerenti con gli obiettivi dichiarati dalla associazione; -gestione informatica comune della scheda sanitaria (in connessione telematica); -momenti di incontro per confronto professionale.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazione dati su DPR 270/2000. Anno 2007.

Descrizione dei risultati

Le indicazioni dell'ACN del 2000 hanno incentivato l'avvio della diffusione a livello nazionale dell'associazionismo in medicina generale. Tuttavia, le diverse forme di associazione (tabella 2) hanno diffusione disomogenea.

Un primo dato di carattere generale che certamente emerge è la prevalenza di MMG che non aderiscono formalmente a nessuna delle forme di associazione previste dalla normativa (41%). Questa percentuale, però, comprende sia i MMG non associati che quelli che operano in forme associative alternative (vedi *équipes* o UTAP) che comunque sembrerebbero ancora poco diffuse sul territorio nazionale.

L'associazionismo "semplice" è la forma più diffusa tra quelle previste e interessa il 27% dei MMG con importanti differenze regionali: la Basilicata ha ben il 55% dei MMG in Associazione semplice, mentre l'Emilia-Romagna l'11%. La medicina di gruppo è la seconda forma associativa a livello nazionale con il 20% dei Medici di Medicina Generale; questo modello è molto diffuso in Umbria (35%) e molto poco in Sicilia (4%). Infine, l'associazione in rete sembra ancora poco diffusa nel nostro paese, con un totale di 13% dei medici in Italia, con il massimo in Campania (36%) e il minimo in Veneto (2%); in alcune regioni e PA (Piemonte, Valle d'Aosta e PA di Bolzano) la forma di associazione in rete non è prevista a livello regionale.

Considerando le forme più complesse di associazionismo tra quelle previste dalla normativa (rete e gruppo), è interessante osservare che l'Emilia-Romagna ha il 60% dei MMG che operano nell'ambito di tali forme, seguita dalla Campania con il 50%, dalla Liguria con il 47% e dall'Abruzzo con il 45%.

In modo generale, le diversità riscontrate tra le diverse regioni possono essere collegate a condizioni strutturali di partenza non omogenee, oltre che a tempistiche di stipula dell'accordo integrativo regionale. Infatti, la medicina in rete, ad esempio, prevede la condivisione

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 361

di una rete informatica in grado di permettere lo scambio e la condivisione delle informazioni cliniche. Per far questo è necessario avere le infrastrutture adeguate e una buona diffusione dei programmi informatici di gestione dei pazienti. Condizione necessaria alla medicina di gruppo è invece l'esistenza di una sede ambulatoriale unica. L'impedimento maggiore allo sviluppo della "medicina di gruppo" è proprio la difficoltà a trovare sedi adatte, in particolare nelle aree urbane, e la necessità per i singoli MMG di abbandonare la propria sede per acquisirne una comune. Dal punto di vista strettamente economico si tratta di operazioni onerose che, per l'avvio, richiedono investimenti non sempre facili da attuare.

È interessante rilevare come il fenomeno dell'associazione sia in grande movimento anche nella ricerca di nuove forme organizzative. Il nuovo ACN del marzo 2005 riconferma i principi di quello precedente e aggiunge una nuova forma più articolata di lavoro in equipe denominata Unità Territoriale di Assistenza Primaria (UTAP), definita come "strutture territoriali ad alta integrazione multidisciplinare ed interprofessionale, in grado di dare risposte complesse al bisogno di salute delle persone". Pertanto, ad oggi, l'articolazione dell'offerta comprende, oltre che alle forme precedenti, anche le *équipes* territoriali e le UTAP.

Tra le realtà all'avanguardia nell'organizzazione delle cure primarie mediante *équipes* territoriali, l'Umbria ha realizzato una vera e propria conversione della rete[1]. "*L'équipe territoriale è: a) strumento attuativo della programmazione sanitaria; b) momento organizzativo della medicina generale e delle altre discipline presenti nel distretto per la erogazione dei livelli essenziali e appropriati di assistenza e per la realizzazione di specifici programmi e progetti assistenziali di livello nazionale, regionale e aziendale*" (Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei Rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8 del d.lgs. N. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni).

I principali obiettivi perseguiti mediante l'implementazione delle *équipes* territoriali sono:

- produzione di valutazioni multidimensionali selezionando risposte appropriate alle diverse condizioni di bisogno;
- integrazione socio-sanitaria;
- realizzazione di programmi di lavoro: a) finalizzati all'erogazione dei LEA o specifici programmi e progetti assistenziali; b) proposti dagli operatori interessati o dal Direttore del distretto; c) concordati tra gli operatori interessati e tra questi e il Direttore del distretto;
- realizzazione delle attività previste dal "Programma delle attività territoriali" nell'ambito del Distretto di competenza;
- coinvolgimento di professionisti per garantire l'intersettorialità e l'integrazione degli interventi socio-sanitari nell'ambito territoriale di riferimento;
- garanzia della continuità assistenziale per la *long-term care*;
- ambito di espressione del governo clinico per le funzioni territoriali.

In relazione alle UTAP, invece, il panorama del SSN offre limitatissime esperienze. Tra queste forse la più evoluta è quella di Zugliano (Veneto)[2]. Le UTAP sono definite come "*presidi integrati per le cure primarie, formati dall'associazione di più medici convenzionati (Medici di Medicina Generale; Medici di Continuità Assistenziale; Pediatri di Libera Scelta; Specialisti convenzionati) che operino in una sede unica garantendo un elevato livello di integrazione tra la medicina di base e la specialistica e consentendo il soddisfacimento della più comune domanda specialistica di elezione*" (Conferenza Stato-Regioni del 29 luglio 2004). I principali obiettivi perseguiti mediante l'implementazione delle UTAP, sono:

- legame stretto con il distretto sanitario di riferimento, le strutture ivi presenti, l'ospedale e il responsabile di territorio presso l'ASL;
- riduzione dei ricoveri ospedalieri inappropriati;
- riequilibrio ospedale-territorio utile ad una redistribuzione delle risorse;
- coordinamento funzionale tra MMG, PLS e MCA;
- valutazione multidisciplinare della casistica e realizzazione di percorsi assistenziali personalizzati e integrati;
- integrazione socio-sanitaria;
- rappresentare il punto di riferimento territoriale attraverso l'intercettazione della domanda;
- realizzazione di reti telematiche e informatizzate per la condivisione dei dati.

[1] C. Romagnoli, P. Bellini; "Clinical Governance ed Equipe territoriali in Umbria"; Supplementi al num.13 di Monitor; Anno IV Num. 13 – 2005; ASSR, Roma; pagg. 138-144.

[2] R. Leonardi; Comune di Zugliano, Provincia di Vicenza; dicembre 2005. M.C. Ghiotto, C. Pertile, P. Cassiano, M. Saugo, R. Grasselli, P. Salvadori, M. Zenari, S. Caffi; "Le UTAP quali strumenti per modificare la tradizionale struttura dell'offerta di prestazioni sanitarie: il percorso per una concreta realizzazione".

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 362

Tabella 2 - *MMG in Associazione nelle tre forme previste (valore assoluto e percentuale) per regione*

Regioni	MMG Associazione Semplice		MMG Associazione di Gruppo		MMG Associazione in Rete		MMG Altro		MMG
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Piemonte	1.640	47	618	18	0	0	1.217	35	3.475
Valle d'Aosta	23	23	11	11	0	0	64	65	98
Lombardia	1.812	27	1.274	20	1.466	22	2.084	31	6.636
Bolzano-Bozen	*0*	*0*	*58*	*23*	*0*	*0*	*195*	*77*	*253*
Trento	*56*	*14*	*95*	*23*	*70*	*17*	*177*	*44*	*398*
Veneto	1.922	54	599	17	84	2	939	26	3.544
Friuli-Venezia Giulia	313	31	39	4	74	7	596	58	1.022
Liguria	348	25	478	34	188	13	399	28	1.413
Emilia-Romagna	358	11	835	26	1.104	34	973	30	3.270
Toscana	1.049	34	1.042	34	71	2	930	30	3.092
Umbria	240	31	271	35	35	5	220	29	766
Marche	492	38	424	33	112	9	253	20	1.281
Lazio	794	16	1.624	33	835	17	1.663	34	4.916
Abruzzo	229	21	219	20	279	25	384	35	1.111
Molise	131	47	14	5	17	6	117	42	279
Campania	804	18	656	14	1.657	36	1.469	32	4.586
Puglia	718	19	441	12	284	8	2.257	61	3.700
Basilicata	287	55	73	14	62	12	96	19	518
Calabria	679	43	192	12	69	4	632	40	1.572
Sicilia	820	21	177	4	497	13	2.475	62	3.969
Sardegna	605	43	222	16	76	5	503	36	1406
Italia	**10.137**	**27**	**7.404**	**20**	**4.681**	**13**	**15.222**	**41**	**37.444**

Riferimenti bibliografici

(1) Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei Rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8 del d.lgs. N. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni; art. 26.
(2) C. Cicioni, P. Giorgi, D. Seppoloni; "equipe territoriali e UTAP"; in P. Camboa, R. Rollo (a cura di) <<il distretto sanitario tra sviluppo e involuzione: esperienze, opinioni, e modelli a confronto>> ; P@aginae Edizioni, Lecce; i edizione, 2006.
(3) Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei Rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8 del d.lgs. N. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni; art. 54.
(4) V. Gigantelli; "Le UTAP: una risorsa o un vincolo per il distretto?"; in P. Camboa, R. Rollo (a cura di) <Il distretto sanitario tra sviluppo e involuzione: esperienze, opinioni, e modelli a confronto>> ; P@aginae Edizioni, Lecce; I Edizione, 2006.
(5) L. Covolo; "Le Unità Territoriali di Assistenza Primaria (UTAP)" ; Supplementi al num.13 di Monitor; Anno IV Num. 13 – 2005; ASSR, Roma; [pagg. 124-127].
(6) Ministero della Salute; Allegato alle Indicazioni progettuali ex Intesa 2 ottobre 2003: Delineazioni di una struttura di primaria asistenza nel territorio denominata "Unità primaria di Assistenza Territoriale - UTAP".

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 363

L'aziendalizzazione della sanità nei Rapporti OASI 2006 e 2007

Prof. Eugenio Anessi Pessina, Dott.ssa Elena Cantù

Contesto

L'Osservatorio sulla funzionalità delle Aziende Sanitarie Italiane (OASI) è lo strumento con cui, dal 1998, il Cergas-Bocconi realizza un monitoraggio costante del processo di aziendalizzazione della sanità italiana secondo l'impostazione propria dell'economia aziendale[1]. I risultati delle attività di ricerca di OASI vengono divulgati principalmente attraverso la pubblicazione di un Rapporto Annuale. In ogni Rapporto, alcuni capitoli sviluppano *ex novo* temi di particolare interesse e attualità; altri propongono riflessioni e aggiornamenti su temi già analizzati in precedenti Rapporti. Finora sono stati pubblicati sette Rapporti Annuali (dal 2000 al 2006); l'ottavo (Rapporto 2007) è in corso di pubblicazione. Questo approfondimento riassume i principali risultati del Rapporto 2006, integrandoli con alcune anticipazioni del Rapporto 2007. I Rapporti sono comunque disponibili sul sito www.cergas.unibocconi.it.

Metodi

Il Rapporto OASI è tipicamente articolato in cinque sezioni, ciascuna composta da più capitoli. La prima sezione («Quadro di riferimento») presenta un complesso di indicatori relativi alla struttura, alle risorse e alle attività del Servizio Sanitario Nazionale e dei singoli Servizi Sanitari Regionali. La seconda («Sistemi Sanitari Regionali») analizza le principali politiche regionali. Le altre tre («Assetti istituzionali e combinazioni economiche»; «Organizzazione»; «Rilevazione») approfondiscono l'adozione di logiche e strumenti manageriali da parte delle Aziende Sanitarie.
Gli strumenti di ricerca utilizzati variano da capitolo a capitolo e tipicamente comprendono l'analisi documentale, gli studi di casi singoli e comparati, la sistematizzazione e analisi quantitativa di dati, le *survey* mediante questionari e interviste a diversi soggetti regionali e aziendali.
Un contributo particolarmente importante nell'identificazione dei temi, nello svolgimento delle ricerche e nell'interpretazione dei risultati è garantito dal *Network OASI*, composto da circa 400 persone con posizioni di responsabilità nelle regioni e nelle aziende.

Risultati

Complessivamente, gli ultimi Rapporti OASI confermano le caratteristiche e le tendenze di fondo illustrate l'anno scorso, ma evidenziano anche alcuni nuovi elementi significativi. Di seguito si illustrano i punti principali.

Permanente dinamicità del sistema
Il SSN mostra un elevato tasso di innovazione manageriale, con una continua ricerca e sperimentazione di soluzioni non preconfezionate, ma disegnate per le specifiche esigenze locali. La dinamicità, peraltro, emerge con grande evidenza già dall'evoluzione dei dati di struttura e di attività nell'ultimo decennio: si pensi, per esempio, al numero di strutture di ricovero pubbliche ed equiparate; ai posti letto per degenza ordinaria e Day Hospital; al numero di strutture residenziali e semiresidenziali; alle giornate di degenza; al rapporto tra ricoveri in degenza ordinaria e Day Hospital; al peso medio dei ricoveri ordinari.

Ricerca dell'equilibrio economico-finanziario
Nel sistema resta centrale la preoccupazione per l'equilibrio economico-finanziario. Si conferma così il paradosso della politica sanitaria italiana, che è dominata dalle esigenze di contenimento della spesa sanitaria non tanto per l'entità della spesa stessa, che anzi è inferiore a quella di molti altri paesi, quanto per la situazione complessiva della finanza pubblica. Il Rapporto 2006, in particolare, segnala da un lato l'ampiezza dei disavanzi 2005 nonché la revisione in aumento di quelli pregressi, dall'altro le difficoltà di decollo del federalismo fiscale con le resistenze regionali all'aumento delle aliquote tributarie e il parziale ripiano dei disavanzi da parte dello Stato. Il Rapporto 2007 rileva come la centralità della questione economico-finanziaria sia stata ulteriormente enfatizzata, negli ultimi mesi, dai processi di predisposizione dei «piani di rientro» regionali.

Ingegneria istituzionale
A partire dal 2002 si sono ininterrottamente susseguiti numerosi interventi di «ingegneria istituzionale» in una triplice accezione (tabella 1): accorpamenti e scorpori di ASL e AO; introduzione di nuovi soggetti giuridici

[1] Per una breve illustrazione delle specificità e delle implicazioni dell'approccio aziendale, si veda l'analogo approfondimento contenuto nel Rapporto Osservasalute 2006, pagg. 283–289.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 364

(aziende ospedaliere universitarie, fondazioni, società della salute, enti per i servizi tecnico-amministrativi di area vasta, consorzi, società miste pubblico-privato); interventi sui meccanismi che legano le diverse aziende (programmazione, contrattazione, coordinamento a livello di «area vasta»). Innovazioni di natura istituzionale si rilevano anche all'interno delle aziende, per esempio con l'introduzione o il rafforzamento dei comitati di direzione e con la qualificazione del distretto quale articolazione del governo aziendale. Queste iniziative hanno diverse motivazioni: una visione delle riforme istituzionali come risposta per eccellenza a tutti i problemi di funzionamento; l'esigenza di integrare l'attività di aziende progressivamente specializzatesi; la ricerca di economie di scala; la volontà di rafforzare il ruolo di soggetti diversi dalla regione e principalmente degli enti locali e dei professionisti. Quest'ultimo punto, a sua volta, può trovare spiegazione, da un lato, nello spostamento dell'asse dei bisogni e dei servizi verso aree, quali cronicità e domiciliarità, che trovano nei contesti locali e nel collegamento con una complessa rete di servizi (anche non sanitari) la migliore forma di risposta; dall'altro, in alcune tendenze strutturali che hanno ulteriormente rafforzato il ruolo dei professionisti o che comunque richiedono una più stretta alleanza tra professionisti e azienda.

Tabella 1 - *Nuovi soggetti giuridici e interventi sui meccanismi che legano le diverse aziende per regione - Anni 2002-2007*

Regioni	Accorpamenti e scorpori di ASL e AO	Nuovi soggetti istituzionali o trasformazioni giuridiche	Iniziative sul piano dei meccanismi che legano le diverse aziende
Piemonte	Fusione per incorporazione in 7 nuove ASL di 16 delle 22 ASL esistenti. Il nuovo assetto del SSR piemontese prevede quindi 13 ASL (2006). Istituzione dell'ASO Ordine Mauriziano di Torino (2004).	Trasformazione in AO integrate con l'Università della AO San Giovanni Battista di Torino (Molinette), dell'AO di Novara e della AO San Luigi di Orbassano	Costituzione di quattro aree di coordinamento sovrazonale («Quadranti» o «Subaree») con compiti gestionali interaziendali, al fine di garantire la continuità assistenziale, il controllo dei livelli di domanda e l'integrazione delle rispettive attività. Attivazione di una Convenzione ex art. 15 L. 241/90 con funzioni di acquisto di beni e servizi sanitari e non, stoccaggio e movimentazione / logistica dei materiali.
Lombardia	Costituzione di due AO: Provincia di Lodi e Provincia di Pavia (2002). Trasformazione dell'AO Morelli di Sondalo nell'AO di Valtellina e Valchiavenna, con acquisizione dei presidi a gestione diretta dell'ASL di Sondrio (2003).	Trasformazione in fondazione degli IRCCS: Policlinico (Milano), San Matteo (Pavia), Istituto Nazionale Tumori. (Milano), Besta (Milano). Trasformazione in AO integrate con l'università delle AO Spedali Civili di Brescia, Fondazione Macchi, San Paolo, Sacco e San Gerardo di Monza. Costituzione delle Fondazioni di partecipazione: «San Pellegrino» per la gestione del presidio ospedaliero di Castiglione delle Stiviere; «Montecchi» per la gestione del presidio ospedaliero di Suzzara.	Contratti interaziendali per corresponsabilizzare ASL, AO e aziende private accreditate operanti nello stesso territorio.
Bolzano-Bozen	Accorpamento delle ASL di Bolzano, Merano, Bressanone e Brunico nell'Azienda Sanitaria Provinciale dell'Alto Adige (2007).		
Trento		Istituzione della Centrale Acquisti Mercurio per il negozio elettronico.	
Veneto		Trasformazione in AO integrate con l'Università dell'AO di Padova e dell'AO di Verona.	Istituzione di 5 «Aree Vaste» per l'accentramento di alcuni processi gestionali e servizi tecnico-amministrativi.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 365

Tabella 1 - (segue) *Nuovi soggetti giuridici e interventi sui meccanismi che legano le diverse aziende per regione - Anni 2002-2007*

Regioni	Accorpamenti e scorpori di ASL e AO	Nuovi soggetti istituzionali o trasformazioni giuridiche	Iniziative sul piano dei meccanismi che legano le diverse aziende
Friuli-Venezia Giulia		Trasformazione in AO integrata con l'Università dell'AO Ospedali Riuniti di Trieste. Creazione di un Ente regionale per la gestione centralizzata degli acquisti e dei servizi amministrativi (Centro Servizi Condivisi - CSC). Accorpamento dell'AOU di Udine e del Policlinico a gestione diretta di Udine e contestuale trasformazione della nuova azienda in AO integrata con l'Università.	Istituzione di tre «Conferenze di area vasta», quali sedi di concertazione delle strategie comuni alle ASL, alle AO, alle case di cura private accreditate, all'IRCCS e al Policlinico universitario che insistono nella stessa area.
Liguria		Trasformazione in AO integrata con l'Università dell'AO San Martino.	Istituzione di 3 «Aree Ottimali» con compiti di programmazione interaziendale e proposta di atti in materia di servizi amministrativi, di personale e di aggiornamenti tecnologici.
Emilia-Romagna	Accorpamento di tre ASL nell'Azienda USL di Bologna (2003).	Trasformazione in AO integrate con l'Università delle AO Policlinico S. Orsola Malpighi di Bologna, Arcispedale S. Anna di Ferrara, Policlinico di Modena e Ospedali Riuniti di Parma.	Individuazione di tre «Aree Vaste», le cui aziende dovranno coordinare strategie e processi di acquisto, nonché valutare l'opportunità di unificare la gestione del trattamento economico e delle procedure concorsuali per il personale.
Toscana		Istituzione di tre «Enti per i servizi tecnico-amministrativi di Area Vasta» (ESTAV) - Nord-Ovest, Centro, Sud-Est. Avvio di 18 Società della Salute. Trasformazione in AO integrate con l'Università delle AO Careggi, Pisana, Senese e Meyer.	Creazione di tre «Comitati di Area Vasta» con funzione di programmazione sanitaria e consolidamento dei bilanci.
Umbria		Istituzione di un consorzio tra le Aziende Sanitarie per la riorganizzazione delle funzioni tecnico-amministrative. Il consorzio si occuperà di gestione integrata di funzioni tecnico amministrative in materia di Sanità Pubblica.	
Marche	Creazione dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale (2003). Fusione per incorporazione nell'AO Umberto I di altre due AO (2003).		Creazione di cinque «Aree Vaste» per l'accentramento dei servizi logistici e amministrativi.
Lazio		Trasformazione in AO integrata con l'Università dell'AO S. Andrea di Roma.	
Molise	Creazione dell'Azienda Sanitaria Regionale Molisana (2005).		

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 366

Tabella 1 - (segue) *Nuovi soggetti giuridici e interventi sui meccanismi che legano le diverse aziende per regione - Anni 2002-2007*

Regioni	Accorpamenti e scorpori di ASL e AO	Nuovi soggetti istituzionali o trasformazioni giuridiche	Iniziative sul piano dei meccanismi che legano le diverse aziende
Campania		Trasformazione in AO universitarie integrate con il SSN dell'Azienda Universitaria Policlinico e del Policlinico Federico II di Napoli. Trasformazione in Fondazione dell'IRCCS Pascale. Trasformazione in AO integrata con l'università dell'AO San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona.	
Puglia	Soppressione di 4 AO con riaccorpamento dei relativi presidi nelle ASL (2002). Cambiamento di denominazione dell'ASL BA/1, che diviene ASL BAT (Barletta-Andria-Trani) (2006). Fusione per incorporazione in 3 nuove ASL di 9 delle 12 ASL esistenti. Il nuovo assetto del SSR pugliese prevede quindi 6 ASL (2006).	Trasformazione in AO integrate con l'Università delle AO Ospedali Riuniti di Foggia e Policlinico di Bari. Ipotesi di trasformazione in Fondazioni degli IRCCS di diritto pubblico «Oncologico» di Bari e «Saverio De Bellis» di Castellana Grotte (BA).	
Calabria	Fusione per incorporazione in 3 nuove ASL di 9 delle 11 ASL esistenti (2006). A regime, il nuovo assetto del SSR calabrese comprenderà quindi 5 ASL (il processo non si è ancora concluso e le ASL sono attualmente 6).	Trasformazione in AO integrata con l'Università dell'AO Mater Domini.	
Sicilia		Trasformazione dei tre Policlinici Universitari a gestione diretta in Aziende Ospedaliere Universitarie integrate con il SSN.	
Sardegna			Ipotesi di costituzione di conferenze provinciali.

Fonte dei dati e anno di riferimento: OASI. Anni 2006, 2007.

Regionalizzazione

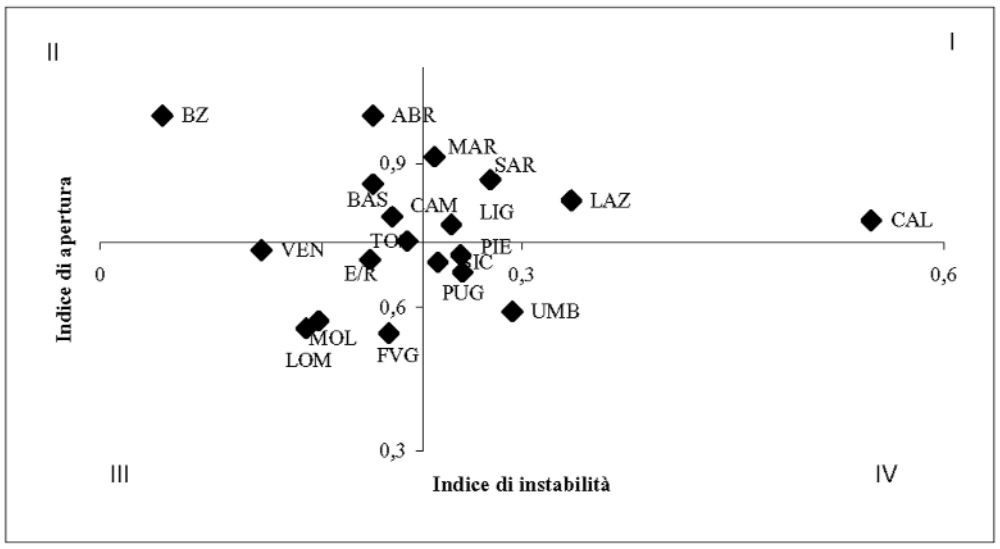
Il SSN manifesta caratteri sempre più spiccati di regionalizzazione, nella duplice accezione di differenziazione interregionale e di accentramento a livello regionale di decisioni strategiche e funzioni amministrative. Nei Rapporti 2006 e 2007 la differenziazione interregionale emerge, per esempio, dalle modalità di copertura dei disavanzi; dai tassi di *turnover* dei direttori generali; dai sistemi di accreditamento in termini di tempistica della progettazione e dell'implementazione, di caratteristiche ed estensione del sistema, di effettiva entrata a regime; dal peso e dalle caratteristiche delle strutture private accreditate; dai sistemi di finanziamento delle aziende in termini di estensione del «quasi-mercato» e di investimenti sul sistema tariffario per renderlo un efficace strumento di guida dei comportamenti; dai modelli di *long-term care* per anziani non autosufficienti; dalle linee guida regionali su contabilità analitica e *risk management*; dalla frequenza e dalle modalità del ricorso alle «sperimentazioni gestionali»; dalle caratteristiche degli accordi integrativi regionali per la medicina generale; dall'incidenza della spesa farmaceutica e dalla determinazione della regione ad accompagnare con proprie iniziative le misure di contenimento nazionali; dai percorsi di sviluppo della centralizzazione degli acquisti e dai correlati assetti istituzionali e organizzativi. Il grafico 1 esemplifica il tema raffigurando la diversa propensione delle regioni a sostituire i DG (indice di instabilità) e ad assegnare i nuovi incarichi a persone esterne anziché a far ruotare i DG tra le diverse aziende (indice di apertura)[2].

[2]L'indice di instabilità del sistema regionale è il rapporto tra il numero effettivo di mutamenti dei DG che si sono realizzati nella regione e il numero di mutamenti teoricamente possibili, dove quest'ultimo è dato dal prodotto tra numero di aziende esistenti all'interno della regione in ogni anno considerato e numero di anni considerati meno uno. Tale indice varia in un intervallo compreso tra zero e uno, estremi inclusi: un sistema è perfettamente o quasi stabile quando l'indice è pari o tende a zero; è perfettamente o quasi instabile se lo stesso indice è pari o tende a uno. Se l'indice è pari a zero la regione non ha mai cambiato alcun DG; se l'indice è pari a 1 ogni azienda ha cambiato DG ogni anno. L'indice di apertura del sistema regionale è dato dalla differenza tra il numero di persone che hanno ricoperto la carica di DG in una o più aziende della regione nel periodo 1996-2007 e il numero massimo di aziende presenti nella regione nel corso degli anni, divisa per il numero di cambiamenti effettivi di DG nelle aziende della regione nel periodo considerato. L'indice varia in un intervallo compreso tra zero e uno: un sistema regionale viene definito perfettamente o quasi aperto se l'indice è pari o tende a uno, ossia se prevale la tendenza a nominare persone esterne; invece viene definito chiuso se l'indice è pari o tende a zero, ossia se prevale la tendenza a far ruotare i DG fra le aziende della stessa regione.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 367

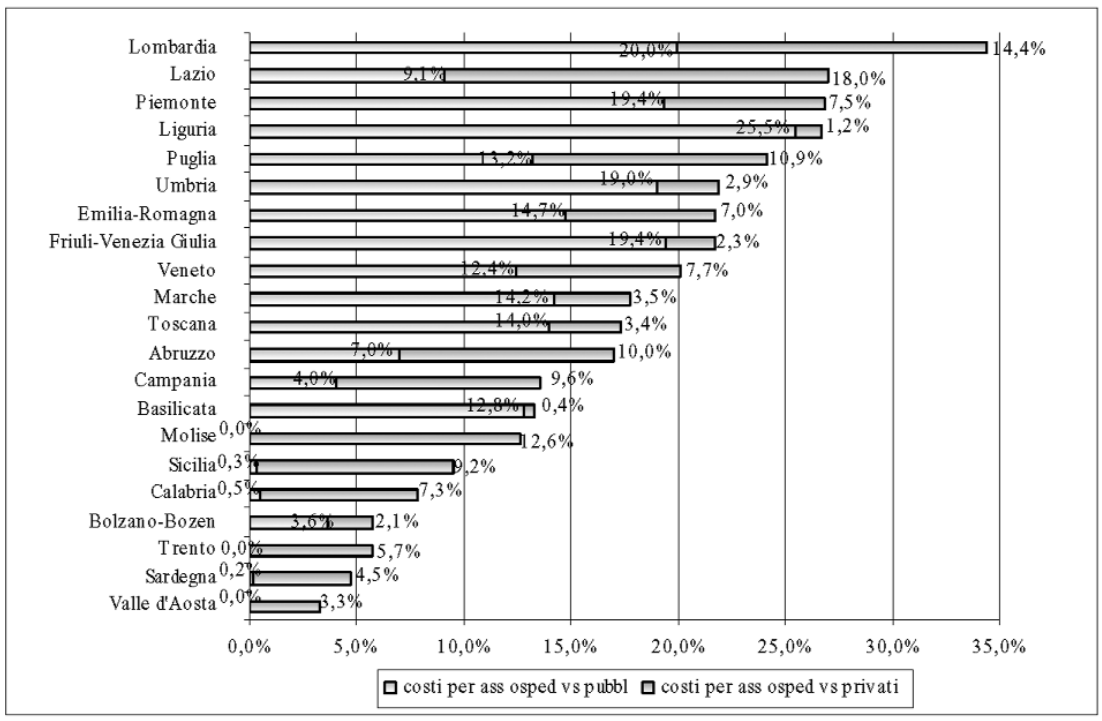
Il grafico 2 presenta invece, per ogni regione, l'incidenza (sul totale dei contributi dal Fondo Sanitario Regionale - FSR) dei costi sostenuti dalle ASL per remunerare le prestazioni ospedaliere erogate a propri residenti da altri soggetti pubblici e privati accreditati della regione: ciò evidenzia la diversa rilevanza che le regioni attribuiscono al meccanismo tariffario come sistema di riparto del FSR.

Grafico 1 - *Matrice di mobilità dei Direttori Generali. Posizionamento in base agli indici di instabilità e di apertura - Anni 1996-2007*



Fonte dei dati e anno di riferimento: OASI. Anno 2007.

Grafico 2 - *Incidenza sui contributi da FSR dei costi di mobilità passiva per assistenza ospedaliera verso strutture pubbliche e private - Anno 2005*



Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni OASI su modelli CE. Anno 2007.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 368

L'accentramento regionale, d'altra parte, si rileva per esempio dall'ampia diffusione, nei sistemi regionali di finanziamento, di tetti o target di volume o di spesa per prestazioni tariffate; dalla riappropriazione da parte della regione di alcune decisioni strategiche quali appunto la negoziazione dei tetti per le strutture private accreditate; dalle scelte di centralizzazione degli approvvigionamenti e di altre funzioni amministrative; dall'importanza attribuita, in molte Linee Guida regionali per la contabilità analitica, alla produzione di flussi informativi metodologicamente omogenei verso la regione; dalla citata creazione di ASL uniche regionali. Cominciano peraltro a manifestarsi fenomeni o comunque richieste di recupero di omogeneità a livello nazionale con riferimento, per esempio, alla normativa contabile, ai sistemi di accreditamento, ai sistemi tariffari. Paradossalmente, inoltre, l'accentramento regionale si rivela assente proprio in alcune situazioni dove sarebbe indispensabile. La finanza, per esempio, è una funzione tipicamente accentrata a livello di *corporate* o di *holding*; a maggior ragione ciò pare opportuno nella Sanità Pubblica, dove per evidenti ragioni storiche le competenze sono molto limitate; eppure nella maggior parte dei casi le aziende hanno proceduto in ordine sparso, senza un adeguato supporto regionale nella definizione delle strategie finanziarie e nella strutturazione delle operazioni.

Differenziazione interaziendale e spazi di autonomia per le aziende
Malgrado la regionalizzazione, le aziende sembrano mantenere un elevato livello di autonomia. Ciò conferma come molte variabili chiave restino sotto il controllo delle singole aziende e come il loro efficace utilizzo continui a dipendere, anche se non esclusivamente, dalle capacità manageriali interne alle aziende stesse. Nei Rapporti 2006 e 2007, la differenziazione interaziendale, anche all'interno della stessa regione e anche in presenza di specifiche indicazioni regionali, emerge da tutti i capitoli che presentano l'adozione di strumenti manageriali da parte delle aziende: per esempio contenuti, destinatari e processi di elaborazione e comunicazione delle forme innovative di rendicontazione sociale; scelte, modalità di adozione e impatti dei sistemi ERP; modalità e conseguenze del ricorso al *project finance*; politiche retributive; caratteristiche degli «ospedali di insegnamento» in termini di sistemi di *governance*, assetti organizzativi, relazione tra attività di didattica, ricerca e assistenza. È chiaro però che, nel lungo periodo, l'effetto combinato di vincoli economico-finanziari, ingegneria istituzionale e accentramento regionale potrebbe minare significativamente l'autonomia aziendale.

Diffusione e consolidamento dei sistemi gestionali
Oltre all'elevato tasso di innovazione manageriale, va segnalato come molte aziende si stiano dimostrando sufficientemente mature da tornare sui propri passi per correggere e consolidare soluzioni inizialmente progettate e/o realizzate in modo inefficace. In questo senso va, per esempio, la scelta di alcune aziende di individuare posizioni dedicate a garantire il necessario collegamento tra strategie e attività operative e quindi a superare l'inerzia organizzativa (tipico è il caso dell'affiancamento al direttore di dipartimento di un «responsabile dei servizi sanitari»).

Ampliamento della gamma di strumenti manageriali
La fase iniziale del processo di aziendalizzazione si era fisiologicamente focalizzata su pochi e precisi strumenti manageriali (in particolare i sistemi di programmazione e controllo), finendo però per sovraccaricarli di finalità. Nel tempo le aziende hanno, quindi, ampliato il portafoglio degli strumenti, correlandoli a specifici fabbisogni di governo. Nei Rapporti 2006 e 2007 si trovano così riferimenti a *risk management*, *outsourcing*, *project finance*, sperimentazioni gestionali, revisione degli assetti tecnico-logistici delle strutture ospedaliere in base all'intensità di cura, protocolli diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA) e governo clinico, pianificazione e gestione strategica, politiche retributive, forme di lavoro atipiche, bilancio sociale, soluzioni informatiche orientate all'integrazione delle aree amministrativo-contabile e clinica.

Impiego limitato o inappropriato degli strumenti
In molti casi non vi è però ancora piena corrispondenza tra la presenza formale dei sistemi di gestione e la loro effettiva utilizzazione per migliorare le decisioni e le operazioni aziendali. Il problema, in altri termini, non è più tanto l'introduzione di strumenti manageriali nelle aziende, né la sensibilizzazione culturale agli obiettivi di efficacia ed efficienza, quanto la qualità dei sistemi stessi, la consapevolezza e la ragionevolezza delle finalità che con la loro adozione si vogliono raggiungere, quindi la loro effettiva capacità di incidere sui processi decisionali. I Rapporti 2006 e 2007 evidenziano questo limite, per esempio, con riferimento alla rendicontazione sociale (caratterizzata da un elevato rischio di isomorfismo) e alla pianificazione strategica (spesso debole nell'analisi del quadro di contesto e nelle politiche di implementazione). In una prospettiva parzialmente diversa, il Rapporto segnala inoltre le difficoltà che le Aziende Sanitarie pubbliche incontrano nell'impostazione equilibrata delle relazioni di *outsourcing* e di *project finance*.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 369

Conclusioni

In conclusione, il «modello aziendale» in sanità può dirsi ormai sufficientemente consolidato e così le singole aziende, malgrado l'instabilità prodotta dalle tensioni finanziarie, dagli interventi (avviati, decisi o anche solo ipotizzati) di ingegneria istituzionale, dalle tentazioni centralistiche di alcune regioni, dall'eccessivo *turnover* dei direttori generali (nel periodo 1996-2007 ogni DG è rimasto mediamente in carica in una data azienda per 3 anni e 8 mesi, con medie regionali < 3 anni per Lazio e Umbria e < 2 anni in Calabria; il 41% delle persone che hanno ricoperto l'incarico di DG sono rimaste in carica, in una o più aziende, per un massimo di 2 anni). Vi sono però alcuni temi critici che le aziende e i loro dirigenti dovranno saper affrontare.

Una prima criticità è la crescente *pluralità del sistema e permeabilità dei confini aziendali*, che si manifesta sotto almeno quattro profili: (i) molteplicità degli *stakeholder* che si vedono formalmente riconoscere, o che comunque richiedono, il diritto a incidere sulle scelte delle Aziende Sanitarie pubbliche, spesso peraltro senza doversi far carico delle conseguenze finanziarie; (ii) molteplicità dei soggetti che tramite le sperimentazioni gestionali, l'*outsourcing* e gli strumenti di finanza innovativa concorrono all'erogazione delle prestazioni di tali aziende; (iii) molteplicità dei meccanismi istituzionali e gestionali di coordinamento tra diverse ASL e AO; (iv) molteplicità degli altri soggetti pubblici e privati che forniscono prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, nell'ambito non solo dell'assistenza ospedaliera, ma anche e soprattutto di quella territoriale. In questa situazione, il direttore generale diventa sempre meno il «capo dell'azienda» e sempre più un «gestore di relazioni». Sorge quindi la necessità di adeguare le strutture e i meccanismi gestionali al mutato contesto.

Un secondo tema critico, strettamente collegato al primo, concerne l'opportunità di rivalutare criticamente le iniziative di *outsourcing* e *project finance*, che in molti casi non sembrano aver garantito appieno i benefici attesi, anche perché attuate senza un'attenta valutazione di costi, rischi, benefici e condizioni di successo per l'azienda pubblica. D'altra parte, va riconosciuto che tali iniziative sembrano spesso costituire per le aziende una scelta di fatto obbligata.

La terza criticità concerne la *gestione del personale*. Più specificamente si possono segnalare tre fabbisogni prioritari: (i) correlare in modo più diretto i contributi che le persone offrono all'azienda con i riconoscimenti che ricevono; (ii) sviluppare un *middle management* che garantisca il collegamento tra formulazione strategica e quotidianità operativa e che permetta agli strumenti manageriali di incidere effettivamente sulla gestione; (iii) coinvolgere maggiormente i professionisti e accrescerne i livelli di soddisfazione, senza peraltro sacrificare la funzionalità aziendale.

Molto promettente come strumento di coinvolgimento dei professionisti, ma sufficientemente rilevante da meritare una trattazione a sé come quarto tema critico, è la crescente attenzione verso *l'analisi e la riprogettazione dei processi aziendali*, ossia delle modalità operative di base delle aziende. Il processo di aziendalizzazione si è inizialmente focalizzato sui sistemi di programmazione e controllo, nella speranza che le unità organizzative, opportunamente stimolate, procedessero alla revisione dei propri processi per meglio contribuire al perseguimento delle finalità aziendali. In una seconda fase è stata ridisegnata l'architettura stessa delle unità organizzative (per esempio con la creazione dei dipartimenti), per renderla più coerente con le finalità e le caratteristiche delle singole aziende. Più recentemente l'attenzione si è spostata sugli assetti istituzionali in termini di ridefinizione delle aziende, delle loro relazioni e dei loro organi di governo. Ciò che accomuna queste tre fasi è il tentativo di incidere sul «cuore» dell'azienda (i processi di produzione ed erogazione dei servizi sanitari) per via indiretta, intervenendo sugli elementi «sovraordinati» o «di contorno» (i sistemi operativi, la struttura organizzativa, l'assetto istituzionale). Dai Rapporti 2006 e 2007 emergono invece alcune iniziative di intervento diretto sui processi assistenziali, per esempio attraverso la ridefinizione degli spazi ospedalieri in base al criterio dell'intensità assistenziale o la definizione di percorsi diagnostici terapeutici e assistenziali (PDTA) con finalità di governo clinico e di controllo dei rischi.

Considerata la difficile situazione finanziaria che condiziona la maggior parte delle regioni e delle aziende, infine, un quinto tema critico resta ovviamente quello del «rientro» o comunque della *«tenuta» sul piano strettamente economico-finanziario*.

Per completare il quadro si possono infine citare tre elementi che per molti aspetti trascendono la singola azienda e investono il sistema nel suo complesso, ma che dovranno in futuro ricevere particolare attenzione. Si tratta della valutazione degli outcome, per spostare almeno in parte il dibattito dai mezzi ai fini; del finanziamento e della gestione delle diverse forme di innovazione (tecnologica, organizzativa, assistenziale ecc.), per fronteggiare la forte dinamicità del sistema; del governo dell'assistenza territoriale, destinataria di quote crescenti di risorse, ma finora, rispetto all'assistenza ospedaliera, meno conosciuta e meno esposta alle logiche e agli strumenti manageriali.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 370

Indicatori di appropriatezza temporale (liste di attesa per ricoveri chirurgici di elezione)

Prof.ssa Angela Testi, Dott.ssa Elena Tanfani

Contesto

È ormai assodato che la definizione di appropriatezza comprenda anche una dimensione temporale. Il d.p.c.m. 16.04.02 (1) contiene un allegato sui criteri di priorità e sui tempi massimi di attesa che integra la definizione dei livelli di assistenza sanitaria garantiti dal Servizio Sanitario Nazionale (d.p.c.m. 29.11.01). Il tempo di erogazione costituisce, pertanto, una delle caratteristiche fondanti dei Livelli Essenziali di Assistenza: la prestazione, oltre a essere appropriata dal punto di vista clinico e organizzativo, deve anche essere erogata al tempo "giusto". Su che cosa si debba intendere per tempo "giusto", è intervenuta la Conferenza Stato-Regioni (CSR). Inizialmente (2) si sono definiti tempi massimi per classi di pazienti sulla base di esperienze internazionali, in particolare del Canada (3, 4), della Nuova Zelanda (5, 6) e dell'Australia (7). Con riferimento ai ricoveri chirurgici, si sono stabilite 4 classi con tempi massimi rispettivamente 30, 60, 180 e 360 giorni. L'inserimento nella classe di urgenza avviene al momento dell'inserimento in lista per il ricovero di elezione, secondo alcuni criteri oggettivi consistenti nella valutazione dell'aggravamento dello stato clinico, del dolore e della disfunzione o disabilità (tabella 1).

Tabella 1 - *Tempi massimi garantiti per i ricoveri chirurgici di elezione per classi di urgenza*

Classi di urgenza[1]	Valutazione clinica	Tempo massimo garantito
A	Potenziale rapida progressione di malattia condizionante la prognosi per il ritardo	30 giorni
B	Presenza di gravi sintomi, dolore o disabilità ma non rapida progressione di malattia condizionante la prognosi per il ritardo	60 giorni
C	Presenza di moderati sintomi, dolore o disabilità ma non rapida progressione di malattia condizionante la prognosi per il ritardo	180 giorni
D	Presenza di minimi sintomi, dolore o disabilità ma non rapida progressione di malattia condizionante la prognosi per il ritardo	360 giorni

[1] Nella sperimentazione effettuata dalla classe A sono stati definiti i pazienti con "Evidente rapida progressione di malattia condizionante la prognosi per il ritardo", costituendo una quinta classe, con un tempo massimo di trattamento pari a 8 giorni.

L'assegnazione, pertanto, è basata sulle caratteristiche complessive del paziente, qualunque ne sia la diagnosi. Non è la patologia quanto piuttosto la criticità della situazione del paziente a determinare il tempo di attesa massimo per la risposta garantito come LEA. Più recentemente (26/03/06) la CSR prescrive che dall'1 gennaio del 2007 le regioni garantiscono l'inserimento nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) di due nuovi campi: data di prenotazione e classe di priorità". Questo secondo intervento dovrebbe permettere di acquisire i dati per verificare se effettivamente sono garantiti i livelli di appropriatezza temporale per quanto riguarda i ricoveri chirurgici di elezione, aspetto che nella realtà sembra, invece, essere uno dei più critici. Per rendere operativo questo monitoraggio, peraltro, mancano ancora due passaggi fondamentali: i) come assicurare che tali tempi siano rispettati; ii) come misurare l'appropriatezza temporale, ossia quali siano gli indicatori più adatti ai quali riferirsi per misurarne gli scostamenti.

A questi due aspetti è destinato il presente approfondimento che riprende i risultati del progetto SWALIS (*Surgical Waiting List Infosystem*) "Liste d'attesa per prestazioni chirurgiche: sperimentazione di sistemi per la loro gestione", progetto di Ricerca Sanitaria (art.12 D.Lgs. 502/92 e art.12/bis D.Lgs.229/99), che ha sviluppato un evoluto modello di gestione e monitoraggio delle liste di attesa per ricovero chirurgico elettivo, successivamente sperimentato e validato attraverso un sistema computerizzato in rete nel contesto dell'Azienda Ospedale Università San Martino di Genova.

Metodi

Lo scopo di un sistema di indicatori per misurare l'appropriatezza temporale consiste nel verificare se e in che misura i pazienti nelle stesse condizioni ricevano lo stesso trattamento (equità orizzontale), se i pazienti con diverso bisogno ricevano diversi trattamenti (equità verticale) e se le risorse esistenti siano utilizzate al meglio (efficienza allocativa). La maggiore difficoltà consiste nel rendere tra loro omogenei i pazienti in lista che differiscono sotto due aspetti: i) la classe di urgenza loro assegnata; ii) il tempo che hanno già trascorso in lista. Occorre, inoltre, che gli indicatori siano specificati in modo da misurare le diverse dimensioni della *performance* (efficienza, equità) e, infine, tenere conto contemporaneamente dei pazienti ancora in lista e di quelli che già

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 371

sono stati ricoverati. La metodologia proposta per definire il sistema di indicatori della tabella 2 ha riguardato i seguenti aspetti:
1. definizione di pesi relativi per rendere tra loro equivalenti i tempi di attesa dei pazienti (urgenza vs priorità);
2. distinzione tra efficienza della gestione della lista ed equità di trattamento dei pazienti (efficienza vs equità);
3. integrazione delle informazione storiche con quelle rilevate nel giorno indice (indicatori retrospettivi vs indicatori *cross section*).

1. *Urgenza vs priorità*. Per calcolare la *performance* delle liste di attesa non è sufficiente conoscere per ciascun ricovero la data di prenotazione e la classe di urgenza, come previsto dalle disposizioni della CSR, ma occorre anche definire un sistema di pesi relativi (priorità) che consenta di rendere tra loro omogenei i pazienti. Per comprendere il significato dei pesi proposti, occorre avere ben chiara la distinzione fra “urgenza" e "priorità". Al momento dell’inserimento in lista, ogni paziente è valutato a sé, confrontandolo con uno standard clinico individuale (dolore, potenziale aggravamento, ecc.) e assegnato a una classe di urgenza. Questa valutazione consiste nel quantificare il bisogno soggettivo di ciascun paziente in una misura oggettiva e assoluta di urgenza, rispetto a criteri predefiniti. Soltanto in un secondo momento, quando si tratta di mettere insieme l’urgenza di ogni singolo paziente, con le risorse a disposizione, intervengono considerazioni di priorità (8). Nel primo momento, quando ai pazienti si assegna la classe di urgenza, le considerazioni di priorità devono rimanere fuori dal discorso, perché il bisogno non deve essere determinato dalle condizioni di offerta (9): interpretare l’urgenza come diritto alla priorità potrebbe, anzi, essere fuorviante perché questo significherebbe che tutti coloro di classe A debbano avere precedenza sugli altri, il che ovviamente non è vero.
Le priorità entrano in gioco in un secondo momento, quando le urgenze oggettive dei diversi pazienti entrano in competizione fra loro rispetto alle risorse “scarse”. Definire la priorità significa definire chi ammettere per primo al trattamento fra pazienti fra loro eterogenei in quanto a urgenza e data di prenotazione. È il momento rilevante per la verifica dell’appropriatezza, se cioè la prestazione sia effettuata al tempo “giusto” per quel particolare paziente. L’ipotesi cruciale che permette di definire le priorità è assumere che il tempo di attesa scorra con velocità diverse a seconda dell’urgenza con cui un paziente entra in lista: un giorno trascorso in attesa da un paziente di classe A appare molto più “lungo” o “pesante” di un giorno di attesa vissuto da un soggetto in classe D. Vale 1/30 del tempo massimo a disposizione, mentre per il secondo paziente vale 1/360. Ne consegue che per un paziente di classe A è come se ciascun giorno effettivo valesse 12 volte un giorno passato in attesa da pazienti di classe D (tempo massimo 360 giorni). Questo raffronto fra i tempi massimi di ciascuna classe di urgenza consente di determinare i coefficienti di priorità relativa che consentono di trasformare il tempo effettivo in tempo "equivalente", sulla base del quale si determina l'ammissibilità al trattamento. L’ordine con cui i pazienti vengono ammessi al trattamento dovrebbe infatti rispecchiare non quanto ciascun paziente ha aspettato in assoluto, ma quanto ciascuno ha consumato del proprio tempo massimo. Soltanto in questo modo un paziente con una urgenza bassa che ha già aspettato molto diventa prioritario rispetto a chi, più grave, si è appena iscritto in lista. Il tempo “equivalente” così calcolato moltiplicando il tempo di attesa effettivo per il coefficiente di priorità relativa (pesi per rendere omogenei tra di loro pazienti di diversa urgenza) è anche una misura del “bisogno clinico” del paziente, variabile nel tempo (10).

2. *Efficienza vs equità*. Avere a disposizione contemporaneamente valori effettivi e valori "equivalenti” consente di misurare i principali aspetti di efficienza ed equità delle liste di attesa. Il tempo equivalente "totale" di tutti i pazienti in lista misura l'efficienza totale del sistema di gestione delle liste. L’efficienza produttiva di ogni singola unità operativa aumenta quando, a parità di risorse, viene soddisfatto un maggior ammontare di “bisogno”, misurato dal tempo equivalente. Questo significa che il numero dei pazienti in lista non cambia, ma che vengono trattati tutti coloro che hanno più “bisogno” nel momento in cui c’è un posto libero in sala operatoria: a parità di input, l’output è più complesso. La disponibilità di indicatori basati su valori equivalenti, inoltre, consente di misurare anche i criteri di allocazione delle sale operatorie fra le unità operative. In questo caso, infatti, piuttosto che basarsi semplicemente sul numero di persone in attesa, si può calcolare un indicatore di “urgenza della lista”, dato dal numero di pazienti in lista pesati per il corrispondente coefficiente di priorità relativa. L’equità del sistema di gestione delle liste può essere verificata in due modi. I valori equivalenti permettono di controllare la cosiddetta equità orizzontale, ossia se a uguale bisogno corrisponda uguale trattamento. Una soluzione equa si ha quando al momento del ricovero ciascun paziente, indipendentemente dalla sua classe di urgenza, presenta un uguale tempo di attesa equivalente. Gli indicatori calcolati su valori effettivi, invece, permettono di calcolare indicatori di equità verticale, ossia verificare se a bisogni diversi vengano date risposte diverse. I cosiddetti “indici di rispetto della urgenza per classe”, calcolati sui tempi effettivi misurano infatti separatamente per ogni classe, la percentuale di coloro per i quali è rispettato il corrispondente tempo massimo.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 372

3. *Indicatori sui ricoveri (retrospettivi) vs indicatori sulla lista (cross section)*. Gli stessi indicatori possono assumere significati diversi a seconda delle modalità di rilevazione, ossia se vengano calcolati sui ricoveri o sulle liste. Nel primo caso, si parla di indicatori *cross section*, che di fatto sono "istantanee" prese in momenti diversi (giorni indice). Misurano da quanto stanno aspettando coloro che in quel istante sono iscritti in lista, indipendentemente dalla data di prenotazione. Hanno lo svantaggio di non tenere conto di quanto i pazienti dovranno ancora attendere e devono essere letti con cautela su periodi più ampi a meno che la lista non sia piuttosto stabile nel tempo. Il metodo retrospettivo consiste invece, nel misurare il tempo di attesa di tutti coloro che sono stati ricoverati in un periodo prefissato (ad esempio nell'ultimo mese). Si perde, tuttavia, l'informazione su quanti sono attualmente in attesa in un certo momento e su quanti sono usciti dalla lista prima di arrivare al ricovero. Rispetto agli indicatori *cross section*, che richiedono per il loro calcolo un supporto informatico, gli indicatori retrospettivi si calcolano immediatamente dalle SDO, sempre che siano stati compilati i due nuovi campi richiesti dalla CSR (data di prenotazione e classe di urgenza). Si noti che anche l'indicatore di "rispetto della urgenza", calcolato su valori "effettivi" può essere retrospettivo o *cross section*: nel primo caso indica in che misura il tempo di erogazione delle prestazioni è stato appropriato nel periodo in osservazione, mentre nel secondo si riferisce alla situazione della lista di attesa al momento del giorno indice.

Tabella 2 - *Indicatori proposti per misurare l'appropriatezza temporale*

Indicatori	Unità misura	Gruppo	Metodo retrospettivo "sui ricoveri"	Metodo cross-section "sulla lista"
TEMPO ATTESA	Valori effettivi	Per classe e sul totale	Tempo di attesa dei ricoveri effettuati in un determinato periodo T precedente.	Tempo di attesa dei pazienti ancora in lista al momento giorno indice.
- Totale **- Medio** **- Minimo** **- Massimo** **- Mediano**	Valori equivalenti	Per classe e sul totale	Tempo di attesa dei ricoveri effettuati nel periodo T, pesati con il coefficiente di priorità relativa di ogni ricovero (uguaglianza dei tempi medi = INDICE DI EQUITÀ; tempo totale = INDICE DI EFFICIENZA).	Tempo di attesa dei pazienti in lista al momento del giorno indice di rilevazione, pesati con il coefficiente di priorità relativa di ogni paziente in attesa (tempo medio = "INDICE DI AMMISSIBILITÀ").
LUNGHEZZA LISTA	Valori effettivi	Per classe e sul totale	Media del numero di persone in lista di attesa durante un determinato periodo T.	Numero di persone in lista di attesa, al momento del giorno indice di rilevazione.
	Valori equivalenti	Per classe e sul totale	Media del numero di persone in lista durante il periodo di T, pesato con il coefficiente di priorità relativa di ogni paziente.	Numero di persone in lista di attesa, al giorno indice di rilevazione, pesato con il coefficiente di priorità relativa in lista ("INDICE DI URGENZA LISTA").
INDICE DI RISPETTO DELLA URGENZA (Tmax = 30,60,180,360 gg)	Valori effettivi	Per classe	Percentuale di ricoveri effettuati nel tempo max di attesa della classe di appartenenza, rispetto al totale di ricoveri appartenenti alla stessa classe e effettuati nel periodo di riferimento T (varia tra 100, max rispetto e 0).	Percentuale di pazienti in lista con tempi di attesa inferiori al tempo max della classe di appartenenza, rispetto al numero totale di persone della stessa classe in lista al giorno indice (varia tra 100, max rispetto e 0).

Risultati e Discussione

Non potendo usufruire fino a questo momento, e forse anche per il prossimo futuro di dati regionali ufficiali, gli indicatori proposti sono stati calcolati e validati durante la sperimentazione effettuata dalla Liguria nell'ambito del progetto SWALIS. Si tratta, a nostra conoscenza, del primo, e finora unico progetto che abbia applicato tali criteri, raccogliendo dati attraverso un sistema computerizzato in rete. Si noti che dalla prima classe di urgenza della CSR sono stati scorporati i ricoveri con una evidente rapida progressione di malattia (tumori) per i quali è stata creata la classe A1. La classe A della CSR è stata denominata A2.

Nelle tabelle 3 e 4 si riportano per brevità soltanto alcuni indicatori mensili per l'anno 2006, allo scopo di permettere una rapida verifica dell'andamento della lista di attesa con riferimento alle classi di priorità ed ai tempi massimi stabiliti dalla Conferenza Stato-Regioni. Dall'analisi degli indicatori appare evidente che la lunghezza della lista di attesa rimane grosso modo costante (nel caso sperimentato circa 100 persone, durante l'anno

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 373

di sperimentazione), come del resto ci si poteva aspettare perché la prioritizzazione della domanda non ha lo scopo di ridurre la lista di attesa ma di garantire a ciascuno di aspettare il tempo "giusto". La lista appare, inoltre, "pesante", circa un quarto dei pazienti andrebbero operati entro 8 gg; circa la metà entro 30 e l'altro quarto entro 60 gg; alcuni fino a 180 e 360 gg, ma sono la minoranza.

Tabella 3 - *Indicatori retrospettivi sui ricoveri per giorno indice*

Giorno indice	Ricoveri effettuati nel mese precedente						Tempo medio atteso						Indice rispetto urgenza					
	Tot	A1	A2	B	C	D	Tot	A1	A2	B	C	D	A1	A2	B	C	D
15/01/2006	51	4,00	18,00	23,00	6,00	0,00	91,50	7,50	60,39	86,26	211,83	0,00	0,50	0,44	0,17	0,33	0,00
19/02/2006	55	5,00	17,00	29,00	4,00	0,00	85,10	6,40	33,18	80,83	220,00	0,00	0,80	0,53	0,24	0,25	0,00
19/03/2006	47	2,00	16,00	23,00	6,00	0,00	64,84	0,00	25,25	55,43	178,67	0,00	0,00	0,69	0,65	0,67	0,00
16/04/2006	57	7,00	15,00	28,00	7,00	0,00	61,69	1,43	24,60	51,57	169,14	0,00	0,00	0,60	0,54	0,57	0,00
14/05/2006	47	9,00	17,00	18,00	3,00	0,00	67,54	14,22	29,06	68,22	158,67	0,00	0,11	0,41	0,39	0,67	0,00
11/06/2006	53	2,00	27,00	20,00	4,00	0,00	65,71	29,00	28,41	62,20	143,25	0,00	0,00	0,56	0,45	0,75	0,00
13/07/2006	59	2,00	20,00	34,00	3,00	0,00	73,23	3,50	30,20	64,21	195,00	0,00	0,00	0,60	0,50	0,67	0,00
18/09/2006	44	8,00	10,00	17,00	9,00	0,00	63,65	5,63	34,50	57,35	157,11	0,00	0,63	0,70	0,47	0,78	0,00
19/10/2006	54	3,00	14,00	28,00	8,00	1,00	103,43	55,67	29,14	73,07	132,25	227,00	0,00	0,86	0,43	0,88	0,00
16/11/2006	48	4,00	21,00	17,00	6,00	0,00	50,06	8,50	27,90	34,00	129,83	0,00	0,25	0,62	0,88	0,83	0,00
21/12/2006	55	4,00	28,00	22,00	1,00	0,00	22,89	6,50	25,11	46,95	13,00	0,00	0,75	0,82	0,73	0,00	0,00

Tabella 4 - *Indicatori cross section sulla lista per giorno indice*

Giorno indice	Lunghezza lista						Tempo medio atteso						Indice rispetto urgenza					
	Tot	A1	A2	B	C	D	Tot	A1	A2	B	C	D	A1	A2	B	C	D
15/01/2006	80,00	1,00	11,00	56,00	11,00	1,00	142,57	3,00	31,45	54,38	139,00	485,00	0,00	0,27	0,63	0,64	0,00
19/02/2006	79,00	0,00	16,00	51,00	11,00	1,00	173,90	0,00	16,63	31,24	127,73	520,00	0,00	0,88	0,82	0,73	0,00
19/03/2006	82,00	1,00	12,00	53,00	14,00	2,00	82,66	4,00	19,17	32,42	73,71	284,00	0,00	0,83	0,91	0,86	0,50
16/04/2006	91,00	2,00	18,00	55,00	14,00	2,00	81,09	9,50	14,89	31,47	37,57	312,00	0,00	0,83	0,85	0,00	0,50
14/05/2006	99,00	0,00	24,00	55,00	18,00	2,00	110,46	0,00	17,58	38,27	46,00	340,00	0,00	0,75	0,85	0,00	0,50
11/06/2006	100,00	0,00	20,00	57,00	21,00	2,00	121,40	0,00	17,70	42,47	57,43	368,00	0,00	0,75	0,75	0,00	0,50
13/07/2006	82,00	0,00	10,00	50,00	20,00	2,00	136,08	0,00	25,40	37,62	81,30	400,00	0,00	0,60	0,82	0,95	0,50
18/09/2006	71,00	3,00	15,00	39,00	12,00	2,00	137,81	40,67	23,73	56,64	101,00	364,00	0,67	0,80	0,62	0,92	0,50
19/10/2006	72,00	0,00	24,00	39,00	8,00	1,00	135,00	0,00	21,58	27,33	102,13	350,00	0,00	0,75	0,87	0,88	0,00
16/11/2006	88,00	2,00	25,00	53,00	7,00	1,00	125,00	1,00	21,52	31,36	103,00	325,00	0,00	0,68	0,91	0,86	0,00
21/12/2006	100,00	2,00	26,00	57,00	14,00	1,00	118,00	6,50	28,35	43,53	72,29	314,00	0,00	0,62	0,74	0,93	0,00

I risultati della sperimentazione dimostrano uno stupefacente incremento di equità: prima dell'applicazione del modello soltanto il 50% dei casi più gravi riusciva ad essere operato entro 8 gg e anche negli altri casi le cose non andavano Dopo un anno di applicazione, queste percentuali sono passate a 75%, 82% e 73% rispettivamente. Questo significa che circa tre pazienti su quattro riescono ad essere operati entro i tempi previsti dalle rispettive urgenze. Tutto questo si è potuto realizzare a parità di risorse, cioè senza aumentare né il personale né la disponibilità di sale operatorie, ossia a parità di costo. Il risultato appare significativo non soltanto in termini di equità ma anche in termini di efficienza. È ovvio che non è l'unico strumento per risolvere i problemi delle liste: ma è il primo passo, indispensabile, per poter verificare la compatibilità fra i fabbisogni e l'offerta di prestazioni.

Conclusioni

Al di fuori dei contenuti tecnici, quello che preme sottolineare è come la collaborazione multidisciplinare di medici e infermieri, ingegneri ed economisti abbia dimostrato come sia possibile applicare con successo i criteri di appropriatezza suggeriti dalla CSR. La disponibilità dei dati in tempo reale ha così aumentanto non soltanto l'efficienza del sistema, ma anche la sua equità e soprattutto la sua trasparenza. Chirurghi e infermieri possono facilmente interrogare il database e dare ai pazienti chiare informazioni riguardo la loro rispettiva posizione in lista e ritengono che il modello SWALIS sia uno strumento utile a pianificare i ricoveri, ridurre gli eccessi di attesa e le posticipazioni impreviste.

Riferimenti bibliografici

(1) D.p.c.m. 16 aprile 2002, Linee Guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa, Gazzetta Ufficiale 122 del 27.5.2002.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 374

(2) Conferenza Stato Regioni (2002), Modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste di attesa, Repertorio n.1488, 11 luglio 2002.
(3) Sanmartin C (2002a), Establishing Acceptable Waiting Times for Medical Service: A review of the evidence and proposed methods, Working Paper, Appendix G of the Final Report of the WCWL (Western Canada Waiting Lists): 373-408.
(4) Sanmartin C (2002b), Towards Standard Definitions of waiting Times for Health Care Service, Working Paper, Appendix G of the Final Report of the WCWL (Western Canada Waiting Lists): 337-372.
(5) Hadorn D, Holmes A (1997a), The New Zealand priority criteria project Part1:Overview, BMJ, 314: 131-134;
(6) Hadorn D, Holmes A (1997b), The New Zealand priority criteria project Part 2: Coronary artery bypass graft surgery, BMJ, 314: 135-140.
(7) Shiraev N, McGarry J (1996), Waiting List Reduction, Caring for Health Achievement of the NSW Government's Vision of Health, Sidney, NSW Health.
(8) Kee F., McDonald P., Kirwan J.R., Patterson C.C. and Love A.H.G. (1998). Urgency and priority for cardiac surgery: a clinical judgment analysis. British Medical Journal 316, 925-929.
(9) Culyer AG, Cullis JG (1976), Some Economics of Hospital Waiting Lists in the NHS, Journal of Social Policy, 5 (3): 239-64.
(10) Tanfani E., Testi A. (2004), L'appropriatezza "temporale" delle prestazioni sanitarie. Rapporto sanità 2004, Il Mulino, pp. 121-148.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 375

Diffusione del modello organizzativo dipartimentale nel Servizio Sanitario Nazionale: risultati di un'indagine empirica

Prof. Americo Cicchetti, Dott. Alessandro Ghirardini, Dott. Daniele Mascia, Dott.ssa Federica Morandi, Dott.ssa Anna Ceccarelli, Dott. Vincenzo Vigiliano, Dott.ssa Piera Poletti, Dott.ssa Rosetta Cardone, Dott. Giuseppe Murolo.

Contesto

Durante gli anni '90 il SSN è stato oggetto di un profondo ammodernamento volto a promuovere l'efficienza produttiva, l'efficacia e l'appropriatezza dei servizi sanitari attraverso l'introduzione di principi e strumenti di managerialità. Alcune delle riforme più recenti hanno agito soprattutto sul fronte degli assetti organizzativi delle Aziende Sanitarie, promuovendo l'introduzione di modelli di tipo dipartimentale.
La letteratura ha ampiamente analizzato la diffusione dei dipartimenti nel nostro paese (fra gli altri, Anessi Pessina e Cantù, 2000; 2002; Cicchetti e Baraldi, 2001; Anessi Pessina, Baraldi, Cicchetti et al., 2003; Cicchetti, 2004), ponendo attenzione soprattutto sull'adozione del modello dipartimentale, sulle caratteristiche del modello organizzativo e, più recentemente, sulla possibilità di realizzare attraverso esso il Governo Clinico. In queste ricerche è in ogni caso possibile riscontrare due limiti fondamentali. Da un lato, il modello dipartimentale è stato studiato assumendo come unità di analisi la singola azienda. Dall'altro, si riscontra un'attenzione soprattutto verso l'adozione formale di questo modello in sanità.
Il presente lavoro presenta i risultati preliminari di una *survey* condotta a livello nazionale volta ad analizzare, da un lato, le principali caratteristiche strutturali del modello dipartimentale nelle aziende e, dall'altro, il processo di dipartimentalizzazione nel nostro paese. Questo studio si differenzia dalle precedenti indagini poiché considera come unità di analisi il singolo dipartimento, studiando inoltre la realizzazione dei meccanismi operativi che consentono la funzionalità dell'assetto dipartimentale.

Metodi

Il Ministero della Salute in collaborazione con l'Università Cattolica del Sacro Cuore - Sede di Roma ha realizzato nel corso 2005 una *survey* con il proposito di mappare la operatività dipartimentale nelle Aziende Sanitarie in Italia. La ricerca è stata condotta mediante un questionario strutturato, articolato in 3 sezioni relative a: (i) informazioni anagrafiche dell'organizzazione, anno di istituzione dei dipartimenti, processo di cambiamento della struttura organizzativa; (ii) informazioni sull'assetto organizzativo del singolo dipartimento quali, ad esempio, numero di unità organizzative accorpate e criterio di aggregazione (strutturale, funzionale, aziendale, interaziendale); (iii) informazioni relative ai meccanismi operativi adottati nel dipartimento, con particolare attenzione all'attivazione degli strumenti per il governo clinico.
Il questionario, inviato a tutta la popolazione di Aziende Sanitarie presenti sul territorio nazionale (Aziende Ospedaliere, ASL, Policlinici Universitari, IRCCS), è attualmente disponibile sul sito web del Ministero della Salute (www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pagineAree_233_listaFile_itemName_1_file.doc).
I dati raccolti sono stati analizzati attraverso un'analisi statistica descrittiva con il supporto del software SPSS. Prima di procedere all'elaborazione dei dati, un panel di esperti si è occupato di riclassificare i dipartimenti in relazione alla natura delle unità organizzative accorpate.

Risultati e Discussione

La rilevazione ha riguardato 1.805 dipartimenti appartenenti a 233 strutture (67,5% del campione investigato). L'area Nord-Est presenta la *compliance* maggiore (88%), seguita dal Nord-Ovest (68%) e dal Centro (63%). L'area Sud ed Isole si caratterizza per il livello di *compliance* minore (58%). A livello nazionale, l'istituzione che ha attivato con maggiore frequenza il dipartimento risulta essere la ASL (52,7%), seguita dalle Aziende Ospedaliere (41,5%), dagli IRCCS (4,7%), e infine dai Policlinici Universitari (1,1%). Complessivamente, il modello dipartimentale è stato attivato con maggiore frequenza nelle regioni del Nord-Ovest (36,7), seguite da quelle del Nord-Est (25,1%) e del Centro (20,3%). Fanalino di coda, il Sud e le Isole (18%).
In tabella 1 è possibile analizzare la distribuzione dei dipartimenti in ragione della loro tipologia organizzativa, ottenuta in relazione alla natura delle unità organizzative accorpate. Dall'analisi della tabella è interessante osservare come oltre il 50 % dei dipartimenti clinici ricade nelle prime 5 tipologie (area medica, area chirurgica, DEA, patologia clinica e materno-infantile). Oltre a ciò si evidenzia la presenza a livello nazionale di 50 dipartimenti classificati e definiti come "Amministrativo e Tecnico" e di 9 dipartimenti di "Direzione Medica Ospedaliera". Si segnala anche la presenza di dipartimenti in cui le unità operative accorpate sono estremamente numerose ed eterogenee, definiti "Specialità miste", così come di 8 dipartimenti inseriti nella categoria "Altro", a fronte della non classificabilità secondo le categorie identificate. Ulteriore nota di attenzione meri-

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 376

tano i dipartimenti comprendenti una sola unità operativa (complessivamente 9) e, dunque, censiti come "Monounità".

Tabella 1 - *Distribuzione di frequenza dipartimenti per tipologia*

Dipartimenti	Frequenza	Percentuale	Percentuale cumulata
Area medica	262	15,0	15,0
Area chirurgica	243	13,9	28,9
DEA	160	9,2	38,1
Patologia clinica	155	8,9	47,0
Materno infantile	144	8,2	55,2
Diagnostica per immagini	123	7,0	62,3
Salute mentale	81	4,6	66,9
Cardiovascolare	70	4,0	70,9
Neuroscienze	60	3,4	74,3
Riabilitazione	54	3,1	77,4
Oncologia medica	50	2,9	80,3
Specialità miste	43	2,5	82,8
Oncologia medico chirurgica	38	2,2	84,9
Anestesia e rianimazione	34	1,9	86,9
Nefrourologia e dialisi	32	1,8	88,7
Ortopedia e traumatologia	28	1,6	90,3
Testa e collo	25	1,4	91,7
Farmacia	24	1,4	93,1
Pediatria	22	1,3	94,4
Geriatria	19	1,1	95,5
Trasfusionale	14	0,8	96,3
Malattie infettive	13	0,7	97,0
Ostetricia e ginecologia	12	0,7	97,7
Mono-unità	9	0,5	98,2
Gastroenterologia	9	0,5	98,7
Pneumologia	6	0,3	99,1
Dermatologia	4	0,2	99,3
Odontoiatria	2	0,1	99,4
Trapianti	2	0,1	99,5
Altro	8	0,5	100,0
Totale Dipartimenti clinici	**1.746**	**100,0**	**-**
Amministrativo e tecnico	50	84,7	84,7
Direzione Medica Ospedaliera	9	15,3	100,0
Totale	**59**	**100,0**	**-**
Totale Dipartimenti	**1.805**	**-**	**-**

Di particolare importanza appare l'analisi della distribuzione dei dipartimenti in ragione della loro tipologia. Escludendo infatti il dipartimento cardiovascolare (circa il 4% del totale) - modello effettivamente in grado di rappresentare un raggruppamento di unità operative per categoria nosologica del paziente - complessivamente si osserva che:
- le due principali tipologie studiate, ovvero i dipartimenti relativi all'Area Medica e all'Area Chirurgica, sono dipartimenti che riflettono un mero accorpamento di unità per specialità;
- il DEA è un dipartimento sancito dalla normativa (DPR 27 marzo 1992 "Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza" e Linee Guida Ministero della Salute n. 1/1996), così come il dipartimento materno-infantile reso obbligatorio dal PSN 1994-96;
- il dipartimento di patologia clinica può essere definito come un dipartimento di servizi.

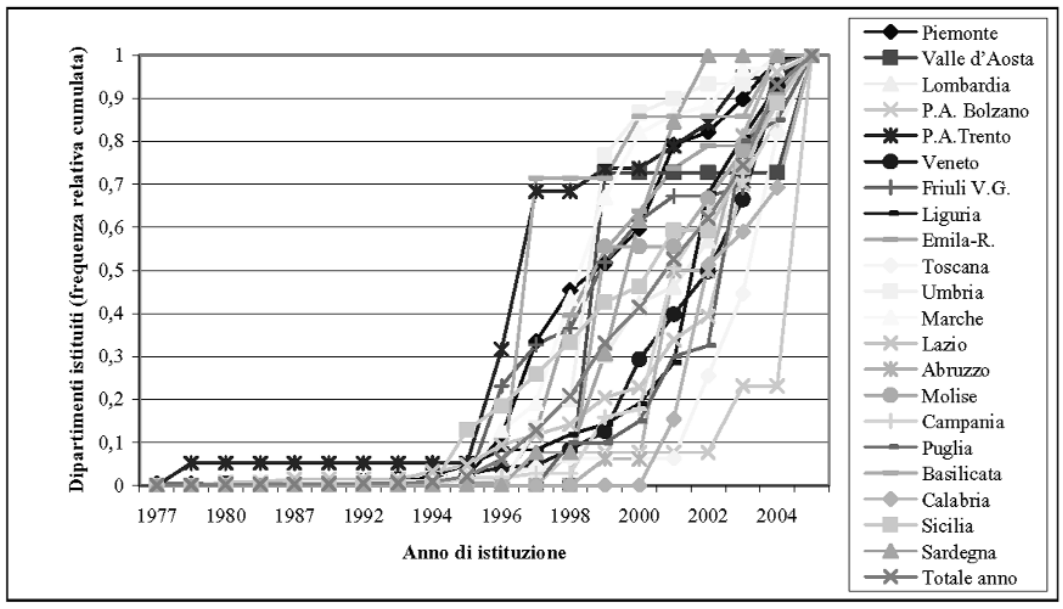
Considerando la tipologia istituzionale delle aziende, i dati mostrano che se nelle ASL i dipartimenti attivati con maggiore frequenza siano quelli di Area medica, di Area chirurgica, il Materno-infantile e il DEA, nelle Aziende Ospedaliere i dipartimenti più frequenti sono i dipartimenti di Area medica, di Area chirurgica, quelli di emergenza e accettazione (DEA) e infine la Patologia clinica. Negli IRCCS i dati segnalano la prevalenza di dipartimenti attivati nell'area delle Neuroscienze, dell'Oncologia medica, della Patologia clinica e di quella Cardiovascolare. Infine, nei Policlinici Universitari sono soprattutto i dipartimenti di Area medica e di Area chirurgica (40%), insieme a quelli di Patologia clinica e della Diagnostica per immagini, a prevalere.

Venendo alla diffusione dei dipartimenti, i risultati evidenziano che il processo di dipartimentalizzazione prende avvio in gran parte delle regioni nel 1995, subendo un ulteriore impulso derivante dall'adozione di diversi interventi normativi a livello nazionale, quali l'introduzione dei DRG (1995), la legge finanziaria del 1995, la

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 377

riforma ter (D.lgs 229/99), il CCNL del 2000. Il 2004 è l'anno che spicca per il numero di dipartimenti attivati, ben 313, mentre oltre il 50% dei dipartimenti studiati risulta essere stato attivato nel periodo 2001-2005. Il grafico 1 mostra l'accelerazione delle diverse realtà regionali nell'adozione del dipartimento. Dal grafico si osserva come, nonostante l'anno 1995 rappresenti per la maggior parte delle regioni il punto di inizio del percorso di accelerazione nella istituzione del dipartimento, vi sia una grande variabilità nel successivo percorso di diffusione.

Grafico 1 - *Processo di dipartimentalizzazione per regione - Anni 1997-2004*



I dati mostrano, inoltre, una profonda eterogeneità nei modelli dipartimentali adottati sia per quanto riguarda l'aspetto organizzativo, sia per la razionalizzazione e l'efficienza nell'uso delle risorse. In particolare, dall'analisi della distribuzione dei dipartimenti in ragione della loro tipologia organizzativa (dipartimenti strutturali vs funzionali) emerge come la prevalenza di dipartimenti sia di tipo strutturale (65,5%) soprattutto all'interno delle aziende territoriali (52,4%). Al contrario, la soluzione funzionale è stata adottata limitatamente al 34,5% dei dipartimenti studiati. Osservando l'estensione dei dipartimenti (aziendale vs interaziendale), i dati mostrano una prevalenza della dimensione aziendale (89,4%).
Relativamente all'assetto interno al dipartimento, particolarmente significativo è il dato sull'attivazione degli organi collegiali, quali Comitato (91,7%) e Assemblea (58,2%) di dipartimento. In 964 casi si riscontra l'attivazione congiunta di entrambi gli organi collegiali. Per quanto riguarda le caratteristiche del modello gestionale interno, l'adozione di sistemi integrati per la gestione delle risorse (budget e gestione comune delle risorse strutturali, tecnologiche e umane) caratterizza oltre il 65% dei dipartimenti. L'analisi dell'attivazione di meccanismi operativi per il Governo Clinico mostra, invece, una prevalenza nell'adozione dei piani di formazione e aggiornamento per i dipendenti (84,4%), seguita dai piani di verifica delle attività cliniche e qualità delle prestazioni (71,5%), dalle Linee Guida dipartimentali (65,6%) e dai percorsi assistenziali di dipartimento (58,9%). Infine, a livello dipartimentale si rileva una presenza limitata di attività di valutazione degli esiti/outcome clinici (55,3%) e della telemedicina (16,3%).

Conclusioni

Il presente contributo illustra i risultati di indagine svolta nel 2005 con l'obiettivo di fornire una mappa aggiornata dell'operatività dipartimentale nelle Aziende Sanitarie. Il dipartimento è il modello ordinario di gestione operativa delle attività a cui fare riferimento in ogni ambito del Servizio Sanitario Nazionale, e rappresenta il modello organizzativo favorente l'introduzione e l'attuazione delle politiche di Governo Clinico quale approccio moderno e trasparente di gestione dei servizi sanitari. La prospettiva di analisi adottata rende l'indagine particolarmente innovativa.
Per la prima volta, infatti, rispetto alle *survey* già condotte in precedenza, la rilevazione ha avuto per oggetto

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 378

non le Aziende Sanitarie in quanto istituzioni del SSN, ma i singoli dipartimenti. L'analisi si è sviluppata secondo due direttici principali: da un lato l'analisi del processo di dipartimentalizzazione e delle condizioni istituzionali che hanno favorito la diffusione del nuovo modello organizzativo nelle varie regioni italiane; dall'altro l'analisi degli aspetti macro e micro-strutturali e di funzionamento del modello dipartimentale. I risultati, a livello complessivo, mostrano una notevole frammentazione nelle tipologie dipartimentali adottate ed un processo di dipartimentalizzazione che, pur prendendo avvio in quasi tutte le regioni nel 1995, evolve nel tempo in maniera piuttosto eterogenea.

Il presente lavoro fornisce ad oggi una fotografia della situazione dipartimentale in Italia, senza entrare nel merito dell'effettivo funzionamento della struttura e dei meccanismi dipartimentali. Tale questione verrà presa in considerazione negli sviluppi futuri dell'indagine. Un altro limite del presente studio riguarda la soggettività delle dichiarazioni fornite dai rispondenti al questionario.

Riferimenti bibliografici

(1) Anessi Pessina E., Cantù E. L'aziendalizzazione della sanità in Italia, Egea, Milano, 2000.
(2) Anessi Pessina, E. Cantù, E. L'aziendalizzazione della sanità in Italia, Egea, Milano, 2002.
(3) Anessi Pessina, Baraldi, Cicchetti et alii. Un'analisi critica della letteratura, in Baraldi, S., (a cura di), L'organizzazione dipartimentale nelle aziende sanitarie. Forum Service Editore, 2003.
(4) Cicchetti A. La progettazione organizzativa: principi strumenti ed applicazioni nel settore sanitario, Franco Angeli, Milano, 2004.
(5) Cicchetti, A., Baraldi, S. La diffusione del modello dipartimentale nel Ssn: solo un fatto formale? Organizzazione Sanitaria, 2001; 1: 71-81.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 379

Coerenza intrinseca e *performance* dei Servizi Sanitari Regionali: una sintesi degli indicatori

Prof. Vittorio Mapelli

Gli indicatori del SSN sono letti tradizionalmente "in verticale", confrontando le posizioni regionali tra di loro e traendo giudizi sulla relativa distanza dal valore medio nazionale. Ne scaturisce una lettura a compartimenti stagni, che manca di collegamenti alle cause e ai fattori concomitanti, capaci di spiegare la variabile in esame. Una lettura sistemica degli indicatori può invece ricondurre ad interpretazione unitaria fenomeni che per la loro natura sono intrinsecamente collegati. Un primo tentativo di lettura sinottica è stato recentemente sviluppato nel corso di una ricerca sui sistemi di governance dei Servizi Sanitari Regionali (Mapelli 2007) e viene qui riproposto nelle sue linee essenziali. Per leggere gli indicatori "in orizzontale" è indispensabile un modello interpretativo delle relazioni tra le componenti del sistema. Due modelli interpretativi sono stati sperimentati. Il primo riguarda la coerenza intrinseca dei SSR e la loro capacità di risposta ai bisogni di salute della popolazione, il secondo pone in relazione le capacità di governo dei SSR con i risultati.

La coerenza intrinseca dei Servizi Sanitari Regionali

I Sistemi Sanitari Regionali sono organizzazioni sociali complesse, la cui ragione d'essere è la capacità di rispondere ai mutevoli bisogni di salute della popolazione. I bisogni di salute possono variare tra le regioni, per condizioni demografiche e ambientali, ma le risorse necessarie per fronteggiarli dovrebbero essere proporzionate, per numero e tipo, alla loro diversa intensità. La funzionalità dei servizi – in termini di efficacia, efficienza, appropriatezza, qualità – dovrebbe essere invece tendenzialmente uniforme su tutto il territorio nazionale e l'impatto sullo stato di salute il più elevato possibile. Lo schema interpretativo per giudicare la coerenza dei sistemi regionali è del tipo:

Popolazione → Bisogni → Domanda → Risorse → Risultati di processo → Spesa → Esiti di salute
(Offerta)

Un sistema regionale è coerente se bisogni, domanda, offerta di prestazioni e spesa sono tra loro equilibrate: ad esempio, se la popolazione di una regione è anziana ed esprime un'elevata domanda di servizi, è giustificato che l'offerta e la spesa siano più elevate che in altre; ma gli indici di gestione dei servizi sanitari e gli esiti per la salute devono essere altrettanto elevati. Al contrario, risulta incoerente un sistema con popolazione giovane, ma con eccessivi livelli di spesa, oppure con alti livelli di bisogno, ma scarsi risultati di salute.
Questo approccio si basa su uno sforzo interpretativo basato più sull'analisi qualitativa dei dati, che non sulle tecniche statistiche. Essendo gli indicatori di natura eterogenea, il metodo si basa (i) sulla suddivisione delle regioni in quartili per ognuno degli indicatori elementari[1], (ii) sulla successiva aggregazione degli indicatori nelle aree dei fenomeni indagati (ad es. bisogni, offerta, risultati), attraverso pesi attribuiti agli indicatori elementari, e (iii) nel confronto tra due o più aree di fenomeno (ad es. bisogni e domanda). Dal confronto può scaturire un giudizio di *coerenza* quando i due fenomeni ricadono nello stesso quartile e sono quindi "proporzionati", mentre sono valutati incoerenti se sussiste uno scarto di almeno 0,25 punti tra di essi, equivalente ad un quartile. Ad esempio, se una regione presenta un indicatore sintetico di bisogno di 0,73 e di domanda di 0,35 si può supporre che vi siano bisogni insoddisfatti e quindi un'incongruenza del sistema. La distribuzione delle regioni per quartili ha il significato di un posizionamento relativo (alto/basso) rispetto al comportamento di tutte le altre, e non di valore cardinale. I pesi sono stati definiti all'interno del gruppo di ricerca, cercando di rispecchiare l'entità del fenomeno[2], e possono risentire di una certa soggettività di giudizio, anche se sono state esplorate diverse ipotesi di ponderazione.
Sono stati impiegati 52 indicatori elementari per la descrizione delle 6 aree di fenomeno, la maggioranza dei quali di fonte Istat, Ministero della Salute o regionale. L'elenco completo e i pesi impiegati sono descritti nello studio originale (cap. 6 in Mapelli 2007). Nella tabella 1 sono illustrati i risultati dell'analisi sulla coerenza dei sistemi sanitari regionali[3]. I Sistemi Sanitari Regionali si possono classificare in tre gruppi:

[1] Si è preferito il metodo per quartili, piuttosto che il metodo basato sulla media e la deviazione standard (± sigma), perché in quest'ultimo caso il dato medio nazionale avrebbe assunto un significato di ottimalità, giudizio che non sempre è legittimo (ad es. riguardo alla prevalenza dei bisogni di salute tra le regioni).

[2] Ad esempio, il numero di posti-letto ha un peso 0,4 all'interno del fenomeno "offerta di servizi sanitari".

[3] Il confronto è circoscritto al servizio sanitario pubblico, anche se è chiaro che la salute dei cittadini può dipendere dalla disponibilità di reddito e dall'accesso ai servizi privati a pagamento.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 380

Sistemi coerenti	Sistemi parz. incoerenti	Sistemi incoerenti
	(a) per eccesso di spesa	**(a) per eccesso di spesa**
Piemonte	*Bolzano-Bozen*	Valle d'Aosta
Lombardia	*Trento*	Lazio
Veneto	**(b) per scarsità di risultati**	**(b) per difetto di spesa**
Friuli-Venenzia Giulia	Molise	Puglia
Liguria	Campania	Basilicata
Emilia-Romagna	Sardegna	Calabria
Toscana		Sicilia
Umbria		
Marche		
Abruzzo		

Il gruppo dei sistemi sanitari *coerenti* è il più numeroso (10 regioni) e comprende i sistemi nei quali sussiste proporzionalità tra livelli di bisogni sanitari, alto (ad es. Toscana, Umbria) o basso (ad es. Lombardia, Veneto), domanda, offerta e, soprattutto, spesa. La spesa può essere relativamente bassa (ad es. nei quattro casi citati), perché gli indicatori di funzionalità sono molto buoni e consentono il controllo della spesa sanitaria. In tutti i sistemi, comunque, i risultati sullo stato di salute sono molto adeguati o comunque superiori alla mediana. Il gruppo dei sistemi *parzialmente incoerenti* comprende le due PA di Trento e Bolzano che presentano livelli di spesa eccessivi, rispetto ai bisogni di salute di una popolazione relativamente giovane, ma offrono eccellenti servizi sotto il profilo gestionale e dei risultati di salute. Comprende anche tre regioni del Sud (Molise, Campania, Sardegna), nelle quali il livello di spesa è adeguato ai bisogni, ma sono piuttosto scarsi i risultati gestionali e, soprattutto, di salute. Infine il gruppo dei sistemi *incoerenti* comprende 2 regioni (Valle d'Aosta e Lazio) che evidenziano livelli di spesa eccessivi, rispetto ai bisogni oggettivi, con risultati gestionali e di salute non eccezionali.
Comprende anche 4 regioni del Sud (Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia) che, a fronte di bisogni sanitari nella media del paese, dispongono di bassi livelli di spesa e, oltretutto, con scarsi risultati nella funzionalità dei servizi e per la salute della popolazione.

Tabella 1 - *Valutazione di coerenza dei SSR per regione - Anno 2005 o più recente (ranghi per quartile)*

Regioni	Indicatori Sintetici						Valutazione del SSR
	Bisogni	Domanda	Offerta	Processi	Spesa	Salute (esiti)	
Piemonte	0,61	0,44	0,54	0,74	0,75	0,55	coerente
Valle d'Aosta	0,55	0,39	0,39	0,67	1,00	0,48	incoerente
Lombardia	0,36	0,54	0,64	0,74	0,25	0,60	coerente
Bolzano-Bozen	*0,35*	*0,73*	*0,78*	*0,64*	*1,00*	*0,90*	*parz. coerente*
Trento	*0,40*	*0,42*	*0,70*	*0,64*	*1,00*	*0,98*	*parz. coerente*
Veneto	0,39	0,45	0,55	0,72	0,25	0,99	coerente
Friuli-Venezia Giulia	0,73	0,47	0,76	0,75	0,75	0,83	coerente
Liguria	0,83	0,69	0,72	0,75	1,00	0,66	coerente
Emilia-Romagna	0,84	0,66	0,79	0,73	0,75	0,79	coerente
Toscana	0,88	0,42	0,79	0,79	0,50	0,88	coerente
Umbria	0,76	0,63	0,70	0,77	0,50	0,89	coerente
Marche	0,71	0,57	0,64	0,65	0,50	0,81	coerente
Lazio	0,49	0,75	0,95	0,61	1,00	0,45	incoerente
Abruzzo	0,78	0,74	0,91	0,54	0,75	0,56	coerente
Molise	0,83	0,77	0,84	0,48	0,75	0,53	parz. coerente
Campania	0,41	0,60	0,48	0,51	0,50	0,25	parz. coerente
Puglia	0,45	0,65	0,45	0,39	0,25	0,03	incoerente
Basilicata	0,64	0,64	0,66	0,46	0,25	0,48	incoerente
Calabria	0,65	0,64	0,61	0,31	0,25	0,41	incoerente
Sicilia	0,63	0,84	0,67	0,42	0,25	0,26	incoerente
Sardegna	0,46	0,71	0,77	0,40	0,50	0,45	parz. coerente

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni dati dei capitoli 1-5 della ricerca (Mapelli 2007). Anno 2005 o più recente.

Come si può osservare, non esiste una netta distinzione *geografica* tra regioni del Nord e del Sud nella coerenza/incoerenza dei sistemi sanitari, anche se il maggior numero di sistemi coerenti si riscontrano nel Centro-Nord e quelli incoerenti nel Sud (tabella 1).
La coerenza, inoltre, non sembra una prerogativa di un particolare modello di organizzazione delle Aziende

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 381

Sanitarie[4], perché tra i modelli integrati sono presenti alcuni sistemi incoerenti (Valle d'Aosta, Puglia, Basilicata, Calabria), così come tra quelli misti-quasi separati (Lazio, Sicilia). L'unico modello separato (Lombardia) è coerente, offre buoni risultati gestionali e di salute, ma sembra sovra-dimensionato nell'offerta, rispetto ai bisogni.

Capacità di governo e performance dei SSR

La *governance* è un concetto variabile e difficile da definire, sul quale esiste una vastissima letteratura (per una sintetica rassegna Bariletti, Zoli 2006; Longo 2005). Nella sua dimensione operativa, applicata alla sanità, la *governance* si può definire come un insieme di regole, strumenti e capacità, presenti a livello regionale e diffuse a livello locale, che improntano le relazioni interne al sistema sanitario e si traducono in risultati per il sistema della cittadinanza (qualità dei servizi e miglioramento della salute) e il sistema delle pubbliche amministrazioni (universalità dei diritti, uso delle risorse). Il modello interpretativo è schematicamente:

Contesto (generale e specifico) → *Strumenti e capacità (Risorse)* → *Governance* → *Risultati gestionali di processo finali*

La *governance* è concepita come un processo di trasformazione di fattori materiali e immateriali in risultati per la popolazione e per lo stato – i due *stakeholders* principali della regione. Le capacità di governo del sistema sanitario sono influenzate, innanzitutto, dal *contesto* specifico in cui opera la regione, diverso per cause storiche, geografiche e culturali; componenti del contesto sono, ad esempio, la dimensione regionale, il PIL pro capite, la stabilità politica, il numero di Aziende Sanitarie. Le risorse, che concorrono ad un buon sistema di governo, sono date sia da *strumenti* specifici o mezzi a disposizione (ad es., l'organizzazione dell'Assessorato, lo sforzo fiscale), sia dalle *capacità* di visione politica e di gestione manageriale (ad es. la capacità di legiferare, programmare, investire). I *risultati* attesi riguardano i *processi* di gestione (ad es. economicità, efficienza, deficit) ed erogazione dei servizi (appropriatezza, qualità dei servizi, capacità di risposta), ma soprattutto, gli *esiti* in termini di miglioramento della salute (ad es. mortalità evitabile, speranza di vita libera da disabilità) e di *eguaglianza* (di accesso, fiscale).

Gli indicatori impiegati per la descrizione e valutazione dei sistemi sanitari regionali sono in totale 54 e sono elencati per area di fenomeno, insieme con i pesi utilizzati, nello studio originale (tab. 10.1 in Mapelli 2007). Le aree di fenomeno considerate sono: (a) il *contesto* generale (3 indicatori) e specifico (6); (b) le *risorse di governance*, composte da strumenti (4) e capacità (7); i *risultati gestionali*, formati da economicità (3) ed efficienza (5); (c) i *risultati di processo*, composti da qualità dei servizi (6), appropriatezza (8), responsività (3); i *risultati finali*, nelle due dimensioni dell'equità (5) e degli esiti per la salute (4).

Non è possibile descrivere e commentare la collocazione delle regioni rispetto alle diverse dimensioni della *performance* (v. tab. 2). Alcune regioni sono più performanti in certe aree: la Lombardia nell'economicità della gestione aziendale, la PA di Bolzano nell'efficienza ospedaliera, l'Umbria nella qualità dei servizi, il Piemonte nell'appropriatezza, la PA di Trento nella responsività e nell'equità, il Veneto nei risultati di salute. Altre, purtroppo, sono peggiori in più di un'area: la Sardegna nell'economicità e nell'efficienza, la Calabria nella qualità e appropriatezza, la Sicilia nell'equità e negli esiti di salute (tabella 2). Una valutazione concisa delle tre principali dimensioni gestione economica, indicatori di processo e di risultato finale – si può ottenere dalla media aritmetica dei tre indicatori di area, che forniscono un indice globale di *performance*. Le regioni con i migliori indici di *performance* totale sono ubicate nel Nord e nel Centro: Lombardia (0,69), Umbria (0,72), Emilia-Romagna (0,74), Friuli-Venezia Giulia (0,75), Toscana (max: 0,78), mentre quelle con gli indici peggiori sono al Sud: Puglia (0,42), Campania (0,41), Sardegna (0,37), Calabria (0,34) e Sicilia (min: 0,33) (tabella 2, penultima colonna). L'analisi dei dati conferma il profondo divario che persiste tra le regioni del Nord-Centro e quelle del Sud, tra le quali va compreso anche il Lazio.

[4]Modello integrato = tutti i Presidi Ospedalieri sono all'interno dell'ASL; modello separato = tutti i Presidi Ospedalieri fanno parte di Aziende Ospedaliere; modello misto = i Presidi Ospedalieri possono fare parte sia dell'ASL che dell'AO.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 382

Tabella 2 - *Indicatori di contesto, governance e risultato (in ordine crescente delle ricerche delle risorse di governance) per regione - Anno 2005 o più recente (ranghi per quartile)*

Regioni	Contesto generale e specifico	Risorse di governance	Risultati gestionali	Risultati di processo	Risultati finali	Totale performance	Spesa SSN netta pro capite 2003-2005
Abruzzo	0,68	0,35	0,44	0,53	0,64	0,54	0,75
Campania	0,48	0,36	0,44	0,41	0,39	0,41	0,50
Basilicata	0,56	0,45	0,27	0,50	0,61	0,46	0,25
Sardegna	0,54	0,46	0,23	0,37	0,50	0,37	0,50
Molise	0,67	0,46	0,35	0,49	0,56	0,47	0,75
Lazio	0,58	0,46	0,47	0,55	0,46	0,49	1,00
Puglia	0,51	0,49	0,53	0,36	0,37	0,42	0,25
Calabria	0,48	0,51	0,30	0,29	0,42	0,34	0,25
Sicilia	0,43	0,52	0,31	0,39	0,29	0,33	0,25
Friuli-Venezia Giulia	0,66	0,53	0,69	0,78	0,78	0,75	0,75
Piemonte	0,67	0,59	0,44	0,77	0,54	0,58	0,75
Trento	*0,89*	*0,59*	*0,35*	*0,73*	*0,96*	*0,68*	*1,00*
Lombardia	0,68	0,6	0,83	0,73	0,51	0,69	0,25
Umbria	0,66	0,64	0,58	0,78	0,78	0,72	0,50
Valle d'Aosta	0,79	0,65	0,32	0,77	0,64	0,57	1,00
Veneto	0,73	0,66	0,55	0,71	0,74	0,67	0,25
Liguria	0,63	0,66	0,46	0,75	0,65	0,62	1,00
Marche	0,67	0,66	0,45	0,66	0,75	0,62	0,50
Bolzano-Bozen	*0,86*	*0,73*	*0,66*	*0,60*	*0,78*	*0,68*	*1,00*
Emilia-Romagna	0,84	0,76	0,63	0,79	0,79	0,74	0,75
Toscana	0,68	0,77	0,66	0,84	0,83	0,78	0,50

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni dati dei capitoli 1-5 della ricerca (Mapelli 2007). Anno 2005 o più recente.

Le relazioni tra contesto, capacità di governo e risultati regionali

Tuttavia la valutazione dei risultati dei SSR non si può limitare alle sole risorse di governance, ma deve allargare l'orizzonte anche al contesto socio-economico in cui operano i sistemi sanitari e alle risorse a disposizione, rappresentate dalla spesa sanitaria pubblica. Inoltre, poiché alcune variabili si influenzano reciprocamente, è utile guardare le coppie di interazioni esistenti. Le correlazioni lineari esistenti tra gli indicatori sintetici (rho di Spearman)[5] sono illustrate nella matrice di tabella 3, dalla quale si possono trarre alcune conclusioni di rilevante interesse:

Tabella 3 - *Matrice delle correlazioni lineari tra gli indicatori sintetici (rho di Spearman)*

	Contesto	Governance	Gestione	Processo	Risultati f.	Tot. Perf.	Spesa
Contesto	1,00	0,60	0,44	0,64	0,77	0,73	0,49
Governance		1,00	0,58	0,70	0,66	0,72	0,20
Gestione			1,00	0,70	0,46	0,80*	0,05
Processo				1,00	0,78	0,89*	0,40
Risultati finali					1,00	0,86*	0,41
Tot. Performance[a]						1,00	0,27
Spesa							1,00

*Variabili autocorrelate; [a]Media aritmetica degli indicatori sintetici di gestione, processo e risultato finale.

1. Il contesto generale e specifico della sanità regionale esercita un significativo influsso sulle capacità di governance (rho = 0,60), sui risultati di processo (0,64) e sui risultati finali (0,77).

2. Le risorse di governance svolgono un'azione decisiva sui risultati di processo (0,70), sui risultati finali (0,66) e, in misura minore, sulle capacità di gestione economica dei servizi sanitari (0,58). Le capacità di governance non dipendono dalla disponibilità delle risorse finanziarie (spesa: 0,20).

3. I buoni risultati gestionali producono (o sono correlati con) buoni risultati di processo (0,70), ma non tanto di salute/equità (0,46) e, a loro volta, non dipendono dal livello di spesa sanitaria (0,05): maggiore è la spesa, più alto è il rischio di deficit e più diffuse sono le inefficienze.

[5]Essendo gli indicatori di sintesi dei valori di posizione, e non dei numeri cardinali, il coefficiente rho misura la correlazione tra i ranghi delle variabili.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 383

4. Il livello di spesa sanitaria pro capite è scarsamente correlato con tutti i tipi di risultato, gestionali (0,05), di processo (0,40) e finali (0,41).

5. La *performance* complessiva dei Servizi Sanitari Regionali dipende sia dal contesto regionale (0,73), sia dalle capacità di *governance* (0,72).

Conclusioni

Gli indicatori sono uno strumento molto efficace per rappresentare le numerose dimensioni della salute e della sanità nelle regioni italiane. La loro estrema analiticità, tuttavia, può essere di ostacolo ad una valutazione globale sulla funzionalità e sulla capacità dei sistemi regionali di rispondere ai loro scopi istituzionali: soddisfare i bisogni di salute della popolazione e produrre buoni risultati, con un dispendio ragionevole di risorse. Avendo un modello interpretativo, gli indicatori si possono leggere in modo trasversale e questo contributo mostra che un'interpretazione sistemica degli indicatori non solo è possibile, ma aiuta ad evidenziare i punti di forza e di debolezza dei Sistemi Sanitari Regionali.

Riferimenti bibliografici

(1) Bariletti A., Zoli M., 2006, On concepts of governance;: a survey and interpretation, in "Economia, società e istituzioni", vol. 18, n. 2, pp. 313-343.
(2) Longo F., 2005, Governance dei network di pubblico interesse, Milano, Egea.
(3) Mapelli V. (a cura di), 2007, I sistemi di governance dei Servizi sanitari regionali, Roma, Formez, Quaderni, n. 57, pp. 317. La ricerca è stata coordinata dal S. Bono del Fermez e svolta da V. Mapelli con la collaborazione di A. De Stefano, A Gambino, A. Ceccarelli, V. Compagnoni.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 384

Classificazione delle strutture

Dott. Costantino Gallo, Dott. Giampietro Rupolo

Obiettivo

L'obiettivo del progetto Mattone Uno è la classificazione delle strutture che erogano prestazioni sanitarie e sociosanitarie. Per ottenere questo risultato si è optato per la costruzione di un modello basato su un approccio modulare adatto alla mappatura delle strutture indipendentemente dal loro grado di complessità (interna) e/o modello organizzativo, partendo dalle loro unità di offerta minime e finali. Questo obiettivo è stato riassunto nel motto "dal macro al micro".

Metodo

La scelta metodologica attuata è stata articolata nelle seguenti fasi: l'elaborazione del modello teorico, la condivisione dello stesso con le sedi di sperimentazione coinvolte, la realizzazione del modello operativo, la realizzazione del supporto informatico di sperimentazione, la sperimentazione nelle sedi coinvolte, l'affinamento costante del modello operativo sulla scorta dei risultati via via prodotti dalla sperimentazione, la produzione della manualistica e della reportistica finale.

L'elaborazione del modello teorico

La rete delle unità di offerta delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie (di seguito chiamate punti di erogazione) si presenta eterogenea non solo tra le diverse regioni, ma anche all'interno delle singole regioni stesse, oltre che risultare spesso mutevole nel tempo, per questo motivo un approccio al problema orientato ad elencare l'insieme di tutte le tipologie di punti di erogazione sarebbe destinato ben presto ad infrangersi contro il muro della complessità e della variabilità spesso caratterizzata semplicemente da questioni etimologiche. Partendo da questa considerazione è stato elaborato un modello basato sulla semplicità, sulla flessibilità, sulla modularità e sull'uso di categorie concettuali che costituiscono l'alfabeto di una "lingua franca" che permetta la comunicazione tra realtà diverse. La descrizione dei singoli punti di erogazione è stata quindi concettualizzata e categorizzata in modo da poter essere utilizzabile, condivisibile e comunicabile (categorie di Kant).
Nasce così il concetto di "descrittore" (l'entità atomica del modello): un attributo concettuale applicabile ai punti di erogazione; esempi di descrittori sono il "livello di assistenza", il "target" di utenza, il "regime di assistenza", …
Aggregando diversi descrittori è possibile isolare le caratteristiche delle singole tipologie di punti di erogazione astraendone le peculiarità, l'insieme di queste peculiarità viene chiamato "vettore" e identifica una Tipologia di Punto di Erogazione.
Partendo dalle unità minime di offerta è possibile inoltre ricostruire l'articolazione organizzativa dei soggetti erogatori attraverso l'esplicitazione dei legami esistenti tra loro. Tale impostazione permette di decodificare strutture complesse, apparentemente diverse tra loro, come scomposizione e aggregazione di unità semplici (punti di erogazione). Questo insieme di entità elementari è poi riportabile ad unità attraverso l'esplicitazione dei legami ("relazioni") che intercorrono tra le stesse e che spesso rimangono sullo sfondo. Così facendo è stato possibile ridurre di molto la numerosità dei Tipi Punto di Erogazione e nel contempo descrivere dettagliatamente e con grande aderenza alla realtà strutture anche molto articolate (un ospedale è visto come l'aggregazione di unità semplici via via aggregate tra loro per formare strutture sempre più complesse).
Per completezza di rappresentazione (per poter arrivare a rappresentare gli intrecci che spesso intercorrono tra soggetti erogatori giuridicamente distinti) è stato previsto anche il concetto di titolarità intesa come il soggetto giuridico a cui fanno capo uno o più Punti di Erogazione, denominando questa entità come Titolare.

Modello di rilevazione: soluzioni adottate

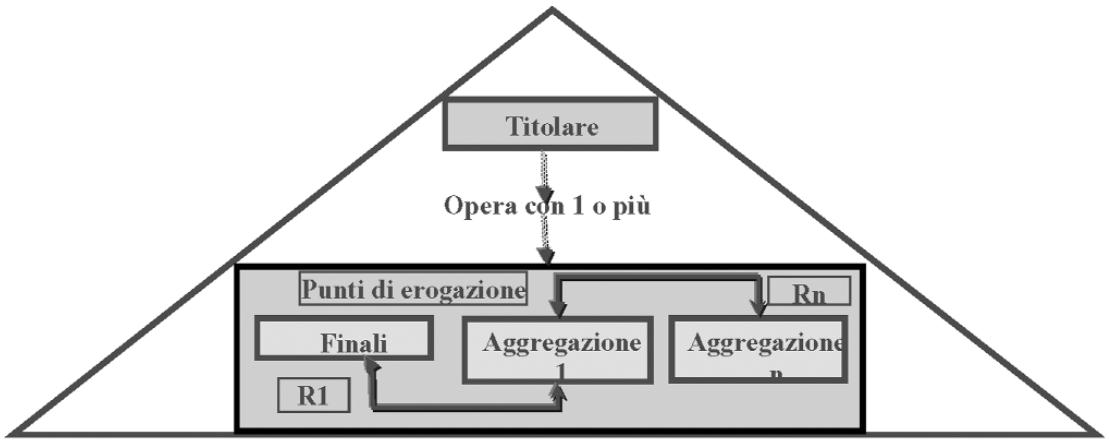
Il sistema di rilevazione delle strutture censisce le seguenti componenti:
- *Titolare*: soggetto giuridico titolare dei punti di erogazione dei servizi sanitari e socio sanitari;
- *Punto di erogazione* di due tipi:
  - punto di erogazione finale delle prestazioni al cittadino, unità atomica della rete di offerta; corrispondente ad un setting assistenziale specifico e caratterizzato da prestazioni omogenee;
  - punto di aggregazione organizzativa, rappresenta un livello di aggregazione fisica/organizzativa (non amministrativa) dei punti di erogazione finale e soggetti a provvedimenti di autorizzazione, ai sensi delle disposizioni di legge ad oggi vigenti.

Il sistema di rilevazione ricostruisce la visione d'insieme attraverso la struttura gerarchica dei sistemi di ero-

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 385

gazione complessi, descrivendo i legami relazionali fra le diverse componenti:
- Relazioni verticali:
  - verso entità sovraordinate (genitori);
  - verso unità subordinate (figli).
- Relazioni orizzontali:
  - verso entità contigue (fratelli).

Grafico 1 - *Modello di rilevazione*



La realizzazione del modello operativo
L'approccio teorico descritto è stato tradotto in un modello operativo caratterizzato da due insiemi di elementi: i descrittori e i vettori. L'elaborazione dei primi ha richiesto un grande lavoro di selezione, riflessione e affinamento per individuare quelli che maggiormente fossero capaci di descrivere compiutamente le caratteristiche peculiari dei punti di erogazione. È stato alla fine scelto il seguente elenco di raggruppamenti di descrittori ciascuno dei quali ulteriormente dettagliato: Livello di assistenza, Punto di erogazione, Target, Tipologia di attività, Descrittori dell'erogazione, Descrittori dell'emergenza, Specialità e professioni. L'elenco dei descrittori ottenuto dalla sperimentazione, tuttavia, non costituisce motivo di rigidità del modello in quanto lo stesso può essere adeguato ed adattato alle necessità che si dovessero incontrare nell'uso ordinario del sistema.
Le diverse combinazioni (insiemi) di descrittori, i Vettori, hanno evidenziato i Tipi Punto di Erogazione più comunemente riscontrati nella realtà previsti e descritti in documenti di programmazione nazionale e regionale. L'elenco così costruito non nega la possibilità di definire altri Tipi di Punto di Erogazione combinando in modo originale i descrittori.

La realizzazione del supporto informatico di sperimentazione
Per supportare la sperimentazione del modello attraverso la concreta mappatura della realtà dei siti di sperimentazione coinvolti nel progetto, è stato prodotto un supporto informatico basato su un data base relazionale (entità - relazioni), il cui modello è stato condiviso con tutti i soggetti della sperimentazione.
Particolare attenzione è stata posta alla semplicità d'uso attraverso finestre orientate all'utente (ovvero il soggetto sperimentatore) che permettono l'inserimento dei dati agevolmente e, dove possibile, suggerendo operazioni.
Per la sperimentazione si è scelto di realizzare il software partendo da un prodotto molto diffuso e conosciuto dagli operatori quale MsAccess (nelle sue diverse versioni), riducendo quindi la necessità di formazione generale e focalizzando l'attenzione sulla formazione specifica.
L'attività di sperimentazione ha portato al costante affinamento dei Descrittori da un lato e dei Tipi Punto di Erogazione (e corrispondenti Vettori) dall'altro, questa attività ha avuto una ricaduta concreta nel costante aggiornamento del sistema informatico, permettendo ai singoli soggetti della sperimentazione una gestione autonoma e semplificata del passaggio tra le diverse versioni del prodotto.
Il software, oltre ad una funzione di data-entry, è stato sviluppato avendo come obiettivo sia la verifica, da parte dell'operatore, della effettiva correttezza e rappresentatività dei dati inseriti, sia permettere di avere una idea delle potenzialità del sistema; per questo motivo sono state predisposte delle estrapolazioni automatizzate dei

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 386

dati presenti nell'archivio che grazie anche ad una notevole semplicità, flessibilità e raffinatezza permettono di verificare i dati e di ottenere diverse viste sui dati stessi.

La sperimentazione nelle sedi coinvolte
La bontà del modello e del supporto informatico si sono rese manifeste già dai primi incontri formativi e informativi con le varie sedi di sperimentazione. Il confronto con le varie realtà ha consentito di affrontare e risolvere con facilità le varie eccezioni e peculiarità locali che di volta in volta si evidenziavano riuscendo in ogni situazione a rappresentare fedelmente la situazione esaminata.
La volontà di valicare il modello teorico-operativo ha portato al coinvolgimento di una serie di soggetti nella sperimentazione:
- la regione del Veneto, capo gruppo (due Aziende Socio Sanitarie e una Azienda Ospedaliera);
- la regione Calabria, regione associata, (una Azienda Socio Sanitaria e una Azienda Ospedaliera);
- la regione Molise (una Azienda Sanitaria);
- la Provincia Autonoma di Bolzano (una Azienda Sanitaria);
- la regione Sardegna (una Azienda Sanitaria ed una Azienda Ospedaliera);
- la regione Toscana (una Azienda Sanitaria ed una Azienda Ospedaliera).

La sperimentazione nelle varie regioni è stata supportata da una attività di formazione e informazione sul modello e sull'uso del software di supporto e da una successiva costante supervisione in loco e/o telefonica.

L'affinamento costante del modello operativo sulla scorta dei risultati via via prodotti dalla sperimentazione
Durante tutta la fase della sperimentazione è stato costantemente aggiornato e perfezionato il software e, anche se più marginalmente, il modello operativo (revisione parziale del set di descrittori). Il confronto tra le varie realtà regionali ha consentito inoltre di affinare la classificazione dei Tipi Punto di Erogazione.

La produzione della manualistica e della reportistica finale
A supporto della sperimentazione oltre alla fornitura del software e della necessaria formazione è stato sviluppato un manuale d'uso che è stato fornito (e aggiornato) a tutte le sedi di sperimentazione.
È stato predisposto un report finale di progetto che oltre a descrivere le caratteristiche del modello esplicita i risultati conseguiti nelle sedi di sperimentazione.

Risultati attesi
Il progetto si proponeva di realizzare una classificazione delle strutture e una mappatura delle stesse nei siti di sperimentazione al fine di valutare il differenziale informativo nei confronti degli attuali flussi informativi ministeriali.

Risultati raggiunti
I risultati ottenuti hanno indubbiamente superato le aspettative, infatti non solo si è realizzata una classificazione delle strutture, ma si è costituito un metodo basato su una "categorizzazione" che la rende aperta e flessibile, in grado di rappresentare efficacemente le diverse realtà regionali, nonché di essere aggiornata.
Il modello oltre a consentire un preciso censimento delle unità finali di offerta, attraverso la creazione di strutture intermedie di raggruppamento (ad es. Dipartimento Ospedaliero) ed alla possibilità di legare tra loro i diversi Punti di Erogazione mediante la creazione del legame gerarchico, ha consentito di rendere visibili e confrontabili i diversi modelli organizzativi presenti nelle varie realtà anche appartenenti alla medesima tipologia organizzativa (Aziende Sanitarie o Aziende Ospedaliere) all'interno di una stessa regione.
Il sistema ha dimostrato la propria capacità di supportare estrazioni molto raffinate, in grado da un lato di evidenziare la distribuzione dei vari Tipo Punto di Erogazione tra i diversi siti di sperimentazione dall'altro di interrogare il sistema per tipologie di punto e/o descrittore.
È stato interessante notare come diversi siti di sperimentazione hanno censito la propria realtà in modo sostanzialmente sovrapponibile e utilizzando correttamente la tipologia di punto di erogazione: ciò ha dimostrato l'estendibilità del modello a bassi costi di formazione e condivisione.
Il modello con il quale è stato sviluppato e testato il progetto Mattone 1 consente di ricondurre ad esso una vasta serie di informazioni aggiuntive legate al singolo punto di erogazione rispetto a quelle prefissate. Inoltre, beneficiando delle caratteristiche di semplicità, modularità, flessibilità, sarà possibile ricostruire attorno ad esso il sistema di offerta dei servizi sanitari e socio-sanitari. A puro titolo esemplificativo si potranno, ad esempio, ricostruire le piante organiche di un'Azienda Sanitaria Locale come somma del personale attribuito ai singoli Punti di Erogazione, così come le attrezzature, i costi, i dati strutturali e qualsiasi altra informazione.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 387

Un'altra area di sviluppo riguarda la possibilità offerta dal modello di rappresentare, oltre che la struttura "gerarchico-organizzativa", anche altri legami come, ad esempio, il concetto di collegamento funzionale e logistico (creazione di raggruppamenti fisici, come i punti di erogazione presenti in un padiglione ospedaliero).

Integrazione con altri mattoni

Per sua natura, dati gli obiettivi affidati, il Mattone Uno si pone quale fondamenta del Sistema Informativo Sanitario, e la sua realizzazione risulta la base per il successivo sviluppo dell'intero sistema.
In particolare i mattoni che hanno come focus le attività sanitarie, ad esempio la Residenzialità e la Semiresidenzialità e l'Assistenza Domiciliare, interagiranno con il Mattone Uno al fine di fornire elementi utili a perfezionare ed arricchire il contenuto informativo derivante dalla metodologia utilizzata, individuando il grado di specificità e dettaglio utile all'integrazione con i dati relativi alle prestazioni erogate ed erogabili.
Il risultato complessivo derivante dall'integrazione del Mattone Uno con i restanti consentirà, quindi di fornire tutti gli elementi utili alla realizzazione di un corretto processo di programmazione e controllo ai diversi livelli istituzionali, siano essi locali, regionali o ancora nazionale.
Il raffronto costante tra rete di offerta garantita e prestazioni e servizi sanitari effettivamente erogati ai cittadini, permetterà nel tempo di individuare gli standard quali-quantitativi rispondenti ai potenziali bisogni sanitari della popolazione.

Prospettive future

Il modello con il quale è stato sviluppato e testato il progetto Mattone Uno consente di ricondurre ad esso una vasta serie di informazioni aggiuntive legate al singolo punto di erogazione rispetto a quelle prefissate e beneficiando delle caratteristiche di semplicità, modularità, flessibilità, sarà quindi possibile ricostruire attorno ad esso il sistema di offerta dei servizi sanitari e sociosanitari.
A puro titolo esemplificativo potrà essere possibile ricostruire le piante organiche di una Azienda ULSS come somma del personale attribuito ai singoli punti di erogazione così come le attrezzature, i costi, dati strutturali e qualsiasi altra informazione.
Un'altra area di sviluppo riguarda la possibilità offerta dal modello di rappresentare oltre che la struttura "gerarchico-organizzativa" anche altri legami come ad esempio il concetto di collegamento funzionale, logistico (creazione di raggruppamenti fisici come ad esempio i punti di erogazione presenti in un padiglione ospedaliero) ecc.

Il Mattone Uno e gli obiettivi prioritari del SSN

L'accordo Stato-Regione del 24 Luglio 2003 aveva individuato cinque priorità attorno alle quali sviluppare i progetti obiettivo:
1. Sviluppo della politica dei Livelli Essenziali di Assistenza.
2. Cure primarie.
3. Rete integrata dei servizi sanitari e sociali.
4. Centri di eccellenza.
5. Comunicazione istituzionale.

La metodologia individuata dal Mattone Uno fornisce elementi rispondenti a tutte le priorità:
1. La rilevazione della rete di assistenza a livello di Punti di erogazione unità ai descrittori permetterà di avere la numerosità degli snodi ricettivi dei bisogni sanitari, in modo da avere una proxy numerica della copertura potenziale dei diversi livelli di assistenza, tanto più significativa quanto più omogenea sarà il dettaglio della rilevazione attuata nelle diverse realtà locali.
2. Il rilancio della cure primarie attraverso una rimodulazione organizzativa delle sue forme erogative e la rivisitazione del rapporto tra territorio e ospedale che ne conseguirà, non potrà che partire da una chiara conoscenza della rete di assistenza ad un dettaglio tale da evidenziare le sinergie e le opportunità di integrazione tra MMG, PLS e operatori del territorio e dell'ospedale sia in termini fisici logistici che organizzativi.
3. L'integrazione dei servizi sanitari e sociali dovrebbe nascere per meglio rispondere alle necessità dei pazienti, quindi il ritorno informativo del Mattone soprattutto in relazione alla natura dei destinatari e della tipologia di attività, permetterà di individuare le opportunità di integrazioni tra operatori sanitarie e quelli sociali utile a garantire un portafoglio di prestazioni e servizi che più che garantire la salute dei cittadini dovrà salvaguardarne la qualità della vita.
4. La valorizzazione di un centro di eccellenza, non può che avvenire in relazione al complesso di una rete di offerta, poiché eccellere vorrà dire anche diventare riferimento di punti di erogazione di una stessa rete, per-

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 388

tanto la logica delle relazioni meglio di altre permetterà di valorizzare la centralità dell'eccellenza all'interno di *network* complessi quali i SSR.
5. La comunicazione istituzionale, soprattutto quella legata alla prevenzione, per quanto finora si sia sempre avvalsa di messaggi efficaci, dovrà sempre più, in futuro, essere supportata da informazioni accessorie quali le caratteristiche della rete di offerta, che la possano rendere maggiormente fruibile da parte dei destinatari.
Il contenuto informativo derivante dalla metodologia del Mattone, potrà, quindi, rispondere a diverse esigenze, ma a tal fine necessità ancora di essere affinata in modo da poter essere applicata in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 389

Assistenza territoriale

L'assistenza territoriale si occupa della prevenzione e promozione della salute per gli individui e la comunità, dell'offerta di servizi sanitari di primo livello e dell'integrazione tra forme di assistenza sanitaria e sociosanitaria nei diversi livelli. In particolare l'assistenza primaria occupa un ruolo rilevante nell'ambito dell'offerta dei servizi extraospedalieri su destinatari individuali ed è su quest'area che si sofferma l'interesse di questo capitolo. La *primary care* dovrebbe occuparsi non solo di soddisfare il bisogno emergente o pre-emergente dell'assistito, ma anche di garantire il trattamento della cronicità e della non autosufficienza, accompagnando il paziente fino alle ultime fasi della vita. Nell'assicurare un continuum salute-malattia i Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Medici di Continuità Assistenziale rappresentano un punto centrale per l'attuazione e lo sviluppo delle logiche dell'assistenza primaria all'interno della collaborazione con le strutture distrettuali. La medicina generale è fondamentale nel tradurre il bisogno di salute in domanda di prestazione, svolgere direttamente attività di diagnosi e cura primaria e attivare gli altri livelli assistenziali tramite prescrizione di farmaci, accertamenti diagnostici, visite specialistiche e ricoveri ospedalieri. La riorganizzazione del sistema di offerta dei trattamenti primari rappresenta pertanto uno dei punti chiave per lo sviluppo della *primary care*. Tali professionisti sono anche essenziali per la gestione delle patologie croniche; in particolare essi dovrebbero sempre di più integrarsi con team di lavoro dedicati per la cura e l'assistenza di pazienti affetti da patologie croniche, creando un sistema che promuova un'assistenza sicura e di elevata qualità per predefinire e realizzare obiettivi di assistenza e di salute, piani di intervento, procedure operative basate sull'evidenza scientifica e sul consenso tra pari. Tali aspetti sono armonicamente rappresentati all'interno di un insieme di principi e metodologie integrate, il *Chronic Care Model* (CCM), utile modello di riferimento. Il CCM descrive i cambiamenti e le modalità attuative necessarie al fine di migliorare l'assistenza ai malati affetti dalle più frequenti e specifiche malattie croniche (diabete, ipertensione, scompenso cardiaco, bpco, asma, etc..).

I principali aspetti trattati in maniera sinergica all'interno del CCM sono:
- lo sviluppo delle *policy* e delle risorse di comunità, ricercando contatto con il sociale ed il *no profit* al fine di attuare programmi di sostegno e *self management*;
- l'organizzazione sanitaria, creando un sistema di trattamento integrato delle patologie croniche;
- il supporto all'autogestione, dove il paziente diventa il vero protagonista dei processi assistenziali;
- il disegno del sistema d'offerta in cui gli operatori di assistenza, medici e non dovrebbero rifocalizzare le proprie modalità di intervento e di interazione interprofessionale in un team adeguatamente organizzato;
- supporto alle decisioni, con l'adozione di Linee Guida basate sull'evidenza;
- sistemi informativi clinici, incrementando l'utilizzo di sistemi computerizzati e favorendo la creazione di registri di patologia.

Tali sei componenti sono interdipendenti e costruite l'una sull'altra. L'assistenza primaria affronta non solo il problema della gestione della cronicità per specifiche patologie, ma anche più complesse situazioni di non autosufficienza di anziani polipatologici, di pazienti affetti da AIDS, disabili fisici e mentali. L'assistenza di lungo termine comprende forme di assistenza sanitaria, infermieristica, sociale e dei servizi domestici per un periodo di tempo esteso, senza data di termine predefinita per persone non autosufficienti; può essere fornita in un centro diurno o in un setting di assistenza domiciliare o residenziale. Un aspetto rilevante nell'ambito della *primary care* è rappresentato dall'attuazione di meccanismi organizzati per la continuità assistenziale a seguito di acuzie, sia per i pazienti non autosufficienti che per pazienti destinati a riacquistare la completa autonomia. L'assistenza intermedia rappresenta l'anello di congiunzione tra l'assistenza primaria e l'assistenza ospedaliera, definita come un'area di servizi integrati, sanitari e socio-domicilari, residenziali e semiresidenziali, finalizzata a garantire un rapido recupero funzionale e la massima autonomia dei pazienti dopo la dimissione ospedaliera.

In relazione agli aspetti trattati in questa premessa il capitolo focalizzerà la sua attenzione su:
- rinnovamento delle cure primarie con un approfondimento su "La medicina generale ed il suo ruolo nella continuità assistenziale" ed un box su "Classificazione delle prestazioni ambulatoriali";
- gestione delle patologie croniche con due core indicators: dimissioni ospedaliere potenzialmente evitabili per asma; dimissioni ospedaliere potenzialmente evitabili per complicanze a lungo termine del diabete mellito;
- gestione della non autosufficienza con indicatori sull'assistenza domiciliare; un approfondimento su "Popolazione anziana: area residenziale" e box su" Prestazioni residenziali e semi-residenziali" ed "Assistenza primaria e prestazioni domiciliari";
- continuità assistenziale con un box su: " Telemedicina: esperienze in regione Lombardia".

G. DAMIANI, A.G. DE BELVIS, S. RINALDI, C. BIANCHI

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 390

Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

Significato. I cambiamenti demografici ed epidemiologici della popolazione, associati all'aumento della domanda di salute e alla necessità di contenere i costi dell'assistenza ospedaliera, hanno favorito il rafforzamento di professionalità, strutture e reti assistenziali facenti capo al territorio.
In questo contesto, tra le modalità di cura domiciliare che si sono sviluppate negli ultimi anni, l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) rappresenta la forma più complessa e diffusa. La prima definizione di ADI si ritrova nel Progetto Obiettivo "Tutela della salute degli anziani 1991-1995", nel quale si afferma che "l'ADI è costituita da un complesso di prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative, socio-assistenziali, rese al domicilio dell'ammalato, nel rispetto di standard minimi di prestazione in forma integrata e secondo piani individuali programmati di assistenza, definiti con la partecipazione delle figure professionali interessate al singolo caso".
Nell'ultimo decennio, l'ADI ha trovato ampio spazio nei documenti di programmazione del Ministero della Salute (Progetto Obiettivo "Tutela degli anziani"; Il Piano Sanitario Nazionale, PSN, per il triennio 1998-2000), in disposizioni legislative atte a promuovere lo sviluppo delle cure domiciliari (Decreto Legislativo 229/99 "Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale"; Legge 328 dell'8 novembre 2000 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali") e negli Accordi Collettivi Nazionali con i medici di medicina generale, con i Pediatri di Libera Scelta e con i medici specialisti ambulatoriali, rispettivamente approvati tramite il DPR 28 luglio 2000, n. 270, 272 e 271. Dal 2001 l'assistenza territoriale domiciliare, l'ospedalizzazione domiciliare e l'assistenza domiciliare programmata e integrata rientrano nei Livelli essenziali e uniformi di assistenza (DPCM del 29 novembre 2001).
I PSN 2003-2005 e 2006-2008 pongono tra i loro obiettivi prioritari la necessità di promuovere il territorio quale primaria sede di assistenza e di governo dei percorsi sanitari e socio-sanitari, garantendo all'anziano non autosufficiente la permanenza al proprio domicilio, laddove le condizioni sanitarie, sociali, abitative e di solidarietà sociale lo rendano appropriato. Gli stessi PSN, inoltre, propongono la collaborazione tra le istituzioni e i gruppi formali ed informali che concorrono all'assistenza socio-sanitaria di tali soggetti.

Tasso di assistibili in ADI

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Assistibili che hanno iniziato il trattamento di assistenza domiciliare}}{\text{Popolazione media residente}} \times 100.000$$

Tasso di assistibili anziani in ADI

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Assistibili di età > 65 anni che hanno iniziato il trattamento di assistenza domiciliare}}{\text{Popolazione media residente di età > 65 anni}} \times 1.000$$

Tasso di ore di assistenza erogata per singolo caso trattato

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Totale ore di assistenza domiciliare erogate}}{\text{Assistibili che ha iniziato il trattamento di assistenza domiciliare}}$$

Validità e limiti. I dati per la costruzione degli indicatori sono stati ricavati dal modello FLS.21 di rilevazione delle attività gestionali ed economiche delle unità sanitarie locali (Decreto Ministeriale del 23/12/1996) e dall'Istituto Nazionale di Statistica (Istat). Trattandosi di indicatori di attività, non è possibile alcuna riflessione sulla qualità dell'assistenza domiciliare integrata erogata dalle ASL nè sulla tipologia dei casi trattati.
La mancanza di un sistema di classificazione omogeneo e condiviso a livello nazionale può limitare la validità di un confronto inter-regionale.

Valore di riferimento/Benchmark. In assenza di un valore di riferimento legislativo e di omogeneità nei modelli organizzativi, gli indicatori analizzati possono essere considerati in riferimento al valore medio nazionale.

Descrizione dei risultati

La tabella 1 riassume i dati relativi ai casi trattati in ADI nel corso del 2005: in totale sono stati assistiti al proprio domicilio 396.757 pazienti. Il tasso di casi trattati in ADI è ampiamente variabile nelle regioni

S. TARDIVO, C. COPPO, P. SUPERBI, W. MANTOVANI, A. POLI, A. AZARA, G. ROMANO

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 391

(32 casi per 100.000 abitanti in Valle d'Aosta; 2.196 per 100.000 in Friuli-Venezia Giulia). La percentuale di anziani trattati in ADI si conferma estremamente elevata, attestandosi all'84,2%, valore in linea con quello degli anni precedenti (84,1% nel 2004 e 82,5% nel 2003); analizzando i dati regionali si passa dal 52,2% della Provincia Autonoma di Trento al 97,1% della Liguria.
La stessa variabilità è presente nel numero di anziani trattati in ADI riferiti alla stessa popolazione anziana (1,5 casi per 1.000 abitanti di età superiore a 65 anni in Valle d'Aosta; 79,5 casi in Friuli-Venezia Giulia); il dato complessivo nazionale è pari a 29,1 casi trattati.
Mediamente a ciascun paziente sono state dedicate circa 23 ore di assistenza, erogate in gran parte da personale infermieristico (16 ore). Anche per questi dati si evidenziano ampie differenze regionali: in Valle d'Aosta vengono dedicate a ciascun caso complessivamente 332 ore, erogate principalmente da altri operatori (290 ore), mentre nella Provincia Autonoma di Bolzano solo 8 (erogate solo da personale infermieristico).
Il grafico 1 illustra il numero di pazienti trattati in ADI per 100.000 abitanti dal 1998 al 2005: dai 359 casi del 1998 si è giunti ai 677 casi del 2005, con un incremento medio annuo del 10% circa.
Una indagine conoscitiva del 2004 condotta capillarmente dal Ministero della Salute su tutte le Aziende Sanitarie Locali (ASL) del territorio nazionale relativa alla "Ricognizione ed analisi di modelli organizzativi innovativi per l'erogazione di cure primarie" riporta i seguenti risultati:
- il 91,7% delle ASL hanno organizzato l'ADI nei confronti di pazienti bisognosi dell'intervento integrato di servizi sanitari e sociali;
- in ambito nazionale, il Medico di Medicina Generale (MMG) è presente nell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) nell'86,7% delle ASL;
- nel 44,4% delle Aziende è stato previsto, per il MMG, un compenso aggiuntivo con accordo integrativo (rispetto al compenso di cui al DPR 270/2000).
L'elevata percentuale di risposta all'indagine delle aziende interpellate (181 ASL su 195, 92,8%), rende tali risultati attendibili.

Tabella 1 - *Casi trattati e ore di assistenza erogata per caso trattato in ADI – Anno 2005*

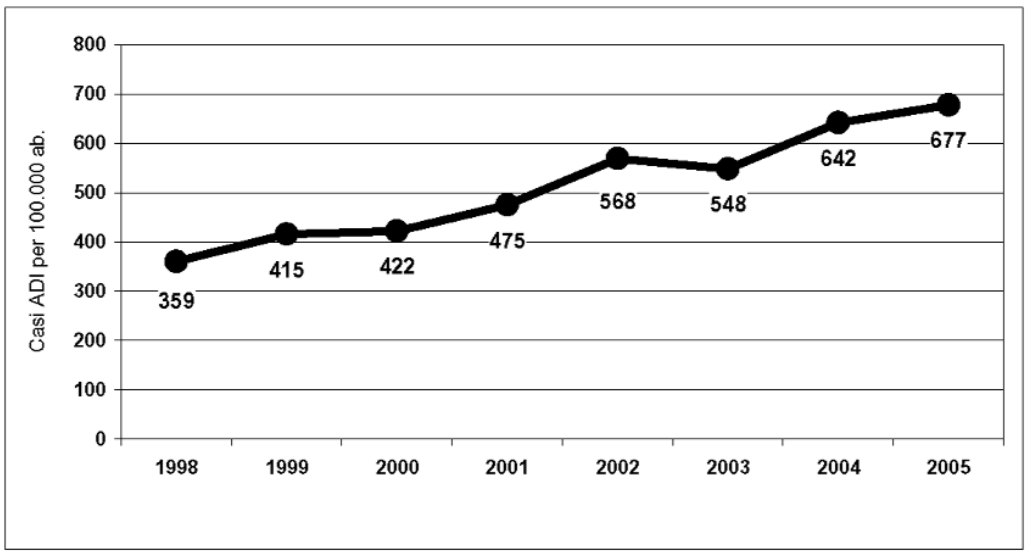
Regioni	Casi trattati				Ore di assistenza erogata per caso trattato			
	N	x 100.000 ab	Di cui >65 (%)	>65 x 1.000 residenti >65	Terapisti della riabilitazione	Infermieri professionali	Altri operatori	Totale
Piemonte	21.890	505	79,7	18,0	2	14	7	23
Valle d'Aosta	40	32	92,5	1,5	6	36	290	332
Lombardia	68.186	723	86,2	32,3	4	12	4	20
Bolzano-Bozen	*275*	*57*	*86,9*	*3,0*	*n.d.*	*8*	*n.d.*	*8*
Trento	*1.491*	*298*	*52,2*	*8,4*	*n.d.*	*21*	*n.d.*	*21*
Veneto	59.031	1251	76,1	50,0	1	8	1	10
Friuli-Venezia Giulia	26.499	2196	81,0	79,5	2	8	1	11
Liguria	13.807	862	97,1	31,6	4	20	4	28
Emilia-Romagna	57.107	1370	89,1	53,8	0	21	3	24
Toscana	21.298	590	81,1	20,7	1	13	6	20
Umbria	10.174	1178	81,7	41,4	0	12	2	14
Marche	13.609	893	84,2	33,5	6	23	3	32
Lazio	37.017	700	89,7	33,1	6	12	3	21
Abruzzo	5.598	430	86,2	17,5	14	26	0	40
Molise	4.798	1493	89,1	60,8	5	11	1	17
Campania	13.416	232	90,3	13,8	9	30	3	42
Puglia	16.401	403	86,0	20,3	23	23	2	48
Basilicata	5.529	929	83,0	39,1	19	25	3	47
Calabria	6.900	344	86,1	16,3	9	16	1	26
Sicilia	9.372	187	76,0	8,0	10	26	1	37
Sardegna	4.319	261	72,3	10,9	15	66	1	82
Italia	**396.757**	**677**	**84,2**	**29,1**	**4**	**16**	**3**	**23**

n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. Direzione Generale del Sistema Informativo. Ufficio di Direzione Statistica - Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Anno 2005.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 392

Grafico 1 - *Pazienti trattati in ADI (per 100.000) - Anni 1998-2005*



Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. Direzione Generale del Sistema Informativo. Ufficio di Direzione Statistica - Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Anni 1998-2005.

Raccomandazioni di Osservasalute

Si può rilevare come nell'ultimo decennio si sia assistito, trasversalmente alle diverse regioni, con importanti differenze che vanno gradualmente colmandosi, ad una fase di progressiva espansione dell'ADI. Tuttavia permane una forte disomogeneità nei criteri che definiscono le attività assistenziali proprie dell'ADI, sia sul piano dell'accesso che su quello del trattamento. Un recente documento della Commissione per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, istituita dal Ministero della Salute, sottolinea questa necessità, al fine di stabilire standard qualitativi e quantitativi e definire le modalità di remunerazione degli erogatori. Un ulteriore indicazione potrà derivare dalla definizione e successiva applicazione della scheda di flusso nazionale per l'assistenza domiciliare concepita all'interno degli obiettivi del Progetto Mattoni del SSN "Assistenza primaria e prestazioni domiciliari", pagg. 418-421.

Riferimenti bibliografici

(1) Attività gestionali ed economiche delle ASL e Aziende Ospedaliere. Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale. 1998-2005.
(2) ASSR. L'assistenza domiciliare è la nuova frontiera. Monitor, Anno II numero 6 settembre-ottobre 2003: 24-31.
(3) ASSR. Meno ospedale e più territorio: il trend continua. Monitor, Anno III numero 10 ottobre 2004: 34-49.
(4) Marceca M. Assistenza domiciliare. Parole chiave. Care 3, 2003.
(5) Ministero della salute. Dipartimento della qualità. Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema - uff. V: Ricognizione ed analisi di modelli organizzativi innovativi per l'erogazione di cure primarie. Analisi Nazionale. Dicembre 2004. Ultimo accesso internet giugno 2007: www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_472_allegato.pdf.
(6) Ministero della Salute. Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza. Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio. Ultimo accesso internet giugno 2007: http://www.fedcp.org/documenti/C_17_pubblicazioni_572_allegato.pdf.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 393

La medicina generale ed il suo ruolo nella continuità assistenziale

Dott. Stefano Tardivo, Dott.ssa Cristiana Pasqualetto, Dott.ssa Silvia Veronese, Dott.ssa Tamara Zerman, Prof. Gabriele Romano

Contesto

Il progressivo accentuarsi dei problemi inerenti la sostenibilità economica del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) a fronte di crescenti esigenze di qualificazione dei servizi sanitari offerti, richiede una riprogettazione, seppur parziale, del sistema delle cure primarie erogate da Medici di Medicina Generale in collaborazione con altre figure professionali, con particolare attenzione alla valorizzazione dei servizi territoriali. Esiste, inoltre, la necessità di rispondere in modo adeguato, etico, deontologico e nuovo alla domanda crescente di salute, che va valutata e orientata, recuperando i valori e i principi della legge 23 dicembre 1978 n. 833, affermando l'esigenza di efficacia e appropriatezza della risposta sanitaria e sociale per un pieno utilizzo delle risorse del sistema a tutela di equità, eguaglianza e compatibilità del sistema socio-sanitario (1).
L'evoluzione del SSN non può, però, non tener conto di elementi nuovi che influiscono sugli assetti organizzativi dei servizi e che richiedono una nuova formazione degli operatori sanitari (Documento della Federazione Sindacati Indipendenti. Delineazioni di una struttura di primaria assistenza nel territorio denominata "Unità primaria di Assistenza Territoriale - UTAP). Questi sono:
- l'aumento della prevalenza della patologia cronico-degenerativa che pone il problema della presa in carico dei pazienti da parte di una fitta rete di servizi territoriali coordinata dal Medico di Medicina Generale (MMG):
- la progressiva specializzazione in ambito genetico e farmacologico, nei trapianti, nella chirurgia che apparentemente si contrappone alla visione unitaria della persona ma costituisce un importante elemento di miglioramento della salute della persona stessa;
- la necessità di potenziare le iniziative di promozione ed educazione alla salute rivolte ai cittadini, nella consapevolezza dell'importanza del protagonismo dei cittadini nella gestione del proprio stato di salute dal momento che i determinanti della salute si trovano al di fuori del Servizio Sanitario;
- l'attenzione verso la qualità dei servizi percepita dai cittadini, che costituisce uno sprono al continuo miglioramento della qualità dell'assistenza;
- la riorganizzazione della Sanità nel territorio che richiede il miglioramento del rapporto delle strutture del SSN con i propri operatori medici e non, miglioramento che prevede la partecipazione diretta delle Aziende Sanitarie Locali (AASSLL) alle scelte di programmazione e di gestione.
In questo processo di riorientamento culturale ed organizzativo dei servizi, il MMG dovrà "cogestire" con gli specialisti ospedalieri i percorsi assistenziali dei pazienti; si renderà necessaria l'individuazione dei bisogni assistenziali ed il "governo della domanda" di prestazioni da parte degli utenti sia verso la rete dei servizi territoriali stessi (specialistica, domiciliarità, residenzialità) sia verso l'ospedale e gli altri elementi dell'assistenza socio-sanitaria (13).
In quest'ottica, il Piano Sanitario Nazionale (PSN) 2003-2005, approvato con il D.P.R. 23 maggio 2003, nel testo risultante dall'atto di intesa in sede di Conferenza Unificata Stato-Regioni-Città ed autonomie locali del 15 Aprile 2003, dopo 25 anni dall'entrata in vigore della Legge n. 833 del 1978, pone il problema, sempre attuale, di un ripensamento dell'organizzazione del SSN, individuando il territorio quale punto di forza per l'organizzazione della risposta sanitaria e dell'integrazione socio-sanitaria e per il governo dei percorsi assistenziali, a garanzia dei livelli essenziali e dell'appropriatezza delle prestazioni. Lo stesso PSN 2003-2005 e ancor più il vigente PSN 2006-2008 prevedono l'obiettivo prioritario dello sviluppo dell'assistenza primaria, principalmente tramite la realizzazione di forme di aggregazione di tipo innovativo tra i diversi professionisti sanitari del territorio, a partire dai Medici di Medicina Generale.

Risultati e Discussione

Accordo Collettivo Nazionale (ACN)
L'attuale ACN, reso esecutivo nel Marzo 2005, disciplina i servizi assistenziali della Medicina Generale in un contesto di continuità e integrazione con le prestazioni offerte dalle Aziende-Unità Sanitarie Locali in un quadro normativo che privilegi la responsabilizzazione del MMG e la condivisione degli obiettivi assistenziali propri del sistema delle Cure Primarie.
L'accordo, mirando ad una visione unitaria della MG ne regolamenta i diversi scenari pur rimanendo uno strumento flessibile e adattabile all'evolversi dei bisogni della collettività.
La programmazione delle attività territoriali deve pertanto garantire:
- l'assistenza primaria di MG;

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 394

- la continuità assistenziale;
- le attività territoriali programmate;
- la medicina dei servizi;
- l'emergenza sanitaria territoriale.

Al fine di un miglioramento continuo della qualità dell'offerta, che richiede strategie complesse ed articolate, l'ACN incentiva lo sviluppo di forme di aggregazione tra medici e tra questi ed altre figure professionali (già definite nel precedente ACN del 2000), che permettano il confronto reciproco e la condivisione di Linee Guida e protocolli per percorsi diagnostico-assistenziali.

Vengono definite tre tipologie di associazionismo: la medicina in associazione, in rete, di gruppo caratterizzate da modelli organizzativi via via più complessi.

Medicina in associazione

Si caratterizza per la distribuzione territoriale degli studi di assistenza primaria, non vincolati a sede unica, coerenti con l'articolazione territoriale del distretto; la possibilità di accesso pomeridiano fino alle ore 19 in almeno uno degli studi; un numero dei medici associati non superiore a 10.

Prevede la condivisione e l'implementazione di Linee Guida diagnostico terapeutiche per le patologie a più alta prevalenza e la realizzazione di momenti di revisione della qualità delle attività e della appropriatezza prescrittiva interna all'associazione, che deve essere coerente con gli obiettivi dichiarati dall'associazione.

Medicina in rete

È prevista una distribuzione territoriale degli studi, non vincolati a sede unica, coerenti con l'articolazione territoriale del distretto; la gestione della scheda sanitaria individuale su supporto informatico mediante *software* tra loro compatibili; il collegamento reciproco degli studi dei medici con sistemi informatici tali da consentire l'accesso alle informazioni relative agli assistiti dei componenti l'associazione; l'utilizzo da parte di ogni medico di sistemi di comunicazione informatica di tipo telematico, per il contatto con i centri di prenotazione dell'Azienda e l'eventuale trasmissione dei dati epidemiologici o prescrittivi, quando tali prestazioni siano normate da appositi Accordi regionali e/o aziendali; la realizzazione di momenti di revisione della qualità e dell'appropriatezza prescrittiva interna all'associazione.

Il numero di medici associati non deve essere superiore a 10 e deve essere garantita la apertura pomeridiana di uno degli studi della rete fino alle ore 19:00.

Medicina di gruppo

Il gruppo presenta sede unica, articolata in più studi medici in numero pari ad almeno la metà degli associati con possibilità di uso promiscuo degli stessi, ferma restando la possibilità dei singoli medici di operare in altri studi in orari aggiuntivi a quelli previsti per la medicina di gruppo. I medici del gruppo possono condividere risorse tecnologiche, strumentali e umane (personale infermieristico, di segreteria, etc).

È prevista la gestione della scheda sanitaria su supporto informatico e il collegamento in rete dei vari supporti e la possibilità di accesso, mediante sistemi di comunicazione informatica di tipo telematico, ai centri di prenotazione dell'Azienda e l'eventuale trasmissione dei dati epidemiologici o prescrittivi.

Elemento nuovo dell'attuale ACN è rappresentato dalla istituzione in via sperimentale dell'equipe territoriale quale strumento attuativo della programmazione sanitaria che realizzi forme di cooperazione professionale per garantire i livelli essenziali ed appropriati di assistenza ed una più efficace integrazione dei servizi socio-sanitari.

Le *equipe* Territoriali sono intese come legami funzionali, formalmente obbligatori, articolati su progetti aziendali attraverso un'integrazione professionale a livello distrettuale. Viene individuata, inoltre, un'altra forma organizzativa complessa: l'Unità Territoriale di Assistenza Primaria (UTAP), realizzata attraverso legami strutturali su base volontaria e sperimentale in grado di creare centri di responsabilità aziendali per assicurare risposte complesse al bisogno di salute.

La costituzione dell'UTAP viene enfatizzata quale fulcro della rete assistenziale socio-sanitaria territoriale (integrazione Aziende Sanitarie), che ne intercetta la domanda e ne governa i percorsi assicurando continuità alle azioni di cura e riabilitazione e garantendo un elevato grado di integrazione tra la medicina di base e la specialistica consentendo il soddisfacimento della più comune domanda specialistica in elezione. È formata dall'associazione di più medici convenzionati (MMG, Medici di Continuità assistenziale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Convenzionati) che operano in una sede unica, ma prevede la collaborazione anche di altre figure professionali quali infermieri, personale di studio, personale amministrativo, in numero adeguato alle attività previste e al numero di assistiti.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 395

Scenari Regionali

La riforma del titolo V della Costituzione che consente alle regioni di ridisegnare il proprio sistema di organizzazione dei servizi socio-sanitari con la possibilità di individuare strumenti e modelli propri ad integrazione della normativa nazionale, ha creato una notevole difformità nella scelta dei modelli organizzativi in risposta ai bisogni assistenziali locali che si realizza con lo strumento degli Accordi Integrativi Regionali e con i Patti Aziendali.

Al momento sono stati sottoscritti 16 Accordi Integrativi Regionali che interessano le regioni: Abruzzo, Basilicata, Calabria, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, Piemonte, Toscana, Provincia Autonoma di Trento, Umbria, Valle d'Aosta e Veneto, mentre in Puglia e Sicilia sono tuttora in fase di definizione. In Sardegna la trattativa, già in fase avanzata con la sottoscrizione di un preaccordo a Maggio 2006, si è bloccata per riprendere solo recentemente a Marzo 2007.

Notevoli difficoltà legislative permangono, invece, per la Campania, mentre nella Provincia Autonoma di Bolzano non risulta applicato nemmeno l'Accordo Nazionale.

Tabella 1 – *Modelli organizzativi innovativi per l'erogazione di cure primarie – Anno 2004*

Situazione 2004	Medicina in associazione	Medicina in rete	Medicina di gruppo	Coop.	*Equipe* territoriali	Modelli sperimentali	Totale Italia
N. associazioni	3.256	744	1.541	98	554	31	n.d.
MMG coinvolti	16.126 (36%)	4.308 (9%)	6.077 (13%)	n.d.	n.d.	n.d.	43.899 (100%)
Pazienti coinvolti	19.543.101 (35%)	5.370.340 (9,8%)	7.805.175 (14%)	n.d.	n.d.	n.d.	54.222.472 (100%)
Distribuzione geografica (%)							
Nord	51	48,5	45	24	87	74	n.d.
Centro	20	8,0	31	24	10	22	n.d.
Sud	19	27,0	19	52	0(1)	4	n.d.
Isole	10	16,5	5	0	0(1)	0	n.d.
Incentivi ex-DPR 270/00 (per paziente) (€)	2,5	3,5	4,5	no	1,4	Secondo accordo regionale	n.d.

(1)La somma non fa 100% perchè non è chiara la distribuzione del modello nel Sud ed Isole; in particolare, risulta che in alcune regioni, quali la Sardegna, la trattativa di attuazione dell'Accordo è rimasta bloccata per lungo tempo riprendendo solo nel Marzo 2007.
n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. "Ricognizione ed analisi di Modelli organizzativi innovativi per l'erogazione di Cure Primarie". Dicembre 2004.

Nelle regioni in cui gli accordi sono stati siglati emerge una certa variabilità negli obiettivi prefissati, ma l'elemento comune è rappresentato dalla volontà di potenziare le forme associative (medicina in rete e di gruppo) o le organizzazioni in equipe.

Le cooperative, ancora poco diffuse, rappresentano una forma peculiare di modello organizzativo, essendo società di servizi con personalità giuridica; favoriscono il dialogo tra medici, li supportano, ne promuovono lo sviluppo culturale e garantiscono, grazie alla loro formula societaria, particolari condizioni di acquisto di strumenti informatici e tecnologici. Le cooperative di MMG, cui possono partecipare anche PLS, vengono a costituire di fatto un presupposto per la genesi delle équipe territoriali.

Si evidenzia, comunque, un maggiore interesse rivolto all'integrazione tra gli stessi MMG attraverso lo sviluppo della medicina in rete o di gruppo, piuttosto che lo sviluppo di un coordinamento con le altre figure professionali e gli altri servizi del SSN. Risulta pertanto difficile lo sviluppo delle UTAP e dei Nuclei di Cure Primarie che erano state auspicate dalla conferenza Stato-Regioni del luglio 2004 e previste dall'accordo nazionale vigente.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 396

Tabella 2 – *Scenario post ACN 2005 per alcune regioni - Anno 2006*

Regioni	Emilia-Romagna	Lazio	Lombardia	Marche	Piemonte	Umbria	Toscana	Veneto
Modelli e anno di attivazione	NCP (2000)	UCP (2004) Utap (2006)	GCP (2005)	ET (2004)	ET (2006)	ET (2004)	UCP (2003) MAC (2006)	Utap (2006)
Professioni coinvolte	MMG, PLS, IP, Prof. Sanitarie Distretto Ass. Soc., Terapisti	MMG	MMG, IP, specialisti ospedalieri terapisti	MMG, PLS, IP, Prof. Sanitarie Distretto Ass. Soc., Terapisti	MMG, PLS	MMG, PLS, MCA, IP, Ass. Soc., Spec T e H	MMG, MCA, IP, + legame con 118	MMG, PLS, MCA, IP, Ass. Soc., Spec T e H
Bacino utenza (ab)	10.000-30.000	n.a.	Minimo 6.000	n.a.	10.000-30.000	10.000-15.000	5.000-50.000	10.000-25.000
Sede unica	NO	NO	SI	SI	NO	NO	SI + altri ambulatori	SI + altri ambulatori
Presenza specialisti	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI
Finanziamento	Sperimentale	Per attività	Sperimentale	Da accordi integrativi	Su progetti	Da accordi integrativi	Per obiettivi	Fondo Aziendale di Assistenza Primaria
Responsabilità e strumenti di controllo	SI (referente NCP)	SI (verifiche su attività)	SI(controlli interni/ esterni ASL)	SI (controlli ammini-strativi)	SI (controlli ammini-strativi)	SI (riunioni audit)	SI (verifica su attività)	SI (accordi integrativi locali)
Sistema informativo	SI, progetto SOLE	NO	SI, SISS regionale	NO	NO	SI	SI	CUP Aziende Ulss

n.a. = non attribuibile; NCP = Nucleo Cure Primarie; UCP = Unità Cure Primarie; GCP = Gruppo di Cure Primarie; UTAP = Unità Territoriale di Assistenza Primaria; ET = Equipe Territoriale; MAC = Medico di Continuità Assistenziale; MMG = Medico di Medicina Generale; PLS = Pediatra di Libera Scelta; IP = Infermiere Professionale; SISS regionale = Sistema Informativo Socio Sanitario regionale; CUP = Centro Unificato Prenotazione; Spec. T e H = Specialisti Territoriali e Ospedalieri.

Fonte dei dati e anno di riferimento: CeRGAS – SDA Bocconi. Analisi Nazionale Ministero della Salute. Anno 2006.

Alcune regioni istituiscono, per garantire la funzione di produzione dei servizi sanitari, un Dipartimento di Cure Primarie (DPC), a cui competono il coordinamento e l'erogazione di tutte le attività cliniche del distretto, ossia la MG, l'assistenza domiciliare, specialistica, l'assistenza semiresidenziale e residenziale.
All'interno del Dipartimento operano i Gruppi o Nuclei di Cure Primarie (GCP, NCP), che rappresentano forme di aggregazione della MG per aree territoriali omogenee (in genere per 10.000-30.000 abitanti) che operano condividendo obiettivi di tutela di salute programmati all'interno del Distretto.
Altre regioni mirano a valorizzare le forme imprenditoriali di MG più che a rafforzare l'integrazione del medico di assistenza primaria nel Distretto.
Tuttavia i diversi modelli regionali e aziendali esprimono la volontà comune di rinnovare le cure primarie superando la tradizionale modalità di lavoro da "solista" del MMG e modulando il suo ruolo da gatekeeper a "gestore" del governo clinico per promuovere l'appropriatezza dei Servizi Sanitari.

Riferimenti bibliografici

(1) Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, ai sensi dell'art. 8 del decreto legislativo 502/92 come modificato dai decreti legislativi n. 517/93 e n. 229/99.
(2) Delibera Giunta Regionale Regione Veneto n. 4395 del 30.12.2005.
(3) Delibera Giunta Regionale Regione Lombardia n. VIII/004723 del 16.05.2007.
(4) Regione Marche, Servizio Salute, Accordo Integrativo Regionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale in attuazione dell'accordo collettivo nazionale sancito con intesa della conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le regioni e le province autonome rep. n. 2272 del 23.03.2005, siglato il 29 Maggio 2007.
(5) Delibera Giunta Regionale Regione Toscana n.198 del 20.03.2006.
(6) Regione Campania. Accordo Integrativo Regionale per la medicina generale ai sensi del Capo VI del D.P.R. 270/2000.
(7) Delibera Giunta Regionale Regione Basilicata n. 1640 del 24.07.2001.
(8) Regione Sicilia. Decreto 23 febbraio 2007. Esecutività all'accordo regionale relativo agli istituti normativi ed economici di cui al capo V - Emergenza sanitaria territoriale - dell'accordo collettivo nazionale dei medici di medicina generale 23

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 397

marzo 2005.
(9) egione Abruzzo. Direzione Sanità. Accordo integrativo regionale per la disciplina dei rapporti tra i medici di medicina generale e il SSN siglato il 4 Agosto 2006.
(10) Provincia Autonoma di Trento. Accordo integrativo dell'accordo provinciale per i medici di medicina generale siglato il 17 Aprile 2007.
(11) Sito del ministero della salute. www.ministerosalute.it.
(12) CeRGAS – SDA Bocconi. Paolo Tedeschi. "I have a dream"… lo sviluppo di reti di cure primarie distrettuali per la tutela della salute" . 5° congresso nazionale Card-Welfare, Devolution, Distretto. San Marino, 2006.
(13) ASSR. Differenze ma anche strategie comuni nelle normative regionali. Monitor, Anno II numero 6 settembre - ottobre 2003; pp. 8-23.
(14) ASSR. Si affaccia il modello dei "primary care groups". Monitor, Anno II numero 6 settembre - ottobre 2003; pp. 32-38.
(15) ASSR. Le unità territoriali di assistenza primaria. Anno IV Numero 13 - 2005. pp 124-127.
(16) "Ricognizione ed analisi di Modelli organizzativi innovativi per l'erogazione di Cure Primarie". Analisi Nazionale, Dicembre 2004, Ministero della Salute.
(17) Rosito A., Brenna E., Pederzoli V., "Governo clinico: quali strumenti e modalità di attuazione in ambito territoriale". Seminario AIES- Verona, 15 Aprile 2005.
(18) Simon G., Franzo A., Samani F., "Nuove forme di organizzazione della medicina territoriale: l'associazionismo in medicina generale". Rapporto Osservasalute 2005.
(19) Allegato alle Indicazioni progettuali ex Intesa 2 ottobre 2003. Delineazioni di una struttura di primaria assistenza nel territorio denominata. "Unità primaria di Assistenza Territoriale – UTAP".

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 398

Popolazione anziana: area residenziale

Dott.ssa Rossella Curci, Dott.ssa Anna Paola Cantù, Prof. Francesco Auxilia

Contesto

L'offerta residenziale rivolta alla popolazione anziana (>= 65 anni) può essere differenziata in rapporto al livello e alla tipologia di assistenza in:
- *Residenza assistenziale per anziani autosufficienti*: presidio residenziale destinato ad anziani prevalentemente autosufficienti. Gli ospiti beneficiano di prestazioni assistenziali, ricevono assistenza alberghiera completa e sono stimolati a prendere parte ad attività ricreative e culturali;
- *Residenza socio sanitaria per anziani*: presidio residenziale destinato ad anziani prevalentemente non autosufficienti, dotato di personale medico e infermieristico specializzato. Le prestazioni offerte sono ad alta integrazione sociale e sanitaria e perseguono l'obiettivo di ottenere il massimo recupero possibile delle capacità psico-motorie degli ospiti;
- *Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA)*: presidio residenziale destinato ad anziani non autosufficienti o a persone disabili, che necessitano di un supporto assistenziale specifico e di prestazioni mediche, infermieristiche e riabilitative. L'assistenza fornita prevede un livello medio di assistenza sanitaria, integrato da un livello alto di assistenza tutelare ed alberghiera.

Per quanto le definizioni precedenti descrivano strutture assistenziali con proprie specificità ed un progressivo impegno sanitario, nella realtà le strutture presenti sul territorio nazionale spesso non sono così facilmente riconducibili ad una precisa categoria sia per l'eterogeneità degli ospiti presenti e dei servizi offerti, sia per le difformità normative che caratterizzano le varie regioni.
L'insieme delle strutture residenziali, definito anche con il termine inglese di *Long Term Care Facilities*, comprende le istituzioni che offrono assistenza in regime residenziale a diversi gradi di intensità, dalla riabilitazione all'Hospice, con un preponderante ruolo delle residenze per anziani.
Le caratteristiche che accomunano queste strutture sono:
- erogazione di ricoveri con lunghi periodi di degenza;
- livello di assistenza sanitaria limitato rispetto all'ospedale per acuti (sia per livello di assistenza medico-infermieristica sia per il limitato ricorso a procedure invasive);
- target costituito da popolazione prevalentemente anziana caratterizzata da molteplici patologie croniche e con limitazioni funzionali;
- orientamento al recupero e/o al mantenimento delle abilità.

L'importanza, anche quantitativa, di queste strutture sta progressivamente crescendo a fronte della sempre maggiore focalizzazione degli ospedali sulle patologie acute ad alto assorbimento di risorse, possibile solo in un contesto di rete assistenziale che garantisca la disponibilità di ambiti in grado di accogliere sia pazienti post acuti sia pazienti che necessitano di cure in un contesto assistenziale a intensità medio-bassa.
In questa ottica, le residenze per anziani rappresentano non solo un importante ambito di assistenza rivolto ai cittadini, ma anche un punto critico per una ottimale allocazione delle risorse in una prospettiva di rete. Ne deriva un primario interesse a valutarne l'evoluzione negli anni, con confronti tra le varie realtà regionali, sia dal punto di vista dell'utilizzo di tali forme assistenziali che dal punto di vista degli orientamenti espressi (Piani Sanitari Regionali e normativa specifica).

Risultati e Discussione

Ospiti anziani assistiti nei presidi
Il numero di anziani ricoverati in strutture residenziali è stato analizzato con riferimento alla popolazione ultrasessantacinquenne totale e alla popolazione ultrasessantacinquenne non autosufficiente. Al fine di individuare possibili linee di tendenza, tenuto anche conto delle oscillazioni annuali della numerosità della popolazione considerata, si è calcolata la differenza percentuale tra le medie delle presenze nei trienni 1999-2001 e 2002-2004.
Nel periodo considerato il numero di anziani ricoverati in strutture residenziali è cresciuto dello 0,43%, passando da 222.548 a 223.509.
La crescita maggiore ha riguardato il Nord (+6.219) ed in particolare il Nord-Ovest, che con la Lombardia (+2.044) e la Liguria (+1.611) ha segnato il maggiore aumento di ospiti anziani.
Al contrario si è osservato un calo dei ricoverati al Centro, con una diminuzione che ha riguardato in modo particolare la Toscana (-2.198).
Il Sud e le Isole hanno complessivamente avuto un forte decremento del numero di ricoverati (-3.540).

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 399

L'analisi delle linee di tendenza derivabili dal confronto percentuale delle medie triennali, evidenzia come, a fronte di un dato nazionale stabile (+0,52%), vi siano regioni che fanno registrare incrementi di ospiti (Liguria, Marche, Abruzzo, Molise), mentre per altre l'andamento è in diminuzione (Toscana, Campania, Basilicata, Calabria e Sardegna).
Tra gli anziani ricoverati, la presenza di soggetti non autosufficienti è aumentata, passando da 140.192 ospiti del 1999 ai 157.106 del 2004, con un incremento di 16.914 casi (12,1%).
Anche in questo caso si osservano, tra le diverse regioni, andamenti differenti. Al Nord si evidenzia un aumento degli anziani ricoverati non autosufficienti (complessivamente +13.737), con incrementi assoluti tra il 1999 e il 2004 maggiori per Lombardia (+5.072) e Piemonte (+4.246).
Dall'analisi dei confronti percentuali delle medie triennali, a fronte di un dato nazionale di incremento (+8,21%), la Liguria presenta il valore più elevato (+21,45%). Le regioni del centro si caratterizzano per un incremento complessivo degli ospiti non autosufficienti, con l'eccezione della Toscana (-5,86%). Al Sud e nelle Isole si è rilevato, nello stesso periodo, un aumento più contenuto degli ospiti non autosufficienti (+780), con percentuali di confronto negative ad eccezione di Campania e Sicilia.
Gli ultimi dati Istat disponibili relativi alla disponibilità di posti letto (p.l.) ogni 10.000 abitanti ed al numero effettivo degli ospiti si riferiscono al 31.12.2004.
Da questi si rileva come in Italia il numero di p.l. disponibili ogni 10.000 abitanti sia pari a 56,6 a fronte di una numerosità degli ospiti presenti nei presidi residenziali socio-assistenziali pari a 50 ogni 10.000 abitanti.
Alcune regioni (Piemonte, Valle d'Aosta, Fiuli-Venezia Giulia, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna e le Province Autonome di Bolzano e Trento) hanno un numero di posti letto e di ospiti ogni 10.000 abitanti nettamente superiore alla media nazionale. Lombardia, Marche e Molise, invece, presentano un numero di posti letto e di ospiti ogni 10.000 abitanti lievemente superiore alla media nazionale. Le restanti regioni si attestano su valori inferiori alla media nazionale.

Tabella 1 - *Anziani (>= 65 anni) nei presidi residenziali socio-assistenziali (valori assoluti e confronto tra medie triennali) per regione - Anni 1999-2004*

Regioni	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Confronto medie dei trienni*
Piemonte	32.284	33.380	34.075	33.098	35.286	33.599	2,25
Valle d'Aosta	903	891	1.000	983	884	1.013	3,08
Lombardia	46.634	43.279	48.796	47.602	47.474	48.678	3,64
Bolzano-Bozen	*3.377*	*2.885*	*3.184*	-	*3.150*	*3.180*	*0,52*
Trento	*4.097*	*4.066*	*4.229*	-	*4.417*	*4.562*	*8,69*
Veneto	30.075	28.857	28.658	30.416	31.522	28.655	3,43
Friuli-Venezia Giulia	9.626	8.509	9.492	9.393	9.115	9.472	1,28
Liguria	9.148	7.913	10.980	10.127	10.900	10.759	13,36
Emilia-Romagna	24.839	23.805	23.937	23.905	24.454	22.059	-2,98
Toscana	16.166	14.662	14.819	13.905	12.820	13.668	-11,51
Umbria	2.161	2.374	2.343	2.349	2.387	2.240	1,42
Marche	5.036	5.352	5.801	6.115	6.575	6.335	17,52
Lazio	9.683	9.695	9.984	9.794	9.662	10.430	1,78
Abruzzo	4.048	3.395	3.219	3.925	4.117	3.881	11,83
Molise	800	951	1.124	1.166	1.252	1.321	30,05
Campania	4.273	4.184	3.936	3.840	3.939	3.850	-6,16
Puglia	5.999	7.222	5.809	5.673	5.758	5.919	-8,83
Basilicata	1.002	848	652	615	718	634	-21,38
Calabria	1.997	2.074	1.945	1.857	2.154	1.724	-4,67
Sicilia	7.069	7.582	7.065	6.975	7.547	7.589	1,82
Sardegna	3.331	4.202	4.180	3.680	3.184	3.942	-7,74
Italia	**222.548**	**216.126**	**225.228**	**216.538**	**227.315**	**223.509**	**0,52**

*Per le Province Autonome di Trento e Bolzano le medie del secondo triennio non comprendono il dato relativo al 2002 che appare dubbio.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Health for All-Italia. Giugno 2007.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 400

Tabella 2 - *Anziani (<= 65 anni) non autosufficienti nei presidi residenziali socio-assistenziali (valori assoluti e confronto tra medie triennali) per regione - Anni 1999-2004*

Regioni	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Confronto medie dei trienni
Piemonte	15.486	17.014	17.976	17.730	20.050	19.732	13,94
Valle d'Aosta	690	692	792	803	744	914	13,20
Lombardia	40.100	37.933	42.777	42.405	43.354	45.172	8,38
Bolzano-Bozen	*3.016*	*2.177*	*2.443*	*2.702*	*2.691*	*2.800*	*7,29*
Trento	*3.659*	*3.694*	*3.797*	*3.911*	*4.016*	*4.132*	*8,15*
Veneto	19.790	20.721	20.652	21.919	23.025	21.716	8,99
Friuli-Venezia Giulia	6.040	5.507	6.073	6.344	6.424	6.843	11,30
Liguria	4.771	4.305	5.884	5.511	6.326	6.332	21,45
Emilia-Romagna	18.123	17.692	17.877	18.146	18.782	17.352	1,10
Toscana	9.081	8.765	8.978	8.588	7.920	8.744	-5,86
Umbria	1.593	1.711	1.662	1.716	1.747	1.555	1,05
Marche	3.166	3.532	3.875	4.048	4.455	4.496	22,95
Lazio	2.074	2.379	3.350	3.249	3.434	3.934	36,06
Abruzzo	2.367	1.961	1.918	2.596	2.664	2.454	23,50
Molise	361	477	544	601	661	723	43,63
Campania	1.133	854	952	1.000	1.050	954	2,21
Puglia	2.634	3.205	2.765	2.603	2.546	2.985	-5,46
Basilicata	539	448	326	338	402	310	-20,03
Calabria	1.112	1.122	1.114	903	1.239	985	-6,60
Sicilia	2.957	3.173	2.903	2.936	3.292	3.285	5,31
Sardegna	1.500	1.844	1.717	1.548	1.354	1.688	-9,31
Italia	**140.192**	**139.206**	**148.375**	**149.597**	**156.176**	**157.106**	**8,21**

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Health for All-Italia. Giugno 2007.

Tabella 3 - *Posti letto e numero di ospiti (per 10.000 abitanti) nei presidi residenziali socio-assistenziali per regione – Anno 2004*

Regioni	Posti letto	Ospiti
Piemonte	104,6	92,3
Valle d'Aosta	93,8	93,4
Lombardia	68,8	64,3
Trentino-Alto Adige	109,6	107,4
Bolzano-Bozen	*74,5*	*82,2*
Trento	*143,3*	*131,7*
Veneto	77,4	72,9
Friuli-Venezia Giulia	108,8	97,3
Liguria	95,2	86,3
Emilia-Romagna	77,5	69,9
Toscana	52,9	47,9
Umbria	43,4	39,8
Marche	63,5	54,6
Lazio	38,0	30,6
Abruzzo	46,4	39,9
Molise	65,0	60,4
Campania	15,9	12,7
Puglia	31,8	21,6
Basilicata	20,3	15,6
Calabria	23,8	18,7
Sicilia	35,8	26,8
Sardegna	36,1	30,8
Nord-Ovest	*81,8*	*74,6*
Nord-Est	*83,7*	*77,5*
Centro	*46,6*	*40,1*
Sud	*25,7*	*19,9*
Isole	*35,9*	*27,8*
Italia	**56,6**	**50,0**

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. L'assistenza residenziale e socio-assistenziale in Italia. Maggio 2007.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 401

Piani Sanitari Regionali: orientamenti relativi all'area residenziale

L'analisi dei Piani Sanitari Regionali (PSR) vigenti ha permesso di valutare l'orientamento delle singole regioni relativamente all'offerta di residenzialità, rivolta in particolare alla popolazione anziana, e di evidenziare elementi comuni ma anche alcune peculiarità. Si sono considerati la valutazione di adeguatezza del proprio sistema di offerta, la coerenza dello stesso rispetto al modello "a rete" previsto dai Piani Sanitari Nazionali, nonché le eventuali indicazioni in merito alla appropriatezza del setting e delle *equipe* di assistenza. Un elemento importante, oggetto di valutazione da parte di molti PSR, riguarda il posizionamento di questo settore di offerta rispetto ai bisogni, ovvero la soddisfazione della domanda di residenzialità espressa dalla popolazione. Dall'analisi dei documenti si evince come in diverse regioni la struttura di offerta venga considerata adeguata, almeno dal punto di vista quantitativo: tra queste la Lombardia ove, grazie al raggiungimento degli obiettivi del precedente PSR 2002-2004, è stata incrementata e resa più omogenea la fruizione di queste strutture, la Provincia Autonoma di Bolzano, il Friuli-Venezia Giulia e la Toscana. In altre regioni l'offerta viene giudicata tuttora carente rispetto ai bisogni della popolazione, considerazione che sembra in contrasto con i dati riportati in tabella 3. La contraddizione è peraltro solo apparente dal momento che occorre evidenziare come l'indicatore relativo all'occupazione dei posti letto non fotografi il bisogno, ma semplicemente il livello di utilizzo dei servizi. Le indicazioni dei PSR sono frutto di valutazioni operate sulla base di dati complessivi riferiti alle statistiche demografiche e sanitarie della regione e non unicamente sui dati di utilizzo attuali, potenzialmente viziati da situazioni di inappropriatezza anche in ambito ospedaliero. In particolare in Valle d'Aosta si osserva, dai dati relativi al 2004, che il 68% delle giornate di ricovero *outlier* (che superano, cioè, la soglia di degenza prevista per ogni DRG) riguarda soggetti di età superiore ai 65 anni; tale indicatore individuerebbe per via indiretta un fabbisogno non soddisfatto di assistenza residenziale, almeno in termini di corretto setting assistenziale. Anche la regione Marche individua carenze, sia come numero di posti letto che come livelli assistenziali, in particolare per quanto riguarda l'assistenza residenziale ad anziani non autosufficienti. Analogamente per la Sicilia si sottolinea una condizione di carenza di tali strutture, oltre ad un profilo di costi per il paziente elevati rispetto al reddito medio degli abitanti; così pure per la Sardegna vengono individuate diverse criticità nell'ambito dell'offerta di strutture residenziali per soggetti non autosufficienti a causa di una distribuzione territoriale non equilibrata e di livelli qualitativi non uniformi. Da sottolineare l'orientamento della Calabria, che considera le Residenze Sanitarie come "residenze speciali" per soggetti non autosufficienti, non assistibili a domicilio con livello di tutela sanitaria medio-alto, ma caratterizzati da una situazione di stabilità clinica. Tuttavia l'osservazione che, a causa della carenza di una rete di lungodegenza e riabilitazione, le strutture sono chiamate ad offrire una risposta a numerose situazioni di post-acuzie, ha portato a definire in questa regione un regime transitorio con ulteriore dotazione di posti letto ad un livello assistenziale sostitutivo della lungodegenza ospedaliera, che accolga pazienti in dimissione dall'ospedale per periodi di degenza a termine (massimo 60 giorni). Tali strutture vengono definite "Residenze sanitarie ad elevata medicalizzazione" ed è previsto un loro successivo riaccreditamento come Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) o Case Protette con la progressiva attivazione della lungodegenza ospedaliera. Gli indirizzi programmatori si orientano verso un'espansione dell'offerta in Piemonte, Valle d'Aosta, Emilia-Romagna, Liguria, Lazio, Marche, Abruzzo e Calabria, oppure, come in Lombardia e Sardegna, verso politiche di contenimento e di monitoraggio dei costi legati a questo particolare livello di assistenza. La Provincia Autonoma di Trento, sottolineando l'elevata incidenza della spesa per questo ambito sul bilancio complessivo, pone l'obiettivo di contenere il numero di posti letto entro un totale di 4.000 (Piano Sanitario Provinciale 2000-2002), mentre il Friuli-Venezia Giulia ipotizza uno "sblocco selettivo" delle autorizzazioni per la costruzione di nuove strutture. In alcuni documenti (è il caso di Piemonte, Veneto, Basilicata e Sardegna) viene sottolineata la opportunità di intervenire attraverso processi di riconversione e riorganizzazione di strutture già esistenti. Relativamente alla coerenza del modello di riferimento, esso è rappresentato, in tutti i documenti consultati, pur con qualche apprezzabile differenza, dal modello "a rete". Nell'ambito di alcuni PSR, infatti, viene messo in luce l'obiettivo di creare una rete territoriale, che comprenda anche servizi integrativi alle strutture residenziali e, nella maggior parte dei casi, veda il distretto come componente centrale di coordinamento. Così ad esempio la Valle d'Aosta considera in particolare le RSA come l'anello di congiunzione tra la rete dei servizi domiciliari e il presidio ospedaliero, mentre la Lombardia riporta fra i propri obiettivi lo sviluppo di una politica tariffaria a sostegno di una rete di servizi integrativi alle RSA. La Toscana, nel processo di realizzazione delle RSA, ha privilegiato l'utilizzo di strutture polifunzionali che aggregano moduli residenziali e servizi territoriali. A tal proposito è opportuno sottolineare come molte regioni ribadiscano l'importanza, accanto alla riqualificazione dell'offerta residenziale, di un potenziamento dell'assistenza domiciliare (Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Toscana, Campania, Basilicata, Sardegna). Un elemento comune che emerge dall'analisi di molti PSR è l'enfasi posta sul significato che un aumento e una riqualificazione di strutture residenziali può avere ai fini di una riduzione del ricorso al ricovero negli ospedali per acuti aumentando l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie. Fanno esplicito riferimento a tale aspetto le regioni Piemonte, Valle d'Aosta, Liguria, Basilicata, Calabria e Sicilia, oltre che la Provincia

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 402

Autonoma di Trento. Altre regioni, come Emilia-Romagna, Marche, Umbria e Sardegna, sottolineano l'importanza del ruolo di *équipe* multiprofessionali che abbiano il compito di definire i criteri e le modalità per l'accesso alle diverse tipologie di servizi residenziali. È stata effettuata, infine, una revisione della normativa regionale specifica riguardante in particolare le RSA; in tabella 4 vengono riportati i principali riferimenti e l'oggetto principale degli stessi. La ricerca è stata svolta mediante la consultazione di siti istituzionali e di basi dati contenenti la normativa nazionale e regionale, con inserimento di parole chiave. Essa presenta limiti oggettivi dovuti alla disponibilità e alla completezza del materiale pubblicato nei siti stessi, considerando anche la latenza tra la produzione di un documento e il momento in cui è disponibile sul web. Tale aspetto, se non corretto, costituisce evidentemente un considerevole ostacolo allo sviluppo di questa tipologia di analisi comparativa.

Tabella 4 - *Piani sanitari regionali in vigore e panoramica sui principali riferimenti normativi regionali*

Regioni	Piano sanitario o socio-sanitario vigente	Norm. specifica RSA	Sintesi contenuto normativa
Piemonte	Piano socio-sanitario regionale 2006-2010[1]	a. Dgr 41-42433/1995	a. Requisiti
		b. LR 73/1996	b. Finanziamenti
		c. Dcr 616-3149/2000	c. Requisiti[4]
		d. Dgr 42-12004/2004	d. Modifiche Dgr 32-29522/2000
Valle d'Aosta	Piano regionale per la salute e il benessere sociale 2006-2008	a. Dgr 722/2004 e Dgr 2418/2006	a. Requisiti organizzativi
Lombardia	Piano socio-sanitario regionale 2007-2009	a. Dgr 12904/2003	a. Remunerazione RSA e Hospice
		b. Dgr 12618/2003	b. Standard di personale
		c. Dgr 1143/2005	c. Remunerazione qualità aggiunta
		d. Dgr 3059/2006	d. Remunerazione RSA accreditate
Bolzano-Bozen	*Piano sanitario Provinciale 2000-2002*		
Trento	*Piano sanitario Provinciale 2000-2002*	*a. DGP 30-40/2000*	*a. Autorizzazione e accreditamento[4]*
		b. DGP130/2001	*b. Direttive RSA*
Veneto	Piano socio-sanitario regionale 1996-1998[2]	a. Dgr 751 e 752/2000	a. Assistenza extraospedaliera
		b. Dgr 3632/2000	b. Criteri mobilità
		c. Dgr 456/2007	c. Criteri accesso
Friuli-Venezia Giulia	Piano sanitario e socio-sanitario 2006-2008	a. LR 10/1998	a. Tutela salute anziani
		b. Dgr 688/1999	b. Riqualificazione strutture residenziali
Liguria	Piano socio-sanitario regionale 2003-2005	a. Dgr 395/2002	a. Riordino residenzialità extraospedaliera
		b. Dgr 308/2005	b. Accreditamento[4]
Emilia-Romagna	Piano socio-sanitario regionale 2007-2009	a. Dgr 1378/1999 e seguenti	a. Direttive servizi socio-sanitari
		b. Dgr 564/2000	b. Autorizzazione al funzionamento[4]
Toscana	Piano sanitario regionale 2005-2007	a. Dgr 306/2001	a. Protocollo di intesa per RSA
		b. Dgr 412/2001	b. Adeguamento quota sanitaria
		c. Dgr 402/2004	c. Riqualificazione assistenza anziani
Umbria	Piano sanitario regionale 2003-2005	a. Dgr 6475/1998	a. Regolamentazione rapporti con SSR[5]
Marche	Piano sanitario regionale 2007-2009	a. LR 20/2000	a. Autorizzazione e accreditamento
		b. Dgr 1566/2004	b. Riqualificazione strutture residenziali[7]
		c. Dgr 289/2005[6]	c. Ripartizione posti letto in RSA
Lazio	Piano sanitario regionale 2002-2004	a. LR 41/1993	a. Organizzazione, funzionamento e realizzazione RSA
		b. Dgr 2499/1997	b. Provvedimenti realizzazione RSA
		c. Circ 40/1997	c. Azioni per le ASL
		d. Dgr 6020/1998	d. Finanziamenti
Abruzzo	Piano sanitario regionale 1999-2001	a. Dgr 1175/1996	a. Attuazione PSR 1994-1996 per RSA
		b. Dgr 312/1997	b. Fissazione diarie
		c. LR 125/1999	c. Interventi per attivazione RSA pubbliche
		d. Dgr 203/2005	d. Linee negoziali RSA private accreditate
Molise	Piani sanitario regionale 1997-1999[3]	a. Dgr 523/1995	a. Recepimento linee guida 1/1994
Campania	Piano sanitario regionale 2002-2004	a. LR 8/2003	a. Realizzazione, organizzazione e funzionamento RSA pubbliche e private
Puglia	Piano sanitario regionale 2002-2004		
Basilicata	Piano regionale socio-assistenziale 2000-2002	Nota 8	
Calabria	Piano regionale per la salute 2004-2006	a. Dgr 695/2003	a. Criteri programmazione e funzionamento RSA
Sicilia	Piano socio-sanitario regionale 2000-2002	a. Decreto Presidenziale 25/10/1999	a. Standards strutturali e funzionali
		b. DASS 27/04/2006	b. Disposizioni (rette, criteri di accesso)
Sardegna	Piano regionale dei servizi sanitari 2006-2008	a. Dgr 25-6/2006	a. Linee di indirizzo

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 403

Note

1. Si tratta della proposta di Piano socio-sanitario regionale 2006-2010, approvata, in prima bozza, dalla Giunta regionale il 28.12.2005. A gennaio 2007 è in fase avanzata la discussione sulle proposte di modifica ed integrazione del documento; il Piano dovrà essere poi approvato dal Consiglio.
2. Ai fini della presente valutazione è stata considerata la Relazione socio-sanitaria della Regione Veneto- Anno 2004.
3. Non reperibile sul web.
4. Generale, non specifico per RSA, ma con capitolo dedicato.
5. Riguarda strutture private, fra cui residenze sanitarie assistenziali.
6. Testo integrale non reperito.
7. Dgr relativa ai servizi per anziani nel loro complesso, non specifica per RSA o altre strutture residenziali.
8. I requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici per le RSA sono quelli stabiliti dal DPR 14/01/1997.

Sitografia

(1) www.regione.piemonte.it.
(2) http://arianna.consiglioregionale.piemonte.it.
(3) www.comune.torino.it.
(4) www.regione.vda.it.
(5) www.regione.lombardia.it.
(6) www.comune.bolzano.it/prog/delibere/index_it.php.
(7) www.delibere.provincia.tn.it.
(8) www.regione.veneto.it/Normativa/.
(9) www.regione.fvg.it/istituzionale/leggi/leggi.htm.
(10) www.bur.liguriainrete.it.
(11) www.regione.liguria.it.
(12) www.regione.emilia-romagna.it/ERMES/index.htm.
(13) www.regione.toscana.it.
(14) http://sanita.regione.umbria.it.
(15) www.regione.marche.it.
(16) www.coordstatuti.regione.marche.it/normativa_regionale.
(17) www.regione.lazio.it.
(18) www.regione.abruzzo.it.
(19) www.regione.molise.it.
(20) www.sito.regione.campania.it/leggi_regionali/index_leggi.htm.
(21) www.consiglio.puglia.it/documentazione/leges/codice_leggi.asp.
(22) www.regione.calabria.it.
(23) www.regione.sicilia.
(24) www.regione.sardegna.it/regione/giunta/delibere.html.
(25) www.ministerosalute.it.
(26) www.centromaderna.it.
(27) www.sedes.it.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 404

Dimissioni ospedaliere potenzialmente evitabili per asma

Significato. L'asma è una malattia infiammatoria cronica che interessa le vie aeree. È caratterizzata da ricorrenti riacutizzazioni che, nei soggetti suscettibili, possono essere causate da infezioni respiratorie, esposizione ad allergeni oppure ad agenti sensibilizzanti professionali.
Le riacutizzazioni, la progressiva riduzione della funzionalità respiratoria e l'insorgenza della broncopneumopatia cronica ostruttiva possono essere attribuibili ad una non corretta gestione del paziente asmatico.
Tali pazienti necessitano, per una corretta gestione della patologia, della definizione del profilo di rischio, dell'individuazione di una terapia farmacologica efficace ed educazionale, mirata all'autogestione, e di un *follow-up* regolare e sistematico.
Tra i *Prevention Quality Indicators* dell'AHRQ le dimissioni ospedaliere potenzialmente evitabili per asma tra gli adulti valutano indirettamente la presenza di un'adeguata rete di servizi territoriali per l'appropriata gestione dell'asma.

Tasso di dimissioni ospedaliere potenzialmente evitabili per asma

$$\text{Numeratore} = \frac{\text{Dimissioni ospedaliere per asma di 18 anni e oltre}}{\text{Popolazione media residente di 18 anni e oltre}} \times 1.000 = \text{Denominatore}$$

Validità e limiti. L'indicatore si riferisce ai ricoveri per acuti di 18 anni e oltre con diagnosi principale per asma (ICD-9-CM: 493.00-02; 493.10-12; 493.20-22; 493.90-92) in regime di ricovero ordinario, avvenuti negli istituti pubblici e privati accreditati nell'anno 2005.
Sono state utilizzate le fonti ufficiali dei dati, quali le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) del Ministero della Salute per i ricoveri e l'Istat per la popolazione media residente. La standardizzazione dei tassi è stata eseguita con il metodo diretto, considerando come standard la popolazione media residente in Italia nel 2001.
La possibilità di disporre di dati relativi esclusivamente ai ricoveri di pazienti residenti consente di valutare, in maniera più precisa, il grado di inappropriatezza delle strutture territoriali regionali.
Per tale indicatore potrebbe essere presente un bias determinato dalla diversa prevalenza della malattia nelle varie regioni.
La rappresentazione di "intervalli di posizione" fornisce elementi preliminari di confronto tra regioni e nei diversi anni, in una logica tesa al miglioramento dell'appropriatezza in ogni singola regione.

Valore di riferimento/Benchmark. In assenza di un valore di riferimento legislativo si è considerata la suddivisione in terzili dei tassi regionali. Tale scelta è legata alle distribuzione dei tassi ed è il massimo grado di disaggregazione utile ai fini della valutazione.

Descrizione dei risultati

Per l'anno 2005, nell'intervallo che va dal valore minimo al primo terzile incluso (0,10-0,15) troviamo: Valle d'Aosta, Piemonte, Marche, Basilicata, Provincia Autonoma di Trento, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia; dal primo terzile escluso al secondo terzile (0,15-0,20): Toscana, Liguria, Sicilia, Lazio,Veneto, Lombardia, Umbria; dal secondo terzile escluso al valore massimo (0,24-0,39): Puglia, Calabria, Campania, Provincia Autonoma di Bolzano, Abruzzo, Molise e Sardegna.
È stata valutata negli anni 2001-2005 la rilevante modifica di posizione delle regioni, identificata dal passaggio da un terzile ad un altro.
Presentano uno spostamento dal secondo al terzo terzile l'Abruzzo (0,26, 95% IC: 0,25-0,27; 0,30, 95% IC: 0,29-0,31) ed il Molise (0,29, 95% IC: 0,27-0,31; 0,32, 95% IC: 0,30-0,34).
Il Veneto pur presentando una riduzione del tasso da 0,25 (95% IC: 0,24-0,25) a 0,19 (95% IC: 0,19-0,20), si è spostato dal primo al secondo terzile.
Le regioni che hanno presentato un miglioramento della posizione nei terzili sono la Basilicata dal terzo (0,50, 95% IC: 0,48-0,53) al primo terzile (0,13, 95% IC: 0,12-0,13) e la Sicilia dal terzo (0,31, 95% IC: 0,30-0,31) al secondo terzile (0,17, 95% IC: 0,17-0,17).
La situazione italiana è nel complesso migliorata. Tutte le variazioni indicate sono statisticamente significative.

G. DAMIANI, A.G. DE BELVIS, S. RINALDI, C. BIANCHI, L. MURIANNI, C. CECCOLINI

Tabella 1 - *Distribuzione in terzili del tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per asma, per regione - Anni 2001-2005*

Regioni	2001 95% IC	Regioni	2002 95% IC	Regioni	2003 95% IC	Regioni	2004 95% IC	Regioni	2005 95% IC
Valle d'Aosta	0,13 0,11-0,15	Valle d'Aosta	0,14 0,12-0,17	Valle d'Aosta	0,08 0,07-0,10	Piemonte	0,10 0,10-0,11	Valle d'Aosta	0,10 0,08-0,12
Piemonte	0,17 0,17-0,18	Piemonte	0,15 0,15-0,16	Piemonte	0,12 0,12-0,12	Friuli-Venezia Giulia	0,13 0,12-0,13	Piemonte	0,11 0,11-0,12
Friuli-Venezia Giulia	0,20 0,19-0,21	Marche	0,17 0,16-0,18	Emilia-Romagna	0,15 0,14-0,15	Marche	0,13 0,13-0,14	Marche	0,12 0,12-0,13
Marche	0,21 0,20-0,22	*Trento*	*0,17* *0,16-0,18*	*Trento*	*0,15* *0,14-0,16*	Emilia-Romagna	0,14 0,14-0,15	Basilicata	0,13 0,12-0,13
Trento	*0,22* *0,21-0,23*	Friuli-Venezia Giulia	0,17 0,16-0,18	Friuli-Venezia Giulia	0,16 0,15-0,16	Valle d'Aosta	0,15 0,12-0,17	*Trento*	*0,14* *0,13-0,15*
Emilia-Romagna	0,22 0,22-0,23	Emilia-Romagna	0,19 0,18-0,19	Marche	0,16 0,16-0,17	Toscana	0,16 0,15-0,16	Emilia-Romagna	0,14 0,14-0,15
Veneto	0,25 0,24-0,25	Toscana	0,20 0,19-0,20	Toscana	0,17 0,17-0,18	*Trento*	*0,16* *0,15-0,17*	Friuli-Venezia Giulia	0,15 0,14-0,16
Toscana	0,26 0,25-0,26	Veneto	0,22 0,21-0,22	Veneto	0,19 0,19-0,20	Lazio	0,20 0,19-0,20	Toscana	0,15 0,15-0,15
Abruzzo	0,26 0,25-0,27	Lombardia	0,22 0,22-0,22	Lazio	0,19 0,19-0,20	Lombardia	0,20 0,20-0,20	Liguria	0,17 0,16-0,17
Lazio	0,26 0,25-0,26	Lazio	0,23 0,22-0,23	Lombardia	0,21 0,20-0,21	Veneto	0,21 0,20-0,21	Sicilia	0,17 0,17-0,17
Lombardia	0,28 0,27-0,28	Liguria	0,28 0,27-0,29	Umbria	0,24 0,23-0,25	Umbria	0,21 0,20-0,22	Lazio	0,18 0,18-0,18
Molise	0,29 0,27-0,31	Sicilia	0,28 0,28-0,29	Liguria	0,24 0,23-0,25	Sicilia	0,22 0,22-0,23	Veneto	0,19 0,18-0,19
Umbria	0,30 0,29-0,31	Umbria	0,29 0,28-0,30	Campania	0,24 0,24-0,25	Campania	0,23 0,23-0,24	Lombardia	0,19 0,19-0,19
Liguria	0,30 0,29-0,31	Abruzzo	0,30 0,29-0,31	Basilicata	0,25 0,24-0,26	Liguria	0,23 0,23-0,24	Umbria	0,20 0,19-0,21
Sicilia	0,31 0,30-0,31	Campania	0,30 0,30-0,31	Sicilia	0,26 0,26-0,27	Basilicata	0,23 0,22-0,25	Puglia	0,24 0,24-0,25
Campania	0,32 0,32-0,33	Basilicata	0,30 0,29-0,32	Abruzzo	0,26 0,25-0,27	Calabria	0,25 0,24-0,26	Calabria	0,26 0,25-0,27
Puglia	0,35 0,34-0,35	*Bolzano-Bolzen*	*0,30* *0,28-0,32*	Puglia	0,30 0,29-0,30	*Bolzano-Bolzen*	*0,26* *0,24-0,27*	Campania	0,27 0,27-0,28
Bolzano-Bolzen	*0,38* *0,36-0,40*	Molise	0,30 0,28-0,32	Calabria	0,33 0,32-0,34	Puglia	0,28 0,27-0,28	*Bolzano-Bolzen*	*0,27* *0,25-0,29*

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 405

Tabella 1 - (segue) *Distribuzione in terzili del tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per asma, per regione - Anni 2001-2005*

Regioni	2001 95% IC	Regioni	2002 95% IC	Regioni	2003 95% IC	Regioni	2004 95% IC	Regioni	2005 95% IC
Calabria	0,42 0,41-0,43	Puglia	0,35 0,34-0,35	Molise	0,36 0,34-0,38	Abruzzo	0,31 0,30-0,33	Abruzzo	0,30 0,29-0,31
Sardegna	0,44 0,43-0,46	Calabria	0,41 0,40-0,42	*Bolzano-Bolzen*	*0,37* *0,35-0,39*	Molise	0,33 0,31-0,35	Molise	0,32 0,30-0,34
Basilicata	0,50 0,48-0,53	Sardegna	0,47 0,45-0,48	Sardegna	0,45 0,44-0,46	Sardegna	0,42 0,41-0,43	Sardegna	0,39 0,38-0,40
Italia	**0,28** **0,28-0,28**	**Italia**	**0,25** **0,25-0,25**	**Italia**	**0,22** **0,22-0,22**	**Italia**	**0,21** **0,20-0,21**	**Italia**	**0,19** **0,19-0,20**

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

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. Anno 2007.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 406

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 407

Raccomandazioni di Osservasalute

La sinergia programmatoria, organizzativa, operativa e di valutazione, a livello strategico, per il trattamento di specifiche patologie croniche quali l'asma, rappresenta uno degli impegni principali di una visione evoluta di *primary care* a cui fornisce utili spunti di supporto il *chronic care model* (5).

Tale modello riguarda l'adozione di principi, logiche e strumenti secondo una visione sistematica del trattamento dei pazienti.

Esso è caratterizzato da un'adeguata informazione dei pazienti, dalla promozione dell'auto-assistenza, dall'adozione di percorsi assistenziali secondo logiche di disease management e dall'attivazione di team pluriprofessionali, integrati e dedicati, necessari al fine di migliorare l'assistenza dei malati cronici.

L'analisi dell'andamento regionale nell'arco di un quinquennio consente una iniziale valutazione dell'evoluzione delle politiche sanitarie attuate nel periodo considerato.

Alla luce di questi dati si osserva ancora un elevato utilizzo a livello ospedaliero e, quindi, la necessità di potenziare l'assistenza territoriale e l'integrazione ospedale territorio.

Riferimenti bibliografici

(1) AHRQ Quality Indicators. Guide to Prevention Quality Indicators: Hospital Admission for Ambulatory Care Sensitive Conditions. Department of Health and Human Services. Agency for Healthcare Research and Quality. October 2001 Version 3.1 (March 2007). http://www.qualityindicators.ahrq.gov (ultimo accesso: Aprile 2007).

(2) Damiani G, Ricciardi G. Manuale di Programmazione e Organizzazione Sanitaria. Napoli: Ildeson-Gnocchi, 2005.

(3) Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 2006-2008. Decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 2006. Gazzetta Ufficiale 8 giugno 2006, Serie Generale, n. 131.

(4) Damiani G, de Belvis AG, Siliquini R, Trani F, Mainelli MT. Appropriatezza organizzativa della gestione delle cronicità ed integrazione ospedale-territorio: asma bronchiale in pazienti di età > 18 anni e diabete mellito con complicanze tardive (CLT). In: Osservatorio Nazionale sulla salute nelle Regioni Italiane. Rapporto Osservasalute 2005; PREX, Milano.

(5) Wagner E.H., Davis C., Schaefer J., et al., 1999: A survey of leading chronic disease management programs: are they consistent with the literature? Managed care quarterly; 7: 56-66.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 408

Dimissioni ospedaliere potenzialmente evitabili per complicanze a lungo termine del diabete mellito

Significato. Il diabete mellito è una patologia endocrina, le cui cause sono sconosciute, caratterizzata da alterazioni del metabolismo glucidico; presenta un decorso cronico-degenerativo con tendenza a manifestare complicanze a breve ed a lungo termine.
Un corretto trattamento di tale patologia a livello territoriale dovrebbe tradursi nella individuazione dei soggetti maggiormente a rischio, nella sistematica attuazione di interventi di prevenzione, nella diagnosi precoce, nella definizione di una appropriata terapia e di un adeguato trattamento delle complicanze.
Il tasso di dimissioni ospedaliere potenzialmente evitabili per Complicanze a Lungo Termine del Diabete mellito (CLTD) presentato nei "*Prevention Quality Indicators*" dell'AHRQ, consente di valutare indirettamente l'appropriatezza della gestione territoriale del diabete.

Tasso di dimissioni ospedaliere potenzialmente evitabile per complicanze a lungo termine del diabete mellito

$$\text{Numeratore} = \frac{\text{Dimissioni ospedaliere per CLTD di 18 anni e oltre}}{\text{Popolazione media residente di 18 anni e oltre}} \times 1.000 = \text{Denominatore}$$

Validità e limiti.L'indicatore si riferisce ai ricoveri per acuti di 18 anni e oltre, con diagnosi principali per CLTD (Codici ICD-9-CM: 250.40-43, 250.50-53, 250.60-63, 250.70-73, 250.80-83 e 250.90-93) in regime di ricovero ordinario, avvenuti negli istituti pubblici e privati accreditati nel 2005.
È stato valutato, inoltre, per gli anni 2001-2005 la distribuzione in terzili dei tassi standardizzati delle diverse regioni italiane, con relativo intervallo di confidenza al 95%.
Sono state utilizzate le fonti ufficiali dei dati, quali le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) del Ministero della Salute per i ricoveri e l'Istat per la popolazione media annua residente. La standardizzazione dei tassi è stata eseguita con il metodo diretto, considerando come standard la popolazione media residente in Italia nel 2001.
La rappresentazione di "intervalli di posizione" fornisce elementi preliminari di confronto tra regioni e nei diversi anni, in una logica tesa al miglioramento dell'appropriatezza in ogni singola regione.

Valore di riferimento/Benchmark. In assenza di un valore di riferimento legislativo si è considerata la suddivisione in terzili dei tassi regionali. Tale scelta è legata alle distribuzione dei tassi ed è il massimo grado di disaggregazione utile ai fini della valutazione.

Descrizione dei risultati

Per l'anno 2005, nell'intervallo che va dal valore minimo assunto dal tasso standardizzato per CLTD al primo terzile incluso (0,13-0,32) troviamo le regioni: Marche, Valle d'Aosta, Umbria, Toscana, Sardegna, Liguria e Piemonte; dal primo terzile escluso al secondo terzile (0,37-0,51) le regioni: Emilia-Romagna, Abruzzo, la Provincia Autonoma di Trento, Lazio, Friuli-Venezia Giulia, Lombardia, Veneto; dal secondo terzile escluso al valore massimo (0,52-0,85) Campania, Provincia Autonoma di Bolzano, Calabria, Molise, Basilicata, Sicilia e Puglia.
Sono state valutate nel corso del quinquennio le più rilevanti modifiche di posizione delle regioni, rappresentate dal passaggio da un terzile ad un altro. L'Emilia-Romagna è passata dal primo terzile nel 2001 al secondo nel 2005, variando da 0,35 (95% IC: 0,34-0,35) a 0,37 (95% IC: 0,37-0,38); la Sardegna dal secondo al primo terzile, con un tasso che è passato da 0,44 (95% IC: 0,43-0,45) a 0,31 (95% IC: 0,30-0,32). Entrambe le variazioni sono statisticamente significative.

G. DAMIANI, A.G. DE BELVIS, S. RINALDI, C. BIANCHI, L. MURIANNI, C. CECCOLINI

Tabella 1 - *Distribuzione in terzili del tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per CLTD, per regione - Anni 2001-2005*

Regioni	2001 95% IC	Regioni	2002 95% IC	Regioni	2003 95% IC	Regioni	2004 95% IC	Regioni	2005 95% IC
Marche	0,27 0,26-0,28	Marche	0,22 0,22-0,23	Valle d'Aosta	0,16 0,13-0,19	Marche	0,17 0,16-0,17	Marche	0,13 0,13-0,14
Liguria	0,33 0,32-0,34	Umbria	0,31 0,30-0,33	Marche	0,16 0,15-0,17	Toscana	0,27 0,27-0,28	Valle d'Aosta	0,14 0,12-0,17
Emilia-Romagna	0,35 0,34-0,35	Toscana	0,32 0,32-0,33	Toscana	0,27 0,26-0,28	Valle d'Aosta	0,30 0,27-0,33	Umbria	0,21 0,20-0,22
Umbria	0,37 0,36-0,38	Piemonte	0,34 0,33-0,34	Umbria	0,30 0,29-0,32	Sardegna	0,31 0,30-0,32	Toscana	0,26 0,26-0,27
Toscana	0,38 0,37-0,38	Liguria	0,34 0,33-0,35	Liguria	0,32 0,31-0,33	Liguria	0,32 0,31-0,33	Sardegna	0,31 0,30-0,32
Piemonte	0,39 0,38-0,40	Valle d'Aosta	0,34 0,31-0,38	Emilia-Romagna	0,34 0,33-0,35	Emilia-Romagna	0,33 0,33-0,34	Liguria	0,31 0,30-0,32
Valle d'Aosta	0,42 0,38-0,46	Emilia-Romagna	0,35 0,35-0,36	Friuli-Venezia Giulia	0,35 0,34-0,37	Umbria	0,34 0,33-0,36	Piemonte	0,32 0,31-0,32
Sardegna	0,44 0,43-0,45	Friuli-Venezia Giulia	0,36 0,35-0,37	Sardegna	0,36 0,35-0,38	Piemonte	0,36 0,36-0,37	Emilia-Romagna	0,37 0,37-0,38
Friuli-Venezia Giulia	0,45 0,44-0,46	Veneto	0,41 0,40-0,41	Piemonte	0,39 0,38-0,40	Friuli-Venezia Giulia	0,40 0,39-0,42	Abruzzo	0,41 0,40-0,42
Veneto	0,48 0,48-0,49	Sardegna	0,43 0,42-0,44	Veneto	0,39 0,38-0,40	Lombardia	0,44 0,43-0,44	*Trento*	*0,44* *0,42-0,46*
Lombardia	0,48 0,48-0,49	Lombardia	0,43 0,42-0,43	Lombardia	0,40 0,40-0,41	Abruzzo	0,45 0,44-0,47	Lazio	0,44 0,43-0,45
Lazio	0,49 0,49-0,50	*Bolzano-Bolzen*	*0,54* *0,52-0,57*	Abruzzo	0,52 0,50-0,54	Veneto	0,46 0,46-0,47	Friuli-Venezia Giulia	0,45 0,43-0,46
Abruzzo	0,56 0,55-0,58	Lazio	0,55 0,55-0,56	*Trento*	*0,56* *0,53-0,59*	*Trento*	*0,55* *0,52-0,57*	Lombardia	0,45 0,45-0,45
Trento	*0,61* *0,59-0,64*	Abruzzo	0,56 0,54-0,57	Lazio	0,56 0,55-0,57	*Bolzano-Bolzen*	*0,57* *0,55-0,60*	Veneto	0,51 0,50-0,51
Bolzano-Bolzen	*0,62* *0,59-0,64*	*Trento*	*0,61* *0,58-0,63*	*Bolzano-Bolzen*	*0,57* *0,54-0,61*	Campania	0,58 0,57-0,58	Campania	0,52 0,51-0,53
Molise	0,78 0,75-0,81	Campania	0,76 0,75-0,77	Campania	0,67 0,66-0,68	Lazio	0,58 0,57-0,59	*Bolzano-Bolzen*	*0,55* *0,53-0,58*
Campania	0,85 0,84-0,86	Molise	0,76 0,73-0,80	Calabria	0,67 0,65-0,68	Calabria	0,76 0,75-0,77	Calabria	0,71 0,70-0,72
Calabria	0,90 0,88-0,92	Basilicata	0,84 0,82-0,87	Molise	0,68 0,64-0,72	Molise	0,78 0,74-0,81	Molise	0,76 0,73-0,80

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 409

Tabella 1 - (segue) *Distribuzione in terzili del tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per CLTD, per regione - Anni 2001-2005*

Regioni	2001 95% IC	Regioni	2002 95% IC	Regioni	2003 95% IC	Regioni	2004 95% IC	Regioni	2005 95% IC
Basilicata	0,91 0,88-0,94	Calabria	0,85 0,84-0,87	Basilicata	0,82 0,79-0,86	Puglia	0,91 0,90-0,92	Basilicata	0,80 0,77-0,82
Sicilia	0,95 0,94-0,96	Sicilia	0,93 0,92-0,94	Sicilia	0,95 0,94-0,97	Basilicata	0,92 0,90-0,95	Sicilia	0,82 0,81-0,83
Puglia	1,05 1,04-1,06	Puglia	1,02 1,01-1,03	Puglia	0,96 0,94-0,97	Sicilia	0,95 0,94-0,96	Puglia	0,85 0,84-0,86
Italia	**0,57** **0,57-0,57**	**Italia**	**0,53** **0,53-0,53**	**Italia**	**0,50** **0,50-0,51**	**Italia**	**0,51** **0,51-0,51**	**Italia**	**0,47** **0,47-0,48**

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

Fonte dei dati e anno di riferimento. Ministero della Salute. Anno 2007.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 410

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 411

Raccomandazioni di Osservasalute

L'adozione di strategie di *chronic care model* (5), calate nelle realtà regionali e locali, potrebbe rappresentare un utile strumento per migliorare l'assistenza territoriale delle cronicità e fornire un modello di gestione integrata al fine di controllare la malattia diabetica, migliorare la qualità di vita dei pazienti e ridurre i costi.

Rappresentano aspetti fondamentali per un sistema di gestione integrato della patologia, volto alla tutela della salute: la creazione di un team sanitario multidisciplinare, l'informazione ed il sostegno dei pazienti, l'attuazione di Linee Guida in percorsi assistenziali specifici per il trattamento del diabete, la definizione ed il monitoraggio di indicatori di processo e di esito (valori Hb A1c, glicemia, lipidi ematici e creatinemia, microalbuminuria, monitoraggio pressione arteriosa, esame del fondo dell'occhio).

L'effettuazione partecipata ed attiva di *follow-up* regolari e sistematici, con intensità differenti a seconda della gravità clinica, contribuisce al controllo della malattia.

Alla luce di questi dati si osserva ancora un elevato utilizzo a livello ospedaliero e, quindi, la necessità di potenziare l'assistenza territoriale e l'integrazione ospedale territorio.

Riferimenti bibliografici

(1) AHRQ Quality Indicators. Guide to Prevention Quality Indicators: Hospital Admission for Ambulatory Care Sensitive Conditions. Department of Health and Human Services. Agency for Healthcare Research and Quality. October 2001 Version 3.1 (March 2007). http://www.qualityindicators.ahrq.gov (ultimo accesso: Aprile 2007).

(2) Damiani G, Ricciardi G. Manuale di Programmazione e Organizzazione Sanitaria. Napoli: Ildeson-Gnocchi, 2005.

(3) Ministero della Salute. Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 Marzo 2005.

(4) Damiani G, de Belvis A.G., Colosimo S., Sicuro L., Ricciardi G. Politiche sanitarie regionali e modelli organizzativi distrettuali. Evidenze epidemiologiche dai Rapporti Osservasalute. In: Atti del Congresso CARD "Welfare, Devolution, Distretto. Percorsi, continuità delle cure, integrazione sociosanitaria per l'equità dell'accesso, per l'uniformità degli esiti", San Marino, 28/30 Settembre 2006 pg 29-40.

(5) Wagner E.H., Davis C., Schaefer J., et al., 1999: A survey of leading chronic disease management programs: are they consistent with the literature? Managed care quarterly; 7: 56-66.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 412

Telemedicina: esperienze in regione Lombardia

Dott.ssa Rossella Curci, Dott.ssa Anna Paola Cantù, Prof. Francesco Auxilia

Il termine telemedicina comprende un ampio spettro di applicazioni cliniche e di servizi nel campo della salute, implementati grazie all'utilizzo di una vasta gamma di tecnologie e comprendenti sia servizi interattivi di consultazione che di diagnosi. Le più recenti applicazioni prevedono attività come la consultazione a distanza di diversi specialisti, la trasmissione di elettrocardiogrammi (ECG) o immagini radiologiche, il monitoraggio a domicilio di pazienti cronici o appena dimessi da strutture ospedaliere, oltre a servizi di formazione per i professionisti della salute e servizi di second-opinion.

I primi esperimenti di telemedicina sono iniziati in Italia a partire dal 1976 con la trasmissione di ECG a distanza, ma solo 15 anni più tardi, con l'istituzione del Servizio 118 per le urgenze, la telemedicina ha visto applicazioni più ad ampio spettro.

La Lombardia ha sempre dimostrato interesse per questo settore e ha condotto negli ultimi anni diverse esperienze, molte delle quali ancora in corso.

Fra le principali applicazioni previste da tali progetti vi è il monitoraggio e l'assistenza a domicilio di pazienti affetti da patologie croniche o post-acute. È il caso del progetto CRITERIA (Confronti fra Reti Integrate Tecnologiche per gestire al domicilio pazienti post-acuti e cronici: Ricerca Applicata), iniziato nel 2002, rivolto in particolare a pazienti cardiopatici e avente l'obiettivo di confrontare, in termini di costo-efficacia, due programmi di cura domiciliare (Ospedalizzazione Domiciliare Riabilitativa post-cardiochirurgica e Tele-Sorveglianza Sanitaria Domiciliare per pazienti con scompenso cardiaco cronico medio-grave).

Altra applicazione molto diffusa è quella dei servizi di *second-opinion* la cui implementazione è stata valutata nell'ambito di progetti quali SUMMA (*Second-opinion* Unificata per Medici di Medicina Generale Associati) e DiCIT (Dipartimento delle Cure Intermedie Telematiche nella spedalità domiciliare). Per quanto riguarda il primo, concluso nel 2006, è stata prevista la creazione di una rete telematica tale da consentire l'erogazione di prestazioni di *second-opinion* specialistica da parte di medici specialisti nei confronti di Medici di Medicina Generale (MMG), nell'ambito di cinque specialità: cardiologia, reumatologia, pneumologia, diabetologia e dermatologia. La maggiore peculiarità del progetto è stata quella di valutarne l'impatto, sia con riferimento ad aree geografiche limitate e scarsamente servite da strutture di secondo livello che in centri urbani. Il secondo, promosso da Regione Lombardia, finanziato dal Ministero della Salute e attuato dall'ASL Città di Milano, offre ai pazienti affetti da insufficienza cardiaca o cardiopatia ischemica l'assistenza domiciliare, costantemente controllata da parte del MMG. Il progetto consente, infatti, a quest'ultimo di effettuare l'esame elettrocardiografico e trasmetterlo, attraverso il telefono, al cardiologo della centrale operativa.

Un modello innovativo di *partnership* pubblico-privato per migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria è quello proposto dal Progetto Virgilio, iniziato nel 2005. In questo ambito sono stati messi a punto il progetto RADICI (Reti A Diversa Intensità di Cura Integrate), attualmente in corso e dedicato ai pazienti diabetici, volto alla definizione dei percorsi diagnostico-terapeutici, allo studio dell'integrazione tra la rete ospedaliera e i servizi sul territorio e tra il MMG e lo specialista, e il progetto Telemaco (Telemedicina nei piccoli comuni lombardi), che mira a facilitare l'accesso dei cittadini alle prestazioni sanitarie.

Altro progetto di notevole interesse, che coinvolge la Regione Lombardia, gli Istituti Clinici di Perfezionamento (ICP) di Milano e gli Istituti Ortopedici Rizzoli di Bologna, è il progetto VIRTUS (*VIRTUal hoSpital*), approvato dalla Comunità Europea nel 2002 e che sta sviluppando una rete di ospedali virtuali in ambito europeo. VIRTUS eroga servizi sanitari a distanza sia in internet, permettendo ai cittadini ed ai MMG un accesso ospedaliero diretto, sia su una rete dedicata che permette teleconsulti.

Infine anche l'area della formazione dei professionisti è stata interessata da alcune iniziative fra cui la creazione (2003-2005) di una Rete Telematica per la Formazione a Distanza (FAD) e la Gestione delle Conoscenze con l'obiettivo di mettere in connessione i Presidi Ospedalieri della Lombardia e finalizzata anche all'autoformazione dei professionisti della salute.

Sitografia

(1) www.sanita.regione.lombardia.it.
(2) www.cardiologicomonzino.it/italiano/criteria.htm.
(3) www.dicit.it.
(4) http://summa.cefriel.it.
(5) http://radici:cefriel.it.
(6) www.virtual-hospital.org.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 413

Prestazioni residenziali e semi-residenziali

Dott. Enrico Brizioli

Contesto

Il Mattone ha avuto come mandato la costruzione di un flusso informativo delle prestazioni residenziali e semi-residenziale per Anziani, Disabili e Pazienti Psichiatrici. Poiché il flusso dovrà alimentare in modo coerente il Nuovo Sistema Informativo Sanitario Nazionale (NSIS) è apparsa subito evidente la necessità di definire modelli organizzativi uniformi, ai quali siano riferibili le singole prestazioni e/o attività. Nel settore residenziale si registra nelle diverse regioni una marcata variabilità dei modelli autorizzativi ed organizzativi, nonché delle modalità di erogazione del servizio, tali da imporre una ricognizione delle diverse tipologie di prestazioni e la loro riconduzione ad un modello unitario condiviso.

Anziani

Si intendono per prestazioni residenziali e semiresidenizali il complesso integrato di prestazioni socio-sanitarie erogate a persone non autosufficienti non assistibili a domicilio all'interno di nuclei accreditati per la specifica funzione. La prestazione non definisce quindi un singolo atto assistenziale, ma il complesso dell'assistenza erogata.
La prestazione si caratterizza di norma come prestazione di assistenza a lungo termine a persone non autosufficienti in condizioni di cronicità e/o relativa stabilizzazione delle condizioni cliniche, distinguendosi quindi dalle prestazioni di "terapia post-acuzie" (Riabilitazione e Lungodegenza post-acuzie) svolte di norma in regime ospedaliero o in strutture extra-ospedaliere specializzate per la riabilitazione.
In considerazione della relativa variabilità dell'intensità assistenziale che caratterizza le prestazioni residenziali, per i diversi bisogni degli ospiti si prevedono diversi livelli di accreditamento delle strutture coerentemente con la capacità di rispondere alle specifiche esigenze assistenziali.

Criteri di accesso e percorsi

L'accesso alle prestazioni residenziali deve intendersi regolato dai principi generali di universalità, equità ed appropriatezza.
L'utente per il quale sia individuata la condizione di non autosufficienza e non assistibilità a domicilio avrà, quindi, diritto di scegliere il luogo di cura nell'ambito delle diverse opzioni offerte dalle strutture accreditate con il Sistema Sanitario Nazionale (SSN).
Poiché il sistema prevede diversi livelli di intensità di cura, il diritto di accesso alle stesse dovrà essere subordinato alla verifica della effettiva appropriatezza della indicazione, sulla base di criteri oggettivi di valutazione multidimensionale (VMD) dei bisogni dell'utente.

Livelli prestazionali e codici

Per una corretta definizione delle prestazioni si è ritenuto, quindi, di dover procedere ad una classificazione dei "nuclei erogativi" basata sulle loro caratteristiche tecnico-organizzative, individuando i seguenti codici di prestazione:

Codice prestazione	Descrizione
R1	Prestazioni erogate in nuclei specializzati (Unità di Cure Residenziali Intensive) a persone non autosufficienti ad alto grado di intensità assistenziale, essenziale per il supporto alle funzioni vitali ed in particolare: ventilazione meccanica, ossigenoterapia continua, nutrizione enterale o parenterale protratta, trattamenti specialistici ad alto impegno (riferiti a persone in condizione di stato vegetativo o coma prolungato, persone con gravi insufficienze respiratorie, pazienti terminali etc.).
R2	Prestazioni erogate in nuclei specializzati (Unità di Cure Residenziali Estensive) a persone non autosufficienti con elevata necessità di tutela sanitaria: cure mediche e infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie e.v., nutrizione entrale etc.
R2D	Prestazioni erogate in nuclei specializzati a persone con demenza senile nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento e/o dell'affettività (Nuclei Alzheimer).
R3	Prestazioni erogate a persone non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria (Unità di Cure Residenziali di Mantenimento).
SR1	Prestazioni Semiresidenziali – Prestazioni di cure estensive o di mantenimento per anziani erogate in centri diurni.
SR2	Prestazioni Semiresidenziali Demenze – Prestazioni di cure estensive o di mantenimento per persone con demenza senile erogate in centri diurni.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 414

Le prestazioni individuate con i codici di prestazione R1, R2, R2D sono riferibili alla erogazione di "cure intensive o estensive" ad elevata integrazione sanitaria, mentre le prestazioni individuate con i codici di attività R3 sono convenzionalmente riferibili ad "assistenza e terapie di mantenimento", classificabili come prestazioni sanitarie e valenza sociale. L'erogazione delle prestazioni avviene di norma all'interno di nuclei residenziali specializzati ed organizzati per erogare quello specifico livello di assistenza. È auspicabile che più "nuclei" riferiti ai diversi livelli ai assistenza coesistano all'interno della medesima struttura.

Il flusso informativo sul "caso trattato": i dati relativi alla persona
Al fine della corretta pianificazione delle cure e della individuazione del corretto livello di assistenza da erogare l'accesso alle strutture residenziali è subordinato alla compilazione e utilizzo di uno strumento di Valutazione Multidimensionale dei bisogni (VMD) che costituisce debito informativo a livello di ASL.
Lo strumento di VMD dovrà essere validato su base nazionale o internazionale ed in grado di produrre un indice di case-mix assistenziale costruito su indicatori sintetici di assorbimento di risorse assistenziali, che rappresenta debito informativo regionale.
Lo strumento di VMD dovrà inoltre essere in grado di alimentare in modo automatico la scheda di Flusso di Assistenza Residenziale (FAR) che costituisce debito informativo a livello nazionale.
Gli strumenti testati dal gruppo di lavoro e validati per l'automatica alimentazione della FAR sono:
- MDS (*Minimun Data Set*)/RUG (*Resource Utilization Groups*);
- SOSIA (Scheda Osservazione Intermedia Assistenza);
- SVAMA (Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone adulte e anziane);
- AGED.
Tutte le regioni sono tenute ad adottare uno degli strumenti testati.
I dati di flusso regionali verranno quindi successivamente filtrati dal software FAR, in grado di alimentare il flusso informativo nazionale con dati essenziali omogenei.

I livelli del debito informativo
Il flusso informativo residenziale risulta caratterizzato da tre diversi livelli di debito informativo:
1) A livello di struttura, ove appare necessario disporre di un completo strumento di valutazione multidimensionale idoneo alla costruzione e verifica del piano di trattamento (strumento: sistema di VMD come Valutazione dell'Anziano Ospite di Residenza, SOSIA, SVAMA, VALutazione GRAFica);
2) A livello regionale, ove appare necessario disporre di strumenti di analisi del *case-mix* assistenziale a fini programmatori, tariffari, di verifica dell'appropriatezza e della qualità (strumento sistema di analisi del *case-mix* assistenziale: RUG, SOSIA, SVAMA, AGED);
3) A livello nazionale, ove ci aspetta un set minimo di dati anagrafici, amministrativi e di generico profilo assistenziale, al fine di monitorare l'erogazione del Livelli Essenziali di Assistenza, il ricorso ai diversi regimi assistenziali ed il consumo delle risorse, la definizione delle politiche sanitarie nazionale (strumento: FAR, flusso assistenza residenziale).

Disabili
Il Decreto sui Livelli Essenziali di Assistenza (DPCM 29 novembre 2001) individua come Livello Essenziale di Assistenza (LEA) l'assistenza territoriale semiresidenziale e residenziale riferibile ad attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali erogata con le caratteristiche dei presidi di riabilitazione extra-ospedaliera a ciclo diurno o continuativo e delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) per disabili, così come definiti dalle Linee Guida sulla Riabilitazione del 7 maggio 1998.
Questa classificazione delle tipologie di prestazione, con riferimento al loro inserimento nei LEA ed alla copertura da parte del SSN, suppone la definizione di un flusso informativo capace di distinguere le diverse tipologie di prestazioni.
Si propone, quindi, di procedere a una classificazione delle prestazioni che tenga conto di questa logica procedurale e che consenta di monitorare in modo affidabile i Livelli di Assistenza effettivamente erogati, tenendo conto delle indicazioni delle Linee Guida per la Riabilitazione, del Decreto sull'Integrazione Sociosanitaria e del Decreto sui LEA.
Le tipologie di prestazioni da individuare risultano:
1. Prestazioni residenziali di riabilitazione estensiva
- RRE1: Prestazioni di Riabilitazione Estensiva in regime di post-acuzie per il completamento di programmi terapeutici già avviati in forma Intensiva o rivolti a persone che non sopportano programmi di tipo intensivo (Linee Guida: art. 2.2. comma a/1);

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 415

- RRE2: Prestazioni di Riabilitazione Estensiva erogate nell'ambito di programmi a lungo termine in cui l'intervento riabilitativo sia necessario per contrastare la progressione di patologie invalidanti cronico-evolutive attraverso interventi prolungati e/o a cicli - (Linee Guida: art. 2.2. comma a/2).
2. Prestazioni residenziali per disabili
- RD1: Prestazioni di assistenza residenziale ad elevata integrazione sanitaria erogate in nuclei dedicati a persone non autosufficienti gravi o con responsività minimale che necessitano di cure medico/infermieristiche complesse per il supporto a funzioni vitali - (DPCM 29.11.2001, Allegato 1.C. punto 9, disabili, livello a));
- RD2: Prestazioni di assistenza residenziale ad elevata integrazione sanitaria, con terapia riabilitativa, attività psico-educative e socio-relazionali erogate in nuclei specializzati a persone non autosufficienti in età evolutiva affetti da disturbi del comportamento o da patologie di interesse neuropsichiatrico - (DPCM 29.11.2001, Allegato 1.C. punto 9, disabili, livello b);
- RD3: Prestazioni di assistenza residenziale ad elevata integrazione sanitaria erogate in nuclei dedicati a persone non autosufficienti ad alto grado di intensità assistenziale (disabili gravi) che necessitano di assistenza continuativa per lo svolgimento delle attività quotidiane - (DPCM 29.11.2001, Allegato 1.C. punto 9, disabili, livello c)/gravi);
- RD4: Prestazioni di assistenza residenziale e socializzazione erogate in nuclei dedicati a persone non autosufficienti prive di supporto familiare che conservano parziali ambiti di autonomia - (DPCM 29.11.2001, Allegato 1.C. punto 9, disabili, livello c) privi di sostegno familiare).

Il flusso informativo
Il flusso informativo prevede la compilazione di una scheda contenente dati anagrafici ed amministrativi, il codice di attività che identifica la prestazione, i codici ICD-9 relativi alle diagnosi principale e secondarie ed ulteriori dati riferiti alle caratteristiche della persona.
I dati relativi al case-mix assistenziale saranno raccolti con gli strumenti SOSIA, SVAMA, RUG, VALGRAF, AGED o con le rispettive varianti tarate sulla popolazione disabile giovane ed adulta. Il debito informativo per questi dati può essere limitato al Livello Informativo Regionale, con trasmissione a livello di NSIS dei medesimi dati raccolti ed analizzati dalla FAR.
I dati relativi agli obiettivi riabilitativi e agli obiettivi socio-relazionali saranno raccolti ed analizzati attraverso la scheda ICF (*International Classification of Functioning, Disability and Health*).

Livelli di debito informativo
Vengono definiti i seguenti livelli di debito in formativo:
1) A livello di struttura:
- Dati anagrafici personali
- Dati amministrativi (ASL di residenza, codice struttura, codice di prestazione, data di ingresso, partecipazione alla spesa, etc.)
- Diagnosi ICD-9 (diagnosi principale + 5 diagnosi secondarie)
- Scheda di analisi del *case-mix* assistenziale (RUG, SVAMA, SOSIA, AGED o versioni delle stesse tarate sui disabili)
- Scheda ICF.
2) A livello regionale:
- Dati anagrafici personali
- Dati amministrativi (ASL di residenza, codice struttura, codice di prestazione, data di ingresso, partecipazione alla spesa etc.)
- Diagnosi ICD-9 (diagnosi principale + 5 diagnosi secondarie)
- Scheda di analisi del *case-mix* assistenziale (RUG, SVAMA, SOSIA, AGED o versioni delle stesse tarate sui disabili).
3) A livello nazionale:
- Dati anagrafici personali
- Dati amministrativi (ASL di residenza, codice struttura, codice di prestazione, data di ingresso, partecipazione alla spesa etc.)
- Diagnosi ICD-9 (diagnosi principale + 5 diagnosi secondarie).

Prestazioni residenziali psichiatriche
Per le prestazioni residenziali psichiatriche il Mattone 12 ha lavorato in parallelo con il Gruppo di Lavoro sul Monitoraggio e Tutela della Salute Mentale, attivato presso il Ministero della Salute.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 416

Il progetto Obiettivo Salute Mentale (DPR 10 novembre 1999) definisce le strutture residenziali come:
Le strutture residenziali sono strutture extra-ospedaliere che accolgono persone che necessitano di interventi terapeutico-riabilitativi o socio-riabilitativi. Sono differenziate a seconda del livello di assistenza erogata dal personale sanitario, nell'arco delle 24 ore:
a)SR con presenza continua di personale sanitario lungo l'arco delle 24 ore;
b)SR con presenza di personale sanitario nelle 12 ore diurne nei giorni feriali, mentre nei giorni festivi questa presenza può essere ridotta;
c)SR con presenza di personale sanitario per fasce orarie nei giorni feriali o al bisogno. Nei giorni festivi questa presenza può essere assente.
Una classificazione di questo tipo, per essere riferibile ad un concetto di "prestazione" dovrebbe essere integrata con elementi che qualifichino le caratteristiche peculiari della prestazione e le sue finalità, riferibili ai trattamenti post acuzie o alla gestione della cronicità. Si è quindi proposto un modello di classificazione delle prestazioni, con i relativi codici di attività, che viene presentato di seguito.

Classificazione delle prestazioni residenziali psichiatriche
Le prestazioni di assistenza residenziale psichiatrica sono prestazioni a ciclo continuativo (residenziale) o diurno (semi-resindenziale) erogate in strutture extra-ospedaliere gestite direttamente da soggetti erogatori pubblici (Dipartimento di Salute Mentale-DSM) o da soggetti erogatori privati accreditati che operano comunque nell'ambito del sistema di offerta del DSM. Le strutture sono organizzate in nuclei completamente autonomi e separati con un massimo di 20 posti letto e accolgono persone che necessitano di ospitalità nell'intero arco delle 24 ore, anche con livelli di intensità assistenziale differenti.
Le prestazioni residenziali si suddividono in tre macro tipologie:
1. Prestazioni residenziali psichiatriche terapeutico-riabilitative (RP1): Sono erogate in strutture per persone che, nella fase di acuzie e post acuzie, necessitano di progetti terapeutici riabilitativi. Deve essere definita la durata massima di degenza sulla base degli specifici obiettivi terapeutici:
- Prestazioni terapeutiche riabilitative intensive (RP1.1): Sono erogate in strutture nelle quali vengono accolte persone, anche nella fase post acuzie, che richiedono interventi di riabilitazione intensiva e l'attuazione di programmi di reinserimento sociale. Il personale sanitario è presente nelle 24 ore. La durata massima della degenza è indicativamente di 18 mesi;
- Prestazioni terapeutico-riabilitative estensive (RP1.2): Sono erogate in strutture che accolgono persone con problematiche psichiatriche in fase di stabilizzazione per i quali non è opportuno un trattamento intensivo sotto il profilo riabilitativo ma che necessitano di assistenza e di riabilitazione di tipo estensivo. La durata della degenza può essere protratta in rapporto allo sviluppo dei programmi riabilitativi. Le strutture sono differenziate in base al numero di ore di presenza del personale, calcolato in ragione dei bisogni assistenziali degli ospiti. Tali prestazioni si suddividono a loro volta in: RP1.2.1, quando il personale sanitario è presente sulle 24 ore (è definita una durata massima della degenza di 36 mesi, eventualmente prorogabile nei casi in cui l'equipe curante ne motivi la proroga) e in RP1.2.2, quando il personale sanitario è presente sulle 12 ore (è definita una durata massima della degenza di 36 mesi, eventualmente prorogabile nei casi in cui l'equipe curante ne motivi la proroga).
2. Prestazioni residenziali psichiatriche socio-riabilitative (RP2): Sono erogate in strutture che rispondono ai bisogni di persone caratterizzate da un relativo grado di autonomia nella vita quotidiana ma che necessitano di una soluzione abitativa protetta. Il personale sanitario è presente solo in determinate fasce orarie. Non viene individuata una durata massima di degenza.
3. Prestazioni semiresidenziali psichiatriche (SRP): L'attività semiresidenziale è erogata in strutture collocate nel contesto territoriale che accolgono le persone durante le ore diurne. Sono strutture gestite direttamente da soggetti erogatori pubblici (Dipartimento di Salute Mentale) o da soggetti erogatori privati accreditati, che operano comunque nell'ambito del sistema di offerta del DSM, attive almeno 8 ore al giorno per 6 giorni la settimana, dotate di équipe multiprofessionali.

Flusso informativo e strumenti di rilevazione e di valutazione
Anche per le prestazioni in ambito psichiatrico viene prevista la costruzione di un flusso informativo basato su tre livelli di debito informativo: Nazionale, Regionale e di ASL (DSM).
1) A livello nazionale:
- Caratteristiche della persona: dati anagrafici e ASL di residenza);
- Diagnosi principale (ICD-9-CM);
- Tipologia di prestazione erogata (codice di prestazione);

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 417

- Data di ammissione e di dimissione per ogni tipologia di prestazione erogata nel tempo;
- La provenienza;
- La destinazione dopo la dimissione

2) A livello regionale:
- Dati richiesti a livello regionale;
- Specifici dati sul livello di autonomia della persona, sui bisogni assistenziali e sulla tipologia di trattamenti effettuati, attraverso strumenti valicati in ambito psichiatrico

3) A livello di DSM e di singola struttura:
- Ogni persona dovrà comunque essere valutata con strumenti di valutazione multidimensionale e scale psichiatriche in grado di misurare l'evoluzione del quadro clinico ed assistenziale, che dovrà risultare monitorato in cartella con i parametri indicati dal Progetto Obiettivo Salute Mentale.

Riferimenti bibliografici

(1) Bernabei R. Lo Strumento di Valutazione VAOR per RSA. Progetto Finalizzato Invecchiamento – CNR Roma 1995.
(2) Bernabei R, Landi F, Gambassi G et al. Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community. BMJ; 316: 1.348-1.351, 1998.
(3) Bjorkgren MA, Hakkinen U, Finne-Soveri UH, Fries BE. Validity and reliability of Resource Utilization Groups (RUG-III) in Finnish long-term care facilities. Scan J Publ Health, 27 (3): 228-234. 1999.
(4) Brizioli E, Bernabei R, Grechi F, Masera F, Landi F, Bandinelli S, Cavazzini C, Gangemi S, Ferrucci L. Nursing home case-mix instruments: validation of the RUG-III system in Italy. Aging Clin Exp Res.15 (3): 243-253, 2003.
(5) Ferrucci L, Marchionni N e il Gruppo di lavoro sulla Valutazione Multidimensionale. Linee Guida sull'utilizzazione della Valutazione Multidimensionale per l'Anziano Fragile nella Rete dei Servizi. Gerontol; 49: 1-76, 2001.
(6) Francesconi P, Cantini E, Bavazzano E, Lauretani F, Bandinelli S, Buiatti E, Ferrucci L. Classification of residents in nursing homes in Tuscany (Italy) using Resource Utilization Groups Version III (RUG-III). Aging Clin Exp Res. 18 (2): 133-140, 2006.
(7) Fries BE, Cooney LM Jr. Resource utilization groups. A patient classification system for long-term care. Med Care. 23 (2): 110-22, 1985.
(8) Fries BE, Schneider DP, Foley WJ, Gavazzi M, Burke R, Cornelius E. Refining a case-mix measure for nursing homes: Resource Utilisation Groups (RUG-III). Med Care. 32: 668–685, 1994.
(9) Hawes C, Morris J, Phillips C, Fries B, Murphy K, Mor V. Development of the nursing home Residents Assessment Instrument in the USA. Age Ageing; 27 (2): 19-25, 1997.
(10) Morosini P, Gigantesco A, Cialdea L et al. VALGRAF. Una nuova soluzione per la valutazione longitudinale dello stato funzionale degli anziani ricoverati in reparti per lungodegenti ed in case protette. Geron, 3 (5) 111-124, 1993.
(11) Trabucchi M, Brizioli E, Pesaresi F. Residenze Sanitarie per Anziani. Edizioni il Mulino, Bologna 2002.
(12) Ustun TB, Chatterji S, Bickenbach J, Kostanjsek N, Schneider M. The International Classification of Functioning, Disability and Health: a new tool for understanding disability and health. Disabil Rehabil. 25 (11-12): 565-571, 2003.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 418

Assistenza primaria e prestazioni domiciliari

Dott. Vincenzo Pomo, Dott.ssa Barbara Tavola

Contesto

L'obiettivo del Progetto Assistenza Primaria e Prestazioni Domiciliari è di definire un sistema di classificazione delle prestazioni di assistenza primaria e di assistenza domiciliare e di individuare i flussi informativi necessari alla rilevazione secondo il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS).
Per l'Assistenza Primaria è stata presa in considerazione l'attività dei Medici di Medicina Generale (MMG) e dei Pediatri di Libera Scelta (PLS), rispetto sia alle diverse modalità organizzative che al sistema di classificazione delle prestazioni erogate dagli stessi.
Per le Cure Domiciliari è stato ritenuto opportuno avviare una ricognizione delle relativa normativa regionale per classificare le prestazioni di assistenza domiciliare.
Per definire un flusso informativo unitario e organico in grado di alimentare in modo coerente il NSIS, si è ritenuto indispensabile approfondire la conoscenza dei modelli regionali poiché le diverse formulazioni adottate dalle regioni, nel tentativo di caratterizzare meglio intensità e destinatari delle cure a casa, rendono disomogeneo il quadro nazionale e, di conseguenza, difficile il confronto dei dati sulla diffusione delle cure in Italia.

Percorso delle cure e valutazione del bisogno
La presa in carico avviene a seguito della valutazione multidimensionale che comprende sia gli aspetti sanitari, cognitivi e funzionali, sia il contesto socio-abitativo.
In Italia non è stato adottato un unico strumento di valutazione multidimensionale; solo alcune regioni hanno definito appositi strumenti, come: lo SVAMA in Veneto e il VALGRAF in Friuli-Venezia Giulia, mentre altri strumenti sono attivati in diverse sedi aziendali, come il VAOR-ADI, il GEFI, lo SCHEMA POLARE.
Diverse regioni stanno orientando le proprie scelte verso l'individuazione di una porta unica di accesso alla rete integrata dei servizi domiciliari, che mira ad accogliere e orientare i cittadini ed a semplificare i percorsi per la presa in carico delle persone non autosufficienti.
Il percorso per la presa in carico prevede:
- *Segnalazione-Accettazione*. Questa fase risulta molto importante per la "riconoscibilità" del servizio per il cittadino e per facilitare i rapporti con i diversi operatori coinvolti (Medico di Medicina Generale, medico ospedaliero, servizi sociali del comune);
- *Valutazione multidimensionale del bisogno*. La Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) effettua l'individuazione e la misurazione del bisogno sanitario e sociale; l'attività può essere effettuata con visita domiciliare o in ospedale. Il primo output del processo è l'ammissione o meno al servizio;
- *Presa in carico e definizione del piano assistenziale*. L'UVM definisce gli obiettivi di cura e predispone il piano individuale di assistenza orientato per problemi assistenziali;
- *Svolgimento delle attività*. Per l'utente viene compilata la "cartella assistenza domiciliare", che costituisce uno strumento importante di comunicazione tra gli operatori coinvolti con i dati anagrafici e i dati sanitari.. Per cure di alta intensità possono essere utilizzati data set informatizzati che vengono trasmessi alla centrale operativa;
- *Dimissione*. Conclusione del servizio (raggiungimento dell'obiettivo prefissato nel Piano assistenziale, ricovero ospedaliero, inserimento in un altro programma assistenziale, decesso del paziente).

Metodi

Il Flusso informativo sull'Assistenza Domiciliare: le scelte principali
Per quanto riguarda la classificazione del paziente non esistono, al momento, sistemi consolidati che permettano di definire, a fronte di una valutazione completa, le esigenze assistenziali dei soggetti presi in cura. Una conclusione cui è pervenuto anche il Mattone "Assistenza Residenziale e Semiresidenziale".
Si è proceduto, quindi, alla costruzione di un flusso informativo che, senza richiedere la modifica dei diversi metodi di rilevazione già utilizzati dalle regioni, condividesse elementi informativi comuni da inviare al livello nazionale.
Per ogni utente, è stato rilevato l'insieme delle prestazioni erogate, rilevando tutte quelle attività effettuate in maniera programmata a domicilio del paziente.

Sono state escluse dalla rilevazione:
- le forme di assistenza domiciliare esclusivamente socio-assistenziali;

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 419

- le visite domiciliari di MMG, PLS e medici di continuità assistenziale effettuate “su chiamata” e che, quindi, non rientrano in progetti/programmi di assistenza domiciliare;
- prestazioni domiciliari non inserite in un progetto individuale di assistenza domiciliare (esempio: prelievi occasionali a domicilio);
- i trattamenti domiciliari di pazienti psichiatrici effettuati dalle équipe psichiatriche territoriali del Dipartimento di Salute Mentale;
- i trattamenti domiciliari di persone affette da disabilità psico fisiche per le quali gli strumenti tradizionali di valutazione multidimensionali risultano inadeguati.

Per individuare i bisogni assistenziali sanitari e sociali dei possibili fruitori dell’Assistenza Domiciliare è necessario che sia effettuata una valutazione:
- multidimensionale e multidisciplinare dello stato funzionale della persona e della sua situazione sociale ed abitativa;
- che preveda l'utilizzo di griglie valutative condivise;
- finalizzata alla stesura di piani personalizzati di assistenza;
- ricondotta all'individuazione di un responsabile operativo sanitario o sociale del caso (*case manager*) nell'ambito dell'*équipe* assistenziale.

Si è convenuto, quindi, di strutturare una rilevazione sulla base di elementi riconducibili a:
- Dati anagrafici;
- Dati attivazione/chiusura dell’assistenza domiciliare;
- Diagnosi;
- Assistenza erogata;
- Valutazione dell’assistito.

Ai fini della costituzione di un archivio regionale dei trattamenti di assistenza domiciliare, previa approvazione da parte del Garante della *privacy* del regolamento di cui all’art. 20, comma 2, del D. Lgs. 196/2003, è stata proposta l’istituzione di un flusso informativo con periodicità annuale relativo agli utenti che hanno ricevuto almeno un intervento di assistenza domiciliare erogato dal Servizio Sanitario nel periodo considerato.

La validazione del flusso: la sperimentazione
La scheda di Rilevazione delle Prestazioni Domiciliari è stata formulata in sezioni e sperimentata in alcune regioni: Campania, Emilia-Romagna, Marche, Piemonte, Puglia, Umbria, Veneto e la Toscana.
Per ciascuna regione sono state compilate almeno 300 schede (episodi di cura conclusi) e la regione che ha curato la predisposizione della “Guida alla Compilazione”, l’elaborazione delle schede e l’analisi dei dati è stata il Veneto.

Il flusso informativo sull’Assistenza primaria: le scelte principali
La legge 833/78, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), da un lato, ha garantito l’unitarietà della gestione e del governo dei servizi sanitari nella Unità Sanitaria Locale, dall’altro ha promosso la strutturazione di una rete di servizi il più vicino possibile al luogo di vita delle persone, con una medicina primaria diffusa sul territorio e organizzata in modo da essere legata alla comunità locale. La legge ha conseguentemente proposto un modello di assistenza primaria fondato sul Medico e Pediatra di famiglia scelti liberamente dal cittadino e, in quanto liberi professionisti, convenzionati con il SSN.
Il PSN 2003-05 e ancor più il vigente PSN 2006-08 prevedono l’obiettivo prioritario dello sviluppo dell’assistenza primaria, principalmente tramite la realizzazione di forme di aggregazione di tipo innovativo tra i diversi professionisti sanitari del territorio, a partire dai Medici di medicina Generale.
Le regioni stanno promuovendo, pur con modalità diverse, forme aggregative evolute della medicina primaria. In particolare, l’orientamento più diffuso mira a distinguere due attività principali:
- *la funzione di produzione di servizi*, che comprende tutte le cure primarie;
- *la funzione di tutela/committenza*, ossia di valutazione del bisogno di salute, e la sua traduzione in obiettivi e attività da svolgere, coinvolgendo i diversi attori nel campo sanitario e sociale.

Alcune regioni istituiscono, per garantire la funzione di produzione, un Dipartimento di Cure Primarie (DPC), che garantisce il coordinamento e l’erogazione di tutte le attività cliniche del distretto (medicina generale, assistenza domiciliare, specialistica, assistenza semiresidenziale e residenziale). All’interno del Dipartimento operano i gruppi o nuclei di cure primarie, che rappresentano forme di aggregazione della medicina generale per aree territoriali omogenee (in genere per 10.000-20.000 abitanti).

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 420

Altre regioni operano in modo diverso, e mirano a valorizzare le forme imprenditoriali di medicina generale più che a rafforzare l'integrazione del Medico di assistenza primaria nel distretto.
In generale, il sistema delle cure primarie comprende i servizi e le prestazioni territoriali riferibili alla medicina generale (medici di medicina generale e pediatri di libera scelta), alla continuità assistenziale (medici di guardia medica), alla specialistica ambulatoriale, ai consultori familiari, alla medicina riabilitativa territoriale, all'assistenza infermieristica, alla assistenza protesica ed integrativa, alle cure domiciliari, alla residenzialità e semiresidenzialità ed alla assistenza farmaceutica territoriale.
Il flusso informativo è stato orientato sul "core" dell'assistenza primaria e, in particolare, sulle attività e sugli obiettivi di salute attribuiti al MMG, al PLS, al Medico di continuità assistenziale, individuando un set di informazioni "rilevanti" per un livello di conoscenza nazionale, non rappresentate da altri "Mattoni del SSN".
Importante è stata anche la scelta di orientare tale flusso sul cittadino utente piuttosto che sulla rappresentazione delle prestazioni attribuibili al singolo medico di famiglia.
È stata, quindi, strutturata una scheda di rilevazione del flusso informativo sull'Assistenza Primaria, costituita da tre parti:
- la prima, compilata dai medici e pediatri di famiglia, attraverso la raccolta dei dati estraibili dai sistemi informatici da loro utilizzati;
- la seconda e la terza, di competenza dei distretti, attraverso la raccolta dei dati in loro possesso.

La prima parte comprende 8 sezioni:
- dati anagrafici del paziente;
- informazioni anamnestiche;
- tipologie di contatto medico-paziente;
- prescrizioni farmaceutiche;
- prescrizioni specialistiche;
- prescrizioni di ricovero ospedaliero;
- prestazioni aggiuntive;
- informazioni relative alla partecipazione ai programmi di prevenzione.

La seconda parte comprende 5 sezioni:
- dati anagrafici;
- prestazioni di continuità assistenziale;
- prestazioni aggiuntive di continuità assistenziale;
- assistenza protesica;
- assistenza consultoriale.

La terza parte comprende 2 sezioni:
- informazioni relative al MMG/PLS;
- informazioni relative al medico di continuità assistenziale.

Conclusioni

Il Mattone "Assistenza Primaria e Prestazioni Domiciliari" ha prodotto due distinte schede per la rilevazione dei principali flussi riguardanti l'Assistenza Territoriale:
- la scheda per la rilevazione delle Prestazioni Domiciliari, compilata a conclusione dell'episodio di cura dal distretto, consente di raccogliere informazioni quali-quantitative sia rispetto alle prestazioni erogate che al modello organizzativo;
- la scheda per la rilevazione dell'Assistenza Primaria, compilata sia dai medici e pediatri di famiglia che dal distretto, consente di acquisire informazioni sui principali livelli prestazionali delle Cure Primarie.
Il modello di rilevazione condiviso da tutte le regioni che hanno lavorato nel Gruppo di Lavoro Ristretto, e approvato da tutte le regioni negli incontri allargati, sia nel caso delle prestazioni domiciliari che dell'assistenza primaria, potrà trovare successive integrazioni e modalità applicative graduali rispetto alla esigenza di costruire un sistema di flussi d'intesa con tutte le regioni.

Riferimenti bibliografici

(1) Guzzanti E., Longhi T. "Medicina di Base e Medicina Ospedaliera", Federazione Medica, n. 3, 1985.
(2) ASSR – Relazione finale progetto di ricerca finalizzata "La condizione dell'anziano non autosufficiente. Analisi comparativa delle attuale forme di tutela e delle potenziali prospettive", in www.assr.it.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 421

(3) Documento conclusivo del Comitato di esperti “Ospedalizzazione Domiciliare”, nominato dal Ministro della salute reggente On. Sirchia il 12.04.2002, reperibile sul sito www.ministerosalute.it/pubblicazioni.
(4) Banchero A. “Programmare i servizi sociali e sociosanitari”, Fondazione Smith Kline, Ed. Il Mulino, 2005.
(5) Baraldi G, Commodari B., Crisafulli G, Florio C., Marini MG. “Case manager”, Sole 24 Ore – Sanità, n. 3-9, Agosto 1999, 7-8.
(6) Giunco F. “Cura ed assistenza a domicilio”, Ed. UTET, 2005.
(7) Gallo E. (a cura di) “La continuità assistenziale nei rapporti tra ospedale e territorio”, Ed. Centro E.Zancan, Padova, 2003.
(8) Scaccabarozzi G., Lo vaglio P., Limonta F et al. “DRG domiciliari. La ASL di Lecco studia i parametri del livello assistenziale unico. Il giusto peso all’home care”, Sanità e Management, Il Sole 24 ore sanità, 2005, n. 4/5, 9-17.
(9) Trabucchi M. “I vecchi, la città e la medicina”, Fondazione Smith Kline, Ed. Il Mulino, 2005.
(10) ASSR, Rivista Monitor, Supplemento n. 13 del 2005 “Sanità nel territorio. Studi ed esperienze di distretto nelle Regioni”; n. 4 del 2004 (sull’assistenza agli anziani non autosufficienti); n. 6 del 2003 (sul distretto e l’assistenza primaria).
(11) AA.VV. “Distretti e cure primarie”, in Salute e Territorio n. 132/2002 (con esperienze di rinnovo delle cure primarie delle Regioni Toscana, Lombardia, Emilia Romagna, Veneto, Lazio).
(12) Cavallo M., Gerzeli S., Vendramini E., “Organizzazione e gestione delle cure primarie. Un'indagine nazionale”, Milano, McGraw-Hill, 2001.
(13) Tozzi V.,Vendramini E., "L'associazionismo come strumento di governo della medicina generale", in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), Rapporto OASI 2004, Milano, Egea, 2004.
(14) Tedeschi Paolo, Tozzi Valeria (a cura di) “Il governo della domanda - Tutela della salute, committenza, programmazione-acquisto-controllo”, Milano, McGraw-Hill, novembre 2004.
(15) Wonca/OMS. “Improving Health Systems: the contribution of Family Medicine” documento congiunto OMS e Wonca Europe, 2002.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 422

Classificazione delle prestazioni ambulatoriali

Dott. Carlo Zocchetti

Contesto

Con il Decreto del Ministero della Sanità del 22 luglio 1996 recante "*Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale e relative tariffe*" sono state identificate le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, ivi compresa la diagnostica strumentale e di laboratorio, erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), il cosiddetto "Nomenclatore delle prestazioni ambulatoriali".

In questi oltre 11 anni di applicazione del nomenclatore sul territorio nazionale ci sono stati alcuni cambiamenti. I più rilevanti ci sembrano:

- alcune regioni hanno modificato il nomenclatore in vari aspetti (aggiunta di prestazioni; modifica di descrizione delle definizioni, di condizioni di erogabilità, di modalità di erogazione, di indicazioni clinico-diagnostiche);
- alcune regioni hanno agito solo sul versante delle tariffe, adattando alle esigenze della programmazione regionale le tariffe nazionali;
- alcune regioni sono intervenute sulle modalità di partecipazione alla spesa da parte dei cittadini, modificandone le regole riferite al ticket, ma anche aggiungendo branche specialistiche non previste nel decreto;
- alcune regioni hanno individuato specifici percorsi diagnostico-terapeutici; abbandono della logica della singola prestazione, introduzione di gruppi coordinati di prestazioni (pacchetti, percorsi);
- la tecnologia a sua volta non è rimasta ferma: soprattutto in alcune aree (ad esempio, diagnostica per immagini) nuove prestazioni sono state messe sul mercato ed altre sono state, invece, dismesse; inoltre, prestazioni che, in precedenza, potevano essere erogate solo in particolari contesti protetti (ad esempio, in regime di ricovero ospedaliero, ordinario o diurno) oggi ammettono condizioni di erogabilità molto meno stringenti.

Bisogna poi tenere conto delle novità introdotte dalla legislazione nazionale (come il D.Lgs. 229 del 1999, il DPCM sui Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) del 29.11.2001) e regionale (le leggi di riorganizzazione dei Servizi Sanitari Regionali: si veda, ad esempio, la riforma lombarda del 1997). Infine, non va dimenticato il ruolo significativo svolto dalle società scientifiche che, con la loro attività, hanno partecipato a mantenere alto l'interesse delle amministrazioni centrali e regionali verso una continua manutenzione del nomenclatore.

È in questo contesto di eterogeneità territoriale che si inserisce il progetto mattone "Classificazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale", progetto che, sebbene motivato primariamente a partire dal ridisegno del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), oltre ad un necessario ed atteso miglioramento delle esigenze informative centrali e locali si è posto in realtà l'obiettivo più ambizioso di ridefinire il concetto di LEA con riferimento alle prestazioni ambulatoriali.

Gli obiettivi specifici del progetto sono quattro:

- revisione dell'elenco di prestazioni di specialistica ambulatoriale erogabili per il SSN;
- definizione di un tracciato *record* minimo per la rilevazione delle informazioni;
- identificazione di una metodologia per la valorizzazione economica delle prestazioni;
- individuazione di un percorso e di meccanismi di manutenzione per il nuovo elenco.

Ad ognuno di essi corrisponde la realizzazione di uno specifico prodotto.

Ma il vero obiettivo del mattone (e anche metro per valutare il successo dell'intera iniziativa) risiede nella sua capacità di creare attenzione e sensibilità sul tema della prescrizione ed erogazione di prestazioni ambulatoriali, area di prestazioni sanitarie la cui rilevanza è evidente (13% delle risorse assegnate dallo Stato all'intero comparto sanitario) ma la cui capacità informativa è ancora troppo distante anche dalle esigenze che possiamo considerare più elementari.

Metodi

Per quanto riguarda la predisposizione del nuovo nomenclatore la metodologia operativa ha previsto i seguenti passaggi:

- una raccolta ed analisi di tutti i nomenclatori regionali in vigore, anche utilizzando il risultato di un progetto di ricerca corrente della ASSR (Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali) di Roma;
- un coinvolgimento delle società scientifiche nazionali, prevalentemente attraverso la FISM (Federazione Italiana delle Società medico-scientifiche), sollecitando proposte di revisione del nomenclatore (cancellazioni, inserimenti, variazioni, etc.);
- l'acquisizione di tutti i documenti disponibili e di tutti i risultati (definitivi o in itinere) provenienti dai molti gruppi di lavoro attivi su tematiche specifiche (commissione di manutenzione dei LEA, gruppo di lavoro sul-

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 423

le malattie rare, documenti del Consiglio Superiore di Sanità sulla chirurgia ambulatoriale e la Day Surgery) nonché i prodotti degli altri progetti mattone e, in particolare, quelli di alcune aree (prevenzione, per il tema degli screening organizzati; DRG, per le prestazioni ospedaliere che potrebbero essere erogate in contesto ambulatoriale; *patient file*, per le informazioni da raccogliere; pronto soccorso, per il suo nomenclatore);
- la definizione della struttura del nuovo elenco con riferimento, ad esempio, ai suoi scopi, alla tipologia della classificazione, alla individuazione del livello di dettaglio per la caratterizzazione delle prestazioni, alla specificazione di note, attributi, condizioni di erogabilità.
Il tutto è stato attuato attraverso una discussione di dettaglio (oltre 60 incontri della durata di un giorno) sviluppata nel Gruppo di Lavoro Ristretto del mattone (GdLR: composto da tecnici del Ministero della Salute, della ASSR, di Lombardia, Molise, Emilia-Romagna, Lazio, Puglia, Toscana, Veneto e Provincia Autonoma di Bolzano) facendo ricorso continuamente all'aiuto di esperti di settore messi a disposizione dalle regioni ed istituzioni partecipanti al GdLR.
Analogo percorso è stato adottato con riferimento al flusso informativo, in particolare per quanto riguarda la ricognizione dello stato dell'arte nelle singole regioni, nonché le indicazioni provenienti dal NSIS (sperimentazione della raccolta di un nucleo minimo di informazioni) e dall'art. 50 della Legge 24/11/2003, n. 326 (Disposizioni in materia di monitoraggio della spesa nel settore sanitario e di appropriatezza delle prescrizioni sanitarie).

Risultati e Discussione

Il nuovo nomenclatore delle prestazioni di "assistenza specialistica ambulatoriale"

La proposta di nomenclatore si presenta come l'elenco nominativo di tutte e sole le prestazioni erogabili nell'ambito del SSN per il livello essenziale specifico. Di conseguenza le prestazioni non presenti nell'elenco non potranno essere erogate nel contesto dei LEA garantiti su tutto il territorio nazionale. Sono naturalmente possibili ulteriori modifiche da parte delle regioni, ma qualora tali modifiche dovessero plausibilmente costituire un allargamento dei livelli di garanzia dovranno essere inquadrate all'interno dei livelli di assistenza cosiddetti "ulteriori", per i quali le regioni dovranno provvedere alla copertura con risorse proprie.
Le fonti normative che hanno preceduto il DPCM 29.11.2001 non forniscono una definizione esplicita di cosa si debba intendere per assistenza specialistica ambulatoriale; viene indicato un elenco di prestazioni (ad esempio con il DM 22.7.1996) e si fa coincidere l'erogabilità di tali prestazioni con il livello di assistenza. In questo modo, non essendo definite le proprietà dell'assistenza specialistica ambulatoriale ma solo il suo contenuto di dettaglio (le prestazioni appunto) ogni modifica dell'elenco costringe concettualmente a ridefinire il livello di assistenza. Questa filosofia trova conferma anche nel DPCM 29.11.2001 nel quale si indica che il livello di assistenza specialistica ambulatoriale è costituito dalle "Prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale erogate in regime ambulatoriale".
In questo contesto l'obiettivo principale del lavoro si è concentrato sulla identificazione del contenuto dell'assistenza specialistica ambulatoriale. A tal proposito, dopo avere:
- valutato tutte le prestazioni di tutti i nomenclatori raccolti nonché le prestazioni proposte dalle società scientifiche, dai gruppi di lavoro attivi a livello nazionale, e le prestazioni trasferibili dall'assistenza ospedaliera al contesto ambulatoriale;
- escluso le prestazioni ritenute obsolete (o tecnicamente superate, o sostituite da altre più idonee), o quelle che il DPCM 29.11.2001 ha dichiarato totalmente escluse dai LEA (allegato 2A del DPCM), o quelle che sono chiaramente riconducibili ad altri LEA (Assistenza sanitaria collettiva, Assistenza distrettuale);
- valutato la coerenza delle proposte regionali, in particolare nell'ottica di superare la disomogeneità delle logiche che hanno motivato le modifiche introdotte dalle regioni;
- considerato non rilevante il luogo di erogazione in quanto tale (un ambulatorio ovvero, ad esempio, la casa del paziente) purché la prestazione sia riconducibile alla "assistenza specialistica ambulatoriale";
- considerato il concetto di prescrivibilità della singola prestazione (o del gruppo di prestazioni), nonché di valorizzazione economica attraverso una tariffa in alternativa ad una complessiva presa in carico del paziente;
- esaminato le prestazioni dei professionisti non medici che possono essere comprese nella assistenza specialistica ambulatoriale;
- valutato il problema delle attività di pronto soccorso svolte non in condizioni di emergenza-urgenza;
si è ritenuto che si possono indicare come prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale quelle che:
- sono erogate per finalità di assistenza specialistica ambulatoriale;
- sono prestazioni non esplicitamente riconducibili ad altri livelli di assistenza;
- sono prescrivibili, di norma, su apposito ricettario del SSN (fatte salve le previsioni di accesso diretto);
- sono programmabili in termini di accesso;

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 424

- sono individualmente identificate e tariffate;
- presentano caratteristiche e durata definite e predeterminabili.

L'individuazione delle prestazioni e delle condizioni di erogabilità si è realizzata sulla base dei seguenti principi generali:
- le prestazioni elencate nel nomenclatore devono rispondere a effettive necessità assistenziali tutelate in base ai principi ispiratori del SSN;
- la presenza di nuove tecniche, di nuove attrezzature, di nuove metodiche, di nuovi strumenti terapeutici, riabilitativi e diagnostici, rese disponibili dal progresso scientifico e tecnologico, deve essere supportata da informazioni che presentino evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute;
- le prestazioni del nomenclatore devono rispondere a criteri di appropriatezza anche nell'uso delle risorse, rispetto ad altre forme di assistenza o a diverse modalità di erogazione dell'assistenza. Per lo stesso motivo, occorre evitare il frazionamento delle prestazioni al solo, o prevalente, scopo di realizzare un maggiore vantaggio economico nella erogazione;
- l'inserimento di nuove prestazioni non può rispondere solo (o prevalentemente) all'esigenza di una migliore rappresentazione delle attività ambulatoriali tecnologicamente disponibili ma partecipa alla definizione di LEA: pertanto, alla loro introduzione nel nomenclatore deve corrispondere una reale capacità di offerta erogativa diffusa su tutto il territorio nazionale.

Il ruolo del nomenclatore delle prestazioni
Una specifica riflessione è stata dedicata alle differenti finalità per le quali può essere predisposto un nomenclatore. In proposito sono state valutate le seguenti funzioni: strumento per la prescrizione e successiva prenotazione delle prestazioni (analiticità e specificità del nomenclatore, servizio per la prenotazione automatica e centralizzata: Centri Unici di Prenotazione, agende elettroniche, …); strumento organizzativo-logistico per l'erogatore di prestazioni (catalogo esaustivo delle prestazioni disponibili e/o prenotabili, uso di sinonimi, …); strumento per alimentare le esigenze informative del SSN (nazionali e locali); strumento per riconoscere alle attività erogate una valorizzazione economica (tariffa: regolatore degli scambi economici tra i soggetti erogatori ed acquirenti; strumento per costruire regole di eventuale compartecipazione del cittadino alla spesa sanitaria, ticket). Non si è ritenuto, invece, che al nomenclatore si debba attribuire il compito di stabilire il soggetto che può svolgere tali attività e, conseguentemente, gli eventuali requisiti che tale soggetto debba possedere.

La struttura del nuovo nomenclatore
Dal punto di vista del ruolo del nomenclatore e della sua conseguente struttura si è ritenuto opportuno adottare una impostazione non dissimile da quella del DM 22.7.1996. In particolare, si è ritenuto di utilizzare lo schema di classificazione delle prestazioni riconducibile alla Classificazione Internazionale delle Malattie, dei traumatismi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche (versione italiana della ICD-9-CM; *International Classification of Diseases – 9th revision – Clinical Modification*; edizione del 2002), la stessa versione utilizzata per la registrazione delle attività di ricovero. Poiché tale classificazione non è stata predisposta specificamente per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, si è reso necessario introdurre alcune opportune variazioni per adeguare la struttura della classificazione alle esigenze del nuovo nomenclatore. Le variazioni di rilievo riguardano il maggiore dettaglio della struttura del codice alfanumerico utilizzato per identificare ogni singola prestazione e la necessità di introdurre aree di codice completamente nuove per tenere conto di prestazioni del tutto o, in larga parte, assenti dalla classificazione originale (ad esempio, le attività di laboratorio).
Inoltre, ritenendo ragionevole mantenere la struttura del codice del vigente nomenclatore anche nel nuovo, e ritenendo altresì di non modificare la codifica di quelle prestazioni che, già presenti nel nomenclatore in uso risultano presenti anche nel nuovo, la introduzione di nuove prestazioni soprattutto per quanto riguarda il laboratorio ed il dettaglio delle visite per disciplina rende impossibile mantenere la struttura del codice a 5 cifre numeriche: si è così deciso di adottare un codice a 5 cifre alfanumeriche (numeri e lettere); tale scelta permette anche di non introdurre alcuna variazione nella impostazione del formato della attuale ricetta.
Una menzione particolare merita il tema delle prestazioni ambulatoriali orientate alla diagnosi, trattamento, monitoraggio, nonché alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti, di alcune patologie riconoscibili sotto la caratterizzazione di "malattie rare"; per quanto poco frequenti in considerazione della limitata prevalenza di tali patologie e, inoltre, frequentemente eseguite in strutture specificamente dedicate al trattamento delle stesse, tutte le prestazioni ambulatoriali riconducibili a tali patologie sono state incluse nel nomenclatore.
Analoga conclusione è stata adottata con riferimento a molte procedure chirurgiche in passato erogabili esclu-

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 425

sivamente in ambito ospedaliero, ma che oggi possono ricadere negli ambiti di interesse delle prestazioni ambulatoriali; per ciascuna di esse ne è stata valutata la erogabilità in tale ambito e, quando opportuno, si è proceduto all'inserimento nel nomenclatore. In particolare è stato predisposto un contributo specifico sul tema del trasferimento di attività dal contesto ospedaliero al contesto ambulatoriale, documento proposto alla discussione con il tavolo del Mattone "DRG". Gli esiti della discussione sono racchiusi nella proposta di un nuovo regime di erogazione delle prestazioni ambulatoriali denominato Day Service ambulatoriale.
Speciale attenzione è stata dedicata alla classificazione di ciascuna prestazione all'interno di una o più branche specialistiche (allegato 3 del DM 22.7.1996). Come noto, la strutturazione in branche è connessa alle regole di prescrivibilità, alla compartecipazione del cittadino alla spesa sanitaria, nonché alla tematica dell'accreditamento (alcune regioni hanno adottato criteri e metodi di accreditamento delle strutture di erogazione e dei professionisti strettamente legati al concetto di branca). In proposito il GdLR del mattone è favorevole al superamento del concetto di branca, superamento che consentirebbe anche di prevedere dei pacchetti di prestazioni multi branca: tale superamento implicherebbe però l'affronto di tematiche che vanno oltre il mandato del progetto Mattone. Pertanto, la struttura del nuovo nomenclatore continuerà ad avere una caratterizzazione per branca specialistica, avendo però avuto cura (quando necessario) di riproporre la stessa prestazione all'interno di branche differenti, agevolando così il processo prescrittivo.
Meritevole di considerazione è anche il tema dei pacchetti di prestazioni e dei percorsi diagnostico-terapeutici. In proposito per "pacchetto" si è inteso un gruppo di prestazioni che rispetti la definizione di assistenza ambulatoriale (si esclude quindi la presa in carico di un paziente o un intervento coordinato territoriale-screening, Assistenza Domiciliare Integrata) e, in tale ottica, il pacchetto non è altro che una prestazione aggiuntiva all'elenco, costituita dall'insieme di più prestazioni, prescrivibile ed erogabile secondo le regole in vigore. La rimozione di cataratta e l'intervento sul tunnel carpale sono due tipici esempi di pacchetto di prestazioni, concetto che sembra particolarmente adatto alla descrizione di prestazioni chirurgiche invasive e semi-invasive che oggi vengono erogate in regime di ricovero e che domani potranno essere erogate anche in ambulatorio, naturalmente dopo averne definito con dettaglio il contenuto.
Sono state poi valutate alcune prestazioni riconducibili al settore di attività definito "telemedicina", ma non sono state identificate prestazioni tali da giustificare l'inserimento nel nomenclatore di specifiche voci e dei relativi codici.
Un ulteriore criterio che ha guidato la formazione del nuovo nomenclatore è costituito dalle indicazioni clinico-diagnostiche ai fini della erogabilità a carico del SSN di alcune prestazioni. Da una parte si è richiesto agli esperti di indicare in maniera esplicita eventuali limiti alla erogazione derivanti dalle condizioni cliniche degli assistiti, e dall'altra si è integrato il nomenclatore con alcune "note" tese a chiarire al meglio le caratteristiche della prestazione (descrizione, significato, contenuto).

Indicazioni e Linee Guida per gli adattamenti regionali/locali
Nell'ottica di favorire un percorso di approfondimento coordinato ed omogeneo per quelle amministrazioni che vorranno agire sul nomenclatore per rendere lo stesso maggiormente conforme alle esigenze locali, sono state formulate indicazioni e linee guida. Ciò soprattutto, da una parte al fine di superare le difficoltà che le regioni hanno sperimentato nella introduzione di modificazioni del nomenclatore nazionale e, dall'altra per mantenere un approccio omogeneo nelle soluzioni locali adottate così da garantire comunque una coerenza nazionale. Il tutto cercando di evidenziare bene la differenza tra erogazione dei livelli "essenziali" ed introduzione di eventuali livelli cosiddetti "ulteriori".

Il flusso informativo per il nuovo nomenclatore

Il secondo obiettivo del Mattone consisteva nella identificazione di un tracciato record minimo per lo scambio delle informazioni tra le regioni ed il NSIS e nella individuazione di un flusso informativo adeguato. Sono stati rilevati tutti i flussi informativi regionali acquisendone i relativi tracciati record e si è tenuto conto sia della sperimentazione in corso attraverso il NSIS che delle indicazioni e richieste contenute nell'art. 50 della Legge 24/11/2003, n. 326. Alla luce del materiale raccolto è stata condotta una valutazione delle informazioni ed è stata formulata una proposta operativa.

Conclusioni

Al 9 luglio 2007 è stata conclusa la valutazione delle prestazioni di tutte le branche ad esclusione della branca di Medicina Fisica e Riabilitazione, per la quale le attività sono ancora in corso; inoltre sono in preparazione le indicazioni per il monitoraggio periodico del nuovo nomenclatore. Naturalmente sono anche pendenti le attività istituzionali necessarie alla adozione del nuovo strumento.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 426

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 427

Cure palliative

Le recenti acquisizioni in campo biomedico offrono possibilità di intervento sempre più ampie e rendono possibili condizioni di vita considerate, nel passato, inimmaginabili in presenza di malattie a prognosi infausta. Si assiste, di conseguenza, alla cronicizzazione di malattie prima rapidamente mortali con l'instaurasi di una situazione inaspettata per il paziente: egli deve imparare a convivere con la propria malattia e riprogrammare la propria esistenza. E, soprattutto, ha la necessità di essere aiutato ad affrontare i problemi sanitari, psicologici, sociali e culturali propri della esperienza della malattia, della sofferenza e della morte. Il tutto in un contesto culturale ove vanno configurandosi nuovi modelli di relazioni sociali, con legami tra il paziente e il personale sanitario che divengono, in modo maggiore o minore, costitutivi dei vissuti di entrambi. Il rapporto, che si instaura, è interpersonale e professionale e appare fortemente condizionato da questioni economiche e regolato da norme giuridiche e consuetudini sociali.

Diviene sempre più frequente il caso in cui un paziente, affetto da una neoplasia o da una patologia cronica ed evolutiva, non risponde più alle cure attive e chiede interventi di assistenza e di controllo dei sintomi minori e del dolore. Non si tratta solo di dolore fisico, ma anche di dolore psicologico (la sofferenza di scoprirsi profondamente cambiati), sociale (la percezione del modificarsi dei rapporti interpersonali più significativi) ed esistenziale (il bisogno di dare significato a un cambiamento radicale della propria vita). Vengono, così, ad acquisire grande rilevanza gli interventi cosiddetti "palliativi", che hanno come obiettivo la cura di pazienti non più proponibili per cure attive e con prognosi *quoad vitam* a medio o a breve termine. Questo consente, tra l'altro, di riconsegnare nelle mani del medico quella che è l'intima essenza della sua professione: curare chi gli si è affidato con fiducia e, anche laddove non vi è più nulla da fare da un punto di vista terapeutico, continuare ad assistere senza negare la finitezza e il dolore della nostra vicenda umana.

Qualsiasi intervento che non tenga conto della complessità delle esigenze del paziente nelle fasi finali della sua vita rischia, però, di essere parziale. E poiché nella maggior parte dei casi il decorso della patologia è caratterizzato da una elevata incidenza di sintomi fisici e psicologici, che rendono necessario modificare di frequente le modalità di assistenza, appare difficoltoso definire la degenza media ospedaliera ed è anche possibile che il paziente possa essere privato di un'assistenza adeguata.

E, se da una parte, l'ospedale è attualmente strutturato per trattare le patologie acute con cure attive anche ad elevato livello tecnologico ed è sempre meno disponibile a farsi carico della cosiddetta "cronicità", dall'altra è evidente che l'assistenza nelle fasi finali della vita deve rispondere a requisiti che non possono essere soddisfatti dall'organizzazione ospedaliera. Tali requisiti possono essere così schematizzati: 1. il controllo dei sintomi minori e del dolore, in tutte le sue manifestazioni, deve essere effettuato da una équipe multidisciplinare (medico, infermiere, psicologo, assistente spirituale, etc.); 2. il domicilio del paziente va considerato il luogo di elezione per le cure palliative, seguito dall'hospice, dalle unità di cure palliative e, solo in casi di estrema necessità o per indisponibilità delle suddette strutture, dall'ospedale; 3. le cure vanno protratte senza soluzione di continuo fino all'ultimo istante di vita.

L'entrata in vigore delle ultime normative ha messo in moto nel sistema sanitario italiano un cambiamento radicale e portato alla evidenza i bisogni dei pazienti nel processo assistenziale, con la necessità di riconsiderare con interesse nuovi modelli di intervento. E, infatti, anche nel nostro paese la Medicina palliativa è entrata a pieno titolo nei servizi sanitari erogati dalla sanità pubblica e sono stati previsti il finanziamento e la costruzione di hospice nelle varie regioni.

E proprio alla diffusione delle Cure palliative in Italia e all'organizzazione dell'assistenza (ambulatoriale, domiciliare integrata e specialistica, ricovero ospedaliero o in centri residenziali di cure palliative) è dedicata questa indagine. Ai dati della situazione italiana si sommano anche quelli parziali della regione Piemonte e dell'esperienza dell'ASL di Biella e dell'Istituto Giannina Gaslini di Genova. Sarà senza dubbio utile conoscere, in seguito, quanto avviene in altre realtà locali.

Vengono anche riportati i dati dello studio ISDOC (*Italian Survey of the Dying of Cancer*), realizzato per fornire un quadro conoscitivo dei bisogni dei pazienti con malattie neoplastiche nelle fasi terminali della loro vita e dei loro familiari. I risultati ottenuti mettono in evidenza non solo ciò che di fatto è avvenuto (rapporto medico-paziente soprattutto in relazione al processo di comunicazione; luogo di cura; difficoltà di gestione da parte dei familiari; etc.), ma anche cosa sarebbe auspicabile per i pazienti in termini di assistenza.

Uno spaccato di sofferenza e di speranza che, pur nella sua incompletezza, sottolinea quanto sia necessario rinforzare ancora di più, anche attraverso una sempre migliore organizzazione della rete sanitaria, socio-sanitaria e socio assistenziale, quelle istanze solidaristiche che sono proprie dei moderni ordinamenti civili e democratici.

M. L. DI PIETRO

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 428

Le cure palliative

Dott. Marco Spizzichino, Dott. Luca Sacripanti

In Italia muoiono di tumore ogni anno circa 160.000 persone (163.070 nell'anno 2002, Annuario n. 18 - 2007, Istat), la maggior parte delle quali necessita di un piano personalizzato di cura ed assistenza, in grado di garantire la migliore qualità di vita residua durante gli ultimi mesi di vita.
Le cure palliative sono state definite dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come "... *un approccio che migliora la qualità della vita dei pazienti e delle loro famiglie affrontando i problemi delle malattie ad esito infausto, attraverso la prevenzione e il sollievo della sofferenza per mezzo di un'identificazione precoce e di un'impeccabile valutazione e trattamento del dolore e degli altri problemi, fisici, psicologici e spirituali*".
Le cure palliative si rivolgono a pazienti in fase terminale di ogni malattia cronica ed evolutiva, in primo luogo malattie oncologiche, ma anche neurologiche, respiratorie, cardiologiche ed hanno lo scopo di dare al malato la massima qualità di vita possibile, nel rispetto della sua volontà, aiutandolo a vivere al meglio la fase terminale della malattia ed accompagnandolo verso una morte dignitosa. La fase terminale è quella condizione non più reversibile con le cure attive che, nell'arco di poche settimane o qualche mese, evolve nella morte del paziente ed è caratterizzata da una progressiva perdita di autonomia, dal manifestarsi di sintomi fisici (dolore) e psichici che coinvolgono anche il nucleo familiare e le relazioni sociali.
L'assistenza domiciliare sanitaria e socio-sanitaria ai pazienti terminali, l'assistenza territoriale residenziale e semi-residenziale a favore dei pazienti terminali, i trattamenti erogati nel corso del ricovero ospedaliero (quindi anche per pazienti terminali) e gli interventi ospedalieri a domicilio costituiscono Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).
La maggior parte delle regioni ha già provveduto a definire la programmazione della rete degli interventi di cure palliative, anche se con modalità tra loro in parte differenti: molte hanno elaborato programmi regionali specifici per le cure palliative (soprattutto in conseguenza della Legge n. 39/1999 e della necessità di elaborare il programma regionale per le cure palliative finalizzato all'accesso ai finanziamenti per la realizzazione dei Centri residenziali di cure palliative-hospice). Altre hanno inserito lo sviluppo delle cure palliative all'interno del più vasto programma di riorganizzazione della rete di interventi domiciliari sanitari, socio-sanitari ed assistenziali (rete per la cura ed assistenza domiciliare).
La necessità di offrire livelli assistenziali a complessità differenziata, adeguati alle necessità del malato, mutevoli anche in modo rapido ed imprevedibile, rende necessario programmare un sistema a rete che offra la maggior possibilità di integrazione possibile tra differenti modelli e livelli di intervento e tra i differenti e numerosi soggetti professionali coinvolti.
La rete deve essere composta da un sistema di offerta nel quale la persona malata e la sua famiglia, ove presente, possano essere guidati e coadiuvati nel percorso assistenziale tra il proprio domicilio, sede di intervento privilegiata e, in genere, preferita dal malato e dal nucleo familiare nel 75-85% dei casi (se è presente una reale rete di intervento), e le strutture di degenza, specificamente dedicate al ricovero/soggiorno dei malati non assistibili presso la propria abitazione, in genere il 15-25% dei malati assistibili.
La rete sanitaria e socio-sanitaria dovrà essere strettamente integrata con quella socio-assistenziale, al fine di offrire un approccio completo alle esigenze della persona malata, alla quale dovrà essere garantito, se richiesto, un adeguato supporto religioso.
Dovrà essere particolarmente stimolata e favorita l'integrazione nella rete delle numerose Organizzazioni No Profit, in particolare di quelle del volontariato, attive da anni nel settore delle cure palliative, dell'assistenza domiciliare e negli Hospice, nel rispetto di standard di autorizzazione/accreditamento tecnologici, strutturali e organizzativi precedentemente definiti a livello nazionale e regionale.
Per ciò che riguarda il modello organizzativo il D.P.C.M 29 novembre 2001 ad oggetto Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza, pubblicato in G.U., 8 febbraio 2002, n. 33, Suppl. Ord. n. 26, indica che "l*a rete di assistenza ai pazienti terminali è costituita da un'aggregazione funzionale ed integrata dei servizi distrettuali ed ospedalieri, sanitari e sociali e si articola nelle seguenti linee organizzative differenziate e nelle relative strutture dedicate alle cure palliative:*
- Assistenza ambulatoriale;
- Assistenza Domiciliare Integrata;
- Assistenza Domiciliare Specialistica;
- Ricovero Ospedaliero in regime ordinario o Day Hospital;
- Assistenza Residenziale nei centri residenziali di cure palliative".

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 429

Per ciò che riguarda la collocazione dei Centri Residenziali di cure palliative-Hospice vale quanto contenuto nella legge n. 39, nel D. Min. San. del 28 settembre 1999 e, per quanto attiene agli standard strutturali, si applica il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 20 gennaio 2000, integrato dalle norme regionali in vigore, relativo ai requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per i centri residenziali di cure palliative, nonché le modalità di verifica dei risultati dell'attività svolta presso le strutture dedicate all'erogazione di cure palliative.
In relazione ai requisiti minimi organizzativi, sulla scorta di quanto già normato da alcune regioni quali il Piemonte, la Lombardia e la Sicilia, va stimolata da parte delle regioni una più precisa definizione degli standard organizzativi, tali da non penalizzare il livello quali-quantitativo di assistenza e che tenga conto della complessità del percorso dei malati in fase finale di vita, della variabilità delle esigenze e del periodo di degenza media.
Nella collocazione dei Centri Residenziali di cure palliative-hospice le regioni hanno adottato filosofie fra loro differenti.
Alcune hanno preferito privilegiare la collocazione nella rete socio-sanitaria delle Residenze Sanitarie Assistenziali ed Istituti di Riabilitazione (ad es. Veneto e Toscana), mentre altre hanno ritenuto opportuno collocarle prevalentemente all'interno della rete sanitaria, sia ospedaliera (ad es. Lombardia, Campania e Sicilia) sia extra-ospedaliera (ad es. Piemonte). Altre ancora hanno scelto un modello misto (ad es. Emilia-Romagna). La scelta programmatoria è stata fatta sulla base di impostazioni organizzative e delle risorse disponibili, tenendo presenti le realtà storicamente esistenti nella regione e lo sviluppo storico delle cure palliative.
La Legge n. 39 del 26 febbraio 1999, con uno stanziamento di circa 206 milioni di euro (tabella 1), ha previsto l'adozione di un programma su base nazionale per la realizzazione, in ciascuna regione, in coerenza con gli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale, di strutture ubicate nel territorio in modo da consentire un'agevole accessibilità da parte dei pazienti e delle loro famiglie, dedicate all'assistenza palliativa e di supporto prioritariamente per i pazienti affetti da patologia neoplastica in fase terminale che necessitano di cure finalizzate ad assicurare una migliore qualità della loro vita e di quella dei loro familiari.

Tabella 1 - *Finanziamenti stanziati (in €) ed erogati (in € e per 100) secondo il D.M. 28 settembre 1999 e D.M. 5 settembre 2001 per regione – Anno 2007*

Regioni	Stanziati €	Erogati €	Erogati %
Piemonte	18.464.816	12.822.500	69,44
Valle d'Aosta	902.096	45.104	5,00
Lombardia	34.244.898	31.650.823	92,42
Bolzano-Bozen	*1.403.219*	*1.403.219*	*100,00*
Trento	*1.755.506*	*977.082*	*55,66*
Friuli-Venezia Giulia	5.698.336	2.619.543	45.97
Veneto	16.421.994	14.777.398	89,99
Liguria	8.331.965	2.862.316	34,35
Emilia-Romagna	17.191.415	15.078.071	87,71
Toscana	15.504.932	12.398.654	79,97
Marche	5.505.836	3.641.128	66,13
Umbria	3.364.738	2.926.519	86,98
Abruzzo	4.355.868	383.283	8,80
Lazio	17.465.833	14.234.456	81,50
Campania	15.947.834	12.287.554	77,05
Molise	1.134.612	1.134.611	100,00
Basilicata	1.795.223	695.403	38,74
Puglia	11.107.940	8.923.866	80,34
Calabria	5.711.710	2.151.868	37,67
Sicilia	15.298.163	11.171.597	73,03
Sardegna	4.998.022	795.105	15,91
Italia	**206.604.956**	**152.980.100**	**74,04**

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. Programma nazionale per la realizzazione di Strutture di Cure palliative. Anni 2000-2007.

Va considerato che, mediante i finanziamenti statali per l'apposito programma, è prevista l'attivazione di oltre 2.000 posti letto (p.l.) in 200 strutture residenziali per malati terminali; dal calcolo del numero di p.l. si può notare che la maggioranza delle regioni ha programmato tenendo conto dei valori di riferimento di 0,4-0,5 p.l.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 430

per 10.000 abitanti (tabella 2). Questo valore, per alcune regioni non corrisponde al tasso reale programmato, in quanto sono già state e saranno accreditate strutture non finanziate con fondi nazionali.

Tabella 2 - *Strutture e posti letto, I e II tranche, per regione – Anno 2007*

Regioni	Finanziamenti I-II tranche			Strutture attivate	
	Strutture	P. l.	P. l. per 10.000 ab	Finanziamenti statali	Altri finanziamenti
Piemonte	18	191	0,44	5	
Valle d'Aosta	1	7	0,56		
Lombardia	30	332	0,35	5	22
Bolzano-Bozen	*1*	*10*	*0,30*	*1*	
Trento	*2*	*16*	*0,40*	*1*	
Veneto	14	126	0,27	6	2
Friuli-Venezia Giulia	4	45	0,37		1
Liguria	7	76	0,47	1	1
Emilia- Romagna	20	220	0,53	12	4
Toscana	16	147	0,41	3	1
Umbria	4	34	0,39		
Marche	9	80	0,52	1	
Lazio	6	103	0,19	2	8
Abruzzo	7	78	0,60		
Molise	1	11	0,34	1	
Campania	9	90	0,16	1	
Puglia	8	112	0,28	2	1
Basilicata	5	48	0,81	2	
Calabria	7	80	0,40	2	
Sicilia	16	177	0,35	6	
Sardegna	3	38	0,23	1	
Italia	**188**	**2.017**		**52**	**40**

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. 7 Settembre 2007.

Con il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 20 gennaio 2000 di approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento sono stati previsti i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per i centri residenziali di cure palliative, nonché le modalità di verifica dei risultati dell'attività svolta presso le strutture dedicate all'erogazione di cure palliative.
Alle regioni, oltre alle attività di supporto ed indirizzo nei confronti delle ASL e AO per la fase progettuale e per l'integrazione degli hospice programmati nella rete regionale assistenziale dei servizi sanitari, è stato demandato il compito della formazione del personale addetto e della comunicazione ai potenziali utenti.
Alle ASL e AO di riferimento della struttura per le cure palliative spetta il monitoraggio dei livelli qualitativi delle prestazioni erogate e del grado di soddisfazione del servizio da parte dei pazienti e dei familiari.
Il Ministero della Salute, inoltre, con il Decreto 22 febbraio 2007, n. 43 ha definito gli standard qualitativi, strutturali e quantitativi delle strutture dedicate alle cure palliative e alla Rete di assistenza ai pazienti terminali sul territorio nazionale.
Al fine di garantire che le modalità di erogazione nell'offerta di cure palliative nel nostro paese siano uniformi sull'intero territorio nazionale sono stati definiti i seguenti 8 indicatori:
1. numero di malati deceduti a causa di tumore (ICD-9 140-208) assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio e/o in Hospice/n. di malati deceduti per malattia oncologica (standard di riferimento >= 65%);
2. numero di posti letto in Hospice. <= 1 posto letto ogni 56 deceduti a causa di tumore;
3. numero di hospice in possesso dei requisiti di cui al d.P.C.M. 20 gennaio 2000 e degli eventuali specifici requisiti fissati a livello regionale/numero totale di Hospice (standard di riferimento 100%);
4. numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati deceduti a causa di tumore (ICD-9 140-208) >= Valore individuato per lo standard dell'indicatore n. 1 cui va sottratto il 20%. Il risultato va moltiplicato per 55 (espresso in giorni);
5. numero di malati nei quali il tempo massimo di attesa fra la segnalazione del caso e la presa in carico domiciliare da parte della Rete di cure palliative è inferiore o uguale a 3 giorni/numero di malati presi in carico a domicilio dalla Rete e con assistenza conclusa (standard di riferimento >= 80%);
6. numero di malati nei quali il tempo massimo di attesa fra la segnalazione del caso e il ricovero in Hospice è inferiore o uguale a 3 giorni/numero di malati ricoverati e con assistenza conclusa (standard di riferimento >= 40%);

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 431

7. numero di ricoveri di malati con patologia oncologica nei quali il periodo di ricovero in Hospice è inferiore o uguale a 7 giorni/numero di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica (standard di riferimento >= 20%);
8. numero di ricoveri di malati con patologia oncologica nei quali il periodo di ricovero in Hospice è superiore o uguale a 30 giorni/numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica (standard di riferimento >= 25%).

In particolare le regioni garantiscono:

a) l'informazione ai cittadini ed agli operatori sulla istituzione della Rete di assistenza palliativa, sulla localizzazione dei servizi e delle strutture, sull'assistenza erogata dalla Rete e sulle modalità di accesso secondo quanto previsto dall'art. 14 del Dlgs 30 dicembre 1992, n. 502, e ss mm;

b) l'utilizzo sistematico e continuativo, da parte della Rete di assistenza palliativa, di strumenti di valutazione della qualità percepita dai malati e dalle loro famiglie.

A distanza di otto anni dall'entrata in vigore della Legge n. 39 del 26 febbraio 1999 è possibile fare una valutazione comparativa della capacità programmatoria e realizzativa di strutture di cure palliative da parte delle regioni e si riscontra una forte disomogeneità tra le stesse. Difatti, la percentuale di realizzazione degli interventi, misurata come rapporto tra il finanziamento messo a disposizione e gli importi richiesti ed erogati, varia molto tra regioni come il Piemonte, Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana, le Province Autonome di Trento e Bolzano, Marche, Umbria, Lazio, Molise, Puglia e Sicilia che hanno percentuali di realizzazione molto elevate e regioni come la Valle d'Aosta, Liguria, Sardegna, Abruzzo, dove permane un sotto-utilizzo dei fondi stanziati.

Allo stato attuale del programma risultano attive 52 strutture operanti sull'intero territorio nazionale, un numero ancora lontano dalle previste circa 200 strutture residenziali per malati terminali.

In ogni caso, se si tiene conto delle citate difficoltà di alcune regioni, il dato percentuale complessivo di utilizzo dei finanziamenti è soddisfacente (intorno al 71,66%) essendo stati erogati circa 148 milioni di euro a fronte di uno stanziamento di 206 milioni e si intuisce un'accelerazione nell'attivazione di ulteriori strutture già dal prossimo anno.

Per quanto riguarda le campagne di comunicazione e i programmi di formazione del personale, risulta che la maggior parte delle regioni non ha assolto completamente quanto richiesto dal decreto del 1999.

Nella maggior parte dei casi le regioni hanno posto poca attenzione all'aspetto comunicativo, che rappresenta, in particolare, uno dei nodi fondamentali per un pieno utilizzo delle reti di cure palliative esistenti.

È da sottolineare che la creazione degli Hospice non assicura di per sé la reale presenza di una rete assistenziale; anzi, l'esistenza di strutture residenziali non organizzate in un sistema di rete nel quale non sia garantita l'attivazione obbligatoria di assistenza domiciliare di cure palliative rende vano quanto programmato originariamente dal legislatore, trasformando gli Hospice in strutture non in grado di garantire i principi ispiratori del movimento delle cure palliative.

Il 27 giugno 2007 è stato sancito l'accordo tra il Governo e le Regioni in materia di cure palliative pediatriche, con l'obiettivo di offrire risposte competenti, organizzate e continue ai minori con malattie inguaribili e terminali e che presentano, anche per lunghi periodi, bisogni complessi e del tutto particolari, ponendo le basi per l'attuazione, su tutto il territorio nazionale, di azioni e programmi atti a garantire ai minori un'assistenza omogenea di cure palliative pediatriche, che offra risposte concrete, competenza multispecialistica, continuità di cure e di obiettivi, nonché possibilità di scelta del luogo dove gestire la malattia.

La quantità di minori bisognosi di cure palliative dipende dai criteri di eleggibilità utilizzati. La formulazione di tali criteri è particolarmente complessa e non può basarsi sul solo parametro dell'aspettativa di vita, poiché tale tempo può essere variabile da giorni ad anni, né su quello di un gruppo chiuso e limitato di patologie. Nemmeno il decorso in continuo e prevedibile decadimento delle funzioni e delle condizioni cliniche è un elemento assoluto di selezione, perché in età pediatrica esistono varie condizioni che richiedono cure palliative, anche specialistiche, con andamento alterno e lunghi periodi di stato.

Circa 1.200 minori/anno necessitano di cure palliative pediatriche, 650 dei quali presentano una patologia cronica inguaribile con condizioni particolarmente severe: 60 di essi sono deceduti nel corso di ciascun anno preso in considerazione. Questi decessi sono avvenuti quasi tutti in ospedale e, in precedenza, solo il 15% dei soggetti aveva potuto godere di un'Assistenza Domiciliare Integrata.

I profili di intervento per garantire un'assistenza adeguata possono essere attuati nella realtà con organizzazioni differenti e con diversi approcci teorici. In linea di massima, essi si fondano sulla diversa compresenza e contestualizzazione di quattro modalità di erogazione assistenziale, due residenziali e due domiciliari:

1. quella residenziale, con il minore ricoverato in una struttura per acuti, l'ospedale, dove gli vengono anche fornite cure palliative da parte di personale appositamente dedicato;

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 432

2. quella residenziale, con il minore accolto in una struttura apposita, l'Hospice, dove vengono fornite le cure palliative;
3. quella domiciliare, dove il minore è seguito a domicilio da una *équipe* ospedaliera dedicata e specificatamente formata in cure palliative pediatriche (ospedalizzazione a domicilio);
4. quella domiciliare, dove il minore è seguito a domicilio da una *équipe* territoriale (Assistenza Domiciliare Integrata).

In conclusione, sia per quanto riguarda l'assistenza a pazienti adulti sia che si tratti di pazienti pediatrici, le cure palliative rappresentano una nuova frontiera della medicina dove "il prendersi cura" viene riempito di contenuti concreti e, per il futuro, sarà fondamentale che l'esperienza acquisita nell'organizzazione di reti assistenziali possa essere esportata in ambiti diversi.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 433

Il modello organizzativo della Rete di Cure Palliative in Piemonte

Dott.ssa Maria Michela Gianino

In Piemonte l'organizzazione delle cure palliative è disciplinata da Linee Guida regionali emanate, anticipando la normativa nazionale, con DGR 17-24510 del 06.05.1998, successivamente aggiornate con DGR 15-7336 del 14-10-2002.
Il modello proposto si basa sui seguenti principi fondamentali:
- centralità dell'utente;
- globalità della presa in carico della persona malata e dei suoi familiari;
- tutela della dignità del paziente e rispetto della sua volontà;
- salvaguardia e valorizzazione della qualità di vita nella fase terminale della malattia.

Il modello disegna l'organizzazione a due livelli: la regione attiva la Rete di cure palliative in collegamento con la Rete oncologica regionale e ogni Azienda Sanitaria progetta e realizza nel territorio di propria competenza la Rete locale di cure palliative al fine di garantire il più possibile l'integrazione dei servizi di cura e assistenza, coniugando al meglio gli interventi ospedalieri, ambulatoriali, domiciliari e residenziali.
Il nodo fondamentale della rete è rappresentato dalla Struttura Organizzativa di Cure Palliative (UOCP), una unità specialistica che ha il compito di coordinare la Rete locale e di garantire ai malati e alle loro famiglie il continuum assistenziale attraverso l'ospedale, il domicilio, l'hospice. A tal fine l'intervento dell'équipe della UOCP avviene:
- in ospedale con la realizzazione di ricoveri diurni o di attività ambulatoriali per la somministrazione di cure a pazienti con sufficiente grado di autonomia;
- in ospedale mediante attività di consulenza di medicina palliativa per pazienti alla fine della vita ricoverati in reparti di degenza ordinaria;
- al domicilio con la valutazione del paziente ed il supporto al Medico di Medicina Generale, con il quale viene stabilito il piano assistenziale;
- in Hospice, anche attraverso un'attività di valutazione dei criteri di ammissione al fine di garantire l'appropriatezza del ricovero.

Nel modello organizzativo delineato dalle Linee Guida, oltre alla gestione ed integrazione delle attività che coinvolgono direttamente il paziente, è previsto anche il presidio di altre attività, che partecipano in modo mediato all'assistenza del cittadino, ma in grado di condizionare i risultati delle cure palliative. Il loro contenuto consiste in:
- la predisposizione e realizzazione di programmi formativi rivolti a tutti gli operatori, definiti sulla base dei bisogni rilevati per i profili professionali;
- lo svolgimento di campagne informative rivolte alle diverse categorie di destinatari;
- la valutazione della qualità delle cure palliative.

In particolare, è stato attivato un programma d'informazione regionale, in collaborazione con la Rete Oncologica regionale, con l'obiettivo di presentare i servizi di cure palliative alla cittadinanza, educare all'utilizzo dei servizi e facilitarne l'accesso, favorire la coesione fra tutti gli operatori della Rete di cure palliative.
Le Linee Guida del Piemonte, per salvaguardare la qualità delle cure, stabiliscono che l'équipe dell'UOCP debba essere composta da personale dotato di adeguata formazione ed esperienza professionale. Oltre a medici e infermieri, per garantire la globalità della presa in carico, viene raccomandato che con l'équipe cooperino anche lo psicologo, l'assistente sociale, il fisioterapista, il personale di assistenza. Per quanto riguarda l'hospice, vengono definiti standard minimi di dotazione del personale riferiti alle singole figure professionali.
Al 2007, in base all'ultimo censimento effettuato dalla regione, sono attivate Strutture Organizzative di Cure Palliative in 16 Aziende Sanitarie Locali su 22 e in 5 Aziende Ospedaliere su 8. In 4 Aziende Sanitarie (2 ASL e 2 ASO) sono state attivate Strutture Organizzative Complesse di Cure Palliative. Nella regione sono attualmente attivi 7 Hospice e se ne prevede l'apertura di alcuni altri entro l'anno.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 434

La Rete di Cure Palliative nell'ASL di Biella

Dott. Carlo Peruselli

La Rete di Cure Palliative dell'ASL 12 di Biella si occupa di "malati affetti da malattie progressive e in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta, per i quali ogni terapia finalizzata alla guarigione o alla stabilizzazione della patologia non è possibile né appropriata".
La Rete è pienamente operativa dal 2001, con l'istituzione da parte dell'Azienda Sanitaria di una Struttura Organizzativa Complessa di Cure Palliative (SCCP), che è anche parte integrante del Polo Oncologico di Biella. In Piemonte, infatti, i servizi destinati alla prevenzione, cura ed assistenza dei malati di tumore sono organizzati in Poli Oncologici, tutti collegati fra di loro in una Rete Oncologica Regionale del Piemonte e della Valle d'Aosta.
La Rete di Cure Palliative di Biella è un servizio pubblico che nasce e si sviluppa all'interno di un progetto di forte collaborazione ed integrazione fra le risorse dell'ASL e di alcune organizzazioni no-profit operanti da anni nel territorio biellese a favore dei malati di cancro. In particolare a questo progetto partecipano il "Fondo Edo Tempia", la "Lega contro i tumori di Biella" e la "Fondazione Clelio Angelino".
Nel territorio dell'ASL di Biella vivono quasi 200.000 persone; nella nostra Azienda Sanitaria convivono le attività dell'ospedale di Biella e quelle dei Servizi Territoriali. Le attività principali della Rete di Cure Palliative di Biella sono:
- Cure palliative in ospedale, svolte prevalentemente attraverso consulenze di medicina palliativa per malati ricoverati presso i reparti di degenza e supporto per pazienti alla fine della vita;
- Attività ambulatoriale e di Day Hospital, in stretta integrazione con il reparto di oncologia, rivolta a malati di cancro in fase avanzata, ma ancora autonomi ed in grado di accedere all'ospedale;
- Cure palliative domiciliari, secondo il modello definito dalle linee guida piemontesi, attraverso l'assistenza domiciliare integrata per le cure palliative: il medico di medicina generale rimane il responsabile dell'assistenza al singolo paziente, ma si avvale della consulenza dell'*èquipe* delle Cure Palliative, con la quale stabilisce il piano assistenziale;
- Hospice "Orsa Maggiore", gestito dalla Lega contro i tumori di Biella, in stretta collaborazione ed integrazione con le altre opzioni assistenziali della Rete (10 letti di degenza). L'ingresso in hospice è sempre preceduto da una valutazione multidimensionale di appropriatezza da parte della SCCP;
- Residenze Sanitarie Assistenziali, in alcune delle quali sono stati avviati progetti di miglioramento delle cure alla fine della vita.
L'integrazione di tutte queste opzioni assistenziali, garantita dalla regia unitaria della Rete da parte della SCCP dell'ASL di Biella, ha permesso in questi anni di raggiungere alcuni importanti risultati:
- nel 2006 sono stati assistiti fino al decesso a casa e/o in hospice 397 malati, oltre il 60% di tutti i morti per cancro nel nostro territorio. Sono stati assistiti a domicilio anche alcuni malati alla fine della vita per malattie non oncologiche, in particolare per patologie neurologiche;
- il 74% dei medici di famiglia ha attivato nel corso dell'anno almeno una volta un programma di cure palliative domiciliari, confermando la buona integrazione e collaborazione esistente nella Rete fra medicina generale e servizio specialistico di cure palliative;
- il 93% dei malati ha ricevuto una prima visita a domicilio da parte del Servizio di Cure Palliative entro 3 giorni dalla richiesta, mentre oltre il 50% di pazienti è stato ricoverato in Hospice entro 3 giorni dalla valutazione;
- la Rete si è dimostrata efficace anche per quanto riguarda la riduzione delle morti in ospedale per i malati terminali di cancro: il numero dei malati deceduti in ospedale è stato inferiore al 5% del totale degli assistiti e il numero di giornate di ricovero in ospedale durante il periodo di cure palliative a domicilio è risultato soltanto l'1,4% del totale.
I risultati ottenuti sono stati confrontati con gli 8 standard identificati nel Decreto n. 43 del 22 febbraio 2007, G.U. 6/4/2007. Nel 2006, la Rete di Cure Palliative di Biella ha raggiunto e superato 5 di questi standard, mentre i risultati si discostano di poco dai restanti 3 standard previsti (copertura del bisogno di Cure Palliative, ricoveri in hospice con durata inferiore a 7 giorni e con durata superiore a 30 giorni).
Sono state infine organizzate alcune iniziative formative rivolte al personale dell'ospedale di Biella, fra cui incontri con i medici della Divisione di Nefrologia sulle cure alla fine della vita in malati emodializzati; con gli infermieri della Divisione di malattie infettive su controllo dei sintomi, comunicazione e problemi etici alla fine della vita; con medici e infermieri di Rianimazione, Oncologia, Gastroenterologia sulla comunicazione delle cattive notizie.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 435

L'esperienza delle cure palliative pediatriche all'Istituto Giannina Gaslini di Genova

Dott. Luca Manfredini

In passato i bambini non sono stati considerati candidati a trattamenti palliativi per motivi culturali, affettivi, educativi, organizzativi e, soprattutto, numerici. La realtà odierna dimostra che i bambini "possono" morire e, indipendentemente dalla loro età, devono confrontarsi con problematiche cliniche, psicologiche, etiche e spirituali correlate alla malattia cronica-inguaribile ed alla morte. I bambini con patologia cronico/degenerativa e/o terminali sono legittimi candidati alle cure palliative pediatriche, il cui obiettivo specifico è l'adeguato controllo dei sintomi ed il ritorno a casa con "immersione" nella vita familiare.

Dal 2000, nel Dipartimento di Emato-Oncologia dell'Istituto Gaslini è stato attivato il Modulo di Assistenza Domiciliare. Promuovendo la cultura dell'assistenza domiciliare, ci si è prefissi di ottenere un miglioramento della qualità della vita dei bambini terminali affetti da malattie emato-oncologiche. Di seguito una breve sintesi delle attività e dei risultati raggiunti dal Modulo di Assistenza Domiciliare.

Nel periodo 15.4.2000-31.03.2006 sono stati seguiti a domicilio 290 bambini con malattie emato-oncologiche, tra cui 31 pazienti (età mediana 7 anni e 10 mesi; range 12 mesi-20 anni e 11 mesi) in progressione di malattia. Il servizio, erogato da 3 medici, 3 infermiere e una psicologa, ha garantito una reperibilità continuativa. Il periodo di assistenza è variato da 9 a 1.222 giorni consecutivi (mediana 80 giorni), con una mediana di 12 accessi per paziente.

La patologia di base era neuroblastoma in 16 bambini, *Sarcoma di Ewing* in 4 pazienti, 5 casi di leucemia acuta, 5 pazienti con tumore del Sistema Nervoso Centrale e delle guaine mieliniche, 1 caso di *Tumore di Wilms*.

La sintomatologia è stata: dolore (da moderato a grave) in tutti i casi; paraparesi (per infiltrazione neoplastica del canale midollare) in 9 pazienti; dispnea (per infiltrazione neoplastica e/o infezione) in 7 bambini. In 19 casi è stato necessario un supporto trasfusionale per sostituzione neoplastica del midollo osseo.

La terapia antalgica ha previsto la somministrazione di oppiacei in tutti i pazienti. La via endovenosa è stata preferita in 14 casi, utilizzando l'infusione continua associata alla somministrazione di boli tramite la *patient o parent controlled* analgesia a seconda dell'età del bambino.

In 15 pazienti, vista la presenza di sintomi refrattari (dolore intrattabile, dispnea ingravescente, agitazione psicomotoria), in accordo con i genitori, si è deciso di porre in atto la sedazione palliativa (utilizzando oppioidi, benzodiazepine e fenotiazine endovenose).

È evidente come questa modalità riduce il "costo" dell'assistenza (sia per la società, ma soprattutto per paziente e famiglia): 665 visite medico-infermieristiche eseguite in 3.032 giornate di assistenza continuativa hanno "evitato" 434 Day Hospital e 669 giornate di ricovero ordinario.

Ventuno pazienti sono morti a casa (14 in un domicilio genovese, 7 nella loro residenza in altre realtà), mentre per 7 pazienti si è dovuto ricorre al ricovero ospedaliero (concordato con la famiglia all'inizio dell'assistenza domiciliare) per problematiche socio-igieniche e psicologiche (pazienti ospitati in comunità di accoglienza). In 4 di questi casi l'*exitus* è avvenuto entro le 48 ore dal momento del ricovero. Due pazienti sono vivi in terapia palliativa domiciliare al momento del rilevamento. Nessun paziente è morto in Terapia intensiva.

L'attività svolta in questo periodo ha suscitato sia negli operatori sia negli "utenti" coinvolti pareri favorevoli. Tra questi ricordiamo: l'importanza per il gruppo familiare di poter stare a casa e non dover subire continui e/o lunghi ricoveri (con alterazioni dei rapporti affettivo-relazionali), mantenendo l'unità del nucleo familiare; il ripristino delle abitudini quotidiane della vita familiare; la vicinanza di parenti ed amici (valido aiuto e sostegno psico-affettivo); il mantenimento del lavoro di almeno uno dei genitori; l'abolizione del disagio dovuto allo spostamento del paziente in ospedale. Grazie all'Assistenza Domiciliare i genitori possono vivere la separazione dal figlio nel loro ambiente, più liberi di manifestare i propri sentimenti e la capacità di far fronte agli eventi, nel rispetto delle loro private necessità.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 436

I bisogni di cure palliative nei pazienti oncologici: la *survey* ISDOC (*Italian Survey of the Dying Of Cancer*)

Dott.ssa Monica Beccaro, Dott. Massimo Costantini

Le cure palliative, secondo la più recente definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (1) sono: "... *un approccio che migliora la qualità della vita dei pazienti e delle loro famiglie affrontando i problemi delle malattie ad esito infausto, attraverso la prevenzione e il sollievo della sofferenza per mezzo di un'identificazione precoce e di un'impeccabile valutazione e trattamento del dolore e degli altri problemi, fisici, psicologici e spirituali*".

In Italia, ogni anno circa 160.000 persone muoiono di tumore. Si può stimare che almeno il 90% di questi pazienti muoia dopo aver attraversato una fase terminale di malattia. Parliamo quindi di circa 144.000 pazienti e delle loro famiglie, che, nell'ultimo periodo della loro vita, devono affrontare molteplici problemi e che hanno bisogno di adeguate risposte assistenziali.

Lo studio ISDOC (2), finanziato dal Ministero della Salute (Progetti di ricerca finalizzata 2001-2003), è stato realizzato proprio per fornire un quadro conoscitivo adeguato dei bisogni dei pazienti oncologici in fase terminale di malattia e dei bisogni delle loro famiglie.

Obiettivo dello studio è stata la descrizione e l'analisi dei problemi dei pazienti oncologici italiani nei loro ultimi 3 mesi di vita, il tipo e la qualità dell'assistenza da loro ricevuta nei diversi ambiti di cura e l'impatto dell'assistenza sulla famiglia del paziente.

Il disegno di studio utilizzato per questa ricerca è una *mortality follow-back survey* degli ultimi 3 mesi di vita dei pazienti oncologici in cui le informazioni sono raccolte retrospettivamente su una popolazione di deceduti. In questo studio, le informazioni sono state raccolte utilizzando la metodologia delle *post-bereavement survey*, che prevede come fonte di informazioni il caregiver del paziente deceduto. Il caregiver è la figura non professionale che ha seguito il paziente nei suoi ultimi tre mesi di vita (generalmente è un familiare).

Per ottenere un campione rappresentativo dei deceduti per tumore in Italia, è stato effettuato un campionamento su base probabilistica a due stadi. Nel primo stadio sono state campionate 30 ASL dalle 197 esistenti, con una stratificazione per 4 aree geografiche (Nord-Ovest, Nord-Est, Centro, Sud e Isole). Nel secondo stadio è stata campionata una proporzione fissa di deceduti per tumore per ogni ASL in modo da garantire un campione complessivo di 2.000 casi di deceduti per tumore tra marzo 2002 e giugno 2003 (grafico 1).

Per ogni deceduto campionato è stata acquisita la scheda Istat di decesso e avviata la ricerca del caregiver non professionale, utilizzando tutte le fonti informative presenti nelle ASL. Solo nel caso in cui il paziente è risultato privo di un supporto non professionale nei suoi ultimi 3 mesi di vita è stato identificato un caregiver professionale, cioè un professionista sanitario vicino al paziente deceduto, abbastanza informato da poter essere intervistato in merito agli ultimi 3 mesi di vita del paziente. Una volta identificato il caregiver, è stata inviata una lettera, in cui si descrivevano gli obiettivi della valutazione e si richiedeva la disponibilità ad essere intervistati in merito. In caso di risposta affermativa, l'intervista al caregiver è stata condotta in un luogo concordato con il caregiver da personale appositamente formato, 4-12 mesi dopo il decesso del paziente. L'intervista utilizzata è l'adattamento italiano del questionario VOICES (*Views of Informal Carers Evaluation of Services Questionnaire*), già usato dalla Prof. Addington-Hall in analoghi studi condotti in Inghilterra (3). La traduzione, l'adattamento e la validazione della versione italiana del questionario sono stati curati dal Servizio di Epidemiologia Clinica dell'IST di Genova. Questa prima versione è stata testata in uno studio pilota in un campione di familiari di pazienti deceduti per AIDS.

La versione italiana dell'intervista VOICES comprende:

1. una sezione introduttiva in cui vengono rilevati i familiari conviventi e i luoghi di cura del paziente deceduto nei suoi ultimi 3 mesi di vita;
2. quattro sezioni in cui vengono valutati una serie di problemi affrontati dai pazienti e dai familiari, e l'assistenza da loro ricevuta in diversi ambiti di cura pubblici o privati: domicilio, RSA, ospedale e hospice. In particolare:

- dolore e altri sintomi;
- comunicazione sulle scelte terapeutiche;
- trattamenti ricevuti e non ricevuti;
- visite e supporto domiciliare;
- assistenza di specialisti in CP;
- valutazione degli operatori;
- valutazione dell'ambito di cura;

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 437

3. una sezione in cui vengono valutate problematiche di comunicazione, psicologiche, sociali ed economiche, del paziente e dei familiari, indipendentemente dall'ambito di cura. In particolare:
- perdita dell'autosufficienza;
- impatto economico;
- peso dell'assistenza sul caregiver;
- distress psicologico;
- informazione al paziente e alla famiglia;
- luogo e circostanze del decesso;
- supporto al caregiver dopo il decesso;
- valutazione globale;

4. una sezione finale in cui viene richiesto lo stato sociale del paziente e viene valutata la qualità dell'intervista realizzata.

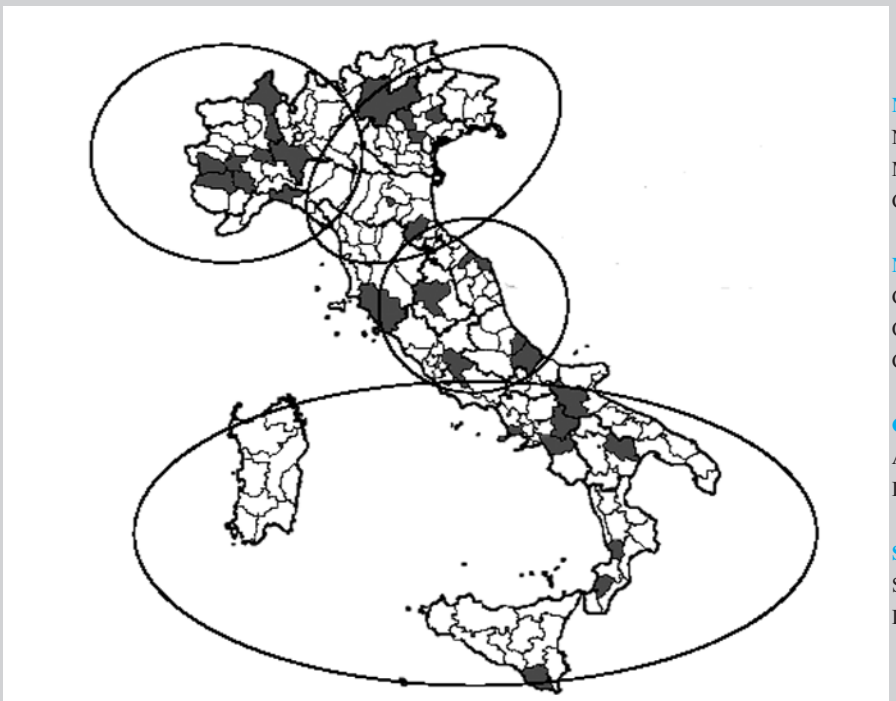
Alla fine dell'intervista, al caregiver è stato chiesto di compilare un questionario (CES-D), che valuta la presenza di sintomi depressivi. Lo strumento, ampiamente utilizzato in ambito internazionale (4), è stato validato in lingua italiana (5).

Lo studio ISDOC ha ottenuto l'approvazione del Comitato Etico dell'Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro di Genova e lo studio e le procedure messe in atto per la tutela ed il rispetto dei dati sensibili sono state notificate al Garante per la *Privacy*, ai sensi della legge 675/1996.

Tutte le analisi statistiche sono state effettuate con il programma statistico SUDAAN versione 9.0.1 che tiene conto nel calcolo delle stime puntuali e della varianza, del disegno di studio a due stadi. In particolare, sono stati introdotti dei pesi differenti per i 4 strati per rendere il campione in studio rappresentativo della popolazione target di deceduti per tumore in Italia.

I risultati definitivi dello studio nazionale sono stati più che soddisfacenti in termini di riuscita dello studio:
- tutte le 30 ASL hanno partecipato allo studio;
- il caregiver non professionale è stato identificato nel 92% dei casi. Nel 3% dei casi è stato accertato che il paziente non era stato assistito da alcun caregiver. Solo nel restante 5% dei casi non si è riusciti ad avere notizie sulla presenza o meno di un *caregiver*;
- sono state realizzate complessivamente 1.271 interviste valide (il 64% del campione). L'intervista non è stata realizzata per: rifiuto (20%), *caregiver* non rintracciabile (8%), non identificazione del *caregiver* (5%), altro (3%).

Grafico 1 - *Le 30 ASL campionate e la stratificazione per 4 aree geografiche*



Nord-Ovest: Chieri, Pinerolo, Novara, Savigliano, Alba, Casale Monferrato, Pavia, Varese, Genova.

Nord-Est: Trento, Bassano del Grappa, Pieve di Soligo, Cittadella, Bologna Sud, Forlì, Grosseto.

Centro: Perugia, Senigallia, Ancona, Roma G, Chieti, Lanciano – Vasto.

Sud e Isole: Avellino 1, Napoli 2, Salerno 2, Foggia 3, Matera, Lamezia Terme, Palmi, Ragusa.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 438

Riferimenti bibliografici
(1) Palliative care: the World Health Organization's Global Perspective. Sepulveda D, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. J Pain Symptom manage 2002; 24(2): 91-96.
(2) Costantini M., Beccaro M, Merlo F The last three months of life of Italian cancer patients. Methods, sample characteristics and response rate of the Italian survey of the dying of cancer (ISDOC). Palliative Medicine 2005; 19: 628-638.
(3) Addington-Hall JM, McCarthy M. The Regional Study of Care for the Dying: methods and sample characteristics. Palliative Medicine 1995; 9: 27-35.
(4) Radloff LS. The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. Applied Psychol Measur 1977; 1: 385-401.
(5) Fava GA, Assessing depressive symptoms across cultures: Italian validation of the CES-D self-rating scale. J Clin Psychol 1983; 39: 249-251.

Per il Gruppo di lavoro ISDOC
Massimo Costantini, Monica Beccaro, Maria Pia Sormani, Paolo Bruzzi (Servizio di Epidemiologia Clinica, Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro di Genova); Domenico Franco Merlo (Servizio di Epidemiologia e Biostatistica, Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro di Genova); Gabriella Morasso, Silvia Di Leo (Servizio di Psicologia, Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro di Genova); Paolo Giorgi Rossi, Piero Borgia (Agenzia Sanità Pubblica, Regione Lazio - Roma); Maurizio Montella, Maria Grimaldi (Servizio di Epidemiologia e Prevenzione, Istituto Nazionale Tumori "Fondazione Pascale" - Napoli); Eugenio Paci, Nicoletta Susini, Riccardo Cecioni, Guido Miccinesi (Servizio di Epidemiologia Clinica e Descrittiva; Centro per lo Studio e la Prevenzione Oncologica; Istituto di Ricerca della Regione Toscana - Firenze); Renato Pisanti (Fondazione Labos, Roma).

Articoli pubblicati da ISDOC (al luglio 2007)
1. Costantini M, Beccaro M, Merlo F. The last three months of life of Italian cancer patients. Methods, sample characteristics and response rate of Italian Survey of the Dying of Cancer (ISDOC). Palliat Med 2005; 19: 628-638.
2. Beccaro M, Costantini M, Giorgi Rossi P, et al. Actual and preferred place of death of cancer patients. Results from the Italian Survey of the Dying of Cancer (ISDOC). J Epidemiol Comm Health 2006; 60: 412-416.
3. Costantini M, Morasso G, Montella M, et al. Diagnosis and prognosis disclosure among cancer patients. Results from an Italian mortality follow-back survey. Ann Oncol 17: 853-859.
4. Giorgi Rossi P, Beccaro M, Miccinesi G, et al. Dying of cancer in Italy: impact on family and caregiver. The ISDOC survey. J Epidemiol Community Health 2007; 60: 546-553.
5. Beccaro M, Costantini M, Merlo F. Inequity in the provision of and access to palliative care for cancer patients. Results from the Italian survey of the dying of cancer (ISDOC). BMC Public Health 2007, 7: 66.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 439

Morire di cancro: l'impatto socio-economico sulla famiglia e sul *caregiver*. Risultati dalla *survey* ISDOC (*Italian Survey of the Dying Of Cancer*)

Dott.ssa Monica Beccaro, Dott. Massimo Costantini, Dott. Paolo Giorgi Rossi

Contesto

Ogni anno, circa il 34% dei decessi in Italia ha come causa un tumore (1). È stato stimato che circa il 90% di questi pazienti attraversa una fase terminale di malattia della durata di circa 90 giorni (2,3), durante i quali la malattia non risponde più ai trattamenti ed è necessario passare da un approccio curativo ad uno palliativo, mantenendo come obiettivo principale il mantenimento di una qualità di vita migliore possibile per il paziente e per la sua famiglia.

Assistere un paziente in fase terminale di malattia comporta per la sua famiglia non solo un grosso carico emotivo, ma anche un grande impegno nella gestione pratica della malattia. Indipendentemente dal luogo in cui il malato viene assistito (in ospedale, in una struttura specifica o a casa), i suoi familiari devono affrontare problemi legati alla progressiva perdita di autonomia del paziente e al manifestarsi di sintomi fisici e psicologici spesso difficili da controllare. Per far questo utilizzano tutto il tempo, le energie e le risorse a loro disposizione.

Nei paesi anglosassoni, già negli anni '90, sono stati realizzati diversi studi per indagare l'impatto fisico, psicologico, sociale ed economico dei familiari di pazienti affetti da patologie gravi o in fase terminale di malattia (4-7). Nel 1994 uno studio realizzato su 2.129 interviste a familiari o a pazienti affetti da patologie gravi, ha analizzato l'impatto economico che la malattia aveva provocato sulla famiglia e sul paziente stesso. Nel 20% dei casi un membro della famiglia aveva dovuto smettere di lavorare o fare qualche altro grosso cambiamento per assistere il paziente. Il 31% delle famiglie dichiarò di aver utilizzato tutti o la maggior parte dei risparmi per affrontare le spese relative all'assistenza. Queste famiglie assistevano i pazienti più giovani, con un reddito più basso e con uno stato funzionale decisamente ridotto (8). Successivamente, uno studio realizzato su 893 caregiver di pazienti in fase terminale di malattia ha evidenziato che i costi maggiori venivano sostenuti da coloro che avevano un maggior bisogno di assistenza in 4 aree specifiche: trasporti, assistenza infermieristica, gestione e pulizia della casa e cura personale del paziente (9).

In un momento in cui il Servizio Sanitario Nazionale prevede di investire risorse in questo settore dell'assistenza, è prioritario avere un quadro conoscitivo adeguato dei bisogni e delle difficoltà delle famiglie italiane che si prendono cura dei loro cari nell'ultima fase della loro vita, soprattutto dato che l'ambito di cura privilegiato per i pazienti oncologici in fase terminale di malattia viene considerato il domicilio.

È in questo contesto che si inserisce lo studio ISDOC, una *mortality follow-back survey*, degli ultimi tre mesi di vita di un campione rappresentativo di deceduti oncologici (10).

Questo approfondimento riporta i risultati inerenti l'impatto socio economico della malattia sulle famiglie e sui caregiver, durante gli ultimi 3 mesi di vita dei pazienti oncologici e la distribuzione di questo impatto per aree geografiche e per le caratteristiche socio demografiche dei pazienti e dei caregiver.

Metodi

Metodologia e disegno di studio

La metodologia e il disegno di studio sono stati trattati in modo approfondito nel Box "Bisogni di cure palliative nei pazienti oncologici italiani: la *survey* ISDOC", pagg. 436-438.

Analisi statistiche

Un'analisi di regressione logistica multivariata è stata condotta per identificare gli eventuali determinanti di ogni outcome. Le variabili prese in considerazione sono: età e sesso del paziente e del caregiver; stato socio-economico del paziente (SES), titolo di studio del caregiver, area geografica, numero di conviventi, relazione paziente-*caregiver*, tempo in cui il paziente non è stato autosufficiente prima del decesso. La forza dell'associazione è riportata come rapporto fra prevalenze (PRR) e sole le variabili influenti sono incluse nel modello finale.

Risultati e Discussione

Il 57% dei pazienti oncologici è di sesso maschile (età media 74 anni), mentre il 69% dei *caregiver* è di sesso femminile (età media 54 anni). Il *caregiver* è il *partner* nel 31% dei casi, un figlio nel 46% dei casi e nel 7% dei casi una sorella o una nuora. Solo il 12% dei pazienti ha vissuto da solo gli ultimi 3 mesi di vita, il 42% ha vissuto con un'altra persona e il 26% con 2 o più persone.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 440

Impatto sociale

Il 35% dei *caregiver* non professionali ha dichiarato che per assistere il paziente nei suoi ultimi tre mesi di vita "qualcuno della famiglia ha dovuto fare dei grossi cambiamenti nella propria vita" e nel 24% dei casi questo ha significato ridurre o lasciare il lavoro, nell'8% dei casi cambiare la propria vita personale e sociale e nel 4% trasferirsi al domicilio del paziente. Inoltre, il 49% dei caregiver in età lavorativa "ha avuto difficoltà a gestire il proprio lavoro". L'analisi multivariata mostra che il maggior determinante della "difficoltà a gestire il proprio lavoro" è il tempo di non autosufficienza del paziente (per un periodo di non autosufficienza maggiore di 3 mesi, PRR = 4,1; 95% IC: 2,3-7,3), che si riscontrano maggiori difficoltà al Sud (PRR = 2,4; 95% IC: 1,3-4,6), che le famiglie che si occupano dei pazienti più giovani, composte da più di 2 membri o con un caregiver di sesso femminile, devono fare maggiori cambiamenti per assistere il paziente (tabella 1).

Impatto economico

Il 68% dei *caregiver* non professionali ha dichiarato che "il paziente o la sua famiglia, ha dovuto pagare per uno o più aspetti dell'assistenza". Gli ambiti di spesa maggiormente presenti sono: 37% per i farmaci, 22% per visite mediche specialistiche, 19% per l'assistenza infermieristica, 18% per attrezzature, 16% per un aiuto domestico, 14% per trasporti. L'analisi multivariata mostra che il maggior determinante "di dover pagare per qualche aspetto dell'assistenza" è nuovamente il tempo di non autosufficienza del paziente (per un periodo di non autosufficienza maggiore di 3 mesi PRR = 4,5; 95% IC: 2,5-8,0), che i maggiori costi sono sostenuti al Sud (PRR = 2 ,5; 95% IC: 1,0-6,3), che le famiglie che si occupano dei pazienti con uno stato socio-economico più basso, in cui il paziente è una casalinga o in cui il *caregiver* è un figlio, sostengono più frequentemente dei costi (tabella 1). Il 26% dei caregiver non professionali ha dichiarato che "la famiglia ha utilizzato tutti o la maggior parte dei risparmi per far fronte all'assistenza". A fronte di ciò, solo il 21% dei *caregiver* ha dichiarato che "è stato difficile coprire i costi delle cure". L'analisi multivariata mostra che il maggior determinante "dell'uso dei risparmi" è, ancora una volta, il tempo di non autosufficienza del paziente (per un periodo di non autosufficienza maggiore di 3 mesi, PRR = 3,2; 95% IC: 1,3-7,9), che le maggiori difficoltà sono al Sud (PRR = 3 ,0; 95% IC: 1,8-5,1), che le famiglie che si occupano dei pazienti con uno stato socio-economico più basso, in cui il paziente è una casalinga o in cui il *caregiver* è di sesso femminile, devono utilizzare i loro risparmi più frequentemente (tabella 1).

Tabella 1 - *Regressione logistica multivariata dei determinanti associati all'impatto socio-economico*

Dover pagare per qualche aspetto dell'assistenza	PRR	95% IC
Luogo di residenza		
Nord-Ovest	1	
Nord-Est	0,4	0,2 - 0,6
Centro	0,9	0,5 - 1,4
Sud e Isole	2,5	1,0 - 6,3
Stato socio-economico del paziente		
Basso	1	
Medio manuale	0,8	0,5 - 1,1
Medio servizi	1,0	0,6 - 1,6
Medio-alto non manuale	1,0	0,6 - 1,6
Alto	1,4	0,6 - 3,3
Casalinghe	2,7	1,2 - 6,1
Relazione *caregiver*-paziente		
Partner	1	
Figlio/a	1,5	1,0 - 2,0
Altri parenti	1,2	0,8 - 2,0
Caregiver professionale	0,4	0,1 - 0,9
Periodo di non autosufficienza (giorni)		
0-1	1	
2-7	0,9	0,4 - 2,0
8-30	1,7	1,1 - 2,7
31-90	2,6	1,4 - 5,0
90+	4,5	2,5 - 8,0

Dover usare i propri risparmi	PRR	95% IC
Luogo di residenza		
Nord-Ovest	1	
Nord-Est	0,5	0,3 - 0,9
Centro	1,3	0,7 - 2,5
Sud e Isole	3,0	1,8 - 5,1
Stato socio-economico del paziente		
Basso	1	
Medio manuale	0,8	0,5 - 1,2
Medio servizi	0,9	0,5 - 1,6
Medio-alto non manuale	0,8	0,5 - 1,4
Alto	0,4	0,2 - 0,8
Casalinghe	1,2	0,6 - 2,2
Sesso del *caregiver*		
Maschio	1	
Femmina	1,4	1,0 - 1,9
Periodo di non autosufficienza giorni		
0-1	1	
2-7	0,8	0,2 - 2,8
8-30	1,3	0,7 - 2,5
31-90	1,9	1,0 - 4,0
90+	3,2	1,3 - 7,9

Difficoltà a gestire il proprio lavoro	PRR	95% IC
Luogo di residenza		
Nord-Ovest	1	
Nord-Est	0,5	0,3 - 0,8
Centro	1,3	0,8 - 2,1
Sud e Isole	2,4	1,3 - 4,6
Età del paziente		
<65	1	
<75	0,8	0,5 - 1,1
<85	0,7	0,5 - 1,0
85+	0,4	0,2 - 0,6
Sesso del caregiver		
Maschio	1	
Femmina	1,8	1,3 - 2,4
Periodo di non autosufficienza (giorni)		
0-1	1	
2-7	1,5	0,7 - 3,0
8-30	2,4	1,4 - 4,0
31-90	3,7	2,3 - 6,1
90+	4,1	2,3 - 7,3
Numero di conviventi		
0	1	
1	1,5	1,0 - 2,4
2 +	1,8	1,1 - 3,0

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 441

Conclusioni

In base ai risultati della *survey* ISDOC si può stimare che ogni anno in circa 40.000 famiglie qualcuno deve ridurre o lasciare il proprio lavoro per assistere un parente che sta morendo di tumore negli ultimi 3 mesi di vita e che più di 40.000 famiglie spendono tutti o la maggior parte dei propri risparmi per far fronte all'assistenza anche se, in Italia, la maggior parte dei costi sanitari per i pazienti oncologici sono a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Questo studio, inoltre, mette in evidenza come la parte "più fragile" della società spesso paga il prezzo maggiore: la maggior parte dei caregiver infatti sono donne, spesso mogli, sorelle o nuore del deceduto, sulle quali ricade il maggior impatto sia sociale sia economico. Inoltre, le famiglie che risiedono al Sud sostengono maggiori costi, in quanto l'offerta di Unità di Cure Palliative per la presa in carico del paziente a domicilio, è decisamente limitata in quest'area del paese. Dalla varietà degli ambiti di spesa si deducono almeno due aree critiche a cui i familiari devono far fronte. Da una parte un'area strettamente legata alla malattia che comprende la spesa farmaceutica, quella per le visite mediche specialistiche e per le attrezzature e i presidi. Spesso i costi sostenuti per quest'area sono stati motivati dagli intervistati come una "scelta obbligata". Per accelerare i tempi d'attesa in strutture pubbliche per esami o visite, o perché, nonostante fosse stata fatta domanda per avere la pensione di accompagnamento o per le attrezzature e presidi necessari, le lungaggini burocratiche erano tali da costringere i familiari a sostenere queste spese. Dall'altra parte un'area più legata alla gestione pratica e organizzativa dell'assistenza che comprende l'assistenza infermieristica (spesso notturna), l'aiuto domestico e i trasporti.

Ormai da diversi anni, il SSN è orientato a considerare il domicilio come luogo privilegiato di cura per i pazienti oncologici in fase avanzata e terminale di malattia. Questo approccio sicuramente permetterebbe di offrire un piano di cura ed assistenza personalizzato, in grado di garantire un notevole miglioramento della qualità di vita di questi pazienti e delle loro famiglie, ma deve essere accompagnato da un'adeguata e meglio distribuita offerta di servizi e programmi di cure palliative domiciliari, che alleggeriscano il carico assistenziale gravoso, e spesso difficilmente sostenibile, che queste famiglie devono affrontare.

Nonostante molte famiglie abbiano dovuto pagare per diversi aspetti dell'assistenza socio-sanitaria e abbiano utilizzato a questo scopo i risparmi di una vita, a quasi nessuno viene in mente di dire che "è stato difficile". Forse per una sorta di pudore (da un'intervista… "i familiari potevano permettersi l'assistenza privata…ci siamo sentiti un po' in dovere di passare in privato.."), forse perché la domanda è mal posta (da un'altra intervista… "anche se uno soldi non ne ha in questa situazione se li inventa…mi sarei anche venduto la casa per mia madre…") o più semplicemente perché le aspettative e le speranze di queste persone riguardo a quello che il SSN può/deve offrire sono davvero molto/troppo basse.

Riferimenti bibliografici

(1) Istat. Cause di Morte, anno 2000. Roma: Istat, 2004.
(2) Llobera J, Esteva M, Rifa J, et al. Terminal cancer. Duration and prediction of survival time. Eur J Cancer. 2000; 36: 2.036-2.043.
(3) Mc Cusker J. The terminal period of cancer: definition and descriptive epidemiology. J Chron Dis. 1984; 37: 377-385.
(4) Schulz R, Beach SR, Lind B, et al. Involvement in caregiving and adjustment to death of a spouse: findings from the caregiver health effects study. JAMA. 2001; 285: 3.123-9.
(5) Mor V, Allen S, Malin M. The psychosocial impact of cancer on older versus younger patients and their families. Cancer. 1994; 74(7 Suppl): 2.118-27.
(6) Hayman JA, Langa KM, Kabeto MU, et al. Estimating the cost of informal caregiving for elderly patients with cancer. J Clin Oncol. 2001; 19: 3.219-25.
(7) Grunfeld E, Coyle D, Whelan T, et al. Family caregiver burden: results of a longitudinal study of breast cancer patients and their principal caregivers. CMAJ. 2004; 170: 1.795-1.801.
(8) Covinsky KE, Goldman L, Cook EF, et al. The impact of serious illness on patients' families. SUPPORT Investigators. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatment. JAMA. 1994; 272: 1.839-44.
(9) Ezekiel J, Fairclough DL, Slutsman J, Emanuel LL. Understanding economic ant other burdens of terminal illness: the experience of patients ant their caregivers. Ann Inter Med 2000; 132: 451-459.
(10) Costantini M, Beccaro M, Merlo F, et al. The last three months of life of Italian cancer patients. Methods, sample characteristics and response rate of the Italian survey of the dying of cancer (ISDOC). Palliat Med. 2005; 19: 628-638.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 442

I luoghi di cura dei pazienti oncologici nei loro ultimi tre mesi di vita, la distribuzione e l'accesso ai servizi di cure palliative. Risultati dalla *survey* ISDOC (*Italian Survey of the Dying Of Cancer*)

Dott.ssa Monica Beccaro, Dott. Massimo Costantini

Contesto

I servizi e programmi di cure palliative per pazienti in fase avanzata e terminale di malattia si sono sviluppati con differente intensità e modalità in tutti i paesi occidentali. Recenti studi mostrano che lo sviluppo degli hospice e delle Unità di Cure Palliative (UCP) domiciliari ed ospedaliere, differisce notevolmente non solo tra i vari paesi, riflettendo l'eterogeneità dei sistemi sanitari, dei bisogni dei pazienti e dei contesti culturali (1), ma anche all'interno di uno stesso paese (2). Inoltre, l'accesso ai servizi di cure palliative dei pazienti oncologici è strettamente correlato ad alcuni fattori socio-demografici. I pazienti oncologici hanno minori probabilità di accedere a questi servizi se: sono anziani, senza un supporto familiare o amicale, con un basso livello socio-economico, con un basso stato funzionale e un alto bisogno di assistenza, con un intervallo tra diagnosi e decesso molto breve e con una diagnosi di tumore ematologico, gastrointestinale o del sistema nervoso centrale (2-5). Infine, in tutti i paesi occidentali, una percentuale molto alta di pazienti oncologici in fase avanzata di malattia, viene curata e muore in ospedale dove, molto spesso, specifici servizi di cure palliative sono assenti (6, 7).

A differenza di altri paesi europei, dove da tempo sono stati condotti studi specifici su base nazionale, in Italia mancano dati affidabili sull'offerta di tali servizi a livello nazionale e sul tipo e la qualità di assistenza ricevuta dai pazienti oncologici in fase terminale di malattia.

È in questo contesto che si inserisce lo studio ISDOC, una *mortality follow-back survey* degli ultimi tre mesi di vita di un campione rappresentativo di deceduti oncologici. Lo scopo dello studio ISDOC era utilizzare le informazioni ottenute durante le interviste per fornire stime riguardanti l'esperienza dell'ultima fase della vita dei pazienti oncologi italiani (8). In un momento in cui il Servizio Sanitario Nazionale prevede di investire risorse in questo settore dell'assistenza, è prioritario avere un quadro conoscitivo adeguato dei bisogni di questi pazienti e delle loro famiglie per consentire un'appropriata programmazione degli interventi sanitari.

Questo approfondimento riporta i risultati inerenti i luoghi di cura dei pazienti oncologi italiani nei loro ultimi tre mesi di vita, la proporzione di questi pazienti che ha ricevuto cure palliative e i fattori socio-demografici associati all'accesso a questi servizi sia a domicilio che in ospedale.

Metodi

Metodologia e disegno di studio

La metodologia e il disegno di studio sono stati trattati in modo approfondito nel Box "Bisogni di cure palliative nei paziente oncologici italiani: la *survey* ISDOC" pagg. 436-438.

Analisi statistiche

Due regressioni logistiche multivariate sono state effettuate per esaminare l'associazione tra le caratteristiche dei pazienti e dei *caregiver* (variabili indipendenti) e la presa in carico da parte delle UCP a domicilio (primo modello) e il coinvolgimento di un terapista del dolore o palliativista durante il ricovero in ospedale (secondo modello).

Le seguenti caratteristiche sono state inserite nei modelli iniziali: età al decesso, genere, livello di istruzione, stato civile, luogo di residenza, tumore primario, mesi tra la diagnosi e il decesso, numero dei conviventi per il paziente e la relazione, l'età, il genere e il livello di istruzione per quanto riguarda il *caregiver*. Tutte le variabili con una $p>0,10$ sono state rimosse dai modelli tramite la procedura *step-down*, per ottenere i modelli finali. Per le variabili incluse nei modelli finali l'associazione è stata stimata in termini di *Odds Ratio* (OR). In ciascun modello, è stato utilizzato il test del chi quadrato per l'eterogeneità e per il trend, per testare l'associazione tra la variabile dipendente e le variabili indipendenti categoriche e ordinali.

Risultati e Discussione

I luoghi di cura (tabella 1) e l'accesso ai servizi di cure palliative a domicilio e in ospedale (grafico 1)

La proporzione di pazienti oncologici che ha trascorso tutti o parte degli ultimi tre mesi di vita a domicilio è del 90,8% (95% IC: 88,0–93,0). Il 63,4% (95% IC: 59,0–67,7) di questi pazienti è stato ricoverato in ospedale, una piccola ma non trascurabile quota di pazienti, 8,3% (95% IC: 6,2–11,0), ha trascorso questo periodo in una Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) e solo lo 0,7% (95% IC: 0,3–1,8) è stato ricoverato in Hospice.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 443

La stragrande maggioranza (97,8%) dei pazienti oncologici residenti al Sud e Isole trascorre questo periodo a domicilio rispetto a quelli residenti nelle altre regioni.
Al contrario i pazienti oncologici del Nord sono ricoverati in ospedale più frequentemente (73,5% nel Nord-Est e 66,4% nel Nord-Ovest) rispetto a quelli residenti al Sud (51,2%). Il ricovero in una RSA è trascurabile al Sud (0,9%) rispetto al Centro e al Nord (dal 6,5% nel Centro al 13,5% nel Nord-Est). Circa un terzo (31,3%) di questi pazienti trascorre tutti gli ultimi tre mesi a domicilio e la combinazione dei luoghi di cura maggiormente riportata è casa ed ospedale (56,9%). Differenze statisticamente significative sono state osservate tra le 4 aree geografiche ($p<0,001$). Particolarmente rilevante è la proporzione di pazienti residente al Sud che trascorre a domicilio l'intero periodo (47,9%), se messa a confronto con le altre aree geografiche dove la proporzione varia tra il 17,0% nel Nord-Est e il 32,3% nel Centro.
La proporzione di pazienti oncologici presi in carico da una UCP a domicilio è del 13,5% (95% IC: 8,1-21,5). L'accesso a questi servizi è distribuito in modo eterogeneo tra le 4 aree geografiche e diminuisce progressivamente da Nord a Sud: 18,1% nel Nord-Ovest, 17,6% nel Nord-Est, 15,6% nel Centro e solo 2,3% nel Sud e Isole.
La proporzione di pazienti oncologici che ricevono una consulenza da parte di un terapista del dolore o un palliativista mentre sono ricoverati in ospedale è del 19,6% (95% IC: 15,5-24,5). Non si riscontrano differenze significative tra le 4 aree geografiche (dal 13,3% nel Nord-Est al 24,6% nel Nord-Ovest).

Tabella 1 - *Luoghi di cura dei pazienti oncologici italiani nei loro ultimi tre mesi di vita per aree geografiche*

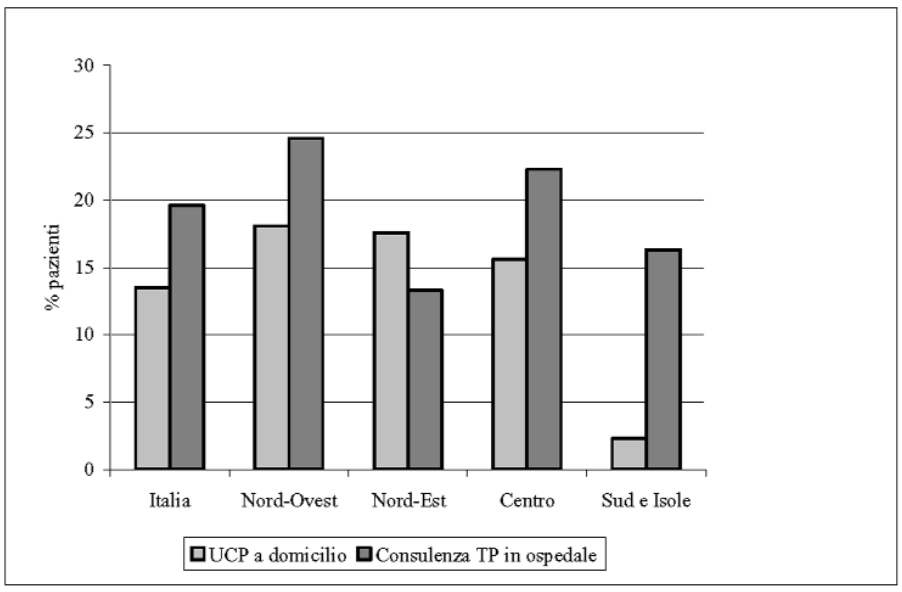
	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Italia
Campione ISDOC	604	209	241	217	1.271
Deceduti oncologici italiani[1]	47.988	32.954	35.772	38.732	155.446
Luoghi di cura[2]	%[3]	%[3]	%[3]	%[3]	%[3]
Domicilio	89,1	83,0	92,7	97,8	90,8
Ospedale	66,4	73,5	63,5	51,2	63,4
RSA	11,9	13,5	6,5	0,9	8,3
Hospice	0,5	1,4	1,1	-	0,7
Luoghi di cura (dettaglio)					
Solo domicilio	26,9	17,0	32,3	47,9	31,3
Solo RSA	5,5	7,7	3,9	0,9	4,5
Solo ospedale	2,7	6,5	1,7	1,3	2,9
Domicilio e ospedale	58,0	61,7	58,5	49,9	56,9
RSA e ospedale	2,7	1,9	1,4	-	1,6
Altre combinazioni	4,1	5,2	2,3	-	2,9
Totale	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

$p<0,001$ (test di eterogeneità)

[1]Il numero dei deceduti oncologici è stato stimato usando i dati di mortalità Istat del 1998.
[2]La somma è maggiore di 100 perché molti pazienti sono stati in più di un luogo di cura.
[3]Tutte le percentuali sono pesate.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 444

Grafico 1 - *Proporzione di pazienti oncologici che riceve un supporto di cure palliative a domicilio e in ospedale durante gli ultimi tre mesi di vita*



I fattori associati all'accesso ai servizi di cure palliative a domicilio ed in ospedale: analisi multivariate (tabella 2)

La probabilità di essere preso in carico da una UCP a domicilio aumenta in modo significativo con l'aumento dell'intervallo tra diagnosi e decesso (p=0,01) e con l'aumento del livello di istruzione del caregiver (p=0,01). Per i pazienti con un caregiver diverso dal partner la probabilità di essere presi in carico è più bassa (p=0,03). La presa in carico è meno probabile per i pazienti residenti al Sud (OR=0,13), rispetto ai pazienti che risiedono nelle altre regioni italiane.

La probabilità di essere seguito da un terapista del dolore o da un palliativista durante il ricovero in ospedale diminuisce significativamente con l'aumentare dell'età del paziente (p<0,01) ed è minima per i pazienti con un'età maggiore o uguale a 85 anni (OR=0,15). La probabilità aumenta in modo significativo con l'aumento del livello di istruzione del caregiver (p=0,01). Il coinvolgimento di un terapista del dolore o un palliativista è più probabile per i pazienti residenti al Centro e al Sud e Isole, rispetto al Nord (p=0,04).

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 445

Tabella 2 - *Regressione logistica multivariata dei determinanti dell'accesso ai servizi di cure palliative a domicilio e in ospedale*

	Presa in carico da parte di una UCP a domicilio		Coinvolgimento di un terapista del dolore in ospedale	
	OR	(95% IC)[1]	OR	(95% IC)[1]
Il paziente				
Età al decesso (anni)				
18-54	1		1	
55-64	1,04	(0,40 – 2,68)	0,67	(0,27 – 1,63)
65-74	0,98	(0,38 – 2,54)	0,34	(0,14 – 0,83)
75-84	0,98	(0,37 – 2,59)	0,32	(0,13 – 0,74)
85 +	0,43	(0,16 – 1,14)	0,15	(0,06 – 0,41)
		(p=0,10)		(p<0,01)
Luogo di residenza				
Nord-Ovest	1		1	
Nord-Est	1,08	(0,27 – 4,30)	0,39	(0,20 – 0,75)
Centro	0,80	(0,16 – 3,90)	0,75	(0,35 – 1,61)
Sud e Isole	0,13	(0,02 – 0,69)	0,54	(0,20 – 1,44)
		(p=0,09)		(p=0,04)
Mesi dalla diagnosi al decesso				
1-3	1		1	
4-6	0,60	(0,20 – 1,81)	1,42	(0,68 – 3,00)
7-12	1,06	(0,40 – 2,78)	0,92	(0,40 – 2,10)
13-36	1,44	(0,63 – 3,29)	1,07	(0,52 – 2,19)
> 36	1,75	(0,86 – 3,57)	1,47	(0,76 – 2,83)
		(p=0,01)		(p=0,44)
Il caregiver				
Relazione				
Partner	1		1	
Figlio	0,72	(0,51 – 1,01)	0,85	(0,45 – 1,61)
Altro	0,49	(0,28 – 0,85)	1,20	(0,52 – 2,80)
	(p=0,03)			(p=0,47)
Genere				
Maschi	1		1	
Femmine	1,40	(0,93 – 2,11)	0,88	(0,54 – 1,44)
		(p=0,06)		(p=0,64)
Livello di istruzione (anni)				
<=5	1		1	
6-9	1,44	(0,82 – 2,51)	1,31	(0,63 – 2,74)
10+	2,00	(1,20 – 3,35)	2,36	(1,25 – 4,46)
		(p=0,01)		(p=0,01)

[1]OR (95% IC) stimato con una regressione logistica multivariata in cui tutte le caratteristiche del paziente e del *caregiver* sono state incluse. Qui sono riportate solo le covariate con una p<0,10 per almeno uno dei due modelli.

Conclusioni

Il quadro che emerge dai risultati della *survey* ISDOC rispecchia in larga parte quello riportato dalla letteratura internazionale per quanto concerne la distribuzione geografica e l'accesso ai servizi di cure palliative.

I luoghi di cura dei pazienti oncologici in fase terminale di malattia sono prevalentemente il domicilio e l'ospedale con significative differenze tra le 4 aree geografiche. Simili differenze, riscontrate anche sul luogo di decesso (9), suggeriscono un uso inappropriato dell'ospedale durante la fase terminale di malattia di questi pazienti.

L'accesso ai servizi risulta essere molto basso sia a domicilio sia in ospedale, per motivazioni differenti. Il 14% dei pazienti oncologici viene preso in carico da una UCP a domicilio, con differenze significative tra le 4 aree geografiche. Queste differenze riflettono una distribuzione territoriale ed un accesso a tali servizi eterogeneo all'interno del paese. Poche regioni del Sud offrono assistenza domiciliare e con un accesso limitato a pochi pazienti. Nelle altre regioni la proporzione simile di pazienti oncologici presi in carico da una UCP a domicilio è il prodotto di una diversa combinazione di offerta di tali servizi (maggiore nel Nord-Ovest) e di accesso ai servizi esistenti (maggiore nel Nord-Est e nel Centro). A questo proposito va ricordato che negli ultimi 4

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 446

anni, nelle 30 ASL campionate per il nostro studio, il numero delle UCP attive è aumentato di una sola unità (da 23 nel 2002 a 24 nel 2006). Al contrario, il numero degli hospice attivi è aumentato di 4 volte (da 3 a 12), ma questo aumento è confinato nel Nord e Centro (10). Questo considerevole incremento è in larga parte dovuto all'intervento del Ministero della Salute che ha fortemente supportato e finanziato questi servizi. In un contesto di "federalismo del sistema sanitario" le regioni del Nord, più ricche e sviluppate, hanno una maggior propensione ad utilizzare questi fondi nazionali per sviluppare o espandere tali servizi.
Il 20% dei pazienti oncologici riceve una consulenza da parte di un terapista del dolore o di un palliativista mentre è ricoverato in ospedale, senza differenze significative tra le 4 aree geografiche. Una recente *survey* (7) condotta in 40 ospedali italiani e finalizzata a valutare come muoiono i pazienti nei reparti di medicina generale, mostra che gli ospedali italiani sono inadeguati a rispondere ai complessi bisogni dei pazienti in fase terminale di malattia. Indipendentemente dall'area geografica, le UCP ospedaliere sono molto rare e anche una semplice consulenza di un terapista del dolore è disponibile solo per una minoranza di pazienti.
Anche in Italia alcuni gruppi di popolazione più vulnerabile vengono esclusi dall'accesso a tali servizi: in particolare, i pazienti oncologici a sopravvivenza breve dalla diagnosi, gli anziani e con un *caregiver* con un basso livello di istruzione. Generalmente, quando il periodo che intercorre tra diagnosi e decesso è breve, le condizione cliniche peggiorano rapidamente e risulta molto complicato prendere contatto con i servizi disponibili per pianificare ed organizzare una presa in carico da parte di una UCP (3, 5). Inoltre, i pazienti più anziani si trovano in una condizione di fragilità e spesso i loro bisogni e problemi sono sottostimati e poco trattati dagli stessi operatori sanitari (2-3, 5). Infine, il livello di istruzione, spesso indice anche dello stato socio-economico, influisce sulla capacità e possibilità di identificare e ottenere i servizi e le cure più appropriati (3).
Questa situazione è probabilmente dovuta ad uno sviluppo spontaneo e rapido di questi servizi e alla mancanza di una programmazione nazionale che, negli ultimi decenni, ha caratterizzato la maggior parte dei paesi occidentali (2).
L'iniquità nell'offerta e nell'accesso ai servizi di cure palliative rischia di diventare sempre più marcata senza una programmazione nazionale per sostenere e finanziare reti di cure palliative che integrino i servizi distrettuali ospedalieri. È, inoltre, prioritario un programma per la valutazione della qualità delle cure erogate dai servizi esistenti e per l'identificazione e la riduzione delle ineguaglianze ad oggi riscontrate.

Riferimenti bibliografici

(1) Higginson I: Palliative and terminal care. In Health care needs assessment. 2nd series. Edited by Andrew Stevens and James Raffery. Oxford: Radcliffe Medical Press; 1997: 183-260.
(2) Ahmed N, Bestall JC, Ahmedzai SH, Payne SA, Clark D, Noble B. Systematic review of the problems and issues of accessing specialist palliative care by patients, carers and health and social care professionals. Palliat Med 2004; 18 (6): 525-42.
(3) Grande GE, Addington-Hall JM, Todd CJ. Place of death and access to home care services: are certain patient groups at a disadvantage?. Soc Sci Med 1998; 47 (5): 565-579.
(4) Addington-Hall J, Altmann D. Which terminally cancer patients in the United Kingdom receive care from community specialist palliative care nurses? J Adv Nurs 2000; 32 (4): 799-806.
(5) Hunt RW, Fazekas BS, Luke CG, Priest KR, Roder DM. The coverage of cancer patients by designated palliative services: a population-based study, South Australia, 1999. Palliat Med 2002; 16: 403-409.
(6) Ellershaw J, Ward C. Care of the dying patient: the last hours or days of life. Br Med J 2003; 326: 30-34.
(7) Toscani F, Di Giulio P, Brunelli C, Miccinesi G, Laquintana D. How people die in hospital general wards: A descriptive study. J Pain Symptom Manag 2005; 30 (1): 33-40.
(8) Costantini M, Beccaro M, Merlo F. The last three months of life of Italian cancer patients. methods, sample characteristics and response rate of the Italian survey of the dying of cancer (ISDOC). Palliat Med 2005; 19: 628-638.
(9) Beccaro M, Costantini M, Giorgi Rossi P, Miccinesi G, Grimaldi M, Bruzzi P. Actual and preferred place of death of cancer patients. Results from the Italian Survey of the Dying Of Cancer (ISDOC). J Epidemiol Community Health 2006; 60: 412-416.
(10) Ministero della Salute. Approfondimenti: Strutture residenziali di cure palliative (2006): [http://www.ministerosalute.it/investimenti/].

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 447

La comunicazione della diagnosi e della prognosi ai pazienti oncologici. Risultati dalla *survey* ISDOC (*Italian Survey of the Dying Of Cancer*)

Dott. Massimo Costantini, Dott.ssa Monica Beccaro

Contesto

Negli ultimi decenni è in atto un lento ma progressivo mutamento nella pratica medica, con il passaggio da un "modello tradizionale paternalistico", ad un "modello di condivisione" in cui il processo decisionale, condiviso dal medico e dal paziente, richiede che il paziente abbia tutte le informazioni necessarie per decidere tra le varie opzioni di trattamenti possibili (1). Questo cambiamento di prospettiva è particolarmente importante per i pazienti in fase avanzata di malattia, per i quali la scelta tra diverse opzioni di trattamento spesso implica un difficile equilibrio tra quantità e qualità della vita. Ovviamente, affinché questo processo di condivisione delle decisioni abbia luogo, è necessario che il paziente sia informato in modo appropriato sulla natura e la prognosi della sua malattia.

Fino alla seconda metà del 1900, era pratica comune dei medici, non fornire informazioni ai pazienti oncologici circa la loro diagnosi e prognosi. Si trattava di un approccio medico-paziente "paternalistico" nel quale il "non dire la verità" veniva considerato dai medici non solo un modo per proteggere il paziente da una realtà molto spesso difficile da comprendere, affrontare ed accettare, ma anche un tentativo di proteggere se stessi da una comunicazione spesso gravosa da gestire. Il cambiamento di prospettiva è stato verificato da uno studio realizzato negli Stati Uniti, che ha dimostrato come la preferenza dei medici americani nel non comunicare la diagnosi di tumore ai malati era passata dal 90% nel 1961 al 3% nel 1979 (2). Successivamente, conclusioni simili sono state riportate da studi condotti in altri paesi (3), anche se questo trend è risultato meno evidente nei paesi dell'Europa Meridionale e Orientale (4). Inoltre, numerose ricerche, che riportano le opinione di soggetti sani, di pazienti oncologici e dei loro familiari, documentano una sempre crescente inclinazione e richiesta di un approccio medico-paziente meno paternalistico (5, 6).

Questi dati sembrano suggerire che siamo in presenza di un radicale cambiamento nella pratica medica di informare i propri pazienti riguardo alla diagnosi e alla prognosi, ma solo pochi studi hanno cercato di analizzare quanto questo cambiamento abbia in realtà modificato e migliorato la quantità e la qualità delle informazioni fornite ai pazienti oncologici. Inoltre, questi studi sono stati condotti su popolazioni di pazienti selezionate, spesso provenienti da centri di eccellenza.

Lo studio ISDOC, una *mortality follow-back survey* degli ultimi tre mesi di vita di un campione rappresentativo di deceduti oncologici italiani, è stata disegnata e realizzata proprio per rispondere alla crescente necessità di avere informazioni valide circa i bisogni, i problemi e le aspettative dei pazienti oncologici, in fase avanzata e terminale di malattia, e delle loro famiglie (7). Questo approfondimento riporta i risultati inerenti la comunicazione della diagnosi di malattia e della prognosi infausta ai pazienti italiani deceduti per tumore e i fattori socio-demografici associati alla comunicazione di diagnosi e prognosi.

Metodi

Metodologia e disegno di studio

La metodologia e il disegno di studio sono stati trattati in modo approfondito nel Box "Bisogni di cure palliative nei paziente oncologici italiani: la *survey* ISDOC", pagg. 436-438.

Analisi statistiche

Due regressioni logistiche multivariate sono state effettuate per esaminare l'associazione tra le caratteristiche dei pazienti e dei caregiver (variabili indipendenti) e la comunicazione della diagnosi (primo modello) e della prognosi (secondo modello). Le seguenti caratteristiche sono state inserite nei modelli iniziali: età al decesso, genere, livello di istruzione, stato civile, luogo di residenza, tumore primario, mesi tra la diagnosi e il decesso, numero dei conviventi per il paziente e la relazione, l'età, il genere e il livello di istruzione per quanto riguarda il *caregiver*. Tutte le variabili con una $p>0,10$ sono state rimosse dai modelli tramite la procedura *step-down*, per ottenere i modelli finali. Per le variabili incluse nei modelli finali l'associazione è stata stimata in termini di *Odds Ratio* (OR). In ciascun modello, è stato utilizzato il test del chi quadrato per l'eterogeneità e per il trend, per testare l'associazione tra la variabile dipendente e le variabili indipendenti categoriche e ordinali.

Risultati e Discussione

La comunicazione della diagnosi e della prognosi (tabelle 1 e 2)

Secondo quanto riportato dai caregiver intervistati, possiamo stimare che solo il 37,2% (95% IC = 34,4-40,1)

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 448

dei pazienti oncologici sono informati della loro diagnosi e una minima parte, il 12,5% ricevono un'informazione sulla loro prognosi infausta (95% IC = 10,3-15,1). Al contrario, una notevole proporzione di pazienti, nonostante non informati, è consapevole della diagnosi (29,4%; 95% IC = 26,9-32,1) e della prognosi di malattia (49,9%; 95% IC = 46,1-53,8). Differenze significative sono presenti tra le 4 aree geografiche sia per la diagnosi (p<0,001) che per la prognosi (p=0,006), con una proporzione maggiore di pazienti non informati al Sud (solo il 28,8% e il 7,3% informati sulla diagnosi e sulla prognosi rispettivamente). Tra le 30 ASL campionate la proporzione di pazienti informati sulla diagnosi varia tra il 6% e il 63%, e sulla prognosi tra lo 0% e il 48%.

A fornire queste informazioni è un medico (specialista ospedaliero, oncologo, chirurgo o Medico di Medicina Generale) nell'80% dei casi per la diagnosi e nel 78% per la prognosi. È interessante notare che i parenti (spesso i figli) e gli amici del paziente sono la fonte di informazione per il 14% dei pazienti per quanto concerne la diagnosi e per il 16% per quanto concerne la prognosi infausta. Una piccola ma non trascurabile parte di questi pazienti scopre da solo la propria diagnosi (5,8%; 95% IC = 3,8-8,6) e la propria prognosi (4,5%; 95% IC = 1,9-10,0), o leggendo i referti medici e le cartelle cliniche, o durante la chemioterapia o sentendo i medici parlare della loro situazione clinica.

Tabella 1 - *Comunicazione della diagnosi e della prognosi infausta tra i paziente deceduti per tumore e per aree geografiche*

	Italia	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole
Campione ISDOC	1.271	604	209	241	217
Deceduti oncologici italiani[1]	155.446	72.049	27.048	29.379	26.970
	% di colonna[2] (95% IC)	% di colonna[2] (95% IC)	% di colonna[2] (95% IC)	% di colonna[2] (95% IC)	% di colonna[2] (95% IC)
Diagnosi di tumore[3]					
Informati	37,2 (34,4 – 40,1)	42,9 (37,2 – 48,8)	43,4 (38,4 – 48,6)	33,0 (29,7 – 36,6)	28,8 (21,5 – 37,3)
Non informati "ma sapevano"	29,4 (26,9 – 32,1)	26,0 (20,7 – 32,2)	23,7 (20,1 – 27,7)	29,8 (24,6 – 35,6)	38,1 (32,2 – 44,4)
Non informati e "non sapevano"	26,0 (23,6 – 28,6)	25,4 (21,4 – 29,8)	26,6 (20,3 – 33,9)	29,8 (24,3 – 35,9)	22,9 (19,4 – 26,8)
Non informati e "non si sa se sapevano"	7,4 (5,7 – 9,5)	5,7 (3,5 – 9,3)	6,4 (4,2 – 9,4)	7,4 (5,1 – 10,6)	10,2 (5,7 – 17,6)
				p<0,001 (tra le 4 aree geografiche)	
Prognosi infausta[4]					
Informati	12,5 (10,3– 15,1)	15,1 (11,1 – 20,2)	13,8 (10,2 – 18,6)	13,4 (8,7 – 20,0)	7,3 (4,4 – 11,9)
Non informati "ma sapevano"	49,9 (46,1 – 53,8)	45,8 (41,0 – 50,6)	45,3 (36,5 – 54,5)	49,3 (39,6 – 59,0)	59,5 (56,1 – 62,9)
Non informati e "non sapevano"	27,1 (24,1 – 30,3)	30,7 (26,3 – 35,4)	28,2 (23,4 – 33,6)	25,7 (18,3 – 35,0)	23,0 (17,0 – 30,6)
Non informati e "non si sa se sapevano"	10,5 (8,1– 13,5)	8,5 (6,5 – 10,9)	12,6 (6,6 – 22,9)	11,6 (8,0 – 16,6)	10,2 (5,5 – 18,2)
				p<0,006 (tra le 4 aree geografiche)	

[1]Il numero dei deceduti oncologici è stato stimato usando i dati di mortalità Istat del 1998.
[2]Tutte le percentuali sono pesate.
[3]Stime basate sul 90,6 % delle interviste con il caregiver (n = 1.152).
[4]Stime basate sull'86% delle interviste con il caregiver (n = 1.093).

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 449

Tabella 2 - *Fonti di informazione della diagnosi di tumore e della prognosi infausta*

	Diagnosi		Prognosi	
Campione ISDOC[1]	481		162	
Deceduti oncologici italiani (IC 95%)	57,826		19,431	
italiani (IC 95%)	(53,473 – 62,334)		(16,011 – 23,472)	
	% di colonna[2]	(95% IC)	% di colonna[3]	(95% IC)
Oncologo	14,9	(10,8 – 20,2)	22,9	(13,5 – 36,1)
Chirurgo	10,7	(7,3 – 15,4)	5,0	(2,4 – 9,9)
Medico specialista ospedaliero	28,1	(21,2 – 36,4)	31,4	(22,0 – 42,7)
Medico di Medicina Generale	10,8	(7,6 – 15,2)	3,3	(0,8 – 12,0)
Medico non specificato	15,6	(11,1 – 21,4)	15,8	(10,4 – 23,3)
Altri professionisti sanitari	0,5	(0,1 – 1,8)	0,9	(0,2 – 3,3)
Partner	2,5	(1,3 – 4,8)	2,4	(0,6 – 9,1)
Figlio-a	6,5	(4,3 – 9,9)	5,7	(2,7 – 11,7)
Altri parenti o amici	4,7	(2,9 – 7,4)	8,3	(4,0 – 16,5)
Da solo	5,8	(3,8– 8,6)	4,5	(1,9 – 10,0)

[1]Sotto campione che ha ricevuto l'informazione della diagnosi di tumore (n = 418) e della prognosi infausta (n = 162).
[2]Percentuali di colonna pesate (95% IC) stimate sul 96,5% delle interviste con i caregiver.
[3]Percentuali di colonna pesate (95% IC) stimate sul 92,6% delle interviste con i caregiver.

I fattori associati alla comunicazione della diagnosi e della prognosi: analisi multivariate (tabella 3)

La probabilità di essere informato sulla diagnosi diminuisce significativamente con l'aumentare dell'età del paziente ($p<0,01$) ed è maggiore per i pazienti deceduti per un tumore testa-collo (OR = 4,7; 95% IC: 1,2-19,3) o mammario (OR = 2,6; 95% IC: 1,4-5,0). Tale probabilità aumenta in modo significativo ($p<0,001$) con l'aumento del livello di istruzione del paziente. Si osserva un trend lineare con l'intervallo di tempo tra la diagnosi e il decesso: maggiore è questo intervallo, maggiori sono le probabilità che il paziente venga informato della diagnosi. Nessuna associazione è stata osservata con il tipo di caregiver ($p=0,34$).

La probabilità di essere informato sulla prognosi infausta segue lo stesso schema osservato per la comunicazione della diagnosi per quanto riguarda l'età del paziente ($p=0,02$) e l'intervallo di tempo tra diagnosi e decesso ($p=0,03$), ma non c'è un'associazione significativa con il livello di istruzione ($p=0,18$) e il tipo di tumore ($p=0,28$). Al contrario, la probabilità di essere informato circa la prognosi è minore quando il caregiver è il partner del paziente ($p=0,02$).

Infine, in entrambi i modelli, dopo aver corretto per tutte le variabili, le differenze tra le 4 aree geografiche rimangono forti, con una minore probabilità, per i pazienti deceduti al Sud, di essere informati sia sulla diagnosi (OR = 0,3; 95% IC: 0,2-0,5) che sulla prognosi (OR = 0,4; 95% IC: 0,2-0,7).

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 450

Tabella 3 - *Fattori associati alla comunicazione della diagnosi e della prognosi di malattia*

	Comunicazione della diagnosi			Comunicazione della prognosi infausta		
	Non corretto	Corretto		Non corretto	Corretto	
	%	OR	(95% IC)[1]	%	OR	(95% IC)[1]
Età al decesso (anni)						
18-59	70,7	11,3	(6,3 – 20,2)	28,0	3,3	(1,6 – 6,9)
60-69	50,6	5,7	(3,2 – 10,2)	15,5	1,7	(0,8 – 3,4)
70-79	34,4	2,8	(1,9 – 4,1)	10,4	1,3	(0,7 – 2,3)
80 +	18,7	1		7,5	1	
			(p<0,01)			(p=0,02)
Livello di istruzione (anni)						
<= 5	29,8	1		9,8	1	
6-8	47,7	1,6	(1,2 – 2,2)	18,6	1,7	(1,0 – 3,0)
9-13	55,8	2,4	(1,4 – 4,0)	16,4	1,2	(0,6 – 2,3)
> 13	66,4	4,2	(1,7 – 10,5)	25,1	2,2	(0,8 – 6,0)
			(p<0,01)			(p=0,18)
Tumore primario						
Testa-collo	73,9	4,7	(1,2 – 19,3)	37,2	4,9	(1,1 – 22,3)
Apparato digerente	25,8	0,6	(0,4 – 1,0)	10,1	1,2	(0,6 – 2,5)
Apparato respiratorio	41,7	1		11,1	1	
Mammella	67,5	2,6	(1,4 – 5,0)	24,1	2,1	(0,7 – 6,7)
Apparato genito-urinario	39,1	0,9	(0,5 – 1,6)	11,9	1,1	(0,4 – 2,7)
Ematologico	35,6	0,9	(0,4 – 1,9)	7,6	0,7	(0,2 – 2,3)
Altri e non specificati	28,0	0,6	(0,3 – 1,2)	13,1	1,6	(0,7 – 3,9)
			(p<0,01)			(p=0,28)
Mesi dalla diagnosi al decesso						
1-3	11,1	1		3,3	1	
4-6	25,1	2,8	(1,7 – 4,7)	7,3	2,2	(0,9 – 5,7)
7-12	34,0	3,4	(2,1 – 5,7)	11,7	3,6	(1,1 – 11,4)
13-36	50,1	8,0	(4,8 – 13,2)	17,8	6,4	(2,3 – 18,1)
> 36	56,8	13,0	(7,7 – 21,9)	18,6	6,7	(2,3 – 19,8)
			(p<0,01)			(p<0,01)
Il caregiver						
Partner	49,7	1		19,8	1	
Fratello-Sorella	42,9	0,6	(0,3 – 1,3)	13,3	0,4	(0,2 – 0,9)
Figlio	31,2	0,8	(0,6 – 1,0)	8,1	0,5	(0,3 – 0,8)
Altri	29,5	0,8	(0,5 – 1,2)	9,3	0,6	(0,3 – 1,3)
Caregiver professionale	29,0	0,6	(0,2 – 2,1)	21,1	1,5	(0,4 – 5,4)
			(p=0,34)			(p=0,03)
Luogo di residenza						
Nord-Ovest	45,8	1		16,5	1	
Nord-Est	46,4	1,0	(0,6 – 1,7)	16,1	0,9	(0,5 – 1,5)
Centro	35,6	0,6	(0,4 – 1,0)	15,1	0,9	(0,4 – 1,9)
Sud e Isole	31,5	0,3	(0,2 – 0,5)	8,2	0,4	(0,2 – 0,7)
			(p<0,001)			(p=0,02)

[1]OR (95% IC) stimato con una regressione logistica multivariata in cui tutte le caratteristiche del paziente e del *caregiver* sono state incluse. Qui sono riportate solo le covariate con una p<0,10 per almeno uno dei due modelli.

Conclusioni

I risultati di questa *survey* mostrano che in Italia la pratica di nascondere la verità ai pazienti oncologici è ancora prevalente tra i medici. Meno del 40% degli italiani deceduti per tumore sono informati della loro diagnosi e meno del 15% della loro prognosi infausta. Inoltre, se confrontiamo questi risultati con quelli ottenuti nei pochi studi italiani realizzati tra il 1996 e il 2002, non si evidenzia nessun trend. La proporzione di pazienti oncologici informati varia dal 36% al 64% per quanto riguarda la diagnosi e dallo 0% al 26% per quanto riguarda la prognosi.

Questi risultati sono in parte sorprendenti in quanto, negli ultimi anni in Italia, ci sono stati alcuni rilevanti cambiamenti che potevano essere interpretati come indicatori di un orientamento verso la pratica del "dire la verità" (3). Da diversi anni, le leggi italiane e il Codice di Deontologia Professionale, richiedono in modo rigoroso il consenso informato per ogni atto medico e stabiliscono che tutte le informazioni vengano date al paziente prima che alla sua famiglia.

Alla base della pratica di nascondere informazioni rilevanti ai pazienti ci sono due assunzioni. Innanzitutto, che i pazienti che vivono in paesi tradizionalmente centrati sui valori della famiglia e della comunità preferiscano un rapporto medico-paziente più paternalista, secondariamente che, nascondere la verità ai pazienti, abbia in

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 451

realtà degli effetti benefici in quanto li aiuta a vivere con meno ansia e preserva le loro speranze. Tutte e due queste assunzioni sono state smentite da recenti ricerche sia in ambito internazionale che italiano. Nel 2001 è stata realizzata in Italia una *survey* che mostra che solo il 14% dell'opinione pubblica è contraria alla comunicazione della diagnosi alle persone affette da una malattia incurabile (5). Inoltre, l'unico studio italiano che esplora il punto di vista di un campione di pazienti oncologici in fase avanzata di malattia, mostra che l'83% avrebbe voluto conoscere la verità circa la propria salute (6). Infine, diversi studi hanno dimostrato che la mancanza di informazioni precise circa la malattia non fa che aumentare l'incertezza, l'ansia e l'insoddisfazione dei pazienti, ha un effetto negativo su tutti gli aspetti emotivi e anche sulla gestione dei sintomi (8, 9).

Nonostante queste evidenze, i medici italiani sono ancora riluttanti a dare ai pazienti oncologici le "cattive notizie" e rimangono ancora legati ad un approccio paternalistico, soprattutto se operano al di fuori dei centri specializzati. Questo è confermato da alcuni studi che mostrano che solo una minoranza di medici ritiene che sia necessario comunicare la diagnosi e la prognosi ai propri pazienti, che un terzo dei medici è convinto che siano i pazienti stessi a non voler sapere la verità e che una rilevante quota di medici si "sente obbligato" a comunicare diagnosi e prognosi in primo luogo a uno o più membri della famiglia del paziente (4, 10).

In accordo con altri studi, è stata trovata un'associazione inversa tra prognosi di malattia e comunicazione della verità da parte dei medici. Infatti, comunicare una diagnosi in fase avanzata di malattia significa, per i medici, affrontare anche la comunicazione di una prognosi infausta e, quindi, non è difficile comprendere come solo il 10% di pazienti a breve sopravvivenza dalla diagnosi riceva informazioni sulla diagnosi di malattia. Inoltre, l'associazione lineare tra il livello di istruzione del paziente e la probabilità di essere informato potrebbe indicare che i pazienti più istruiti chiedono maggiori informazioni ai loro medici circa la malattia, anche se questo non significa che il "non chiedere" vada interpretato come "il non voler sapere".

Infine, lo studio mostra che, secondo quanto riportato dai caregiver, la maggior parte dei pazienti oncologici non informati in realtà conosce la propria diagnosi e prognosi. Questi dati supportano l'osservazione che "la cospirazione del silenzio" è ancora pratica comune in ambito oncologico anche se è ormai noto che questo approccio non fa che aumentare la paura, l'ansia e la confusione sia tra i pazienti che tra le loro famiglie (8). Questi dati, inoltre, supportano l'ipotesi che molti medici italiani non siano affatto consapevoli dell'impatto che questa negazione di informazioni può avere sul paziente.

Le differenze tra le regioni riguardo questo ambito di comunicazione erano in larga parte attese, in quanto le regioni del Sud sono maggiormente ancorate ai valori tradizionali, in particolare al ruolo centrale del nucleo familiare e della comunità rispetto al Nord. Non possiamo però utilizzare tali differenze per affermare l'esistenza di "due Italie" separate, in quanto le differenze non sono di tale entità da rappresentare due modelli di comportamento chiaramente distinti.

Ogni anno in Italia vengono diagnosticati 250.000 nuovi casi di tumore. I risultati di questa *survey* possono essere generalizzati a quella parte di pazienti che muore a causa del tumore (circa 160.000 ogni anno). È realistico pensare che i pazienti oncologici con una buona prognosi ricevano spesso maggiori e più dettagliate informazioni circa la loro malattia e la prognosi. Nonostante ciò, possiamo stimare che ogni anno in Italia almeno 100.000 nuovi pazienti oncologici (circa un terzo del totale) non ricevano alcuna informazione circa la diagnosi di malattia.

In conclusione, in tutto il mondo i medici sottostimano il bisogno di informazioni dei loro pazienti e soprattutto l'impatto negativo che la pratica del non informare ha su questi ultimi (8). In molti paesi, Italia compresa, ciò comporta che informazioni rilevanti vengono nascoste ai pazienti. I risultati della *survey* ISDOC mostrano chiaramente che non è realistico pensare che i cambiamenti culturali che stanno portando ad una pratica medica meno paternalistica, si concretizzino contemporaneamente in un cambiamento effettivo nella quantità e qualità delle informazioni fornite ai pazienti. Perché ciò avvenga è necessario che il processo di comunicazione medico-paziente sia costantemente monitorato e che vengano messe in atto strategie specifiche atte a migliorare la qualità e la quantità di informazioni fornite ai pazienti oncologici.

Riferimenti bibliografici

(1) Coulter A. The autonomous patient. Ending paternalism in medical care. 3rd ed, London: Nuffield Trust, 2002.
(2) Novack DH, Plumer R, Smith RL, et al. Changes in physician's attitudes toward telling the cancer patient. JAMA 1979; 241: 897-900.
(3) Surbone A, Ritossa C, Spagnolo AG. Evolution of truth-telling attitudes and practices in Italy. Crit Rev Oncol Hemat 2004; 52: 165-172.
(4) Thomsen O, Wulff HR, Martin A, Singer P. What do gastroenterologists in Europe tell cancer patients? Lancet 1993; 341: 473-476.
(5) Di Mola G, Crisci MT. Attitudes towards death and dying in a representative sample of the Italian population. Palliative Med 2001 15: 372-378.
(6) Pronzato P, Bertelli G, Losardo P, Landucci M. What do advanced cancer patients know of their disease? Support Care

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 452

Cancer 1994; 2: 242-244.
(7) Costantini M, Beccaro M, Merlo F. The last three months of life of Italian cancer patients. Methods, sample characteristics and response rate of the Italian survey of the dying of cancer (ISDOC). Palliative Med 2005; 19: 628-638.
(8) Fallowfield LJ, Jenkins VA, Beveridge HA. Truth may hurt but deceit hurts more: communication in palliative care. Palliative Med 2002; 16: 297-303.
(9) Fallowfield L, Ford S, Lewis S. No news is not good news: information preferences of patients with cancer. Psycho-Oncol 1995; 4: 197-202.
(10) Grassi L, Giraldi T, Messina EG, et al. Physicians' attitudes to and problems with truth telling to cancer patients. Support Care Cancer 2000; 8: 40-45.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 453

Assistenza farmaceutica territoriale

Negli ultimi decenni sia a livello europeo sia a livello globale si è verificata un'espansione dei consumi farmaceutici e della relativa spesa, dovuta in parte all'aumento delle terapie disponibili ed all'introduzione di farmaci innovativi più costosi, ed in parte al generale invecchiamento della popolazione. I sistemi sanitari sono, pertanto, impegnati ad assicurare la sostenibilità del sistema farmaceutico pubblico.

Il farmaco costituisce, infatti, uno strumento terapeutico utile per curare malattie, alleviare sintomi e prevenire e rallentare l'insorgenza di alcune condizioni morbose, contribuendo ad aumentare e migliorare le aspettative di vita. Tuttavia un uso eccessivo e non appropriato può essere anche causa di rischi per la salute e dell'insorgenza di malattie. Un uso inappropriato dei farmaci può costituire, inoltre, un dispendio inutile di risorse.

In Italia, il Sistema Sanitario Nazionale (SSN), attraverso l'assistenza farmaceutica territoriale, garantisce a tutti i cittadini una copertura gratuita (in alcune regioni con pagamento di ticket) per l'erogazione di farmaci per le più importanti condizioni patologiche. Nel panorama europeo il sistema farmaceutico italiano assicura una copertura gratuita molto elevata. Infatti il SSN copre il 96% della spesa per i farmaci rimborsabili, quota inferiore solo all'Olanda (99%) e superiore a quella di numerosi altri Stati Membri UE, quali Regno Unito (94%), Germania (93%) Spagna (92%), Francia (75%) e di tutti i paesi scandinavi.

L'assistenza farmaceutica italiana presenta tuttavia anche alcuni punti di debolezza e criticità, costituiti sopra tutto dall'ampia variabilità di utilizzo e consumo tra le regioni italiane.

In questo capitolo vengono descritti i consumi e la spesa farmaceutica per regione (con disaggregazione per ASL) e, successivamente, l'utilizzo delle opzioni previste dalla legge 405/2001 per il rispetto del tetto per la spesa farmaceutica territoriale fissato al 13% della spesa sanitaria complessiva. I dati presentati sono ottenuti da uno specifico sistema informativo che effettua un monitoraggio costante dei dati di dispensazione delle farmacie, producendo informazioni aggiornate su utilizzo e spesa dei farmaci con possibilità di disaggregare i dati dalle varie classi terapeutiche alle singole confezioni e, geograficamente, dal livello nazionale a quello regionale fino alla singola ASL. Il sistema di monitoraggio, attivo dall'anno 2000, pone l'Italia tra i più avanzati Paesi Europei, capaci di monitorare in maniera analitica e in tempo reale l'andamento dei consumi e della spesa farmaceutica.

Nel capitolo sono presentati anche indicatori relativi all'uso di farmaci, che a parità di efficacia e sicurezza, presentano il miglior profilo di costo (farmaci a brevetto scaduto o equivalenti) e l'introduzione di forme di compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini.

P. FOLINO GALLO, S. MONTILLA, M. BRUZZONE

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 454

Consumo territoriale di farmaci a carico del Servizio Sanitario Nazionale

Significato. In accordo con le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, i consumi di farmaci vengono misurati secondo valori di riferimento standard, indicati come Dosi Definite Giornaliere (DDD), che rappresentano "la dose media giornaliera, di mantenimento per un farmaco, nella sua indicazione principale in pazienti adulti" (1).
Il consumo in DDD è generalmente espresso come "DDD/1000 abitanti die" e cioè come numero medio di dosi di farmaco consumate giornalmente ogni 1.000 abitanti.

L'indicatore consente di:
- sommare e confrontare i consumi di tutti i farmaci, indipendentemente dalla classe e categoria farmaceutica, in quanto depura le differenze legate alle confezioni ed alla posologia;
- valutare il consumo di farmaci in una specifica area geografica (nazione, regione, ASL);
- realizzare confronti fra realtà territoriali diverse, nazionali ed internazionali;
- condurre confronti nel tempo.

Consumo farmaceutico territoriale a carico del SSN

$$\text{Numeratore} = \frac{\text{Consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere}}{\text{Popolazione (pesata per età) x 365}} \times 1.000$$

Validità e limiti. Il consumo territoriale di farmaci si riferisce all'assistenza farmaceutica convenzionata con esclusione, quindi, dei consumi ospedalieri e della distribuzione diretta, cioè la distribuzione di farmaci da parte di strutture sanitarie pubbliche alternative a quelle convenzionali.
La variabilità dei consumi è strettamente dipendente dalle caratteristiche delle popolazioni a confronto (età, sesso, epidemiologia degli stati morbosi). Al fine di minimizzare le differenze dipendenti da tali fattori e rendere maggiormente confrontabili i dati regionali, i consumi vengono pesati utilizzando il sistema di pesi predisposto dal Ministero della Salute costituito da 7 fasce di età con una ulteriore suddivisione fra uomini e donne per la classe di età 15-44 anni. Dettagli sulla necessità di pesare i dati di consumo e sui metodi di pesatura sono disponibili nei riferimenti bibliografici 2, 3.

Valore di riferimento/Benchmark. In considerazione della particolare natura dell'indicatore non è possibile suggerire un valore di riferimento definito. Valori di riferimento più bassi potrebbero indicare una razionalizzazione dei consumi, ma potrebbero anche essere indice di forme di razionamento.

Descrizione dei risultati

In Italia nel 2006 il consumo totale di farmaci rimborsati dal SSN è stato di 857 DDD ogni 1.000 abitanti al giorno, con un aumento del 6,2% rispetto al 2005 e del 27,2% rispetto al 2001.
Similmente agli anni precedenti, il Lazio e le regioni meridionali, in particolare Sicilia, Calabria e Campania, confermano consumi maggiori rispetto alla media nazionale. Anche nel 2006 i consumi farmaceutici più elevati si registrano nel Lazio. Le Province Autonome di Trento e Bolzano mostrano i consumi più bassi, seguite da Piemonte e Lombardia.
Le regioni con il maggior incremento di consumi nel periodo 2001-2006 sono il Lazio (40,3%), il Molise (35,4%) e la Basilicata (33,5%), mentre Lombardia (20,8%), Piemonte (22,3%) e Liguria (23,2%) hanno presentato l'incremento di minore entità.
Tra il 2005 ed il 2006 il Molise ha avuto un incremento nei consumi del 15,5%, quasi tre volte più grande dell'incremento medio nazionale (6,2%) e nettamente superiore a quello di tutte le altre regioni, ad eccezione della Provincia Autonoma di Trento che, pur mostrando consumi inferiori rispetto alla media nazionale, presenta un aumento dei consumi dell'11%, quasi doppio rispetto all'incremento nazionale.
I consumi in DDD pro capite per ASL confermano in parte la variabilità regionale: le prime sei ASL a maggior valore di consumo sono infatti quelle del Lazio, mentre quelle a minor consumo sono localizzate nelle Province Autonome di Bolzano e Trento, in Toscana e in Piemonte.

P. FOLINO GALLO, S. MONTILLA, M. BRUZZONE

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 455

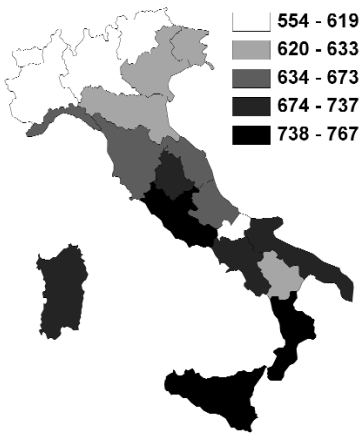
Tabella 1 - *Consumo farmaceutico territoriale (DDD/1.000 ab die) pesato per età a carico del SSN per regione - Anni 2001-2006*

Regioni	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Δ% 2001-2006	Δ% 2005-2006
Piemonte	611	629	639	686	705	747	22,3	6,0
Valle d'Aosta	615	654	695	761	758	786	27,8	3,7
Lombardia	619	668	652	708	723	748	20,8	3,5
*Bolzano-Bozen**	*554*	*590*	*614*	*659*	*675*	*648*	*N.A.*	*-4,0*
*Trento**	*554*	*590*	*614*	*659*	*638*	*709*	*N.A.*	*11,1*
Veneto	632	676	679	736	750	787	24,5	4,9
Friuli-Venezia Giulia	622	667	684	741	755	801	28,8	6,1
Liguria	672	680	701	763	791	828	23,2	4,7
Emilia-Romagna	633	692	724	778	791	828	30,8	4,7
Toscana	647	688	698	753	768	809	25,0	5,3
Umbria	684	721	736	786	810	864	26,3	6,7
Marche	649	702	694	746	776	811	25,0	4,5
Lazio	761	791	852	947	979	1.068	40,3	9,1
Abruzzo	673	715	726	767	786	860	27,8	9,4
Molise	596	652	667	723	699	807	35,4	15,5
Campania	737	771	792	866	889	937	27,1	5,4
Puglia	704	691	706	779	826	907	28,8	9,8
Basilicata	632	688	705	769	778	844	33,5	8,5
Calabria	749	742	746	793	876	951	27,0	8,6
Sicilia	767	799	782	883	913	992	29,3	8,7
Sardegna	705	701	778	824	850	887	25,8	4,4
Italia	**674**	**707**	**720**	**783**	**807**	**857**	**27,2**	**6,2**

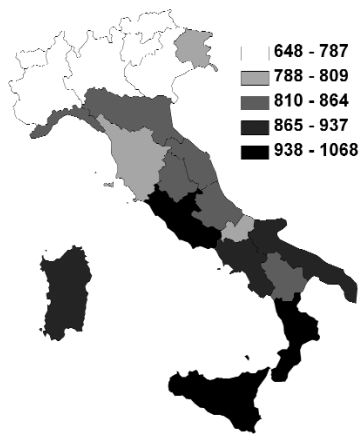
*I dati relativi alle Province Autonome di Bolzano e Trento non sono disponibili per il periodo 2001-2004, il dato riportato in tabella per tali anni va, quindi, inteso come dato aggregato della regione Trentino-Alto Adige.
N.A. = non applicabile.

Fonte dei dati e anno di riferimento: OsMed. Osservatorio sui Medicinali. Ministero della Salute. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale. Anni 2001-2006.

Consumo farmaceutico territoriale (DDD/1.000 ab die) pesato per età a carico del SSN per regione. Anno 2001

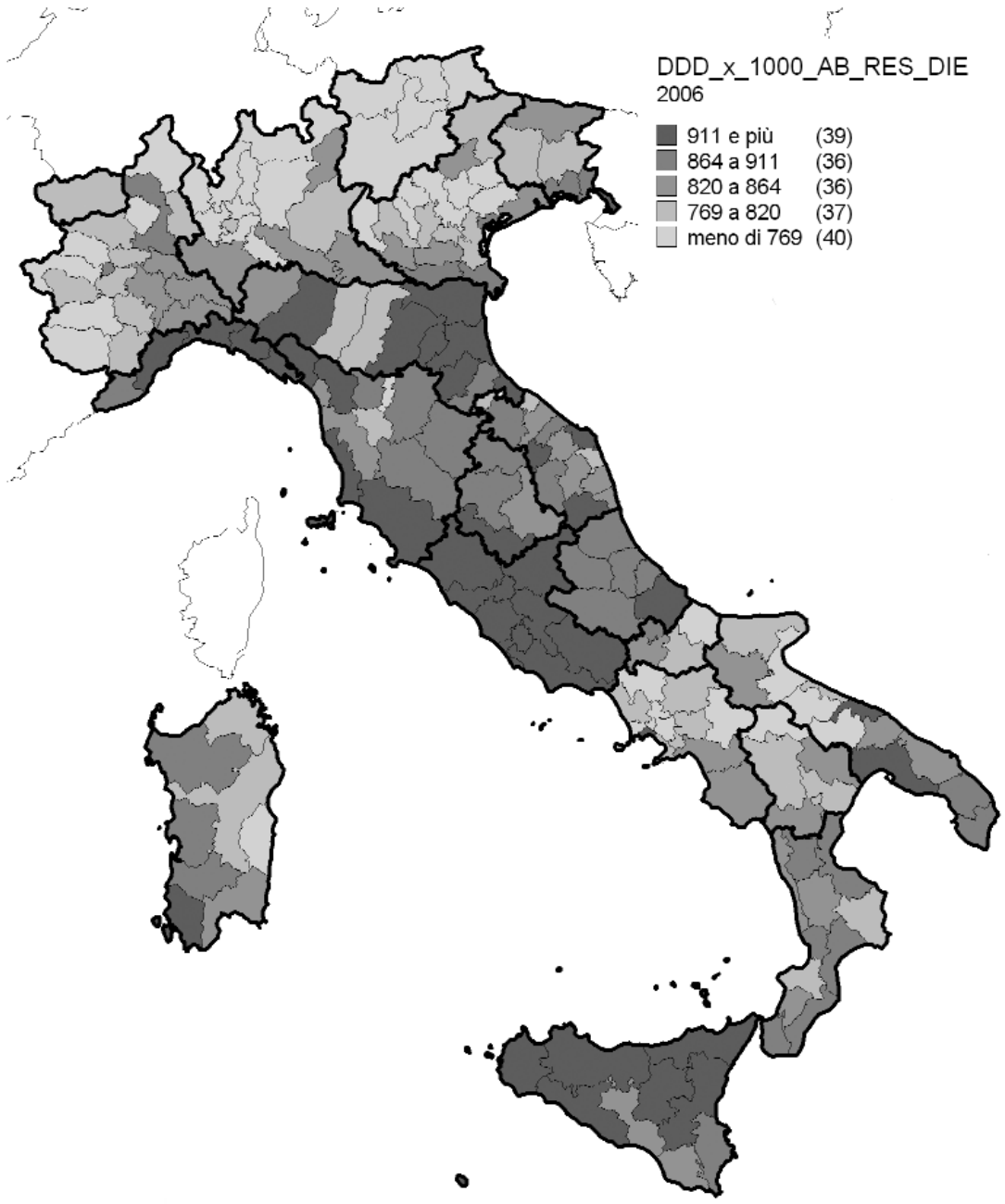


Consumo farmaceutico territoriale (DDD/1.000 ab die) pesato per età a carico del SSN per regione. Anno 2006



Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 456

Consumo territoriale di farmaci a carico del SSN per ASL. Anno 2006



Fonte dei dati: AIFA. Progetto Sfera.

Raccomandazioni di Osservasalute

In Italia esiste ancora una notevole variabilità geografica nel consumo di farmaci, anche dopo aggiustamento dei consumi per età.

Le regioni con consumi più elevati dovrebbero attentamente monitorare l'utilizzo di farmaci nel proprio territorio. È, inoltre, necessario sviluppare strumenti di valutazione e di indagine per valutare i consumi in termini di appropriatezza e di impatto sulla salute pubblica.

Riferimenti bibliografici

(1) Guidelines for ATC classification and DDD assignment. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Oslo 2004.
(2) I consumi dei farmaci: dati grezzi e pesati. In Osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale anno 2006.
(3) L'assistenza farmaceutica territoriale. Rapporto Osservasalute 2003. Casa editrice Vita e Pensiero. Milano 2003.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 457

Spesa farmaceutica territoriale lorda pro capite a carico del Servizio Sanitario Nazionale

Significato. La spesa farmaceutica lorda pro capite comprende la spesa per i farmaci distribuiti dalle farmacie pubbliche o private a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Spesa farmaceutica lorda pro capite

Numeratore	Spesa farmaceutica SSN
Denominatore	Popolazione regionale pesata per età

Validità e limiti. I dati presentati non includono la spesa farmaceutica derivante dalla cosiddetta "distribuzione diretta", cioè la distribuzione di farmaci da parte di strutture sanitarie pubbliche alternative a quelle convenzionali (erogazione del primo ciclo di terapia in occasione della dimissione ospedaliera o di visita ambulatoriale oppure direttamente da parte delle farmacie ospedaliere).
L'indicatore permette di effettuare un confronto corretto dei dati di spesa delle diverse regioni in quanto tiene conto del peso della popolazione sul territorio. Per i motivi illustrati nella sezione "Consumo totale di farmaci a carico del SSN" la spesa viene pesata in rapporto alla distribuzione della popolazione per fasce di età (1, 2).

Valore di riferimento/Benchmark. In considerazione della particolare natura dell'indicatore non è possibile indicare un valore di riferimento definito. Valori di riferimento più bassi potrebbero indicare una razionalizzazione dei consumi, ma potrebbero anche essere indice di una qualche forma di razionamento.

Descrizione dei risultati

La spesa farmaceutica territoriale pro capite SSN nel 2006 è stata di 228,80 € con un aumento del 9,0% rispetto al 2001 ed una riduzione del 1,2% rispetto al 2005.
Il Lazio e le regioni meridionali, in particolare Sicilia, Calabria, Puglia e Campania, tendono ad avere una spesa pro capite nettamente superiore al valore medio nazionale. Sicilia e Lazio sono state le regioni con la spesa più elevata. Le Province Autonome di Bolzano

Tabella 1 - *Spesa farmaceutica territoriale lorda pro capite (in milioni di €) pesata per età a carico del SSN - Anni 2001-2006*

Regioni	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Δ% 2001-2006	Δ% 2005-2006
Piemonte	183,20	187,50	183,00	195,60	195,90	195,90	6,9	0,0
Valle d'Aosta	176,50	186,20	181,20	200,70	188,60	185,70	5,2	-1,5
Lombardia	187,10	202,20	196,80	213,50	207,30	203,40	8,7	-1,9
*Bolzano-Bozen**	*160,40*	*172,30*	*171,80*	*185,80*	*183,30*	*160,10*	*N.A.*	*-12,7*
*Trento**	*160,40*	*172,30*	*171,80*	*185,80*	*168,80*	*172,30*	*N.A.*	*2,1*
Veneto	179,30	188,40	182,00	200,00	194,50	191,60	6,9	-1,5
Friuli-Venezia Giulia	170,20	181,50	179,50	196,50	191,60	195,20	14,7	1,9
Liguria	213,40	220,70	228,40	246,90	225,00	220,30	3,2	-2,1
Emilia-Romagna	176,00	187,70	186,30	198,10	192,20	187,60	6,6	-2,4
Toscana	181,60	184,10	175,60	189,50	186,20	182,50	0,5	-2,0
Umbria	186,00	190,30	183,70	194,50	195,50	194,60	4,6	-0,5
Marche	194,40	206,70	193,80	207,10	203,40	200,00	2,9	-1,7
Lazio	249,70	259,50	274,30	307,40	306,60	306,90	22,9	0,1
Abruzzo	221,60	232,10	224,10	225,80	225,00	227,70	2,8	1,2
Molise	196,50	218,50	224,10	238,80	217,90	221,20	12,6	1,5
Campania	257,80	253,30	244,90	265,30	258,10	249,80	-3,1	-3,2
Puglia	235,10	240,60	243,60	266,50	274,70	265,30	12,8	-3,4
Basilicata	210,40	228,20	226,90	226,00	209,70	213,20	1,3	1,7
Calabria	237,70	248,00	249,20	265,40	277,10	284,90	19,9	2,8
Sicilia	260,30	273,80	271,20	303,00	299,50	301,30	15,8	0,6
Sardegna	219,90	226,00	245,40	260,20	254,70	248,00	12,8	-2,6
Italia	**209,90**	**218,60**	**216,80**	**235,40**	**231,60**	**228,80**	**9,0**	**-1,2**

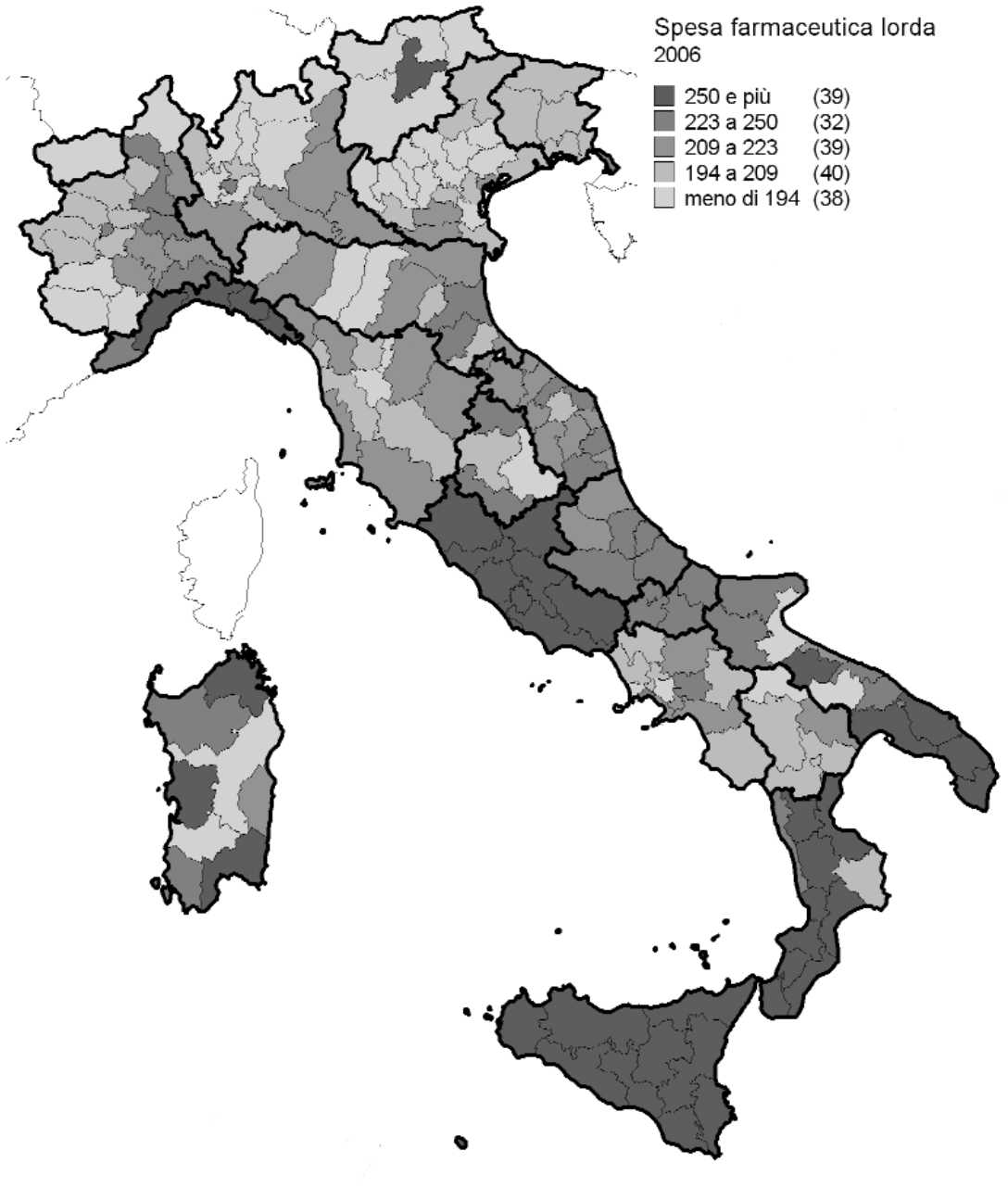
*I dati relativi alle due Province Autonome non sono disponibili per il periodo 2001-2004, il dato riportato in tabella per tali anni va, quindi, inteso come dato aggregato della regione Trentino-Alto Adige.
N.A. = non applicabile.

Fonte dei dati e anno di riferimento: OsMed. Osservatorio sui Medicinali. Ministero della Salute. Rapporto Nazionale. Anni 2001-2006.

P. FOLINO GALLO, S. MONTILLA, M. BRUZZONE

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 458

Spesa farmaceutica territoriale lorda pro capite (in milioni di €) a carico del SSN disaggregata per ASL. Anno 2006

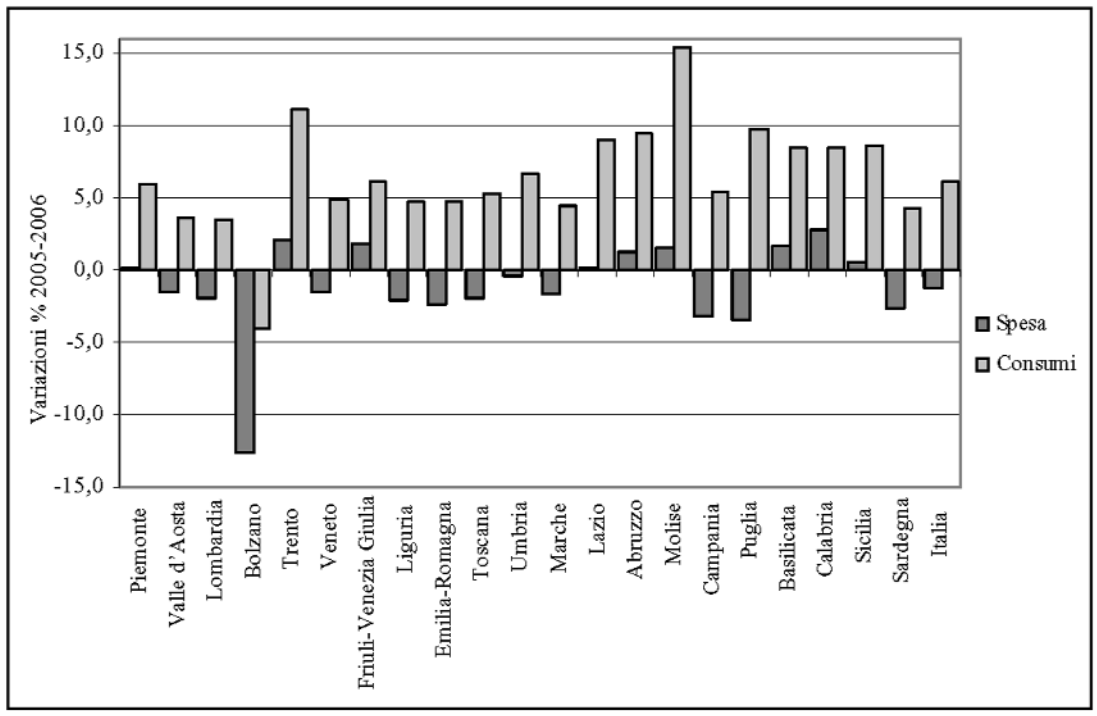


Fonte dei dati: AIFA. Progetto Sfera.

e Trento, la Toscana, la Valle d'Aosta e l'Emilia-Romagna hanno presentato la spesa più bassa. Dal confronto tra gli anni 2001 e 2006 i maggiori incrementi di spesa si sono verificati nel Lazio (23%) ed in Calabria (20%). Le variazioni minori si registrano in Toscana (0,5%) ed in Campania (-3,1%) unica regione dove si osserva una riduzione. Il confronto delle variazioni percentuali dei consumi e della spesa (grafico 1) rispetto al 2005 dimostra un comportamento delle regioni variegato. Le regioni del Nord e la Campania, la Puglia e la Sardegna mostrano una riduzione della spesa superiore al decremento nazionale (-1,2%) a fronte di aumenti dei consumi registrati in tutte le regioni. La sola eccezione è costituita dalla Provincia Autonoma di Bolzano dove si osserva l'unico decremento dei consumi (-4,0%) accompagnato anche da una decremento della spesa (-12,7%). L'analisi dei dati della spesa farmaceutica territoriale, disaggregati per ASL, mostra analogamente a quanto osservato per i consumi, una parziale conferma dei dati regionali: le cinque ASL a maggior spesa sono quelle della Calabria, mentre quelle a minore spesa sono localizzate nella Provincia Autonoma di Bolzano, in Toscana e Veneto.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 459

Grafico 1 - *Variazione percentuale dei consumi e della spesa farmaceutica territoriale - Anni 2005-2006*



Fonte dei dati e anno di riferimento: OsMed. Osservatorio sui Medicinali. Ministero della Salute. Rapporto Nazionale. Anno 2006.

Raccomandazioni di Osservasalute

Le regioni devono porsi l'obiettivo di limitare la spesa farmaceutica entro il limite del tetto programmato del 13% della spesa sanitaria complessiva, fissato dall'art. 5 della Legge 405/2001. Questo obiettivo va perseguito attraverso meccanismi di razionalizzazione ed aumenti di efficienza dei Sistemi Sanitari Regionali.

Riferimenti bibliografici

(1) I consumi dei farmaci: dati grezzi e pesati. In Osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale anno 2006.
(2) L'assistenza farmaceutica territoriale. Rapporto Osservasalute 2003. Casa editrice Vita e Pensiero. Milano 2003.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 460

Consumo e spesa dei farmaci a brevetto scaduto

Significato. I farmaci godono di un sistema di copertura brevettuale che ha, attualmente, una durata di venti anni negli altri Paesi UE e di circa 38 in Italia. Dopo la scadenza del brevetto possono essere autorizzati dei farmaci copia (detti generici o equivalenti), che hanno prezzi più bassi di almeno il 20%. Il prezzo più basso dei farmaci equivalenti determina riduzioni, anche notevoli, nel prezzo delle specialità originatrici.
Il consumo e la spesa dei farmaci a brevetto scaduto rappresentano, pertanto, un indicatore di efficienza della spesa farmaceutica pubblica.

Consumo di farmaci a brevetto scaduto

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Consumo di farmaci a brevetto scaduto in Dosi Definite Giornaliere}}{\text{Consumo totale di farmaci SSN in Dosi Definite Giornaliere}} \times 100 \quad \text{Denominatore}$$

Spesa di farmaci a brevetto scaduto

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Spesa netta dei farmaci a brevetto scaduto}}{\text{Spesa netta totale dei farmaci SSN}} \times 100 \quad \text{Denominatore}$$

Validità e limiti. I dati raccolti e le analisi condotte sui farmaci a brevetto scaduto sono effettuate sulla base delle Liste di Trasparenza adottate dalle singole regioni. A tale proposito va precisato che queste liste annoverano al loro interno sia i farmaci generici in senso stretto sia le specialità medicinali originatrici a brevetto scaduto. I risultati si riferiscono, quindi, al consumo e alla spesa del mercato dei farmaci a brevetto scaduto e includono, pertanto, la quota di mercato e di spesa assorbita dal farmaco generico puro. I dati vengono presentati a partire dall'anno 2002 poiché quelli relativi all'anno 2001 sono costituiti da una raccolta parziale non confrontabile con gli anni successivi.

Valore di riferimento/Benchmark. Come valori di riferimento si indicano i valori più elevati (Toscana rispettivamente pari al 28,2% di utilizzo e al 17,4% della spesa farmaceutica).

Descrizione dei risultati

In Italia il consumo percentuale di farmaci a brevetto scaduto è quasi raddoppiato dal 2002 al 2006, passan-

Tabella 1 - *Consumo (per 100) di farmaci a brevetto scaduto per regione - Anni 2002-2006*

Regioni	2002	2003	2004	2005	2006	Δ assoluta 2002-2006	Δ assoluta 2005-2006
Piemonte	13,5	21,7	22,1	25,9	27,2	13,7	1,3
Valle d'Aosta	10,3	20,1	20,7	24,0	25,7	15,4	1,7
Lombardia	12,7	22,5	23,1	26,6	27,4	14,7	0,8
Trentino-Alto Adige	10,9	18,8	20,9	24,1	24,1	13,2	0,0
Veneto	15,3	21,5	22,0	25,1	25,9	10,6	0,8
Friuli-Venezia Giulia	16,9	21,8	22,6	25,8	25,9	9,0	0,1
Liguria	17,1	19,9	19,9	23,3	24,5	7,4	1,2
Emilia-Romagna	18,4	22,3	22,9	25,5	26,2	7,8	0,7
Toscana	9,0	17,1	25,2	26,4	28,2	19,2	1,8
Umbria	17,9	22,8	23,1	25,1	26,9	9,0	1,8
Marche	16,6	22,3	22,7	23,9	24,9	8,3	1,0
Lazio	10,5	20,2	19,8	22,1	23,4	12,9	1,3
Abruzzo	7,9	18,8	20,0	22,6	24,2	16,3	1,6
Molise	16,5	20,1	20,4	23,5	23,9	7,4	0,4
Campania	17,1	21,7	21,4	22,7	24,3	7,2	1,6
Puglia	15,6	21,0	21,2	22,8	24,0	8,4	1,2
Basilicata	14,9	20,1	22,7	24,4	25,3	10,4	0,9
Calabria	12,3	19,4	20,1	21,7	23,4	11,1	1,7
Sicilia	14,5	18,4	19,5	21,7	23,3	8,8	1,6
Sardegna	11,9	19,4	19,8	22,0	23,3	11,4	1,3
Italia	**14,0**	**20,8**	**21,7**	**24,1**	**25,3**	**11,3**	**1,2**

Fonte dei dati e anno di riferimento: OsMed. Osservatorio sui Medicinali. Ministero della Salute. Rapporto Nazionale. Anni 2002-2006.

P. FOLINO GALLO, S. MONTILLA, M. BRUZZONE

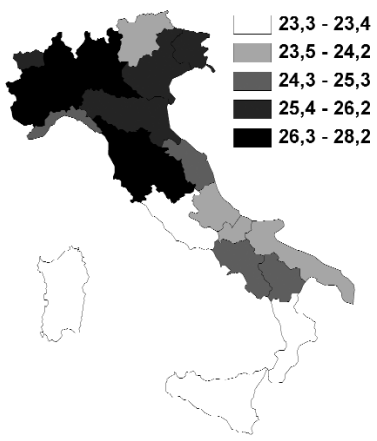
Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 461

Tabella 2 - *Spesa (per 100) di farmaci a brevetto scaduto - Anni 2002-2006*

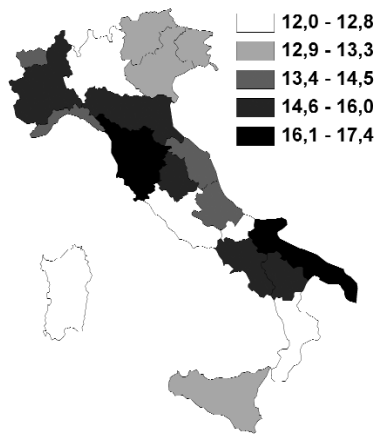
Regioni	2002	2003	2004	2005	2006	Δ assoluta 2002-2006	Δ assoluta 2005-2006
Piemonte	5,9	9,5	9,5	13,4	14,7	8,8	1,3
Valle d'Aosta	5,3	10,2	10,1	13,2	14,3	9,0	1,1
Lombardia	6,3	9,3	9,3	12,5	12,4	6,1	-0,1
Trentino-Alto Adige	5,0	9,0	9,3	12,5	13,3	8,3	0,8
Veneto	7,4	10,1	9,7	12,7	12,9	5,5	0,2
Friuli-Venezia Giulia	8,3	10,9	10,9	13,7	13,3	5,0	-0,4
Liguria	7,5	8,5	8,3	13,1	13,5	6,0	0,4
Emilia-Romagna	10,1	12,3	12,0	14,9	16,0	5,9	1,1
Toscana	5,7	10,2	15,0	17,1	17,4	11,7	0,3
Umbria	9,7	12,6	12,4	14,8	16,0	6,3	1,2
Marche	8,4	11,4	11,3	14,3	14,5	6,1	0,2
Lazio	5,3	9,6	9,3	11,6	12,0	6,7	0,4
Abruzzo	4,2	9,5	10,2	13,4	14,5	10,3	1,1
Molise	7,7	8,8	9,1	12,7	12,3	4,6	-0,4
Campania	9,0	11,4	11,2	14,1	15,2	6,2	1,1
Puglia	7,1	8,6	8,7	11,5	16,6	9,5	5,1
Basilicata	7,6	10,1	12,1	16,0	16,0	8,4	0,0
Calabria	6,1	9,0	9,3	12,5	12,8	6,7	0,3
Sicilia	7,4	8,5	9,4	12,2	13,1	5,7	0,9
Sardegna	5,4	8,7	9,0	11,7	12,3	6,9	0,6
Italia	**7,0**	**9,8**	**10,1**	**13,1**	**13,7**	**6,7**	**0,6**

Fonte dei dati e anno di riferimento: OsMed. Osservatorio sui Medicinali. Ministero della Salute. Rapporto Nazionale. Anni 2002-2006.

Consumo (per 100) di farmaci a brevetto scaduto per regione. Anno 2006

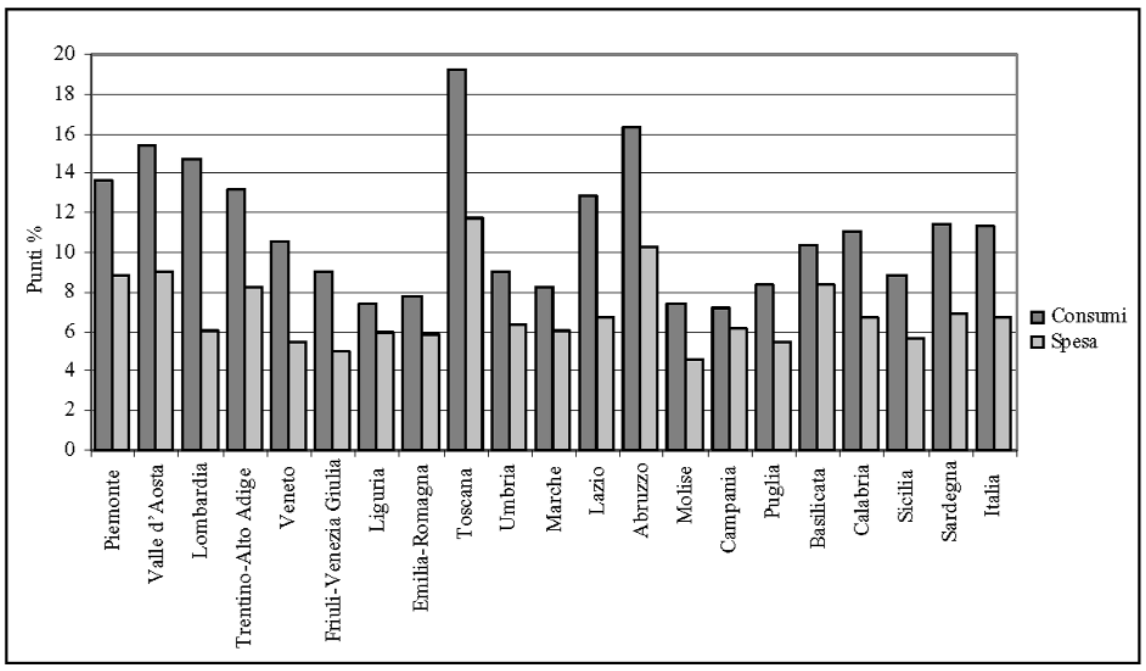


Spesa (per 100) di farmaci a brevetto scaduto per regione. Anno 2006



Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 462

Grafico 1 - *Variazione percentuale di consumo e di spesa per farmaci a brevetto scaduto - Anni 2002-2006*



Fonte dei dati e anno di riferimento: OsMed. Osservatorio sui Medicinali. Agenzia Italiana del Farmaco. Rapporto Nazionale. Anni 2002-2006.

do dal 14 al 25,3%. Un trend simile è dimostrato dalla quota di spesa per i farmaci a brevetto scaduto che è passata dal 7% al 13,7% della spesa farmaceutica. Toscana ed Abruzzo sono le regioni che, nel periodo 2002-2006, hanno avuto i maggiori incrementi sia nell'uso che nella spesa di farmaci a brevetto scaduto. Toscana, Lombardia e Piemonte presentano nel 2006 i valori più elevati in termini di percentuale di utilizzo sul totale delle DDD prescritte, pari al 28,2%, 27,4% e 27,2%. Le regioni a minore percentuale di utilizzo sono la Sicilia e la Sardegna, entrambe con un valore di 23,3% del totale delle DDD prescritte, e il Lazio e la Calabria con un valore pari al 23,4%.
Le regioni con la percentuale minore di spesa di farmaci a brevetto scaduto sono, invece, il Lazio con valori pari al 12,0% e il Molise e la Sardegna ambedue con valore pari a 12,3%.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nell'ambito del limite di spesa posto dall'art. 5 della Legge 405/2001 (tetto programmato al 13%) le regioni dovrebbero considerare le politiche di incentivo all'uso dei farmaci a brevetto scaduto e dei farmaci equivalenti quale valida opportunità per impiegare con efficienza le risorse disponibili. I farmaci equivalenti offrono, infatti, il vantaggio di erogare terapie consolidate a prezzi competitivi, generando al contempo la liberazione di quote di risorse utilizzabili per l'accesso dei cittadini a terapie innovative.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 463

Spesa pro capite per ticket e compartecipazione

Significato. Il ticket farmaceutico è costituito dall'importo (in genere di 1 o 2 €) che i cittadini debbono pagare per ogni ricetta o per ogni confezione per avere accesso ai farmaci a carico del SSN. Il ticket sui farmaci è stato abolito nel 2001 dal governo centrale, ma reintrodotto, a partire dal 2002, in tredici regioni. Nel 2006 il ticket era in vigore, con varie forme di esenzione per reddito e/o patologia, in otto regioni. La quota di compartecipazione è, invece, rappresentata dalla quota pagata dal cittadino corrispondente alla differenza tra il prezzo del farmaco ed il prezzo rimborsato dal SSN (il prezzo rimborsato dal SSN corrisponde al prezzo più basso del farmaco a brevetto scaduto all'interno di categorie di farmaci equiparabili). L'indicatore esprime, dunque, la spesa che il cittadino deve sostenere per accedere all'assistenza farmaceutica erogata dal Servizio Sanitario Pubblico. Questa spesa da parte del cittadino serve a renderlo consapevole di quanto il SSN spenda per l'assistenza farmaceutica e dovrebbe anche servire a limitare gli sprechi. Tuttavia, sebbene alcune regioni abbiano introdotto delle esenzioni per reddito o patologia (invalidi civili, persone con malattie croniche, invalidanti o rare, ultra sessantacinquenni con pensione al minimo o assegno sociale e nuclei familiari a basso reddito), il sistema potrebbe influire su un accesso equo all'assistenza farmaceutica penalizzando i soggetti a più basso reddito.

Spesa pro capite per ticket e compartecipazione

$$\text{Numeratore} = \text{Spesa per ticket e compartecipazione}$$

$$\text{Denominatore} = \text{Popolazione regionale pesata per età}$$

Validità e limiti. L'indicatore può presentare dei limiti dovuti al fatto che alcune regioni hanno variato, in corso d'anno, l'applicazione del ticket sia in termini di introduzione sia di modalità di applicazione.

Valore di riferimento/Benchmark. I valori più bassi (1,20 €; 0,7%) possono essere considerati un utile termine di riferimento.

Tabella 1 - *Spesa pro capite pesata per ticket e compartecipazione (in €) ed in percentuale della spesa farmaceutica pubblica lorda pro capite (pesata) SSN - Anni 2002-2006*

Regioni	2002		2003		2004		2005		2006	
	€	% lorda	€	% lorda	€	% lorda	€	% lorda	€	% lorda
Piemonte$^{\delta\#}$	13,10	7,0	17,00	9,3	17,40	8,9	15,50	7,9	13,50	6,9
Valle d'Aosta	0,80	0,4	1,20	0,7	1,30	0,7	1,40	0,7	1,40	0,7
Lombardia$^{\delta\#}$	2,10	1,0	18,60	9,4	18,30	8,6	14,80	7,1	14,50	7,1
Bolzano-Bozen$^{*\delta\#}$	*3,90*	*2,2*	*5,70*	*3,3*	*5,60*	*3,0*	*9,80*	*5,3*	*9,70*	*6,1*
Trento $^{*\delta}$	*3,90*	*2,2*	*5,70*	*3,3*	*5,60*	*3,0*	*1,30*	*0,8*	*1,20*	*0,7*
Veneto$^{\delta\#}$	8,00	4,3	13,20	7,2	13,40	6,7	12,50	6,4	12,50	6,5
Friuli-Venezia Giulia	1,20	0,6	1,40	0,8	1,40	0,7	1,50	0,8	1,50	0,7
Liguria$^{\delta\#}$	18,50	8,4	22,50	9,8	22,20	9,0	4,70	2,1	4,70	2,1
Emilia-Romagna	1,00	0,5	1,60	0,9	1,60	0,8	1,70	0,9	1,70	0,9
Toscana	0,90	0,5	1,40	0,8	1,50	0,8	1,70	0,9	1,70	0,9
Umbria	1,00	0,5	1,60	0,9	1,60	0,8	1,80	0,9	1,80	0,9
Marche	1,50	0,7	1,60	0,8	1,70	0,8	1,90	0,9	1,80	0,9
Lazio$^{\delta}$	8,20	3,1	9,30	3,4	9,60	3,1	9,40	3,1	2,20	0,7
Abruzzo$^{\delta}$	4,10	1,8	1,70	0,8	1,70	0,8	2,00	0,9	2,00	0,9
Molise$^{\delta\#}$	5,20	2,4	10,20	4,6	10,70	4,5	10,40	4,8	10,60	4,8
Campania	2,70	1,1	3,00	1,2	2,80	1,0	2,90	1,1	2,70	1,1
Puglia$^{\delta\#}$	7,90	3,3	18,90	7,7	17,80	6,7	15,20	5,5	7,30	2,8
Basilicata	1,60	0,7	2,20	1,0	2,10	0,9	2,20	1,0	2,00	0,9
Calabria$^{\delta}$	9,70	3,9	15,50	6,2	15,00	5,6	10,10	3,6	2,40	0,8
Sicilia$^{\delta\#}$	10,40	3,8	20,10	7,4	12,60	4,2	13,80	4,6	11,00	3,6
Sardegna$^{\delta}$	4,70	2,1	6,70	2,7	2,60	1,0	1,90	0,7	1,80	0,7
Italia	**5,80**	**2,7**	**11,30**	**5,2**	**10,50**	**4,4**	**8,90**	**3,8**	**7,00**	**3,1**

*I dati relativi alle due Province Autonome non sono disponibili per il periodo 2002-2004, il dato riportato in tabella per tali anni va, quindi, inteso come dato aggregato del Trentino-Alto Adige.

$^{\delta}$Regioni che hanno introdotto i ticket nel corso del 2002.

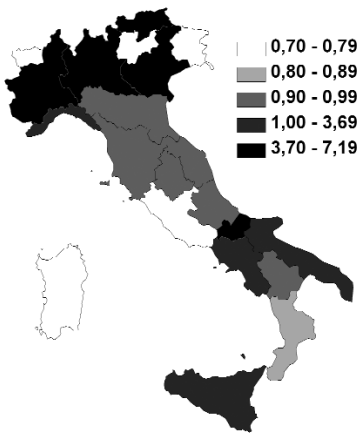
$^{\#}$Regioni che nel 2006 hanno utilizzato il ticket.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazione su dati ASSR/Assessorati regionali. OsMed. Agenzia Italiana del Farmaco. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale. Anni 2002-2006.

P. FOLINO GALLO, S. MONTILLA, M. BRUZZONE

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 464

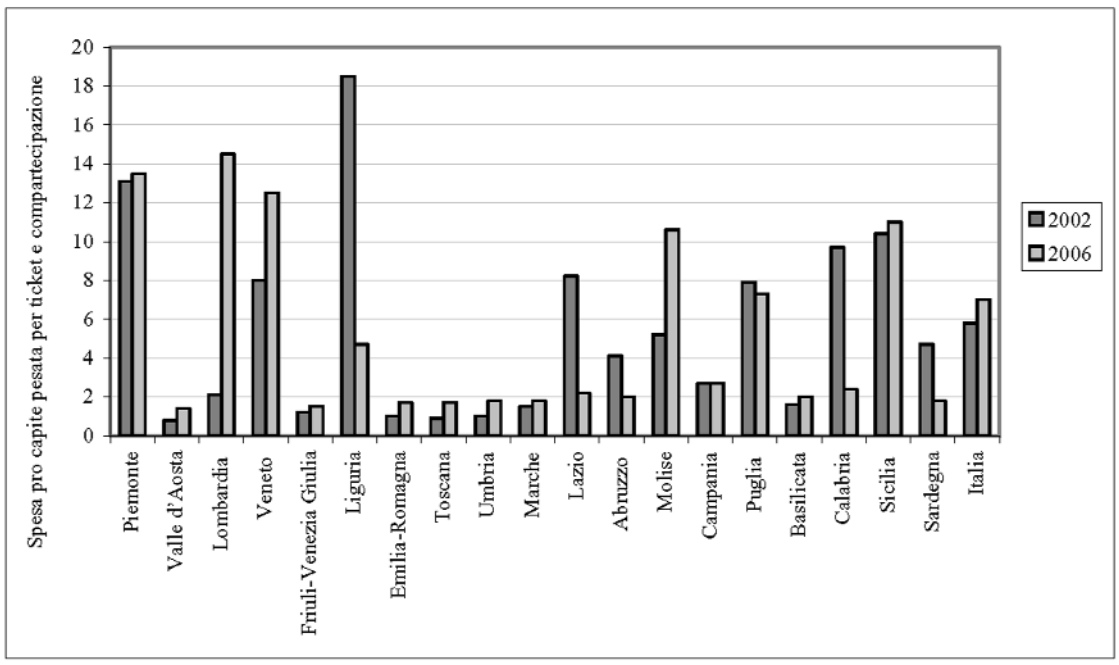
Spesa pro capite pesata per ticket e compartecipazione (per 100) della spesa farmaceutica pubblica lorda pro capite a carico del SSN. Anno 2006



Descrizione dei risultati

Nel 2006 (tabella 1) il totale della compartecipazione richiesta ai cittadini è stato pari a 414 milioni di euro, corrispondente al 3,1% della spesa lorda complessiva, in riduzione rispetto a ciascun anno del periodo 2003-2006. L'incidenza del ticket sulla spesa lorda è maggiore in Lombardia (14,50 € pro capite corrispondenti al 7,1% della spesa farmaceutica pro capite), Piemonte (13,50 €; 6,9%) e Veneto (12,50 €; 6,5%).
Tra le regioni in cui nel 2006 era in vigore il ticket le quote più basse richieste ai cittadini sono osservabili in Liguria (4,70 €; 2,1%) e Puglia (7,30 €; 2,8%).
Nelle regioni in cui non è stato applicato il ticket le quote a carico dei cittadini sono molto più ridotte, con un valore minimo dello 0,7%-0,8% nelle regioni a statuto speciale ed un valore dello 0,9% in Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Abruzzo e Basilicata.

Grafico 1 - *Spesa pro capite (pesata e in €) per ticket e compartecipazione - Anni 2002, 2006*



*I dati relativi alle due Province Autonome non sono disponibili per il periodo 2002-2004.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazione su dati ASSR/Assessorati regionali. OsMed. Agenzia Italiana del Farmaco. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale. Anni 2002-2006.

Raccomandazioni di Osservasalute

Il ticket farmaceutico può contribuire alla riduzione della spesa farmaceutica, ma non è il solo e più efficace strumento di controllo della spesa poiché regioni che hanno adottato il ticket hanno una spesa farmaceutica superiore alla media nazionale e regioni senza ticket possono avere una spesa farmaceutica più bassa del valore medio nazionale.
Accurati sistemi di monitoraggio della spesa e della qualità della prescrizione sono probabilmente più efficaci e presentano minori problematiche di equità.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 465

Spesa farmaceutica privata pro capite pesata

Significato. La spesa farmaceutica privata comprende la spesa sostenuta privatamente dal cittadino per i farmaci rimborsati dal SSN (farmaci di fascia A) ma acquistati privatamente e per i farmaci non rimborsati dal SNN (farmaci di fascia C). I farmaci non rimborsati dal SSN comprendono alcuni farmaci soggetti a prescrizione medica (ad esempio ipnotici) e i farmaci senza obbligo di ricetta medica (farmaci di automedicazione (OtC) e farmaci senza obbligo di prescrizione (SOP).
L'indicatore esprime la percentuale di spesa farmaceutica privata (sostenuta direttamente dal cittadino) ed è influenzato da due fattori principali: il reddito e la copertura di farmaci da parte del SSN.

Percentuale della spesa farmaceutica privata

$$\text{Numeratore} = \frac{\text{Spesa farmaceutica privata pro capite pesata}}{\text{Spesa farmaceutica totale pro capite (pubblica e privata) pesata per età}} \times 100$$

Validità e limiti. Le analisi sulla spesa farmaceutica privata sono eseguite dall'OsMed utilizzando i dati di *sell-in* forniti da IMS Health all'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA). I dati di *sell-in* coprono il flusso di farmaci dai grossisti alle farmacie e possono, pertanto, presentare, soprattutto nel breve periodo, dei disallineamenti rispetto all'effettivo consumo e spesa.

Valore di riferimento/Benchmark. Il valore nazionale (30,19% nel 2006) può costituire un utile valore di riferimento.

Descrizione dei risultati

L'Italia è uno dei Paesi Europei che garantisce la più elevata copertura di farmaci (circa il 70% della spesa farmaceutica è a carico del SSN), uguale o superiore

Tabella 1 - *Spesa farmaceutica totale lorda pro capite (in € e pesata per età) e spesa farmaceutica privata pro capite (in percentuale della spesa farmaceutica totale) per regione - Anni 2002-2006*

Regioni	2002		2003		2004		2005		2006	
	Spesa lorda pro capite totale in €	Spesa privata (% della spesa totale)	Spesa lorda pro capite totale in €	Spesa privata (% della spesa totale)	Spesa lorda pro capite totale in €	Spesa privata (% della spesa totale)	Spesa lorda pro capite totale in €	Spesa privata (% della spesa totale)	Spesa lorda pro capite totale in €	Spesa privata (% della spesa totale)
Piemonte	277,80	32,51	288,80	36,63	299,80	34,76	307,10	36,21	299,70	34,63
Valle d'Aosta	285,20	34,71	297,50	39,09	309,00	35,05	304,80	38,12	300,00	38,07
Lombardia	305,10	33,73	310,50	36,62	323,30	33,96	320,80	35,38	310,80	34,56
*Bolzano-Bozen**	*262,80*	*34,44*	*275,50*	*37,64*	*284,60*	*34,43*	*277,60*	*33,97*	*247,40*	*35,29*
*Trento**	*262,80*	*34,44*	*275,50*	*37,64*	*279,10*	*39,52*	*279,10*	*39,52*	*274,00*	*37,15*
Veneto	278,30	32,30	285,60	36,27	299,70	33,27	299,20	34,99	291,20	34,20
Friuli-Venezia Giulia	266,10	31,79	274,80	34,68	289,00	32,01	289,20	33,75	286,80	31,90
Liguria	328,10	32,73	354,90	35,64	370,20	33,31	354,50	36,53	343,90	35,94
Emilia-Romagna	298,50	37,12	305,50	39,02	314,10	36,93	313,50	38,69	303,50	38,19
Toscana	286,80	35,81	293,40	40,15	304,70	37,81	306,60	39,27	298,50	38,89
Umbria	269,50	29,39	278,50	34,04	289,10	32,72	295,30	33,80	288,60	32,54
Marche	291,80	29,16	292,40	33,72	304,50	31,99	307,00	33,75	302,20	35,47
Lazio	350,30	25,92	380,60	27,93	411,50	25,30	417,40	26,55	409,70	25,09
Abruzzo	315,10	26,34	319,50	29,86	317,60	28,90	320,70	29,84	318,10	28,42
Molise	271,70	19,58	288,70	22,38	303,90	21,42	293,40	25,73	288,10	23,22
Campania	325,20	22,11	331,70	26,17	346,90	23,52	347,80	25,79	334,90	25,41
Puglia	314,10	23,40	329,40	26,05	348,70	23,57	361,50	24,01	345,70	23,26
Basilicata	280,20	18,56	292,30	22,37	287,90	21,50	272,60	23,07	275,20	22,57
Calabria	313,40	20,87	330,10	24,51	346,50	23,41	358,90	22,79	366,50	22,26
Sicilia	348,50	21,43	363,00	25,29	388,90	22,09	390,10	23,22	384,30	21,60
Sardegna	311,30	27,40	336,70	27,12	354,00	26,50	350,20	27,27	340,00	27,06
Italia	**307,60**	**28,93**	**319,30**	**32,10**	**334,70**	**29,67**	**336,10**	**31,09**	**327,60**	**30,19**

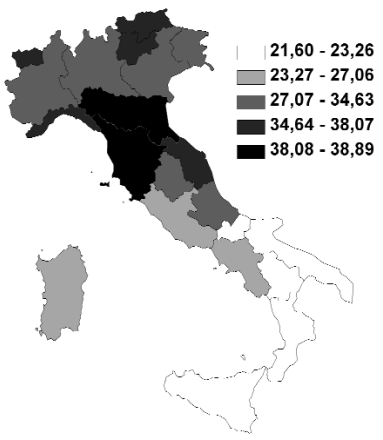
*I dati relativi alle due Province Autonome non sono disponibili per il periodo 2002-2004, il dato riportato in tabella per tali anni va, quindi, inteso come dato aggregato del Trentino-Alto Adige.

Fonte dei dati e anno di riferimento: OsMed. Osservatorio sui Medicinali. Ministero della Salute. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale. Anni 2002-2006.

P. FOLINO GALLO, S. MONTILLA, M. BRUZZONE

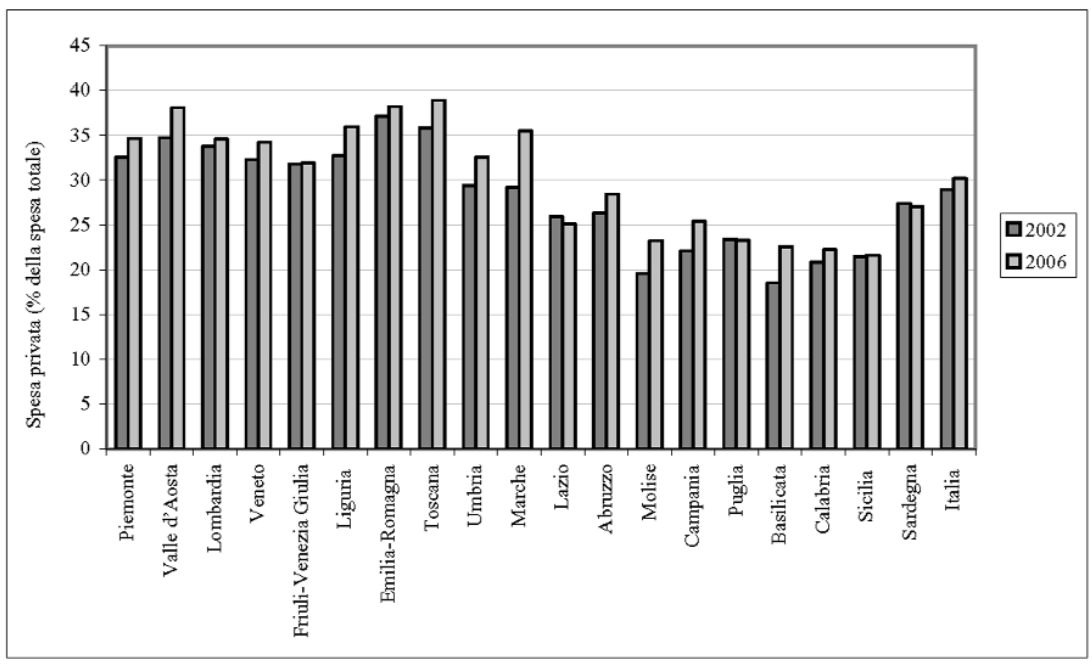
Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 466

Spesa farmaceutica privata (per 100) della spesa farmaceutica totale. Anno 2006



ad altri paesi con consolidati sistemi di welfare quali i Paesi Scandinavi.
Nel periodo 2002-2006 la spesa privata si è mantenuta sostanzialmente stabile, oscillando intorno al 30% della spesa farmaceutica totale. Il trend temporale mostra alcune differenze regionali con un aumento di sei punti percentuali nelle Marche e di circa quattro punti percentuali in Basilicata, Molise e Valle d'Aosta e fino ad incrementi più modesti in altri regioni e ad un decremento inferiore ad un punto percentuale in Puglia, Sardegna e Lazio.
Nel 2006 i valori più elevati di spesa privata sono osservabili in Toscana (38,89%), in Emilia-Romagna (38,19%) ed in Valle d'Aosta (38,07%). Tutte le regioni settentrionali hanno valori superiori alla media nazionale del 30% e tutte le regioni meridionali valori inferiori con un minimo di 21,60% in Sicilia, che è anche una delle regioni con la spesa pubblica al di sopra della media nazionale.

Grafico 1 - *Spesa farmaceutica privata pro capite (pesata) come percentuale della spesa totale - Anni 2002, 2006*



*I dati relativi alle due Province Autonome non sono disponibili per il periodo 2002-2004.

Fonte dei dati e anno di riferimento: OsMed. Osservatorio sui Medicinali. Ministero della Salute. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale. Anni 2002-2006.

Raccomandazioni di Osservasalute

La spesa farmaceutica privata oscilla in Italia intorno al 30% della spesa farmaceutica totale, valore che può essere considerato fisiologico. In alcune regioni esiste una crescita più veloce della spesa farmaceutica privata che necessita un attento monitoraggio sia in termini di equità che di appropriatezza.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 467

Tracciabilità del farmaco

Dott.ssa Claudia Biffoli, Dott.ssa Daniela Settesoldi

Il progetto di "Tracciabilità del farmaco" ha previsto l'istituzione di una banca dati centrale per la raccolta e la registrazione dei movimenti di ogni prodotto farmaceutico commercializzato in Italia. Il progetto è nato dall'obbligo comunitario derivante dalla Direttiva 2001/83 /CE rispetto al quale l'Italia è stata uno dei primi paesi ad avviare questa attività. L'obiettivo del progetto è di monitorare il percorso di ogni singola confezione fra i vari soggetti della filiera, dal produttore fino al singolo utilizzatore e conoscere in ogni stadio del ciclo di vita del farmaco tutte le informazioni partendo dai dati di produzione e fornitura dei bollini numerati dei medicinali.
Gli scopi e le finalità derivanti dalla realizzazione del progetto della Tracciabilità sono:
- prevenire e reprimere eventuali attività illegali (contraffazione) a danno della salute pubblica;
- monitorare le confezioni per permettere di contrastare le possibili frodi a danno del Servizio Sanitario Nazionale (SSN);
- contribuire alla verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA);
- rendere più efficace l'attività di Farmacovigilanza;
- contribuire alla riduzione degli eventi avversi in ambito ospedaliero, dove la tracciabilità è uno strumento utile per garantire il ciclo di approvvigionamento ed assicurare che al paziente venga somministrato il medicinale giusto nella dose corretta.
La realizzazione del progetto offre, tra l'altro numerosi vantaggi, quali:
- possibilità di tradurre il monitoraggio in informazioni di tipo epidemiologico sull'utilizzo dei farmaci in ambito territoriale ed ospedaliero e del loro impatto sulla salute;
- analisi dell'appropriatezza delle prescrizioni e dei consumi mediante dati di elevata qualità;
- monitoraggio puntuale e stima preventiva della spesa farmaceutica a livello nazionale e regionale in relazione al tetto di spesa programmato;
- disponibilità di informazioni più precise a sostegno delle decisioni d'investimento.
Il Decreto del Ministro della Salute del 15 luglio 2004 ha previsto l'istituzione presso l'AIFA della banca dati finalizzata al monitoraggio delle confezioni dei medicinali all'interno del sistema distributivo.
Il progetto è stato strutturato per fasi successive:
- nella Fase 1, iniziata nel 2005 sono stati registrati i dati relativi ai movimenti in uscita dei produttori, distributori e grossisti;
- nella Fase 2, iniziata nel 2006, saranno, invece, registrati tutti i movimenti in entrata e in uscita fra i vari attori della filiera, compresi ospedali e farmacie.
I vari soggetti coinvolti devono trasmettere, per ogni movimentazione delle confezioni di medicinale, tutte le informazioni necessarie ad identificarne la provenienza, in particolare:
- il codice di Autorizzazione all'Immissione in Commercio (AIC) ed il titolare della stessa;
- il codice identificativo della confezione recante la numerazione progressiva riportato sul bollino;
- il numero progressivo iniziale e finale per ogni codice AIC utilizzato per quel lotto;
- l'identificativo del mittente e del destinatario;
- il lotto di produzione e la data di scadenza;
- il prezzo di aggiudicazione delle forniture dei medicinali alle strutture del Servizio Sanitario Nazionale o private accreditate;
- numero di bollini ricevuti e di bollini che andranno distrutti.
Nella Banca Dati Centrale sulla tracciabilità confluiranno, pertanto, tutti i dati relativi a:
- fornitura dei bollini autoadesivi numerati che dovranno essere presenti sulle confezioni di medicinali;
- movimenti delle singole confezioni;
- dati relativi al valore, per categoria terapeutica omogenea, delle forniture dei medicinali distribuiti alle strutture del SSN;
- consumi espressi in Dosi Definite Giornaliere (DDD).
Il flusso informativo prevede anche la raccolta delle prestazioni farmaceutiche effettuate in:
- distribuzione diretta dei farmaci, ovvero la dispensazione di medicinali agli assistiti per la somministrazione al proprio domicilio, per il tramite delle strutture ospedaliere e dei presidi delle aziende sanitarie locali;
- distribuzione per conto, cioè la distribuzione ai cittadini di farmaci acquistati dal SSN tramite le farmacie territoriali, pubbliche e private.
La trasmissione dei dati è effettuata esclusivamente in formato elettronico con cadenza trimestrale; i dati relativi ad un trimestre devono essere comunque trasmessi entro la fine del mese successivo al trimestre di riferimento.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 468

Commento ai dati della Provincia Autonoma di Trento

Dott. Riccardo Roni

Nel corso del 2006, la Provincia Autonoma di Trento ha presentato consumi pari a 709 DDD/1000 ab/die, inferiori rispetto alla media nazionale (857 DDD/1000 ab die), corrispondenti ad un aumento dell'11% rispetto al 2005. L'incremento dei consumi è imputabile principalmente alle seguenti categorie terapeutiche: Antiulcera - A02B (+21%); Ipolipemizzanti - C10 (+15%) e Antidepressivi - N06A (+11%).
L'aumento del 2,1% rispetto al 2005 della spesa farmaceutica convenzionata lorda è in controtendenza con la media nazionale, che ha invece presentato un decremento del -1,2%. Tali variazioni andrebbero comunque più opportunamente commentate considerando congiuntamente anche la spesa relativa al canale complementare dalla distribuzione diretta o per conto, che nel 2006 è diminuita. Comunque, la spesa lorda farmaceutica convenzionata pro capite nel 2006 è stata di 172,30 €, un valore nettamente inferiore alla media nazionale (228,80 € pro capite).
L'incremento di spesa rilevato non è correlato a quello dei consumi. La maggior crescita dei consumi rispetto alla spesa può essere letta positivamente: maggiore assistenza farmaceutica e costo/DDD medio inferiore all'anno precedente (complessivamente, un effetto mix negativo). Nella PA di Trento, tra l'altro, la quota relativa a farmaci equivalenti sul totale dei farmaci rimborsati è superiore alla media nazionale, sia in termini di consumi (28,9% delle DDD vs 25.3%) che di spesa (17.7% vs 13.7%), valori analoghi nel 2006 si riscontrano, secondo il rapporto OsMed, solamente in Toscana.
Il 2006 è stato per la PA di Trento l'anno di transizione fra il vecchio e il nuovo Accordo con le farmacie per la distribuzione per conto (DPC), ai sensi della L. 405/2001. Pertanto, alcuni farmaci del Prontuario della Distribuzione Diretta per la continuità assistenziale ospedale (H) territorio (T). ad alto costo (epoetine, GH, fattori di crescita, granulociti, IFN, etc.) destinati a pazienti con frequente ricorso alla struttura ospedaliera (oncologici, nefropatici, trapiantati, etc.) sono stati erogati temporaneamente sul canale dell'assistenza farmaceutica convenzionata, in attesa di essere distribuiti direttamente, a partire da novembre 2006, dalle strutture ospedaliere.
I dati della PA di Trento sull'andamento della assistenza farmaceutica convenzionata nel 2006 possono essere, pertanto, valutati positivamente. Rispetto alla media nazionale, gli scostamenti rilevati sono infatti i seguenti: -17,3% in termini di DDD, -9% in termini di costo medio delle DDD, -24,7% per la spesa lorda pro capite, rango di spesa fra le 21 regioni pari a 20.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 469

Accesso ai farmaci ad alto costo: le modalità della regione Veneto

Dott.ssa Roberta Joppi, Dott. Luigi Mezzalira

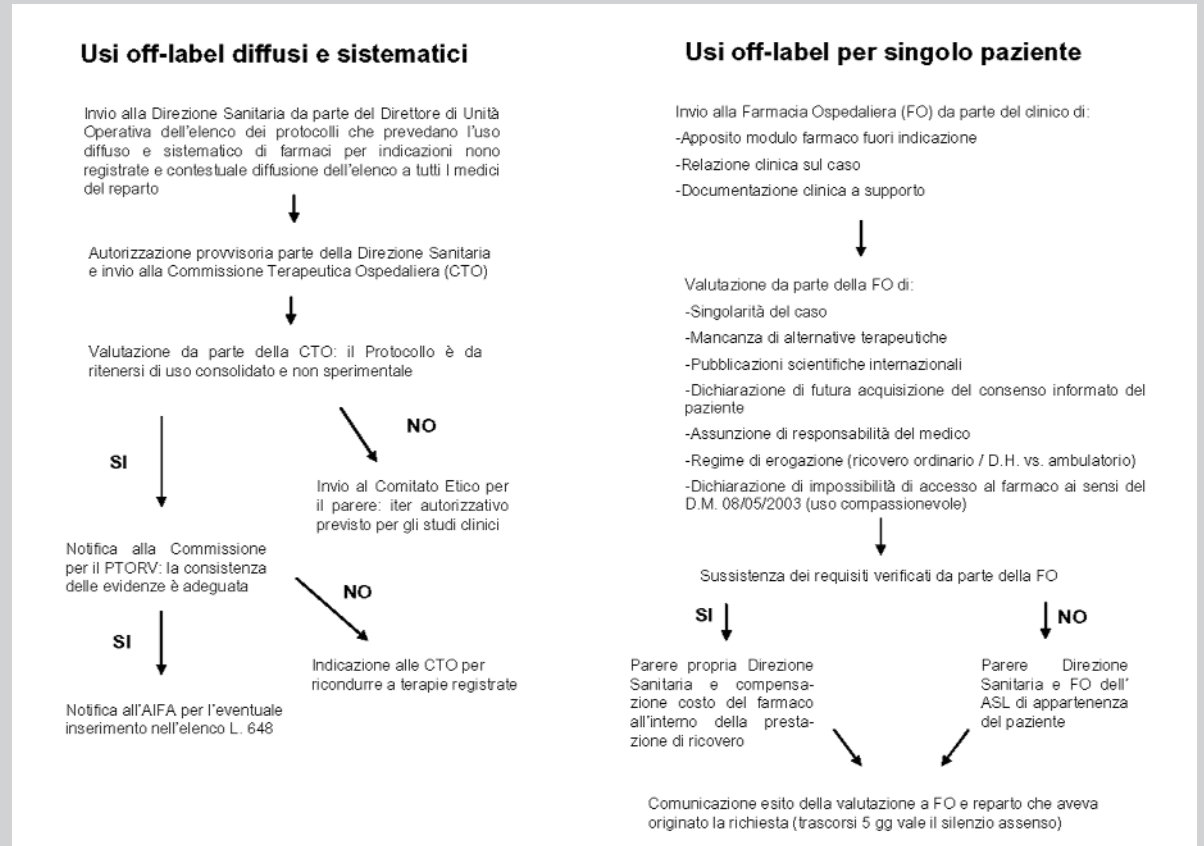
La regione Veneto ha una popolazione di 4.527.694 abitanti, è suddivisa in 21 aziende sanitarie locali (Unità Locali Socio Sanitarie - ULSS), ha sul proprio territorio due aziende ospedaliere (Padova e Verona), due IRCSS (Istituto Oncologico Veneto - Padova e Ospedale S. Camillo - Venezia) e 8 ospedali classificati.
La spesa farmaceutica regionale complessiva per l'anno 2006 è risultata pari a € 1.170.000.000, di cui € 800.000.000 rappresentano la spesa farmaceutica convenzionata e € 370.000.000 quella ospedaliera (di cui il 54% utilizzata per farmaci destinati a pazienti territoriali).

Il contesto ospedaliero
La regione Veneto si è dotata di un Prontuario Terapeutico Ospedaliero regionale (PTORV) che rappresenta una lista di farmaci all'interno della quale le diverse strutture ospedaliere possono selezionare le molecole da impiegare in regime di ricovero e ambulatoriale, secondo le indicazioni di registrazione. Per alcuni farmaci la Commissione per il PTORV, all'atto del loro inserimento in Prontuario, ha previsto la distribuzione per singolo paziente e la compilazione, con successivo invio al Servizio Farmaceutico, di una scheda di registrazione di un set di informazioni che ne consentano il monitoraggio. Attualmente tale monitoraggio viene condotto per 12 molecole (http://www.uvef.it/pag/areaist/progetti_reg.php). Le diverse ASL possono comunque decidere di estendere la sorveglianza anche ad altri farmaci.
La Deliberazione regionale n. 734 del 20/03/2007 ha introdotto alcune novità per quanto riguarda l'erogazione e il monitoraggio di 12 principi attivi oncologici ad alto costo (Rituximab, Trastuzumab, Cetuximab, Bevacizumab, Pemetrexed, Oxaliplatino, Docetaxel, Paclitaxel, Irinotecan, Bortezomib, Alentuzumab, Fulvestrant). Tali medicinali vengono erogati in regime ambulatoriale e il loro costo è addebitato nella misura del 50% all'azienda ULSS di residenza del paziente mediante il flusso della mobilità farmaceutica (File "F"); il restante 50% rimane a carico dell'erogante, al fine di una sua maggiore responsabilizzazione sul corretto utilizzo di tali farmaci. Questi ultimi vengono, inoltre, sottoposti a monitoraggio mediante utilizzo di apposite schede, in linea con quanto già stabilito dall'Agenzia Italiana del Farmaco, al fine di valutarne i rapporti costo/efficacia e rischio/beneficio.
L'obiettivo finale di questo progetto è arrivare a proporre un modello di gestione centralizzata dei farmaci ad alto costo che prevede dei protocolli per il loro appropriato utilizzo e un fondo regionale dedicato, ottenuto scorporando dalla quota capitaria, da assegnare a ciascuna Azienda Sanitaria, il budget necessario a finanziarlo.
Infine, la Deliberazione regionale n. 449 del 27/02/2007 ha disciplinato le modalità applicative della normativa nazionale, relativa ai medicinali utilizzati a carico del SSN per indicazioni diverse da quelle autorizzate in scheda tecnica, individuando due diversi ambiti: usi diffusi e sistematici e usi personalizzati e individuali. I percorsi codificati per le due diverse fattispecie sono riportati nel grafico 1.

Il contesto territoriale
A livello territoriale i farmaci ad alto costo sono riconducibili a quelli elencati nel PHT, il Prontuario della Distribuzione Diretta per la presa in carico e la continuità assistenziale H (ospedale) – T (territorio). In Veneto la loro erogazione può avvenire attraverso il canale ospedaliero (distribuzione diretta) che consente di consegnare ai pazienti 2 mesi di terapia, tramite i distretti di appartenenza degli assistibili, dove il personale infermieristico effettua la somministrazione dei farmaci iniettabili, oppure attraverso le farmacie aperte al pubblico, utilizzando la modalità della Distribuzione per Conto (DpC). Quest'ultima risulta molto onerosa dal punto di vista organizzativo.
Nella regione Veneto, nell'anno 2006, la spesa per i farmaci compresi nel PHT è stata pari a € 160.000.000 (valore calcolato utilizzando il prezzo al pubblico), equamente ripartita tra il canale ospedale/distretti e quello della DpC.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 470

Grafico 1 - *Percorsi codificati per gli usi off-label diffusi e sistematici e per gli usi off-label personalizzati e individuali*



Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 471

EURORDIS *Rare Diseases in Europe*

Dott. Michele Lipucci di Paola

L'EURORDIS (Organizzazione Europea Malattie Rare) è un'organizzazione non-governativa, non a scopo di lucro con una rigorosa politica di trasparenza finanziaria e buone pratiche di gestione, di associazioni di pazienti e di persone attive nell'area delle malattie rare, è guidata da pazienti ed è dedicata a migliorare la qualità di vita di tutte le persone affette da malattie rare in Europa.
Fondata nel 1997 EURORDIS è sostenuta dai suoi membri, dall'Associazione Francese Distrofia Muscolare (AFM), dalla Commissione Europea, da Fondazioni private e dall'Industria sanitaria.
L'organizzazione raggruppa oltre 290 associazioni di malattie rare in 33 paesi (26 UE-SM), che coprono oltre 1.000 patologie. Pertanto EURORDIS rappresenta la voce di 30 milioni di pazienti affetti da malattie rare in Europa.
Si definisce malattia rara una malattia che colpisce meno di un 1 individuo su 2.000 nella popolazione (in Europa).
La missione di EURORDIS è quella di costruire una forte comunità Pan-Europea di associazioni di pazienti e persone che vivono con le malattie rare, essere la voce a livello europeo e lottare contro l'impatto delle malattie rare sulla loro vita.
Le Aree prioritarie di lavoro sono:
- costruire la comunità: stabilire una rete di associazioni di pazienti e sostenerle;
- dar voce ai pazienti: sostegno e maggiore consapevolezza;
- salute pubblica e politica sanitaria, sviluppo terapeutico e ricerca;
- finanziamenti e organizzazione.

EURORDIS è presente nelle istituzioni e piattaforme europee:
- Comitato per i Prodotti Medicinali Orfani presso l'EMEA (COMP);
- Gruppi di lavoro dell'EMEA/CHMP con le associazioni di pazienti;
- *Task Force* presso la DG SANCO;
- Forum Europeo della DG SANCO;
- Forum Europeo dei Pazienti (EPF);
- Forum Europeo sulle Buone Pratiche Cliniche (EFGCP);
- Piattaforma Europea per le Associazioni di Pazienti, Scienza e Industria (EPPOSI);
- Alleanza Internazionale delle Associazioni dei Pazienti (IAPO);
- Alleanza Pan-Europea Sicurezza Sangue (PBSA).

Risultati

Lavoro in rete e scambio di informazioni
- Oltre 290 membri in 33 paesi (26 UE-SM).
- Sito-web in 6 lingue.
- Notiziario elettronico mensile in sei lingue.
- Oltre 450 associazioni di pazienti e 120 volontari attivi.
- Organizzazione Conferenza Europea Malattie Rare (Danimarca 2001, Francia 2003, Lussemburgo 2005, Portogallo 2007).
- Creazione di una rete di 11 Alleanze Nazionali.
- Organizzazione Assemblea Generale dei Soci (Spagna 2002, Belgio 2003, Irlanda 2004, Italia 2005, Germania 2006, Francia 2007).

Accesso all'informazione, diagnosi, trattamento e cura
- Linee Guida per sostenere la creazione e la gestione delle associazioni di pazienti affetti da malattie rare e i servizi di Informazione.
- Sondaggi scientifici sull'accesso alle cure (16 malattie rare, 150 associazioni, 23 paesi, 17 lingue) e sull'accesso e il ritardo nella diagnosi (8 malattie rare, 70 associazioni, 17 paesi, 6.000 risposte).
- Sessioni di formazione sui protocolli delle sperimentazioni cliniche (12 sessioni, 170 persone, 137 associazioni) e sulla ricerca di informazioni via Internet (18 sessioni, 100 persone, 58 associazioni).
- Sondaggio sull'accesso ai farmaci da parte dei pazienti in Europa.
- Pianificazione dei profili e delle attività delle associazioni dei pazienti in Europa.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 472

Difesa dei diritti dei pazienti e sviluppo politico
- Partecipazione all'adozione Programma di Azione Malattie Rare DG SANCO 1999.
- Partecipazione all'adozione del Regolamento Europeo sui Farmaci Orfani 1999.
- Partecipazione all'adozione del Regolamento Europeo Uso Pediatrico dei Farmaci 2006.
- Partecipazione all'adozione del Regolamento Europeo Terapie Avanzate 2007.
- Contributo alla promozione e difesa delle Malattie Rare come priorità di salute pubblica in Europa.
- Contributo alla promozione e difesa delle Malattie Rare come priorità nell'ambito del Programma Quadro Europeo per la Ricerca.

Sviluppo Terapeutico e Ricerca
- Contributo alla designazione di oltre 500 farmaci orfani tramite la partecipazione al COMP.
- Contributo alla trasparenza e alla qualità dell'Informazione sui farmaci per i pazienti tramite la partecipazione al Gruppo di lavoro dell'Agenzia Europea del Farmaco (EMEA) con le associazioni di pazienti.
- 30 Industrie farmaceutiche sostengono la creazione della Tavola Rotonda delle Imprese.
- Incontri: "Accesso del paziente all'uso compassionevole"; "Metodologie alternative nelle sperimentazioni cliniche"; "Rapporti tra gli sponsor e le associazioni nelle sperimentazioni cliniche".

www.eurordis.org.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:35 Pagina 473

Registro Nazionale Malattie Rare

Dott.ssa Domenica Taruscio, Dott.ssa Elvira Agazio, Sig. Gianluca Ferrari, Dott.ssa Yllka Kodra, Dott.ssa Daniela Pierannunzio, Dott. Paolo Salerno

Le malattie rare sono un ampio gruppo di affezioni (5-6 mila), definite dalla bassa prevalenza nella popolazione. A livello europeo, si definisce rara una malattia che colpisce non più di 5 pazienti su 10.000 abitanti. Le malattie rare presentano alcune criticità quali:
- difficoltà per i pazienti ad ottenere una diagnosi appropriata e tempestiva;
- patogenesi non definita e, quindi, generale carenza di terapie;
- andamento cronico della malattia ed esiti invalidanti;
- onerosità del trattamento farmacologico.

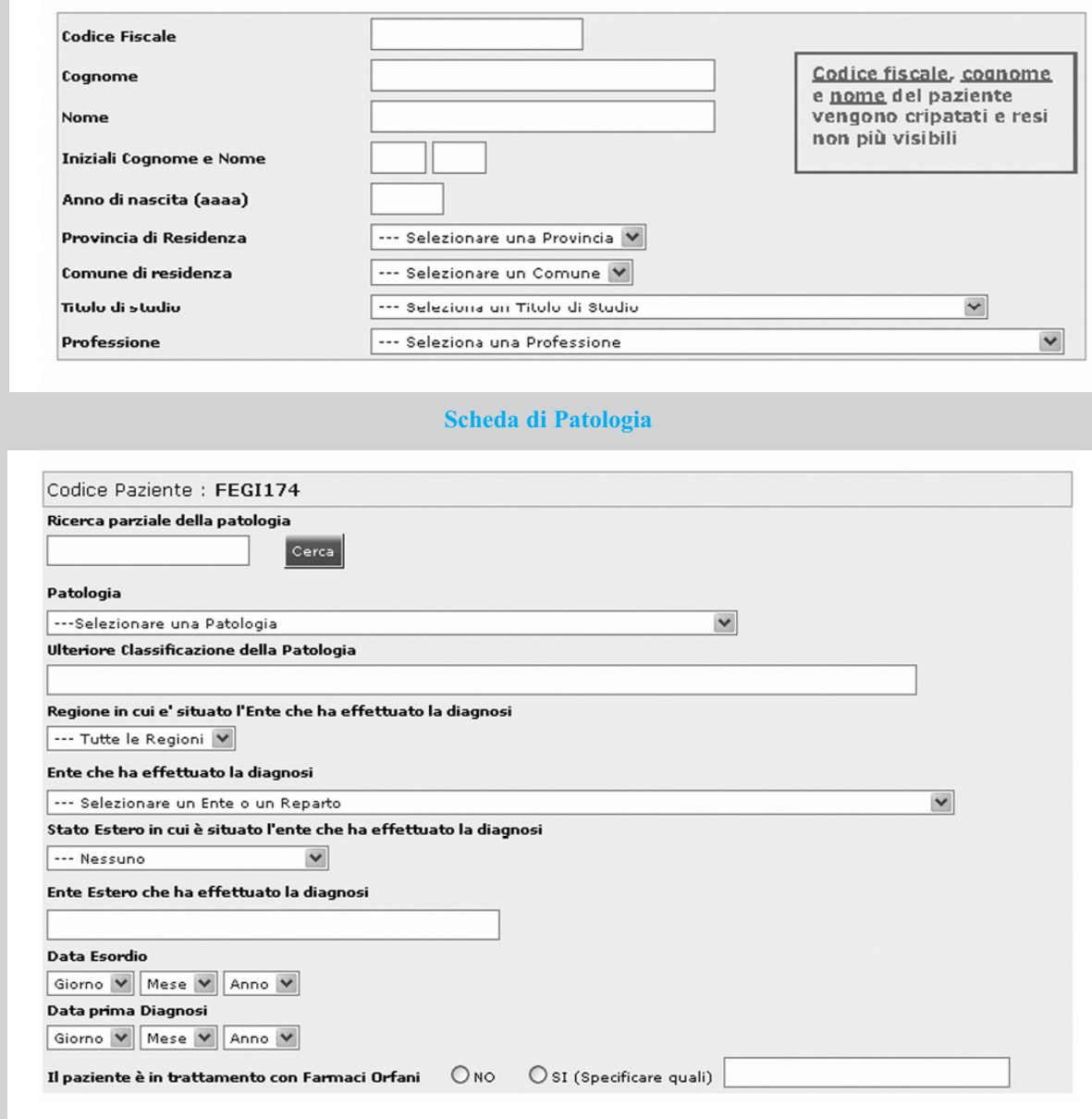
Inoltre, la maggior parte delle malattie rare sono di natura genetica.
Le strategie per le malattie rare hanno origine negli Stati Uniti, dove nel 1983 è stata emanata la prima regolamentazione sui medicinali orfani (Orphan Drugs Act) per promuoverne lo sviluppo e la commercializzazione.
Nell'Unione Europea le misure sono state adottate nell'aprile del 1999 nell'ambito del programma di azione comunitaria sulle malattie rare 1999-2003 (Decisione n. 1295/1999/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio), individuando come priorità:
- il miglioramento delle conoscenze sulle malattie rare;
- la formazione e l'aggiornamento degli operatori sanitari;
- il rafforzamento della collaborazione internazionale;
- il sostegno del monitoraggio delle malattie rare negli Stati membri.

Anche il successivo programma di azione comunitaria per la Sanità Pubblica (2003-2008), ha incluso le malattie rare come obiettivo. Nel 2000 è stato inoltre pubblicato il Regolamento n. 141/2000 del Parlamento Europeo e del Consiglio concernente i medicinali orfani con l'istituzione della procedura comunitaria per l'assegnazione della qualifica di medicinale orfano. In Italia, i Piani Sanitari Nazionali (PSN) 1998-2000, 2003-2005 e 2006-2008 hanno indicato fra le proprie priorità la tutela dei soggetti affetti da malattie rare e tra gli interventi prioritari la realizzazione di una rete nazionale delle malattie rare. Parallelamente sono state sviluppate e sostenute azioni a carattere sovra-regionale anche mediante gli accordi in conferenza Stato-Regioni dell'11 luglio 2002 e 10 maggio 2007. Attualmente la normativa nazionale di riferimento per le direttive inerenti le malattie rare è rappresentata dal Decreto del Ministero della Salute del 18 maggio 2001, n. 279 "Regolamento di istituzione della rete nazionale delle malattie rare e di esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni sanitarie, ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettera b), del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124" attraverso il quale vengono individuate le modalità di esenzione dalla partecipazione al costo delle malattie rare e definite le forme di tutela per i soggetti affetti dalle suddette malattie. Il D.M. n.279/2001 dispone inoltre:
- l'istituzione della Rete nazionale per la prevenzione, la sorveglianza, la diagnosi e la terapia delle malattie rare al fine di assicurare specifiche forme di tutela ai soggetti affetti da malattie rare. La Rete è costituita da presidi accreditati, appositamente individuati dalle regioni mediante Delibere Regionali. A tali scopi, alcune regioni hanno individuato Centri di Coordinamento Regionali per l'organizzazione ed il funzionamento delle reti regionali delle malattie rare (elenco disponibile sul sito del Centro Nazionale Malattie Rare, www.iss.it/cnmr, nella Sezione "Presidi accreditati dalle regioni");
- l'istituzione presso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) del Registro Nazionale Malattie Rare (RNMR) al fine di consentire la programmazione nazionale e regionale degli interventi per i soggetti affetti da malattie rare e al fine di effettuare la sorveglianza delle stesse.

Il Registro Nazionale Malattie Rare mira ad ottenere informazioni epidemiologiche (numero di casi della specifica malattia rara e relativa distribuzione sul territorio nazionale) con lo scopo di definire la prevalenza/incidenza delle malattie rare, identificare i possibili fattori di rischio, supportare la ricerca clinica e promuovere il confronto tra operatori sanitari per la definizione di criteri diagnostici. Nel 2006 al fine di aumentare la copertura e l'efficienza della raccolta dei dati epidemiologici, il RNMR, ha adottato una nuova modalità di raccolta dati tramite software gratuito, sviluppato su piattaforma web e realizzato rispettando gli standard di sicurezza e di riservatezza per il trattamento dei dati sensibili. Tramite il software utilizzabile sia dai Centri di Coordinamento Regionale (modalità di trasmissione massiva, concordata con le regioni Lombardia, Piemonte, Toscana e Veneto, già in possesso di un proprio Registro Regionale), sia dai singoli presidi/centri abilitati alla diagnosi e al trattamento dei pazienti affetti da malattie rare (modalità di trasmissione puntiforme), i dati epidemiologici vengono raccolti nel RNMR. Il data set minimo di dati da inviare al RNMR, condiviso e concordato con tutte le regioni, prevede la compilazione di campi obbligatori sia per la parte anagrafica di arruolamento del paziente sia per la parte relativa alla patologia (grafico 1).

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 474

Grafico 1 - *Data set minimo*



Dati disponibili nel Registro Nazionale Malattie Rare

Nel maggio 2007 erano presenti nel RNMR n. 2099 schede, frutto dei primi tre mesi di attività del nuovo RNMR ovvero:

- individuazione e collegamento con tutti i Referenti Regionali;
- mappatura completa dei presidi/centri abilitati alla diagnosi e alla cura delle malattie rare per le regioni Calabria, Marche, Valle d'Aosta e per la Provincia Autonoma di Trento;
- abilitazione all'inserimento dei dati di 26 presidi/centri di cui 22 in Calabria, 1 nelle Marche, 2 nella Provincia Autonoma di Trento e 1 in Valle d'Aosta;
- invio "massivo" dei dati sulle malattie rare presenti nel proprio Registro Regionale delle Malattie Rare da parte della regione Piemonte.

Attività di formazione e di disseminazione delle informazioni

In considerazione dell'importanza della sorveglianza delle malattie rare, il Centro Nazionale Malattie Rare, mirando a coinvolgere attivamente esperti, Referenti Regionali e Referenti dei Centri ospedalieri organizza giornate di informazione e formazione sul RNMR e sulle attività epidemiologiche connesse. Inoltre nel sito del Centro Nazionale Malattie Rare è presente un'area dedicata al RNMR (www.iss.it/cnmr).

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 475

Registro Nazionale Farmaci Orfani

Dott.ssa Domenica Taruscio, Dott.ssa Daniela Pierannunzio, Dott.ssa Annalisa Trama, Sig. Gianluca Ferrari, Dott.ssa Claudia Giannelli, Dott. Felice Giordano

Il farmaco orfano è quel prodotto che potenzialmente è utile per trattare una malattia rara, ma non ha un mercato sufficiente per ripagare le spese del suo sviluppo. Si definisce, quindi, "orfano" perché manca l'interesse da parte delle industrie farmaceutiche ad investire su un farmaco destinato a pochi pazienti.
La ricerca e lo sviluppo dei farmaci orfani, deve dunque essere stimolata ed incentivata da leggi specifiche. Le prime esperienze a tal proposito si sono avute negli Stati Uniti che, nel 1983 emanando l'Orphan Drug Act, prevedevano una serie di incentivi economici tra cui l'esclusività di mercato per sette anni. A seguire, un provvedimento simile è stato emanato in Giappone, in Australia e, nel 2000 l'Europa ha emanato il Regolamento CE n. 141/2000 del Parlamento Europeo e del Consiglio d'Europa. Scopo del Regolamento è di istituire una procedura comunitaria per l'assegnazione della qualifica di medicinali orfani e di offrire incentivi per la ricerca, lo sviluppo e l'immissione in commercio di tali medicinali.
Tale Regolamento istituisce, in seno all'Agenzia Europea di Valutazione dei Medicinali (EMEA), il Comitato per i medicinali orfani (COMP) con il compito di esaminare le domande di assegnazione della qualifica di medicinale orfano presentate dagli sponsor (persona fisica o giuridica, che richieda oppure abbia ottenuto la qualifica di medicinale orfano). Il COMP è composto da un rappresentante di ciascuno Stato membro, tre rappresentanti delle organizzazioni dei pazienti e tre membri nominati dalla Commissione in base alle raccomandazioni dell'EMEA.
Dall'aprile 2000, sono state presentate 650 domande per l'assegnazione di qualifica di farmaco orfano, più di 420 prodotti hanno ricevuto la designazione di farmaco orfano, 34 prodotti hanno ricevuto l'autorizzazione all'immissione in commercio.
Dal 2002 ad oggi in Italia sono stati messi in commercio 24 "farmaci orfani" dei 34 autorizzati dall'EMEA secondo procedure centralizzate.
Dei 24 farmaci, 6 (Zavesca, Ventavis, Aldurazyme, Carbaglu, Somavert, Myozyme) hanno una determinazione dell'Agenzia Italiana del Farmaco che specifica tra le condizioni e modalità di impiego "l'inserimento dei pazienti nel registro nazionale dell'ISS con raccolta dei dati diagnostici e di *follow-up* secondo modalità definite tra ISS e regioni".
In questo contesto, nel 2004 l'ISS ha attivato il Registro Nazionale Farmaci Orfani (RNFO). Il RNFO é stato istituito con l'idea di fornire uno strumento per gli studi a lungo termine e per studi di patologie con presentazione clinica eterogenea per cui i trials clinici sono più difficili da effettuare e per cui è più difficile identificare *end points* clinici di efficacia. Obiettivo primario del RNFO è quello di attivare un sistema di sorveglianza per i farmaci orfani autorizzati a livello centralizzato dall'EMEA e rimborsati dal Sistema Sanitario Nazionale. Il Registro, inoltre, si propone di promuovere la collaborazione tra i diversi centri di riferimento esistenti in Italia al fine di incoraggiare un miglior coordinamento dei Centri per lo studio di specifici farmaci orfani e relativa malattia rara.
Il RNFO raccoglie dati di diagnosi e *follow-up* dei pazienti in trattamento con i seguenti obiettivi:
1) valutare l'efficacia dei farmaci;
2) registrare gli effetti avversi;
3) definire il profilo rischio-beneficio;
4) valutare l'appropriatezza terapeutica.
Il RNFO predispone le schede di rilevazione di dati di diagnosi e *follow-up* per ogni farmaco orfano e relativa patologia rara. Le schede vengono elaborate in base alle evidenze scientifiche disponibili e condivise con un gruppo di esperti clinici individuati sul territorio nazionale. Le schede vengono compilate dai Centri regionali autorizzati all'erogazione dei farmaci orfani con una procedura di compilazione on line. Tali Centri vengono identificati e comunicati all'ISS dai Referenti Regionali dei Servizi Farmaceutici di ogni regione e, ad ogni centro, vengono assegnate le credenziali di accesso per accedere all'area riservata all'inserimento dei dati.
Il RNFO si prefigge di avere una copertura totale del territorio nazionale ovvero di riferirsi a tutti Centri in Italia abilitati all'erogazione e alla prescrizione dei farmaci orfani.
Il Centro Nazionale Malattie Rare ha predisposto e messo on line le schede di diagnosi e *follow-up* dei seguenti farmaci orfani:
- Ventavis per il trattamento di: Ipertensione Arteriosa Polmonare (IAP) - forma I e forme II specificate;
- Revatio, Thelin e Tracleer per il trattamento di: Ipertensione arteriosa polmonare e ipertensione tromboembolica cronica polmonare;

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 476

- Fabrazyme e Replagal per il trattamento di: Malattia di Fabry.

Saranno a breve disponibili anche le schede per i seguenti farmaci orfani:
- Aldurazyme per il trattamento di: Mucopolisaccaridosi tipo I;
- Somavert per il trattamento di: Acromegalia.

Ad oggi, tutti i Referenti Regionali sono stati contattati e, 7 regioni hanno completato la mappatura dei presidi abilitati alla erogazione dei farmaci orfani. Tali regioni sono:
- Basilicata;
- Campania;
- Molise;
- Piemonte;
- Sicilia;
- Umbria;
- Valle d'Aosta.

Complessivamente sono stati abilitati per l'inserimento dei dati 92 presidi: 24 per il trattamento con Fabrazyme e Replagal di pazienti con Malattia di Fabry e 68 per il trattamento con Revatio, Thelin, Tracleer e Ventavis di pazienti con IAP.

Attualmente sono presenti nel RNFO 88 schede di pazienti con IAP e 21 schede di pazienti con Malattia di Fabry in trattamento con i farmaci orfani relativi. Tali numeri sono incoraggianti considerando che la raccolta dati è iniziata a marzo 2007.

L'importanza di attivare un sistema di sorveglianza in grado di raccogliere informazioni sui farmaci orfani commercializzati in Italia è necessario poiché i farmaci orfani sono:
- farmaci con costi elevati di cui è quindi importante monitorare l'appropriatezza d'uso;
- farmaci che spesso ricevono l'autorizzazione alla messa in commercio *under exceptional circumstances* a causa delle limitate informazioni disponibili su efficacia e sicurezza;
- farmaci le cui aziende farmaceutiche che ne ottengono la registrazione non sempre hanno interesse a supportare adeguatamente studi che ne confermino l'efficacia.

Vista l'importanza della sorveglianza di tali farmaci, il Centro Nazionale Malattie Rare (http://www.iss.it/cnmr/) mira a coinvolgere attivamente esperti, Referenti Regionali e Referenti dei Centri ospedalieri organizzando giornate di informazione e formazione sul RNFO e sulle modalità di compilazione della scheda per la raccolta dei dati.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 477

Tabella 1 - *Farmaci orfani e principi attivi autorizzati a livello centralizzato dall'EMEA secondo l'indicazione per la designazione, la data di autorizzazione dell'EMEA e la Gazzetta Ufficiale per l'immissione in commercio in Italia*

Farmaco Orfano	Principio attivo	Indicazione per la designazione di farmaco orfano	Data di autorizzazione EMEA	Gazzetta Ufficiale
Aldurazyme	Laronidasi	Mucopolisaccaridosi di tipo I	10/06/03	G. U. n. 277 25/11/2004
Busilvex	Busulfan	Trattamento di condizionamento precedente al convenzionale trapianto di cellule emopoietiche progenitrici - HPCT	09/07/03	G.U. n. 145 24/6/2005
Carbaglu	Acido carglumico	Iperammonemia dovuta alla deficienza di N-acetilglutammato sintasi	24/01/03	G.U. n. 278 26/11/2004
Diacomit	Stiripentolo	Epilessia mioclonica severa dell'infanzia	04/01/07	
Evoltra	Clofarabina	Leucemia linfoblastica acuta	29/05/06	G.U. n. 67 21/3/2007
Exjade	Deferasirox	Trattamento del sovraccarico cronico di ferro in pazienti con beta talassemia major	28/08/06	In via di autorizza zione
Fabrazyme	Agalsidasi beta	Malattia di Fabry	04/05/01	G.U. n. 27 1/2/2002
Glivec	Imatinib	Leucemia mieloide cronica	27/08/01	G. U. n. 3 4/1/2002
Inovelon	Rufinamide	Sindrome di Lennox-Gastaut	16/01/07	
Litak	Cladribina	Leucemia a cellule capellute	14/04/04	
Lysodren	Mitotano	Carcinoma corticosurrenalico (corticosurrenale)	28/04/04	G. U. n. 46 25/2/2005
Myozyme	Alglucosidasi alfa	Malattia di Pompe (deficit di glucosidasi acida)	29/03/06	G.U n. 273 23/11/2006
Naglazyme	Galsulfase	Mucopolisaccaridosi di tipo VI	24/01/06	G.U. n. 46 24/2/ 2007
Nexavar	Sorafenib tisolato	Carcinoma a cellule renali	19/07/06	G.U. n. 272 2/11/2006
Onsenal	Celecoxib	Poliposi adenomatosa familiare	17/10/03	
Orfadin	Nitisinone	Tirosinemia ereditaria di tipo 1	21/02/05	
Pedea	Ibuprofene	Dotto arterioso pervio	29/07/04	G.U. n. 277 25/11/ 2004
Photobarr	Porfimer sodico	Ablazione della displasia grave nei pazienti affetti da esofago di Barrett	25/03/04	
Prialt	Ziconotide	Dolore cronico in pazienti che richiedono analgesia intretecale	21/02/05	G.U. n. 114 18/5/ 2007
Replagal	Algasidase alfa	Malattia di Fabry	04/05/01	G.U. n. 28 2/2/2004
Revatio	Sildenafil	Ipertensione arteriosa polmonare	28/10/05	G. U. n. 176 31/7/2006
Savene	Dexraroxano	Extravasazione dell'antraciclina	28/07/06	
Somavert	Pegvisomant	Acromegalia	13/11/02	G. U. n 276 24/11/ 2004
Sprycel	Dasatinib	Leucemia mieloide cronica	20/11/06	G.U. n. 120 25/5/2007
Sutent	Sunitinib malato	Tumori stromali del tratto gastrointestinale	19/07/06	G.U. n. 272 22/11/2006
Thelin	Sitaxentan sodico	Ipertensione arteriosa polmonare	10/08/06	
Tracleer	Bosentan	Ipertensione arteriosa polmonare	15/05/02	G. U. n. 279 3/7/2003
Trisenox	Triossido di arsenico	Leucemia promielocitica acuta	05/03/02	G. U. n. 236 10/10/ 2003
Ventavis	Iloprost	Ipertensione polmonare primaria	16/09/03	G.U. n. 277 25/11/2004
Wilzin	Zinco acetato diidrato	Morbo di Wilson	13/10/04	G. U. n. 196 24/8/2005
Xagrid	Anagrelide	Trombocitemia essenziale	16/11/04	G.U. n. 130 7/6/2006
Xyrem	Sodio oxibato	Narcolessia	13/10/05	G.U. n. 53 5/3/2007
Zavesca	Miglustat	Malattia di Gaucher	20/11/02	G.U. n. 277 25/11/2004

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazione dati del Centro Nazionale Malattie Rare su dati EMEA (http://www.emea.europa.eu/). Anno 2007.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 478

Assistenza ospedaliera

L'Assistenza Ospedaliera in Italia ha assorbito e assorbe tuttora gran parte dell'attività di assistenza sanitaria e delle risorse ad esse dedicate, sia in termini di impiego di risorse umane che monetarie.

Nell'ultimo decennio l'assistenza ospedaliera si è fortemente riorganizzata attraverso un processo teso a migliorarne gli output e gli outcome (l'avvento dell'aziendalizzazione della sanità in Italia, lo sviluppo dell'*Evidence Based Medicine*, etc..), cercando di agire in collegamento e continuità con i servizi sanitari e socio-sanitari del territorio, delegando servizi di assistenza, più appropriati in riferimento soprattutto rispetto alla cura delle malattie croniche che risultano in costante aumento (WHO, 2005. *Preventing chronic diseases: a vital investment*).

Quando si parla di evoluzione dell'assistenza ospedaliera bisogna tener conto dei seguenti fattori:
"- l'evoluzione delle conoscenze mediche e tecniche, che ha consentito lo sviluppo di nuove metodologie di diagnosi e trattamenti terapeutici sempre più efficaci. La validazione dei risultati è affidata alla comunità scientifica e una "misura" di questo processo è data dall'Evidence-Based Medicine (EBM);
- l'organizzazione, ovvero il contesto strutturale in cui viene erogata la prestazione sanitaria. È il campo del management, della scelta di allocazione di risorse, della politica e programmazione sanitaria, nell'ambito del modello di regolazioni normative e, nel nostro caso, del SSN e del welfare state;
- la sintesi, che dovrebbe avvenire a seguito e coerentemente a una valutazione del risultato complessivo, in termini di miglioramento dello stato di salute. È l'ambito proprio della ricerca sui servizi sanitari e, utilizzando la stessa metodologia dell'EBM, della Evidence Based Health Care Services Research o, ad un diverso livello, Health Care Policy;
- infine, la partecipazione della persona assistita alle decisioni che riguardano la propria salute, elemento che, in un rinnovato rapporto di fiducia con un clinico competente ed esperto e un uso giudizioso dell'EBM, che tenga conto dei limiti attuali della stessa, in termini di conoscenza dei vari ambiti del sapere medico e di differenti gruppi di pazienti, ha portato l'Institute of Medicine (IoM, USA) ad affermare, nel 2001, il concetto di Evidence Based Practice." (Guzzanti E., A proposito dei DRG in Italia (1995-2005), in Guida alla versione 19.0 del sistema DRG, pag IX-X, Anno 2005).

Tale riorganizzazione implica quindi l'esigenza di raggiungere obiettivi fissati in base a scelte di pianificazione strategica del Sistema Sanitario Nazionale (attraverso i Piani Sanitari Nazionali) e dei singoli sistemi regionali (Piano Sanitario Regionale). Tra questi obiettivi è stato rideterminato negli anni il numero dei posti letto (4,5 per 1.000 abitanti) ed il tasso di ospedalizzazione di riferimento come "limite" (180 per 1.000 abitanti) (Intesa Stato-Regioni e P.A 23 marzo 2005. art 4, c1 punto b)).

Allo stesso tempo sono stati fortemente raccomandati e di conseguenza organizzati altre tipologia di assistenza in alternativa al regime ordinario come il Day Hospital, la Day Surgery, la lungodegenza riabilitativa ospedaliera, l'attività ambulatoriale, l'assistenza domiciliare, etc..

Tali cambiamenti sono stati anche quest'anno monitorati nel Rapporto Osservasalute cercando soprattutto di analizzare i dati relativi alle dimissioni ospedaliere in modo da renderli più comparabili tra regioni, ad esempio rispetto alle gravità clinica delle prestazioni erogate con opportune tecniche di standardizzazioni per *case mix* (Capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati", pagg. 577-593).

La fotografia che emerge dagli indicatori di questo capitolo dedicato all'assistenza ospedaliera è sempre più nitida: i tassi di ospedalizzazione complessivi tendenzialmente sono in lieve diminuzione, questo sia con la diminuzione dei ricoveri in regime ordinario che con un lieve aumento di quelli in regime Day Hospital. Questo sta a significare che soprattutto negli ultimi due anni è iniziato un progressivo trasferimento di alcune prestazioni a livello di assistenza territoriale.

Tale tendenza è confermata anche dall'indicatore relativo all'analisi delle dimissioni per tipologia di attività che segna la diminuzione dei tassi per acuti ed un aumento dei tassi dei ricoveri in riabilitazione, mentre è stazionaria l'attività di lungodegenza.

L. MURIANNI, L. LISPI

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 480

Restano ancora molto diversificati a livello regionale e piuttosto alti i tassi di ricovero nelle fasce di età "estreme" (<1 anno e >75 anni), segno di difficoltà nella progettazione delle reti ospedaliere e dei servizi territoriali.

Si evidenziano cambiamenti nella degenza media complessiva, mentre le degenze medie preoperatorie per le patologie più frequenti che si riscontrano, dimostrano ancora preoccupanti differenze tra regioni (soprattutto tra Nord e Sud) nell'erogazione di servizi. che dovrebbero essere erogati sotto altri regimi di ricovero, con conseguenza di dispendio di risorse assistenziali, monetarie e disagio per i pazienti.

Quest'anno il capitolo è composto anche da numerosi approfondimenti relativi alla mobilità sanitaria per peso del DRG, all'esame della qualità dell'assistenza rispetto al recepimento concreto delle Linee Guida sull'adenotonsillectomia, alla variabilità della qualità delle prestazioni ospedaliere di bypass aortocoronarico e all'angioplatica coronaria per cutanea transluminale.

Si presentano anche gli importanti risultati del monitoraggio nazionale degli eventi sentinella e del progetto Mattoni dedicato agli "Ospedali di riferimento".

Si fa riferimento e si descrive in un Box il Sistema Nazionale di Verifica e Controllo sull'Assistenza Sanitaria (SIVeAS) e le sue implicazioni – conseguenze sull'attività delle regioni di carattere organizzativo–economico-istituzionale verso il rispetto dei vincoli di bilancio e verso l'erogazione appropriata dei LEA.

Si tratta poi il tema della salute orale e dell'assistenza odontoiatrica in un approfondimento.

Infine c'è una sezione del capitolo dedicata a studi *ad hoc* relativi all'ospedalizzazione evitabile nella regione Lazio e ai dati che collegano l'ospedalizzazione evitabile con il concetto di capitale sociale, applicato anche al mondo della sanità.

Infine vengono affrontati temi quale la qualità percepita del SSN secondo i dati dell'Indagine Multiscopo 2004/2005 dell'Istat e le disuguaglianze sociali nel ricorso ai servizi sanitari.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 481

Dimissioni ospedaliere

Significato. Il tasso di ospedalizzazione fornisce una misura di propensione al ricovero ospedaliero della popolazione oggetto di studio. Si calcola, quindi, come rapporto fra il numero di ricoveri ospedalieri, ovunque effettuati, relativi a soggetti residenti in una data regione e la complessiva popolazione ivi residente. Il tasso di ospedalizzazione viene solitamente elaborato per ciascuna modalità di ricovero, ovvero sia per il regime di ricovero ordinario che per il regime di ricovero diurno, comprensivo del Day Hospital medico e chirurgico, o Day Surgery.
In tal modo l'indicatore consente di descrivere il ricorso alle diverse modalità di erogazione dell'assistenza ospedaliera e di cogliere, nelle analisi temporali, gli eventuali spostamenti della casistica ospedaliera da un *setting* assistenziale all'altro.

Tasso di dimissioni ospedaliere*

$$\text{Numeratore} = \text{Dimissioni}$$

$$\text{Denominatore} = \text{Popolazione media residente}$$

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 1.000$$

*La formula del tasso standardizzato è riportata nel capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati".

Validità e limiti. L'indicatore misura la domanda di ospedalizzazione "soddisfatta" dai servizi sanitari, senza distinguere le prestazioni appropriate da quelle inappropriate in ambito ospedaliero, e comprende quindi anche una quota di ospedalizzazione determinata da inefficienze dell'assistenza ospedaliera e da carenze dell'assistenza territoriale. D'altra parte, l'indicatore non consente di analizzare la domanda "insoddisfatta", dovuta, in taluni contesti, alla scarsa accessibilità alle prestazioni sanitarie e rappresentativa di un bisogno di salute percepito ed espresso dalla popolazione.
Nel calcolo sono state considerate le dimissioni per acuti, in riabilitazione ed in lungodegenza effettuate dalle strutture pubbliche e private accreditate dal Servizio Sanitario Nazionale. Sono stati esclusi i ricoveri dei neonati sani e dei soggetti non residenti in Italia. L'indicatore include i ricoveri ripetuti di uno stesso soggetto, perché intende esprimere l'entità della domanda di ricovero quindi si riferisce al numero di episodi di ricovero nel corso dell'anno.
Qualche cautela va prestata nei confronti regionali dei tassi di ospedalizzazione in regime di Day Hospital: si rilevano infatti alcune diversità, da una regione all'altra, nella modalità di registrazione dei cicli e degli accessi effettuati in regime diurno.
Il fenomeno dell'ospedalizzazione risulta notevolmente correlato all'età del paziente, pertanto, al fine di confrontare la propensione al ricovero nei diversi contesti regionali, è stato calcolato, accanto al tasso grezzo, anche quello standardizzato. Con riferimento, quindi, alla popolazione media italiana rilevata con il Censimento 2001, sono stati calcolati i tassi di ospedalizzazione regionali standardizzati, in cui risulta corretto l'effetto della variabilità regionale determinata dalla diversa composizione per età della popolazione nelle singole regioni.

Valore di riferimento/Benchmark. L'Intesa tra Stato, Regioni e Province Autonome sancita il 23 marzo 2005 (art. 4 comma 1 punto b) ha fissato, quale obiettivo da raggiungere entro il 2007, il mantenimento del tasso di ospedalizzazione complessivo per ricoveri entro il valore di 180 per 1.000 residenti, di cui un 20% relativo ai ricoveri in regime diurno. Ciò potrà essere raggiunto potenziando forme assistenziali alternative al ricovero ospedaliero.

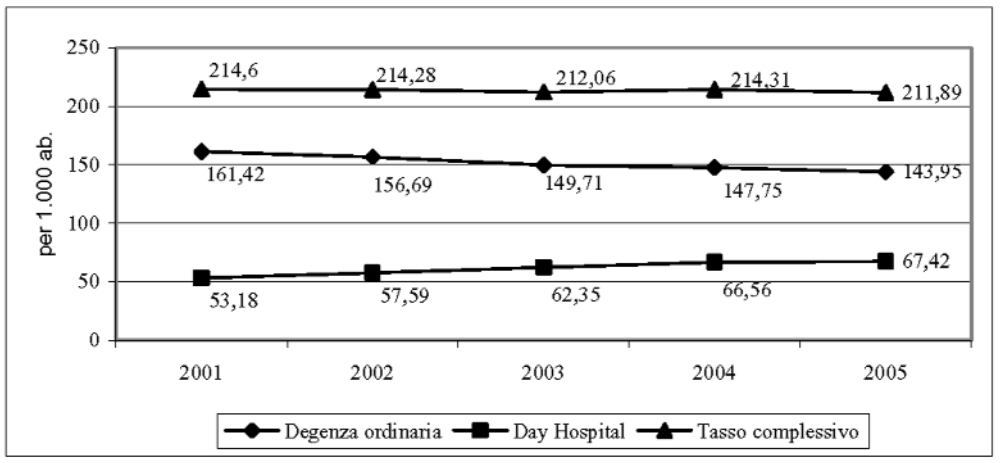
Descrizione dei risultati

Nel 2005 il tasso grezzo di ospedalizzazione a livello nazionale è 143,95 per 1.000 abitanti in modalità ordinaria e 67,42 per 1.000 in Day Hospital. L'analisi dei valori temporali conferma nel 2005 una riduzione del ricovero in regime ordinario di -2,6% rispetto al 2004 e di -3,8 % rispetto al 2003 (grafico 1).
Per contro, si rileva un incremento dell'ospedalizzazione in regime diurno minore rispetto a quello avvenuto dal 2003 al 2004, con variazioni percentuali pari a +1,5% tra 2005 e 2004 e +6,8 % tra il 2004 ed il 2003.
L'analisi delle distribuzioni regionali mostra che, nel 2005, la riduzione dell'ospedalizzazione in regime ordinario si manifesta in tutte le regioni. Per quanto riguarda l'attività di Day Hospital si rileva, in generale, un incremento nella maggior parte delle regioni, con alcune eccezioni in cui si osserva una riduzione di questa modalità di ricovero che si presenta lieve in Lombardia (61,24 nel 2004 vs 60,27 nel 2005) e in Sardegna (67,14 nel 2004 vs 66,83) nel 2005, notevole in Veneto (57,40 nel 2004 vs 53,81 nel 2005), in Friuli-Venezia Giulia (40,17 nel 2004 vs 37,29 nel 2005) e in Emilia-Romagna (52,92 nel 2004 vs 45,92 nel 2005). Presumibilmente questa tendenza sarà maggiormente osservabile nei prossimi anni, per il progressivo trasferimento di alcune prestazioni erogate in regime di ricovero diurno ad altri segmenti di assistenza del livello territoriale.

L. LISPI, P. CACCIATORE, L. MURIANNI, P. GRANELLA, C. CECCOLINI

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 482

Grafico 1 - *Tassi grezzi di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per regione - Anni 2001-2005*



Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2007.

Tabella 1 - *Tassi (grezzi e standardizzati per 1.000) di dimissioni ospedaliere per regione e regime di ricovero - Anno 2005*

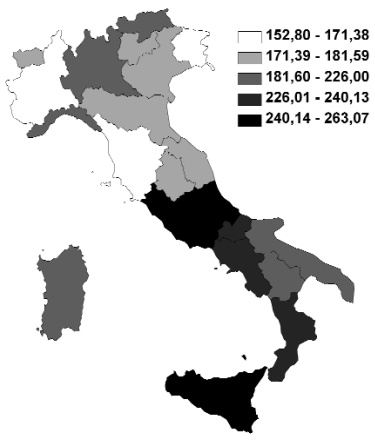
Regioni	Regime ordinario		Day Hospital		Totale	
	Grezzo	Std	Grezzo	Std	Grezzo	Std
Piemonte	117,67	110,68	63,44	60,69	181,11	171,38
Valle d'Aosta	130,81	126,29	56,03	54,54	186,83	180,83
Lombardia	142,95	140,61	61,31	60,27	204,26	200,88
Bolzano-Bozen	*153,16*	*158,39*	*48,15*	*49,18*	*201,32*	*207,57*
Trento	*128,50*	*126,67*	*55,07*	*54,92*	*183,56*	*181,59*
Veneto	125,17	122,54	54,48	53,81	179,65	176,35
Friuli-Venezia Giulia	126,18	115,51	38,33	37,29	164,52	152,80
Liguria	141,78	125,31	104,43	98,45	246,20	223,77
Emilia-Romagna	140,17	128,76	48,10	45,92	188,28	174,68
Toscana	120,27	109,46	53,07	52,14	173,34	161,60
Umbria	129,43	120,11	62,87	60,64	192,30	180,74
Marche	140,30	130,61	47,81	45,48	188,11	176,08
Lazio	154,02	152,54	94,77	94,42	248,79	246,96
Abruzzo	200,74	192,32	71,75	70,74	272,49	263,07
Molise	183,86	175,39	61,83	61,17	245,69	236,56
Campania	152,66	162,03	75,50	78,09	228,16	240,13
Puglia	163,83	167,82	46,80	48,07	210,62	215,88
Basilicata	138,27	136,24	67,15	67,08	205,42	203,31
Calabria	161,06	163,22	64,90	65,73	225,96	228,95
Sicilia	151,43	153,36	105,36	107,17	256,79	260,53
Sardegna	156,82	159,17	66,48	66,83	223,30	226,00
Italia	**143,95**	**141,00**	**67,42**	**66,78**	**211,37**	**207,79**

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

Fonte dei dati ed anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2007.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 483

Tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per regione. Anno 2005



Relativamente alle differenze territoriali è evidente un gradiente geografico nei tassi di ospedalizzazione per ricovero ordinario, che risultano più elevati nelle regioni dell'area meridionale ed insulare del paese e minori nelle regioni settentrionali, con l'eccezione della PA di Bolzano. In particolare, i tassi standardizzati di ospedalizzazione in degenza ordinaria risultano maggiori in Abruzzo (192,32 per 1.000), Molise (175,39), Puglia (167,82) e Calabria (163,22), mentre i valori più contenuti appartengono a Toscana (109,46 per 1.000), Piemonte (110,68), Friuli-Venezia Giulia (115,51) ed Umbria (120,11). Il valore nazionale del tasso standardizzato di ricoveri ordinari si attesta a 141 ricoveri per 1.000 abitanti.

Per quanto riguarda l'attività in regime diurno non è altrettanto evidenziabile un particolare gradiente geografico. I tassi oscillano da 37,29 per 1.000 abitanti (Friuli-Venezia Giulia) fino a 107,17 (Sicilia). Si rammenta, a tal riguardo, che esistono disomogeneità regionali nella modalità di registrazione dei cicli e degli accessi per i ricoveri in regime diurno.

Il confronto con il parametro di riferimento, indicato dall'Intesa del 23 marzo 2005, di 180‰ senza distinzione della modalità di degenza, evidenzia una frequenza del ricorso all'ospedalizzazione ancora troppo elevata in molte regioni, soprattutto per quelle del Sud. I tassi standardizzati complessivi che risultano al di sotto del parametro di riferimento sono quelli del Veneto (176,35), Piemonte (171,38), Friuli-Venezia Giulia (152,80), l'Emilia-Romagna (176,68), Marche (176,08) e Toscana (161,60).

Raccomandazioni di Osservasalute

I più recenti piani sanitari, nazionali e regionali, propongono una revisione della rete ospedaliera esistente, ponendo, quale obiettivo prioritario, un riequilibrio tra i livelli di assistenza sanitaria. A tal fine è auspicata una riallocazione delle risorse (dalla cura alla prevenzione, dall'assistenza ospedaliera all'assistenza territoriale); un incremento del ricovero diurno, in particolare per le prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza se erogate in modalità ordinaria; l'introduzione di interventi riabilitativi e di lungodegenza in ambito residenziale e domiciliare; una programmazione sanitaria volta all'abbattimento dei tempi di attesa e l'adozione di sistemi di valutazione circa l'appropriatezza della modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie.

La riduzione del numero dei ricoveri ospedalieri, anche se risulta già avviata da alcuni anni, in particolare a seguito del DPCM del 29 novembre 2001 di definizione dei livelli essenziali di assistenza, è ancora piuttosto contenuta. I provvedimenti emanati nel 2001 per la riduzione dell'inappropriatezza dei ricoveri hanno determinato un trasferimento di alcune prestazioni sanitarie in Day Hospital/Day Surgery con la conseguente contrazione del numero di ricoveri in degenza ordinaria. Contemporaneamente, però, si è anche verificato un incremento, in alcuni casi significativo, della domanda per cui è necessario monitorare nel tempo il processo di ospedalizzazione, al fine di produrre misure correttive adeguate per la razionalizzazione della rete ospedaliera ed un'efficace integrazione della stessa con i servizi sanitari territoriali.

Questi interventi di programmazione sanitaria devono essere accompagnati anche da una costante comunicazione con la popolazione, affinché siano chiare le finalità delle azioni intraprese, in termini di efficacia ed appropriatezza delle prestazioni erogate, nonché di competenze dei vari ambiti assistenziali, ospedaliero e territoriale, rispetto alla diversità delle patologie e dei pazienti presi in carico.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 484

Dimissioni ospedaliere per età e tipologia di attività

Significato. Il bisogno di salute varia in relazione all'età e quindi anche l'entità della domanda di prestazioni sanitarie ospedaliere, quindi l'età del paziente rappresenta un fattore demografico estremamente significativo quando si analizza il ricorso alle prestazioni sanitarie. In particolare la tipologia di assistenza ospedaliera erogata (acuzie, riabilitazione o lungodegenza) risente fortemente delle caratteristiche demografiche della popolazione e ciò è da attribuire, in parte, anche all'organizzazione dell'offerta di prestazioni sanitarie presso strutture assistenziali di pertinenza territoriale.
I tassi di ospedalizzazione, calcolati a livello regionale, per classi di età e per tipologia di assistenza erogata, consentono di descrivere il fenomeno e le eventuali differenze geografiche.

Tasso di dimissioni ospedaliere per età e tipologia di attività

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Dimissioni, per classi di età, per tipo di attività}^{1}}{\text{Popolazione media residente}} \quad \text{Denominatore} \times 1.000$$

[1]Regime di degenza ordinario, distintamente nei reparti di attività per acuti, riabilitazione e lungodegenza.

Validità e limiti. Le Schede di Dimissione Ospedaliera, considerate nel calcolo dell'indicatore, sono relative alle dimissioni effettuate, in regime di ricovero ordinario, nel corso dell'anno 2005, dagli istituti di ricovero e cura pubblici e privati accreditati con il Servizio Sanitario Nazionale. Sono state escluse le dimissioni dei neonati sani, dei pazienti non residenti in Italia e di coloro cui non è stato possibile calcolare l'età, per la presenza di errori nella data di nascita e/o data di ricovero.
È opportuno precisare che nella banca dati complessiva possono essere presenti più schede di dimissione relative al medesimo paziente, con riferimento ad un episodio di ricovero: infatti, se un paziente viene trasferito, all'interno di uno stesso istituto, da una tipologia di attività ad un'altra (ad esempio da un reparto per acuti ad uno di riabilitazione), o da una modalità di ricovero all'altra (dal Day Hospital al regime ordinario e viceversa) devono essere compilate due schede di dimissione, una per ciascuna tipologia di attività erogata o regime di ricovero.

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono riferimenti normativi per il tasso di ospedalizzazione specifico per classi di età. Il confronto dei tassi specifici regionali con quello nazionale consente di evidenziare la diversa propensione al ricovero ospedaliero nelle diverse classi di età.

Descrizione dei risultati

Le tabelle mostrano la distribuzione regionale dei tassi di ospedalizzazione specifici per classi di età, distintamente per le varie tipologie di attività ospedaliera (acuti, riabilitazione, lungodegenza). Rispetto ai dati relativi alle dimissioni effettuate nel 2004 (Rapporto Osservasalute 2006, pagg. 353-357), si nota una tendenza alla diminuzione dei valori dei tassi di ospedalizzazione per acuti, un aumento dei ricoveri in riabilitazione e una situazione stazionaria per quanto riguarda i ricoveri in lungodegenza.
Per quanto riguarda i ricoveri ordinari nelle discipline per acuti, in tutte le regioni i valori più alti si evidenziano nelle classi di età estreme (tabella 1, grafico 1), ovvero nei dimessi di età inferiore a 1 anno (cartogramma) e superiore a 75 anni. Si osserva inoltre che il tasso di ospedalizzazione per i soggetti con età compresa fra 65 e 74 anni è mediamente più elevato nelle regioni del Sud rispetto alle regioni centro-settentrionali.
Relativamente all'attività di riabilitazione sono state considerate classi di età più ampie, perché vi ricorrono più frequentemente pazienti anziani. In particolare si osserva come il tasso di ospedalizzazione assuma i valori più elevati per la classe degli ultrasettantacinquenni e con una considerevole variabilità tra le regioni. Ciò è certamente da attribuire alla diversa progettazione sia delle reti ospedaliere che dei servizi territoriali, anche in termini di dotazione di strutture specializzate nell'assistenza riabilitativa.
Per quanto riguarda l'attività di lungodegenza, il tasso di ospedalizzazione assume valori di rilievo per la classe di età estrema, che comprende gli anziani con età >= 75 anni. Anche per questo tipo di assistenza, come per la riabilitazione, emergono notevoli differenze geografiche. I tassi di ospedalizzazione mostrano un'attività di lungodegenza quasi inesistente in Valle d'Aosta (per il 2004 era di 0,2 per 1.000), Friuli-Venezia Giulia (per il 2004 era di 0,4 per 1.000), Liguria (per il 2004 era di 0,4 per 1.000) e Umbria (per il 2004 era di 0,1 per 1.000), mentre i valori più elevati della distribuzione sono in Emilia-Romagna (43,4 per 1.000), Province Autonome di Bolzano (29,3) e Trento (29,2).

L. LISPI, P. CACCIATORE, P. GRANELLA, L. MURIANNI, C. CECCOLINI

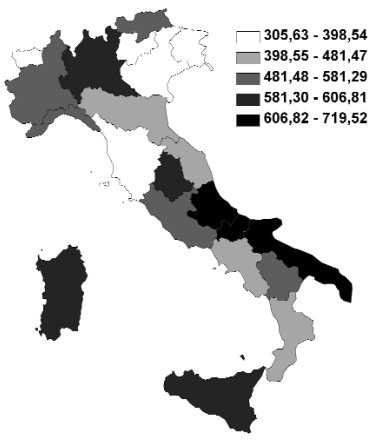
Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 485

Tabella 1 - *Tassi specifici di dimissioni ospedaliere (per 1.000) in regime ordinario per acuti, regione e classi di età – Anno 2005*

Regioni	Classi di età					
	0-14	15-24	25-64	65-74	75+	Totale
Piemonte	86,0	50,9	82,9	172,2	253,4	108,8
Valle d'Aosta	66,6	59,9	102,0	227,4	319,3	127,4
Lombardia	100,5	65,9	104,6	231,4	336,2	133,9
Bolzano-Bozen	*102,1*	*75,9*	*110,3*	*259,3*	*463,4*	*145,2*
Trento	*61,9*	*52,5*	*91,4*	*204,6*	*331,8*	*115,9*
Veneto	68,0	53,9	88,3	206,1	349,3	117,5
Friuli-Venezia Giulia	56,0	51,5	87,5	204,7	354,6	123,4
Liguria	90,9	62,8	96,5	196,1	317,8	135,7
Emilia-Romagna	82,7	62,0	95,3	204,5	335,0	130,4
Toscana	66,9	50,2	81,2	186,2	319,3	116,3
Umbria	98,7	62,1	91,1	197,8	304,0	126,4
Marche	88,7	59,9	99,8	217,9	342,8	134,9
Lazio	105,3	72,4	116,6	254,3	380,4	147,3
Abruzzo	125,4	91,8	150,5	323,7	449,4	190,4
Molise	121,0	78,9	139,7	310,6	399,3	177,1
Campania	97,1	85,9	130,2	297,9	364,6	148,3
Puglia	119,4	83,2	130,9	289,3	392,4	158,1
Basilicata	82,1	59,3	106,4	255,2	343,8	134,5
Calabria	94,4	80,1	131,5	298,6	383,2	156,4
Sicilia	114,7	76,9	117,6	270,7	344,5	145,3
Sardegna	105,3	81,0	125,2	286,3	414,8	155,6
Italia	**95,6**	**70,0**	**107,6**	**236,8**	**345,5**	**137,2**

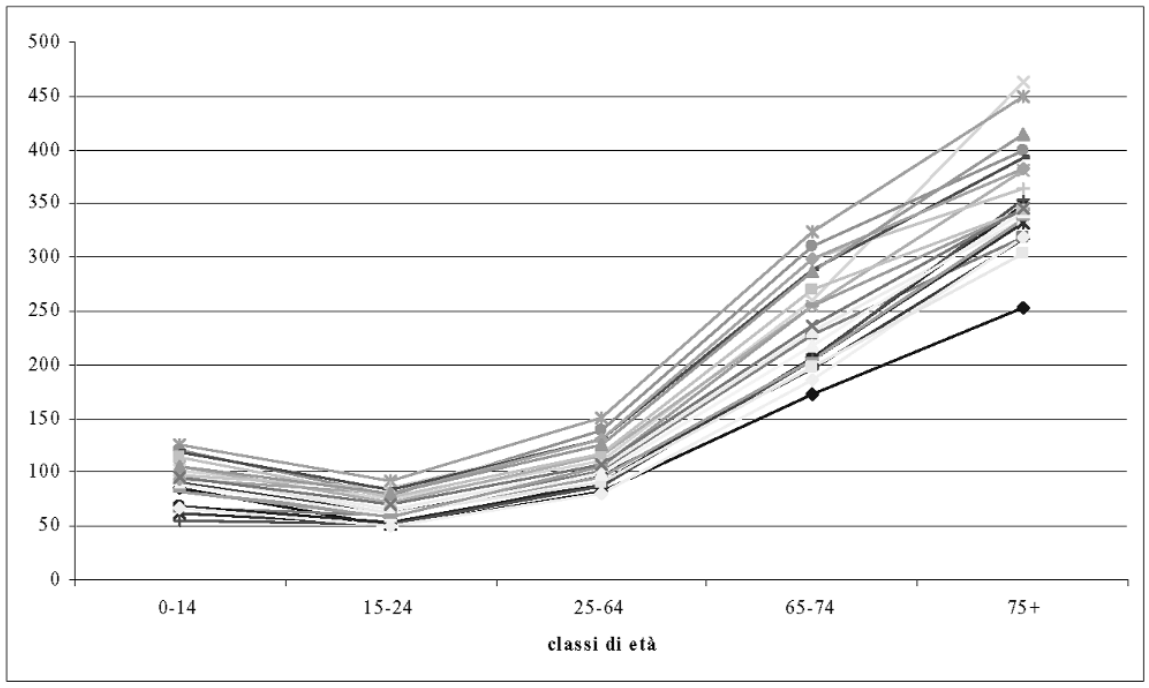
Fonte dei dati ed anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2007.

Tassi di dimissioni ospedaliere (per 1.000) in regime ordinario per acuti, regione e classi di età < 1 anno. Anno 2005



Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 486

Grafico 1 - *Tassi specifici di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per acuti in regime ordinario - Anno 2005*



Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2007.

Tabella 2 - *Tassi specifici di dimissioni ospedaliere (per 1.000) in regime ordinario per riabilitazione, regione e classi di età – Anno 2005*

Regioni	Classi di età			
	0-44	45-64	65-74	75+
Piemonte	0,96	5,70	17,90	24,53
Valle d'Aosta	0,88	3,26	12,20	7,57
Lombardia	1,51	7,56	24,67	37,90
Bolzano-Bozen	*0,58*	*3,75*	*13,47*	*27,99*
Trento	*1,34*	*9,13*	*28,98*	*32,26*
Veneto	0,73	4,16	15,16	20,80
Friuli-Venezia Giulia	0,80	2,50	6,78	7,66
Liguria	1,03	5,03	14,87	16,84
Emilia-Romagna	0,57	2,90	8,34	8,71
Toscana	0,59	2,54	8,07	11,97
Umbria	0,83	2,78	7,21	6,38
Marche	0,60	2,50	8,07	8,46
Lazio	0,82	4,40	16,32	30,60
Abruzzo	2,08	9,11	26,30	30,58
Molise	1,32	6,26	16,27	17,62
Campania	0,54	3,07	9,73	12,31
Puglia	0,89	4,32	12,90	14,62
Basilicata	0,69	3,78	8,39	8,84
Calabria	0,85	3,99	11,93	12,52
Sicilia	2,49	5,62	14,62	16,02
Sardegna	0,42	0,83	1,42	1,42
Italia	**1,05**	**4,68**	**14,72**	**19,75**

Fonte dei dati ed anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2007.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 487

Tassi specifici di dimissioni ospedaliere (per 1.000) in regime ordinario per riabilitazione, regione e classe di età 75+. Anno 2005

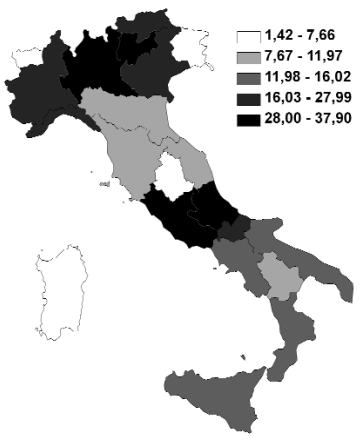


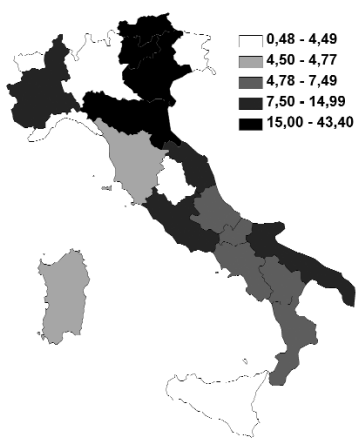
Tabella 3 - *Tassi specifici di dimissioni ospedaliere (per 1.000) in regime ordinario per lungodegenza, regione e classi di età – Anno 2005*

Regioni	Classi di età 0-64	65-74	75+
Piemonte	0,30	3,59	14,99
Valle d'Aosta	0,02	0,15	0,61
Lombardia	0,07	1,05	3,76
Bolzano-Bozen	*0,64*	*7,93*	*29,23*
Trento	*0,57*	*7,36*	*29,32*
Veneto	0,38	5,20	22,28
Friuli-Venezia Giulia	0,02	0,29	0,50
Liguria	0,03	0,13	0,48
Emilia-Romagna	0,88	10,73	43,40
Toscana	0,10	0,89	4,77
Umbria	0,11	0,36	1,30
Marche	0,72	3,93	14,88
Lazio	0,11	1,48	8,03
Abruzzo	0,21	1,43	6,87
Molise	0,18	1,37	5,20
Campania	1,07	3,04	7,49
Puglia	0,32	4,49	14,56
Basilicata	0,21	1,87	5,13
Calabria	0,44	2,71	5,20
Sicilia	0,11	1,53	4,49
Sardegna	0,09	1,11	4,74
Italia	**0,34**	**2,97**	**11,68**

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2007.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 488

Tassi specifici di dimissioni ospedaliere (per 1.000) in regime ordinario per lungodegenza, regione e classi di età >= 75 anni. Anno 2005



Raccomandazioni di Osservasalute

La lettura congiunta degli indicatori esaminati, evidenzia maggiori e più specifici bisogni assistenziali nelle fasce di età estreme, nonché una discreta variabilità regionale nell'accesso ad alcune forme di assistenza, quali la riabilitazione e la lungodegenza. Questo sottolinea la necessità di porre un'adeguata attenzione nella pianificazione dell'offerta sanitaria, al fine di migliorare la capacità di risposta del sistema ai bisogni di salute della popolazione, di rendere più appropriato l'utilizzo dell'ospedale per le patologie acute e più efficace l'integrazione ospedale-territorio, di garantire l'equità nell'accesso alle prestazioni sanitarie.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 489

Degenza media

Significato. Un indicatore sintetico di efficienza ospedaliera, calcolabile per i ricoveri effettuati in regime ordinario, è rappresentato dalla degenza media, ovvero dalla durata media della degenza ospedaliera espressa in giorni. Questo indicatore, oltre a fornire una misura dell'efficienza operativa ed organizzativa ospedaliera, è fortemente influenzato dalla complessità di tipo sanitario-assistenziale dei casi trattati. Per approfondire l'analisi della degenza media si è proceduto alla standardizzazione di questo dato rispetto al *case mix*. La degenza media regionale standardizzata per *case mix* rappresenta il valore teorico-atteso della degenza media che si osserverebbe se ogni regione presentasse una casistica di ricoveri ospedalieri della medesima complessità di quella dello standard assunto come riferimento.
Tale standard di riferimento è la composizione per DRG della casistica dimessa a livello nazionale nell'anno considerato.
In altre parole è una degenza media "non reale" o "attesa": una diminuzione di tale valore, a seguito della standardizzazione, significa che la regione ha una casistica ospedaliera di complessità maggiore rispetto a quella nazionale; al contrario, un aumento della degenza media standardizzata indica la presenza di una casistica con minore complessità.

Degenza media*

$$\text{Numeratore} = \text{Giornate di degenza erogate, in regime ordinario}$$

$$\text{Denominatore} = \text{Dimissioni totali, in regime ordinario}$$

*La formula del tasso standardizzato per *case mix* è riportata nel capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati".

Validità e limiti. Nel calcolo della degenza media sono stati esclusi i ricoveri dei neonati sani e sono stati considerati i soli ricoveri ospedalieri per acuti, in regime di degenza ordinaria, effettuati da tutti gli istituti di ricovero e cura, pubblici e privati accreditati, presenti sul territorio nazionale, nell'anno 2005.

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono riferimenti normativi aggiornati sulla degenza media. Si osserva, nel tempo, una progressiva tendenza alla riduzione della durata della degenza ospedaliera, sia per effetto dell'introduzione del finanziamento prospettico delle prestazioni ospedaliere, sia per le politiche sanitarie in materia di appropriatezza. Negli ultimi anni, la degenza media a livello nazionale si è attestata a 6,7 giorni.

Descrizione dei risultati

La degenza media grezza a livello nazionale è di 6,7 giorni, come quella relativa alle dimissioni effettuate in regime ordinario nel 2004. L'indicatore grezzo assume il valore massimo in Valle d'Aosta (8,4 giorni), ed il valore minimo nella regione Campania (5,4 giorni), In generale per tutte le regioni dell'area meridionale la degenza media si colloca al di sotto del valore medio nazionale, mentre nelle regioni dell'area settentrionale l'indicatore assume valori superiori.
Un'analisi temporale della degenza media evidenzia che, nel periodo 2002-2005, rimane sostanzialmente stabile (grafico 1); considerando che è aumentata, nel tempo, la complessità della casistica trattata, in termini di peso medio dei ricoveri classificati con il sistema DRG, si osserva un chiaro miglioramento nell'utilizzo più appropriato dell'ospedale, dedicato più correttamente al trattamento e alla cura delle patologie acute.
La degenza media standardizzata per *case mix* varia tra il valore minimo di 6,1 di Umbria e Sicilia al valore massimo di 7,8 del Lazio. La distribuzione dei valori regionali evidenzia un gradiente Nord-Sud, con la tendenza per le regioni del Nord alla diminuzione, rispetto alla degenza media, dei valori assunti dalla degenza media standardizzata per *case mix*, indicativi di una maggiore efficienza operativa a parità di casistica trattata; nelle regioni del Sud, invece, incluso il Lazio, si osserva una tendenza all'aumento della degenza media standardizzata per *case mix*, che mette in evidenza una minore efficienza operativa, in termini di consumo di giornate di degenza, per il trattamento e la cura di una casistica con la stessa composizione per DRG di quella nazionale.

L. LISPI, P. CACCIATORE, P. GRANELLA, L. MURIANNI, C. CECCOLINI

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 490

Tabella 1 - *Degenza media (grezza e standardizzata per case mix) per regione – Anno 2005*

Regioni	Grezzo	Std
Piemonte	8,1	7,5
Valle d'Aosta	8,4	7,6
Lombardia	6,5	6,6
Bolzano-Bozen	*6,8*	*7,1*
Trento	*7,7*	*7,4*
Veneto	7,9	7,4
Friuli-Venezia Giulia	7,4	7,0
Liguria	7,8	6,9
Emilia-Romagna	6,6	6,3
Toscana	7,5	6,8
Umbria	6,3	6,1
Marche	6,9	6,8
Lazio	7,6	7,8
Abruzzo	6,0	6,6
Molise	7,1	7,5
Campania	5,4	6,2
Puglia	6,2	6,7
Basilicata	6,8	6,9
Calabria	6,3	6,9
Sicilia	5,8	6,1
Sardegna	6,7	7,4
Italia	**6,7**	**6,7**

Fonte dei dati ed anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2007.

Degenza media standardizzata per case mix. Anno 2005

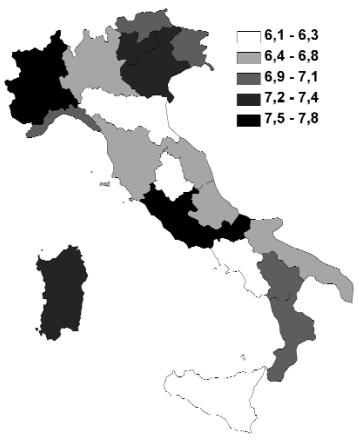
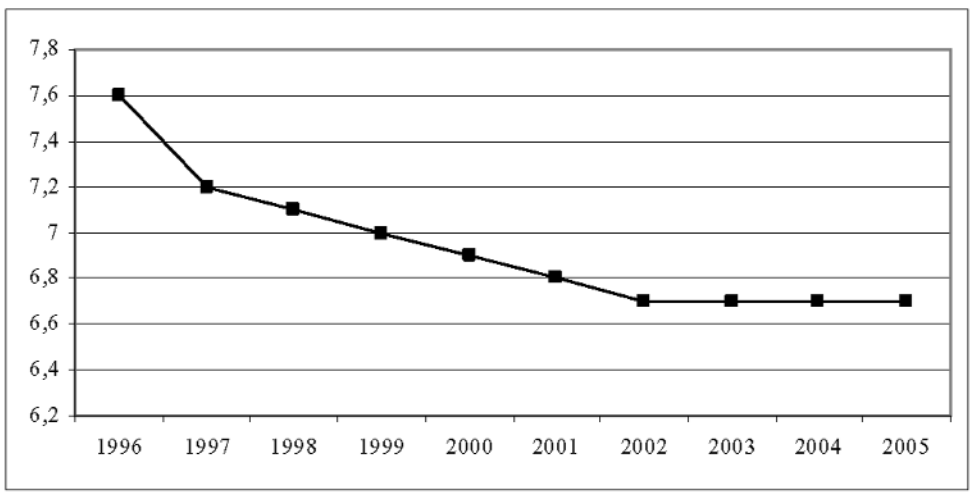


Grafico 1 - *Degenza media per acuti - Anni 1996-2005*



Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2007.

Raccomandazioni di Osservasalute

La lettura della degenza media grezza e standardizzata per *case mix* non è di per sé sufficiente a descrivere l'efficienza ospedaliera. Infatti, oltre alla valutazione del *case mix*, importante per avere una visione più accurata delle informazioni relative alla degenza in ospedale, è importante valutare allo stesso tempo le capacità organizzative delle strutture di ricovero in relazione alla disponibilità ed accessibilità dei servizi ospedalieri di supporto. In ogni caso, l'analisi temporale di questo indicatore, anche standardizzato per *case mix*, rileva che vi sono margini di miglioramento in termini di riduzione della degenza media ospedaliera, soprattutto se si considerano anche le informazioni basate sull'indicatore che analizza la degenza per tipologia di ricovero e per età ("Dimissioni ospedaliere per età e tipologia di attività", pag. 484). Entrambi gli indicatori sono da monitorare nel tempo, poiché sono il risultato di molteplici fattori che influenzano l'efficienza operativa delle strutture sanitarie nelle varie regioni, non solo fattori organizzativi, ma anche composizione del *case mix*, volumi di ricoveri brevi, di dimissioni *outliers*, di ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza in regime ordinario.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 491

Degenza media pre-operatoria nei ricoveri ordinari

Significato. L'indicatore illustra il tempo medio trascorso in ospedale in ricovero ordinario prima di eseguire un intervento chirurgico, il più delle volte per effettuare accertamenti diagnostici o altre attività terapeutiche ed assistenziali propedeutiche all'intervento stesso (degenza media preoperatoria - DMPO).
Nella grande maggioranza dei ricoveri programmati tali attività possono e dovrebbero essere effettuate nel periodo pre ricovero attraverso la rete ambulatoriale, il Day Service o il Day Hospital. Per i ricoveri in urgenza da Pronto Soccorso è quasi sempre possibile snellire l'iter clinico ed assistenziale attraverso l'adozione di adeguati modelli organizzativi (percorsi diagnostici preferenziali, sale e/o sedute operatorie dedicate). Il dato della DMPO può essere pertanto assunto come indicatore *proxy* della capacità di una struttura e di un determinato contesto organizzativo di assicurare una efficiente gestione del percorso preoperatorio in elezione e di pianificare con efficacia l'utilizzo delle sale operatorie e dei servizi di supporto all'attività chirurgica. Una elevata DMPO denota generalmente difficoltà di accesso ai servizi diagnostici ospedalieri o a quelli distrettuali alternativi al tradizionale ricovero che si traduce in un uso potenzialmente inappropriato dei posti letto e delle risorse umane e materiali riservate alla degenza ordinaria.

Degenza media preoperatoria per ricoveri ordinari*

$$\text{Numeratore} = \text{Giornate di degenza preoperatoria per DRG chirurgici}$$

$$\text{Denominatore} = \text{Dimessioni con DRG chirurgici}$$

*La formula del tasso standardizzato per *case mix* è riportata nel capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati".

Validità e limiti. L'indicatore esprime la massima significatività quando si confrontano singoli DRG o casistiche omogenee riferite alla medesima disciplina chirurgica. Quando si confrontano dati di diversi ospedali deve essere posta la massima attenzione alla variabilità determinata dal diverso *case mix* trattato dalle strutture considerate. Per grandi casistiche, riferite come nel nostro caso al complesso degli ospedali di una regione, i *case mix* risultano più omogenei e di conseguenza aumenta sensibilmente il livello di confrontabilità. Per rendere omogeneo il confronto con i dati rilevati negli anni precedenti le serie della tabella 1 riportano valori di DMPO grezzi e pertanto nell'interpretazione dei risultati occorre tenere conto di tale evidenza. Per migliorare il livello di confronto tra le diverse regioni, già evidenziato nelle pubblicazioni degli anni precedenti, e per avere una misura diretta di quanto la diversa composizione della casistica trattata possa influenzare il risultato, la DMPO grezza del 2005 è stata confrontata anche con la DMPO standardizzata per il *case mix* trattato nelle singole regioni.

Valore di riferimento/Benchmark. Il valore medio nazionale può essere assunto come riferimento per individuare le migliori *performance* mentre i valori più bassi di DMPO rilevati forniscono una misura significativa delle reali possibilità di miglioramento della gestione del percorso assistenziale preoperatorio.

Descrizione dei risultati

La tabella 1 riporta i valori di DMPO grezzi rilevati dal 2002 al 2005. L'analisi dei risultati deve pertanto tenere conto dei limiti evidenziati in precedenza, soprattutto quando si confrontano tra loro i risultati delle diverse regioni. Al contrario il confronto della serie temporale riferita a ciascuna regione, fondato su dati rilevati da casistiche più omogenee, è senz'altro meno influenzato da tale *bias* e quindi consente interpretazioni maggiormente significative.
In generale la ricerca di efficienza successiva all'aziendalizzazione del SSN ha determinato una forte riduzione della DMPO già negli anni antecedenti a quelli considerati. Nel periodo in esame la DMPO del livello nazionale registra una riduzione di entità assolutamente modesta in rapporto ai potenziali margini di miglioramento, da 2,13 giorni nel 2002 a 2,04 nel 2005 (tabella 1).
Il range dei valori risulta sempre molto elevato ed aumenta nei diversi anni, ad eccezione del 2004. Nel 2005 il range della DMPO grezza è pari a 1,84 giorni (1,28 del Friuli-Venezia Giulia contro 3,12 del Lazio). Questi dati mettono in evidenza che i risultati raggiunti non sono uniformi nel territorio nazionale e che persistono tuttora rilevanti differenze regionali, sebbene tra l'anno 2002 e l'anno 2005 sia evidente una progressiva, seppure lieve, riduzione della DMPO in quasi tutte le regioni considerate, con eccezioni significative per le Province Autonome di Bolzano e Trento ed il Lazio (grafico 1).
La standardizzazione per il *case mix* effettuata sui dati 2005 modifica in modo sensibile il confronto tra le diverse realtà regionali (tabella 2 e grafico 2). Il range cresce oltre i due giorni (1,27 del Friuli-Venezia Giulia contro 3,28 del Lazio), i valori di DMPO si

G. PIERONI, M. BELLETTI, L. MURIANNI, P. GRANELLA, M.P. FANTINI, L. LISPI

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 492

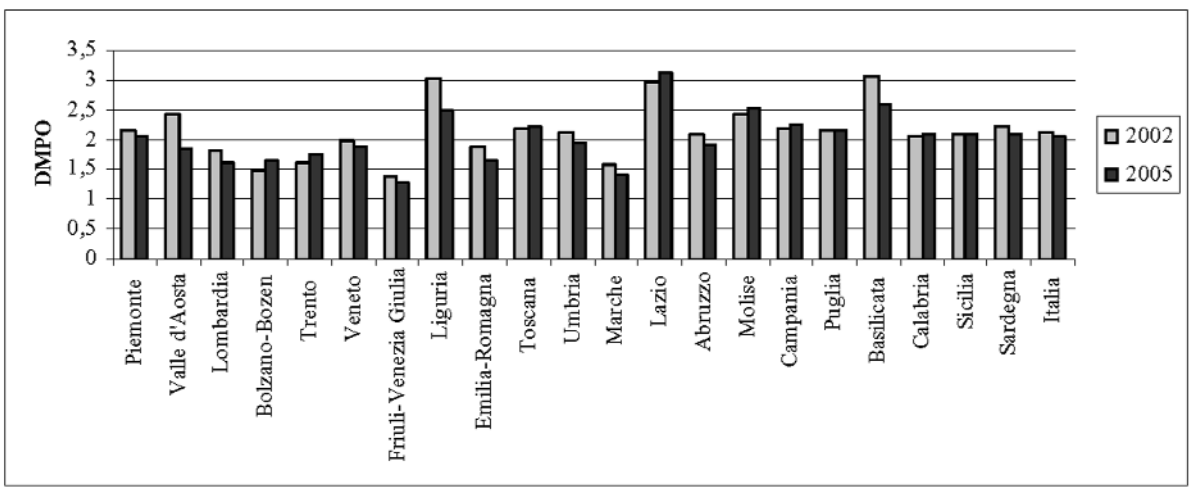
riducono in otto regioni del Centro-Nord e peggiorano in Valle d'Aosta, Lombardia, PA di Bolzano, Marche, Lazio e in tutte le regioni del Sud. L'analisi dimostra che dieci regioni presentano valori di DMPO superiori alla media nazionale (Liguria, Lazio e tutte le regioni del Sud) e che, ad eccezione della Liguria, la standardizzazione penalizza in modo significativo le loro *performance*, aumentando ulteriormente il divario rispetto al valore medio. I dati rilevati da una parte confermano l'efficacia delle misure adottate in alcune regioni, in particolare del Nord, per riorganizzare i percorsi assistenziali ospedalieri ed al contempo per migliorare l'accessibilità ai servizi diagnostici extraospedalieri in funzione dell'appropriatezza d'uso dell'ospedale, dall'altra mettono in evidenza gli effettivi margini di miglioramento per le regioni che non hanno ancora adottato misure in tal senso.

Tabella 1 - *Degenza Media Preoperatoria (DMPO) grezza in regime di ricovero ordinario e variazione (assoluta e percentuale) per regione – Anni 2002-2005*

Regioni	2002	2003	2004	2005	Δ assoluta 2002-2005	Δ % 2002-2005
Piemonte	2,17	2,09	2,01	2,04	-0,13	-5,99
Valle d'Aosta	2,42	2,35	2,10	1,84	-0,58	-23,97
Lombardia	1,83	1,72	1,61	1,61	-0,22	-12,02
Bolzano-Bozen	*1,49*	*1,47*	*1,56*	*1,64*	*0,15*	*10,07*
Trento	*1,62*	*1,72*	*1,69*	*1,74*	*0,12*	*7,41*
Veneto	2,00	1,92	1,89	1,89	-0,11	-5,50
Friuli-Venezia Giulia	1,39	1,32	1,29	1,28	-0,11	-7,91
Liguria	3,03	3,10	2,58	2,48	-0,55	-18,15
Emilia-Romagna	1,88	1,78	1,71	1,64	-0,24	-12,77
Toscana	2,19	2,19	2,24	2,23	0,04	1,83
Umbria	2,13	2,06	2,08	1,94	-0,19	-8,92
Marche	1,58	1,55	1,48	1,43	-0,15	-9,49
Lazio	2,96	2,89	2,89	3,12	0,16	5,41
Abruzzo	2,07	1,95	1,91	1,92	-0,15	-7,25
Molise	2,42	2,41	2,32	2,51	0,09	3,72
Campania	2,20	2,27	2,35	2,25	0,05	2,27
Puglia	2,16	2,17	2,19	2,16	0,00	0,00
Basilicata	3,05	3,06	2,71	2,58	-0,47	-15,41
Calabria	2,04	2,04	2,05	2,07	0,03	1,47
Sicilia	2,10	2,15	2,12	2,10	0,00	0,00
Sardegna	2,23	2,31	2,32	2,08	-0,15	-6,73
Italia	**2,13**	**2,09**	**2,04**	**2,04**	**-0,09**	**-4,23**

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2007.

Grafico 1 - *Degenza media preoperatoria (DMPO) in regime di ricovero ordinario per regione – Anni 2002-2005*



Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2007.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 493

Tabella 2 - *DMPO (grezza e standardizzata per case mix) in regime di ricovero ordinario per regione - Anno 2005*

Regioni	Grezza	Std
Piemonte	2,04	1,92
Valle d'Aosta	1,84	1,86
Lombardia	1,61	1,64
Bolzano-Bozen	*1,64*	*1,77*
Trento	*1,74*	*1,68*
Veneto	1,89	1,80
Friuli-Venezia Giulia	1,28	1,27
Liguria	2,48	2,10
Emilia-Romagna	1,64	1,60
Toscana	2,23	1,96
Umbria	1,94	1,76
Marche	1,43	1,48
Lazio	3,12	3,28
Abruzzo	1,92	2,13
Molise	2,51	2,64
Campania	2,25	2,63
Puglia	2,16	2,45
Basilicata	2,58	2,60
Calabria	2,07	2,52
Sicilia	2,10	2,24
Sardegna	2,08	2,39
Italia	**2,04**	**2,04**

Fonte dei dati ed anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2007.

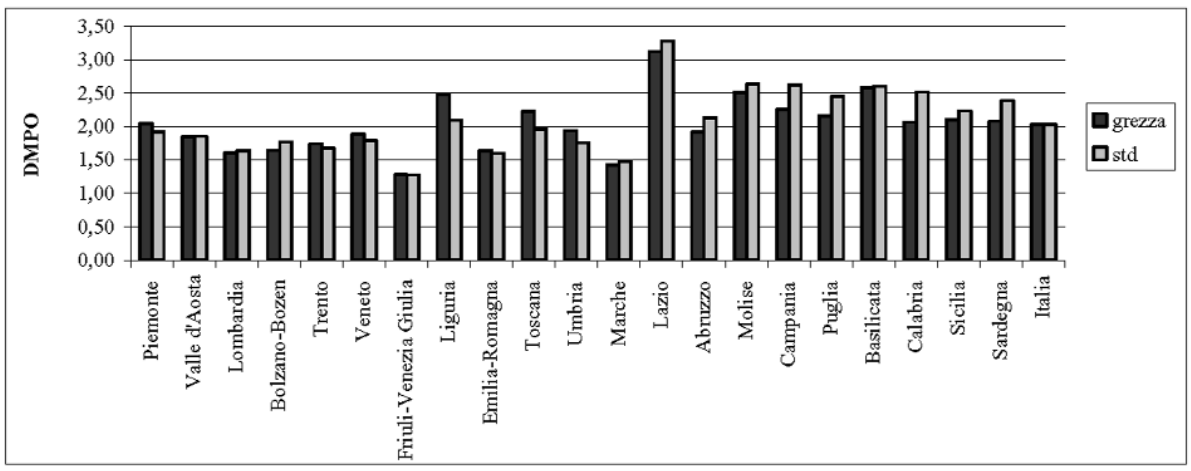
Raccomandazioni di Osservasalute

I dati di DMPO presentati riguardano sia i ricoveri programmati che i ricoveri urgenti. Una attenta gestione dei percorsi preoperatori per i ricoveri programmati e l'adozione di apposite Linee Guida per codificare le prassi assistenziali ed organizzative da adottare per i ricoveri effettuati in urgenza, possono evitare in entrambi i casi attese ingiustificate e ritardi nell'esecuzione dell'intervento chirurgico e quindi migliorare sensibilmente la gestione del percorso assistenziale del paziente, non solo in termini di efficienza ma anche riguardo il gradimento, l'efficacia, la sicurezza e gli esiti degli interventi stessi.

A tale riguardo occorre considerare che se il sistema di rimborso a prestazione e le opportunità offerte dall'evoluzione scientifica e tecnologica hanno favorito la progressiva riduzione della degenza media dei ricoveri chirurgici in degenza ordinaria, l'analisi della serie storica presentata sembra mostrare che il maggior contributo alla riduzione della degenza media per i ricoveri chirurgici sia dato dalla riduzione della degenza post intervento. Nelle realtà che hanno raggiunto limiti molto bassi di degenza media complessiva, sia i clinici che varie organizzazioni di tutela dei pazienti ritengono più utile ed etico che la ricerca dell'efficienza ed il "guadagno" in termini di giornate di degenza risparmiate siano perseguiti soprattutto attraverso l'ottimizzazione dei percorsi preoperatori piuttosto che con politiche assistenziali volte a favorire la dimissione precoce, a volte intempestiva, dei pazienti operati.

Le evidenze rilevate e queste considerazioni dovrebbero spingere tutte le regioni a monitorare con attenzione il fenomeno anche allo scopo di definire soglie massime di DMPO per i più frequenti DRG chirurgici.

Grafico 2 - *DMPO (grezza e standardizzata per case mix) in regime di ricovero ordinario per regione - Anno 2005*



Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2007.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 494

Degenza media pre-operatoria per alcuni DRG in ricovero ordinario

Significato. L'indicatore analizza la Degenza Media Preoperatorie (DMPO) relativa al DRG 162 (Interventi per ernia inguinale e femorale, età>17 senza complicanze), 198 (Colecistectomia senza esplorazione del dotto biliare senza complicanze), 209 (Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori) e 232 (Artroscopia).
La scelta dei DRG è stata fatta in funzione della numerosità della casistica, dell'elevata proporzione di casi gestiti in elezione (che minimizza le difficoltà di interpretazione connesse alla presenza dei casi gestiti in urgenza) e della rilevanza sociale delle relative patologie. I dati di DMPO dei DRG prescelti rappresentano pertanto degli ottimi traccianti della effettiva capacità di un determinato contesto organizzativo di assicurare un servizio effettivamente orientato alle esigenze dei pazienti attraverso un'efficiente gestione del percorso preoperatorio ed un'ottimale pianificazione dell'utilizzo delle sale operatorie.

Degenza media preoperatoria per ricoveri ordinari

$$\text{Numeratore} = \text{Giornate di degenza preoperatoria per alcuni DRG chirurgici (162, 198, 209, 232)}$$

$$\text{Denominatore} = \text{Dimessioni con DRG chirurgico}$$

Validità e limiti. L'indicatore DMPO esprime la massima significatività quando si confrontano singoli DRG e pertanto i risultati presentati possono essere considerati complementari e più specifici riguardo l'analisi condotta nella sezione precedente sul complesso della casistica chirurgica regionale. Il confronto della DMPO DRG specifica deve peraltro tenere conto delle sensibili differenze regionali dell'indice di attrazione per le patologie considerate, in specie per quelle più complesse, per l'oggettiva difficoltà di adottare appropriati percorsi preoperatori extraospedalieri per i cittadini non residenti. L'analisi della percentuale degli interventi effettuati nei primi due giorni di ricovero potrebbe rappresentare un'estensione dello studio utile per affinare la valutazione e la comprensione del fenomeno di interesse, in specie a livello delle singole strutture di ricovero.

Valore di riferimento/Benchmark. I valori più bassi di DMPO rilevati per ciascuno dei quattro DRG considerati individuano le migliori *performance* e forniscono una misura diretta e molto significativa delle reali possibilità di miglioramento della gestione del percorso preoperatorio DRG specifico.

Descrizione dei risultati

La tabella 1 ed il grafico 1 illustrano i valori nazionali di DMPO rilevati nel periodo 2002-2005 per tutti i dimessi con DRG chirurgico e con i DRG selezionati (162, 198, 209 e 232).
Nel periodo in esame si rileva una costante diminuzione della DMPO per tutti i DRG considerati, segno dell'attenzione posta ai diversi livelli del sistema per ottimizzare almeno i percorsi preoperatori e/o la fase di pre-ospedalizzazione delle principali patologie chirurgiche gestibili attraverso un ricovero programmato. Anche per il 2005 la riduzione di DMPO dei DRG esaminati risulta significativa in senso assoluto rispetto all'anno precedente, in specie se si considera che nello stesso periodo il valore riferito a tutti i DRG chirurgici non ha fatto registrare alcun miglioramento.
La tabella 2 analizza, per regione, la DMPO dei dimessi nel 2005 con i DRG selezionati. Il maggior livello di dettaglio dell'analisi mette in evidenza da un lato la costante variabilità della DMPO in funzione della complessità dei casi trattati e dall'altro le forti differenze ancora esistenti nelle varie regioni, con un evidente e significativo divario tra Nord e Sud. La regione Friuli-Venezia Giulia registra, analogamente al 2004, i valori più bassi per tutte le patologie considerate mentre, con rare eccezioni e nonostante il complessivo miglioramento rispetto all'anno precedente, le regioni del Centro-Sud si contendono il primato opposto. Il range dei valori di DMPO per i DRG in esame risulta sempre elevato e spesso è superiore al valore della media nazionale.
L'analisi sembra dimostrare che nelle singole regioni il livello delle *performance* ed il trend di miglioramento è abbastanza costante. Quindi sia il *ranking* che lo scostamento, positivo o negativo, rispetto alla media nazionale risultano simili per i diversi DRG considerati, segno evidente che la gestione del percorso preoperatorio è influenzata da modelli organizzativi e prassi operative ampiamente diffusi, consolidati e caratteristici di ciascun contesto.

G. PIERONI, M. BELLETTI, L. MURIANNI, P. GRANELLA, M.P. FANTINI, L. LISPI

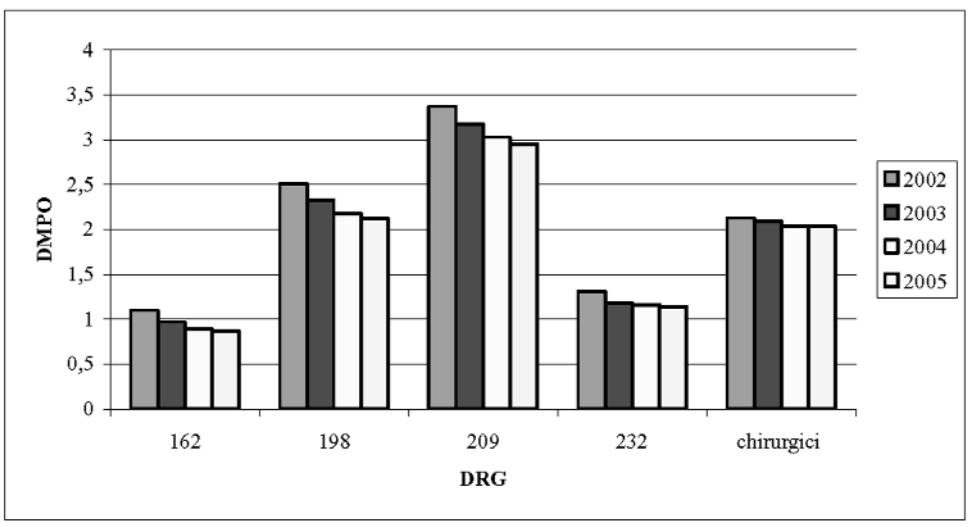
Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 495

Tabella 1 - *Degenza Media Preoperatoria (DMPO) in regime ordinario per alcuni DRG chirurgici - Anni 2002-2005*

Regioni	2002	2003	2004	2005	Δ assoluta 2002-2005	Δ % 2002-2005
162 - Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 senza cc	1,10	0,97	0,89	0,87	0,23	-20,91
198 - Colecistectomia senza esplorazione del dotto biliare comune, senza cc	2,51	2,33	2,18	2,12	0,39	-15,54
209 - Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori	3,37	3,17	3,03	2,95	0,42	-12,46
232 - Artroscopia	1,31	1,18	1,16	1,14	0,17	-12,98
DRG chirurgici	**2,13**	**2,09**	**2,04**	**2,04**	**0,09**	**-4,23**

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2007.

Grafico 1 - *Degenza Media Preoperatoria (DMPO) in regime ordinario per alcuni DRG chirurgici - Anni 2002-2005*



Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2007.

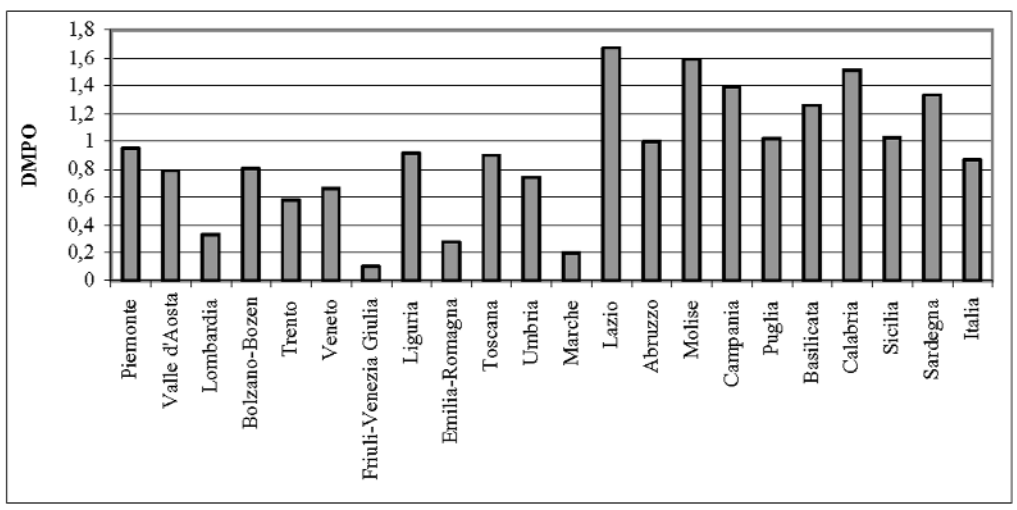
Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 496

Tabella 2 - *Degenza Media Preoperatoria (DMPO) in regime ordinario per regione e alcuni DRG chirurgici - Anno 2005*

Regioni	DRG			
	162	198	209	232
Piemonte	0,95	2,31	2,49	1,38
Valle d'Aosta	0,79	2,22	2,58	0,00
Lombardia	0,33	1,56	2,06	0,45
Bolzano-Bozen	*0,81*	*1,29*	*1,92*	*0,60*
Trento	*0,58*	*0,87*	*2,21*	*0,83*
Veneto	0,66	1,46	2,15	1,06
Friuli-Venezia Giulia	0,10	0,76	1,60	0,18
Liguria	0,92	1,67	3,15	2,00
Emilia-Romagna	0,28	1,41	2,43	0,85
Toscana	0,90	2,55	2,72	1,05
Umbria	0,74	1,85	2,12	0,92
Marche	0,20	1,76	2,13	0,43
Lazio	1,67	3,18	5,82	2,64
Abruzzo	1,00	2,26	2,76	1,10
Molise	1,59	2,94	4,14	1,40
Campania	1,39	2,46	4,63	1,55
Puglia	1,02	2,75	3,87	1,35
Basilicata	1,26	2,45	3,73	1,03
Calabria	1,51	3,15	3,54	1,54
Sicilia	1,03	2,12	4,07	1,80
Sardegna	1,33	2,60	4,34	1,39
Italia	**0,87**	**2,12**	**2,95**	**1,14**

Fonte dei dati ed anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2007.

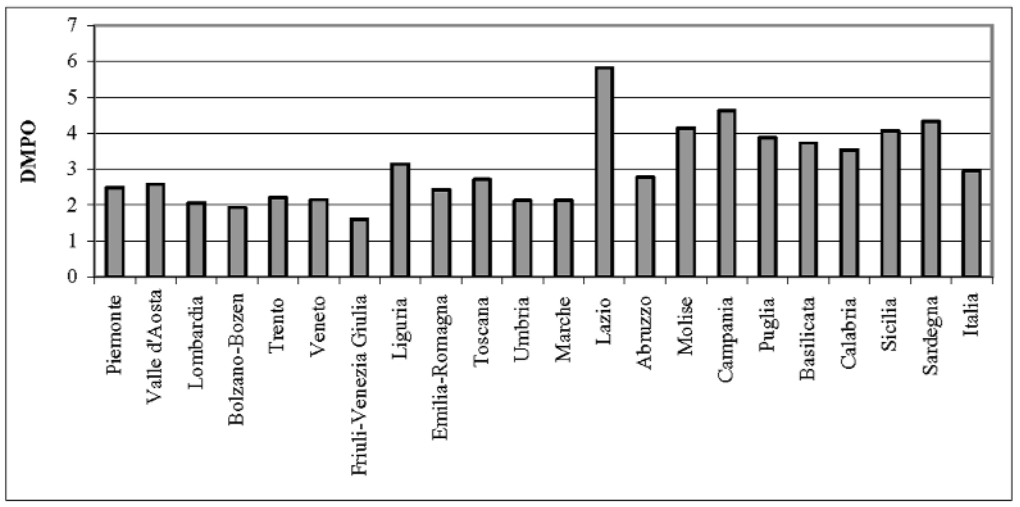
Grafico 2 - *Degenza media preoperatoria per il DRG 162 in regime di ricovero ordinario per regione - Anno 2005*



Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2007.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 497

Grafico 3 - *Degenza media preoperatoria per il DRG 209 in regime di ricovero ordinario per regione - Anno 2005*



Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2007.

Raccomandazioni di Osservasalute

In linea di massima l'analisi della DMPO dei DRG chirurgici selezionati suggerisce le medesime considerazioni fatte nella precedente sezione a proposito della DMPO relativa a tutti i DRG chirurgici. Tuttavia, anche in considerazione del fatto che il miglioramento rilevato nel gruppo di DRG studiati è nettamente superiore a quello registrato per l'insieme dei DRG chirurgici, alcune DMPO osservate in qualche regione appaiono anomale e difficilmente giustificabili in relazione alle opportunità offerte dall'evoluzione delle tecniche diagnostiche, dalla loro minore invasività e dalla diffusa affermazione di modelli organizzativi in grado di assicurare una efficace ed attiva gestione del percorso preoperatorio in regime ambulatoriale. Differenze regionali anomale e DMPO prossime al doppio dei valori medi nazionali, soprattutto per le regioni del Centro-Sud (grafici 2 e 3), oltre che denotare un uso inefficiente delle strutture di ricovero, gravano sui pazienti esponendoli inutilmente a disagi e rischi insiti in un'ospedalizzazione inappropriata. Potrebbe quindi essere del tutto giustificata l'adozione di misure volte a disincentivare, anche attraverso adeguate politiche tariffarie, quelle strutture che non rispettassero soglie massime di DMPO per un set di DRG selezionati e/o per patologie chirurgiche gestibili attraverso il ricovero programmato.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 498

Utilizzo del Day Hospital per DRG medici a rischio di inappropiatezza

Significato. L'indicatore verifica l'entità di utilizzo del Day Hospital (DH) rispetto al ricovero ordinario per i 26 DRG Medici elencati nell'allegato 2C del DPCM 29/11/2001 e definiti "ad alto rischio di inappropriatezza" se erogati in regime di degenza ordinaria. L'indicatore consente pertanto di monitorare direttamente il raggiungimento dei valori soglia fissati dalle singole regioni rispetto alla percentuale di trasferimento in DH dei DRG in esame, come previsto da specifiche indicazioni contenute in un successivo accordo della Conferenza Stato-Regioni del 1 Agosto 2002.
È opportuno sottolineare che, in coerenza con le indicazioni dello stesso DPCM, diverse regioni hanno ampliato la gamma dei DRG "potenzialmente inappropriati" che le strutture sanitarie possono trattare in un *setting* assistenziale diverso dal ricovero ordinario con identico beneficio per il paziente e con minore impiego di risorse.
La percentuale di ricovero in Day Hospital, analizzata isolatamente, non è espressione di appropriatezza e non consente di valutare compiutamente il fenomeno dei ricoveri medici impropri, poiché è influenzata da due variabili molto importanti: il tasso di dimissione ospedaliera (TD) ed i volumi di prestazioni alternative effettuate in regime ambulatoriale e di Day Service. In assenza di dati attendibili sull'attività ambulatoriale la relazione tra la percentuale di Day Hospital ed il tasso di dimissione standardizzato per età (TDS) per i DRG in esame può fornire sia una misura indiretta dell'accessibilità e dell'utilizzo dei servizi ambulatoriali distrettuali in funzione della complessiva riduzione dei ricoveri considerati, sia consentire una valutazione della reale efficacia delle azioni adottate dalle regioni per migliorare l'appropriatezza organizzativa ed il corretto utilizzo del DH per tali DRG.

Percentuale di ricoveri per DRG medici a rischio di inappropriatezza

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Dimissioni ospedaliere in Day Hospital*}}{\text{Dimissioni ospedaliere in Ricovero ordinario e in Day Hospital*}} \times 100$$

Tasso di dimissioni ospedaliere per DRG medici a rischio di inappropriatezza*

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Dimissioni ospedaliere (Ricovero ordinario + Day Hospital)*}}{\text{Popolazione media residente}} \times 1.000$$

*Per i 26 DRG medici considerati.
**La formula del tasso standardizzato è riportata nel capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati".

Validità e limiti. Dopo l'emanazione del DPCM sui LEA del 29 novembre 2001 tutte le regioni hanno individuato, sebbene con tempi diversi, i valori soglia di ammissibilità dei ricoveri ordinari per i DRG che l'allegato 2C considera "ad alto rischio di inappropriatezza". I valori soglia individuati a livello delle singole regioni sono tuttavia sensibilmente differenti. Tale variabilità è dovuta alle diverse caratteristiche e agli orizzonti temporali delle azioni messe in campo per migliorare l'appropriatezza d'uso delle strutture di ricovero che hanno condizionato sia la scelta degli obiettivi che i risultati conseguibili nel breve periodo. Inoltre alcune regioni che hanno introdotto ulteriori limitazioni dell'ammissibilità dei ricoveri ordinari, in molti casi hanno esteso gli interventi alla rete distrettuale, prevedendo azioni e percorsi per trasferire attività e prestazioni tipiche dei DRG considerati in un contesto extradegenza ospedaliera (ambulatorio, Day Service).
Nella presente sezione saranno illustrati, mediante il confronto 2004-2005, i dati relativi alla percentuale di Day Hospital ed al tasso di dimissione standardizzato delle diverse regioni riguardo il set dei DRG medici ad elevato rischio di inappropriatezza. La percentuale del ricovero in Day Hospital consente di valutare l'appropriatezza del *setting* assistenziale mentre il confronto con i rispettivi tassi di ospedalizzazione nei periodi considerati rende immediatamente evidente per ogni regione l'impatto delle azioni attuate in termini di ricoveri complessivamente "risparmiati".

Valore di riferimento/Benchmark. A causa dell'interdipendenza dei due parametri considerati il valore medio nazionale rilevato non fornisce una misura di riferimento assoluta. Si ipotizza un valore di riferimento ottimale caratterizzato da un basso tasso di dimissione ed una elevata percentuale di Day Hospital.

G. PIERONI, M. BELLETTI, L. MURIANNI, A. SFERRAZZA, P. GRANELLA, M.P. FANTINI, L. LISPI

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 499

Descrizione dei risultati

Per migliorare l'appropriatezza organizzativa dell'ospedale ogni regione ha dovuto promuovere strategie di intervento ed azioni che, sebbene coerenti con le indicazioni del DPCM, fossero innanzitutto compatibili con il proprio contesto organizzativo di riferimento. Gli interventi attuati presentano pertanto caratteristiche e importanza di grado diverso anche se riconducibili ad alcune fondamentali categorie (come ad esempio: abbattimenti tariffari dei DRG/LEA, adozione di sistemi di controllo esterno, coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale, sviluppo di programmi per il trasferimento nel regime ambulatoriale di prestazioni specialistiche complesse, disincentivazione economica in rapporto alle soglie di ammissibilità, etc..). Le stesse soglie di ammissibilità in ricovero ordinario stabilite a livello regionale, come già sottolineato, sono state individuate con criteri e modalità differenti e quindi devono indurre una certa cautela quando si effettuano confronti tra le diverse realtà regionali.

Il confronto 2004-2005 relativo a tutti i ricoveri attribuiti ai 26 DRG medici a rischio di inappropriatezza dimostra che a distanza di oltre 4 anni tali ricoveri continuano a diminuire in coerenza con le indicazioni poste dal DPCM 29/11/2001, seppure con risultati non uniformi in tutto il paese (tabella 1, grafici 1 e 2).

A livello nazionale il tasso di dimissione (TD) per 1.000 abitanti per i DRG medici LEA diminuisce passando da 25,68 del 2004 a 24,84 del 2005. Tutte le regioni del Centro-Nord, tranne la Provincia Autonoma di Bolzano, Liguria e Lazio, presentano TD per i DRG in esame inferiori alla media nazionale, mentre tutte le regioni del Sud mostrano una distribuzione di segno opposto. La variabilità del TDS resta elevata anche nel 2005 ed il range è compreso tra 9,45 dimissioni per 1.000 abitanti della Valle d'Aosta e 41,17 della Sicilia. Complessivamente tutte le regioni fanno registrare una diminuzione del TDS ad eccezione del Lazio e della Campania che incrementano tale parametro, anche grazie al contributo di un anomalo aumento dei ricoveri in DH.

L'andamento nazionale dei trasferimenti in regime di Day Hospital nell'anno 2005 è di segno positivo con una percentuale che si attesta intorno al 42% ed una crescita rispetto all'anno precedente del 4,30%. La variabilità regionale risulta molto ampia con valori distribuiti in modo non omogeneo intorno alla media (range compreso tra 15,05% della PA di Trento e 59,44% della Liguria). Quindici regioni registrano valori più bassi della media nazionale mentre soltanto sei presentano valori superiori (Liguria, Lazio, Campania, Basilicata, Calabria e Sicilia). In tutte le regioni, ad eccezione di Piemonte, PA di Trento, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna e Sardegna, è aumentata in modo variabile la percentuale di utilizzo del DH per i DRG /LEA in esame (tabella 1).

L'analisi congiunta dei tassi di dimissioni ospedaliere standardizzati per i DRG medici a rischio di inappropriatezza e della percentuale di questi ricoveri effettuata in Day Hospital, considerando come valori di riferimento i dati nazionali del 2005, fornisce 4 diverse rappresentazioni che riassumono con efficacia la situazione, i risultati conseguiti e i possibili obiettivi di programmazione nelle varie realtà regionali (grafico 2):

1) le regioni che associano un TDS superiore e % di utilizzo del DH inferiore rispetto alla media nazionale esprimono situazioni in controtendenza rispetto alle indicazioni del DPCM 2001. Ad un utilizzo improprio ed ampio del regime di ricovero ordinario si aggiunge un eccesso di ospedalizzazione che dovrebbe essere in qualche modo contrastato con azioni rivolte sia al contenimento della domanda di ricovero sia al potenziamento di servizi diagnostici ed assistenziali alternativi. In questa situazione si trovano 4 regioni (Abruzzo, Molise, Puglia e Sardegna), mentre la PA di Bolzano risulta francamente anomala solo per la bassa % di utilizzo del DH;

2) le regioni che si posizionano nell'area caratterizzata da TDS e % di utilizzo del DH superiori rispetto alla media nazionale esprimono un sovrautilizzo delle strutture di ricovero, in specie diurno, che potrebbe denotare una scarsa offerta e/o accessibilità della rete dei servizi ambulatoriali. Liguria, Lazio, Campania, Basilicata, Calabria e Sicilia registrano un andamento in tal senso che dovrebbe indurre a porre particolare attenzione oltre che alla riduzione della domanda di ricovero all'effettiva utilità ed appropriatezza d'uso del Day Hospital;

3) nessuna regione presenta una situazione teoricamente ottimale, con TDS inferiore e % di DH superiore alla media nazionale. A tale condizione, che esprimerebbe un ricorso minimo al ricovero in degenza ordinaria per il set dei DRG medici/LEA ed un ampio utilizzo del DH e dei servizi extradegenza, si avvicinano concretamente alcune delle regioni comprese nel gruppo successivo, in particolare Piemonte e Toscana;

4) le regioni che presentano un TDS e una % di DH inferiore alla media nazionale dimostrano come sia possibile adottare efficaci politiche di contrasto del fenomeno dell'inappropriatezza dei ricoveri. Le azioni intraprese hanno probabilmente interessato oltre che il settore ospedaliero anche l'individuazione di percorsi diagnostici terapeutici extradegenza e l'attivazione di modelli organizzativi sul tipo del Day Service. Fanno parte di questo gruppo circa la metà delle regioni (Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, PA di Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Marche). È evidente che in queste realtà l'obiettivo di ridurre l'ospedalizzazione per i DRG medici a rischio di inappropriatezza è stata giocata sia sul fronte del ricovero ordinario che del ricovero diurno facendo leva sul livello di offerta, su elevate *performance* e sull'accessibilità della rete dei servizi ambulatoriali e distrettuali. Purtroppo il vuoto informativo relativo all'attività ambulatoriale costituisce un limite per un'oggettiva ed esaustiva valutazione delle azioni rivolte in questa direzione.

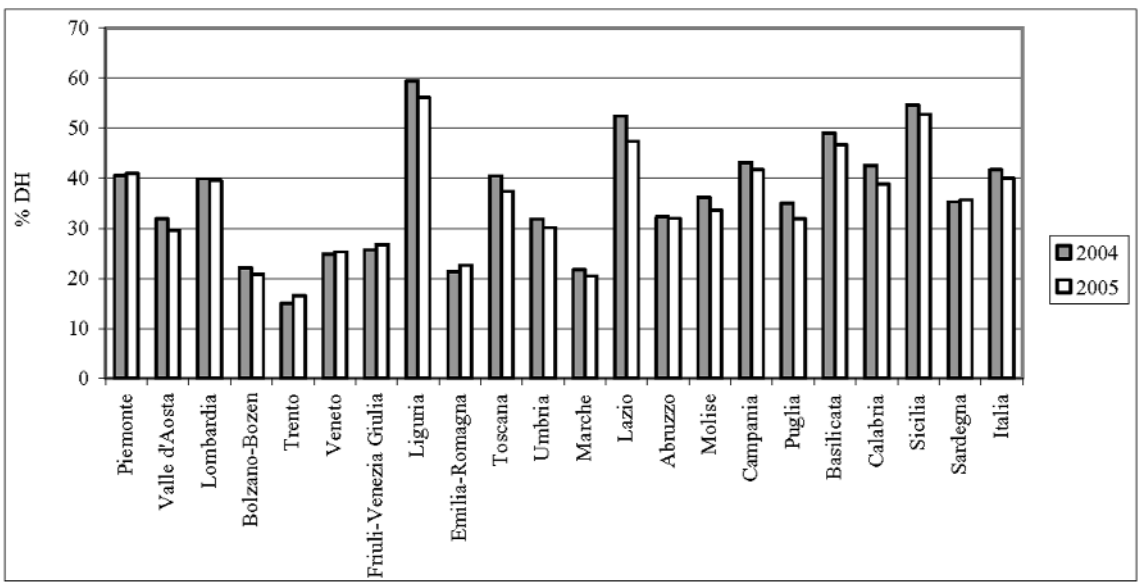
Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 500

Tabella 1 - *Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 1.000) e percentuale di utilizzo del Day Hospital per tutti i DRG medici a rischio di inappropriatezza, per regione - Anni 2004, 2005*

Regioni	Tasso standardizzato			% Casi DH		
	2004	2005	Δ %	2004	2005	Δ %
Piemonte	13,05	11,91	-8,74	40,90	40,51	-0,95
Valle d'Aosta	10,53	9,45	-10,26	29,50	31,91	8,17
Lombardia	21,97	21,50	-2,14	39,60	39,87	0,68
Bolzano-Bozen	*28,72*	*26,08*	*-9,19*	*20,80*	*22,12*	*6,35*
Trento	*15,28*	*14,49*	*-5,17*	*16,50*	*15,05*	*-8,79*
Veneto	15,51	14,57	-6,06	25,30	24,83	-1,86
Friuli-Venezia Giulia	10,75	10,62	-1,21	26,80	25,69	-4,14
Liguria	28,93	26,65	-7,88	56,10	59,44	5,95
Emilia-Romagna	13,72	12,79	-6,78	22,60	21,38	-5,40
Toscana	12,78	12,27	-3,99	37,40	40,51	8,32
Umbria	21,12	18,04	-14,58	30,10	31,85	5,81
Marche	13,50	12,41	-8,07	20,50	21,69	5,80
Lazio	33,36	34,71	4,05	47,40	52,39	10,53
Abruzzo	42,17	40,33	-4,36	32,00	32,27	0,84
Molise	37,05	36,06	-2,67	33,60	36,16	7,62
Campania	36,65	37,12	1,28	41,70	43,11	3,38
Puglia	30,51	29,92	-1,93	31,90	35,01	9,75
Basilicata	29,72	27,14	-8,68	46,70	49,06	5,05
Calabria	37,39	35,23	-5,78	38,90	42,55	9,38
Sicilia	44,05	41,17	-6,54	52,80	54,61	3,43
Sardegna	37,17	35,54	-4,38	35,70	35,28	-1,18
Italia	**25,68**	**24,84**	**-3,27**	**40,00**	**41,72**	**4,30**

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2007.

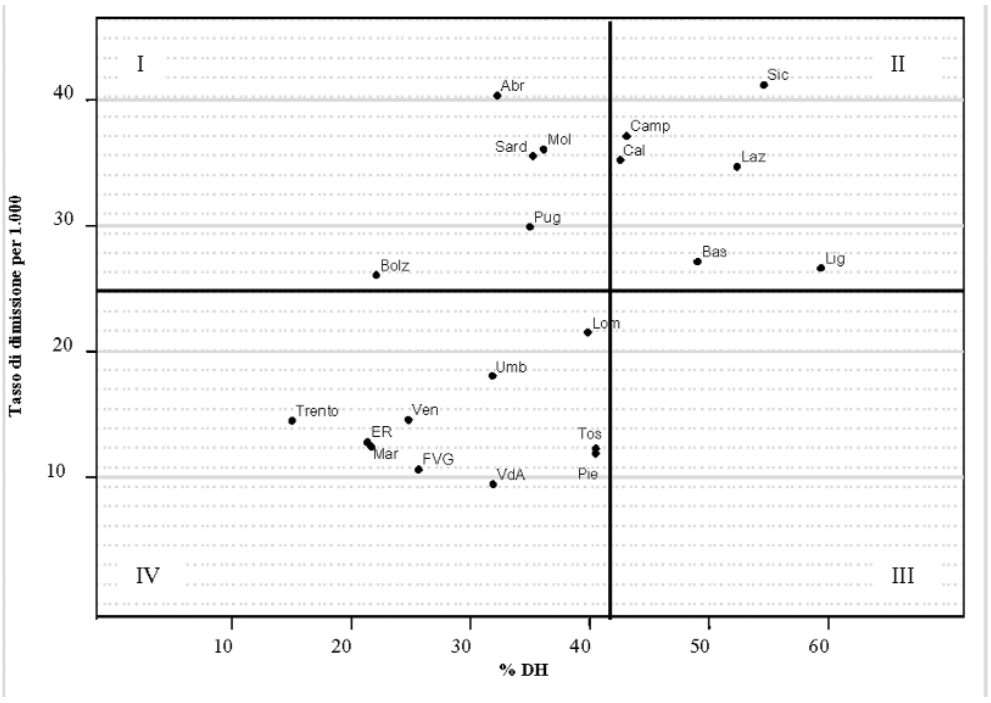
Grafico 1 - *Percentuale di utilizzo del Day Hospital per tutti i DRG medici a rischio di inappropriatezza per regione - Anni 2004, 2005*



Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2007.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 501

Grafico 2 - *Percentuale di utilizzo del Day Hospital e tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere per i DRG medici a rischio di inappropriatezza per regione – Anno 2005*



Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2007.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'analisi svolta conferma che le indicazioni del DPCM 29/11/2001, sebbene in larga massima rispettate ed in molti casi positivamente superate grazie all'adozione di efficaci politiche volte a contrastare il fenomeno dell'inappropriato uso dell'ospedale, in alcune regioni (quelle del primo e del secondo gruppo-grafico 2) non hanno ancora sortito l'effetto atteso. Comunque il trend generale rispecchia abbastanza fedelmente le indicazioni della programmazione nazionale. Si può peraltro prevedere che il consolidamento delle azioni avviate nelle diverse realtà regionali possa produrre in prospettiva ulteriori risultati positivi, fino a ridurre in modo significativo le consistenti differenze rilevate tra le diverse aree del paese. A tale riguardo le raccomandazioni poste in passato da Osservasalute al fine di perseguire un effettivo miglioramento del *setting* assistenziale per i DRG ad elevato rischio di inappropriatezza sono ancora attuali e mantengono la loro validità, specie per quelle situazioni limite che nel frattempo non hanno ancora avviato o messo a regime efficaci azioni correttive.

Occorre pertanto continuare a promuovere azioni mirate alla riduzione della domanda di ricovero ed al progressivo trasferimento dell'attività di degenza ordinaria in Day Hospital e nella rete dei sevizi ambulatoriali e distrettuali, senza trascurare l'esigenza di disporre di maggiori informazioni rispetto all'offerta ed all'accessibilità dei servizi ambulatoriali al fine di valutare compiutamente alcuni importanti determinanti dell'inappropriatezza dei ricoveri.

Rispetto a questo ultimo aspetto il confronto dei dati 2004-2005 conferma definitivamente che in un numero sempre maggiore di regioni non sembra logico perseguire ancora l'obiettivo di trasferire attività di ricovero ordinario in DH e di incrementare la quota di ricovero in tale sede. Infatti, avendo già agito sulla domanda e sulla struttura dell'offerta, tali realtà registrano TDS molto bassi, costanti decrementi dell'attività di DH per i DRG considerati e sembrano avere aperto un nuovo fronte che pone al centro dei percorsi diagnostici e terapeutici, anche per prestazioni di una certa complessità, il livello di assistenza distrettuale.

Tali nuove evidenze suggeriscono l'utilità di rimodulare le ipotesi di analisi e di programmazione.

In termini di analisi, oltre ai parametri studiati, per rendere più robuste le valutazioni a livello delle singole regioni, sarebbe opportuno considerare anche il tasso di dimissione al netto dei ricoveri di 1 giorno in DO e DH, valutare meglio la natura di tali accessi, per lo più diagnostici, ed avviare anche solo localmente rilevazioni omogenee sulle tipologie di attività di diagnostica ambulatoriale che hanno dimostrato di avere un impatto positivo sul fronte dell'appropriatezza dei ricoveri.

In termini di programmazione occorre che sia concretamente recepita e perseguita l'indicazione della Conferenza Stato-Regioni che abbassa a 180 per 1.000 abitanti il tasso di ospedalizzazione generale e che sia valutata l'opportunità che in tutte le regioni i

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 502

DH di tipo medico siano sempre più sostituiti da modelli di organizzazione sul tipo del Day Service, in quanto livello di erogazione delle prestazioni maggiormente appropriato rispetto al ricovero. In una prospettiva di progressiva deospedalizzazione di alcune patologie, con la garanzia di adeguate condizioni organizzative, potrebbe essere opportuno prevedere ulteriori riduzioni tariffarie per le prestazioni erogate in regime di Day Hospital in modo da incentivare il ricorso a modelli di erogazione meno onerosi ed altrettanto efficaci riguardo la qualità dell'assistenza erogata.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 503

Ricoveri di un giorno per DRG medici

Significato. Assicurare un uso appropriato dei servizi rappresenta uno degli obiettivi prioritari del nostro sistema di erogazione delle prestazioni sanitarie. I ricoveri ordinari con degenza di un solo giorno rappresentano un importante aspetto dell'inappropriato uso dell'ospedale. Nella maggioranza dei casi i ricoveri che si concludono entro le 24 ore sono espressione di imperfette valutazioni cliniche, di anomalie organizzative o di modelli assistenziali ancora troppo centrati sulla rete dei servizi ospedalieri piuttosto che su quella dei servizi territoriali alternativi al ricovero. La percentuale di ricoveri medici di un giorno è un indicatore di processo che consente di orientare l'analisi dell'appropriato uso della degenza ordinaria sia che il fenomeno riguardi la gestione degli accessi urgenti avviati al ricovero dal Pronto Soccorso, sia la correttezza delle indicazioni poste per i ricoveri programmati di tipo internistico.

Percentuale di ricoveri di un giorno per DRG medici

$$\text{Numeratore} = \text{Dimissioni ospedaliere con 1 solo giorno di degenza con DRG medico}$$

$$\text{Denominatore} = \text{Dimissioni ospedaliere con DRG medico}$$

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100$$

Validità e limiti. L'indicatore considera insieme sia i ricoveri urgenti che i ricoveri programmati con un solo giorno di degenza. Ai primi vanno ascritti casi che per vari motivi hanno ricevuto un'insufficiente valutazione clinica all'atto dell'accettazione in Pronto Soccorso e casi per i quali il ricorso ai servizi di urgenza si rende necessario per carenze nell'offerta o nell'accesso ai servizi erogati dai Medici di Medicina Generale o presso i poli diagnostici e/o terapeutici extraospedalieri. Questa ultima condizione e le liste di attesa per indagini diagnostiche complesse, rappresentano le cause più frequenti del ricorso a ricoveri programmati che si esauriscono in una sola giornata di degenza.
Dai ricoveri di un giorno sono esclusi quelli relativi ai pazienti deceduti ed ai trasferiti in altri ospedali per il proseguimento delle cure in quanto si presume che entrambe le situazioni esprimano condizioni assistenziali particolari, non direttamente correlate ai modelli organizzativi adottati per contrastare il fenomeno dell'appropriatezza dei ricoveri. Sono invece compresi i ricoveri di un solo giorno effettuati nelle strutture di degenza che svolgono funzioni di Medicina d'urgenza e pertanto occorre tenere conto di questo limite nell'interpretazione e nella valutazione dei dati, in specie per le regioni che non hanno ancora avviato funzioni del tipo dell'Osservazione Breve presso i servizi di Pronto Soccorso.

Valore di riferimento/Benchmark. Il valore medio nazionale può essere assunto come riferimento di base per un adeguato confronto mentre il più basso tra i valori rilevati (6,4%) fornisce una misura concreta dei potenziali margini di miglioramento.

Descrizione dei risultati

I ricoveri medici di un giorno effettuati nel 2005 in degenza ordinaria a livello nazionale sono stati oltre 573 mila, l'11,8% del totale dei ricoveri. Il confronto degli ultimi tre anni mostra una riduzione del 5,6% del numero assoluto dei ricoveri di un giorno (circa 32.000 ricoveri tra il 2005 e il 2003), cui si contrappone un consistente incremento, pari al 12,3%, della proporzione tra ricoveri di un giorno e ricoveri complessivi (dal 10,5% del 2003 al l'11,8% del 2005). L'analisi dei dati dimostra pertanto che la forte contrazione dei ricoveri ordinari registrata negli ultimi anni, diretta conseguenza delle azioni avviate per migliorare l'appropriatezza organizzativa attraverso la scelta di *setting* assistenziali alternativi, ha interessato solo in minima parte i ricoveri di un giorno, segno che permangono quasi invariate le condizioni che determinano tale fenomeno (tabella 1 e grafico 1). Rispetto all'indicatore oggetto di analisi tutte le regioni hanno migliorato o mantenuto costanti le proprie *performance* rispetto all'anno precedente ad eccezione della Valle d'Aosta, Abruzzo, Campania e Sardegna che presentano risultati peggiori (grafico 1). Si rilevano ancora forti differenze regionali ed una accentuata variabilità (il range è compreso tra il 6,4 % del Veneto e il 25,9% della Campania) che peraltro tende ad accentuarsi rispetto al passato. Il dato della Campania, storicamente anomalo, registra un peggioramento sia nel numero assoluto che nella quota relativa di ricoveri di un giorno in tutti e tre gli anni considerati. In questa regione anche nel 2005 più di un ricovero di tipo ordinario ogni quattro si conclude con una degenza di un solo giorno. Il dato dovrebbe indurre ulteriori e approfondite analisi del contesto organizzativo per comprendere se tale eccesso di ospedalizzazione impropria sia da ascrivere ad un insufficiente azione di filtro dei servizi di urgenza, ad un improprio utilizzo della degenza ordinaria per eseguire accertamenti ed attività assistenziali proprie del livello ambulatoriale distrettuale e del Day Hospital, oppure ad entrambi i fattori. Nel 2005 sei regioni (PA di Bolzano, Umbria, Abruzzo, Campania, Calabria e Sardegna) presentano percentuali di ricoveri medici di un giorno in degenza ordinaria superiori alla media nazionale, in analogia a quanto rilevato nell'anno precedente (tabella 1 e grafico 1). Un elevato numero di ricoveri medici di un giorno effettuati in regime di degenza ordinaria incide sul tasso di ospedalizzazione. Il grafico 2, che mette in relazione l'indicatore oggetto di analisi con il tasso di ospedaliz-

G. PIERONI, M. BELLETTI, L. MURIANNI, P. GRANELLA, M.P. FANTINI, L. LISPI

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 504

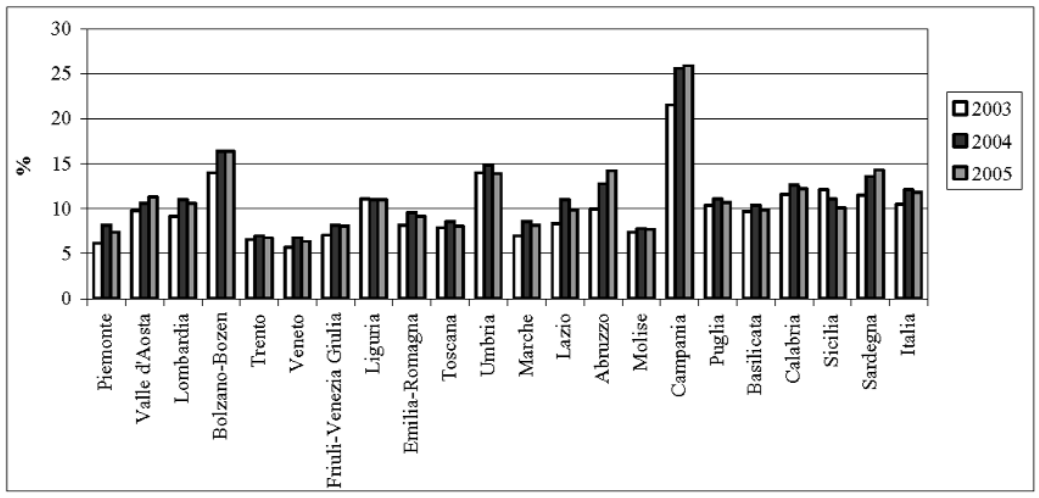
zazione per i ricoveri ordinari, standardizzato sulla popolazione del 2001, fornisce una chiara evidenza del contributo fornito dai ricoveri potenzialmente inappropriati agli scostamenti rilevati, specie nelle regioni del Sud, per tale parametro della programmazione ospedaliera. Tutte le regioni con valori dell'indicatore superiori alla media nazionale fanno registrare anche elevati tassi di ospedalizzazione (gruppo 2), ad eccezione dell'Umbria che fa registrare un basso tasso di ospedalizzazione (gruppo 1). Lo stesso grafico mette in evidenza che in 10 regioni (del Centro-Nord) ad una proporzione di ricoveri di un giorno inferiore alla media nazionale corrisponde un altrettanto basso tasso di ospedalizzazione (gruppo 4). Cinque regioni presentano invece una quota di ricoveri di un giorno relativamente bassa ed un tasso di ospedalizzazione superiore alla media nazionale (Basilicata, Lazio, Sicilia, Puglia, e Molise) (gruppo 3). In tali realtà è probabile che, in assenza di azioni correttive specifiche, la quota di ricoveri di un giorno sarà destinata ad aumentare oltre i valori soglia nel momento in cui saranno intraprese efficaci azioni per contrastare con decisione il fenomeno dell'eccesso di ospedalizzazione.

Tabella 1 - *Dimissioni ospedaliere con un solo giorno di degenza (valori assoluti e percentuali) in regime di ricovero ordinario e DRG medico per regione - Anni 2003-2005*

Regioni	2003		2004		2005	
	Dimessi	%	Dimessi	%	Dimessi	%
Piemonte	18.736	6,2	19.409	8,2	18.413	7,4
Valle d'Aosta	1.005	9,8	827	10,6	900	11,3
Lombardia	74.943	9,2	76.156	11,0	75.006	10,6
Bolzano-Bozen	*8.195*	*14,0*	*7.767*	*16,4*	*7.826*	*16,4*
Trento	*2.818*	*6,6*	*2.280*	*7,0*	*2.312*	*6,8*
Veneto	23.079	5,7	21.799	6,8	21.008	6,4
Friuli-Venezia Giulia	7.060	7,1	6.512	8,2	6.697	8,1
Liguria	18.624	11,1	14.834	11,0	14.869	11,0
Emilia-Romagna	31.801	8,2	30.138	9,6	29.644	9,2
Toscana	25.982	7,9	22.981	8,6	21.655	8,1
Umbria	11.990	14,0	10.595	14,8	9.942	13,9
Marche	9.870	7,0	9.914	8,6	9.482	8,2
Lazio	45.913	8,4	52.518	11,0	46.904	9,9
Abruzzo	17.874	10,0	21.053	12,8	23.753	14,2
Molise	3.055	7,4	2.863	7,8	2.965	7,7
Campania	130.285	21,5	134.214	25,6	137.950	25,9
Puglia	50.566	10,4	44.813	11,1	43.955	10,7
Basilicata	5.514	9,7	4.925	10,4	4.748	9,9
Calabria	26.265	11,6	24.655	12,6	23.421	12,2
Sicilia	71.753	12,1	56.124	11,1	48.545	10,1
Sardegna	21.019	11,5	22.224	13,6	23.959	14,3
Italia	**606.347**	**10,5**	**586.601**	**12,1**	**573.954**	**11,8**

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2007.

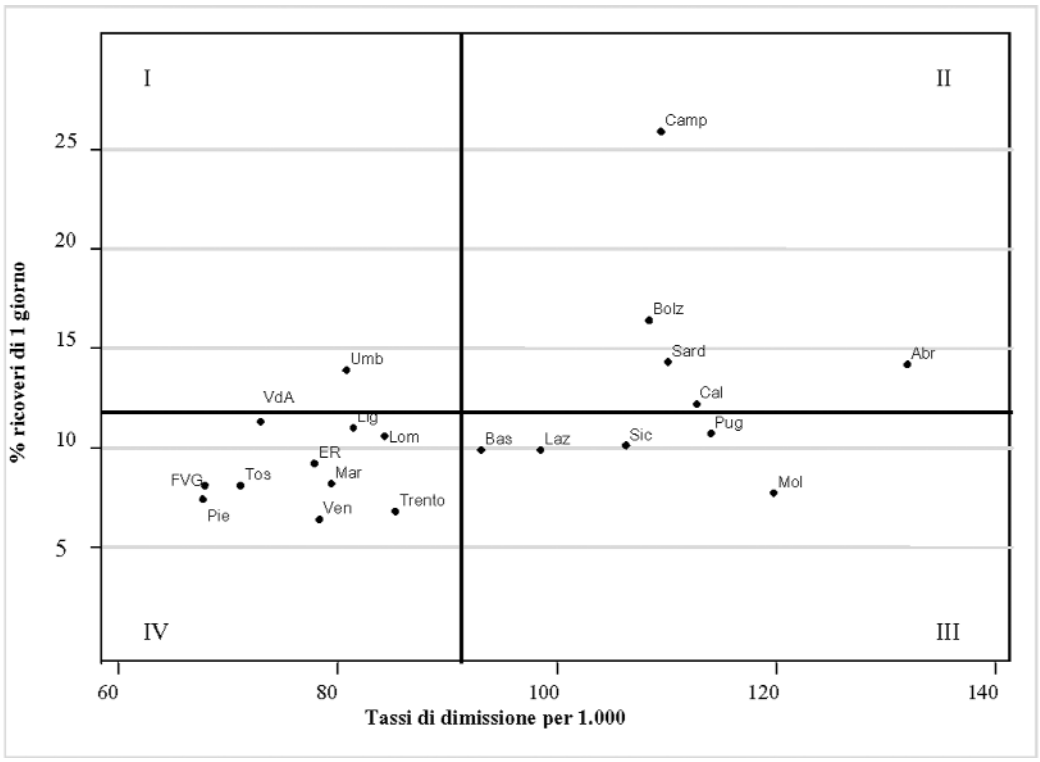
Grafico 1 - *Dimissioni (per 100) con DRG medico con un solo giorno di degenza in regime ordinario per regione - Anni 2003-2005*



Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2007.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 505

Grafico 2 - *Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per DRG medici e ricoveri di un giorno (per 100) – Anno 2005*



Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2007.

Raccomandazioni di Osservasalute

Contrastare l'inappropriato uso della degenza ordinaria, oltre che contribuire a ridurre il tasso di ospedalizzazione entro il limite complessivo di 180 ricoveri per 1.000 abitanti fissato dalla programmazione nazionale, può consentire, senza modificare nella sostanza i livelli prestazionali ed assistenziali assicurati ai cittadini, un migliore utilizzo delle risorse disponibili e la valorizzazione del ruolo dell'ospedale come luogo deputato a fornire risposte assistenziali a problemi di salute complessi caratterizzati da acuzie e gravità.
Il fenomeno dell'elevato numero di ricoveri medici di un solo giorno è certamente dipendente dal comportamento dei clinici, ma quasi sempre concorrono caratteristiche non fisiologiche del contesto organizzativo di riferimento, anomalie del sistema dell'offerta di servizi e spesso anche politiche tariffarie regionali che non favoriscono i comportamenti virtuosi e/o penalizzano in modo insufficiente l'inappropriato uso della degenza ordinaria. La correzione di queste anomalie impone alle regioni di migliorare l'analisi delle cause alla radice del fenomeno al fine di promuovere, in coerenza con le indicazioni del DPCM 29 novembre 2001 sui LEA, specifici programmi finalizzati agli obiettivi di appropriatezza, allo sviluppo della rete dei servizi territoriali e alla loro effettiva integrazione con il livello ospedaliero. In ultimo, per contrastare i comportamenti anomali nonché l'artificiosa induzione della domanda, non devono essere sottovalutati i benefici che deriverebbero dalla definizione, con il coinvolgimento dei clinici, di adeguati percorsi diagnostico terapeutici per alcune patologie a bassa complessità ed elevata incidenza e, nei casi limite, dall'eventuale introduzione di forti disincentivi economici per le strutture che presentano valori oltre soglie definite.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 506

Valutazione della mobilità sanitaria per peso di DRG

Dott. Gabriele Messina, Dott.ssa Lucia Lispi, Dott. Nicola Vigiani, Prof. Nicola Nante

Contesto

Lo studio della mobilità è uno strumento utile sia per la valutazione dell'utilizzazione delle strutture che per la definizione delle aree in cui si possono verificare carenze nell'offerta ed è paragonabile agli studi di marketing effettuati dalle società private: i pazienti, infatti, scegliendo un luogo di cura al di fuori della propria regione di residenza, giudicano implicitamente le strutture della loro regione in maniera negativa e valutano in maniera positiva le strutture della regione di ricovero (1).
Gli studi sulla mobilità generale, se da un lato sono assai utili al fine di descrivere sommariamente la capacità di una regione di soddisfare la propria domanda interna di ricoveri, dall'altro risultano essere troppo generici per basarvi interventi specifici di riorganizzazione dell'offerta assistenziale.
Migliori indicazioni in questo senso possono, invece, derivare da uno studio della mobilità sanitaria in funzione del peso del DRG del ricovero che ha causato lo spostamento (2): tanto minore sarà la complessità della patologia per cui si abbandona la propria regione, tanto minore sarà la fiducia riposta nel servizio sanitario della propria regione e tanto maggiore sarà la differenza percepita tra i sistemi sanitari delle due regioni. Le informazioni desunte da tale analisi potrebbero essere di valido aiuto per individuare le aree di intervento per aumentare il livello di competitività di un servizio sanitario: se sarà necessario solo implementare l'offerta sanitaria specialistica più avanzata (nel caso di fughe solo per le patologie più complesse) oppure se saranno necessari interventi strutturali più pesanti (nel caso di fughe generalizzate che interessino anche i DRG di minore complessità).

Metodi

Preliminarmente abbiamo classificato i DRG in tre gruppi in relazione al loro peso (3,4):
1. DRG a bassa complessità (peso inferiore a 1; 261 DRG);
2. DRG a media complessità (peso superiore a 1 ma inferiore a 2,5; 178 DRG);
3. DRG ad alta complessità (peso superiore a 2,5; 67 DRG).

Per ognuna di queste classi di complessità, utilizzando i dati forniti dal Ministero della Salute relativi ai ricoveri ospedalieri avvenuti in Italia nell'anno 2005, si sono definiti i flussi di pazienti in entrata e in uscita da ciascuna delle 21 regioni e per ogni classe di complessità si è costruito un Nomogramma di Gandy (5).
Il nomogramma di Gandy utilizzato per la rappresentazione grafica del fenomeno sintetizza l'utilizzo delle strutture ospedaliere di una regione in funzione della provenienza dei pazienti in esse ricoverate:

$$X = \frac{\text{Ricoveri residenti (Rr)}}{\text{Ricoveri residenti (Rr)} + \text{Ricoveri di non residenti (A)}} \times 100$$

$$Y = \frac{\text{Ricoveri residenti (Rr)}}{\text{Ricoveri residenti (Rr)} + \text{Ricoveri di residenti in altra regione (F)}} \times 100$$

Il nomogramma (grafico 1) è un'area quadrata di lato 100, nella quale una bisettrice determina due triangoli: in quello con base superiore sono incluse le condizioni in cui il numero di attrazioni è maggiore di quello delle fughe, condizione opposta si ha in quello con base inferiore. Nel nomogramma di Gandy sull'asse delle ascisse è rappresentata la percentuale dei ricoveri di residenti sul totale di quelli effettuati in una regione, mentre sulle ordinate è rappresentata la percentuale dei residenti ricoverati nella propria regione sul totale dei ricoveri dei residenti, ovunque avvenuti, nello stesso periodo. Tanto più una regione si colloca in alto, tanto più essa soddisfa "in loco" la domanda della propria popolazione e, tanto più una regione si colloca a sinistra, tanto più è alta la percentuale di pazienti attratti da altre regioni. Quando le percentuali di pazienti "attratti" e "fuggiti" si compensano tra loro le regioni si collocano sulla bisettrice. La posizione nel nomogramma indica, dunque, contemporaneamente quanto una regione abbia saputo dare risposta ai bisogni di salute della propria popolazione e quanto sia stata in grado di attrarre pazienti da altre regioni. Dal confronto delle prestazioni ottenute da ciascuna regione in ciascuna delle tre classi in cui abbiamo diviso la mobilità sanitaria si può dedurre per quali DRG si generano maggiori flussi percentuali di pazienti e, regione per regione, valutare fino a quanto i residenti si fidano del servizio sanitario della propria regione.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 507

Risultati e Discussione

Tutte le regioni soddisfano al loro interno la maggior parte della domanda di ricovero proveniente dai loro residenti in tutte e tre le categorie di peso di DRG in cui abbiamo diviso i ricoveri.

Nonostante questo si possono evidenziare differenze, anche importanti, tra le *performances* delle diverse regioni, che si fanno più evidenti con l'aumentare della complessità dei ricoveri.

Se, infatti, per i ricoveri a bassa complessità si ha una distribuzione dei flussi migratori che ricalca abbastanza fedelmente quanto è emerso in precedenti indagini sulla mobilità generale (6), nei ricoveri a più alta complessità emergono delle differenze assi più evidenti.

Già a livello nazionale si rileva una progressiva diminuzione della percentuale di soddisfacimento interno della domanda di ricovero, con una percentuale di ricoveri effettuati all'interno della regione di residenza che passa dal 93,4% per i ricoveri a bassa complessità al 92,7% per i ricoveri a media complessità, fino ad assestarsi sull'89% per i ricoveri a più alta complessità.

Questo dimostra già a livello "macro" un aumento della propensione ad abbandonare la propria regione di residenza all'aumento della complessità del ricovero.

Tale tendenza è confermata anche a livello "micro", dove le percentuali di fuga aumentano in tutte le regioni all'aumentare della complessità. L'incremento delle fughe è assai minore in quelle regioni che tendenzialmente hanno un miglior soddisfacimento interno della domanda: Piemonte, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Toscana e Lazio sono le regioni che mantengono tale indicatore al di sotto del 10% in tutte e tre le categorie di ricoveri. La Lombardia, ottiene il risultato migliore, essendo l'unica regione a limitare al di sotto del 5% le fughe in tutte le classi di ricovero. Le due regioni insulari, che pure nei ricoveri a più bassa complessità fanno registrare valori inferiori al 4%, vedono aumentare considerevolmente le fughe per i ricoveri più complessi (entrambe al di sopra dell'11%), facendo supporre che sia la particolare posizione geografica a limitare le fughe per i ricoveri meno complessi. La Provincia Autonoma di Trento, la Valle d'Aosta, il Molise, la Basilicata e la Calabria fanno, invece, registrare gli aumenti più vistosi, superando il 30% di abbandoni nella categoria a più alta complessità. Percentuali così elevate, e superiori di circa 15 punti percentuali alla meno performante delle altre regioni (Marche), sono forse esplicabili dalla mancanza nelle regioni sopra indicate di strutture specialistiche in grado di rispondere alla domanda di interventi maggiormente complessi (tabella 1).

Il confronto delle percentuali delle attrazioni nelle tre classi di complessità mostra variazioni meno evidenti rispetto al confronto delle percentuali di fuga: passando dai ricoveri a bassa complessità a quelli a media ed alta complessità si registra nella maggior parte delle regioni un aumento della percentuale dei ricoveri erogati a pazienti non residenti. Non seguono tale andamento la Provincia Autonoma di Trento, il Friuli-Venezia Giulia, le Marche, la Calabria e la Sardegna, che mostrano una riduzione di tale quota (tabella 1).

La regione verso cui si rivolge la maggior parte degli italiani che decidono di abbandonare la propria regione per ricoverarsi è la Lombardia, che accoglie il 17,5% dei pazienti che "fuggono" per ricoveri a bassa complessità, il 21,4% per quelli a media complessità e addirittura il 27,8% per quelli ad alta complessità; nelle altre regioni solo in Emilia-Romagna questa percentuale supera il 10% in tutte e tre le classi di ricoveri.

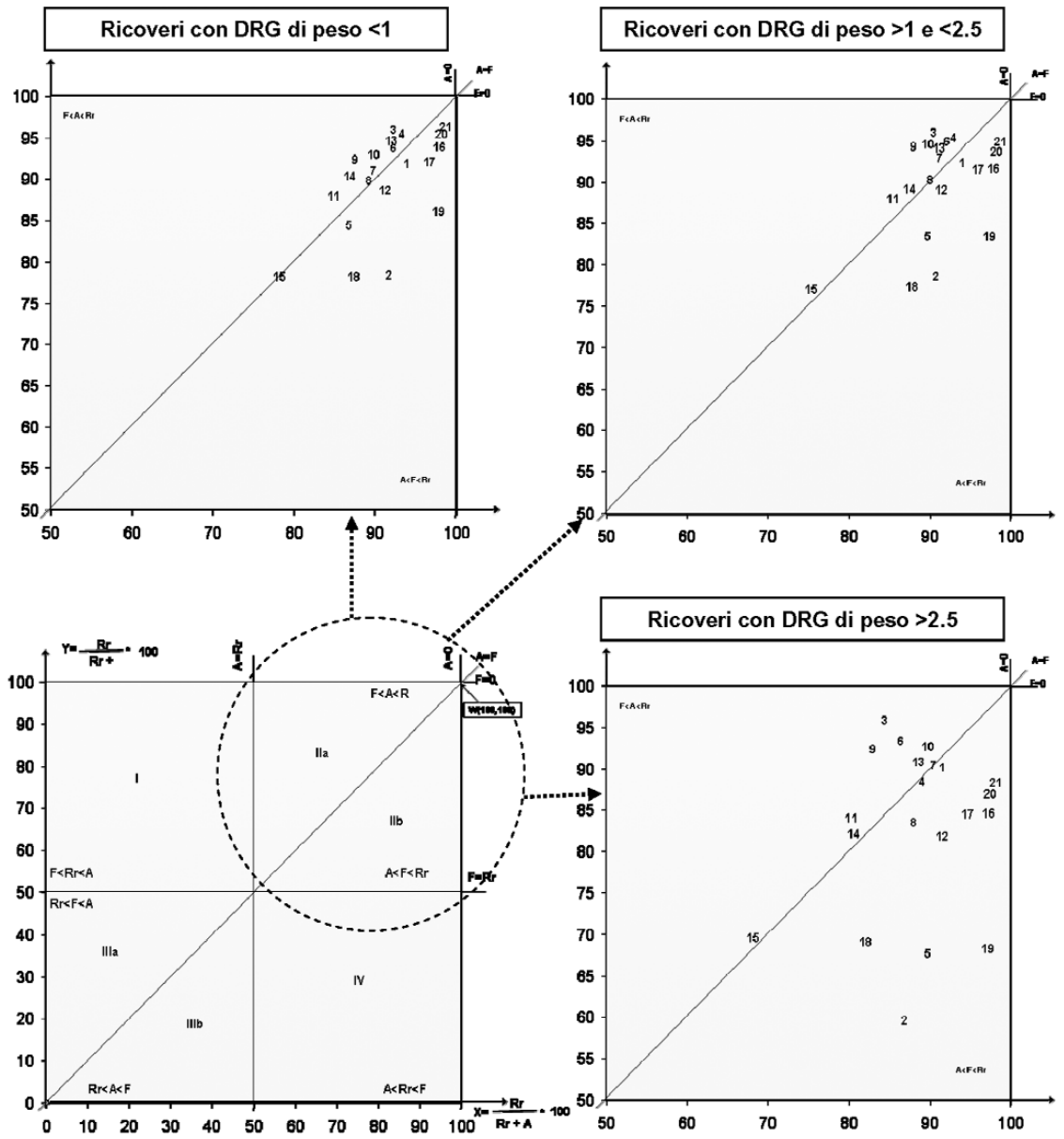
Nei tre nomogrammi di Gandy realizzati per peso del DRG di ricovero si apprezza immediatamente come tutte le regioni, soddisfacendo la maggior parte della domanda di ricovero espressa dai propri residenti al loro interno, si collochino, in tutti e tre i grafici, nel quadrante superiore destro, dove sia le fughe che le attrazioni sono minori dei ricoveri dei residenti (grafico 1).

Differenze anche assai evidenti si possono però rilevare sia tra la collocazione delle diverse regioni all'interno dello stesso grafico che confrontando la collocazione della stessa regione nei tre grafici.

Si può, infatti, apprezzare una dispersione dei simboli ed un loro allontanamento dalla bisettrice se si analizzano in sequenza i nomogrammi relativi alle tre classi di complessità dei ricoveri: tale dispersione è dovuta alla progressiva diminuzione dei ricoveri dei residenti, correlata all'aumento dei flussi migratori, cui si accompagna una maggiore differenziazione tra regioni che "guadagnano" e regioni che "perdono" pazienti (grafico 1).

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 508

Grafico 1 – *Mobilità ospedaliera per peso del DRG di ricovero. Nomogrammi di Gandy – Anno 2005*



ASSE X = Percentuale dei ricoveri dei residenti in una Regione effettuati nella Regione di appartenenza, sul totale dei ricoveri.
ASSE Y = Percentuale della domanda di ricovero espressa dai residenti in una Regione soddisfatta in tale Regione.
A = Ricoveri di "immigrati" da altre Regioni (Attrazioni).
F = Ricoveri di residenti in una Regione in ospedali di altre Regioni (Fughe).
Rr = Ricoveri dei residenti in una Regione.

1 Piemonte	11 Umbria
2 Valle d'Aosta	12 Marche
3 Lombardia	13 Lazio
4 *Bolzano-Bozen*	14 Abruzzo
5 *Trento*	15 Molise
6 Veneto	16 Campania
7 Friuli-Venezia Giulia	17 Puglia
8 Liguria	18 Basilicata
9 Emilia-Romagna	19 Calabria
10 Toscana	20 Sicilia
	21 Sardegna

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 509

Tabella 1 - *Fughe ed attrazioni per DRG per regione – Anno 2005*

Regioni	Ricoveri con DRG <1		Ricoveri con DRG >1 e <2,5		Ricoveri con DRG >2,5	
	Fughe	Attrazioni	Fughe	Attrazioni	Fughe	Attrazioni
Piemonte	7,8	6,1	7,8	5,8	9,7	8,4
Valle d'Aosta	21,4	8,3	21,3	9,1	40,7	13,0
Lombardia	3,9	7,3	4,0	9,4	4,1	15,4
Bolzano-Bozen	*4,0*	*7,0*	*4,8*	*7,3*	*11,1*	*10,8*
Trento	*15,2*	*13,1*	*16,6*	*10,0*	*32,5*	*10,1*
Veneto	5,5	7,7	5,1	7,7	6,5	13,4
Friuli-Venezia Giulia	8,6	10,0	6,6	8,6	9,6	9,3
Liguria	9,5	10,5	9,9	9,8	16,5	11,8
Emilia-Romagna	7,3	12,3	5,6	11,7	7,4	17,2
Toscana	6,6	10,1	5,4	9,8	7,0	10,4
Umbria	11,8	15,4	12,1	14,4	16,1	19,5
Marche	11,0	9,0	10,9	8,4	18,0	8,3
Lazio	5,2	7,6	5,6	8,6	9,4	10,8
Abruzzo	9,7	12,7	11,0	12,3	17,8	19,3
Molise	21,7	21,9	23,1	24,7	30,6	32,1
Campania	5,8	2,2	8,4	2,1	15,2	2,7
Puglia	7,3	3,2	8,7	3,6	15,6	5,1
Basilicata	21,5	12,8	22,6	12,1	31,1	17,8
Calabria	13,5	3,1	16,7	2,6	31,6	2,6
Sicilia	3,9	1,8	6,1	1,4	12,7	2,2
Sardegna	3,5	1,6	5,2	1,2	11,6	1,4

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2007.

Conclusioni

Le differenti *performance* dei Servizi Sanitari Regionali non possono in questo caso essere imputate alla mobilità fisiologica (definita come quella mobilità vincolata a questioni logistiche (7)), ma a una effettiva preferenza dei pazienti: se infatti la mobilità fosse di tipo fisiologico al variare della complessità dei ricoveri non si sarebbero riscontrate le differenze che sono invece emerse in questo studio.

Risulta, dunque, evidente come ci siano notevoli disomogeneità nel livello di fiducia che i pazienti ripongono nei servizi sanitari delle regioni e come tali differenze si acuiscano all'aumentare della complessità dei ricoveri.

È inoltre evidente come vi siano alcune regioni che hanno saputo meglio inserirsi nel nuovo contesto di "quasi mercato", creatosi anche in Italia con la riforma del sistema sanitario degli anni 90, e come ve ne siano invece altre che non hanno saputo adeguarsi altrettanto rapidamente a questo nuovo scenario.

La sfida per quei Servizi Sanitari Regionali che non riescono a trattenere i propri pazienti, è quella di riuscire ad aumentare il livello della loro "qualità percepita", incrementando nel prossimo futuro sia la quantità che la qualità dell'offerta assistenziale.

Riferimenti bibliografici

(1) Nante N. RG, Al Farraj O., Morgagni S., Siliquini R., Moirano F., Messina G., Sassi F. Hospital patient migration: analysis using an utility index. In: K. W, editor. Public Health in Europe. 10 Years EUPHA. Berlin: Ed. Springer-Verlag GmbH & Co.KG, 2003: 293-316.
(2) Degli Esposti G, Rimondi M, Virgilio G, Ugolini C. Matrici di mobilità per DRGs: analisi descrittiva ed applicazioni per la programmazione e politiche sanitarie regionali. Mecosan 1996; 19: 53-62.
(3) Arniani S, Bartolacci S, Campanile C, Geddes da Filicaia M. Ricoverarsi a Firenze La georeferenziazione come strumento di analisi della mobilità. Firenze: Agenzia Regionale della Sanità della Toscana, 2004.
(4) Trerotoli P., Soldano S., Serio G. Degenza preoperatoria nel quadriennio 1998-2001: determinazione dei valori mediregionali per i DRG chirurgici. Osservatorio Epidemiologico Regione Puglia 2001.
(5) Gandy RJ. A graphical representation of the inter-relationship between districts. Hosp Health Serv Rev 1979; 75(2): 50-1.
(6) Nante N, Messina G, Girardi F, Lispi L. Studio della mobilità sanitaria. In: Ricciardi G, Folino-Gallo P, editors. Rapporto Osservasalute 2005. Roma: Università Cattolica del Sacro Cuore, 2005: 353-356.
(7) Balzi D, Geddes M, Lispi L. La "migrazione sanitaria" per tumore della mammella fra le regioni italiane: Ministero della Salute, 2002.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 510

Impatto del documento Piano Nazionale per le Linee Guida sugli interventi di adenotonsillectomia

Dott. Enrico Materia, Dott.ssa Lorenza Rossi, Dott. Riccardo Di Domenicantonio, Dott. Giovanni Baglio, Dott. Sergio Marletta, Dott.ssa Lucia Lispi, Prof.ssa Paola Marchisio, Prof.ssa Luisa Bellussi, Prof. Lodovico Perletti, Prof. Eugenio Pallestrini

Contesto

La tonsillectomia, benché non più praticata così di frequente come in passato, continua ad essere un intervento chirurgico assai comune, caratterizzato da un'ampia variabilità geografica e socio-economica (1,2), indizi di discrezionalità e di inappropriatezza clinica.
In Italia, nell'ambito del Programma Nazionale per le Linee Guida (PNLG), un gruppo di lavoro multidisciplinare coordinato dall'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio ha sviluppato un documento di indirizzo, basato sulle evidenze disponibili e con raccomandazioni di forza non graduata, sull'appropriatezza della chirurgia adenotonsillare (3). Il documento tratta le indicazioni agli interventi, le tecniche chirurgiche e anestesiologiche, la gestione perioperatoria e gli aspetti organizzativi.
Dall'aprile 2003, quando la linea guida venne presentata alla comunità medica e ai media, la sua diffusione e implementazione è stata realizzata adottando un approccio comprensivo integrando una campagna di stampa, pubblicazioni su siti internet con forum aperti alla discussione, articoli su giornali scientifici, presentazione e distribuzione durante convegni nazionali ed europei delle società medico-scientifiche, corsi di formazione, uso di *opinion leaders*, invii postali agli Assessorati alla Sanità, aziende, pediatri e otorinolaringoiatri e adozione in alcuni ospedali pediatrici di rilievo nazionale.
L'impatto della linea guida sulla pratica clinica è stato valutato analizzando l'andamento delle dimissioni, della spesa, dei tassi di ospedalizzazione e della loro variabilità geografica per gli interventi di tonsillectomia e/o di adenoidectomia negli anni 1998-2004. Tale valutazione rappresenta l'oggetto del presente rapporto.

Metodi

Sono stati utilizzati i dati delle dimissioni ospedaliere messi a disposizione dal Ministero della Salute selezionando gli episodi di ricovero avvenuti nel periodo 1998-2004 sulla base della presenza di uno o più dei codici ICD-9-CM 28.2 (tonsillectomia), 28.3 (adenotonsillectomia) e 28.6 (adenoidectomia) nei campi relativi agli interventi chirurgici e procedure.
I tassi di ospedalizzazione per regione, grezzi o standardizzati per età e sesso, sono stati calcolati (per 10.000 abitanti) a partire dalla variabile "regione di provenienza" e comprendono anche la casistica in mobilità e le dimissioni avvenute dagli istituti di cura privati non accreditati. Come denominatori dei tassi, nei diversi anni, sono state utilizzate le stime Istat della popolazione italiana o regionale. Come popolazione standard è stata utilizzata la popolazioni italiana del 2001.
Nelle analisi relative alle modalità organizzative del ricovero, i ricoveri ordinari di 0-1 giorno sono stati assimilati ai ricoveri in Day Hospital per equiparare one Day Surgery e ricovero diurno. Per il calcolo della spesa sono state utilizzate le tariffe in euro del DM 1977, specifiche per DRG di tonsillectomia e/o adenoidectomia, per età e regime di ricovero.

Risultati e Discussione

L'andamento degli episodi di ricovero per tonsillectomia con o senza adenoidectomia si mantiene stabile in Italia intorno ai 60.000 interventi dal 1998 fino al 2002, per decrescere di circa 8.000 casi (-15,8%) nel corso del 2003, primo anno di implementazione del documento di indirizzo (tabella 1). Tale riduzione del volume dei ricoveri si accompagna a una riduzione della spesa teorica pari a circa 12.8 milioni di euro tra l'anno 2002 e il 2003 su base nazionale, che solo per un terzo si stima attribuibile al trasferimento di prestazioni dal regime ordinario a quello di one Day Surgery (dati non riportati in tabella). Il tasso complessivo di tonsillectomia con o senza adenoidectomia, oscillante nel periodo 1998-2002 da 10,5 a 10,9 (per 10.000), si riduce a 9,1 nel 2003 e a 9,4 nel 2004 (tabella 1).
Contemporaneamente, anche il tasso di adenoidectomia mostra un progressivo decremento.
A partire dal 2003 si verifica anche una marcata riduzione della variabilità geografica dei tassi regionali di tonsillectomia, con o senza adenoidectomia, a causa sia del decrescere dei tassi nelle regioni ove questi erano più elevati (Piemonte, Valle d'Aosta, Provincia Autonoma di Bolzano, Marche, Abruzzo, Campania e Sicilia), che per l'aumento dei tassi in alcune regioni ove questi risultavano più bassi (Molise, Basilicata, Calabria e Sardegna) (tabella 2, grafico 1).

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 511

Il grafico 2 mostra la contrazione della variabilità dei tassi regionali con il ridursi della distanza interquartile e del range tra i valori estremi, tale da produrre una "regressione verso la media" dei valori dei tassi. Si profila anche un più regolare gradiente Nord-Sud per gli interventi di tonsillectomia, come atteso in base alla maggiore incidenza di tonsillite acuta ricorrente nelle aree più fredde del paese: la tonsillite è, infatti, responsabile del 52% delle tonsillectomie effettuate al Nord e solo del 22% al Sud (dati non riportati in tabella).

Tabella 1 - *Dimissioni ospedaliere e tassi di tonsillectomia e/o adenoidectomia (per 10.000) in Italia - Anni 1998-2004*

Anni	Dimissioni		Tassi	
	Tonsillectomia	Adenoidectomia	Tonsillectomia	Adenoidectomia
1998	61.761	34.510	10,85	6,06
1999	60.235	32.660	10,58	5,74
2000	61.109	32.616	10,73	5,73
2001	62.287	32.478	10,93	5,70
2002	59.916	30.604	10,51	5,37
2003	51.983	27.932	9,07	4,87
2004	54.326	26.928	9,38	4,65

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2005.

Tabella 2 - *Tassi (grezzi e standardizzati per 10.000) di dimissioni ospedaliere per regione di tonsillectomia, con o senza adenoidectomia, per regione - Anni 2000, 2004*

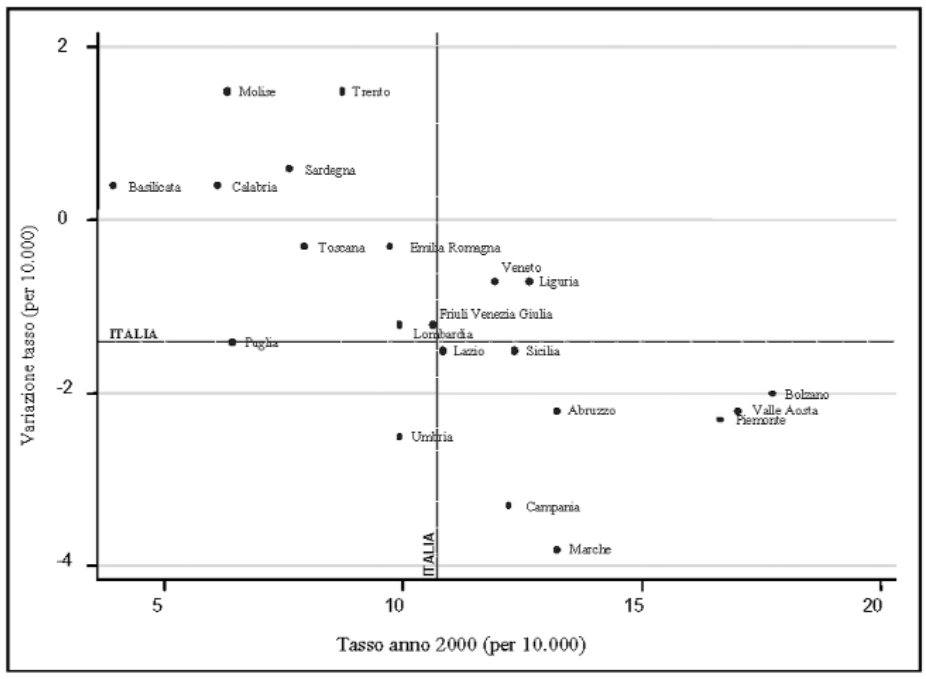
Regioni	Grezzi		Standardizzati	
	2000	2004	2000	2004
Piemonte	16,6	14,3	19,0	16,6
Valle d'Aosta	17,0	14,8	18,7	16,3
Lombardia	9,9	8,8	10,6	9,4
Bolzano-Bozen	*17,7*	*15,8*	*16,0*	*14,8*
Trento	*8,7*	*10,1*	*8,5*	*10,2*
Veneto	11,9	11,2	12,4	11,9
Friuli-Venezia Giulia	10,6	9,4	12,6	11,3
Liguria	12,6	11,9	16,3	15,7
Emilia-Romagna	9,7	9,4	11,6	11,1
Toscana	7,9	7,6	9,2	9,0
Umbria	9,9	7,5	11,3	8,6
Marche	13,2	9,4	14,3	10,4
Lazio	10,8	9,3	10,9	9,8
Abruzzo	13,2	11,0	13,1	11,7
Molise	6,3	7,8	6,1	8,2
Campania	12,2	8,9	9,3	7,3
Puglia	6,4	5,0	5,4	4,5
Basilicata	3,9	4,3	3,5	4,2
Calabria	6,1	6,5	5,2	6,0
Sicilia	12,3	10,8	10,2	9,7
Sardegna	7,6	8,2	7,3	8,6
Italia	**10,7**	**9,4**	**-**	**-**

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

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2005.

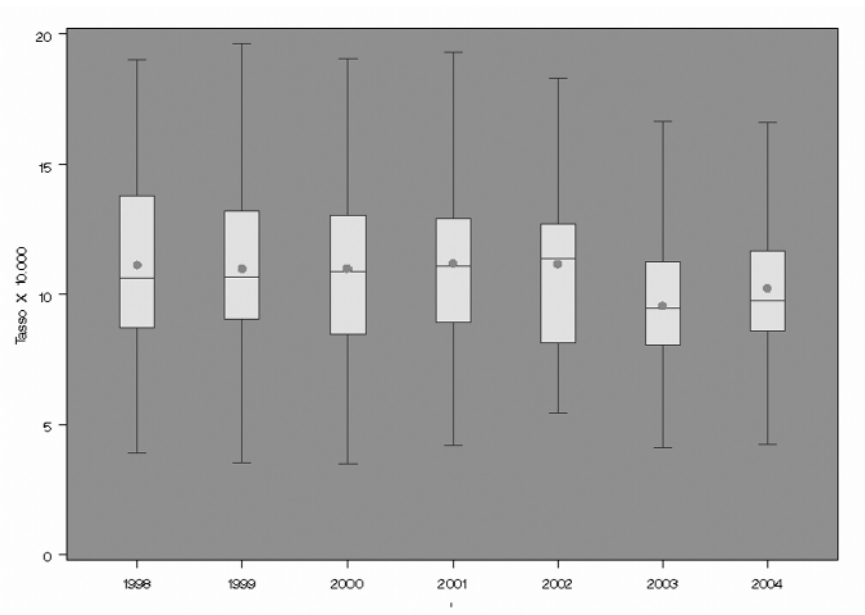
Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 512

Grafico 1 - *Confronto tra le differenze nei tassi regionali 2000-2004 e i tassi dell'anno 2000 (per 10.000)*



Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2005.

Grafico 2 - *Box-plot dei tassi regionali standardizzati (per 10.000) - Anni 1998-2004*



Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2005.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 513

Conclusioni

L'analisi dei tassi di tonsillectomia e/o adenoidectomia nel periodo 1998-2004 mostra che in Italia si è verificata, a partire dal 2003, una marcata diminuzione degli interventi di tonsillectomia con o senza adenoidectomia (circa 8.000 dimissioni in meno) e della relativa spesa (almeno 8 milioni di euro). Tale decremento appare attribuibile all'impatto del documento di indirizzo PNLG. Gli interventi miranti a migliorare l'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri intrapresi in Italia nell'ultimo decennio, dalla definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza alle Linee Guida per la Day Surgery, hanno infatti riguardato soprattutto il trasferimento di prestazioni dal ricovero ordinario verso livelli assistenziali meno intensivi (appropriatezza generica) piuttosto che l'appropriatezza clinica vera e propria. Inoltre fino al 2002, i tassi complessivi di ospedalizzazione per la tonsillectomia erano rimasti sostanzialmente stabili.

L'analisi ha permesso di rilevare anche una riduzione della variabilità regionale dei tassi di tonsillectomia. In particolare un decremento dei tassi regionali si è verificato in tutte le regioni ove risultavano più elevati nel 2000, mentre un aumento nel 2004 si è verificato in quasi tutte le regioni dove i tassi erano più bassi. Tale fenomeno suggerisce una diminuzione della chirurgia inappropriata e un maggior ricorso alla tonsillectomia nelle aree ove era sottoutilizzata. Si delinea quindi una tendenza verso un "tasso giusto" di interventi, se mai questo possa essere stabilito (4).

Tra i motivi che hanno contribuito al successo di questa iniziativa di Sanità Pubblica in Italia, alcuni sono già descritti nella letteratura relativa al trasferimento delle evidenze nella pratica clinica (5), mentre altri appaiono in qualche modo originali e meritano di essere approfonditi.

Tra i primi possiamo individuare l'approccio molteplice e combinato degli interventi utilizzati per l'implementazione del documento di indirizzo, nonché la coesione interna e l'entusiasmo che ha caratterizzato il gruppo di lavoro che ha sviluppato il documento e, successivamente, divulgato le raccomandazioni che questo riportava. Si sottolinea in particolare l'importanza della *leadership* e degli *opinion leaders* nei processi di coordinamento, sviluppo e implementazione del documento di indirizzo e l'importanza della campagna di stampa la cui efficacia nella promozione di buone pratiche cliniche è da tempo nota (6). Dopo la pubblicazione del documento PNLG e le discussioni da questo suscitate in ambito otorinolaringoiatrico e pediatrico, le raccomandazioni in esso riportate sono divenute comunque oggetto di attenzione. Il documento è stato indicato come riferimento agli specializzandi in Otorinolaringoiatria dell'Università di Torino, proprio nella regione ove i tassi standardizzati di tonsillectomia risultavano più elevati.

I requisiti metodologici essenziali richiesti a un linea guida di buona qualità comprendono il *panel* multidisciplinare, la ricerca sistematica della letteratura scientifica e il *grading* esplicito delle prove di efficacia e delle raccomandazioni. Può essere interessante notare come il documento d'indirizzo sulla tonsillectomia non includeva raccomandazioni di forza graduata, ma solo più cauti "suggerimenti". In questo caso l'assenza del parametro quantitativo del livello di *grading* non ha ostacolato l'impatto positivo del documento d'indirizzo. Ma forse, ciò che più ha favorito i risultati dell'iniziativa è stato "prendere il toro per le corna", affrontare cioè l'argomento tonsillectomia dal punto di vista del principale problema: l'inappropriatezza dell'intervento chirurgico, indicata dalla variabilità geografica e socio-economica. Il documento d'indirizzo aveva come oggetto esplicito la procedura a rischio di inappropriatezza e non la condizione morbosa sottostante (gestione della faringotonsillite o del mal di gola). In assenza di altre Linee Guida che si occupano direttamente e esplicitamente di indicazioni per la tonsillectomia, l'esperienza italiana ha suscitato un certo interesse internazionale (7).

Per il rinnovato Sistema Nazionale per le Linee Guida (SNLG), l'opzione di dare priorità alle procedure a più alto rischio di inappropriatezza potrebbe rivelarsi vantaggioso, anche per l'opportunità di poter monitorare con relativa facilità l'impatto della linea guida attraverso i dati del sistema informativo ospedaliero nazionale. Il nuovo SNLG potrà in ogni caso giovarsi dell'esperienza maturata nel processo di diffusione e di implementazione del documento di indirizzo.

Rimane da monitorare l'effetto del documento di indirizzo sulla tonsillectomia negli anni successivi al 2004. L'effetto potrebbe tendere ad attenuarsi nel tempo (*relapse*), in mancanza di interventi tesi a rinforzare i messaggi del documento stesso, anche se i dati preliminari raccolti nel Lazio fino al 2006 mostrano che il decremento dei tassi e della variabilità tende a mantenersi stabile.

A questo fine peraltro, il *panel* SNLG, attualmente al lavoro per aggiornare e integrare il documento sulla tonsillectomia, potrà rappresentare un *network* permanente di monitoraggio e supporto delle varie iniziative regionali, compresa la traduzione della linea guida a livello locale in percorsi clinici integrati.

Merita infine di essere ricordato che le parole guida dell'iniziativa sono state le stesse insegnate da Calvino nelle sue Lezioni americane: leggerezza, esattezza, rapidità, visibilità e molteplicità.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 514

Riferimenti bibliografici

(1) Materia E, Di Domenicantonio R, Baglio G, Marchisio P, et al. Epidemiologia della tonsillectomia in Italia. La Pediatria Medica e Chirurgica 2004; 26: 179-86.
(2) Materia E, Rossi L, Spadea T, Cesaroni G, et al. Diseguaglianze nell'assistenza sanitaria: ospedalizzazione e posizione socio-economica a Roma. Epidemiologia e Prevenzione 1999; 23: 197-206.
(3) Documento di indirizzo Piano Nazionale Linee Guida: "Appropriatezza clinica ed organizzativa degli interventi di tonsillectomia e/o adenoidectomia". ZADIG Editore, Aprile 2003.
(4) Brook RH, Lohr KN. Efficacy, effectiveness, variations, and quality. Boundary-crossing research. Medical Care 1985: 23: 710-22.
(5) Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. The Lancet 362: 1.225-30.
(6) Grilli R, Freemantle N, Minozzi, Domenighetti G. Mass media interventions: effects on health service utilisation. Cochrane Database Syst Rev. 2000; (2): CD000389.
(7) Materia E, Baglio G, Bellussi L, Marchisio P, et al. The clinical and organisational appropriateness of tonsillectomy and adenoidectomy – An Italian perspective. Int J Pediatric Otholaringol 2005: 69: 497-500.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 515

Analisi della variabilità come strumento propedeutico alla definizione degli standard di quantità di prestazioni: l'esempio delle prestazioni ospedaliere di "Bypass aortocoronarico" e "Angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA)"

Dott. Mauro Agnello, Prof. Cesare Cislaghi, Ing. Alberto De Negri, Dott.ssa Isabella Mastrobuono

Contesto

Stiamo assistendo in questi anni ad una crescente esigenza di dati e di metodologie che siano in grado di descrivere quantitativamente gli eventi che caratterizzano la domanda e l'offerta dei servizi sanitari, con particolare riferimento all'assistenza ospedaliera e territoriale ivi inclusa l'assistenza domiciliare integrata. La misura dell'offerta gode di una tradizione iniziata molti anni fa ed è sottoposta ad un processo evolutivo costante, anche se lento, per quanto riguarda le metodologie di analisi e la qualità dei dati raccolti. Viceversa è iniziata da pochi anni la misura della domanda, con particolare riferimento alla "domanda soddisfatta", intesa come la misura delle varie prestazioni consumate dal paziente presso le diverse istituzioni sanitarie pubbliche e private.
La necessità di dare una dimensione quantitativa ai fenomeni sanitari è strettamente collegata all'urgenza di individuare corretti meccanismi di misura e di bilanciamento della qualità e dei costi dell'assistenza erogata, alla ricerca di spazi di inappropriatezza della domanda soddisfatta e di inefficienza nell'erogazione delle prestazioni.
L'approccio metodologico che viene descritto nel presente articolo trova la sua origine nell'individuazione, all'interno di un gruppo di lavoro creato nell'ambito della Commissione LEA, di standard quantitativi di prestazioni (Legge n. 311 del 30/12/2004 art.1, comma 169) da porre come obiettivo minimo per garantire il raggiungimento dei LEA. Il presupposto di base è che la quantità delle prestazioni erogate ai cittadini debbano essere almeno pari a tali standard se si vuole garantire che il Livello Essenziale di Assistenza sia raggiunto in ogni regione ed in ogni ASL.

Risultati e Discussione

Durante tale cammino sono stati individuati e condivisi dalla Commissione LEA alcuni punti essenziali, che hanno assunto il significato di "milestones" del lavoro compiuto.
Essi sono:
a) l'analisi di variabilità della domanda di prestazioni sanitarie sul territorio è condizione necessaria per la definizione di standard, questo anche al fine di individuare le priorità di intervento: una bassa variabilità induce, infatti, una minore necessità di monitoraggio rispetto ad una variabilità più elevata;
b) è nota l'estrema difficoltà di stabilire, a livello scientifico, uno standard operativo con significato clinico certo; è, infatti, molto critico individuare un valore atteso per la frequenza di una determinata prestazione sanitaria per una popolazione dai rischi non noti;
c) l'attenzione alla tutela della salute ha indotto a non concentrare le analisi sulle strutture erogatrici, ovvero sull'offerta, ma sul paziente, ovvero sulla domanda. La metodologia di seguito riportata si concentra, quindi, sulla misura della domanda di prestazioni da parte dei cittadini a prescindere da dove queste siano state erogate;
d) si è ritenuto che un indice statistico di "normalità" non possa essere considerato un valore normativo di riferimento. La metodologia in oggetto ha, infatti, come obiettivo l'analisi della variabilità della domanda di ciascuna ASL rispetto ad un valore nazionale che, a priori, non può essere ritenuto un valore obiettivo. Nel caso in cui, ad esempio, il valore nazionale derivi esso stesso da sacche di inappropriatezza o inadeguatezza generalizzata, eventuali valori locali distanti da questo potrebbero essere più in linea rispetto ad un valore obiettivo, al momento non definito.
A fronte di tali considerazioni l'obiettivo che si è posto il gruppo di lavoro è stato quello di analizzare ed approfondire la variabilità della domanda di prestazioni sul territorio con lo scopo di supportare il Ministero della Salute e le regioni nella condivisione e concertazione di target programmatori che corrispondano alle evidenze della situazione analizzata e permettano di realizzare le condizioni di compatibilità economica del sistema.
La metodologia per l'analisi di variabilità è stata applicata, in prima istanza sui ricoveri ospedalieri per acuti, poiché era disponibile una base dati condivisa e consolidata.
I due concetti portanti della metodologia sono:
1) "Aggregazione Territoriale" (AT), intesa come dimensione minima territoriale sub regionale nella quale viene analizzata la "domanda soddisfatta".
Le AT corrispondono alle ASL di ogni regione, fanno eccezione quelle ASL con popolazione inferiore a una soglia critica di 100.000 abitanti: in tal caso si è proceduto all'aggregazione in un'unica AT di ASL tra loro limitrofe.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 516

2) Il concetto di "Domanda Soddisfatta", intesa come quantità di prestazioni ricevute dai cittadini residenti in una AT ovunque esse siano state erogate. Si sottolinea che l'entità della "domanda soddisfatta" di una AT è differente da quella dell'offerta prodotta dalle strutture localizzate nel territorio della AT stessa.
La domanda soddisfatta, essendo l'età una variabile fondamentale per spiegare il consumo di prestazioni, è stata standardizzata per età, al fine di poter confrontare tra loro ambiti territoriali caratterizzati da una differente struttura demografica della popolazione. Non si è ritenuto di procedere alla standardizzazione per genere perché è risultata sostanzialmente ininfluente sulla variabilità dei consumi delle AT, essendo il genere distribuito in modo sostanzialmente uniforme nelle AT stesse.
I ricoveri per acuti sono stati così caratterizzati:
- i ricoveri medici (dai quali sono stati esclusi i ricoveri in Day Hospital) dalla diagnosi principale, riportata nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO);
- i ricoveri chirurgici dalle procedure di sala operatoria o MPR, riportati nella SDO.
Diagnosi principali e procedure chirurgiche sono state aggregate sulla base di un criterio di omogeneità clinica, ricorrendo agli Aggregati Clinici di Codici (ACC). La scelta di utilizzare gli ACC e non il sistema DRG è stata motivata essenzialmente dal fatto che gli ACC sono rappresentativi del contenuto clinico del ricovero e non dell'assorbimento di risorse dello stesso. Inoltre, gli ACC sono utilizzati anche a livello internazionale e, pertanto, consentono un utile confronto tra i diversi paesi.
Le due variabili fondamentali che stanno alla base delle rappresentazioni del fenomeno sono:
1) la domanda soddisfatta per 1.000 abitanti standardizzata per età (in ordinata);
2) la popolazione residente in una AT (in ascissa).
Si è, quindi, proceduto alla definizione di un modello statistico in grado di distinguere (grafico 1) la variabilità che risulta essere collegata alla numerosità della popolazione residente in una AT (variabilità compatibile), dalla variabilità ulteriore che deve essere analizzata a livello regionale/locale.
Si sono così individuate 3 aree distinte (grafico 2):
1) l'area centrale o area di indifferenza;
2) l'area superiore nella quale si configura un potenziale ambito di inappropriatezza;
3) l'area inferiore, nella quale si configura un potenziale ambito di inadeguatezza.
Sul piano così definito sono stati posizionati i valori della domanda soddisfatta di ogni AT relativi ai ricoveri ospedalieri medici (259 codici ACC) e chirurgici (131 codici ACC).
Si sono così ottenuti 390 figure simili a quella indicata nel grafico 3, che è relativa alla somma di due ACC, "Bypass dell'arteria coronarica" e "Angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA)".
Si è ritenuto opportuno selezionare un numero ridotto di ACC sui quali concentrare in via prioritaria l'attenzione, adottando i seguenti criteri:
- elevato impatto economico;
- elevata variabilità della domanda soddisfatta.
Dalla selezione sono emersi 48 ACC di procedure chirurgiche e 37 ACC di diagnosi mediche.
Per approfondire l'analisi delle variabilità presenti si è ritenuto opportuno coinvolgere esperti del mondo medico scientifico ai quali sono stati illustrati i risultati della metodologia in oggetto.
Con il contributo di tali esperti il gruppo ha elaborato le considerazioni sotto indicate:
1) la variabilità delle diagnosi mediche è molto diversa tra il Nord ed il Sud; il fenomeno potrebbe essere riconducibile a:
- presenza di inappropriatezza organizzativa, ovvero un funzionamento molto disomogeneo del territorio che induce i pazienti a rivolgersi all'ospedale in mancanza di servizi alternativi;
- comportamenti disomogenei in relazione alla codifica delle informazioni nella SDO;
2) la variabilità emersa nel caso delle procedure chirurgiche risulta inferiore a quella presente nelle diagnosi mediche; la determinanti di tali variabilità possono essere numerose e di non facile individuazione. Le principali sembrano essere: la diversità della rete di offerta, la presenza o meno di Linee Guida a livello regionale, la prevalenza e incidenza delle malattie in determinati ambiti territoriali, il rapporto tra offerta pubblica e privata.
Per aiutare le regioni nell'analisi delle variabilità intraregionali ed interregionali della "domanda soddisfatta", è stato messo a punto un *box-plot* (grafico 4).
Per ogni regione sono riportati i seguenti valori:
- valore minimo della domanda soddisfatta tra quelli delle AT della regione;
- valore corrispondente al primo quartile della domanda soddisfatta tra quelli delle AT della regione;
- valore mediano della domanda soddisfatta tra quelli delle AT della regione;
- valore corrispondente al terzo quartile della domanda soddisfatta tra quelli delle AT della regione;
- valore massimo della domanda soddisfatta tra quelli delle AT della regione.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 517

Tale modalità di rappresentazione consente di individuare:
- quali regioni al proprio interno presentano una variabilità rilevante che necessita di essere interpretata;
- quali regioni sono costantemente al di sotto del livello medio nazionale di domanda soddisfatta e quali sempre al di sopra.

Gli scostamenti dal livello inferiore e superiore potrebbero essere ricondotti a molteplici cause, tra le quali ad esempio:
- discrepanze tra i dati ufficiali del Ministero della Salute e quelli registrati dalle regioni;
- compresenza di diverse classificazioni regionali della stessa prestazione;
- prevalenza, in alcune regioni, di percorsi assistenziali diversi da quelli della media italiana;
- presenza, in alcune regioni, di un "bisogno" significativamente diverso da quello della media italiana, per specifiche prestazioni (caso più raro ma non trascurabile).

L'individuazione delle cause più significative può essere resa possibile solo attraverso una interazione con le singole regioni, le quali potranno contribuire ad evidenziare ulteriori fattori di variabilità utili per la comprensione del fenomeno.

Grafico 1 - *Variabilità compatibile e variabilità ulteriore*

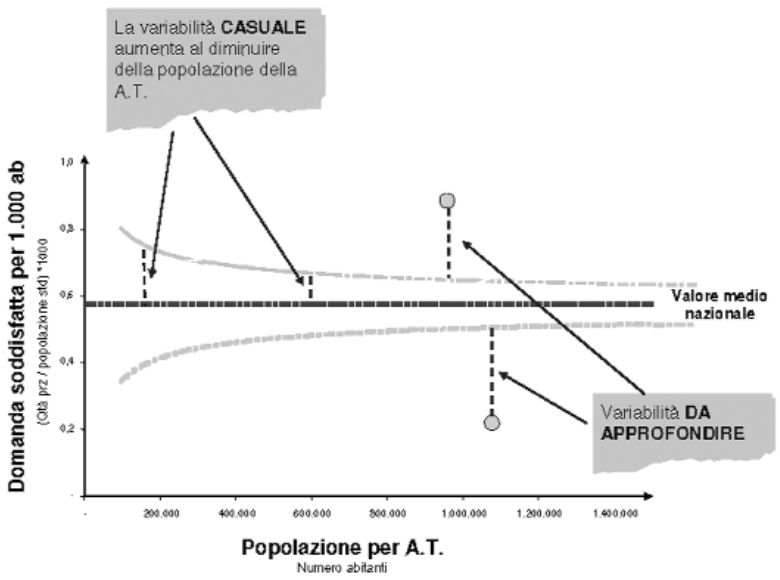
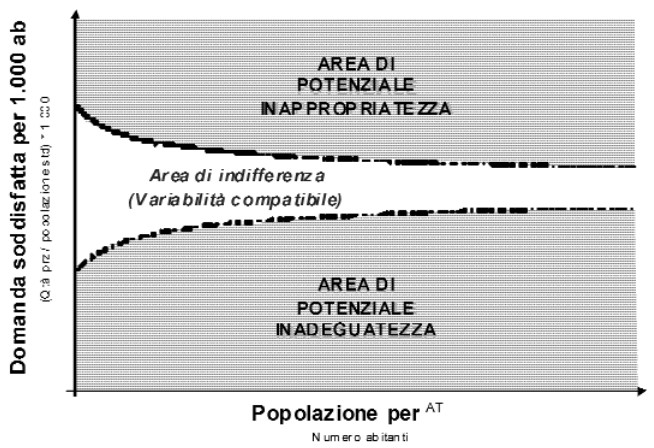


Grafico 2 - *Le tre aree individuate*



Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 518

Grafico 3 - *"La trombetta" per il Bypass dell'arteria coronaria (BPAC) e Angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA)*

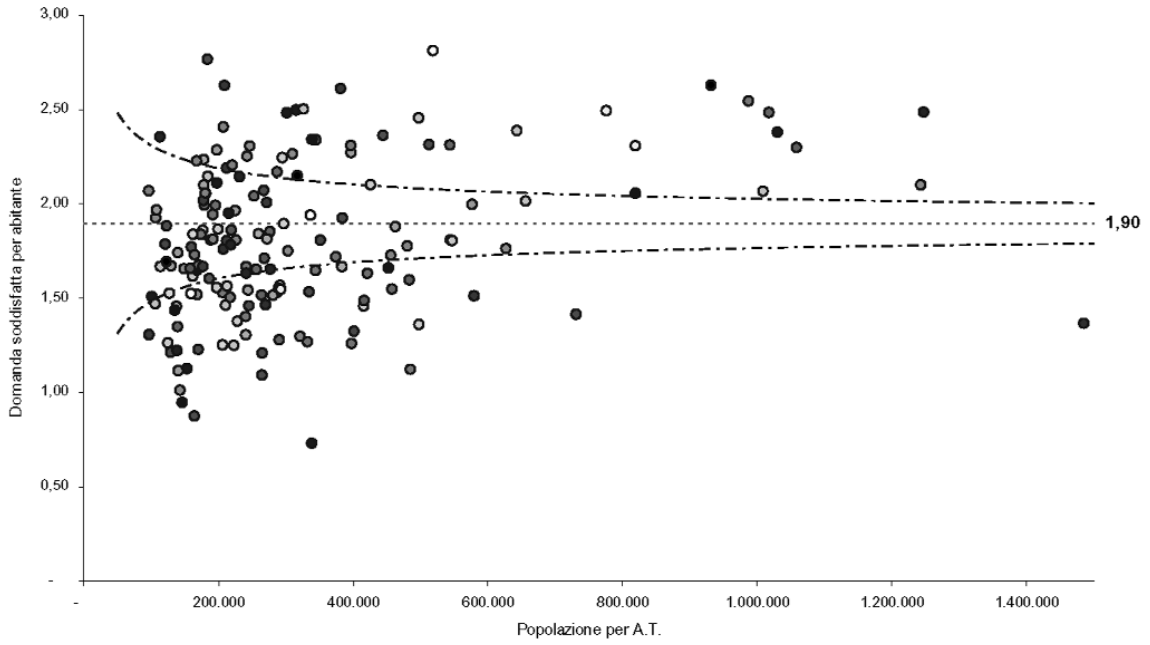
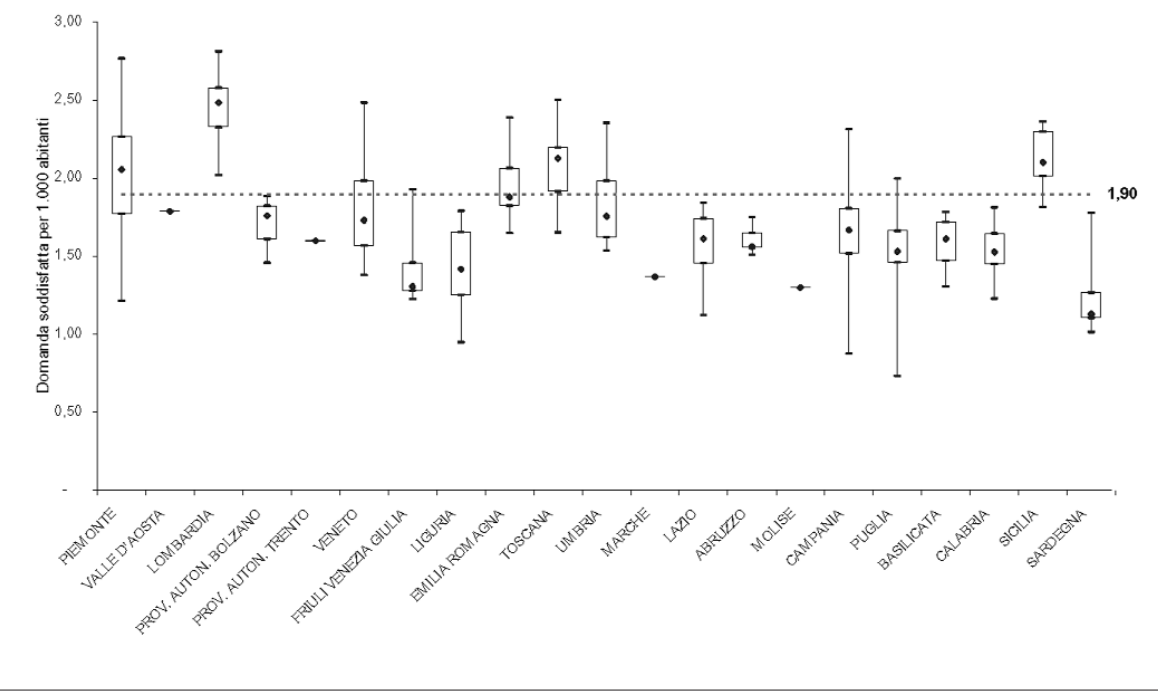


Grafico 4 - *Domanda standardizzata soddisfatta (per 1.000) di AT per il Bypass dell'arteria coronaria (BPAC) e Angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) per regione*



Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 519

Monitoraggio nazionale degli eventi sentinella: esperienza dopo 18 mesi di attività

Dott. Alessandro Ghirardini, Dott.ssa Rosetta Cardone, Dott. Giuseppe Murolo, Dott. Giorgio Leomporra, Dott.ssa Susanna Ciampalini, Dott. Claudio Seraschi, Dott. Filippo Palumbo

Contesto

Tra le funzioni svolte dal Ministero della Salute assume particolare rilievo la valutazione e il controllo dell'effettiva erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, in particolare sotto l'aspetto dei livelli di qualità dell'assistenza e di sicurezza dei pazienti, per garantire che il diritto alla salute dei cittadini sia rispettato nel territorio nazionale.

Nell'ambito di tali attività, il Ministero della Salute ha avviato nel luglio 2005 un protocollo sperimentale di monitoraggio degli eventi sentinella (1), con lo scopo di giungere, alla definizione di una modalità univoca e condivisa di sorveglianza di tali eventi sul territorio nazionale. La scelta di promuovere il monitoraggio degli eventi sentinella deriva dal fatto che essi rappresentano "eventi avversi di particolare gravità, potenzialmente evitabili, che possono comportare morte o grave danno al paziente e che determinano una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Il verificarsi di un solo caso è sufficiente per dare luogo ad un'indagine conoscitiva diretta ad accertare se vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili e per attuare le adeguate misure correttive da parte dell'organizzazione".

Per il monitoraggio di tali eventi, poco frequenti, è necessario che vi sia un terminale nazionale, affinché non vadano disperse informazioni preziose per la sicurezza dei pazienti che, in un'ottica di sinergia e solidarietà, devono diventare patrimonio comune di tutte le strutture sanitarie del paese. In tal senso, sono orientate le diverse esperienze internazionali (2, 3), che sono state utilizzate anche ai fini della predisposizione del protocollo nazionale di monitoraggio.

Si presentano di seguito i risultati dei primi 18 mesi di attività (settembre 2005-febbraio 2006) del monitoraggio degli eventi sentinella, che forniscono un quadro, seppure parziale, delle tipologie di eventi sentinella, del contesto e modalità di accadimento e consentono di individuare, in una logica di Sanità Pubblica, le possibili azioni da mettere in atto per contrastare il ripetersi di tali gravi eventi.

Si precisa che nella presentazione dei risultati si mantiene la confidenzialità nei riguardi di professionisti, organizzazioni sanitarie e regioni. D'altra parte è noto l'effetto paradosso della segnalazione, per cui un elevato numero di segnalazioni di eventi avversi da parte di una organizzazione sanitaria non indica necessariamente un numero più elevato di errori, ma, piuttosto, è indicativo di una maggiore attenzione da parte delle strutture sanitarie nei confronti della problematica della sicurezza dei pazienti, secondo la logica della *No blame culture*, ovvero della cultura della non colpevolezza del singolo individuo. Tale approccio riporta a livello di sistema e di processo le principali cause e i fattori contribuenti il verificarsi di eventi avversi evitando che essi siano nascosti e promuovendo quindi l'analisi trasparente degli errori.

Si sottolinea, pertanto, che i risultati presentati non rappresentano dati di incidenza o prevalenza degli eventi avversi o degli errori in sanità, in quanto l'obiettivo del sistema di monitoraggio è quello di imparare da quegli errori ed eventi avversi che si verificano nel corso dell'erogazione dell'assistenza sanitaria allo scopo di programmare, in seguito alla identificazione dei rischi e dei fattori contribuenti, le azioni ed i cambiamenti che riducono la probabilità che gli stessi eventi si ripetano.

I principali obiettivi del sistema di monitoraggio degli eventi sentinella sono:

- la raccolta delle informazioni riguardanti gli eventi sentinella occorsi nelle strutture del Sistema Sanitario Nazionale (SSN);
- l'analisi dei fattori contribuenti e determinanti per l'accadimento degli eventi, focalizzata sui sistemi e sui processi;
- l'elaborazione ed implementazione di raccomandazioni specifiche rivolte a tutte le strutture del SSN per minimizzare il rischio di accadimento degli eventi;
- il ritorno informativo alle strutture del SSN ed alle regioni.

Metodi

Il sistema di monitoraggio degli eventi sentinella è stato avviato in fase sperimentale a partire da agosto 2005. Il protocollo degli eventi sentinella reso disponibile sul sito web del Ministero della Salute è costituito da una parte generale descrittiva delle caratteristiche principali dell'evento da segnalare, una seconda parte dedicata all'analisi delle cause e fattori contribuenti ed una terza parte dedicata al piano di azione per prevenire il ripetersi di nuovi eventi.

In riferimento alla definizione di evento sentinella, per "grave danno" si intendono tutte quelle condizioni che

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 520

determinano disabilità permanente, coma, stato di malattia che determina prolungamento della degenza o cronicizzazione, trauma maggiore conseguente a caduta di paziente, trasferimento ad una unità semintensiva o di terapia intensiva, reintervento chirurgico, rianimazione cardio respiratoria, richiesta di trattamenti psichiatrici e psicologici specifici in conseguenza di tentativi di suicidio o violenza subita nell'ambito della struttura e tutti gli errori trasfusionali da incompatibilità AB0.
Il Sistema di monitoraggio degli eventi sentinella è basato sulla segnalazione degli eventi sentinella da parte delle strutture sanitarie. Le schede per la segnalazione dell'evento (1) prevedono la raccolta di informazioni riguardanti la tipologia e le principali note descrittive dell'evento, l'analisi dei fattori contribuenti e determinanti l'evento e il piano d'azione messo in atto dalle aziende per la prevenzione della ricorrenza degli eventi: tali schede vengono trasmesse dal referente aziendale per la gestione del rischio clinico al Ministero della Salute e alla regione di appartenenza.
La segnalazione degli eventi sentinella è di tipo volontario e garantisce l'anonimato di professionisti e delle organizzazioni sanitarie coinvolte.

Risultati e Discussione

Nel periodo compreso tra settembre 2005 ed febbraio 2007 sono pervenute 123 schede di segnalazione di eventi sentinella. Il 53% (n=65) degli eventi sono stati segnalati in modo spontaneo dalle aziende in cui l'evento è occorso, senza alcuna richiesta o sollecito da parte del Ministero, mentre il 47% (n=58) degli eventi sono stati segnalati dopo l'invio di una formale richiesta da parte del Ministero della Salute.
Nella tabella 1 sono raffigurati gli eventi segnalati per tipologia, secondo la categorizzazione prevista dal protocollo di monitoraggio. Il tipo di evento maggiormente segnalato ricade nella categoria 10 "Altro evento avverso", seguito da Suicidio, Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richieda un successivo intervento o ulteriori procedure, Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2.500 grammi non correlata a una malattia congenita, Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità AB0, Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto, Coma o gravi alterazioni funzionali derivati da errori in terapia farmacologica.
Poiché la categoria 10 "Altro evento avverso" rappresenta quella più numerosa, dalla ulteriore categorizzazione della stessa, sono emersi 6 tipi di evento sentinella: Morte o grave danno imprevisti a seguito dell'intervento chirurgico (n=14), Gestione emergenza (n=11), Complicanza post-anestesia (n=6), Caduta di paziente (n=4), Embolia (n=3).

Tabella 1 - *Tipo di evento sentinella (valori assoluti e percentuali)*

Tipo evento	N	%
1. Paziente sbagliato	1	1
2. Parte del corpo sbagliata	2	2
3. Suicidio in paziente ricoverato	20	16
4. Materiale ritenuto	14	11
5. Reazione trasfusionale (AB0)	9	7
6. Errore di terapia farmacologica	6	5
7. Travaglio e/o parto	7	6
8. Violenza o maltrattamento	1	1
9. Morte o disabilità permanente in neonato sano	12	10
10. Altro evento avverso	51	41
Totale	**123**	**100**

Relativamente agli esiti degli eventi sentinella occorsi, il 68% (n = 84) degli eventi segnalati ha causato la morte dei pazienti; il restante 32% (n = 39) ha causato grave danno ai pazienti, ad esempio disabilità grave o permanente, necessità di reintervento chirurgico o necessità di ricovero in terapia intensiva. Per quanto riguarda i luoghi dell'ospedale dove si sono verificati gli eventi, circa il 40% (n = 45) degli eventi sono occorsi nelle sale di degenza, mentre il 24% (n = 30) degli eventi si è verificato in sala operatoria ed il 14% (n = 17) in sala parto. In relazione alle unità operative coinvolte, il 23% (n = 28) degli eventi hanno interessato pazienti ricoverati presso l'unita operativa di Chirurgia, il 17% (n = 21) in Ginecologia ed ostetricia, il 13% (n = 16) in Medicina. Per quanto riguarda l'analisi delle cause e dei fattori che possono aver contribuito al verificarsi degli eventi, rispetto al totale degli eventi che si sono verificati, il 40% (n=49) delle schede trasmesse al Ministero della salute fornivano informazioni valide ed utilizzabili ai fini della elaborazione del presente rapporto; il 42% (n = 52) delle schede erano incomplete e/o non compilate adeguatamente, mentre nel 18% (n = 22) degli eventi segnalati non sono state inviate schede.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 521

Tra le 49 schede ritenute valide, la mancanza o non applicazione di procedure e Linee Guida (24%, n = 23) e il non idoneo inquadramento, valutazione o osservazione della situazione clinica dei pazienti (19%, n = 23) sono le categorie più rappresentate, seguite da problemi di comunicazione (17%, n = 16), Formazione/competenza personale (12%, n = 11), Informazione (12%, n = 11), Sistemi di sicurezza/strumenti protezione pazienti (9%, n = 9), Strumenti/apparecchiature (7%, n = 7).
Relativamente ai piani di azione segnalati dalle strutture sanitarie in cui si è verificato l'evento, sul totale degli eventi classificati, nel 20% dei casi è stato redatto un piano di azione per la riduzione del rischio.

Conclusioni

Il presente articolo mostra i risultati dei primi 18 mesi di attività di monitoraggio degli eventi sentinella, il cui scopo non è quello di rilevare tassi di incidenza degli eventi avversi, o effettuare confronti tra regioni, organizzazioni sanitarie od unità operative, ma è quello di imparare dagli errori e dagli eventi avversi, per programmare le azioni ed i cambiamenti necessari per aumentare la sicurezza dei pazienti. Lo studio, inoltre, presenta alcune limitazioni, peraltro tipiche di simili sistemi di monitoraggio di eventi avversi condotti a livello internazionale; il livello di segnalazione è fortemente dipendente dalla organizzazione della singola struttura sanitaria ed in particolare dal livello di cultura della sicurezza dei pazienti presente, dalla capacità di analizzare ed identificare i rischi, nonché di implementare le azioni per prevenire gli eventi. Tra le altre limitazioni si segnala la difficoltà del livello nazionale ad approfondire ulteriormente l'analisi di ciò che si è verificato al livello locale, nonché la difficoltà nella valutazione dell'accuratezza di quanto dichiarato (9).
Dal rapporto emerge un buon grado di adesione al protocollo da parte delle strutture sanitarie che hanno riportato eventi, anche se, il numero complessivo di casi segnalati appare modesto e si può ipotizzare, anche in base alla letteratura, che sia inferiore rispetto al numero effettivo; il problema della sotto segnalazione (*under reporting*), d'altra parte, riguarda tutti i paesi ove analoghe esperienze sono state attuate.
Considerando tutti i limiti della confrontabilità tra sistemi di monitoraggio di paesi diversi, durante il primo anno di implementazione del monitoraggio degli eventi sentinella negli Stati Uniti, condotto dalla JCAHO (2) sono stati segnalati 22 eventi sentinella; successivamente si è avuto un graduale aumento dell'attività di segnalazione con 31 eventi nel 1996 fino a 215 nel 2005. Analogo andamento è stato osservato nello Stato di Vittoria in Australia (3), dove nel primo anno di implementazione del monitoraggio di eventi sentinella (2002-2003) sono stati riportati un totale di 79 eventi, mentre nel 2003-2004 invece ne sono stati riportati 85.
L'osservazione che il 53% delle segnalazioni di eventi sentinella, nella nostra esperienza, sia avvenuta in modo spontaneo, suggerisce un buon grado di partecipazione attiva al sistema di monitoraggio, nonché di maturità culturale da parte di quelle organizzazioni che hanno segnalato spontaneamente gli eventi, nell'ottica dell'approccio sistemico e preventivo alla gestione dell'errore.
D'altronde, dall'esperienza di monitoraggio della JCAHO (2) era emersa una graduale tendenza all'incremento della spontaneità della segnalazione, passata dal 4% nel 1995, primo anno di monitoraggio, al 65% nel 2005. Da tale confronto, il dato italiano dimostra un buono punto di partenza, considerato anche che i risultati fanno riferimento ad una fase ancora sperimentale di monitoraggio.
Per quanto concerne la tipologia di eventi sentinella, come osservato anche dai dati della JCAHO (2), il suicidio rappresenta la categoria maggiormente segnalata; nell'esperienza australiana (3), invece, gli eventi maggiormente segnalati erano rappresentati da procedure riguardanti il paziente sbagliato o la parte del corpo sbagliata con una media del 19% degli eventi segnalati nel triennio 2003-2005.
Dai risultati è emerso come la metà degli eventi sentinella segnalati riguardasse la categoria 10 "Altro evento avverso", ovvero quella categoria nella quale sono risultati inclusi tutti quegli eventi sentinella, quali morte o grave danno imprevisto conseguente ad intervento chirurgico, caduta di paziente, inadeguata gestione dell'emergenza ed anestesia, non compresi nelle specifiche categorie del protocollo. Per tale motivo, questi casi saranno inseriti tra le specifiche categorie nella versione aggiornata del protocollo di monitoraggio.
Relativamente all'analisi di cause e fattori contribuenti al verificarsi dell'evento, soltanto nel 40% dei casi le schede di analisi sono state considerate valide ed utilizzate ai fini delle nostre elaborazioni: ciò ha messo in risalto la necessità, da parte delle organizzazioni sanitarie, di acquisire conoscenze e competenze specifiche per l'identificazione ed analisi degli eventi, al fine di giungere alla identificazione dei relativi fattori determinanti e contribuenti, presupposto indispensabile ai fini della predisposizione del piano d'azione. Si segnala, comunque, come nell'arco dei 18 mesi di monitoraggio si è assistito ad un graduale miglioramento della qualità nella compilazione di tali schede, come testimoniato dalle schede pervenute negli ultimi 6 mesi.
Il principale fattore contribuente emerso dall'analisi delle possibili cause è stata la carente applicazione o la totale assenza di appropriate procedure e linee guida: in particolare, è stata riportata la carente o mancata applicazione di procedure per la prevenzione della ritenzione di garze o altro materiale all'interno del sito chirurgi-

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 522

co, per la manutenzione delle apparecchiature biomedicali, per la prevenzione delle cadute dei pazienti, per la profilassi tromboembolica, per la corretta gestione del trasporti intra ospedalieri ed extraospedalieri nelle situazioni di emergenza, per la corretta prescrizione delle terapie farmacologiche, per la sicurezza delle trasfusioni di sangue e per la prevenzione dei decessi materni e neonatali in corso di travaglio o parto o nel post-partum.
Tra gli altri fattori contribuenti sono stati segnalati il carente inquadramento, valutazione o osservazione dei pazienti, la carente formazione/competenza da parte degli operatori, la carenza/mancanza di comunicazione tra gli operatori e tra gli operatori ed i pazienti, la carenza di informazione ed il venir meno di strumenti o apparecchiature salva-vita.
Infine, si deve sottolineare la modesta percentuale di piani d'azione compilati che evidenzia la necessità di una maggiore allocazione di risorse da destinare alla formazione degli operatori in questo ambito.
Dai risultati emerge chiaramente l'esigenza di migliorare il complesso degli aspetti organizzativi posti alla base dei processi clinico assistenziali erogati dalle strutture sanitarie ed in modo particolare emerge la urgente necessità di:
- divulgare ed implementare raccomandazioni specifiche per prevenire gli errori ed aumentare la sicurezza dei pazienti;
- promuovere la formazione e l'addestramento di tutti gli operatori sanitari in tema di rischio clinico;
- migliorare i processi di comunicazione tra gli operatori e tra operatori e pazienti.
Lo scopo principale del sistema di monitoraggio degli eventi sentinella è quello di recuperare informazioni utili relative agli eventi avversi verificatisi nelle strutture del SSN per meglio comprendere le circostanze e i fattori contribuenti che hanno favorito l'occorrenza degli eventi: in questo senso a partire dalla segnalazione dell'evento è possibile individuare i punti critici del sistema e suggerire possibili soluzioni, anche tramite l'elaborazione di raccomandazioni e Linee Guida, che fungano da indicazioni per attivare e mettere a regime a livello aziendale le azioni di contrasto al ripetersi degli eventi sentinella.

Riferimenti bibliografici

(1) Protocollo sperimentale per il Monitoraggio degli eventi sentinella: http://www.ministerosalute.it/qualita/paginaInternaQualita.jsp?id=238&menu=sicurezza.
(2) Sentinel event program Annual report 2004–05; Government Department of Human Services, Melbourne, Victoria, Australia; 2005.
(3) Sentinel Event Statistics: As of June 30, 2006; JCAHO; pubblicato su sito web: http://www.jointcommission.org/NR/rdonlyres/74540565-4D0F-4992-863E- F9E949E6B56/0/se_stats_6_30_06.pdf (visitato il 15/11/2006).
(4) Edmonson AC. Learning from mistakes I esasier said than done: group and organisational influences on the detection and correction of human error. J Appl Behav Sci. 1996; 32: 5-28.
(5) Thomas EJ, Petersen LA. Measuring errors and adverse events in health care. J Gen Intern Med 2003; 18 (1): 61-7.
(6) World Alliance for Patient Safety: Forward Programme 2006–2007. World Health Organization 2006.
(7) Leape, L.L. Reporting adverse event. NEJM. 2002; 347 (20): 1.633-8.
(8) World Alliance for Patient Safety: WHO Draft Guidelines for adverse event reporting and learning systems; from information to action. World Health Organization 2005.
(9) Woloshynowych M, Rogers S, Taylor-Adams S and Vincent C. The investigation and analysis of critical incidents and adverse events in healthcare. Health Technology Assessment 2005; Vol. 9: No. 19.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 523

Ospedali di riferimento

Dott. Alessandro Ghirardini, Dott.ssa Lucia Lispi, Dott. Giorgio Leomporra, Dott.ssa Federica Medici

Contesto

Il Progetto "Mattoni del Servizio Sanitario Nazionale", deliberato dalla Conferenza permanente per i rapporti Stato-Regioni nella seduta del 10 dicembre 2003, ha istituito 15 progetti (cosiddetti "Mattoni") che vedono coinvolti il Ministero della Salute, l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, l'ISS e tutte le regioni, con la finalità di creare un linguaggio comune a livello nazionale e per garantire la confrontabilità delle informazioni condivise nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario.
In tale progetto si colloca il mattone "Ospedali di riferimento", coordinato dal Ministero della Salute, con l'obiettivo di definire una metodologia finalizzata alla identificazione di ospedali/centri di riferimento per l'alta specialità e per le malattie rare, attraverso criteri di valutazione della referenza delle strutture ospedaliere basati su sistemi di indicatori.
L'espressione "Centro di Riferimento" (CR) identifica strutture ospedaliere o unità organizzative di altissima specialità e complessità, con organizzazione dipartimentale, situate strategicamente nel territorio nazionale, collegate in rete con le strutture equivalenti per disciplina a livello regionale, nazionale ed europeo, in modo da realizzare un proficuo scambio di personale e conoscenze. Essi si pongono in asse con le strutture erogatrici presenti a livello territoriale che con esso si connettono e si integrano, assicurando il coordinamento e il trasferimento delle conoscenze e promuovendo l'implementazione dei determinanti del Governo Clinico.

Risultati e Discussione

Nella prima fase del progetto si è proceduto alla raccolta e alla valutazione di esperienze internazionali, allo studio della normativa nazionale e della normativa regionale, all'analisi di esperienze di valutazione strutturale in ambito internazionale, nazionale e regionale e all'analisi di esperienze di utilizzo di *Clinical Governance* e di indicatori di *performance*. Sono state individuate le alte specialità e le malattie rare oggetto del lavoro, in particolare, sono state selezionate, sulla base di criteri quali l'elevato impegno tecnologico, la complessità strutturale e le patologie ad elevato impatto numerico ed economico, le alte specialità Oncoematologia (nelle due tipologie, pediatrica e per adulto), Grandi ustioni, Neuroriabilitazione, Trapianti (di cuore, polmone, rene, pancreas, fegato), Pediatria (TIN, Cardiochirurgia, Neurochirurgia), *Trauma System* e *Trauma Center*. Per le Malattie rare, lo studio, discusso e definito con la collaborazione e il supporto tecnico-scientifico di esperti sia del Tavolo interregionale permanente sia del Centro Nazionale per le Malattie Rare istituito presso l'ISS, ha portato alla selezione delle patologie rarissime di interesse monospecialistico (malattie oculari) e delle patologie che costituiscono un gruppo eterogeneo di forme cliniche rare con interessamento di molti organi, e quindi necessità di trattamento multidisciplinare (malattie metaboliche).
Nella seconda fase del progetto, con il fine di costruire, con metodologie valide e robuste, criteri per l'individuazione di centri di riferimento nel contesto dei Sistemi Sanitari Regionali, è stato progettato un sistema multidimensionale di indicatori idonei per la caratterizzazione della referenza.
In particolare, sono state considerate 9 dimensioni di valutazione (Attività, Outcome, Area Economica, Governo Clinico, Struttura, *Health Technology Assessment*, *Stakeholder*, Integrazione e Sistemi Informativi) e per ciascuna di esse proposto un set di indicatori classificabili in 3 classi:
- A: indicatore fattibile, fruibile in tempi brevi attraverso i flussi informativi correnti o eventuali indagini ad hoc di breve durata;
- B: indicatore importante ai fini della valutazione, ma non disponibile in tempi brevi, per cui è opportuno attivare un idoneo flusso informativo o modalità di rilevazione specifiche a medio-lungo termine;
- C: indicatore di minore importanza per la valutazione del fenomeno e/o di ridotta fattibilità rispetto alle risorse necessarie a renderlo calcolabile. Gli indicatori sono stati poi suddivisi in classi per un totale di 76 (tabella 1).
Gli indicatori proposti per la valutazione della referenza, sono stati raccolti in un manuale. Per quelli innovativi, per i quali non esistono flussi informativi correnti, è stato necessario realizzare e somministrare un questionario *ad hoc* per sperimentare la disponibilità, direttamente dalle strutture coinvolte, di rilevare le informazioni non altrimenti reperibili.
Per quest'ultima fase sono state considerate solo le alte specialità e le discipline di cardiochirurgia pediatrica, neurochirurgia pediatrica ed oncoematologia.
Il questionario è stato realizzato da un team di esperti, che ha delineato gli ambiti da approfondire, le informazioni di carattere clinico, sanitario e organizzativo da richiedere, la formulazione delle domande e l'organizzazione dell'intero questionario. La prima parte è volta alla raccolta delle informazioni circa il complesso della struttura di

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 524

ricovero alla quale è indirizzata l'indagine, in particolare dati anagrafici della struttura e del referente del questionario e dati a carattere generale riguardanti il Governo Clinico, l'*Health Technology Assessment* (HTA), i Sistemi informativi e gli *stakeholders*; la seconda parte è dedicata alla raccolta delle informazioni specifiche relative al complesso delle Unità Operative del Dipartimento in cui viene effettuata l'attività di oncoematologia, cardiochirurgia pediatrica e neurochirurgia pediatrica; in particolare le informazioni anagrafiche, Strutturali, di Attività, Personale, Governo Clinico, Sistemi informativi, Integrazione, Area economica e Stakeholder (pazienti).

Parallelamente, è stata realizzata un'applicazione utilizzando il linguaggio di programmazione *Visual Basic for Application* (VBA), integrato in Microsoft Excel, che ripropone su PC l'esatta struttura del questionario cartaceo. L'impiego di questo strumento informatico ha consentito di offrire al referente di ciascuna struttura un sistema semplice, veloce ed efficiente per la compilazione e l'invio automatico via e-mail del questionario compilato presso il Ministero della Salute, per le successive elaborazioni. Strumento che si è dimostrato utile per lo svolgimento della fase di raccolta e la predisposizione dei dati necessari per il calcolo degli indicatori.

Gli istituti coinvolti nella fase sperimentale sono stati selezionati sulla base di valutazioni descrittive effettuate sull'archivio nazionale delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) 2004. Le strutture interessate sono state complessivamente 126, distribuite su tutto il territorio nazionale con una concentrazione maggiore nel Nord. Si riporta nel grafico 1 la distribuzione delle strutture per ciascuna specialità.

Le informazioni raccolte tramite il questionario, insieme a quelle rilevate con i flussi informativi correnti del SIS (es. SDO, modelli HSP, CE, etc.), sono state utilizzate per l'elaborazione degli indicatori rispettivamente di classe B e A.

Gli indicatori forniscono elementi informativi di vario grado e pertanto è risultato necessario formulare un sistema di pesi per ciascuna delle dimensioni e per ciascuna disciplina. Ciò è stato fatto attraverso il coinvolgimento di diversi esperti che hanno attribuito autonomamente un punteggio ad ogni singolo indicatore e ad ogni dimensione in un range predefinito. Il peso attribuito ad ogni dimensione è indipendente dai pesi attribuiti a ciascun indicatore facente parte della dimensione considerata.

Per la valutazione della referenza si sta procedendo con l'applicazione di due metodologie statistiche: la *Balanced Scorecard* (BS) e gli indici sintetici di qualità. Il primo è uno strumento per l'analisi, il monitoraggio e la gestione strategica di un'organizzazione, proposta negli anni '90 da Norton e Kaplan per il controllo della gestione aziendale. Si individuano quattro prospettive strategiche per l'aggregazione degli indicatori: economico-finanziaria, paziente (*stakeholder*), processi interni (attività, outcome, Governo Clinico, HTA e struttura), crescita ed apprendimento (integrazione, sistemi informativi, Governo Clinico e *stakeholder*); si assegna un peso e un punteggio ad ogni indicatore; si ottiene: un indicatore globale risultante dall'aggregazione dei diversi indicatori che fanno parte della dimensione considerata; un punteggio globale della BS (con diverse pesature delle quattro dimensioni); lo *Score* della BS; la valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi; la combinazione dei risultati e lo *star rating*.

La seconda procedura prevede la valutazione della referenza tramite la definizione di un indice sintetico che riassuma i valori degli indicatori contenuti nelle dimensioni. Il metodo proposto per combinare gli indicatori nell'indice è quello di assegnare un punteggio normalizzato che tenga conto dei valori massimo, minimo ed effettivo dell'indicatore. L'indice viene definito dalla somma dei punteggi dati ad ogni indicatore precedentemente moltiplicati per il rispettivo peso.

Si riportano di seguito alcuni risultati sulla rispondenza[1] e sulla capacità informativa rilevata attraverso il questionario *ad hoc*. Tutto il materiale elaborato dal progetto sarà reso disponibile sul sito del Ministero della Salute (manuale indicatori, questionario, scheda attribuzione pesi...).

Il numero complessivo delle strutture che ha inviato il questionario è pari a 78 e corrisponde al 61% del totale degli istituti selezionati. La situazione è diversificata per specialità: per l'oncoematologia, una rispondenza media complessiva pari al 63%, corrispondente al 59% del volume d'attività; per la cardiochirurgia pediatrica una rispondenza complessiva pari al 39%, corrispondente al 65% del volume d'attività; infine per la neurochirurgia pediatrica una rispondenza complessiva pari al 58%, corrispondente al 71% del volume d'attività.

Per quanto concerne la rispondenza media alle singole domande del questionario, nelle dimensioni considerate nella parte prima (Governo Clinico, Sistemi informativi e *Stakeholder*) si ha un valore prossimo al 100%, mentre nell'HTA è pari al 68%.

[1] La rispondenza media è data dal rapporto tra gli istituti rispondenti sul totale degli istituti selezionati e la rispondenza per volume d'attività è data dal rapporto tra il numero di ricoveri degli istituti rispondenti sul totale dei ricoveri degli istituti selezionati.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 525

Nella parte seconda, per l'Oncoematologia si registrano rispondenze superiori al 50% in tutte le dimensioni analizzate (Dati strutturali e di attività, Personale, Sistemi informativi, Integrazione, Area economica, Stakeholder) tranne per l'Area economica che si attesta al 46%; per la Cardiochirurgia pediatrica le rispondenze medie sono prossime al 100% nelle dimensioni "Dati strutturali e di attività" e "Sistemi informativi", mentre è pari a circa il 50% nella dimensione "Area economica"; per la Neurochirurgia pediatrica la rispondenza media è superiore al 50% per tutte le dimensioni considerate, tranne per la dimensione "Integrazione" che è pari al 24%.

L'analisi della fattibilità degli indicatori di classe B mostra la correlazione della validità delle risposte con la effettiva calcolabilità degli stessi. Nella parte prima del questionario risulta che la calcolabilità media è superiore all'80% in tutte le dimensioni considerate. Nella parte seconda si registrano valori non superiori al 30% nella dimensione "Area economica" per le due specialità Cardiochirurgia pediatrica e Neurochirurgia pediatrica; in particolare, per quest'ultima si osservano valori inferiori al 50% nella dimensione *Stakeholder*. Per la specialità Oncoematologia si rilevano, in tutte le dimensioni, valori superiori al 50%.

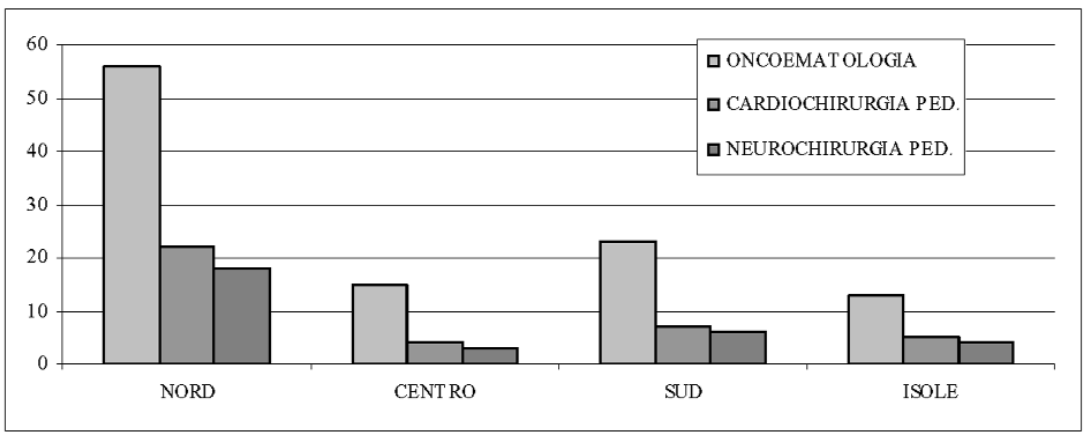
Alla luce di quanto emerso nella duplice analisi di rispondenza alle domande e fattibilità degli indicatori, si osserva, nel complesso, una buona rilevabilità delle informazioni necessarie all'elaborazione degli indicatori. Tuttavia si manifestano delle criticità nel reperimento delle informazioni relative agli indicatori dell'area economica; tali criticità sono addebitabili alle difficoltà della struttura di rilevare valori di costo imputati ai singoli dipartimenti. I risultati ottenuti sono in linea con quelli attesi.

A conclusione dei lavori verranno studiati, analizzati e confrontati i risultati raggiunti da entrambi i modelli proposti. Ciò ci consentirà di ottenere informazioni utili a definire un set valido di indicatori tra quelli oggi sperimentati e offrirà elementi per la discussione dello stesso su altre discipline.

Tabella 1 - *Classificazione degli indicatori*

Dimensione	Classe A	Classe B	Classe C	Totale
Attività	8	-	-	**8**
Outcome	2	-	14	**16**
Economica	3	1	2	**6**
Governo Clinico	-	6	-	**6**
Struttura	-	7	1	**8**
Health Technology Assessment	-	7	-	**7**
Stakeholder	1	12	-	**13**
Integrazione	-	8	-	**8**
Sistemi informativi	-	4	-	**4**
Totale	**14**	**45**	**17**	**76**

Grafico 1 - *Distribuzione degli istituti coinvolti nella fase sperimentale per ciascuna specialità*



Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 526

Sistema Nazionale di Verifica e Controllo sull'Assistenza Sanitaria (SIVeAS)

Dott.ssa Maria Giuseppina La Falce

La realizzazione del Sistema Nazionale di Verifica e Controllo sull'Assistenza Sanitaria

Con l'articolo 1, comma 288 della legge finanziaria 2006 è stata prevista la realizzazione presso il Ministero della Salute del Sistema Nazionale di Verifica e Controllo sull'Assistenza Sanitaria (SIVeAS), le cui modalità di attuazione sono state successivamente definite con decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze (1).

Il SIVeAS è un sistema nazionale di coordinamento per la verifica ed il controllo dell'assistenza sanitaria con l'obiettivo di razionalizzare le attività in materia di assistenza sanitaria.

Gli obiettivi che la legge ha affidato al SIVeAS sono:

a) verifica che ai finanziamenti erogati corrispondano servizi per i cittadini

b) verifica che nella erogazione dei servizi vengano rispettati criteri di efficienza ed appropriatezza.

Il legislatore ha definito un sistema relazionale, che in realtà si realizza nella funzione di raccordo tra le varie competenze, già affidate dalle norme vigenti alle istituzioni ed organismi esistenti, con lo scopo di garantire il coordinamento delle relative attività ed il raggiungimento degli obiettivi della verifica e controllo dell'assistenza sanitaria e di produzione di buone pratiche.

Il SIVeAS è istituito in una fase della programmazione sanitaria nazionale nella quale, a seguito delle modifiche intervenute al Titolo V della Costituzione con le nuove competenze poste in capo alle regioni in materia di tutela della salute ed il contestuale rafforzamento della centralità dei Livelli Essenziali di Assistenza (definiti per la prima volta con DPCM nel novembre 2001), si avverte l'esigenza di un coordinamento generale di tutti gli interventi posti in essere dal Governo e dalle Regioni per la verifica della erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in condizioni di efficienza ed efficacia.

Contesto istituzionale di riferimento

Il contesto storico di riferimento degli ultimi anni, a partire dall'Accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001, aveva visto l'introduzione di un meccanismo di verifica periodica degli impegni assunti dalle regioni il cui mancato rispetto comportava per le regioni inadempienti il ripristino del livello di finanziamento precedentemente stabilito.

A partire da tale data l'accesso al finanziamento integrativo del Servizio Sanitario Nazionale a carico dello Stato è stato legato alla verifica del rispetto da parte delle regioni degli impegni assunti.

Con legge finanziaria 2005 (legge 30 dicembre 2004, n.311) tale accesso è stato subordinato al rispetto di tutti gli adempimenti già previsti dalla legislazione vigente e ne sono stati definiti, con la successiva Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, ulteriori per migliorare il monitoraggio della spesa sanitaria nell'ambito del Nuovo sistema informativo sanitario, per garantire l'effettività del processo di razionalizzazione delle reti strutturali dell'offerta ospedaliera e della domanda ospedaliera, con particolare riguardo al riequilibrio dell'offerta di posti letto per acuti e per lungodegenza e riabilitazione, alla promozione del passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno, per la realizzazione degli interventi previsti dal Piano nazionale della prevenzione. L'intesa stabiliva, in ogni caso, l'obbligo in capo alle regioni di garantire in sede di programmazione regionale, l'equilibrio economico-finanziario delle proprie Aziende Sanitarie, aziende ospedaliere, aziende ospedaliere universitarie ed Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico prevedendo l'obbligatorietà dell'adozione di misure per la riconduzione in equilibrio della gestione ove si prospettassero situazioni di squilibrio.

Si conveniva che, in caso di mancato raggiungimento di tale equilibrio e di mancato mantenimento dell'erogazione dei LEA, le regioni potessero stipulare, con i Ministri della Salute e dell'Economia e delle Finanze, un apposito accordo con il quale individuare gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza, secondo le modalità fissate dalla stessa legge finanziaria. Tale accordo doveva essere accompagnato da un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio Sanitario Regionale, c.d. Piano di rientro dai disavanzi (c.d. Piano di rientro) e si prevedevano modalità di affiancamento dei rappresentanti dei Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze.

L'accordo (previsto dalla medesima legge finanziaria articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311) costituiva la condizione necessaria per la riattribuzione alla singola regione del maggiore finanziamento anche in maniera parziale e graduale, subordinatamente alla verifica della effettiva attuazione del programma operativo di riorganizzazione, riqualificazione o potenziamento del Servizio Sanitario Regionale.

Infine, con il Patto per la salute e la legge finanziaria 2007 (legge 23 dicembre 2006, n.296-art. 1, comma 796,

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 527

lettera b) si prevede l'istituzione di un Fondo transitorio di sostegno per le regioni in difficoltà, che ha come condizione la sottoscrizione dell'apposito accordo, comprensivo di un Piano di rientro dai disavanzi, che deve contenere sia le misure di riequilibrio del profilo erogativo dei livelli essenziali di assistenza, per renderlo conforme a quello desumibile dal vigente Piano Sanitario Nazionale e dal vigente DPCM di fissazione dei livelli essenziali di assistenza, sia le misure necessarie all'azzeramento del disavanzo entro il 2010.
La legge finanziaria specificamente dispone che il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e Finanze, assicura l'attività di affiancamento delle regioni, che hanno sottoscritto gli Accordi sui Piani di rientro dai disavanzi(1), sia ai fini del monitoraggio degli stessi, sia per i provvedimenti regionali sottoposti a preventiva approvazione da parte del Ministero della Salute e del Ministero dell'Economia e Finanze, sia per i Nuclei da realizzarsi nelle singole regioni con funzioni consultive di supporto tecnico, nell'ambito del Sistema Nazionale di Verifica e Controllo sull'Assistenza Sanitaria (3).
Gli accordi sono finalizzati a sbloccare le maggiori assegnazioni di risorse per il finanziamento dei Servizi Sanitari Regionali, il cui blocco era scattato nei confronti delle regioni inadempienti rispetto a quanto pattuito con l'Accordo dell'8 agosto 2001.
Va evidenziato che tali accordi non prevedono risorse aggiuntive da parte dello Stato finalizzate al ripiano dei disavanzi, ma anzi presuppongono l'impegno delle regioni a ripianare i disavanzi medesimi al fine di assicurare la copertura dei disavanzi accumulati, garantire il superamento delle cause strutturali dei disavanzi ed il pieno mantenimento dei LEA.

Le attività del Ministero della Salute che afferiscono al SIVeAS
Le principali attività che afferiscono al SIVeAS di competenza del Ministero della Salute sono costituite dalla verifica del raggiungimento in ciascuna regione degli obiettivi di tutela della salute perseguiti dal Servizio Sanitario Nazionale, che si realizza attraverso il sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria (4), attraverso indicatori e parametri di riferimento rilevanti ai fini del monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza.
In questo quadro si inserisce l'attività del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, istituito dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, cui è affidato il compito di verifica dell'erogazione di tali livelli in condizioni di appropriatezza e di efficienza nell'utilizzo delle risorse e di verifica della congruità tra le prestazioni da erogare e le risorse messe a disposizione[1].
Al Comitato è affidato il compito di verificare l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in condizioni di appropriatezza e di efficienza nell'utilizzo delle risorse, nonché la congruità tra le prestazioni da erogare e le risorse messe a disposizione dal Servizio Sanitario Nazionale.
In particolare, il Comitato verifica gli adempimenti cui sono tenute le regioni sotto il profilo erogativo dei Livelli Essenziali di Assistenza ai fini dell'accesso all'incremento delle risorse finanziarie a carico del bilancio dello Stato e ne certifica gli esiti al Tavolo tecnico presso il Ministero dell'Economia e Finanze; verifica la realizzazione dei piani regionali di contenimento delle liste di attesa; svolge attività di monitoraggio del rapporto costi/Livelli Essenziali di Assistenza e di sviluppo di una metodologia per l'analisi delle condizioni di appropriatezza ed efficienza nell'utilizzo delle risorse nell'erogazione dei LEA.
Con il Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008 (5) sono state introdotte alcune significative novità ed innovazioni in materia di tempi di attesa, in quanto il problema viene affrontato su due dimensioni, per ciascuna delle quali si individuano precise responsabilità nella gestione dei tempi di attesa.
La prima si riferisce all'obbligo previsto per le regioni di dotarsi di uno strumento programmatico unico e integrato, attraverso i Piani regionali, nel quale fare confluire e rendere coerenti tutti gli atti e provvedimenti già adottati sul tema delle liste di attesa. Ciò con l'obiettivo di garantire un generalizzato abbattimento dei tempi di attesa agendo, sia sul lato della domanda che su quello dell'offerta, in modo che sotto tutti gli aspetti del sistema regionale si possa registrare maggiore rapidità nella capacità di risposta alla richiesta di prestazioni appropriate.
L'attività di monitoraggio dei tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza è svolta dal Ministero della Salute e dall' Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali.
L'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali afferisce al SIVeAS per l'attività di supporto al Ministero della Salute ed alle regioni in materia di verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza.

[1]Istituito dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, costituito con decreto del Ministro della Salute del 21 novembre 2005, è composto da rappresentanti del Ministero della Salute, del Ministero dell'Economia e delle Finanze, del Dipartimento per gli affari regionali della Presidenza del Consiglio dei Ministri e delle regioni designati dalla Conferenza dei Presidenti delle regioni.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 528

Altra attività è costituita dall'esercizio del potere di accesso presso le aziende unità sanitarie locali e aziende ospedaliere, che consta nella potestà di effettuare ispezioni amministrative per la vigilanza della gestione delle unità sanitarie locali e sull'attuazione del piano sanitario nazionale[2].
Il potere di accesso del Ministero della Salute è stato esteso, dalla legge finanziaria 2004 a tutti gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, anche se trasformati in fondazioni, ai policlinici universitari e alle aziende ospedaliere universitarie ed integrato con la potestà di verifica presso le aziende unità sanitarie locali e aziende ospedaliere, dell'effettiva erogazione, secondo criteri di efficienza ed appropriatezza, dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, compresa la verifica dei relativi tempi d'attesa[3].
Il SIVeAS mette in sinergia anche il Sistema Nazionale Linee Guida, per gli aspetti concernenti la razionalizzazione dei percorsi di cura e l'incremento dell'appropriatezza (6), così come il Nuovo Sistema Informativo Sanitario ai fini del monitoraggio dell'assistenza sanitaria e l'attività dell'Agenzia italiana del farmaco in ordine alla verifica dell'assistenza farmaceutica compresa nei Livelli Essenziali di Assistenza.
Al fine di assicurare le finalità del Ministero della Salute e per garantire un qualificato apporto all'azione di coordinamento nel quadro della programmazione sanitaria nazionale di tutti gli organismi ed enti operanti nell'ambito del SIVeAS, è stata prevista la possibilità per il Ministero della Salute di avvalersi di esperti e della collaborazione di istituti di ricerca, società scientifiche e strutture pubbliche o private, anche non nazionali, operanti nel campo della valutazione degli interventi sanitari.

Gli ambiti di intervento
In questo quadro di contesto si individuano quattro direttrici cui possono corrispondere linee di intervento del SIVeAS:
- le regioni a statuto ordinario;
- le regioni a statuto speciale;
- il gruppo delle regioni in difficoltà economico finanziaria che presentano caratteristiche comuni;
- le singole regioni che stipulano accordi sui Piani di rientro dai disavanzi.

Gli ambiti di intervento possono ricondursi a due macro-aree, tra di loro necessariamente interdipendenti e comunicanti:
1. l'area delle garanzie del raggiungimento degli obiettivi del Servizio Sanitario Nazionale e supporto al Ministero della Salute nelle attività relative al sistema di garanzie e alla verifica dell'erogazione dei LEA;
2. l'area dell'affiancamento alle regioni che hanno stipulato l'Accordo comprensivo di Piano di rientro dai disavanzi.

1. *Area delle garanzie del raggiungimento degli obiettivi del Servizio Sanitario Nazionale*
L'area copre le esigenze di supporto al Ministero della Salute nelle proprie attività relative a :
a. Il sistema di garanzie di cui al DM 12 dicembre 2007, attuativo dell'art. 9, dlgs 56 18 febbraio 2000[4];
b. La verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), ai sensi dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

I soggetti istituzionali coinvolti sono:
A livello centrale:
- Ministero della Salute-Direzione generale (DG) Programmazione sanitaria, LEA e principi etici di sistema, coadiuvato dalle risorse esterne del SIVeAS (esperti; istituti di ricerca, strutture pubbliche o private, società scientifiche; personale del Nucleo SAR);
- Ministero della Salute-DG Sistemi Informativi;
- Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali;
- Comitato per la verifica dell'erogazione dei LEA in condizioni di efficienza e appropriatezza;
- AIFA;
- Ministero dell'Economia e Finanze-RGS IGESPES.

[2]Nucleo di supporto per l'analisi delle disfunzioni e la revisione organizzativa (SAR), di cui all' art. 2, comma 6 del decreto-legge 29 agosto 1984, n.528, convertito, con modificazioni, dalla legge 31 ottobre 1984, n.733, integrato dall'articolo 4, comma 2 della legge 1° febbraio 1989, n.37 ed esteso, ai sensi dell'articolo 1, comma 172 della legge 30 dicembre 2004, n.311, a tutti gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, anche se trasformati in fondazioni, ai policlinici universitari e alle aziende ospedaliere universitarie.

[3]Esercizio da parte del Ministero della salute della potestà di verifica, ai sensi dell'articolo 1, comma 172 della legge 30 dicembre 2004, n.311.

[4]Sistema di garanzia del raggiungimento, in ciascuna regione, degli obiettivi di tutela della salute perseguiti dal Servizio Sanitario Nazionale" per il " (…) monitoraggio dell'assistenza sanitaria effettivamente erogata in ogni regione, (…) la verifica del rispetto delle garanzie di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, e delle compatibilita' finanziarie di cui all'articolo 1, comma 3, del citato decreto legislativo n. 502 del 1992).

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 529

A livello regionale:
- tutte le regioni;
- le sole regioni a statuto ordinario.

2. *Area dell'affiancamento alle regioni con Piano di Rientro*
L'area copre le esigenze di supporto al Ministero della Salute nelle proprie attività relative all'affiancamento alle attività di programmazione, gestione e valutazione dei Servizi Sanitari Regionali nelle regioni che hanno stipulato l'accordo di cui all' art. 1, c.180 della legge 311/2004, comprensivo di Piano di rientro dai disavanzi (Pdr) e, in particolare, nelle attività relative a:
a. la preventiva approvazione dei provvedimenti predisposti dalle singole regioni in attuazione di quanto previsto nei rispettivi Piani di rientro 2007-2009;
b. il coordinamento dei Nuclei da realizzarsi nelle singole regioni con funzioni di supporto tecnico;
c. il monitoraggio dell'attuazione e dell'impatto dei Pdr, a livello regionale ed interregionale.
I soggetti istituzionali coinvolti sono:
A livello centrale:
- Ministero della Salute-DG Programmazione sanitaria, coadiuvato dalle risorse esterne del SIVeAS (esperti, singoli e istituti di ricerca; personale del Nucleo SAR);
- Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali;
- Ministero dell'Economia e Finanze –RGS IGESPES.
A livello regionale:
- tutte le regioni che hanno stipulato l'accordo di cui all' art. 1, c.180 della l 311/2004;
- le singole regioni che hanno stipulato l'accordo di cui all' art. 1, c.180 della l 311/2004.

Si prevede, infatti, che il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e Finanze, assicuri l'attività di affiancamento delle regioni, che hanno sottoscritto gli Accordi sui Piani di rientro dai disavanzi (2), sia ai fini del monitoraggio degli stessi, sia per i provvedimenti regionali sottoposti a preventiva approvazione da parte del Ministero della Salute e del Ministero dell'Economia e Finanze, sia per i Nuclei da realizzarsi nelle singole regioni con funzioni consultive di supporto tecnico, nell'ambito del Sistema Nazionale di Verifica e Controllo sull'Assistenza Sanitaria (3).
I vari interventi e strumenti oggetto dei contributi richiesti a singoli esperti, centri collaborativi e uffici ministeriali coinvolti nel SIVeAS per l'adempimento alle diverse indicazioni normative di riferimento si riconducono alle seguenti nove Linee di attività, individuate per il triennio 2007-2009:

I. Monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza:
    I.1 Domanda e offerta di prestazioni e servizi nei SSR.
    I.2 Regolamentazione degli scambi di prestazioni nei/tra SSR.
    I.3 Costi delle prestazione e dei servizi nei SSR: costi osservati e "costi standard".
    I.4 Tempi di attesa.
    I.5 Rispetto della normativa vigente nella erogazione delle prestazioni.
II. Promozione e valutazione dell'efficienza gestionale:
    II.1 Governo del personale.
    II.2 Governo degli acquisti di beni e servizi.
    II.3 Controlli interni.
III. Promozione e valutazione dell'efficacia e della qualità:
    III.1 Valutazione degli esiti: approcci e indicatori per area.
    III.2 Valutazione della qualità percepita.
IV. Promozione e valutazione dell'Appropriatezza:
    IV.1 Appropriatezza organizzativa.
    IV.2 Appropriatezza clinica.
V. Accreditamento e organizzazione dell'offerta:
    V.1 Accreditamento degli erogatori nei SSR.
    V.2 Organizzazione dell'offerta.
VI. Accessibilità:
    VI.1 Forme di partecipazione ai costi delle prestazioni.
    VI.2 Libera professione.
VII. Assistenza socio-sanitaria:

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 530

VII.1 Programmazione e finanziamento.
VII.2 Organizzazione e gestione.
VII.3 Valutazione.
VIII. Confronti internazionali e integrazione delle Basi-Dati:
VIII.1 Indicatori LEA: Italia vs Europa.
VIII.2 Indicatori OCSE: fabbisogno informativo e sistema di analisi.
IX. Affiancamento alle regioni con Piano di rientro dal disavanzo:
IX.1 Modalità di affiancamento a livello centrale.
IX.2 Monitoraggio dell'attuazione dei Pdr.
IX.3 Monitoraggio dell'impatto dei Pdr.
IX.4 Modalità di affiancamento a livello regionale.
IX.5 Attività di partnership tra regioni.

Riferimenti bibliografici

(1) Decreto del 17 giugno 2006, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale 16 agosto 2006 n. 189.
(2) Articolo 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311.
(3) Articolo 1, comma 796 lettera b) legge 296/2006.
(4) Articolo 9 del decreto legislativo 18 febbraio 2000 n. 56.
(5) Intesa tra Stato e Regioni del 28 marzo 2006, in attuazione dell'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266.
(6) Decreto del Ministro della Salute 30 giugno 2004.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 531

Salute orale ed assistenza odontoiatrica

Prof. Giorgio Liguori, Dott. Antonino Parlato, Dott.ssa Gabriella Sebastiani, Dott.ssa Rossella Agliata, Dott. Mauro Ghisolfi, Prof.ssa Laura Strohmenger

L'assistenza odontoiatrica costituisce il settore in cui il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ha tradizionalmente presentato un impegno limitato malgrado le molteplici implicazioni di carattere sanitario e sociale.
In Italia (Istat-indagine Multiscopo 2005) in sole quattro settimane sono state effettuate 31.213.000 visite mediche (media 1.9 visite/persona) di cui la metà (46,4%) di tipo specialistico (14.475.000) con un incremento, rispetto ai cinque anni precedenti, del +16,7%; tale incremento si è verificato soprattutto al Sud e nelle Isole e per gli ultrasettantacinquenni (+36,7%).
Tra le specialistiche, le visite odontoiatriche sono le più numerose (26,9%) e per la quasi totalità (92%) risultano interamente a carico dei cittadini (56,8% la quota di spesa media a carico delle famiglie per tutte le visite specialistiche; 47,8% se si escludono le visite odontoiatriche) (tabella 1) (1).
Nel nostro paese si spendono 10.000.000 di euro/anno per spese dentistiche; nel 2001 (Fonte Altroconsumo), la spesa media per cure odontoiatriche è risultata pari a 167 euro/abitante e 1.247/famiglia.
Il 70,5% degli italiani non si è mai rivolto ad un servizio di odontoiatria pubblica e solo l'1,5% della spesa sanitaria nazionale viene destinata a tali scopi. Sebbene simili problemi siano comuni a quasi tutti i sistemi sanitari europei, i volumi di prestazioni a carico del settore pubblico, indipendentemente dalla natura pubblica o privata convenzionata del soggetto erogatore, nel nostro paese sono i più bassi, con 0,6 visite/abitante/anno rispetto alle 1,4 in Germania, 1,8 in Belgio e 2,1 in Olanda (2, 4).
Ciò comporta un serio limite al principio fondamentale della globalità delle prestazioni offerte dal SSN e può creare disuguaglianze in ragione degli alti costi di quanto offerto nel libero mercato. A tal proposito, viene segnalato in sensibile aumento il fenomeno del "turismo dentistico", soprattutto verso taluni Paesi dell'Est (Croazia, Repubblica Ceca, Ungheria) perché il costo complessivo di viaggio, albergo e cure dentistiche è inferiore a quello che sarebbe il costo delle sole cure in Italia. In Svizzera, Austria, Germania e Belgio si pagano cifre inferiori anche del 20-30% (5).
Molti sono i fattori che influenzano la pratica professionale odontoiatrica: la situazione economica del paese, l'offerta del sistema sanitario, l'innovazione tecnologica, il quadro epidemiologico delle malattie, l'evoluzione della società e dei bisogni dei pazienti, i risultati della ricerca scientifica, lo stato economico dei cittadini ed il contesto sociale e professionale.
D'altra parte, i numeri dicono che vi sono oggi in Italia oltre 51.000 odontoiatri (per il 2020 ne sono previsti più di 54.000) e 1.600 igienisti dentali con 32.000 studi/ambulatori ed un rapporto dentista/pazienti di 1/1.200 (standard internazionale 1/2.000). I corsi di laurea in "Odontoiatria e Protesi Dentaria" sono 30 con oltre 7.000 studenti iscritti. Quanto ai professionisti, il 94% lavora in strutture private, mentre solo il 6% opera in strutture pubbliche (3, 4, 6, 7).
Relativamente alle prestazioni, i dati ministeriali di una recente sperimentazione relativi agli anni 2003-2004 sono disponibili solo per alcune regioni italiane, in particolare del Centro-Nord. Per quanto limitati e parziali, tali dati confermano come, in Italia, siano molte le differenze territoriali, con realtà che si muovono meglio di altre. Accanto alla Provincia Autonoma di Trento, dove vengono realizzati anche programmi di prevenzione in età pediatrica ed a regioni come Emilia-Romagna, Marche e Toscana, ve ne sono altre in cui non risultano nemmeno garantiti i livelli minimi di assistenza (8-11).
In odontoiatria, a tutt'oggi, gli interventi preventivi sono stati orientati soprattutto alle campagne di promozione della salute dentale rivolte ai soggetti di età fino a 14 anni, in collaborazione con le istituzioni scolastiche e le pediatrie di comunità distrettuali delle aziende USL, con l'adozione di comportamenti positivi di prevenzione individuale primaria e secondaria e con incremento del ricorso alle cure di tipo preventivo e conservativo; minore attenzione è stata invece posta alla diffusione dell'offerta di servizi diagnostici e terapeutici a carico del SSN, come si evidenzia dai piani sanitari regionali, la più parte dei quali non fa neppure cenno alla prevenzione ed alla terapia odontoiatrica in genere (5, 6).
La normativa nazionale in materia è costituita principalmente dall'art. 2 del D.Lgs. 229/99 che definisce i criteri per la determinazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e disciplina il funzionamento dei Fondi integrativi del SSN, e dal DPCM 29.11.2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza". Tali documenti dettano le indicazioni nazionali che limitano la competenza del SSN ai "Programmi di tutela della salute odontoiatrica" in età evolutiva ed alla "Assistenza odontoiatrica e protesica verso soggetti in condizione di particolare vulnerabilità", affidando ai Fondi integrativi del SSN l'assistenza odontoiatrica per i servizi complementari.
Nella finanziaria 2007 sono stati stanziati ulteriori 3 miliardi di euro per incrementare il fondo del programma

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 532

straordinario di investimento di edilizia sanitaria individuando precise priorità di intervento ed, in particolare, per l'ammodernamento delle strutture pubbliche di odontoiatria nel rispetto dei requisiti strutturali impiantistici e tecnologici.
L'attività odontoiatrica erogata dal SSN è stata messa al centro della revisione dei LEA nella redazione del Patto per la Salute dalla Conferenza Stato-Regioni (ottobre 2006), per il triennio 2007-2009: è previsto il monitoraggio sulla effettiva erogazione dei LEA attraverso un set di nuovi indicatori oltre ad una revisione straordinaria dei livelli in vigore dal primo gennaio 2007 per eliminare le prestazioni obsolete ed inappropriate.

Tabella 1 - *Visite specialistiche effettuate nelle quattro settimane precedenti l'intervista per tipo di visita specialistica – Anno 2005*

Tipo di visita specialistica	Per 100 visite specialistiche	Migliaia	Δ % rispetto al 1999-2000	% a pagamento intero/100 visite specialistiche
Odontoiatrica	26,9	3.894	2,3	92,0
Ortopedica	11,4	1.653	16,7	45,8
Altra specialistica	11,0	1.590	14,9	37,6
Oculistica	10,8	1.566	3,6	50,7
Cardiologica	9,5	1.374	34,3	31,3
Ostetrico-Ginecologica	8,1	1.166	3,5	64,5
Otorino-Laringoiatra	4,3	619	-3,7	42,5
Neurologica	3,6	517	28,6	39,5
Urologica	3,5	501	35,4	31,1
Dermatologica	3,4	495	2,9	52,8
Gastro-Enterologica	2,8	401	5,5	34,0
Psichiatrica, Psicologica	2,0	295	18,5	32,2
Dietologica	1,8	255	32,8	57,1
Geriatrica	1,0	149	33,0	27,3
Totale	**10,0**	**14.475**	**10,5**	**56,8**

Fonte dei dati e anno di riferimento: Indagine Multiscopo Istat. Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari. Anno 2005.

Riferimenti bibliografici

(1) Istat. Indagine Multiscopo "Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari - Anno 2005". 2 marzo 2005.
(2) Chen M, Andersen RM, Barmes DE, Leclerq MH, Lyttle CS. Comparing Oral Health Care Systems: A Second International Collaborative Study - World Health Organization. World Health Organization London, 1997.
(3) Aldo Piperno. www.censis.it/277/372/4976/2318/cover.asp, articolo del 24 settembre 2003.
(4) G. Citoni e A. Piperno. "Formazione e produttività: il caso dei dentisti italiani" Franco Angeli Editore, fascicolo 5, 1998.
(5) Stefano Quaranta. Dentisti…Pubblici www.emergenzasalute.blogosfere.it/2006/03/dentistipubblic.html 6 marzo 2007.
(6) Cressati S. Salute dei denti: visite e cure gratuite per i bambini toscani. Quotidiano Telematico dell'Agenzia di Stampa della Giunta Regionale Toscana del 26.7.2006 www.primapagina.regionetoscana.it.
(7) Strohmenger L. Oral health and Public Health. J Gerontol 2006, LIV: 110-4.
(8) Giunta della Regione Emilia Romagna. Deliberazione del 20 dicembre 2004 (progr. n. 2678/2004). Approvazione del Programma "Assistenza odontoiatrica nella regione Emilia-Romagna: programma regionale per l'attuazione dei LEA e la definizione di livelli aggiuntivi".
(9) Giunta Regionale Emilia Romagna - Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali. Deliberazione del 20.12.2004 n°26781 "Definizione delle condizioni di vulnerabilità sanitaria" Prot n. ASS/DIR/05/21116 del 3.6.2005.
(10) Battistoni R, Dolcini F, Polverini F e Morbidoni M. "Indagine sulla prevalenza della carie dentaria e della malocclusione tra i bambini delle classi terze elementari della Zona Territoriale n.7 di Ancona". ASUR ZT 7 Regione Marche (Dipartimento di Prevenzione, U.O. Epidemiologia, Distretti Sanitari e Specialistica Ambulatoriale) ottobre 2005.
(11) Gentili G e Paolinelli M. I distretti sanitari delle Marche: rassegna di progetti ed esperienze. Esseditrice Ed. Roma 2005 (pp 189-206).
(12) Giunta Regionale Toscana - Delibera 537/2006 "Odontoiatria: un percorso sostenibile. Indirizzo alle ASL per la prevenzione in età evolutiva".

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 533

Livello di istruzione e ospedalizzazione potenzialmente evitabile nel Lazio

Dott.ssa Laura Cacciani, Dott. Aldo Rosano, Dott. Riccardo Salvatori, Dott.ssa Gabriella Guasticchi

Contesto

L'assistenza primaria svolge un ruolo sempre più importante nella prevenzione, gestione e cura di molte patologie acute e croniche, che si traduce in un minor numero di casi trattati in regime ospedaliero. È stato evidenziato, infatti, come le persone che più facilmente accedono alle cure primarie abbiano tendenzialmente una probabilità minore di subire un ricovero (1). Alcuni dei vantaggi che potrebbero derivare da una buona assistenza primaria riguarderebbero la riduzione delle liste di attesa e dei costi legati al ricovero e la diminuzione di problemi iatrogeni legati all'esposizione al rischio di infezioni ospedaliere.

L'ospedalizzazione potenzialmente evitabile si riferisce proprio a quei ricoveri per condizioni che sono suscettibili di appropriata e tempestiva assistenza primaria e che, per la loro natura, potrebbero essere evitati attraverso la preventiva e appropriata presa in carico del paziente in sede ambulatoriale. Tali condizioni vengono identificate in letteratura come *Ambulatory Care Sensitive Conditions* (ACSC), a partire dal lavoro di Weissman et al. (2). L'ospedalizzazione evitabile rappresenta un esito sanitario distinto dai ricoveri inappropriati. Si tratta, infatti, di condizioni per le quali, una volta manifestate, il ricovero si suppone necessario (3).

Il tasso di ospedalizzazione evitabile è utilizzato correntemente come indicatore di prevenzione nell'ambito dei *Prevention Quality Indicators* (PSI), predisposti dall'Agenzia Federale Statunitense (*Agency for Healthcare Research and Quality*, AHRQ), ed è stato oggetto di una sperimentazione da parte dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR) nell'ambito del progetto "Identificazione, sperimentazione e validazione di alcuni indicatori di qualità dei servizi e delle attività sanitarie e socio-sanitarie del territorio".

In Italia, come all'estero, diversi studi hanno evidenziato l'esistenza di un'associazione tra fattori socio-economici e ospedalizzazione evitabile. Nella città di Bologna sono state evidenziate differenze nel rischio di ricovero per ACSC per livello di reddito, età e genere (4), mentre nella provincia di Roma è stato evidenziato come i fattori socio-economici di area siano associati all'ospedalizzazione per ACSC (5).

L'obiettivo di questa analisi è quello di descrivere il fenomeno dell'ospedalizzazione potenzialmente evitabile avvenuta nel Lazio durante il 2006 e di analizzare se esiste un'associazione con il titolo di studio rilevato a livello individuale attraverso fonte amministrativa.

Metodi

Attraverso il Sistema Informativo Ospedaliero del Lazio sono stati individuati i ricoveri erogati nella regione durante il 2006 (pari a 1.321.048). Ai fini della presente analisi sono stati selezionati 801.855 ricoveri per acuti, a carico del Servizio Sanitario Regionale, di residenti nel Lazio di 30 o più anni, escludendo i ricoveri per gravidanza e parto. Sono stati scartati dall'analisi per titolo di studio i ricoveri con codice errato (0,2%) e quelli con probabilità di misclassificazione del titolo di studio elevata, individuati tra quelli erogati da Istituti con distribuzione dell'informazione molto diversa dall'atteso (2,5%), ottenendo così 781.489 ricoveri. La distanza tra la distribuzione dei valori osservati e attesi è stata misurata attraverso l'indice di contingenza quadratica media Phi^2 (6).

La selezione delle diagnosi per ACSC è avvenuta in base ai criteri definiti in uno studio italiano (4), dove sono stati ripresi i criteri esplicitati nel contesto statunitense (2) ed europeo (7), riadattandoli al contesto italiano. Le condizioni evitabili selezionate sono state le seguenti: angina pectoris, appendicite acuta con complicazioni, asma, deficienze nutrizionali, diabete, amputazione degli arti inferiori tra ricoverati con diagnosi di diabete, disordini del metabolismo idro-elettrolitici, infezioni del tratto urinario, insufficienza cardiaca, ipertensione, malattie infiammatorie della tromba di Falloppio, malattie polmonari cronico-ostruttive, polmonite batterica, ulcera perforata con emorragia.

Attraverso la regressione logistica sono stati calcolati gli *Odds Ratio* (OR) per stimare l'associazione tra il titolo di studio e i ricoveri per cause evititabili rispetto a tutte le altre cause. La classificazione del titolo di studio utilizzata è stata la seguente: nessun titolo, licenza elementare, media inferiore, medie superiori e laurea; l'età in anni è stata raggruppata nelle classi 30-39, 40-49, 50-59, 60-69 e 70 e oltre. L'analisi è stata effettuata separatamente per regime di ricovero e genere ed è stata stratificata per classe d'età al fine di considerare l'interazione tra titolo di studio ed età.

Risultati e Discussione

Sono stati considerati 55.218 ricoveri avvenuti per cause evitabili (7,1% del totale selezionato). Di questi, il 79,2% è risultato a carico di persone ultrasessantenni rispetto al 58,1% nelle altre cause, analogamente a quan-

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 534

to emerso da uno studio simile condotto nella città di Bologna (4) il 78,6% è stato erogato in regime ordinario e il 51,7% a uomini. La tabella 1 mostra la distribuzione dei ricoveri per ACSC e per tutte le altre cause, per titolo di studio e per due grandi classi d'età (30-59 e 60 e più anni). È interessante notare come la percentuale di ricoveri evitabili sia risultata maggiore tra le persone con titolo basso (o nessun titolo) rispetto ai ricoveri per tutte le altre cause, sia tra i più giovani che tra gli anziani. Tale differenza è risultata per entrambi i due gruppi di età approssimativamente del 55% tra coloro che non possedevano alcun titolo di studio e del 45% (età 30-59 anni) e 19% (60+ anni) tra coloro che possedevano solo la licenza elementare.

Tabella 1 - *Dimissioni nel Lazio per ACSC e per tutte le altre cause (valori assoluti e percentuali), per titolo di studio e classe d'età - Anno 2006*

Titolo di studio	30-59 anni				60+ anni			
	ACSC		Altro		ACSC		Altro	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nessuno	189	1,64	3.228	1,06	3.457	7,91	21.411	5,07
Licenza elementare	1.710	14,87	31.268	10,28	25.339	57,96	206.123	48,85
Licenza media inferiore	4.745	41,26	117.730	38,69	9.553	21,85	114.878	27,22
Licenza media superiore	3.971	34,53	121.637	39,97	4.148	9,49	60.205	14,27
Diploma di laurea	884	7,69	30.434	10,00	1.222	2,80	19.357	4,59
Totale	**11.499**	**100,00**	**304.297**	**100,00**	**43.719**	**100,00**	**421.974**	**100,00**

Fonte dei dati e anno di riferimento: Laziosanità. Sistema Informativo Ospedaliero. Anno 2006.

La tabella 2 mostra i risultati del modello di regressione logistica in regime ordinario, separatamente per genere e classe d'età. Sia tra gli uomini che tra le donne il rischio di ospedalizzazione per ACSC è risultato associato con il possesso di un titolo di studio basso. Tra gli uomini tale rischio è apparso più elevato nella classe d'età 40-49, dove la probabilità di essere ricoverati per ACSC è risultata 4 volte superiore tra coloro che non possedevano alcun titolo di studio rispetto ai laureati (OR = 4,17; 95% IC: 2,62-6,64). Sono invece le donne di età compresa tra i 50 e i 59 anni senza titolo di studio ad avere avuto un maggiore rischio di essere ricoverate per cause evitabili (OR = 4,07; 95% IC: 2,74-6,03).
In regime di Day-Hospital non sono state evidenziate particolari differenze tra titolo di studio e ospedalizzazione per ACSC.
Il fenomeno dell'ospedalizzazione potenzialmente evitabile nel Lazio ha dimensioni rilevanti: circa 7 ricoveri su 100 sono avvenuti nel 2006 per condizioni definibili come evitabili. Tra gli ultrasessantenni tale valore sale a 9 ricoveri su 100.
Il ricorso al ricovero per le ACSC può rappresentare una spia del funzionamento dell'assistenza sanitaria territoriale nel suo complesso, la cui misura può essere utilizzata ai fini della sua valutazione. Un eccesso di ospedalizzazione evitabile può pertanto suggerire il fallimento di parte degli obiettivi dell'attività di prevenzione primaria e secondaria e della medicina territoriale. È importante, quindi, individuare quali sono i complessi e poco espliciti meccanismi che determinano questo fenomeno. È ipotizzabile e in parte è noto che l'ospedalizzazione evitabile, così come quella generale, dipenda da una serie di fattori (la prevalenza e l'incidenza delle patologie nella popolazione in studio, le caratteristiche di salute individuali, la presenza di patologie concomitanti e le modalità dell'offerta ospedaliera) connessi con il rischio di ricovero, indipendentemente dall'assistenza primaria.
In questo studio tale molteplicità di fattori non è stata valutata. Piuttosto si è scelto di contribuire a indagare la relazione tra fattori socio-economici e ospedalizzazione evitabile, scegliendo come indicatore della posizione sociale l'istruzione, che ha evidenziato l'esistenza di un'associazione coerentemente con quanto evidenziato dalla letteratura al momento disponibile (4, 5, 8).
A partire da tale associazione è plausibile considerare il livello di istruzione come uno dei fattori che spiegano i ricoveri per ACSC. Infatti l'istruzione rappresenta, forse più di ogni altra dimensione sociale, le maggiori opportunità e capacità di utilizzare in maniera efficace l'assistenza primaria e la medicina preventiva da parte di un individuo e che si possono tradurre nella "prevenzione" di ricoveri evitabili.
Sono noti i limiti dell'uso del titolo di studio individuale da fonte amministrativa, legati soprattutto al rischio di misclassificazione dell'informazione. Nell'analisi svolta si è cercato di minimizzare questo rischio escludendo le strutture le cui informazioni sul titolo di studio apparivano non valide. Non esiste inoltre motivo di ritenere che sia presente una misclassificazione di tipo differenziale. D'altro canto, l'utilizzo di informazioni a livello individuale si traduce nell'importante vantaggio di non incorrere nella fallacia ecologica, che riguarda la distorsione che si può verificare quando si attribuiscono agli individui effetti osservati a livello collettivo.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 535

L'analisi dell'ospedalizzazione evitabile nel Lazio offre importanti spunti nella valutazione e programmazione degli interventi sanitari, sia per la prevenzione di malattie acute e croniche, sia per la loro gestione attraverso una diagnosi precoce e un trattamento tempestivo. Ulteriori sviluppi dello studio potranno riguardare l'approfondimento degli elementi che sono alla base della relazione tra fattori sociali e accesso ai servizi di prevenzione e cura e lo studio di altri fattori socio-economici individuali (occupazione) e di contesto.
Se attraverso altri studi i fattori socio-economici potranno essere considerati come esplicativi del rilevante fenomeno dell'ospedalizzazione evitabile nel Lazio, si potrebbe procedere a individuare e valutare se forme di incentivazione ai Medici di Medicina Generale, finalizzate alla presa in carico da parte loro dei pazienti più svantaggiati, potranno ridurre il fenomeno dell'ospedalizzazione evitabile.

Tabella 2 - *Odds Ratio (OR) e intervalli di confidenza al 95% (95% IC) dei ricoveri in regime ordinario per ACSC rispetto a tutte le altre cause per titolo di studio, sesso e classe d'età – Anno 2006*

Titolo di studio	Maschi		Femmine	
	OR	95% IC	OR	95% IC
		30-39 anni		
Nessuno	1,78	0,905-3,516	3,48	2,017-5,999
Licenza elementare	1,85	1,215-2,814	2,02	1,358-2,989
Licenza media inferiore	1,29	0,926-1,793	1,34	1,032-1,733
Licenza media superiore	1,16	0,834-1,619	1,14	0,885-1,466
Diploma di Laurea	1	-	1	-
		40-49 anni		
Nessuno	4,17	2,622-6,636	2,38	1,255-4,526
Licenza elementare	2,74	1,967-3,81	1,95	1,371-2,77
Licenza media inferiore	1,76	1,31-2,357	1,53	1,137-2,055
Licenza media superiore	1,53	1,139-2,062	1,31	0,969-1,757
Diploma di Laurea	1	-	1	-
		50-59 anni		
Nessuno	2,57	1,794-3,684	4,07	2,744-6,026
Licenza elementare	1,90	1,544-2,329	2,09	1,594-2,728
Licenza media inferiore	1,56	1,284-1,889	1,74	1,334-2,256
Licenza media superiore	1,25	1,021-1,523	1,16	0,882-1,529
Diploma di Laurea	1	-	1	-
		60-69 anni		
Nessuno	2,14	1,654-2,763	2,76	1,99-3,83
Licenza elementare	1,86	1,592-2,178	2,31	1,759-3,042
Licenza media inferiore	1,44	1,229-1,687	1,70	1,285-2,238
Licenza media superiore	1,16	0,981-1,374	1,21	0,902-1,613
Diploma di Laurea	1	-	1	-
		70+ anni		
Nessuno	2,42	2,148-2,725	2,16	1,823-2,556
Licenza elementare	1,83	1,652-2,023	1,80	1,531-2,122
Licenza media inferiore	1,37	1,228-1,518	1,29	1,087-1,519
Licenza media superiore	1,18	1,048-1,322	1,10	0,921-1,308
Diploma di Laurea	1	-	1	-

Fonte dei dati e anno di riferimento: Laziosanità. Sistema Informativo Ospedaliero. Anno 2006.

Riferimenti bibliografici

(1) Kelman HR, Thomas C. Hospital and ambulatory service use by the urban elderly under different health care delivery systems. Med Care 1988; 26 (8): 739–49.
(2) Weissman JS, Gatsonis C, Epstein AM. Rates of avoidable hospitalization by insurance status in Massachusetts and Maryland. JAMA 1992; 268 (17): 2.388-94.
(3) Brown AD, Goldacre MJ, Hicks N, et al. Hospitalization for ambulatory care-sensitive conditions: a method for comparative access and quality studies using routinely collected statistics. Can J Public Health 2001; 92 (2): 155-9.
(4) Pirani M, Schifano P, Agabiti N, et al. Ospedalizzazione potenzialmente evitabile nella città di Bologna, 1997-2000: andamento temporale e differenze per livello di reddito. Epidemiol Prev 2006; 30 (3): 169-177.
(5) P. Papini, A. Rosano, A. G. de Belvis, A. Cicchetti, A Natali, A. Spagnolo, W. Ricciardi. Valutazione dell'appropriatezza organizzativa attraverso l'analisi dell'ospedalizzazione evitabile: un'applicazione nella Provincia di Roma. In: Atti del convegno del 42° congresso nazionale della Società Italiana di Igiene e Medicina Preventiva e Sanità Pubblica. Catania 27-30 ottobre 2006.
(6) Leti G. Statistica Descrittiva. Il Mulino, Bologna, 1983.
(7) Caminal J, Starfield B, Sanchez E, Casanova C, Morales M. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. Eur J Public Health 2004 Sep; 14 (3): 246-51.
(8) Saxena S, George J, Barber J, Fitzpatrick J, Majeed A. Association of population and practice factors with potentially avoidable admission rates for chronic diseases in London: cross sectional analysis. J R Soc Med. 2006 Feb; 99 (2): 81-9.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 536

Ospedalizzazione evitabile e capitale sociale

Dott. Antonio Giulio de Belvis, Dott. Enrico Materia, Dott. Aldo Rosano, Dott.ssa Lorenza Rossi, Dott. Alessandro Solipaca, Dott. Amedeo Spagnolo

Contesto

Negli ultimi anni la ricerca sui servizi sanitari in Italia ha dedicato attenzione alla valutazione dell'appropriatezza organizzativa. Questo argomento ha assunto un'importanza crescente anche per le implicazioni con le altre dimensioni della qualità assistenziale.

Nella valutazione di qualità dei livelli assistenziali, la letteratura ha posto particolare attenzione all'analisi dell'ospedalizzazione potenzialmente evitabile (*Ambulatory Care Sensitive Conditions*, ACSC) (Pappas 1997, Blustein 1998, Saxena 2006, Rosano 2007). Con questa terminologia sono indicate una serie di diagnosi di dimissione ospedaliera relative a condizioni suscettibili di prevenzione, gestione e controllo in ambiente ambulatoriale, per le quali il ricovero è considerato un potenziale insuccesso.

Recenti studi condotti in Italia hanno analizzato le relazioni esistenti tra l'ospedalizzazione potenzialmente evitabile, i fattori socio-economici e le caratteristiche dell'offerta di assistenza primaria (Pirani, 2006; Rosano, 2007). Questi studi hanno anche dimostrato che l'ospedalizzazione potenzialmente evitabile assorbe una quota rilevante dell'assistenza ospedaliera.

Il ruolo di rilievo dei fattori socio-economici nell'ospedalizzazione evitabile è stato dimostrato sia in Europa sia in Nord America, dove la bassa posizione socio-economica è associata con un più frequente ricorso ai medici di famiglia e, al contempo, con un minore utilizzo dei servizi di prevenzione primaria, secondaria e di specialistica ambulatoriale (Fiscella, 2000; OECD, 2001; Atela 2004). Nel Lazio, le persone meno istruite hanno un rischio più elevato di ospedalizzazione ed è maggiore per le cause evitabili rispetto a tutte le altre cause (Cacciani, 2007).

Un particolare interesse è suscitato dal ruolo del capitale sociale: una misura della coesione sociale e del livello di fiducia civica, reciprocità e partecipazione alla vita associativa esistente in una comunità. Il concetto di capitale sociale è stato nell'ultimo decennio richiamato in campo sanitario con riferimento alle disuguaglianze di salute, in particolare alla relazione ecologica tra eterogeneità nella distribuzione del reddito e stato di salute (Kawachi, 1997).

Il capitale sociale è un concetto multidimensionale: esso comprende sia una componente comportamentale (es: la partecipazione) che una componente di natura cognitiva (es: la fiducia sociale). Esso, inoltre, può essere considerato come una variabile ecologica, appartenente a gruppi di persone (es: il patrimonio di cultura civica di una comunità), o come una variabile individuale (es: l'appartenenza ad associazioni).

Il capitale sociale può essere definito, come ritiene Putnam, una misura del rendimento delle istituzioni. Tale definizione implica che il capitale sociale è il risultato dell'azione delle istituzioni e, quindi, della loro capacità di programmare servizi accessibili e di buona qualità per i cittadini. Putnam ha indagato il ruolo della tradizione civica nelle regioni italiane giungendo alla conclusione che il capitale sociale rappresenta un fattore correlato al rendimento dei governi locali e del buon funzionamento stesso della democrazia (Putnam, 1993).

Il capitale sociale può essere visto anche come un elemento condizionante la *performance* del sistema. L'influenza del capitale sociale sulla qualità dell'assistenza può manifestarsi a diversi livelli: nel caso del capitale sociale ecologico, attraverso una buona programmazione dei servizi e delle politiche per l'appropriatezza, nel caso del capitale sociale individuale tramite fattori psico-sociali, come la fiducia nelle relazioni sociali e nei servizi pubblici organizzati dalla comunità, la non ostilità, e una maggiore consapevolezza dell'offerta dei servizi presenti nel territorio. Con lo sviluppo dell'*empowerment*, una comunità a più elevato capitale sociale è più competente, ma anche più responsabile, in termini di comportamenti di salute e domanda di prestazioni.

In Italia, in campo sanitario, il capitale sociale è stato utilizzato per valutare la sua relazione con i ricoveri a rischio d'inappropriatezza nell'ambito dello studio d'impatto delle politiche intraprese dalle regioni per promuovere l'appropriatezza dopo l'emanazione del DPCM di definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza, LEA (Di Domenicantonio, 2006).

Nel presente lavoro è stata descritta l'ospedalizzazione evitabile per gruppi di cause nelle regioni italiane. Inoltre, si è proceduto a valutare la relazione tra l'ospedalizzazione evitabile e il capitale sociale, al fine di studiare il ruolo del capitale sociale sulla qualità dell'assistenza territoriale. Questo studio propone dunque un filone innovativo di ricerca nell'ambito dei sistemi sanitari delle regioni italiane e del loro rapporto con il tessuto sociale, presentando riflessioni e valutazioni empiriche nel contesto italiano.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 537

Metodi

I dati utilizzati provengono da diverse fonti sia di natura campionaria sia amministrativa. L'integrazione di queste fonti ha consentito di ricostruire le diverse dimensioni del fenomeno in studio.

Per quanto riguarda l'ospedalizzazione evitabile sono stati utilizzati i dati del Ministero della Salute riportati sulle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) relativi alle dimissioni di soggetti di oltre 30 anni d'età avvenute nel corso del 2004. Le diagnosi potenzialmente evitabili analizzate in questo studio sono state selezionate secondo quanto proposto dalla letteratura scientifica (Weissman 1992, Caminal 2003).

Le diagnosi sono state raggruppate in tre classi omogenee in termini di approccio preventivo e terapeutico, sia per le malattie infettive che per quelle non infettive: a) prevenzione primaria; b) diagnosi precoce e trattamento appropriato; c) gestione appropriata e *follow-up* (tabella 1). L'analisi è stata condotta calcolando i tassi d'ospedalizzazione potenzialmente evitabile (TOE) per regione e per sesso, standardizzati per età, prendendo come riferimento la popolazione italiana al censimento del 2001.

L'indicatore di capitale sociale è stato calcolato con un'analisi delle componenti principali condotta su 13 variabili rilevate dalle indagini Istat sugli aspetti della vita quotidiana e sulle organizzazioni di volontariato in Italia, nonché dai dati riguardanti le percentuali di votanti nelle elezioni politiche nazionali del 2001 ed europee del 2004 (Ministero dell'Interno).

Le variabili sono state selezionate in base alla loro capacità di descrivere le diverse componenti del capitale sociale proposte nel modello teorico di Putnam (2004). Le dimensioni considerate sono state le seguenti: a) partecipazione alla vita civica e/o l'associazionismo nella comunità, espresse tramite la partecipazione ad associazioni ecologiche e culturali, l'attività gratuita per associazioni di volontariato, il numero di volontari in associazioni no-profit e il numero di associazioni per 100 abitanti; b) la socialità formale e informale, descritte rispettivamente con la percentuale di intervistati che si dichiara soddisfatta delle relazioni con familiari, con amici e che dichiara di avere persone su cui contare; c) la fiducia nelle istituzioni (e/o il grado di impegno nella vita pubblica) espressa dalla percentuale di affluenza alle urne nelle elezioni politiche ed europee e dalla percentuale di persone che non si informa per sfiducia nella politica; d) la fiducia sociale descritta dalla percentuale di intervistati che dichiara di subire molto l'influenza della criminalità sulle proprie abitudini.

Il primo asse fattoriale è caratterizzato da tutte le dimensioni concettuali che compongono il capitale sociale e spiega un'alta percentuale (67%) della varianza complessiva. Ciò indica un'alta capacità esplicativa di questo asse fattoriale. I punteggi delle variabili su questo asse sono stati, quindi, utilizzati come indice sintetico di capitale sociale (ICS).

Per quanto riguarda la relazione tra capitale sociale e ospedalizzazione evitabile è stato utilizzato un indice di correlazione non parametrico che misura il grado di correlazione tra i ranghi delle variabili in studio (test di Spearman).

Inoltre, una misura dell'elasticità del legame tra i due fenomeni è stata stimata attraverso un modello di regressione lineare, che utilizza il TOE come variabile di esito, ICS e reddito familiare netto medio regionale (Indagine campionaria Istat "Reddito e condizioni di Vita" 2005) come variabili esplicative. I parametri del modello possono essere utilizzati allo scopo di valutare l'impatto dell'ICS, aggiustato per il reddito familiare netto, nei confronti dei tassi d'ospedalizzazione per patologie evitabili.

Risultati e Discussione

Il TOE per le patologie suscettibili di prevenzione primaria (PP) è più basso nelle regioni del Nord-Est, mentre i valori più elevati si trovano principalmente nelle regioni del Centro e del Sud. La Valle d'Aosta e la Sardegna, con tassi totali, non distinti per sesso, rispettivamente di 2,2 e 12 per 100.000 abitanti, si trovano agli estremi opposti della graduatoria di valori.

L'ospedalizzazione evitabile attraverso interventi di diagnosi precoce e trattamento appropriato (DP) mette in evidenza che al Sud questo fenomeno è di minore entità rispetto alle altre aree geografiche, mentre più rilevante appare al Nord-Est, soprattutto negli uomini. Dal confronto regionale si evidenzia che il valore più basso per il tasso totale si registra in Campania, dove si attesta a 185 ricoveri ogni 100.000 abitanti, mentre il tasso più elevato si riscontra nella Provincia Autonoma di Bolzano dove raggiunge il valore di 520 ricoveri ogni 100.000 abitanti.

Infine, i ricoveri evitabili per patologie suscettibili di controllo appropriato e *follow-up* (DP) sono più bassi al Nord-Ovest, mentre raggiungono i valori più elevati al Sud. Il Piemonte con 670,7 ricoveri ogni 100.000 abitanti tra gli uomini e 354,1 nelle donne è la regione con i tassi inferiori, all'estremo opposto della graduatoria il Molise con 1.226,1 ricoveri tra gli uomini e 765,9 tra le donne.

Lo studio delle relazioni delle distribuzioni regionali tra i gruppi di cause d'ospedalizzazione evitabile con l'indicatore di capitale sociale e il reddito disponibile medio ha evidenziato risultati contrastanti. Infatti, l'indice

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 538

di capitale sociale registra una correlazione inversa significativa nelle donne con le ospedalizzazioni per gestione appropriata e *follow-up* (rho = -0,54). Conserva il segno negativo anche la correlazione dell'ICS (rho = -0,56) con i ricoveri legati alle patologie infettive suscettibili di prevenzione primaria, PP. Tuttavia, tale relazione non assume significatività statistica tra gli uomini. Questi risultati indicherebbero, quindi, che al crescere del capitale sociale diminuisce il ricorso all'ospedalizzazione evitabile per questi gruppi di cause, ma solo tra le donne. Va, invece, in direzione opposta la relazione dell'ICS con l'ospedalizzazione evitabile per DP, con il coefficiente di correlazione che indica una relazione diretta statisticamente significativa, sia tra gli uomini che tra le donne. Le correlazioni tra TOE e reddito medio familiare sono analoghe a quelle osservate con il capitale sociale (tabella 2).

I parametri del modello di regressione, che esprimono l'elasticità dell'ospedalizzazione evitabile al variare dell'indice di capitale sociale, mostrano valori negativi ma non significativi, per PP (rho = -0,94; p=0,48 negli uomini e rho = -0,80; p=0,14 nelle donne), e GA (rho = -0,01; p=0,99 negli uomini e rho = -8,01; p=0,81 nelle donne), mentre è positivo per le DP (rho = 65,8, p=0,04 negli uomini e rho = 33,1; p=0,08 nelle donne).

Il potere esplicativo dei modelli di regressione stimati è decisamente basso, con una quota di varianza spiegata inferiore al 10% per tutti i gruppi di patologie, con eccezione delle DP dove raggiunge il 40%.

Tabella 1 – *Tipologie di ospedalizzazione potenzialmente evitabile (riportate in diagnosi principale, codici ICD-9-CM) e ambiti di intervento di Sanità Pubblica*

	Malattie infettive (Codice ICD-9-CM)	Malattie non infettive (Codice ICD-9-CM)
Prevenzione primaria (PP)	Malattie infettive suscettibili immunizzabili (032, 033, 037, 045, 055, 070.2, 070.3, 072, 320.0)	
Diagnosi precoce e trattamenti appropriati (DP)	TBC (011, 012-018), Pielonefrite acuta (590.1), Polmonite (481, 482.2, 482.3, 482.9, 483, 485, 486), Malattia infiammatoria pelvica (614)	Disordini del metabolismo idro-elettrolitico (276.5, 276.8), Deficienze nutrizionali (260, 261, 262, 268.0, 268.1)
Gestione appropriata e *follow-up* (GA)		Diabete e coma ipoglicemico (250.1, 250.2, 250.3, 250.7, 251.0, 785.4), Angina (413), Insufficienza Cardiaca (428), Ipertensione (401.0, 402.0,403.0, 404.0, 405.0, 437.2), Ulcera perforata con emorragia (531.0, 531.2, 531.4, 531.6, 532.0,532.2, 532.4, 532.6, 533.0, 533.2, 533.4, 533.6)

Modificato da Weissmann (1992) e Caminal (2003).

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 539

Tabella 2 - *Tassi di dimissioni ospedaliere evitabili (per 100.000) per regione, indice di capitale sociale e reddito medio per regione – Anno 2004*

Regioni	Prevenzione primaria		Diagnosi precoce		Gestione appropriata		Indice Capitale Sociale (Anni 2003, 2004)	Reddito Medio (€)
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine		
Piemonte	6,2	2,0	325,9	203,9	670,7	354,1	0,29	24.059
Valle d'Aosta	4,4	0,0	268,4	177,4	909,8	483,2	0,35	23.225
Lombardia	11,1	3,1	386,1	238,4	943,2	519,9	0,60	26.252
Bolzano-Bozen	*6,7*	*1,2*	*659,5*	*381,2*	*996,3*	*581,8*	*2,36*	*25.754*
Trento	*7,9*	*0,6*	*413,7*	*225,0*	*967,5*	*539,4*	*1,74*	*25.602*
Veneto	6,4	1,9	469,8	272,2	891,4	519,1	0,49	24.000
Friuli-Venezia Giulia	5,1	2,7	478,5	321,8	1001,5	623,1	0,25	23.803
Liguria	7,8	2,6	317,7	209,1	828,8	454,2	0,35	20.224
Emilia-Romagna	6,9	2,6	357,0	240,1	931,9	560,7	0,63	25.919
Toscana	9,9	4,7	341,4	210,5	888,0	521,6	0,92	25.271
Umbria	6,7	4,7	304,0	179,8	815,2	457,9	0,05	22.908
Marche	11,7	2,2	418,3	273,7	1006,9	598,0	-0,07	24.812
Lazio	9,7	3,0	344,0	206,8	879,3	549,3	-0,72	24.116
Abruzzo	6,5	4,3	356,4	237,8	907,7	544,6	-0,44	22.656
Molise	3,8	2,9	453,5	222,5	1226,1	765,9	-0,91	19.375
Campania	12,9	4,8	239,3	137,9	866,0	576,9	-1,47	19.222
Puglia	12,3	5,1	307,5	194,2	931,1	653,2	-1,04	18.193
Basilicata	7,6	2,9	301,3	181,3	935,7	643,4	-0,82	17.799
Calabria	8,8	4,7	229,6	151,1	1094,9	760,1	-1,24	16.820
Sicilia	8,8	3,1	273,2	172,0	954,5	628,5	-1,46	16.942
Sardegna	18,2	5,9	430,6	300,0	777,0	486,5	0,14	21.942
Correlazione non parametrica (p-value)								
Indice di Capitale Sociale	-0,23 (p = 0,29)	-0,56 (p < 0,01)	0,52 (p = 0,01)	0,60 (p= 0,004)	-0,07 (p = 0,74)	-0,54 (p= 0,01)		
Reddito Medio	-0,07 (p = 0,78)	-0,47 (p = 0,03)	0,58 (p = 0,005)	0,62 (p = 0,002)	0,00 (p = 1,00)	-0,40 (p = 0,07)		

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2004. Istat. Indagine campionaria relativa sugli aspetti della vita quotidiana Anno 2004. Istat. Indagine sulle organizzazioni di volontariato in Italia. Anno 2003. Ministero dell'Interno. Percentuali di votanti nelle elezioni politiche nazionali 2001 ed europee 2004.

Conclusioni

La nozione di ospedalizzazione evitabile o prevenibile deriva da studi condotti negli USA che hanno evidenziato la corrispondenza tra elevati tassi d'ospedalizzazione e servizi di assistenza di base di scarsa qualità (Menec, 2006; Ansari, 2006). Altri fattori, sia di natura epidemiologica (diversa prevalenza o diversa gravità delle condizioni, a sua volta associata allo stato socio-economico) sia legate all'organizzazione dei servizi di assistenza territoriale e ospedaliera e alla corrispondente accessibilità, possono contribuire a spiegare l'andamento dei tassi dell'ospedalizzazione evitabile. L'analisi dell'ospedalizzazione evitabile condotta nel nostro paese qui presentato ha evidenziato un'eterogeneità regionale che varia per i diversi gruppi di condizioni studiate. Ad esempio la Sardegna, che ha il valore più elevato di ospedalizzazione evitabile rispetto alle patologie infettive immunizzabili, mostra valori nella media per le patologie suscettibili di diagnosi precoce e trattamento appropriato; mentre nella Provincia Autonoma di Bolzano si osservano tassi elevati di ospedalizzazione evitabile per patologie suscettibili di diagnosi precoce e trattamento appropriato e valori bassi per quelle infettive suscettibili di interventi di prevenzione primaria. Il rischio di ospedalizzazione evitabile per i gruppi di condizioni studiate appare alto al Sud, ad eccezione delle patologie DP. Di particolare interesse sono i risultati relativi alle patologie GA nelle quattro regioni più a Sud (Molise, Puglia, Basilicata, Calabria e Sicilia) i cui alti valori del TOE concordano con la bassa intensità di capitale sociale espresso dal relativo indice. Riguardo al legame tra il capitale sociale e l'ospedalizzazione evitabile lo studio indica l'esistenza di una correlazione inversa significativa nelle donne tra capitale sociale e ospedalizzazione evitabile relativamente alle patologie prevenibili con interventi vaccinali e alle patologie suscettibili di gestione appropriata e *follow-up*. Tale associazione è presente tra gli uomini in maniera meno evidente e statisticamente non significativa. Si osserva di contro una correlazione positiva tra capitale sociale e patologie suscettibili di diagnosi precoce e trattamento appropriato, che indicherebbe un aumento della tendenza al ricorso al ricovero per queste patologie nelle regioni a più alto capitale sociale. Una maggiore incidenza di malattie legate al raffreddamento nelle regioni settentrionali, come nel caso della polmonite, potrebbe spiegare questa correlazione.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 540

I risultati dei modelli di regressione, che spiegano peraltro una quota molto bassa della varianza osservata, non evidenziano un effetto significativo del capitale sull'ospedalizzazione evitabile, al netto dell'effetto del reddito. Va, peraltro, considerata la relazione esistente tra distribuzione del reddito e capitale sociale, già messa in evidenza negli Stati Uniti (Kawachi, 1997). In Italia, è stata dimostrata, a livello ecologico, la relazione esistente tra disuguaglianze nella distribuzione del reddito e stato di salute (Materia, 2005) con il Sud fortemente svantaggiato soprattutto nei confronti delle coorti di donne più anziane. Lo svantaggio in termini di mortalità dipenderebbe da cause prevenibili, soprattutto malattie cardiovascolari e diabete, in gran parte riconducibili al raggruppamento delle patologie croniche delle ospedalizzazioni potenzialmente evitabili (Materia, dati non pubblicati). È, quindi, ipotizzabile che un basso livello di capitale sociale possa mediare gli effetti sulla salute delle disuguaglianze nella distribuzione del reddito: al Sud dove il reddito è più concentrato e più alta è la mortalità per cause prevenibili, come evidenziato da questo stesso Rapporto, i tassi di ospedalizzazione evitabile risultano, infatti, più elevati, specie tra i soggetti più fragili, come le donne.

Putnam ipotizza una relazione complessa tra disuguaglianze, capitale sociale, funzionamento dello Stato (e/o politiche pubbliche efficaci) e salute. Tale relazione è il risultato di molteplici meccanismi che potrebbero intermediare l'effetto del capitale sociale sulla salute: il supporto sociale, l'identità sociale, i comportamenti che mettono a rischio la salute, l'accesso alle risorse incluse quelle sanitarie, il *disempowerment* e l'isolamento che contribuiscono e si accompagnano allo stress cronico (Putnam 2004).

La relazione tra capitale sociale e ospedalizzazione evitabile è complessa e i meccanismi intermedi devono ancora essere chiariti. Gli strumenti utilizzati nel presente studio sono in grado di cogliere la concordanza delle variazioni regionali tra le due misure. I legami osservati potrebbero essere influenzati da correlazioni dipendenti, ad esempio, dalla dicotomia Nord-Sud tipica della maggior parte dei fenomeni sociali ed economici del nostro paese. La circolarità del legame tra il capitale sociale e l'efficienza organizzativa dei servizi pubblici, frutto di un processo d'interazione per il quale le due dimensioni analizzate agiscono simultaneamente l'una sull'altra, non può esaurirsi nella ricerca di relazioni unidirezionali come quelle prese in considerazione da un modello di regressione lineare. Infine, il dettaglio territoriale disponibile non è adeguato a descrivere esaurientemente le relazioni che si manifestano, in parte, a livello individuale (come la domanda d'assistenza sanitaria) o sub-regionale (come l'organizzazione sanitaria delle ASL).

Le evidenze empiriche emerse da questo studio suggeriscono, quindi, l'opportunità di formulare un modello interpretativo più complesso, in grado di cogliere non solo le relazioni tra capitale sociale e ospedalizzazione evitabile, ma di approfondire i legami che queste due dimensioni hanno con altre caratteristiche, endogene ed esogene, del sistema. Infatti, nelle valutazioni relative all'efficienza/efficacia organizzativa di un sistema sanitario non appare trascurabile il ruolo di altre dimensioni della domanda e dell'offerta quali: il benessere economico individuale e collettivo, il livello di istruzione, le politiche sociali, i meccanismi e la qualità delle politiche degli enti locali, le risorse allocate al servizio sanitario pubblico e la relativa accessibilità, lo stato di salute della popolazione, i comportamenti e gli stili di vita dei cittadini.

Riferimenti bibliografici

(1) Ansari Z., Laditka J.N., Laditka S.B. Access to health care and hospitalization for ambulatory care sensitive conditions. Med. Care Res. Rev. 2006; 63 (6): 719-741.
(2) Atela V., Brindisi F., Beb P., Rosati F.C. Determinants of access to physician services in Italy: a latent class seemingly unrelated probit approach. Health Economics 2004; 13: 657-68.
(3) Blustein J, Hanson K, Shea S. Preventable Hospitalizations And Socioeconomic Status. Failure to consider patients' characteristics may lead to the false conclusion that care is of poor quality. Health Affairs. 1998, 17 (2): 177-189.
(4) Cacciani L, Rosano A, Papini P, Natali A, Guasticchi G. Fattori socioeconomici e ospedalizzazione potenzialmente evitabile nella provincia di Roma. Atti del Convegno "Scienze sociali e salute nel XXI secolo:nuove tendenze, vecchi dilemmi?, Forli 19-21 Aprile 2007.
(5) Caminal J, Morales M, Sanchez E, et al. Hospitalisation preventable by timely and effective primary health care. Atencion primaria 2003; 31: 6-17.
(6) Di Domenicantonio R, Filocamo A, Rossi L, Prota F, Canonaco D, Guasticchi G, Materia E. Valutazione d'impatto delle politiche adottate da Regioni e Province Autonome in Italia per promuovere l'appropriatezza dell'ospeldale. Rapporto Osservasalute 2006, pp. 391-6. Ed. Prex, Milano, 2006.
(7) Fiscella K, Franks P, Gold MR, and Clancy CM. Inequality in Quality: Addressing Socioeconomic, Racial, and Ethnic Disparities in Health Care. JAMA, May 17, 2000; 283 (19): 2.579–2.584.
(8) Kawachi I, Kennedy BP, Lochner K, Prothrow-Stith D. Social capital, income inequality, and mortality. Am J Public Health. 1997; 87 (9): 1.491-8.
(9) Materia E, Cacciani L, Bugarini G, Cesaroni G, Davoli M, Mirale MP, Vergine L, Baglio G, Simeone G, Perucci CA. Income inequality and mortality in Italy. Eur J Public Health. 2005; 15 (4): 411-7.
(10) Menec V.H., Sirski M., Attawar D., Katz A.Does continuity of care with a family physician reduce hospitalizations among older adults? J. Health Serv. Res. Policy 2006; 11: 196-201.
(11) Organization for Economic Co-operation and Development. Health At a Glance. Paris: OECD, 2001.
(12) Pappas G, et al. Potentially avoidable hospitalizations: Inequalities in rates between US socioeconomic groups. Am J Public Health 1997; 87: 811-6.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 541

(13) Pirani M, Schifano P, Agabiti N, et al. Ospedalizzazione potenzialmente evitabile nella città di Bologna, 1997-2000: andamento temporale e differenze per livello di reddito. Epidemiologia e Prevenzione; 2006; 30: 169-177.
(14) Putnam, R. Making democracy work. Princeton Univesrity Press, 1993.
(15) Putnam R "Health by association": some comments. Int J Epidemiol 2004; 33: 667-671.
(16) Putnam R. Capitale sociale e individualismo. Bologna: Il Mulino, 2004.
(17) Rosano A, de Belvis AG, Spagnolo A, Cicchetti A, Ricciardi G, Natali A, Papini P. Studio dell'ospedalizzazione evitabile negli anziani nella provincia di Roma. Atti del 30° Convegno dell'Associazione Italiana di Epidemiologia. (Palermo, 4-6 ottobre 2006).
(18) Rosano A, Saxena S, de Belvis AG, Papini P, Ricciardi W, Guasticchi G. Association of socio-economic conditions, primary care supply and potentially avoidable admissions. A comparison between London and Rome. Eur J Public Health 2007; 17 (6).
(19) Saxena S, George J, Barber J, Fitzpatrick J, Majeed A. Association of population and practice factors with potentially avoidable admission rates for chronic diseases in London: cross sectional analysis. J R Soc Med. 2006; 99 (2): 81-9.
(20) Weissman JS, Gatsonis C, Epstein AM. Rates of avoidable hospitalization by insurance status in Massachusetts and Maryland. JAMA. 1992 Nov 4; 268 (17): 2.388-94.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 542

La soddisfazione per il Servizio Sanitario Pubblico

Dott. Alessandro Solipaca, Dott. Daniele Spizzichino

Contesto

Conoscere il grado di soddisfazione dell'utente per i servizi pubblici, serve ad “ascoltare” e comprendere i bisogni che il cittadino esprime, porre attenzione al suo giudizio, sviluppare e migliorare la capacità di relazione tra chi eroga il servizio e chi lo riceve (1).
Risulta, quindi, di notevole importanza la soddisfazione del cliente (*customer satisfaction*); molte indagini, proprio per questo motivo, provano a misurare la qualità percepita da cittadini e imprese, per fornire alle amministrazione il supporto dei numeri al fine di aiutarle a conoscere e comprendere meglio i bisogni dei destinatari delle proprie attività e a pianificare, ed eventualmente riprogettare, di conseguenza, sia le politiche pubbliche sia il sistema di erogazione dei servizi.
Per esempio, la *Health Consumer Powerhouse*, un'organizzazione di analisi ed informazione con sede a Bruxelles, dal 2005 crea l’*Euro Health Consumer Index*, ovvero una classifica annuale dei sistemi sanitari nazionali europei considerati sotto vari aspetti. Tale *Index* si pone proprio dal punto di vista del consumatore analizzando gli aspetti per lui fondamentali (2). Al 2007 l’Italia si posiziona in diciottesima posizione, prima risulta l’Austria seguita da Paesi Bassi e Francia.
La qualità nei servizi e la soddisfazione dell’utente assumono anche in Italia un ruolo sempre più importante, ma rappresentano un obiettivo difficile da raggiungere in quanto la qualità è un concetto complesso che si compone, principalmente, dell’insieme delle proprietà e delle caratteristiche di un prodotto o servizio che conferiscono ad esso la capacità di soddisfare esigenze espresse o implicite. La qualità percepita è divenuta la parola chiave nelle decisioni relative alla nuova sanità e costituisce l’elemento fondamentale su cui si fonda la saldatura tra domanda e offerta.
È esperienza comune che il cittadino che riceve una prestazione formula una propria valutazione. Su questo processo valutativo la letteratura non solo ha prodotto risultati considerevoli, ma ha anche progressivamente affinato dal punto di vista concettuale gli elementi che entrano in gioco nell’esplicitazione del giudizio espresso. Inoltre, ci sono ragioni riconducibili agli effetti pragmatici dell’azione di ascolto, verso le quali occorre porre attenzione.
Se inserita in un rapporto di ascolto, la richiesta al cittadino di esprimere il proprio giudizio sulla prestazione ricevuta incrementa l’idea di una responsabilità nel funzionamento dei servizi, alimenta la fiducia verso l’organizzazione; sul versante dell’organizzazione, comporta l’assunzione di un impegno verso il miglioramento del servizio, di capacità di gestione del processo di ascolto avviato (3).
Valutare la soddisfazione dei pazienti è inoltre importante sia perché rappresenta un esito finale dell'assistenza sia perché è dimostrato che l’insoddisfazione determina una scarsa adesione al trattamento e impedisce il raggiungimento di esiti positivi (4).
Il presente lavoro si pone l’obiettivo di analizzare le determinanti socio-economiche della soddisfazione dei cittadini per il Servizio Sanitario Pubblico: tali determinanti sono rilevanti per comprendere i meccanismi che entrano in gioco nel processo di valutazione. Infatti la soddisfazione, in generale, è l’espressione di una valutazione che risente fortemente delle aspettative dell’individuo, della percezione del singolo, del grado di fiducia che si ha verso le istituzioni che si occupano di salute e naturalmente dell’oggettiva esperienza avuta con il Servizio sanitario pubblico.

Metodi

I dati utilizzati per questo studio provengono dall’indagine “Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari” che si colloca all’interno del sistema di indagini multiscopo sulle famiglie.
Tra gli obiettivi che l’indagine si pone di raggiungere c’è la conoscenza della qualità del Servizio Sanitario Pubblico, questo obiettivo viene perseguito considerando congiuntamente gli aspetti soggettivi della soddisfazione e degli atteggiamenti con gli aspetti oggettivi legati ai comportamenti di fruizione dei servizi. In questo modo, infatti, l'osservazione dei comportamenti viene arricchita con le indicazioni che provengono dalla dimensione percettiva ed autovalutativa dei soggetti (5).
I dati in esame fanno riferimento all’indagine, condotta tra il 2004 e il 2005, basata su un campione di circa 60 mila famiglie, per un totale di circa 130 mila individui. In particolare, in quest’ultima rilevazione, è stato inserito un quesito nella sezione relativa alle opinioni su alcuni sevizi di pubblica utilità: si chiede infatti di esprimere un giudizio complessivo di soddisfazione per il Servizio Sanitario Pubblico.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 543

Le risposte possibili si collocano su una scala di valori e vanno da un livello minimo di soddisfazione che è rappresentato dal valore 1 ad un massimo di soddisfazione corrispondente al valore 10.
È stata svolta una prima analisi descrittiva relativa al giudizio sulla qualità del sistema sanitario pubblico ed inoltre è stato utilizzato un modello statistico, con lo scopo di evidenziare i principali fattori di salute e socio economici che influenzano il giudizio medesimo. È stato stimato un modello probit a soglia (*ordered probit*) nel quale la variabile dipendente è il grado di soddisfazione sul Servizio Sanitario Pubblico e le variabili esplicative sono le caratteristiche demografiche, socio-culturali e di salute degli intervistati.
Il modello si esprime formalmente nel seguente modo:

Y = j se $\alpha_{j-1} < Y^* \leq \alpha_j$ per j = 1,10

Y è la variabile aleatoria che rappresenta il grado di soddisfazione espresso dagli intervistati, Y* è una variabile aleatoria non osservabile o latente e α_j il j-esimo valore soglia.

$$P(Y \leq j \mid x) = P(Y^* \leq \alpha_j \mid x) = G(\alpha_j - \beta' x)$$

dove G è la distribuzione normale cumulata, β il vettore dei parametri e x la matrice delle variabili indipendenti. La funzione inversa di G (trasformazione probit) permette di esprimere il grado di soddisfazione Y mediante una combinazione lineare delle variabili indipendenti.

Risultati e Discussione

Le analisi eseguite hanno messo in evidenza che la percentuale maggiore (43,4%) degli intervistati di 18 anni e più ha espresso una leggera insoddisfazione o un gradimento appena sufficiente (punteggio 5 o 6) sulla qualità complessiva del Servizio sanitario pubblico. Invece, oltre un terzo (34%) si è dichiarato soddisfatto, esprimendo un punteggio compreso tra 7 e 10 (tabella 1).
Il 17,2% del campione rappresenta, in modo chiaro, una opinione di insoddisfazione scegliendo un punteggio compreso tra 1 e 4. È importante segnalare la quota di coloro che non hanno risposto a tale quesito, infatti la percentuale di non rispondenti è pari al 5,4% (6).
Se si analizzano le differenze di genere, non si riscontrano opinioni divergenti tra uomini e donne, infatti la medesima percentuale, il 34%, ha un giudizio positivo del Servizio Sanitario Pubblico. È presente invece un effetto legato all'età sia per gli uomini sia per le donne: all'aumentare dell'età, una quota crescente di persone esprime un giudizio positivo sul Servizio Sanitario Pubblico; tra gli uomini di 18-24 anni il 29,6% lo ritiene soddisfacente, tra le donne della stessa età il 28,4%; tali quote raggiungono il 41,8% (uomini) e il 38,3% (donne) per le persone in età 80 e più.
Questi risultati portano a pensare che le persone che più frequentemente entrano in contatto con i servizi offerti dalla Sanità Pubblica, che sono nella maggior parte dei casi gli anziani che presentano problemi che possono trovare risposta nel Servizio Sanitario Pubblico, presentano quote di soddisfazione più elevata grazie anche all'esperienza personale e ai contatti che ogni singola persona ha con i servizi ospedalieri.
Al contrario la quota più elevata di insoddisfatti si registra, tanto per gli uomini quanto per le donne, tra coloro che si collocano nelle fasce di età intermedie, precisamente di età 45-54 anni: rispettivamente sono il 18,1% e il 19,7% le quote di individui che danno un punteggio da 1 a 4 per uomini e donne.
Se si scende nell'analisi a livello territoriale emergono delle differenze interessanti: si trovano nelle regioni del Sud le quote più elevate di giudizi negativi, in particolare la Calabria (35,8% di insoddisfatti), la Puglia (27,7%) e la Sicilia (25,6%) a fronte di un valore medio italiano pari a 17,2%.
Nella situazione opposta si collocano la Valle d'Aosta e le Province Autonome di Trento e Bolzano che presentano, invece, la quota più bassa di persone insoddisfatte, e registrano una quota molto più elevata rispetto alla media nazionale di persone che esprimono un giudizio da 7 a 10: 68,5% per la PA di Bolzano, 58,9% per la PA di Trento e 59,5% per Valle d'Aosta.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 544

Tabella 1 - *Persone di 18 anni e oltre per punteggio dato al Servizio Sanitario del proprio territorio per regione e sesso - Anno 2005*[1]

Regioni	Punteggio 1-4			Punteggio 5-6			Punteggio 7-10		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	12,8	13,6	13,2	40,2	37,3	38,7	42,5	44,5	43,5
Valle d'Aosta	6,5	6,0	6,3	29,5	29,1	29,3	59,8	59,1	59,5
Lombardia	10,7	11,2	11,0	41,0	41,5	41,3	42,3	41,6	42,0
Trentino-Alto Adige	6,6	7,1	6,9	23,3	24,6	24,0	64,2	62,9	63,5
Bolzano-Bozen	*6,1*	*6,7*	*6,4*	*18,0*	*18,5*	*18,2*	*68,5*	*68,5*	*68,5*
Trento	*7,1*	*7,5*	*7,3*	*28,4*	*30,2*	*29,4*	*60,2*	*57,7*	*58,9*
Veneto	13,2	14,9	14,1	40,1	39,4	39,7	40,1	39,5	39,8
Friuli-Venezia Giulia	11,3	12,0	11,6	37,7	36,4	37,0	42,8	43,2	43,0
Liguria	14,7	13,4	14,0	48,5	49,7	49,1	34,5	34,3	34,4
Emilia-Romagna	11,4	10,9	11,1	35,6	37,5	36,6	48,2	46,2	47,2
Toscana	10,8	10,4	10,6	45,1	44,5	44,8	39,6	38,5	39,0
Umbria	17,0	16,5	16,8	39,1	38,7	38,9	36,8	37,6	37,2
Marche	16,5	15,3	15,9	42,7	42,1	42,4	35,1	36,8	36,0
Lazio	20,0	19,3	19,7	49,4	48,6	49,0	24,7	25,3	25,0
Abruzzo	16,4	17,0	16,7	46,0	44,8	45,4	31,8	31,6	31,7
Molise	22,1	22,4	22,3	45,6	42,5	44,0	29,5	31,8	30,7
Campania	22,3	22,2	22,2	50,8	50,1	50,5	22,8	23,0	22,9
Puglia	27,6	27,8	27,7	44,3	43,3	43,8	24,1	23,8	23,9
Basilicata	21,7	21,0	21,3	47,7	46,6	47,2	26,4	25,9	26,1
Calabria	38,0	33,7	35,8	41,7	43,5	42,7	14,6	15,9	15,3
Sicilia	25,8	25,4	25,6	48,8	48,7	48,7	21,2	21,6	21,4
Sardegna	20,7	21,8	21,3	45,8	46,1	45,9	26,7	26,2	26,4
Italia	**17,2**	**17,2**	**17,2**	**43,5**	**43,2**	**43,4**	**34,1**	**34,0**	**34,0**

[1]La somma dei punteggi 1-10 non dà 100 a causa dei valori mancanti.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazione su dati Istat "Condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari. Anno 2004-2005".

Al fine di analizzare il grado di giudizio sul Servizio Sanitario Pubblico congiuntamente alle caratteristiche demografiche e socio-economiche è stato stimato un modello *ordered probit*, il quale ha permesso di analizzare gli effetti di ogni caratteristica, evidenziando, in particolare, i "profili tipo" di coloro che, statisticamente, esprimono giudizi più negativi/positivi. I risultati delle stime confermano il ruolo dell'età degli intervistati, a parità delle altre caratteristiche considerate: sono infatti i più anziani (65 anni e più) a esprimere un giudizio più positivo rispetto ai giovani adulti (18-39 anni) e sono le persone con una migliore condizione socio-economica ad avere una visione più positiva del servizio pubblico. Infatti coloro che hanno conseguito un titolo di studio alto (almeno diploma universitario) confrontati con quelli con un titolo più basso (al più un diploma di scuola superiore) riportano un'opinione generale migliore. Inoltre al crescere della disponibilità di risorse economiche degli intervistati migliora il giudizio sul Servizio Sanitario Pubblico. La soddisfazione per il Servizio Sanitario Pubblico è legata, significativamente, anche alla condizione di salute, valutata sia attraverso la presenza di disabilità e di multicronicità, sia misurata attraverso la salute percepita. Le stime del modello hanno messo in luce che coloro che si percepiscono in buona salute e non hanno problemi legati alla cronicità esprimono un giudizio più positivo sul Servizio sanitario pubblico. Evidenze opposte invece emergono analizzando il parametro legato alla presenza di disabilità, infatti le persone con disabilità esprimono un giudizio più positivo rispetto al resto della popolazione. Quest'ultimo risultato contrasta con quello precedente, in quanto le persone con disabilità sono anche quelle in condizioni di salute peggiori, sia in termini di percezione sia di presenza di multicronicità. Una possibile interpretazione può essere legata alle minori aspettative di queste persone riguardo ai servizi erogati dal Servizio Sanitario Pubblico, questa ipotesi è confortata anche dal fatto che le persone con disabilità esprimono giudizi migliori rispetto al resto della popolazione anche su tutti gli altri tipi di servizi pubblici considerati nell'indagine (poste, ferrovie, scuola, servizi telefonici, televisivi, acqua e luce). Un altro aspetto che potrebbe influire sul livello di gradimento del Servizio Sanitario Pubblico è l'"effetto esenzione", ossia il fatto che le persone con disabilità non sono tenute al pagamento di un ticket e ciò potrebbe migliorare il giudizio sul sistema. È da escludere un problema legato alla multicollinearità, infatti i parametri del modello sono stati stimati numerose volte utilizzando sotto-campioni ottenuti di volta in volta dimezzando la dimensione del campione totale: tutte le stime dei parametri hanno mantenuto il segno, escludendo quindi l'instabilità delle stime tipica delle situazioni in cui è presente un problema di multicollinearità. Per differenziare i giudizi rispetto all'utilizzo o meno dei servizi sanitari pubblici è stata introdotta nel modello statistico la tipologia e il numero dei servizi ricevuti dal Servizio Sanitario Pubblico nel mese precedente l'intervista, in

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 545

particolare sono state considerate le visite mediche specialistiche non a pagamento, le visite mediche generiche non a pagamento e gli accertamenti diagnostici. Le stime evidenziano che il grado di soddisfazione maggiore è espresso da coloro che ricorrono frequentemente alle visite specialistiche, mentre i parametri relativi alle visite generiche e agli accertamenti diagnostici non raggiungono la significatività statistica. Queste evidenze suggeriscono che il differenziale di preferenza si riscontra solo per la specialistica, dove coloro che hanno ricevuto più di tre visite sono più soddisfatti di coloro che non ne hanno mai usufruito. A livello territoriale, il modello multivariato conferma i risultati visti in precedenza, c'è sostanzialmente un giudizio negativo al Centro-Sud, particolarmente significativi i valori per la Calabria, la Puglia, la Sicilia, la Campania e il Lazio. Si riscontrano invece giudizi più positivi nelle regioni del Nord, soprattutto in Trentino-Alto Adige e in Valle d'Aosta.

Tabella 2 – *Modello ordered probit*[1]

Variabile (modalità di riferimento)	Coefficiente[3]	Significatività
Sesso (Femmina)		
Maschio	0,002	0,709
Età (18-39)		
40-64	0,011	0,157
65+	0,203	0,000
Istruzione[2] (Bassa)		
Media	-0,007	0,329
Alta	0,042	0,000
Risorse economiche (Assolutamente insufficienti)		
Scarse	0,135	0,000
Adeguate	0,263	0,000
Ottime	0,303	0,000
Salute percepita (Cattiva)		
Buona	0,141	0,000
Disabile (Si)		
No	-0,077	0,000
Multicronico (Si)		
No	0,055	0,000
Visite mediche specialistiche pubbliche (3+)		
0	-0,090	0,007
1-2	-0,040	0,257
Visite mediche generiche pubbliche (3+)		
0	-0,003	0,892
1-2	0,006	0,808
Accertamenti diagnostici pubblici (3+)		
0	0,012	0,496
1-2	-0,023	0,239
Regioni (Piemonte)		
Valle d'Aosta	0,388	0,000
Lombardia	0,000	0,978
Trentino-Alto Adige	0,481	0,000
Veneto	-0,044	0,007
Friuli-Venezia Giulia	0,047	0,065
Liguria	-0,156	0,000
Emilia-Romagna	0,089	0,000
Toscana	-0,015	0,397
Umbria	-0,117	0,000
Marche	-0,156	0,000
Lazio	-0,391	0,000
Abruzzo	-0,242	0,000
Molise	-0,349	0,000
Campania	-0,404	0,000
Puglia	-0,510	0,000
Basilicata	-0,380	0,000
Calabria	-0,750	0,000
Sicilia	-0,493	0,000
Sardegna	-0,354	0,000

[1]Variabile dipendente: giudizio sul grado di soddisfazione rispetto al Sistema Sanitario Pubblico (min1, max10).
[2]Bassa: al più Licenza media inferiore; Media: Diploma di scuola superiore; Alta: almeno Diploma universitario.
[3]Valori del coefficiente superiori a zero indicano un giudizio più positivo del Sistema Sanitario Pubblico rispetto alla modalità di riferimento, valori inferiori allo zero indicano invece un giudizio più negativo.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 546

Conclusioni

I risultati delle analisi hanno messo in luce che nel nostro paese la maggior parte dei cittadini ritiene non del tutto soddisfacente il Servizio Sanitario Pubblico, tuttavia questo giudizio non è largamente condiviso da tutta la popolazione, infatti oltre un terzo dei rispondenti esprime un giudizio più che lusinghiero.

Questa discreta disparità di giudizio trova le principali motivazioni nelle aspettative rispetto al sistema e nelle esperienze personali.

Le principali determinanti del grado di soddisfazione attengono alle caratteristiche individuali quali l'età, il titolo di studio e le condizioni economiche, le quali incidono verosimilmente sulle aspettative rispetto agli standard qualitativi del sistema. Le evidenze empiriche del lavoro dimostrano che i più soddisfatti appartengono ad un livello socio-economico più elevato.

Una ulteriore evidenza emersa con chiarezza testimonia che la condizione di salute è un elemento discriminante, infatti, a parità delle altre caratteristiche considerate, chi sta meglio in salute ha una opinione più lusinghiera della Sanità Pubblica.

Questa ultima circostanza può essere il frutto del giudizio positivo di coloro che hanno ricevuto giovamento dall'assistenza sanitaria pubblica, ma può anche dipendere dalla parziale conoscenza personale del settore dovuta proprio alle buone condizioni di salute. A tale riguardo, l'esperienza personale degli intervistati riguardo al sistema sanitario è considerata, in parte, con il grado di utilizzo dei servizi sanitari. Sotto questo aspetto non si riscontrano differenziali statisticamente significativi riguardo ai giudizi, fanno eccezione coloro che ricorrono più spesso a tale tipologia di servizio per visite di tipo specialistico i quali esprimono, a parità delle altre condizioni considerate, un giudizio mediamente migliore. Questa ultima evidenza potrebbe essere il segno che nelle valutazioni dei cittadini gioca un ruolo importante il rapporto di fiducia che si instaura tra medico e paziente, si tratta quindi di una fiducia sulla persona che si riflette sul giudizio sull'istituzione.

Infine, una nota dolente riguarda gli immancabili differenziali territoriali, i cittadini delle regioni del Centro-Sud sono meno soddisfatti di quelli residenti nel resto del paese. Tale differenza per area geografica è persistente in molte analisi e si mantiene anche quando, come in questo caso, si controllano altre covariate importanti per la spiegazione del fenomeno in studio, segno che questa insoddisfazione è frutto di problemi strutturali del sistema.

Riferimenti bibliografici

(1) Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Funzione Pubblica (2004), DIRETTIVA del 24 marzo 2004.
(2) Health Consumer Powerhouse (2007), "Euro Health Consumer Index", Health Consumer Powerhouse AB.
(3) Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna (2006), "La qualità percepita in Emilia-Romagna", Collana Dossier 127-2006.
(4) Gigantesco A., Morosini P. (2002), "La qualità percepita dagli utenti dei servizi di salute mentale", Convegno Nazionale di Epidemiologia, Congresso del Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica dell'Istituto Superiore di Sanità, Roma 3-4 Ottobre 2002.
(5) Gargiulo L., Orsini S. (2007), "I cittadini e l'utilizzo dei servizi", presentazione al convegno Valutazione e customer satisfation per la qualità dei servizi, Roma, 12 aprile 2007.
(6) Istat (2007), "Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari", Statistiche in breve, 2 Marzo 2007.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 547

Le disuguaglianze sociali nel ricorso ai servizi sanitari

Prof. Giuseppe Costa, Dott.ssa Tania Landriscina, Dott.ssa Francesca Vannoni

Contesto

Attraverso l'Indagine Multiscopo Istat "Condizioni di salute e ricorso ai servizi, 2004/2005" vengono messi a disposizione dei dati utili ad avere un'immagine più aggiornata di come si distribuiscono gli indicatori di salute e di uso dell'assistenza sanitaria in Italia, compresa quella privata e quella che sfugge ai sistemi amministrativi di rilevazione nelle regioni (1,2). In questo modo è possibile misurare l'importanza che hanno i principali determinanti del fabbisogno di assistenza allo scopo di valutare se esistano discriminazioni nell'accesso ai diversi livelli di assistenza sanitaria che richiedano correzioni da parte della programmazione nell'allocazione delle risorse e nell'organizzazione dell'offerta (3).

Dai dati dell'indagine (1) emerge che le persone con basso livello d'istruzione, rispetto a quelle con un titolo di studio elevato, ricorrono maggiormente a visite generiche (41,2% contro 18,1%), ad accertamenti di laboratorio (23,3% contro 16,9%) e al ricovero ospedaliero (4,4% contro 2,3%). Viceversa ricorrono più frequentemente ad accertamenti specialistici le persone di più elevata posizione socioeconomica in tutte le fasce di età. L'uso dei servizi a pagamento è particolarmente elevato: il 57% delle visite specialistiche e il 20,9 % degli accertamenti è pagato interamente dalle famiglie. Una quota importante di famiglie meno abbienti (48,8%) si fa interamente carico della spesa per le visite specialistiche. Per gli accertamenti diagnostici le disuguaglianze sociali sono più evidenti tra i giovani: il 35,8% delle persone di 6-44 anni con titolo di studio alto pagano interamente gli accertamenti effettuati contro il 15,4% di quelle con basso titolo.

La tabella 1 riporta i risultati di un esercizio di stima del peso di ogni determinante del fabbisogno su un indicatore globale di ricorso ai servizi sanitari. L'indicatore è ottenuto sintetizzando diverse informazioni per ciascun individuo circa la frequenza di accesso ai servizi sanitari nell'ultimo anno e attribuendo a ciascuna prestazione un peso proporzionale alla stima del suo valore economico. I livelli di assistenza considerati sono: l'assistenza ospedaliera, l'assistenza in medicina generale o pediatrica, l'assistenza specialistica (visite e accertamenti), l'assistenza farmaceutica (in base al consumo riferito) e, infine, l'assistenza territoriale (assistenza psichiatrica, consultoriale, riabilitativa e domiciliare). L'indice globale di ricorso ai servizi comprende, a sua volta, il consumo di tutti i macro livelli precedenti. Per l'analisi la distribuzione degli indicatori viene rappresentata in modo da confrontare il gruppo di popolazione che manifesta un alto ricorso ai servizi rispetto al gruppo composto da coloro che hanno effettuato un basso ricorso o nessun utilizzo di assistenza. Tra i determinanti misurati dall'indagine sono compresi nella tabella un indicatore diretto di bisogno di salute (rappresentato da un indice composito di morbosità cronica) e vari indicatori indiretti di bisogno di salute (l'età, il livello di istruzione, la posizione professionale, la soddisfazione dichiarata per le risorse economiche familiari, la qualità dell'abitazione, il tipo di nucleo familiare, l'ampiezza demografica del comune di residenza e le grandi ripartizioni geografiche del paese). Sono state condotte analisi statistiche stratificate per sesso con modelli logistici multivariati per stimare il contributo indipendente di ogni determinante del fabbisogno.

La tabella 1 dimostra che l'indice globale di utilizzo dei servizi sanitari cresce in modo esponenziale con l'aumentare del livello di morbosità cronica. A questo contributo si associa anche il ruolo dell'invecchiamento che per gli anziani porta ad aumentare il livello di utilizzo dei servizi di 3,5-5,5 volte rispetto a quello dei giovani, a parità di presenza di malattie croniche. Oltre a questi due determinanti del fabbisogno di assistenza, che da soli spiegano gran parte della variabilità nell'uso dell'assistenza sanitaria, rimangono marginali influenze di altre variabili socio-demografiche o di contesto. A parità di età e di morbosità, le persone meno istruite (RR = 1,28 uomini, RR = 1,28 donne), quelle con risorse economiche insoddisfacenti (RR = 1,09 uomini, RR = 1,07 donne), le donne che vivono in abitazioni di scarsa qualità (RR =1,10) e gli uomini disoccupati (RR = 1,17), consumano leggermente più assistenza sanitaria, insieme ad alcune categorie di persone che vivono in famiglie senza figli (RR = 1,25 coppie di anziani, RR = 1,14 adulti soli o coppie non di anziani). Viceversa alcuni gruppi, a parità di età e morbosità, utilizzano leggermente meno i servizi sanitari, come gli anziani soli tra gli uomini (RR = 0,88), le lavoratrici manuali (RR = 0,91), le donne disoccupate e gli uomini residenti in piccoli (RR = 0,87) e medi comuni (RR = 0,89). Non si osservano differenze geografiche significative, se non un lieve difetto non significativo per le regioni del Mezzogiorno. Dunque l'utilizzo dell'assistenza sanitaria da parte degli italiani sembra distribuito in modo sostanzialmente equo, in quanto per entrambi i generi è determinato soprattutto da indicatori diretti di bisogno di salute come la morbosità cronica e l'età, che probabilmente cattura ulteriormente quel fabbisogno di assistenza che non è ben influenzato dal solo indicatore di morbosità. Emergono elementi che testimoniano una sovra-equità sociale nell'uso dell'assistenza sanitaria in quanto in corrispondenza di ogni posizione sociale più sfavorevole si verifica un lieve eccesso di utilizzo dei servizi, con

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 548

la sola eccezione del lavoro manuale che sembra mostrare una lieve discriminazione nell'accesso all'assistenza. Viceversa una limitazione significativa e persistente nei due generi nell'utilizzo dell'assistenza sanitaria si verifica nei comuni di piccole e medie dimensioni rispetto a quelli dell'area metropolitana, probabilmente a causa della diversa pressione dell'offerta dei servizi.
Anche per i macro-livelli di assistenza ospedaliera, generica e farmaceutica l'utilizzo dell'assistenza sanitaria risulta determinato soprattutto da indicatori diretti di bisogno di salute. Nel caso dell'assistenza specialistica i modelli confermano il forte ruolo della morbosità, ma la contemporanea presenza di significative discriminazioni nell'accesso tra le donne anziane e nei gruppi sociali più svantaggiati.

Tabella 1 - *Indicatore globale di assistenza sanitaria per alcuni determinanti e il sesso (Odds Ratio e 95% IC)*

	Maschi			Femmine		
	OR	95% IC		OR	95% IC	
Indice di cronicità						
nessuna cronicità	1			1		
bassa cronicità	3,18	2,91	3,46	3,17	2,93	3,42
media cronicità	5,45	5,05	5,89	4,63	4,31	4,97
alta cronicità	13,48	12,33	14,74	9,38	8,68	10,13
molto alta cronicità	34,44	31,26	37,94	34,21	31,34	37,34
Fascia di età						
18-30	1			1		
0-17	1,82	1,61	2,05	1,03	0,93	1,15
31-64	1,78	1,60	1,98	1,43	1,31	1,55
65-79	5,58	4,83	6,45	3,55	3,15	3,99
Livello d'istruzione						
laurea	1			1		
diploma	1,13	1,02	1,25	0,99	0,90	1,08
media inferiore	1,10	0,99	1,22	1,02	0,93	1,13
elementare	1,28	1,13	1,43	1,28	1,15	1,42
Qualità abitazione						
alta	1			1		
bassa	1,00	0,91	1,10	1,10	1,02	1,20
Tipologia familiare						
tutte le coppie con figli	1			1		
coppie di anziani senza figli	1,25	1,10	1,41	0,89	0,79	1,00
anziani soli e famiglie monogenitoriali	0,88	0,79	0,98	0,97	0,90	1,05
adulti soli e coppie senza figli / altro	1,03	0,96	1,11	1,14	1,06	1,21
Condizione occupazionale						
non manuale	1			1		
manuale	0,93	0,87	1,00	0,91	0,84	0,98
disoccupato	1,17	1,01	1,36	0,77	0,67	0,88
inabili al lavoro, altro	1,05	0,94	1,16	0,93	0,87	0,99
Giudizio sulle risorse economiche						
ottime/adeguate	1			1		
scarse/insufficienti	1,09	1,02	1,16	1,07	1,01	1,13
Ampiezza demografica						
area metropolitana	1			1		
comuni medi	0,89	0,82	0,96	0,95	0,89	1,02
comuni piccoli	0,87	0,80	0,94	1,00	0,93	1,07
Ripartizione geografica						
Nord-Ovest	1			1		
Nord-Est	1,03	0,89	1,18	1,08	0,96	1,22
Centro	1,04	0,90	1,20	1,10	0,98	1,25
Sud e Isole	0,91	0,81	1,03	0,97	0,87	1,08

Riferimenti bibliografici

(1) Sabbadini L.L., Gargiulo L., Sebastiani G., "Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari. Anno 2005", Istat, Nota per la stampa, Roma, 2 marzo 2007.
(2) Cislaghi C, Gargiulo L., Sebastaini G., Un solo S.S. Nazionale ma tanti S:S: Regionali: eterogeneità geografica nell'accesso al pubblico e al privato. Analisi dei dati dell'Indagine Multiscopo Istat. Convegno Pianeta Sanità: i nuovi risultati dell'indagine Istat su condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari, Roma, 2 marzo 2007.
(3) Costa G, Vannoni F, I determinanti del fabbisogno di salute e assistenza sanitaria in Italia nell'indagine Multiscopo. Convegno Pianeta Sanità: i nuovi risultati dell'indagine Istat su condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Roma, 2 marzo 2007.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 549

Trapianti

Negli ultimi anni il settore delle attività di trapianto ha evidenziato a livello nazionale notevoli progressi: da una 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 e internazionale, posizioni di assoluto rilievo (1).

In particolare l'Italia ha guadagnato una posizione di *leadership* rispetto ad ambiti specifici quali la donazione, la qualità degli interventi effettuati, la sicurezza delle prestazioni e il trapianto di tessuti e cellule staminali emopoietiche. Un chiaro esempio è dato dal programma di trapianto su pazienti sieropositivi (2), che in termini di numerosità rappresenta oggi il secondo programma al Mondo: dal 2001 ad oggi, attraverso dei programmi di trapianto di pancreas, fegato, rene-pancreas e rene, sono state trapiantate oltre 50 persone. Inoltre, un progetto per il registro europeo dei trapianti in soggetti sieropositivi sarà presentato nell'ambito del VII Programma Quadro, con la *leadership* della Spagna e la *co-leadership* dell'Italia.

Oltre al trapianto di organi e tessuti, altri settori hanno raggiunto livelli di eccellenza. Tra questi quello delle cellule staminali ematopoietiche per la cura di gravi malattie ematologiche, che rappresenta oggi il settore a carattere assistenziale più sviluppato nell'ambito della medicina rigenerativa (3).

Va però rilevata, accanto agli importanti risultati ottenuti, la permanenza di alcune criticità (4), prima fra tutte l'incapacità del sistema italiano di far fronte al costante aumento delle richieste assistenziali, per cui il numero di pazienti in lista d'attesa resta triplo rispetto a quello dei trapianti effettuati in un anno. Le cause principali di tale carenza possono essere imputate ad una serie di motivi:

- mancata identificazione di tutti i potenziali donatori;
- adozione di diversi criteri di ammissione in lista nel territorio nazionale, anche in relazione alle diverse capacità di trapianto;
- carenza di politiche di prevenzione per le patologie che possono richiedere come terapia il trapianto di organi.

Di seguito vengono riportati e illustrati i dati di donazione, trapianto, sopravvivenza dei pazienti e degli organi trapiantati, oltre che i dati relativi alle liste di attesa, ai trapianti effettuati all'interno e all'esterno della regione di residenza del paziente (flussi di emigrazione) e i dati di sopravvivenza dei pazienti che hanno subito un trapianto di midollo.

D.A. MATTUCCI, A. RICCI, M. CAPRIO, F. PUOTI, F. VESPASIANO, E. VILLA, D. STORANI, M. TREROTOLA, A. NANNI COSTA

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 550

Attività di donazione

Glossario (5) dei termini tecnici:
Donatore segnalato = soggetto sottoposto ad accertamento di morte cerebrale e segnalato dalla rianimazione al centro regionale e/o interregionale quale potenziale donatore di organi.
Donatore effettivo = donatore dal quale almeno un organo solido è stato prelevato indipendentemente dall'utilizzo finale dell'organo.
Donatore utilizzato = donatore dal quale almeno un organo solido è stato prelevato e trapiantato.
Sopravvivenza organo = stima di probabilità che un organo trapiantato mantenga la sua funzionalità a distanza di anni dal trapianto.
Opposizione = con tale termine si indica sia il dissenso alla donazione degli organi sottoscritto in vita dal potenziale donatore, sia il dissenso al prelievo degli organi di un proprio congiunto espresso dai familiari successivamente alla comunicazione dell'avvenuto decesso.

Significato. Il trapianto di organi è una terapia clinica basata su un "bene limitato" poiché la disponibilità di organi è attualmente inferiore rispetto alla richiesta. Ne consegue che la valutazione della capacità di una regione di reperire tale bene è essenziale per poter erogare questo servizio al maggior numero possibile di cittadini, dato che l'incremento del numero di trapianti è strettamente legato all'aumento del *procurement* di organi. Poiché la capacità di reperire donatori è necessariamente connessa con il numero di cittadini residenti nella regione, l'indicatore più utilizzato è il numero di donatori per milione di popolazione (PMP). I dati relativi alle ripartizioni percentuali dei donatori per sesso e classe di età sono invece di interesse strettamente epidemiologico. In Italia circa un terzo delle donazioni si interrompono per opposizione dei familiari, e dunque la percentuale di opposizione è un indicatore estremamente interessante per capire come i Coordinamenti Locali riescano ad incidere sul processo di donazione e per valutare la capacità di gestire il rapporto con i familiari del potenziale donatore.

Tasso di donatori

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Donatori (segnalati/effettivi/utilizzati)}}{\text{Milione di abitanti per regione di segnalazione}} \times 1.000.000$$

Percentuale di donatori d'organo effettivi

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Donatori effettivi per sesso o classe di età}}{\text{Donatori totali}} \times 100$$

Percentuale di donatori d'organo utilizzati

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Donatori utilizzati per sesso o classe di età}}{\text{Donatori totali}} \times 100$$

Percentuale delle opposizioni

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Opposizioni}}{\text{Donatori segnalati}} \times 100$$

Validità e limiti. I dati presentati sono elaborati a partire dal Sistema Informativo Trapianti (SIT) (6), che garantisce la tracciabilità dell'intero processo di donazione e trapianto secondo quanto previsto dalle Direttive Europee (Direttiva n. 23/2004 CE). Il SIT viene utilizzato dai Coordinamenti Regionali per registrare in tempo reale le donazioni da cadavere e successivamente, alla fine di ogni anno, i dati del SIT vengono controllati e validati da parte di tutti i Coordinamenti. La popolazione utilizzata per il calcolo dei valori PMP è la popolazione Istat secondo il Censimento del 2001.

Valore di riferimento/Benchmark. A livello regionale la Toscana presenta il maggior numero di donatori utilizzati (37,5 per milione di popolazione), mentre il Friuli-Venezia Giulia ha ottenuto la più bassa percentuale di opposizione (14,3 %).

D.A. MATTUCCI, A. RICCI, M. CAPRIO, F. PUOTI, F. VESPASIANO, E. VILLA, D. STORANI, M. TREROTOLA, A. NANNI COSTA

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 551

Descrizione dei risultati

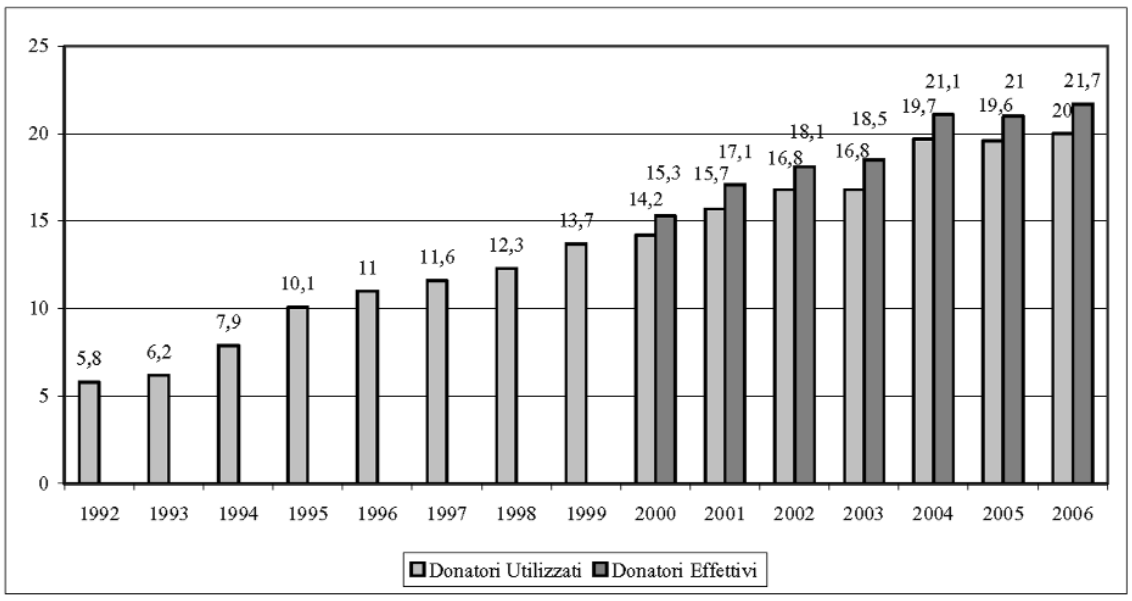
Donazione di organi

Nel nostro paese l'andamento dell'attività di donazione di organi dal 1992 è in aumento (grafico 1). Le motivazioni sostanziali possono essere individuate nell'emanazione e nell'applicazione della legge sull'accertamento della morte (7) e nelle innovazioni sul piano organizzativo previste dalla legge n. 91/99 (8).
Questo importante risultato è presumibilmente legato a diversi fattori: tra questi, in particolare, lo sviluppo della rete trapiantologica nelle regioni, supportato da una forte collaborazione tra Ministero della Salute, Centro Nazionale Trapianti (CNT), Assessorati e Coordinamenti regionali. Si rileva, inoltre, una maggiore consapevolezza dei cittadini, dovuta sia all'impegno informativo da parte delle Istituzioni e delle Associazioni che agli effetti di una immagine positiva del sistema sulla popolazione.
La tabella 1 evidenzia tuttavia come le differenze tra regioni restino ad oggi rilevanti, nonostante il generale miglioramento. In particolare il divario è marcato tra le regioni dell'area Centro-Nord e quelle dell'area Centro-Sud e questo nonostante non esistano ragioni epidemiologiche che possano spiegare tale fenomeno.
La regione con i più elevati livelli di donatori segnalati, effettivi ed utilizzati è la Toscana, quella con i valori più bassi la Puglia. La forbice tra le due regioni, 74% contro appena il 18%, palesa in modo inequivocabile il dislivello regionale in questione. La quarta colonna riporta la percentuale di opposizioni che sono state realmente esercitate sui donatori segnalati, attraverso l'espressione di volontà negativa in vita o il mancato consenso dei familiari al prelievo dopo la morte. Dall'analisi dei dati emerge nuovamente che il Sud presenta una maggiore percentuale di opposizioni rispetto al Centro-Nord, con un picco del 46,7% di opposizioni in Sicilia. Il fenomeno della disomogeneità regionale, seppure in parte legato ad aspetti socioculturali, rispecchia anche l'organizzazione delle strutture di prelievo[1], nonché la capacità del Coordinamento Locale di incidere positivamente sulla scelta alla donazione da parte dei familiari.
La tabella 2 riporta la stessa casistica espressa come numero assoluto di donatori e o di opposizioni per ciascuna regione. È evidente che il peso di ciascuna regione sul dato complessivo nazionale varia sensibilmente anche in relazione al numero degli abitanti.
È, comunque, interessante evidenziare come le prime cinque regioni italiane per numero di donatori utilizzati segnalino più del 60% del totale nazionale. Di particolare interesse il dato delle opposizioni della Sicilia che con il 46,7% è la regione a più alta percentuale di opposizione (ben 49 processi di donazioni si sono interrotti per questa motivazione).
La tabella 3 illustra in modo più dettagliato il dato delle donazioni per sesso ed in base all'età dei donatori. I valori relativi agli uomini sono più alti a livello nazionale di quelli delle donne. Fanno eccezione l'Umbria (con ben l'81,8% di donatrici femmine), la Basilicata, la Liguria, la Calabria, il Veneto e la Sicilia; la percentuale dei donatori pediatrici è inferiore al 3%. Tra le regioni che non hanno segnalato donatori pediatrici spiccano per volumi di attività, il Veneto, la Sicilia, il Friuli-Venezia Giulia e le Marche. Per contro è di particolare rilievo il dato dell'Abruzzo che con 8,3% di donatori pediatrici è la regione con il valore più elevato.
La tabella 4 riporta la stessa casistica analizzata in tabella 3, ma riferita ai donatori utilizzati. Anche in questo caso a livello nazionale il valore relativo agli uomini è maggiore, a parte alcuni casi regionali particolari come l'Umbria, dove l'80 % delle donazioni è di sesso femminile, la Calabria, la Basilicata, la Liguria e la Sicilia. La percentuale di donatori pediatrici si attesta al 2,5 %. L'Abruzzo con 8,7 % ha la più alta percentuale di donatori pediatrici seguita rispettivamente dalla Calabria e dalla Liguria.
Nella tabella 5 vengono riportate le percentuali di opposizione. La percentuale di opposizione negli uomini e nelle donne in Italia differisce di circa un punto percentuale. Molto più variabile la ripartizione regionale che passa dal dato dell'Umbria con una percentuale di opposizione di 30 punti più alta negli uomini alle Marche, dove la percentuale di opposizione nelle donne è di 22,9 punti più alta. La percentuale di opposizione negli adulti rispecchia la percentuale di opposizione complessiva delle regioni. La percentuale di opposizione pediatrica è mediamente più alta rispetto all'adulto (+2,2%) probabilmente legata alle evidenti complicazioni emotive.

[1] I dati relativi all'offerta delle strutture di prelievo non sono completi al 100% e, quindi, pubblicabili, comunque non esistono in letteratura evidenze cliniche o epidemiologiche che possano spiegare tali differenze di *procurement* regionale imputabili esclusivamente ad aspetti logistico organizzativi.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 552

Grafico 1 - *Tasso (per milione) di donatori effettivi ed utilizzati - Anni 1992-2006*



Fonte dei dati e anno di riferimento: "Le Cifre – Attività di donazione, prelievo e trapianto in Italia". Editrice Compositori, Bologna. Anno 2003. Sistema Informativo Trapianti (SIT): https://trapianti.sanita.it. Sezione Statistiche-Donatori. Dicembre 2006; Centro Nazionale Trapianti – ISS Roma.

Tabella 1 - *Tasso di donatori segnalati, utilizzati ed effettivi per milione di popolazione (PMP) e percentuale di opposizione (su 100 donatori segnalati), per regione - Anno 2006*

Regioni	Donatori segnalati PMP	Donatori Utilizzati PMP	Donatori Effettivi PMP	Opposizioni %
Piemonte	51,7	31,3	31,8	28,4
Valle d'Aosta	0,0	0,0	0,0	n.d.
Lombardia	30,0	21,4	22,4	20,3
Bolzano-Bozen	*45,4*	*23,8*	*23,8*	*23,8*
Trento	*8,4*	*6,3*	*6,3*	*25,0*
Veneto	42,8	25,6	30,0	20,1
Friuli-Venezia Giulia	41,4	32,1	35,5	14,3
Liguria	53,4	33,1	38,2	20,2
Emilia-Romagna	52,0	28,6	29,6	29,5
Toscana	74,6	37,5	42,3	29,9
Umbria	35,1	12,1	12,1	37,9
Marche	40,1	27,2	29,2	22,0
Lazio	40,7	16,0	18,2	29,8
Abruzzo	50,7	18,2	19,8	39,5
Molise	37,4	12,5	12,5	41,7
Campania	19,6	10,9	11,8	31,3
Puglia	18,2	6,7	7,0	35,6
Basilicata	33,5	11,7	13,4	40,0
Calabria	20,9	7,5	7,5	33,3
Sicilia	21,1	9,3	9,9	46,7
Sardegna	31,9	21,4	23,3	17,3
Italia	**36,6**	**20,0**	**21,7**	**27,9**

n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Sistema Informativo Trapianti (SIT): https://trapianti.sanita.it. Sezione Statistiche-Donatori. Dicembre 2006.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 553

Tabella 2 - *Donatori segnalati, utilizzati ed effettivi (valori assoluti) e opposizioni (valori percentuali su donatori segnalati) per regione - Anno 2006*

Regioni	Donatori segnalati PMP	Donatori Utilizzati PMP	Donatori Effettivi PMP	Opposizioni %	Opposizioni N
Piemonte	218	132	134	28,4	62
Valle d'Aosta	0	0	0	n.d.	0
Lombardia	271	193	202	20,3	55
Bolzano-Bozen	*21*	*11*	*11*	*23,8*	*5*
Trento	*4*	*3*	*3*	*25,0*	*1*
Veneto	194	116	136	20,1	39
Friuli-Venezia Giulia	49	38	42	14,3	7
Liguria	84	52	60	20,2	17
Emilia-Romagna	207	114	118	29,5	61
Toscana	261	131	148	29,9	78
Umbria	29	10	10	37,9	11
Marche	59	40	43	22,0	13
Lazio	208	82	93	29,8	62
Abruzzo	64	23	25	39,1	25
Molise	12	4	4	41,7	5
Campania	112	62	67	31,3	35
Puglia	73	27	28	35,6	26
Basilicata	20	7	8	40,0	8
Calabria	42	15	15	33,3	14
Sicilia	105	46	49	46,7	49
Sardegna	52	35	38	17,3	9
Italia	**2085**	**1.141**	**1.234**	**27,9**	**582**

n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Sistema Informativo Trapianti (SIT): https://trapianti.sanita.it. Sezione Statistiche-Donatori. Dicembre 2006.

Tabella 3 - *Percentuale di donatori effettivi di organi per regione, sesso, adulti e pediatrici - Anno 2006*

Regioni	Maschi	Femmine	Adulti	Pediatrici (0-14 anni)
Piemonte	56,0	44,0	97,0	3,0
Valle d'Aosta	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Lombardia	54,5	45,5	96,5	3,5
Bolzano-Bozen	*54,5*	*45,5*	*100,0*	*0,0*
Trento	*100,0*	*0,0*	*100,0*	*0,0*
Veneto	47,3	52,7	100,0	0,0
Friuli-Venezia Giulia	67,6	32,4	100,0	0,0
Liguria	43,1	56,9	96,6	3,4
Emilia-Romagna	55,1	44,9	96,6	3,4
Toscana	52,7	47,3	98,6	1,4
Umbria	18,2	81,8	100,0	0,0
Marche	57,5	42,5	100,0	0,0
Lazio	53,3	46,7	97,8	2,2
Abruzzo	58,3	41,7	91,7	8,3
Molise	75,0	25,0	100,0	0,0
Campania	56,3	43,8	96,9	3,1
Puglia	67,9	32,1	96,4	3,6
Basilicata	42,9	57,1	100,0	0,0
Calabria	40,0	60,0	93,3	6,7
Sicilia	44,9	55,1	100,0	0,0
Sardegna	67,6	32,4	97,3	2,7
Italia	**53,6**	**46,4**	**97,7**	**2,3**

n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Sistema Informativo Trapianti (SIT): https://trapianti.sanita.it. Sezione Statistiche-Donatori. Dicembre 2006.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 554

Tabella 4 - *Percentuale di donatori utilizzati per regione, sesso, adulti e pediatrici - Anno 2006*

Regioni	Maschi	Femmine	Adulti	Pediatrici (0-14 anni)
Piemonte	56,1	43,9	97,0	3,0
Valle d'Aosta	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Lombardia	54,9	45,1	96,4	3,6
Bolzano-Bozen	*54,5*	*45,5*	*100,0*	*0,0*
Trento	*100,0*	*0,0*	*100,0*	*0,0*
Veneto	49,1	50,9	100,0	0,0
Friuli-Venezia Giulia	68,6	31,4	100,0	0,0
Liguria	44,2	55,8	96,2	3,8
Emilia-Romagna	56,1	43,9	96,5	3,5
Toscana	53,4	46,6	98,5	1,5
Umbria	20,0	80,0	100,0	0,0
Marche	57,5	42,5	100,0	0,0
Lazio	53,7	46,3	97,6	2,4
Abruzzo	56,5	43,5	91,3	8,7
Molise	75,0	25,0	100,0	0,0
Campania	58,1	41,9	96,8	3,2
Puglia	66,7	33,3	96,3	3,7
Basilicata	42,9	57,1	100,0	0,0
Calabria	40,0	60,0	93,3	6,7
Sicilia	46,7	53,3	100,0	0,0
Sardegna	68,6	31,4	97,1	2,9
Italia	**54,5**	**45,5**	**97,5**	**2,5**

n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Sistema Informativo Trapianti (SIT): https://trapianti.sanita.it. Sezione Statistiche-Donatori. Dicembre 2006.

Tabella 5 - *Percentuale di opposizioni alla donazione per regione, sesso, adulti e pediatrici - Anno 2006*

Regioni	Maschi	Femmine	Adulti	Pediatrici (0-14 anni)
Piemonte	25,4	32,0	28,3	33,3
Valle d'Aosta	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Lombardia	21,9	18,6	19,8	36,4
Bolzano-Bozen	*22,2*	*25,0*	*23,8*	*0,0*
Trento	*0,0*	*0,0*	*0,0*	*0,0*
Veneto	26,9	20,8	24,0	0,0
Friuli-Venezia Giulia	10,7	13,3	11,6	0,0
Liguria	21,4	23,9	23,3	0,0
Emilia-Romagna	28,9	30,1	29,4	33,3
Toscana	31,8	27,4	30,0	25,0
Umbria	50,0	20,0	34,5	0,0
Marche	13,8	36,7	24,1	100,0
Lazio	28,8	30,9	30,0	20,0
Abruzzo	40,5	36,4	40,0	25,0
Molise	33,3	50,0	41,7	0,0
Campania	31,3	32,7	32,4	0,0
Puglia	39,2	41,7	42,3	0,0
Basilicata	50,0	25,0	42,1	0,0
Calabria	38,1	38,9	37,8	50,0
Sicilia	51,9	41,2	46,2	100,0
Sardegna	20,5	7,7	14,3	66,7
Italia	**29,1**	**28,2**	**28,6**	**30,8**

n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Sistema Informativo Trapianti (SIT): https://trapianti.sanita.it. Sezione Statistiche-Donatori. Dicembre 2006.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 555

Liste di attesa

Significato. Le liste di attesa rappresentano la quota di popolazione che in Italia ha bisogno di un trapianto come terapia clinica. È importante monitorare le liste di attesa per capire se l'attuale disponibilità di organi per il trapianto riesce a soddisfare la domanda. Il tempo medio di attesa dei pazienti iscritti in lista è sicuramente efficace per valutare nel tempo i cambiamenti della lista non solo in termini meramente numerici, ma anche in termini di peggioramento delle condizioni cliniche dei pazienti iscritti (con conseguente riduzione della qualità del servizio erogato inteso non solo come sopravvivenza dell'organo trapiantato, ma anche come riabilitazione del paziente trapiantato).
Il tasso di decesso indica la percentuale dei decessi calcolata sulla consistenza di lista totale del periodo analizzato (somma del numero di pazienti in lista di attesa ad inizio periodo e del numero di nuovi ingressi nel periodo). La valutazione combinata di questi due indicatori consente dunque di monitorare l'evoluzione della lista di attesa nel tempo.

Tempo medio di attesa per paziente in lista

$$\text{Numeratore} \quad \text{Somma tempo di attesa in lista (in anni) delle iscrizioni al 31/12/2006}$$

$$\text{Denominatore} \quad \text{Numero Iscrizioni al 31/12/2006}$$

Tasso dei decessi

$$\text{Numeratore} \quad \text{Numero Iscrizioni chiuse per decesso nell'anno 2006} \quad \text{x } 100$$

$$\text{Denominatore} \quad \text{Numero Iscrizioni al 01/01/2006 + Numero Nuove iscrizioni avvenute nel 2006}$$

Validità e limiti. I dati presentati sono elaborati a partire dal SIT. I Coordinamenti Regionali inviano mensilmente gli aggiornamenti delle liste tramite un protocollo di *file transfer*. Va detto che il tempo medio di attesa dei pazienti iscritti in lista è in parte sovrastimato dalle uscite di lista per trapianto il cui tempo di attesa è notevolmente inferiore, ma questo non compromette in nessun modo la validità di tale indicatore se utilizzato come confronto dell'andamento della lista negli anni (grafico 1 e 2).

Descrizione dei risultati

Nella tabella 1 e nei grafici successivi sono rappresentati i dati relativi alle liste di attesa. I pazienti in lista d'attesa sono circa 9.000 (il numero totale dei pazienti non corrisponde alla somma dei pazienti iscritti in lista per le varie tipologie di organo a causa delle iscrizioni per trapianto combinato), mentre si prevede che il numero di trapianti, a fine 2007, sarà pari a circa 3.200-3.300. Il numero di iscrizioni differisce dal numero dei pazienti in quanto, specialmente per il programma trapianto di rene, un cittadino può scegliere di iscriversi in più di un centro trapianto.
I tempi medi di attesa variano in funzione della tipologia di trapianto: 3 anni per il rene, 1,87 anni per il fegato, 2,34 anni per il cuore, 2,44 anni per il pancreas, 1,97 anni per il polmone. L'andamento nel periodo 2002-2006 presenta andamenti differenti per ogni tipologia di organo (grafico 1): in diminuzione per polmone e pancreas, in aumento per fegato e cuore; costante per il rene.
La mortalità nei pazienti iscritti in lista per anno (tabella 1) è pari all'1,3% per il rene, 6,1% per il fegato, 11,2% per il cuore, 1,0% per il pancreas e 14,4% per il polmone. Anche in questo caso l'andamento nel tempo (grafico 2) è sostanzialmente stabile con un lieve incremento progressivo per quanto riguarda il fegato, probabilmente correlato ad un ampliamento dei criteri di inserimento in lista nella maggior parte dei centri. Per spiegare tale fenomeno è stato da poco introdotto dal CNT (Documento Nazionale per l'utilizzo del MELD operativo dal 1 maggio 2007) l'obbligo dell'utilizzo dello *Score* MELD (9) per le nuove iscrizioni di fegato. Il MELD è uno score internazionale basato su criteri clinici oggettivi utilizzato per classificare secondo gravità i pazienti in lista fegato. Lo studio nel tempo della distribuzione dello *score* darà indicazioni in merito.
L'analisi della consistenza numerica delle liste di attesa, combinato con i trend dei tempi medi di attesa e del tasso di decesso in lista indicano un sostanziale equilibrio delle liste.

D.A. MATTUCCI, A. RICCI, M. CAPRIO, F. PUOTI, F. VESPASIANO, E. VILLA, D. STORANI, M. TREROTOLA, A. NANNI COSTA

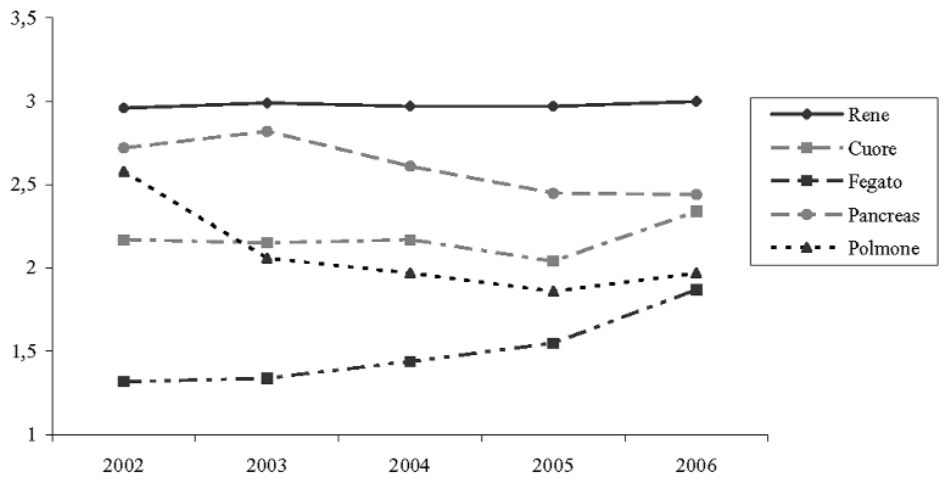
Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 556

Tabella 1 - *Numero di pazienti in lista di attesa, numero di iscrizioni, tempo medio di attesa dei pazienti (in anni) e percentuale di deceduti in attesa di trapianto, per tipo di organo – Anno 2006*

Organi	Pazienti	Iscrizioni	Tempo medio di attesa per paziente in lista	Decessi
Rene	6.490	8.784	3,00	1,3
Fegato	1.723	1.745	1,87	6,1
Cuore	737	750	2,34	11,2
Pancreas	230	280	2,44	1,0
Polmone	310	317	1,97	14,4

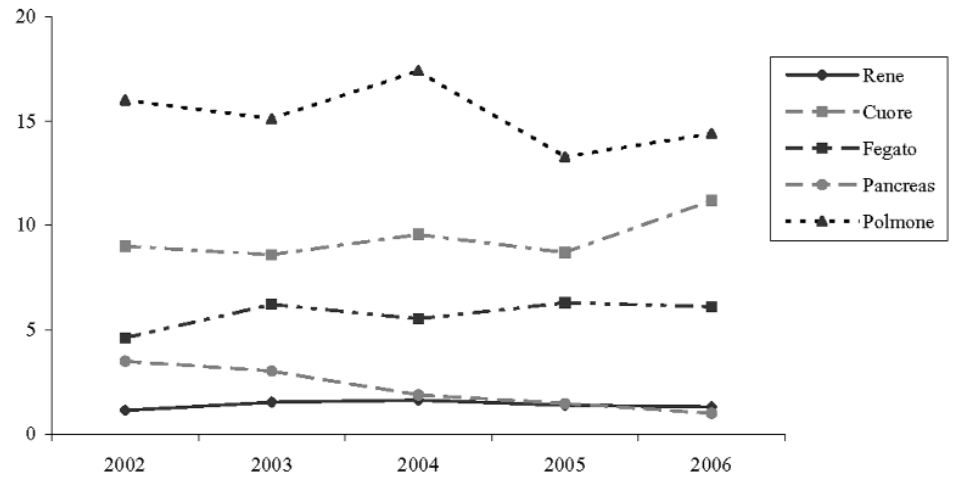
Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazione dati a cura del Sistema Informativo Trapianti (SIT): https://trapianti.sanita.it. Sezione Statistiche-Liste di Attesa. Dicembre 2006.

Grafico 1 - *Tempo medio di attesa (in anni) per paziente iscritto in lista per organo – Anni 2002-2006*



Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazione dati a cura del Sistema Informativo Trapianti (SIT): https://trapianti.sanita.it. Sezione Liste d'attesa. Dicembre 2006.

Grafico 2 - *Percentuale di decessi in lista d'attesa per organo – Anni 2002-2006*



Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazione dati a cura del Sistema Informativo Trapianti (SIT): https://trapianti.sanita.it. Sezione Liste d'attesa. Dicembre 2006.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 557

Attività di trapianto

Significato. L'attività di trapianto è strettamente legata all'attività di donazione e ai criteri di gestione delle liste di attesa, l'una e gli altri particolarmente variabili tra le diverse regioni. Non tutte le regioni, inoltre, hanno programmi di trapianto avviato per tutti gli organi, mentre è estremamente complesso determinare il "bacino di utenza" del singolo centro trapianti. Tutti questi fattori influenzano l'attività di trapianto delle singole regioni e non consentono l'individuazione di indicatori specifici per il confronto tra le diverse realtà. Un indicatore, comunque, importante per la valutazione delle prestazioni sanitarie regionali è sicuramente la percentuale di pazienti trapiantati residenti in regione. Questo indicatore non esprime solo la fiducia dei cittadini verso le strutture cui sono destinati territorialmente, ma è anche legato ai diversi criteri di iscrizione in lista che i centri trapianto adottano. Al di là di tali situazioni specifiche e variabili, gli ottimi risultati nazionali dei programmi di trapianto di rene (1.750 trapianti/anno), fegato (1.100 trapianti/ anno), cuore (350 trapianti/anno), pancreas (associato quasi sempre a rene in 100 trapianti/anno) e polmone (100 trapianti/anno) sono certamente determinati dalla creazione di una vera e propria rete trapiantologica nazionale, frutto del lavoro degli ultimi anni e punto di eccellenza riconosciuta a livello europeo (10, 12).

Percentuale dei trapianti eseguiti nella regione di residenza del paziente (IN)

Numeratore: Trapianti eseguiti su pazienti residenti in regione
Denominatore: Trapianti eseguiti
x 100

Percentuale dei trapianti eseguiti fuori dalla regione di residenza del paziente (OUT)

Numeratore: Trapianti eseguiti su pazienti residenti fuori regione
Denominatore: Trapianti eseguiti
x 100

Validità e limiti. I dati presentati sono elaborati a partire dal SIT, dove i Coordinamenti Regionali registrano tutti i trapianti da donatore cadavere eseguiti. I dati vengono controllati e validati da parte di tutti i centri trapianto che provvedono all'inserimento di dati integrativi ed i dati relativi al *follow-up* del paziente necessari per la valutazione degli esiti del trapianto.

Descrizione dei risultati

Trapianto

Nella valutazione di un sistema trapiantologico il reale livello di risposta alle necessità assistenziali dei pazienti viene identificato dal numero dei trapianti effettuati e dai risultati di sopravvivenza del paziente e dell'organo dopo il trapianto. Il grafico 1 mostra come il numero dei trapianti dal 1992 al 2006 sia triplicato. La valutazione della sopravvivenza verrà di seguito rappresentata suddivisa per tipologia di trapianto.

La tabella 1 evidenzia il numero dei trapianti per regione e la percentuale dei trapianti effettuati su pazienti residenti in regione e fuori regione di residenza. Anche qui il dislivello regionale tra Centro-Nord da una parte e Sud dall'altra si presenta come una costante radicata e genera una mobilità dei pazienti verso Nord, evidenziata dalla percentuale e dal numero dei trapianti eseguiti su soggetti provenienti da regioni diverse da quella in esame. Particolarmente rilevante tra le regioni ad elevata attività di trapianto, la percentuale di trapianti extra regionali eseguiti in Emilia-Romagna, in Friuli-Venezia Giulia, in Toscana e in Veneto. Viceversa le percentuali di Sicilia, Campania e Sardegna si attestano su valori ben al di sotto della media nazionale.

In modo analogo a quello osservato per le donazioni il numero dei trapianti nelle regioni dell'area Centro-Nord è superiore a quello del numero dei trapianti dell'area Centro-Sud. Questa differenza genera una mobilità dei pazienti verso l'area Centro-Nord evidenziata dalla percentuale e dal numero dei trapianti eseguiti su soggetti provenienti da altre regioni.

Oltre al numero ed alla qualità dei trapianti (10, 12) anche la sicurezza rappresenta un fattore imprescindibile di valutazione (13). L'Italia è oggi il paese di riferimento a livello europeo per il controllo dei rischi di trasmissione di patologie da donatore a ricevente, nelle procedure di certificazione delle strutture, nella qualità e nella trasparenza dei risultati (14). I programmi nazionali di maggiore rilievo sono quelli legati al trapianto di rene nei soggetti da più tempo in lista di attesa, alle urgenze di fegato e cuore, al programma pediatrico, al programma di trapianto nei soggetti HIV positivi ed a quello di segmenti epatici che consente di trapiantare due pazienti utilizzando un unico organo e al trapianto di intestino.

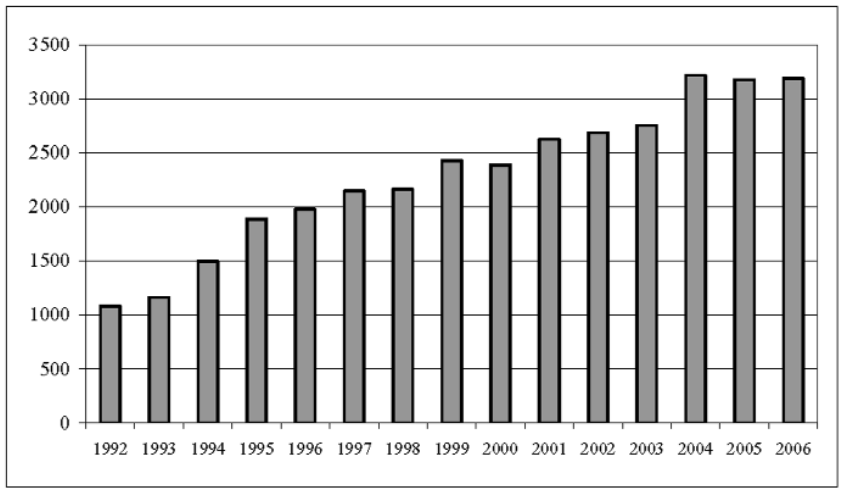
Dal 2000 il CNT ha elaborato, in collaborazione con

D.A. MATTUCCI, A. RICCI, M. CAPRIO, F. PUOTI, F. VESPASIANO, E. VILLA, D. STORANI, M. TREROTOLA, A. NANNI COSTA

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 558

il Ministero della Salute e gli Assessorati, numerose Linee Guida e protocolli (15), condividendoli con le strutture di trapianto e di coordinamento. Dal 2003, inoltre, è stato avviato un programma di certificazione di tutte le strutture operative coinvolte nel processo di donazione e trapianto. Ad oggi sono stati effettuati degli audit/verifiche ai Centri Trapianto di fegato e rene, ai coordinamenti regionali ed interregionali e alle banche dei tessuti, con la finalità di certificare i requisiti previsti dalla normativa vigente (16). Si è notato, in riferimento a quanto già analizzato, che la mobilità verso l'estero è quasi scomparsa (solo il 2% dei pazienti è in lista presso centri esteri), mentre la mobilità dalle regioni meridionali verso le regioni settentrionali è tuttora rilevante.

Grafico 1 - *Numero totale di trapianti di organo in Italia – Anni 1992-2006*



Fonte dei dati e anno di riferimento: CNT – ISS Roma. "Le Cifre – Attività di donazione, prelievo e trapianto in Italia". Editrice Compositori, Bologna. 2003; Sistema Informativo Trapianti (SIT): https://trapianti.sanita.it. Sezione Statistiche-Donatori. Dicembre 2006.

Tabella 1 - *Numero di trapianti e percentuale di trapianti eseguiti su pazienti residenti in regione (IN) e fuori della regione di residenza (OUT) per regione - Anno 2006*

Regioni	Numero trapianti	IN %	OUT %
Piemonte	382	67,1	32,9
Valle d'Aosta**	0	n.d.	n.d.
Lombardia	640	67,2	32,8
*Bolzano-Bozen***	*0*	*n.d.*	*n.d.*
*Trento***	*0*	*n.d.*	*n.d.*
Veneto	372	55,4	44,6
Friuli-Venezia Giulia	99	47,8	52,2
Liguria	101	57,9	42,1
Emilia-Romagna	295	44,7	55,3
Toscana	331	53,3	46,7
Umbria*	25	54,2	45,8
Marche	65	86,2	13,8
Lazio	283	67,7	32,3
Abruzzo	50	52,2	47,8
Molise**	0	n.d.	n.d.
Campania	132	96,1	3,9
Puglia	60	94,9	5,1
Basilicata*	14	87,5	12,5
Calabria	24	100,0	0,0
Sicilia	220	87,3	12,7
Sardegna	96	91,4	8,6
Italia	**3.189**	**65,0**	**35,0**

*Le regioni non hanno un proprio centro trapianto, ma sono convenzionati con il Lazio.
**Le regioni non hanno un proprio centro trapianto.
n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Sistema Informativo Trapianti (SIT): https://trapianti.sanita.it. Sezione Statistiche-Trapianti. Giugno 2007.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 559

Valutazione degli esiti dei trapianti

Glossario (5) dei termini tecnici

Follow-up: Dato di osservazione dello stato di salute del paziente successivamente alla data di inizio di una determinata terapia.
Sopravvivenza dell'Organo ad un certo intervallo temporale T: Probabilità che il paziente non abbia il rigetto dell'organo dalla data del trapianto entro l'intervallo temporale T.
Sopravvivenza del Paziente ad un certo intervallo temporale T: Probabilità che il paziente non deceda dalla data del trapianto entro l'intervallo temporale T.
Estimatore di Kaplan-Meier (o Kaplan-Meier) per la stima della probabilità di sopravvivenza ad un certo tempo T: Tecnica statistica *ad hoc* per l'attività di trapianto o attività terapeutiche analoghe ove si possano presentare casi di *follow-up* cosiddetti "censored" o persi al *follow-up*, ovvero pazienti non più rintracciabili per una visita di controllo, per la stima della Probabilità di cui sopra (con relativa Deviazione Standard) per ogni valore di intervallo temporale da 0 al massimo differenza temporale fra un trapianto e il suo relativo *follow-up*.
Curva di Sopravvivenza: Sequenza di tutti i possibili valori della Probabilità definita sopra. La curva è, per definizione della tecnica stessa, a gradini o "Step Function".

Significato. La valutazione degli esiti dei trapianti rappresenta innanzitutto, relativamente all'attività di trapianto a livello nazionale, lo strumento di indagine che chiude e consente di monitorare nel suo complesso l'attività terapeutica in esame: il paziente dal suo ingresso in lista fino al trapianto e l'esito del trapianto stesso (possibile rigetto o eventuale decesso), il donatore dal processo di allocazione fino alla valutazione dell'accoppiamento o *case mix* delle caratteristiche cliniche di donatore e ricevente per il buon esito dell'intervento. I dati che vengono raccolti sono innanzitutto lo stato dell'organo (funzionante o avvenuto rigetto) e del paziente (vivo o deceduto), una serie di parametri clinici organo specifici e tutte le date relative agli eventi più rilevanti.
Più nello specifico la valutazione degli esiti ottempera ai seguenti scopi:
- una valutazione oltre che dello status clinico del paziente anche del suo reinserimento in un contesto di vita sociale come la possibilità di svolgere un'attività lavorativa, etc;
- un'importante base dati per gli operatori del settore per studi scientifici specifici su terapie immunosoppressive, valutazione dei fattori di rischio quali età, compatibilità antigenica, etc;
- il monitoraggio da parte delle istituzioni del livello medio della qualità degli esiti con l'eventuale accertamento di possibili situazioni di particolare gravità in termini di prestazioni o costi/benefici;
- la trasparenza dei risultati per i cittadini (i dati vengono integralmente pubblicati sul sito del Ministero della Salute) i quali possono avere utili informazioni anche in funzione del proprio caso specifico o le tipologie di attività svolte nel singolo Centro, si pensi all'attività pediatrica piuttosto che ai casi di trapianto la cui patologia abbia origine neoplastica;
- vengono valutati i dati aggiornamento dell'inserimento dei dati di *follow-up*.

Validità e limiti. I dati presentati sono elaborati a partire dal Sistema Informativo Trapianti. I Coordinamenti Regionali registrano tutti i trapianti da donatore cadavere eseguiti. I dati vengono controllati e validati da parte di tutti i Centri Trapianto che provvedono all'inserimento di dati integrativi del trapianto ed i dati relativi al *follow-up* del paziente necessari per la valutazione degli esiti del trapianto. In particolare nel corso dell'anno e con funzioni dedicate a disposizione dei Centri Trapianto vengono monitorati i livelli di aggiornamento dei dati ed effettuati solleciti specifici qualora si presentino situazioni di particolare incompletezza dei dati. Si consideri come le principali basi dati per i trapianti dal 2000 al 2005 incluso hanno un livello di aggiornamento prossimo o uguale al 90%.

Valore di riferimento/Benchmark. A livello nazionale il valore di riferimento per il singolo Centro Trapianti è il valore nazionale, mentre altrettanto significativi sono i riferimenti internazionali e, in particolare, quello del *Collaborative Transplant Study* (CTS) di *Heidelbergh* la cui collaborazione con il Centro Nazionale Trapianti (ogni sei mesi vengono inviati tutti i dati nazionali di *follow-up*) permette un confronto con i risultati europei sullo stesso intervallo di anni di attività nonchè di tipologia di campione (in particolare per quanto riguarda età del ricevente ed età del donatore).

D.A. MATTUCCI, A. RICCI, M. CAPRIO, F. PUOTI, F. VESPASIANO, E. VILLA, D. STORANI, M. TREROTOLA, A. NANNI COSTA

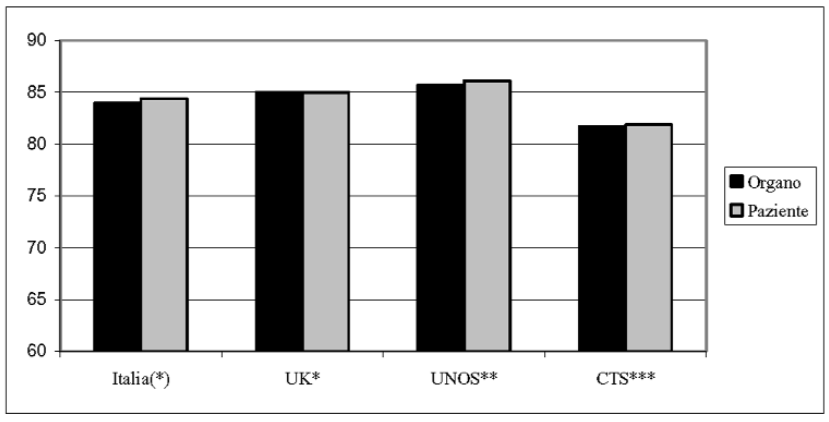
Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 560

Trapianto di cuore

In seguito all'elaborazione dei dati relativi alla sopravvivenza ad un anno dal trapianto di cuore, è emerso che l'Italia ha raggiunto l'84,0±0,9 % nella sopravvivenza ad un anno dell'organo e l'84,4±0,9 % nella sopravvivenza ad un anno del paziente (grafico 1), dati che risultano allineati con la media del Regno Unito e USA.
Il trend di questi valori nel nostro paese, dal 2000 al 2005, è risultato grosso modo costante, eccezione fatta per i dati al 2001, in leggero calo.
La percentuale di sopravvivenza dell'organo e paziente dopo 5 anni dal trapianto rimane significativamente alta.

Validità e limiti. I valori di aggiornamento dei dati si attestano sull'84% e, inoltre, va considerato come le caratteristiche statistiche (età del ricevente, età del donatore, condizioni cliniche generali) variano per ciascun centro.

Grafico 1 - *Percentuale di sopravvivenza di pazienti (adulti e pediatrici) e di organi (adulti e pediatrici) a 1 anno dal trapianto in Italia, Regno Unito, USA e CTS – Anni 2000-2005*



(*)Italia 2000 – 05.
*UK Transplant 2001 – 02.
**USA 2000 - 02.
***Collaborative Transplant Study Europe 2000-2005.

Fonte dei dati e anno di riferimento: www.uktransplant.org.uk. Sezione Statistics. Febbraio 2005; www.unos.org. Sezione Data Collection. Febbraio 2005; www.trapianti.ministerosalute.it, sezione Qualità e risultati. Maggio 2007.

Valore di riferimento/Benchmark. I confronti con i dati internazionali ad eccezione del CTS, che forniscono al CNT il riferimento europeo su un campione analogo per caratteristiche statistiche e anni di riferimento, è da considerare rispetto sia agli anni e ai campioni dalle caratteristiche statistiche analoghe ma non sovrapponibili al campione italiano.

Descrizione dei risultati

Di seguito sono riportati i valori di Sopravvivenza stimati con la tecnica di *Kaplan-Meier* per singolo Centro.
Le diverse sezioni rappresentano:
a) la sopravvivenza di Organo e Paziente della casistica adulti, a 1 e 5 anni dal trapianto, relativamente al periodo 2000-2005;
b) la sopravvivenza a 1 anno di Organo e Paziente relativa ai trapianti effettuati solo nel 2005.
È importante sottolineare come le differenze siano anche da imputare alle diverse tipologie di trapianto effettuate dal singolo Centro; nell'analisi pubblicata sul sito del Ministero viene presentata anche un'analisi che consente di normalizzare i risultati come se ogni Centro fosse valutato su un unico campione.
Dall'analisi dei dati emerge una situazione di generale omogeneità della qualità dei trapianti effettuati nei diversi centri trapianti italiani (per ulteriori informazioni: http://www.trapianti.ministerosalute.it/).

D.A. MATTUCCI, A. RICCI, M. CAPRIO, F. PUOTI, F. VESPASIANO, E. VILLA, D. STORANI, M. TREROTOLA, A. NANNI COSTA

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 561

Tabella 1 - *Numero di trapianti e percentuale di sopravvivenza di pazienti (adulti) e di organi (adulti) a 1 e 5 anni dal trapianto per centro di trapianto - Anni 2000-2005*

Centro Trapianti	Numero Trapianti Adulti	Sopravvivenza di Pazienti (%)		Sopravvivenza di Organo (%)	
		1 anno	5 anni	1 anno	5 anni
BA - AZIENDA OSPEDALE POLICLINICO	9	100 ± 0	n.d. ± n.d.	n.d. ± n.d.	100 ± 0
BG - OSPEDALI RIUNITI	165	83,5 ± 2,9	78,2 ± 3,9	77,7 ± 3,9	83 ± 2,9
BO - S. ORSOLA-MALPIGHI	212	91 ± 2	83,2 ± 3	82,6 ± 3	91 ± 2
CA - A.O. G. BROTZU	39	71,8 ± 7,2	68,4 ± 7,6	68,4 ± 7,6	71,8 ± 7,2
CH - OSPEDALE SAN CAMILLO DÈ' LELLIS	24	74,1 ± 9,1	n.d. ± n.d.	n.d. ± n.d.	74,1 ± 9,1
CT - AZ. OSP. V.EMANUELE FERRAROTTO	43	79,1 ± 6,2	69,2 ± 7,9	69,2 ± 7,9	79,1 ± 6,2
MI - OSPEDALE CA" GRANDA-NIGUARDA	195	83,1 ± 2,7	78,6 ± 3,1	78,6 ± 3,1	83,1 ± 2,7
NA - A.O. MONALDI	192	89,3 ± 2,3	n.d. ± n.d.	n.d. ± n.d.	88,8 ± 2,3
PA - ISMETT	5	80 ± 17,9	n.d. ± n.d.	n.d. ± n.d.	80 ± 17,9
PA - OSP. CIV. BENFRATELLI	0	-	-	-	-
PD - AZIENDA OSPEDALIERA	119	86,6 ± 3,1	82,3 ± 3,7	82,3 ± 3,7	86,6 ± 3,1
PV - OSPEDALE POLICLINICO S. MATTEO	247	88,1 ± 2,1	79,7 ± 3,7	78,9 ± 3,8	88,1 ± 2,1
RM - AZ. OSP. SAN CAMILLO-FORLANINI	48	66 ± 6,9	66 ± 6,9	64,6 ± 6,9	64,6 ± 6,9
RM - O. PEDIATRICO BAMBINO GESU"	11	63,6 ± 14,5	63,6 ± 14,5	63,6 ± 14,5	63,6 ± 14,5
SI - SPEDALI RIUNITI (POL. LE SCOTTE)	104	76,5 ± 4,2	67,4 ± 5,3	66,8 ± 5,3	75,7 ± 4,2
TO - A.O. S. GIOVANNI BATTISTA	116	74,5 ± 4,1	68,1 ± 4,7	67,6 ± 4,7	73,9 ± 4,1
TO - OSPEDALE INFANTILE R.MARGHERITA	0	-	-	-	-
UD - S. MARIA DELLA MISERICORDIA	141	88,6 ± 2,7	78,5 ± 4,1	78 ± 4,1	87,9 ± 2,7
VR - AZIENDA OSPEDALIERA DI VERONA	121	85,7 ± 3,2	77,1 ± 4,4	75,9 ± 4,4	84,3 ± 3,3
Italia	**1.791**	**84,4 ± 0,9**	**77,1 ± 1,2**	**76,7 ± 1,2**	**84 ± 0,9**

n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati e anno di riferimento: www.trapianti.ministerosalute.it. Sezione Qualità e risultati. Maggio 2007.

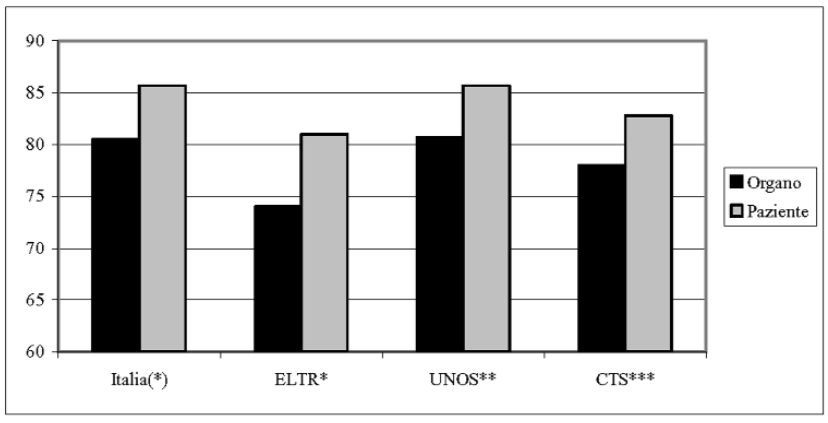
Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 562

Trapianto di fegato

Di seguito l'elaborazione dei dati relativi alla sopravvivenza ad un anno dal trapianto di fegato dalla quale è emerso che l'Italia ha raggiunto l'85,4±0,5 % nella sopravvivenza ad un anno dell'organo e l'80,5±0,6 % nella sopravvivenza ad un anno del paziente; i valori in percentuale delle sopravvivenze di organi e pazienti a un anno dal trapianto di fegato in Italia (grafico 1) risultano allineati alla media degli USA e superiori alla media europea (17). Il trend delle sopravvivenze nel nostro paese, dal 2000 al 2005, è risultato positivo. La percentuale di sopravvivenza dell'organo e paziente a 5 anni dal trapianto rimane alta.

Validità e limiti. I valori di aggiornamento dei dati si attestano sul 90% e, inoltre, va considerato come le caratteristiche statistiche (età del ricevente, età del donatore, condizioni cliniche generali) variano per ciascun centro.

Grafico 1 - *Percentuale di sopravvivenza di pazienti (adulti e pediatrici) e di organi (adulti e pediatrici) a 1 anno dal trapianto in Italia, ELTR, USA e CTS – Anni 2000-2005*



(*)2000-05.
*Europa (ELTR) 1988-2004.
**U.S.A. 2000-2002.
***CTS Europa 2000-2005.

Fonte dei dati e anno di riferimento: ELTR sezione Statistics. Febbraio 2005; www.unos.org, sezione Data Collection. Febbraio 2005; www.trapianti.ministerosalute.it. Sezione Qualità e risultati. Maggio 2007.

Valore di riferimento/Benchmark. I confronti con i dati internazionali ad eccezione del CTS, che forniscono al CNT il riferimento europeo su un campione analogo per caratteristiche statistiche e anni di riferimento.

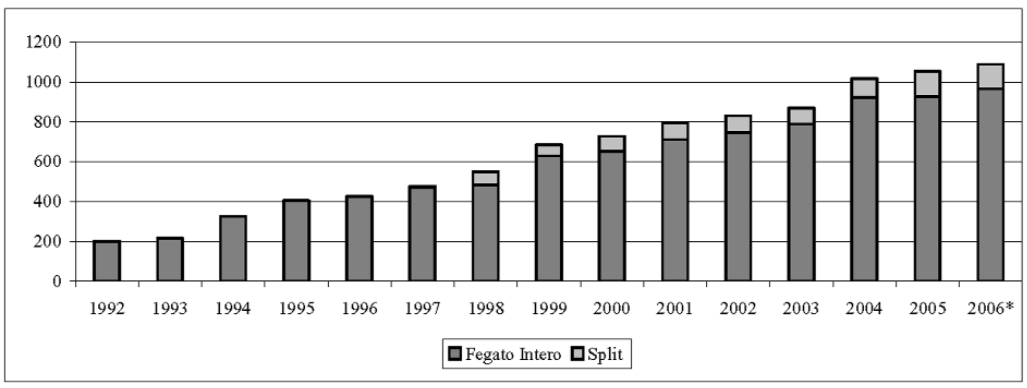
Descrizione dei risultati

Come si evidenzia nel grafico 2 in Italia il trapianto di segmenti epatici copre oltre il 12% dell'attività. Si tratta di una posizione di eccellenza a livello europeo dato che questo tipo di programma rappresenta un indicatore di efficienza (aumenta il numero di trapianti rispetto al numero di organi disponibili) e di grande capacità dell'attività chirurgica.
Di seguito sono riportati i valori di sopravvivenza stimati con la tecnica di *Kaplan-Meier* per singolo Centro.
Le diverse sezioni rappresentano:
a) la sopravvivenza di Organo e Paziente della casistica adulti, a 1 e 5 anni dal trapianto, relativamente al periodo 2000-2005;
b) la sopravvivenza a 1 anno di Organo e Paziente relativa ai trapianti effettuati solo nel 2005.
È importante sottolineare come le differenze siano anche da imputare alle diverse tipologie di trapianto effettuate dal singolo Centro; nell'analisi pubblicata sul sito del Ministero viene presentata anche un'analisi che consente di normalizzare i risultati come se ogni Centro fosse valutato su un unico campione. Dall'analisi dei dati emerge una situazione di non omogeneità della qualità dei trapianti effettuati nei diversi centri trapianti italiani; in particolare nel caso del trapianto di fegato ciò è dovuto ad una maggiore specializzazione su diverse casistiche, ad esempio il Centro di Genova effettua trapianti di casi particolarmente complessi (http://www.trapianti.ministerosalute.it/ per ulteriori informazioni).

D.A. MATTUCCI, A. RICCI, M. CAPRIO, F. PUOTI, F. VESPASIANO, E. VILLA, D. STORANI, M. TREROTOLA, A. NANNI COSTA

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 563

Grafico 2 - *Numero di trapianti di organo in Italia suddivisi per Fegato Intero e Tecnica Split – Anni 1992-2006*



Fonte dei dati e anno di riferimento: www.trapianti.ministerosalute.it. Sezione Qualità e risultati. Anni 1992-2006.

Tabella 1 - *Numero di trapianti e percentuale di sopravvivenza (±Deviazione Standard) di pazienti (adulti) e di organi (adulti) a 1 anno e 5 anni dal trapianto per centro di trapianto in Italia - Anni 2000-2005*

Centro Trapianti	Numero Trapianti Adulti	Sopravvivenza di Pazienti (%)		Sopravvivenza di Organo (%)	
		1 anno	5 anni	1 anno	5 anni
AN - A.O. TORRETTE - UMBERTO I	11	90,9 ± 8,7	n.d ± n.d	90,9 ± 8,7	n.d ± n.d
BA - A.O. POLICLINICO	119	77,1 ± 3,9	71,2 ± 4,5	74,8 ± 4	65,5 ± 4,6
BG - OSPEDALI RIUNITI	216	83,7 ± 2,6	78,3 ± 3,1	81,3 ± 2,7	76 ± 3,2
BO - S. ORSOLA-MALPIGHI	487	86,5 ± 1,6	73,4 ± 2,3	78,9 ± 1,9	66,6 ± 2,3
CA - A.O. G. BROTZU	45	95,3 ± 3,2	n.d ± n.d	91,1 ± 4,2	n.d ± n.d
GE - AO S. MARTINO	275	77,1 ± 2,7	63,2 ± 3,7	69,6 ± 2,8	57 ± 3,5
MI - IST. NAZ.LE CURA TUMORI	153	94,7 ± 1,8	82 ± 3,8	92,2 ± 2,2	79,1 ± 3,8
MI - MAGGIORE POLICLINICO	197	85,5 ± 2,6	73 ± 3,7	79,2 ± 2,9	65,8 ± 3,9
MI - O. CA' GRANDA-NIGUARDA	312	89,2 ± 1,8	82,2 ± 2,8	82,2 ± 2,2	75,6 ± 2,9
MO - POLICLINICO	209	83,1 ± 2,7	70,7 ± 4	75,6 ± 3	62,5 ± 3,9
NA - A.O. A. CARDARELLI	245	78,4 ± 2,7	69,4 ± 4	75,3 ± 2,8	66,3 ± 3,4
PA - ISMETT	194	87 ± 2,5	78,7 ± 4,1	79,3 ± 2,9	70,6 ± 4,1
PD - AZIENDA OPEDALIERA	416	88,1 ± 1,6	79,3 ± 2,4	84,7 ± 1,8	75,3 ± 2,6
PI - A.O. PISANA	469	86,1 ± 1,6	74,3 ± 2,5	82,5 ± 1,8	70,8 ± 2,5
RM - A UMBERTO I	179	80,6 ± 3	68,8 ± 4,1	76,4 ± 3,2	64,5 ± 4,1
RM - ISTITUTO REGINA ELENA (IFO)	93	89,8 ± 3,2	n.d ± n.d	89,8 ± 3,2	n.d ± n.d
RM - OSPEDALE S. EUGENIO	149	65,1 ± 3,9	51,8 ± 5	65,1 ± 3,9	51,8 ± 5
RM - POLICLINICO A. GEMELLI	120	73 ± 4,1	65,2 ± 5,1	69,2 ± 4,2	61,7 ± 4,7
TO - A.O. S.GIOVANNI BATTISTA	777	92,2 ± 1	80 ± 1,9	87,6 ± 1,2	74,1 ± 2
UD - POLICLINICO UNIV.	185	83,8 ± 2,8	77,5 ± 3,3	75,6 ± 3,2	66,9 ± 3,7
VR - AZIENDA OSPED.	41	92,1 ± 4,4	n.d ± n.d	92,1 ± 4,4	n.d ± n.d
Italia	**4.892**	**85,4 ± 0,5**	**74,6 ± 0,8**	**80,5 ± 0,6**	**69,4 ± 0,8**

n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati e anno di riferimento: www.trapianti.ministerosalute.it. Sezione Qualità e risultati. Maggio 2007.

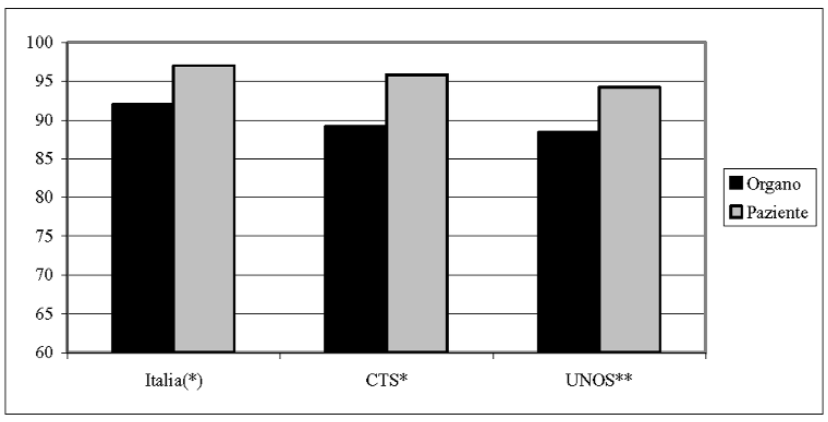
Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 564

Trapianto di rene

Il tasso di sopravvivenza di organi e pazienti (rispettivamente 97±0,2 e 91,9±0,3) a un anno dal trapianto di rene in Italia risulta superiore alla media statunitense ed europea. Il trend di questo risultato eccellente del nostro paese è pressoché costante in tutto il periodo di riferimento (2000-2005). La percentuale di sopravvivenza dell'organo e paziente a 5 anni dal trapianto rimane alta, anche grazie alle Linee Guida e protocolli operativi in materia di sicurezza relativi ai donatori con presunti rischi neoplastici o di tipo virale.

Validità e limiti. I confronti con i dati internazionali ad eccezione del CTS, che forniscono al CNT il riferimento europeo su un campione analogo per caratteristiche statistiche e anni di riferimento.

Grafico 1 - *Percentuale di sopravvivenza di pazienti (adulti e pediatrici) e di organi (adulti e pediatrici) a 1 anno dal trapianto in Italia, USA e CTS – Anni 2000-2005*



(*)2000-05.
*CTS Europa 2000-2005.
**U.S.A. 1995-2002.

Fonte dei dati e anno di riferimento: www.unos.org. Sezione Data Collection. Febbraio 2005, CTS; www.trapianti.ministerosalute.it. Sezione Qualità e risultati. Maggio 2007.

Descrizione dei risultati

Di seguito sono riportati i valori di sopravvivenza stimati con la tecnica di *Kaplan-Meier* per singolo Centro.
Le diverse sezioni rappresentano:
a) la sopravvivenza di Organo e Paziente della casistica adulti, a 1 e 5 anni dal trapianto, relativamente al periodo 2000-2005;
b) la sopravvivenza a 1 anno di Organo e Paziente relativa ai trapianti effettuati solo nel 2005.
È importante sottolineare come le differenze siano anche da imputare alle diverse tipologie di trapianto effettuate dal singolo Centro; nell'analisi pubblicata sul sito del Ministero viene presentata anche un'analisi che consente di normalizzare i risultati come se ogni Centro fosse valutato su un unico campione.
Dall'analisi dei dati emerge una situazione di non omogeneità della qualità dei trapianti effettuati nei diversi centri trapianti italiani; in particolare nel caso del trapianto di fegato ciò è dovuto ad una maggiore specializzazione su diverse casistiche, ad esempio il Centro di Genova effettua trapianti di casi particolarmente complessi (http://www.trapianti.ministerosalute.it/).

D.A. MATTUCCI, A. RICCI, M. CAPRIO, F. PUOTI, F. VESPASIANO, E. VILLA, D. STORANI, M. TREROTOLA, A. NANNI COSTA

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 565

Tabella 1 - *Numero di trapianti e percentuale di sopravvivenza (±Deviazione Standard) di pazienti (adulti) e di organi (adulti) a 1 anno e 5 anni dal trapianto per centro di trapianto in Italia - Anni 2000-2005*

Centro Trapianti	Numero Trapianti Adulti	Sopravvivenza di Pazienti (%)		Sopravvivenza di Organo (%)	
		1 anno	5 anni	1 anno	5 anni
AN - A.O. TORRETTE - UMBERTO I	18	100 ± 0	n.d ± n.d	100 ± 0	n.d ± n.d
AQ - OSPEDALE CIVILE S.SALVATORE	169	96,3 ± 1,5	90,8 ± 3,8	94,6 ± 1,7	87,3 ± 4
BA - AZIENDA OSPEDALE POLICLINICO	375	97 ± 0,9	93,2 ± 1,8	93,6 ± 1,3	81,4 ± 2,8
BG - OSPEDALI RIUNITI - BERGAMO	178	97,7 ± 1,2	91,8 ± 3	92,7 ± 2	80,1 ± 3,9
BO - S.ORSOLA-MALPIGHI	424	98,1 ± 0,7	95,1 ± 1,3	92,7 ± 1,3	81,5 ± 2,4
BS - OSPEDAL. CIVILI BRESCIA	300	97 ± 1	92 ± 2,1	95,3 ± 1,2	85,8 ± 2,7
CA - A.O. G.BROTZU	181	95,3 ± 1,6	92,2 ± 2,7	85,6 ± 2,6	71,9 ± 4,8
CS - A.O DI COSENZA	58	94,6 ± 3,1	91,9 ± 4	86,2 ± 4,5	83,7 ± 5
CT - POL. UNIVERSITARIO	151	95,8 ± 1,7	93,8 ± 2,2	89,9 ± 2,5	80,1 ± 4,4
FI - AZIENDA OSPEDALIERA CAREGGI	240	94,7 ± 1,6	83,7 ± 3,1	87,5 ± 2,2	73,4 ± 3,5
GE - AZ. OSP.S. MARTINO	264	97,3 ± 1	92 ± 2,3	90,1 ± 1,8	81,3 ± 2,9
LE - A.O. VITO FAZZI	18	100 ± 0	100 ± 0	100 ± 0	87,5 ± 11,7
MI - IRCCS S. RAFFAELE	98	94,8 ± 2,3	73,4 ± 7,1	92,8 ± 2,6	67,6 ± 7,1
MI - MAGGIORE POLICLINICO	313	98,7 ± 0,7	97,4 ± 1,1	94,8 ± 1,3	90,9 ± 1,9
MI - OSPEDALE CA GRANDA-NIGUARDA	338	96,4 ± 1,1	87,8 ± 3,4	93,7 ± 1,4	82 ± 3,4
MO - POLICLINICO - MO	145	97,9 ± 1,2	92,5 ± 3,2	94,5 ± 1,9	85 ± 4,1
NA - U.S. FEDERICO II	218	93,3 ± 1,7	91,9 ± 2	88,5 ± 2,2	85,3 ± 2,5
NO - OSP. MAGGIORE DELLA CARITA'	356	97,7 ± 0,8	95,1 ± 1,4	94,8 ± 1,2	87,8 ± 2,4
PA - ISMETT	31	93,1 ± 4,7	93,1 ± 4,7	86,7 ± 6,2	77,4 ± 8,4
PA - OSP CIV.BENFRATELLI - M.ASCOLI	203	93,8 ± 1,7	88,6 ± 2,8	83,7 ± 2,6	74,6 ± 4,1
PA - POLICLINICO UN.(P. GIACCONE)	45	100 ± 0	94,1 ± 4,1	88,6 ± 4,8	n.d ± n.d
PD - A.O. - PEDIATRICO	21	100 ± 0	100 ± 0	95,2 ± 4,6	89,3 ± 7,2
PD - AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA	285	98,2 ± 0,8	88,4 ± 3	95,4 ± 1,2	79 ± 3,8
PG - AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA	137	97 ± 1,5	87 ± 3,8	89,1 ± 2,7	70,7 ± 4,8
PI - AZIENDA OSPEDALIERA PISANA	173	96,5 ± 1,4	88,9 ± 3	94,8 ± 1,7	82,2 ± 3,7
PR - OSPEDALI RIUNITI - (OSP. MAGGIORE)	309	98 ± 0,8	94,5 ± 1,6	95,1 ± 1,2	79,4 ± 3
PV - S. MATTEO	145	97 ± 1,5	85,3 ± 4,3	93,6 ± 2,1	80,6 ± 4,5
RC - AZ.OSP.BIANCHI M MORELLI	75	98,6 ± 1,4	96,9 ± 2,2	90,7 ± 3,4	85,3 ± 4,4
RM - AZIENDA POLICLINICO UMBERTO I	160	94,3 ± 1,8	n.d ± n.d	92,5 ± 2,1	n.d ± n.d
RM - OSPEDALE PED. BAMBINO GESU	10	100 ± 0	100 ± 0	100 ± 0	88,9 ± 10,5
RM - OSPEDALE S. EUGENIO	198	97,3 ± 1,2	92,1 ± 2,4	89,9 ± 2,1	78,6 ± 3,4
RM - POLICLINICO A. GEMELLI E C.I.C.	193	97,8 ± 1,1	97,8 ± 1,1	92,7 ± 1,9	88,3 ± 2,6
SI - SPEDALI RIUNITI (POL. LE SCOTTE)	221	94,2 ± 1,6	88,5 ± 2,9	82,8 ± 2,5	67,8 ± 4
SS - S.S. ANNUNZIATA SASSARI	105	99 ± 1	95,9 ± 3,2	93,3 ± 2,4	87,7 ± 4,1
TO - A.O. S. GIOVANNI B. DI TORINO	508	97,9 ± 0,7	94,5 ± 1,8	94,1 ± 1,1	86,2 ± 2,7
TO - OSPEDALE REGINA MARGHERITA	0	-	-	-	-
TV - OSPEDALE CA FONCELLO	288	99,2 ± 0,5	90,5 ± 2,7	89,6 ± 1,8	74,9 ± 3,3
UD - A.O. S. MARIA DELLA MISERICORDIA	215	96,1 ± 1,4	91 ± 2,7	92 ± 1,9	82 ± 3,5
VA - OSPEDALE FONDAZIONE MACCHI	232	95,9 ± 1,3	90,5 ± 2,2	90,5 ± 1,9	81,4 ± 2,8
VI - OSPEDALE DI VICENZA	184	97,7 ± 1,1	89,9 ± 2,6	89,7 ± 2,2	75,2 ± 3,6
VR - AZIENDA OSPEDALIERA DI VERONA	240	97,8 ± 1	90,7 ± 2,9	92,9 ± 1,7	84,5 ± 3,2
Italia	**7.822**	**97 ± 0,2**	**91,6 ± 0,4**	**91,9 ± 0,3**	**81,1 ± 0,6**

n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati e anno di riferimento: www.trapianti.ministerosalute.it. Sezione Qualità e risultati. Maggio 2007.

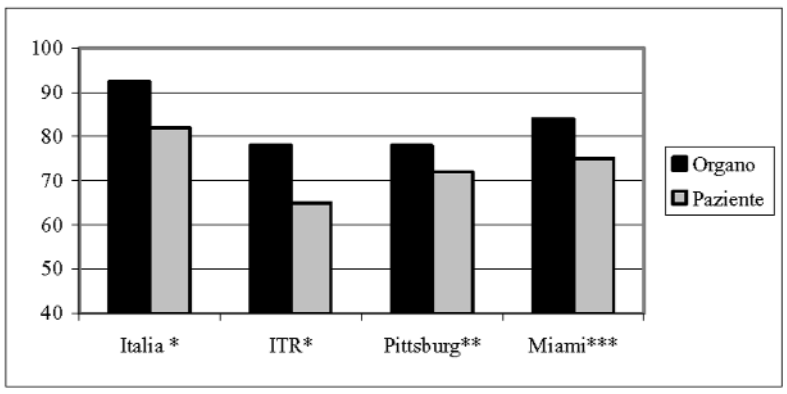
Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 566

Trapianto di intestino

I valori (grafico 1) in percentuale delle sopravvivenze di organi e pazienti a un anno dal trapianto di intestino isolato in Italia (rispettivamente 82±0,7 e 92,4±0,5 su 29 casi) risultano superiori sia alla media degli USA (eccetto che per la percentuale di sopravvivenza dell'organo), che a quella dell'Europa (18).
È da sottolineare che tali risultati sono stati raggiunti in sette anni, in particolare per l'attività e i protocolli implementati presso il Centro di Modena e poi Bologna.

Validità e limiti. I valori di aggiornamento dei dati si attestano sul 100%.

Grafico 1 - *Percentuale di sopravvivenza di pazienti (adulti e pediatrici) e di organi (adulti e pediatrici) a 1 anno dal trapianto in Italia, ITR, USA – Anni 2000-2007*



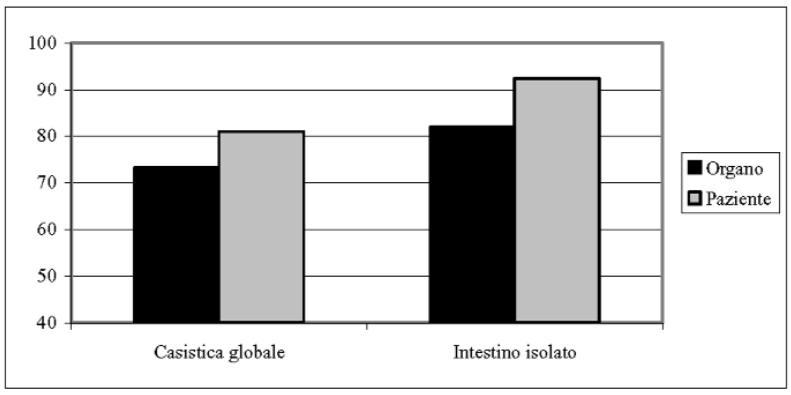
*2000 - Marzo 2007: n° 39 Trapianti.
**Intestinal Transplant Registry (pazienti adulti).
***Adulti e pediatrici 1995-2001.
****1994-2000.

Fonte dei dati e anno di riferimento: www.trapianti.ministerosalute.it. Sezione Qualità e risultati. Maggio 2007; University of Pittsburgh, University of Miami.

Descrizione dei risultati

Oltre ai valori in percentuale delle sopravvivenze di organi e pazienti a un anno dal trapianto di intestino isolato in Italia (rispettivamente 82±0,7 e 92,4±0,5) sono riportati nel grafico 2 anche i risultati ottenuti nella casistica globale che include il multiviscerale (trapianto combinato di tre o più organi dell'addome a una stessa persona; di regola sono compresi l'intestino tenue e il fegato) e trapianti combinati con il trapianto di fegato. Nella casistica globale, il campione è di 39 casi dall'anno 2000 si sono ottenuti ad un anno una sopravvivenza dell'organo pari a 73,3±0,7 e del paziente a 81,0±0,7.

Grafico 2 - *Percentuale di sopravvivenza di pazienti (adulti e pediatrici) e di organi (adulti e pediatrici) a 1 anno per casistica globale ed Intestino isolato – Anni 2000-2007*



Fonte dei dati e anno di riferimento: www.trapianti.ministerosalute.it. Sezione Qualità e risultati. Maggio 2007.

D.A. MATTUCCI, A. RICCI, M. CAPRIO, F. PUOTI, F. VESPASIANO, E. VILLA, D. STORANI, M. TREROTOLA, A. NANNI COSTA

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 567

Trapianto di midollo osseo (trapianto di cellule staminali emopoietiche da donatore allogenico)

Di seguito sono riportati i valori di sopravvivenza stimati con tecniche statistiche di Meta-Analisi e di statistica *Bayesiana* per la normalizzazione dell'outcome dei trapianti in funzione del *case-mix*; in altre parole consente di stimare i risultati ottenuti per ogni Centro Trapianti su casistiche con caratteristiche statistiche analoghe.
Più nello specifico per questa tipologia di trapianto altamente specialistica si è eseguita la stessa analisi a partire da campioni di trattamenti di pazienti affetti dalle quattro principali tipologie di patologia ed ovvero: leucemia acuta linfoblastica, leucemia acuta mieloide, Linfoma non *Hodgkins*, Mieloma.
Le diverse sezioni rappresentano per le quattro patologie la sopravvivenza del paziente della casistica adulti ad 1 anno dal trapianto, relativamente al periodo 2000-2003. I valori in percentuale delle sopravvivenze dei pazienti ad un anno dal trapianto di midollo osseo in Italia risultano avere una buona omogeneità di risultati sul territorio nazionale, considerato l'elevato numero di centri e l'alto numero di trapianti per questa tipologia.

Validità e limiti. I valori di aggiornamento dei dati si attestano sul 70% e, inoltre, va considerato come le caratteristiche statistiche (età del ricevente, età del donatore, condizioni cliniche generali) variano da Centro a Centro.

Tabella 1 - *Percentuale di sopravvivenza di pazienti e adulti a 1 anno dal trapianto per centro di trapianto e per le principali patologie in Italia - Anni 2000-2003*

Centro Trapianti	Numero Trapianti	Leucemia Acuta Linfoblastica	Leucemia Acuta Mieloide	Linfoma non Hodgkins
Alessandria - Ospedale SS. Antonio e Biagio	27	52,7 ±8,9	59,5 ±6,8	71,2 ±5,5
Ancona - Ospedali Riuniti Umberto I	46	54,6 ±8,8	53,8 ±7,8	72,0 ±4,8
Ascoli Piceno - C e G Mazzoni Hospital	1		n.d.	
Avellino - Div. Ematologia O.S. Giuseppe Moscati	12	n.d.	n.d.	n.d.
Aviano - CRO	1			
Bari - Div. Ematologia Università degli Studi di Bari	9	n.d.	58,3 ±7,7	71,3 ±5,4
Bergamo - Ospedali Riuniti	100	50,1 ±7,0	61,3 ±5,1	70,2 ±5,3
Bologna - Ist. Ematologia L. e A. Seragnoli S. Orsola	150	53,9 ±6,2	60,0 ±5,3	71,2 ±4,5
Bolzano - A.O. Centro Sud Div. di Ematologia	35	51,2 ±8,8	58,4 ±6,8	71,6 ±5,0
Brescia - Ospedali Civili	5		n.d.	n.d.
Cagliari - Osp. Oncologico A. Businco	35	n.d.	n.d.	n.d.
Cagliari - P.O. "R. Binaghi"	35	n.d.	n.d.	n.d.
Catania - Osp. Ferrarotto	51	54,2 ±7,2	55,1 ±6,8	70,6 ±5,8
Cremona - U.O. di Ematologia - C.T.M.O	1			
Cuneo - Divisione di Ematologia A.O. S.Croce	17		n.d.	
Firenze - Careggi	112	47,6 ±8,5	54,3 ±6,0	70,3 ±4,7
Genova - Dip. di Medicina Interna Univ. di Genova	2			
Genova - San Martino	346	55,0 ±4,5	60,7 ±3,8	68,4 ±6
Milano - Div. Falck Ospedale Niguarda Ca'-Gran.d.a	25			
Milano - CT Midollo Ospedale Maggiore IRCCS	102	56,2 ±7,6	55,9 ±6,7	73,8 ±4,7
Milano - Niguarda	60	55,7 ±7,3	63,4 ±6,6	n.d.
Milano - TMO IEO	11		n.d.	70,2 ±6,1
Milano - Ist. Clin. Humanitas Oncologia ed Ematologia	46	n.d.	n.d.	n.d.
Milano - Isituto Nazionale Tumori	57		59,9 ±7,3	71,6 ±5,0
Milano - Emat. e Trap. di Midollo Osseo San Raffaele	120	n.d.	n.d.	n.d.
Modena - Policlinico di Modena	28	n.d.	n.d.	n.d.
Monza - Med. Int. ed Emat. O. S.Gerardo de' Tintori	42	n.d.	n.d.	n.d.
Napoli - Divisione di Ematologia Osp. A. Cardarelli	4		60,0 ±7,6	
Napoli - Federico II	52	45,0 ±12,6	50,4 ±8,8	n.d.
Noale - Dip.Oncologia ed Ematologia O. P. F. Calvi	23		n.d.	n.d.
Palermo - CT Midollo Osseo O. V. Cervello - USL 60	76	n.d.	n.d.	n.d.
Palermo - Osp. La Maddalena	51	52,4 ±8,6	58,6 ±6,6	n.d.
Parma - Ematologia CT Midollo Osseo Univ. di Parma	12	n.d.	n.d.	n.d.
Pavia - Policl. S. Matteo	102	56,6 ±6,9	62,5 ±5,3	n.d.
Pavia - Divisione di Oncologia Medica IRCCS	19			
Perugia - Ematologia Policlinico Monteluce	157	n.d.	n.d.	n.d.
Pesaro - Div. Ematologia - C. Trapianti Midollo O.C.	34	n.d.	n.d.	n.d.
Pescara - Ospedale Civile	100	54,4 ±6,1	59,5 ±5,2	72,0 ±5,2
Piacenza - O.C. di Piacenza Div. Onco-Ematologia	4	53,3 ±9,3	n.d.	
Pisa - Ematologia di Pisa	36	50,7 ±9,7	50,2 ±9,0	

D.A. MATTUCCI, A. RICCI, M. CAPRIO, F. PUOTI, F. VESPASIANO, E. VILLA, D. STORANI, M. TREROTOLA, A. NANNI COSTA

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 568

Tabella 1 - (segue) *Percentuale di sopravvivenza di pazienti e adulti a 1 anno dal trapianto per centro di trapianto e per le principali patologie in Italia - Anni 2000-2003*

Centro Trapianti	Numero Trapianti	Leucemia Acuta Linfoblastica	Leucemia Acuta Mieloide	Linfoma non Hodgkins
Pisa - Div. di Oncologia Medica Ospedale S. Chiara	5			
R. Calabria - A.O Bianchi-Melacrino-Morelli	96	57,6 ±7,2	63,6 ±5,3	71,8 ±5,2
Reggio Emilia - Arcispedale S. Maria Nuova	23	50,7 ±9,7	n.d.	71,4 ±5,3
Roma - Università La Sapienza	114	49,8 ±7,5	58,4 ±5,7	70,7 ±5,7
Roma - S. Camillo	49	57,3 ±7,9	61,1 ±6,5	70,3 ±5,7
Roma - Univ. Cattolica	53	50,9 ±7,3	54,4 ±6,7	69,2 ±6,8
Roma - Torvergata	75	n.d.	n.d.	n.d.
SG Roton.d.o - CT di Cellule Staminali O. IRCCS	96	n.d.	n.d.	n.d.
Siena - Policlinico Le Scotte	25	n.d.	n.d.	n.d.
Taranto - Ospedale Nord	64	n.d.	n.d.	n.d.
Torino - Ospedale Molinette	141	51,8 ±6,8	56,9 ±5,2	69,5 ±4,7
Torino - IRCC	29			n.d.
Torino - Osp. S. Luigi di Orbassano	12		61,1 ±7,4	71,5 ±5,3
Torino - Cattedra di Ematologia	56	54,1 ±9,0	59,7 ±7,3	72,7 ±4,9
Udine - Ospedale Universitario	131	60,9 ±8,1	66,9 ±6,0	73,7 ±5,3
Verona - Istituti Ospitalieri Riuniti	52	n.d.	n.d.	n.d.
Vicenza - Osp. S. Bortolo	58	54,4 ±6,9	59,6 ±5,9	70,1 ±6,2
Italia (non sono inclusi i Centri Pediatrici)	**3.225**	**54,0 ±2,8**	**58,9 ±1,9**	**71,5 ±3,0**

n.d. = non disponibile; il dato assente corrisponde a zero trapianti.

Fonte dei dati e anno di riferimento: I dati sono forniti dal GITMO (Gruppo Italiano Trapianto di Midollo Osseo) ed elaborati dal CNT. www.trapianti.ministerosalute.it. Sezione Qualità e risultati. Maggio 2006.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 569

Raccomandazioni di Osservasalute

I traguardi raggiunti in questi ultimi anni hanno conferito al sistema trapianti italiano un posto di eccellenza in Europa e, per molti aspetti, in tutto il Mondo (1), in particolare per quanto riguarda la valutazione degli esiti dei trapianti rispetto ai principali registri disponibili a livello internazionale. Tuttavia la costante crescita delle indicazioni al trapianto comporta una domanda sempre maggiore di organi e una conseguente maggior necessità di donazioni.

Tra i punti critici del meccanismo di donazione-trapianto vi è una segnalazione non sistematica dei potenziali donatori, inefficienze organizzative nel sistema dei trasporti connessi alle attività di donazione e trapianto, limitato numero di posti letto nelle stesse e tempi medi di attesa dei pazienti iscritti alle liste, ancora troppo lunghi. Per migliorare la qualità degli interventi, con una sempre maggior trasparenza dei processi, i principali obiettivi della rete italiana in merito all'attività di trapianto di organi sono:

1. proseguire il trend di incremento del numero di donazioni e di trapianti;
2. ridurre la disomogeneità delle attività di donazione tra Nord e Sud;
3. supportare l'attivazione di procedure informatiche standardizzate soprattutto per la gestione delle liste di attesa;
4. sorvegliare il rispetto dell'applicazione delle Linee Guida e delle normative vigenti in materia a livello regionale;
5. promuovere adeguate campagne di informazione per i cittadini;
6. favorire l'attività di ricerca e di cooperazione internazionale tra l'Italia e gli altri Paesi Europei.

Per quanto riguarda il trapianto di tessuti e di cellule si propongono i seguenti obiettivi:

1. predisporre un piano nazionale per prelievo, conservazione, distribuzione e certificazione dei tessuti;
2. promuovere l'applicazione della Direttiva Europea e il conferimento ai centri regionali di riferimento delle funzioni loro attribuite;
3. estendere ed implementare il sistema informativo per quanto riguarda l'attività di *procurement*, di *banking*, di trapianto e *follow-up* dei tessuti;
4. promuovere lo sviluppo della donazione e del trapianto dei tessuti nelle regioni meridionali;
5. prevedere che il flusso informativo dei dati relativi ai trapianti di cellule staminali emopoietiche sia integrato nell'ambito del Sistema Informativo Trapianti;
6. attivare le procedure di sportello unico per la richiesta di terapie con cellule staminali emopoietiche.

Una particolare attenzione merita, infine, il tema della sicurezza. A tal proposito il Ministero della Salute, in collaborazione con il Centro Nazionale Trapianti, ha avviato un'indagine con particolare riferimento alle procedure per garantire donazione e trapianto sicuri. L'indagine prende in esame tutte le fasi di questo processo che parte dall'individuazione del donatore e arriva al *follow-up* post operatorio per migliorare il Governo Clinico del sistema e assicurare la massima garanzia operativa in termini di sicurezza, efficacia ed efficienza.

Riferimenti bibliografici

(1) AA.VV. "Newsletter Transplant", volume 10 n.1, Editor: Matesanz and Miranda, Spagna, settembre 2006.
(2) Grossi P. "Il trapianto epatico nei pazienti coinfetti, l'esperienza italiana nel contesto internazionale", Coinfection, pag. 4-12, Editor Effetti s.r.l., Milano 2006.
(3) www.eurocet.org, sezione cell data – activity report. EBMT Annual Report, 2006.
(4) Ministero della Salute "Piano sanitario nazionale 2006-2008", pag. 36-38.
(5) Centro Nazionale Trapianti – Iss Roma, "Le cifre – Attività di donazione, prelievo e trapianto in Italia", Editrice Compositori, Bologna 2003.
(6) https://trapianti.sanita.it (Sistema Informativo Trapianti).
(7) Legge 29 dicembre 1993, n. 578, "Norme per l'accertamento e la certificazione di morte", pubblicato GU n. 5 del 08 gennaio 1994.
(8) Legge 1 aprile 1999, n. 91, "Disposizioni in materia di prelievi e trapianti di organi e tessuti", pubblicato GU n. 87 del 15 aprile 1999.
(9) Kamanth PS, "A model to predict survival in patients with end-stage liver disease". Hepatology 2001; 33: 467-70.
(10) Smits JMA et al. "Mortality rates after heart transplantation: how to compare center-specific outcome data?" Transplantation. 2003 Jan 15; 75 (1): 90-6.
(11) Follmann DA, Albert PS. "Bayesian monitoring of event rates with censored data". Biometrics. 1999 Jun; 55 (2): 603-7.
(12) Mattucci D.A., Nanni Costa et al. "Analysis of the complex effect of donor's age on survival of subjects who underwent heart transplantation". Transplantation 2005.
(13) Linee guida sulla idoneità del donatore: Criteri generali per la valutazione di idoneità del donatore, revisione del 1 marzo 2005.
(14) Venettoni S., Grigioni W., Grossi P., Gianelli Castiglione A., Nanni Costa A., "Criteria and terms for certified suitability of organ donors: assumptions and operational strategies in Italy", Annali dell'Istituto Superiore di Sanità volume n. 43 (in corso di stampa), Roma 2007.
(15) Centro Nazionale Trapianti "Normativa Italiana su Donazione, Prelievo e Trapianto di Organi e Tessuti" volume I, Roma 2005.
(16) Accordo tra il Ministro della Salute, le Regioni, Province Autonome di Trento e Bolzano concernente: "Linee guida per le attività di coordinamento per il reperimento di organi e tessuti in ambito nazionale ai fini di trapianto".
(17) www.eltr.org (European Liver Transplant Registry), sezione Results, febbraio 2006.
(18) www.intestinaltransplant.org (Intestinal Transplant Registry), sezione Current results, febbraio 2006.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 570

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 571

Sintesi e Conclusioni del Rapporto Osservasalute 2007

Il Rapporto Osservasalute analizza come ogni anno lo stato di salute della popolazione italiana e la qualità dei servizi erogati dai Sistemi Regionali Sanitari.
In linea generale lo stato di salute degli italiani è complessivamente buono, ma permane, e in qualche caso aumenta, la differenza tra macroaree geografiche, tra singole regioni e tra maschi e femmine.

I principali risultati:

PARTE PRIMA - Salute e bisogni della popolazione

Popolazione

L'analisi della popolazione rispetto all'anno 2005-2006 evidenzia un calo numerico soprattutto in Molise, Basilicata e Calabria, mentre il movimento interno mostra spostamenti dalle regioni meridionali (soprattutto la Sicilia) verso il Centro-Nord.
Per quanto riguarda la fecondità, ci sono lievi aumenti nelle regioni del Centro-Nord, mentre le altre regioni permangono stazionarie.
Indistintamente in tutte le regioni la popolazione italiana continua ad invecchiare. Nonostante il contributo di "ringiovanimento" dato dall'afflusso di popolazioni immigrate, ogni cinque persone una ha più di 65 anni.

Sopravvivenza e mortalità

Per quanto riguarda la speranza di vita, analizzata dal 2002 al 2006, si evidenzia come sia migliorata (dopo un peggioramento nel 2003 dovuto probabilmente all'ondata di calore) di 1,1 anni per gli uomini (78,3 anni nel 2006) e di 1 anno per le donne (83,9 anni nel 2006).
Quest'anno si evidenzia una generale ripresa della speranza di vita, sia alla nascita che a 65 e a 75 anni. Le Marche rimangono la regione più longeva, così come viene confermata la Campania come quella meno longeva, sia alla nascita che a 65 anni.
Sempre più accentuata la differenza tra uomini e donne; quest'ultime vivono di più, ma resta evidente il loro svantaggio nell'affrontare gli anni di vita in più in condizioni di maggiore disabilità.
Emergono, infatti, miglioramenti nei valori della speranza di vita libera da disabilità, miglioramento però più evidente per gli uomini (da 12,7 a 14,9 anni) che per le donne (da 14,2 a 16,1 anni) e con gradiente Nord-Sud (la Calabria ha i valori più bassi per entrambi i sessi).
Per quanto riguarda le cause di morte, la loro distribuzione rimane invariata rispetto alla situazione presentata lo scorso anno, mentre vi è una notevole differenza tra uomini e donne, con il 40% delle morti degli uomini dovuto a malattie cardiovascolari ed il 24% ai tumori, mentre nelle donne le percentuali sono, rispettivamente, il 60% e l'11%.

Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione

L'analisi relativa ai fattori di rischio ed agli stili di vita evidenzia che, pur cominciandosi a concretizzare i primi risultati di programmi mirati al miglioramento dello stato di salute attraverso attività di prevenzione, c'è ancora da lavorare molto per ridurre fattori come fumo, alcol ed alimentazione scorretta.
Fumo: vi è una lieve diminuzione dei fumatori rispetto all'anno scorso, soprattutto nelle regioni del Nord Italia, ma sono evidenti le differenze dovute a diseguaglianze socio-economiche.
Obesità: è in costante aumento. Il livello di sovrappeso della popolazione maschile è quasi il doppio di quello della popolazione femminile.
Per quanto riguarda i programmi di screening, le regioni del Sud hanno aumentato in maniera considerevole la loro copertura (ad esempio la percentuale di donne inserite nel programma di screening mammografico è passata dal 10% del 2003 al 40% del 2005), anche se i valori sono ancora molto inferiori rispetto a quelli relativi alle donne residenti nelle regioni del Centro-Nord (sempre per il mammografico superiori al 90% nel 2005).
Esiste ancora una forte disomogeneità nei valori di copertura vaccinale tra i bambini, con le percentuali più basse tra i residenti nella Provincia Autonoma di Bolzano e nelle regioni Calabria, Campania e Sicilia.
Altro problema persistente è quello degli incidenti stradali: le Province Autonome di Trento e Bolzano, seguite da Veneto e Campania hanno i valori più alti, mentre per quanto riguarda gli incidenti domestici, le donne, i bambini e gli anziani del Centro-Sud sono i più colpiti.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 572

Ambiente

Dall'analisi dei dati relativi alla disponibilità d'acqua potabile, appare chiara la marcata differenza esistente tra le regioni, così come ancora più allarmante è il livello di disomogeneità nella depurazione dei liquami tramite fognatura pubblica: solo il 56% dei comuni italiani è in regola con la normativa vigente.
È in costante aumento la produzione di rifiuti solidi urbani: le regioni del Sud hanno in discarica quantitativi più alti di rifiuti rispetto al Centro-Nord.
Si conferma la carenza di dati e di informazioni, soprattutto nelle regioni meridionali, sui livelli e sulle caratteristiche degli inquinanti atmosferici.

Malattie

Rilevante l'aumento delle malattie croniche:

- per le malattie *cardiovascolari* non vi sono differenze significative e pertanto si rimanda ai dati ed alle analisi effettuate nel Rapporto Osservasalute 2006;
- per le malattie *metaboliche* si riscontra un aumento della prevalenza ed un incremento dei ricoveri per tali patologie, in particolare nel Sud. Esistono molte iniziative che hanno come obiettivo l'individuazione di strategie di gestione complessiva della malattia, soprattutto rispetto alla creazione di profili di cura integrati territorio-ospedale;
- per i *tumori* i tassi di incidenza complessivi confermano che il Sud si sta avvicinando al Nord. Da sottolineare le differenze di genere, poiché per le donne i valori sono in aumento in tutte le regioni;
- i tumori restano una patologia che interessa prevalentemente la popolazione anziana, positivi comunque i dati relativi all'aumento della sopravvivenza e, quindi, della prevalenza e la riduzione costante della mortalità.

Per le malattie *infettive* si riscontra:

- una riduzione nell'incidenza di AIDS con tassi che continuano ad essere più bassi nel Meridione;
- l'aumento dei tassi di incidenza di sifilide e gonorrea;
- l'aumento dell'incidenza della legionellosi, con un gradiente svantaggioso per le regioni del Centro-Nord, ma con evidenti problemi legati alla correttezza delle notifiche dei casi, alla migliore compilazione delle notifiche stesse ed al miglioramento nelle tecniche diagnostiche;
- tra le infezioni a trasmissione respiratoria, la varicella sembra la patologia più diffusa nella classe d'età 0-14 anni.

Lo studio sulla *disabilità* quest'anno prende in considerazione anche aspetti legati alle condizioni socio-economiche delle persone affette da disabilità e delle loro famiglie:

- il 4,8 % della popolazione italiana risulta affetta da disabilità grave;
- la maggior parte dei disabili è costituita da anziani che vivono soli. La percezione del loro stato di salute è molto negativa (il 56% dichiara di sentirsi male o molto male);
- vi è una maggiore presenza di disabili in Sicilia ed in Puglia, mentre le Province Autonome di Trento e Bolzano fanno registrare il dato più basso;
- il sistema non riesce a fornire assistenza adeguata: l'80% delle famiglie con persone disabili non è assistito dai servizi pubblici a domicilio, la maggior parte di queste famiglie risiede al Sud;
- in assenza di adeguati supporti, le famiglie sono costrette a far fronte, a proprie spese, alle necessità dovute alle problematiche connesse alla disabilità e, pertanto, la metà di queste famiglie si dichiara insoddisfatta della propria condizione finanziaria;
- la disabilità ha pertanto un impatto elevato sui bilanci familiari, pari ad un quinto dei consumi privati delle famiglie.

Salute mentale e dipendenze

- L'esame del trend 2001-2004 dei tassi di ospedalizzazione per disturbi psichici evidenzia che i valori permangono alti, ma con l'avvio di una lieve diminuzione per entrambi i sessi in tutte le regioni, ad eccezione di Abruzzo e Sardegna. Sostanziale il trasferimento dei ricoveri dal regime ordinario a quello in Day Hospital;
- questo tipo di ricovero avviene principalmente in strutture ospedaliere del SSN, con il 2,7% dei ricoveri nel 2003 e l'assorbimento del 2,7% della spesa ospedaliera totale. Nell'arco temporale 1999-2003 emerge un utilizzo sempre più appropriato dell'ospedale per il trattamento delle patologie psichiatriche;
- il consumo di farmaci antidepressivi è triplicato dal 2000 al 2006: ciò potrebbe essere dovuto sia all'effettivo aumento di disagio sociale e/o mentale, sia ad un'aumentata attenzione nei confronti della patologia mentale;
- è notevolmente aumentato il numero di prestazioni assistenziali psichiatriche erogate in strutture resi-

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 573

denziali non ospedaliere, ma con una evidente differenza di offerta tra aree territoriali ed una notevole difficoltà nell'identificazione e nella classificazione di queste strutture;
- i tassi di mortalità per abuso di stupefacenti sono in diminuzione.

Salute materno-infantile

Numerosi sono stati quest'anno gli approfondimenti e gli studi effettuati in quest'area:

- il parto cesareo è stato studiato in relazione all'età della donna, evidenziando un aumento per tutte le classi di età, ma con fortissime variabilità regionali che vedono il Sud, in particolare la Campania, ai primi posti. Gli approfondimenti confermano che le strutture private ricorrono con maggiore frequenza al parto cesareo rispetto a quelle pubbliche;
- l'aumento del ricorso al parto cesareo in Campania, enormemente al di sopra dello standard fissato dal Ministero della Salute, sembra legato oltre che a scelte non in linea con le indicazioni nazionali e regionali, a problemi di ordine organizzativo;
- per alcune informazioni, come ad esempio la distinzione di parto cesareo primario e pregresso, è migliore l'informazione derivante dalla banca dati SDO che da quella CeDAP;
- in leggero aumento l'abortività spontanea, mentre è stabile il dato complessivo relativo all'interruzione volontaria di gravidanza. Quest'ultima, se analizzata in funzione della cittadinanza, evidenzia però una diminuzione tra le donne italiane ed un aumento tra quelle straniere, in particolare per le donne nubili e giovani;
- in ulteriore diminuzione la mortalità neonatale ed infantile, ma con un divario Nord-Sud, a sfavore di quest'ultimo, ancora elevato.

Salute degli immigrati

L'analisi sullo stato di salute delle popolazioni migranti è stata, rispetto allo scorso anno, ulteriormente ampliata, evidenziando che:

- aumenta la presenza degli stranieri in Italia (dal 2005 al 2006 dell'1,8%), in particolare di quelli provenienti dai paesi dell'Est-Europa e dalla Cina. I rumeni sono la prima collettività per numero di permessi di soggiorno rilasciati e sono più presenti nell'area Centro-Settentrionale;
- per quanto riguarda il loro inserimento nel mercato del lavoro, risultano valori più alti di attività e di occupazione rispetto a quelli degli italiani. I settori di impiego maggiori sono quello edile e del servizio alle famiglie;
- vi è un notevole aumento delle nascite da cittadini stranieri (soprattutto provenienti dall'Est-Europa) con valori più elevati nel Nord-Ovest;
- la normativa sanitaria è estremamente tutelante verso tali soggetti (il 96% degli immigrati regolarmente presenti ha diritto all'accesso/iscrizione al SSN);
- le donne straniere ricorrono all'aborto volontario in frequenza superiore alle italiane, soprattutto quelle provenienti dall'Est-Europa e dall'America Latina;
- i tassi di ospedalizzazione in regime ordinario e Day Hospital sono aumentati nel tempo, ma i valori dei ricoveri nella popolazione straniera sono inferiori a quelli degli italiani, soprattutto per gli uomini. Al Nord i tassi di ricovero sono più elevati;
- le cause di ricovero più frequenti per gli uomini sono i traumatismi e le malattie dell'apparato digerente, per le donne la gravidanza e le infezioni del sistema genito-urinario;
- solo per le malattie infettive e parassitarie, il ricorso ai servizi di ospedalizzazione resta quasi il doppio rispetto agli italiani;
- l'incidenza di AIDS negli anni 1996-2003 è in diminuzione per gli uomini e stazionaria per le donne;
- l'incidenza della tubercolosi negli anni 1999-2005 è in aumento.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 574

PARTE SECONDA - Sistemi Sanitari Regionali e la qualità dei servizi

Tutte le regioni si sono attivate per migliorare i propri servizi, ma rimane forte e, nel caso di 6 regioni, aumenta il divario quali-quantitativo nell'offerta e nella qualità dei servizi.

I principali risultati:

Assetto economico-finanziario ed istituzionale-organizzativo

- Estrema eterogeneità dei Servizi Sanitari Regionali (SSR) rispetto alle *performance* economico-finanziarie, che restano comunque nell'insieme alquanto problematiche. Tutto ciò si riscontra attraverso l'analisi della spesa sanitaria, dei disavanzi, delle modalità di allocazione delle risorse e dei *Rating* assegnati dalle agenzie internazionali alle singole regioni;
- la spesa sanitaria rispetto al PIL è in aumento generale, soprattutto al Sud;
- gli squilibri economici sono accompagnati da quelli organizzativi-strutturali;
- nel 2005 i maggiori disavanzi medi annui pro capite si riscontrano in: Lazio, Campania, Molise, Sardegna ed Abruzzo;
- per quanto riguarda i disavanzi 2005-2006 la situazione generale sembrerebbe in miglioramento. Per le regioni interessate da un Piano di rientro a causa di disavanzi strutturali cumulati nel tempo vi sono manovre fiscali e riorganizzative rilevanti. Forti criticità si riscontrano in molte regioni del Sud e nel Lazio per il Centro;
- le regioni presentano assetti istituzionali ed organizzativi (dotazione di personale, prestazioni erogate in base alla classificazione della struttura sanitaria regionale, nuove forme di organizzazione della medicina territoriale, etc) sempre più diversificati: da un lato questa è una risposta alle differenti esigenze di erogazione dei servizi per ciascuna area territoriale, dall'altro indica una sempre più radicata perdita di unitarietà nella gestione dell'assistenza sanitaria;
- il modello "aziendale" in sanità è sufficientemente consolidato anche nelle singole aziende, nonostante l'instabilità prodotta da tensioni finanziarie, da interventi di ingegneria istituzionale, dalle tentazione all'accentramento di alcune regioni e dall'eccessivo *turnover* dei direttori generali;
- nella gestione di problematiche inter-professionali, come le liste d'attesa, si evidenzia la necessità di lavorare in team multi professionali per mettere insieme competenze cliniche, amministrative, tecniche e gestionali per raggiungere gli obiettivi prefissati;
- infine si è illustrato come siano interessanti lavori che utilizzino indicatori relativi allo stato di salute e alle *performance* delle regioni analizzandoli insieme a indicatori di gestione dei Sistemi Sanitari Regionali. Attraverso questa analisi preliminare si possono individuare degli indicatori "chiave" per analizzare la coerenza intrinseca dei SSR tra bisogni, domanda ed esiti e tra le capacità di governo e le *performance* dei SSR.

Assistenza

Assistenza Territoriale

- Il numero di casi trattati in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) è molto variabile nelle regioni, sia in generale, sia restringendo l'analisi alla sola popolazione anziana;
- per quanto riguarda i ricoveri potenzialmente evitabili e, quindi, gestibili in assistenza territoriale, come l'asma e complicanze del diabete mellito, dall'analisi del trend 2001-2005 emerge una diminuzione generale.

Cure Palliative

- Vi sono forti differenze nell'utilizzo dei finanziamenti statali da parte delle regioni per costruire la rete di assistenza per le cure palliative e sussistono evidenti diversità nell'offerta di servizi.

Assistenza Farmaceutica

- Vi è un'ampia variabilità di utilizzo e consumo tra le regioni: Molise e PA di Trento hanno avuto un incremento di consumi dal 2005 al 2006 rispettivamente del 16% e dell'11%, la PA di Bolzano ha diminuito i consumi di circa il 4%;
- vi è un'ampia variabilità nella spesa farmaceutica a carico del SSN con miglioramenti tra il 2005-2006 della PA di Bolzano, mentre restano più elevati i valori per le regioni del Sud, capofila la Calabria;
- aumenta l'utilizzo di farmaci a brevetto scaduto: segno di una maggiore attenzione all'uso di farmaci

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 575

equivalenti che offrono terapie consolidate a prezzi competitivi: Toscana e Abruzzo capofila. Ultime Lazio, Molise e Sardegna;
- la spesa farmaceutica privata è molto diversa tra le regioni: al Centro-Nord ci sono valori più elevati;
- ottimi i risultati per il sistema di tracciabilità del farmaco: l'Italia è tra i Paesi Europei più avanzati in questo campo ed appare capace di monitorare analiticamente e in tempo reale l'andamento dei consumi e della spesa farmaceutica.

Assistenza Ospedaliera

- I tassi di ospedalizzazione complessivi a livello nazionale sono in lieve diminuzione (diminuzione dei ricoveri in regime ordinario e lieve aumento dei ricoveri in day hospital), in particolare per i ricoveri per acuti. In aumento, invece, i ricoveri in regime di riabilitazione e lungodegenza;
- a livello regionale sussistono rilevanti differenze tra le regioni soprattutto per i tassi di dimissioni ospedaliere nelle classi d'età inferiore ad 1 anno e maggiore di 75 anni;
- differenze forti anche rispetto alle degenze medie preoperatorie con un gradiente Nord-Sud;
- importante la variabilità regionale ed aziendale per gli aspetti quanti-qualitativi di procedure quali by-pass aortocoronarico ed angioplastica coronarica percutanea transluminale e per gli interventi di adenotonsillectomia;
- forti differenze regionali nel ricorrere ad un utilizzo appropriato delle cure ospedaliere. Il rischio di ospedalizzazione evitabile appare più elevato al Sud;
- il 43,4% della popolazione italiana oggetto dell'analisi ha espresso un gradimento appena sufficiente sulla qualità complessiva del Servizio Sanitario Pubblico, il 34% è soddisfatto.

Esiste un effetto legato all'età e al sesso per cui gli uomini, sia tra i 18-24 anni che oltre gli 80 anni, si ritengono più soddisfatti del Servizio Sanitario Pubblico delle donne. I valori più elevati di soddisfazione sono nelle classi d'età anziane, i più bassi nelle classi di età intermedie. I giudizi più negativi sono al Sud, in particolare Calabria, Puglia e Sicilia. I giudizi migliori in Valle d'Aosta, Province Autonome di Trento e Bolzano.

Trapianti

L'Italia ha guadagnato una posizione di *leadership* in ambito europeo verso le donazioni, la qualità degli interventi, la sicurezza delle prestazioni e il trapianto di tessuti e cellule staminali emopoietiche.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 576

Alcune priorità secondo Osservasalute

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

Assistenza ospedaliera

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

Assistenza territoriale

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

Assistenza farmaceutica

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

Salute materno-infantile

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

Disabilità

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

Immigrati

Dare maggiori informazioni sull'accesso alle strutture sanitarie.

Cure palliative

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

Dott.ssa Laura Murianni
Segretaria Scientifica e Coordinatrice
Osservatorio Nazionale sulla Salute
nelle Regioni Italiane

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

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 577

Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati

Prof.ssa Flavia Carle, Dott.ssa Alessandra Burgio, Prof.ssa Rosa Cristina Coppola, Prof.ssa Viviana Egidi, Dott. Federico Bruno, Dott. Pietro Folino Gallo, Prof. Giuseppe Gesano, Dott. Roberto Gnavi, Dott.ssa Lucia Lispi, Dott.ssa Marzia Loghi, Prof. Lamberto Manzoli, Dott. Luigi Minerba, Prof. Pier Luigi Morosini, Dott. Gianni Pieroni, Dott.ssa Maria Grazia Pompa, Dott. Silvano Piffer, Dott. Alessandro Solipaca

Questo Rapporto descrive e confronta la situazione demografica, lo stato di salute e l'organizzazione dell'assistenza sanitaria delle popolazioni nelle 19 regioni e nelle 2 Province Autonome di Trento e Bolzano in cui è suddiviso, secondo criteri amministrativi, il territorio italiano. La descrizione delle popolazioni e delle aree geografiche considerate è riportata in dettaglio nel capitolo 1 "Popolazione" del presente Rapporto.

I dati utilizzati per la costruzione degli indicatori sono riferiti all'anno più recente per cui sono disponibili le informazioni dalle diverse fonti; per alcuni indicatori sono stati effettuati confronti temporali i cui periodi di riferimento sono specificati nella scheda dell'indicatore stesso.

1. Definizione degli Indicatori

La situazione demografica, lo stato di salute e l'organizzazione dell'assistenza sanitaria sono stati analizzati mediante l'utilizzo di una serie di *indicatori quantitativi*, definiti come quelle caratteristiche, di un individuo, di una popolazione o di un ambiente, che possono essere misurate e che sono strettamente associate al fenomeno d'interesse, che non è direttamente misurabile. Un indicatore serve a descrivere sinteticamente, in modo diretto o approssimato, un fenomeno e a misurarne le sue variazioni nel tempo e tra realtà diverse. Una misura (per esempio il tasso di mortalità) è un indicatore di un dato fenomeno (per esempio lo stato di salute) quando è in grado di modificarsi al variare degli aspetti del fenomeno stesso (se lo stato di salute peggiora, la mortalità aumenta).

Una misura, o un insieme di misure, costituiscono un indicatore dopo che ne è stata valutata l'affidabilità, ovvero la capacità di misurare i veri cambiamenti del fenomeno d'interesse in modo riproducibile (1, 2).

Allo scopo di utilizzare indicatori di cui sia stata accertata l'affidabilità e per rendere possibili i confronti tra la realtà italiana e quella di altri paesi, gli indicatori utilizzati nel presente Rapporto sono stati scelti tra quelli elencati nel progetto ECHI (*European Comunity Health Indicators*) (3); a questi sono stati aggiunti degli indicatori costruiti per alcuni aspetti specifici non contemplati nel progetto.

Gli indicatori sono stati definiti sulla base dei fenomeni che si volevano misurare e tenendo conto della disponibilità di dati attendibili e di qualità accettabile per tutte le aree territoriali considerate.

Nei singoli capitoli del Rapporto, per ciascun indicatore è stata predisposta una scheda dove sono riportati, oltre al metodo di calcolo, il significato e i limiti dell'indicatore stesso.

2. Fonti dei dati

Come fonte dei dati sono state scelte le fonti ufficiali di dati statistici nazionali e regionali e le banche dati di progetti riferiti al territorio nazionale su aspetti specifici relativi alla salute della popolazione.

Queste fonti sono state scelte perché rendono disponibili i dati con cadenza periodica e perché tali dati possono essere considerati di tipologia e qualità generalmente soddisfacente e uniforme per tutte le aree geografiche presenti nel Rapporto.

Di seguito è riportata una breve descrizione delle fonti (in ordine alfabetico) citate nelle schede degli indicatori con i relativi riferimenti bibliografici e multimediali utili per la consultazione.

Agenzia per la Protezione dell'Ambiente e per i servizi Tecnici (APAT)

- APAT - Qualità dell'ambiente urbano. III Rapporto APAT, Roma. Anno 2006
- APAT - SINAnet Rete del Sistema Informativo Nazionale Ambientale. Anno 2006
Disponibile sul sito www.apat.gov.it/site/it-IT/

Agenzia Italiana del FArmaco (AIFA)

L'Agenzia Italiana del FArmaco è un organismo di diritto pubblico che opera sulla base degli indirizzi e della vigilanza del Ministero della Salute, in autonomia, trasparenza ed economicità, in accordo con le regioni, l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, le Associazioni dei

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 578

pazienti, i Medici e le Società Scientifiche, il mondo produttivo e distributivo.
Disponibile sul sito http://www.agenziafarmaco.it

Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR)

L'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali è un ente nazionale con personalità giuridica di diritto pubblico, sottoposto a vigilanza del Ministero della Salute.
L'Agenzia è stata istituita con il D. Lgs. n. 266 del 1993 e svolge essenzialmente compiti di collaborazione nei confronti delle regioni in materia sanitaria, anche a supporto delle loro iniziative di auto-coordinamento. I compiti dell'Agenzia sono stati stabiliti con provvedimenti normativi succedutisi nel tempo e riguardano la rilevazione, l'analisi, la valutazione, la formulazione di proposte in materia di organizzazione dei servizi, l'innovazione e la sperimentazione di nuovi modelli gestionali, di qualità e costi dell'assistenza. La Conferenza Unificata, con delibera del 19 giugno 2003, ha espresso gli indirizzi per l'attività dell'ASSR. Inoltre l'Agenzia, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, ha avviato un Progetto Linee Guida, finalizzato alla elaborazione di Linee Guida su argomenti di salute rilevanti ed alla produzione di documentazione metodologica relativa alla loro elaborazione ed implementazione. L'Agenzia partecipa ai programmi di ricerca finalizzata e corrente, finanziati dal Ministero della Salute.
Disponibile sul sito http://www.assr.it

Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute

Il Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'Istituto Superiore di Sanità promuove lo sviluppo e l'applicazione di studi epidemiologici e biostatistici finalizzati alla protezione della salute umana e alla valutazione dei servizi sanitari. Presso il CNESPS è situato l'Ufficio di Statistica dell'ISS.
Disponibile sul sito http://www.iss.it/esps/chis/cont.php?id=168&lang=1&tipo=2
http://www.epicentro.iss.it

Centro Nazionale Trapianti

Il Centro Nazionale Trapianti esegue la valutazione dell'attività di trapianto a livello nazionale, al fine di monitorare la qualità degli interventi effettuati e di consentire il confronto tra i vari centri. Tale attività rappresenta la prima esperienza di valutazione qualitativa riguardante un settore specifico del Sistema Sanitario Nazionale. Sono disponibili i dati delle valutazioni per gli anni 2000-2006.

- Sistema Informativo Trapianti (SIT)
Disponibile sui siti https://trapianti.sanita.it; www.trapianti.ministerosalute.it; www.uktransplant.org.uk; www.unos.org; www.eltr.org; cts.med.uni-heidelberg.de; www.intestinaltransplant.org

COA - Centro Operativo AIDS - Istituto Superiore di Sanità

- Aggiornamento dei casi di AIDS notificati e delle nuove diagnosi di infezione da HIV. Dicembre 2006.

In Italia, la raccolta dei dati sui casi di Sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) è iniziata nel 1982 e, nel giugno 1984, è stata formalizzata in un Sistema di Sorveglianza Nazionale a cui pervengono le segnalazioni dei casi di malattia diagnosticati dalle strutture cliniche. Con il Decreto Ministeriale n.288 del 28/11/86, l'AIDS è divenuta in Italia una malattia infettiva a notifica obbligatoria. Attualmente, l'AIDS rientra nell'ambito delle patologie infettive di Classe III (DM del 15/12/90), ovvero è sottoposta a notifica speciale. Dal 1987, il Sistema di Sorveglianza è gestito dal Centro Operativo AIDS (COA) dell'Istituto Superiore di Sanità (attualmente denominato Reparto di AIDS e malattie sessualmente trasmesse). In collaborazione con le regioni, il COA provvede alla raccolta e all'analisi periodica dei dati, alla pubblicazione nella serie Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità e alla diffusione di un rapporto trimestrale. I criteri di diagnosi di AIDS sono stati, fino al gennaio 1993, quelli della definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità/*Center for Diseases Control*. A partire dall'1 gennaio 1993, la definizione di caso adottata in Italia si attiene alle indicazioni del Centro europeo dell'OMS.
Disponibile sul sito http://www.iss.it/binary/publ/cont/coa2007web2.1186393056.pdf

DEXIA CREDIOP. Anno 2007

Dexia Crediop è una Banca per la finanza pubblica e di progetto dedicata allo sviluppo sostenibile, nata con l'obiettivo di indirizzare il risparmio nazionale al finanziamento delle opere pubbliche e delle infrastrutture per lo sviluppo del paese.
Con oltre 21 miliardi di € di attività a bilancio, Dexia Crediop è l'interlocutore di riferimento per gli Enti territoriali, le principali amministrazioni e le più importanti aziende di servizi pubblici per una vasta gamma di servizi

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 579

finanziari e di consulenza: finanziamento di opere e di infrastrutture, emissione di obbligazioni di enti territoriali, operazioni di ingegneria finanziaria e di finanza strutturata, cartolarizzazioni, *project financing*, consulenza ed assistenza in processi di privatizzazione e ristrutturazione, operazioni di gestione dinamica del debito, nonché *asset* e *cash management*.
Disponibile sul sito www.dexia-crediop.it

Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL)

La Banca dati INAIL è uno strumento di navigazione multimediale creato dall'Istituto Superiore di Prevenzione e Sicurezza sul Lavoro (ISPESL) articolato in quattro aree tematiche contenenti informazioni aggregate a livello provinciale, regionale e nazionale e riguardanti: i) le Aziende Assicurate; ii) gli Eventi Denunciati; iii) gli Eventi Indennizzati; iv) il Rischio per la salute. In tutte le aree tematiche citate, le tavole relative alla Gestione Industria, Commercio e Servizi sono state raggruppate in base alla classificazione INAIL delle Aziende, vale a dire: i) Aziende Artigiane; ii) Aziende non Artigiane; iii) Complesso delle Aziende. Nell'ambito di ogni raggruppamento è presente una suddivisione in base alla tipologia di dati, ovvero: i) Dati di sintesi; ii) Dati per settore di attività economica; iii) Dati per codice di tariffa INAIL. Per la Gestione Agricoltura e Conto Stato, sono state sviluppate solo le aree tematiche Eventi denunciati e Eventi indennizzati.
Disponibile sul sito http://bancadati.inail.it/prevenzionale/

- *INAIL, Rapporto annuale 2006*
Disponibile sul sito http://bancadati.inail.it/prevenzionale/

Istituto Nazionale di Statistica (Istat)

Ambiente
- *Istat. Statistiche in breve – Ambiente e territorio, Sistema delle Indagini sulle acque, Anno 2005. 29 novembre 2006*
L'Istat presenta i risultati della rilevazione censuaria "Sistema delle Indagini sulle Acque" disaggregati per partizioni territoriali amministrative, per ambito territoriale ottimale e per bacino idrografico. Le statistiche sono relative agli acquedotti, alle reti di distribuzione dell'acqua potabile, alle reti fognarie e agli impianti di depurazione delle acque reflue urbane e forniscono strumenti per l'analisi degli aspetti gestionali ed ambientali dei servizi idrici. Il set completo dei dati è disponibile su http://acqua.istat.it/.
Disponibili sul sito http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20061129_00/

Aspetti economici
Istat, Contabilità Nazionale, tavole di dati
- Conti economici nazionali, anni 1970-2006
Disponibile sul sito http://www.istat.it/dati/dataset/20060314_01/
- Conti economici regionali, anni 2000-2005
Disponibile sul sito http://www.istat.it/dati/dataset/20071004_00/

Banca dati Health for All-Italia
- *Istat. Data base Health for All – Italia. Istat, giugno 2007*
Disponibile sul sito www.istat.it/sanita/health

Il software Health for All è stato sviluppato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e adattato dall'Istat alle esigenze informative nazionali. Il database attualmente contiene circa 4.000 indicatori sul sistema sanitario e sulla salute. Gli indicatori sono raggruppati nei seguenti gruppi tematici:
GRUPPO 1 - Contesto socio-demografico
GRUPPO 2 - Mortalità per causa
GRUPPO 3 - Stili di vita
GRUPPO 4 - Prevenzione
GRUPPO 5 - Malattie croniche e infettive
GRUPPO 6 - Disabilità
GRUPPO 7 - Condizioni di salute e speranza di vita
GRUPPO 8 - Assistenza sanitaria
GRUPPO 9 - Attività ospedaliera per patologia
GRUPPO 10 - Risorse sanitarie
Il software consente di rappresentare i dati statistici in forma grafica e tabellare e di effettuare semplici analisi statistiche. Si possono quindi visualizzare le serie storiche degli indicatori, effettuare delle semplici previsioni e con-

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 580

frontare più indicatori in diversi anni per tutte le unità territoriali disponibili. È possibile fare ciò con l'ausilio di tabelle, grafici (istogrammi, grafici lineari, di frequenze, rette di regressione con calcolo del coefficiente di correlazione, ecc...) e mappe. Tali rappresentazioni possono essere esportate in altri programmi (per esempio Word, Excel o Power Point) o stampate direttamente a colori o in bianco e nero. Per ognuno dei 10 gruppi tematici sono state predisposte delle schede contenenti tutte le informazioni riguardo gli indicatori inseriti nel database. Queste consentono all'utente di conoscere la denominazione precisa degli stessi, il metodo di calcolo, le variabili di classificazione, gli anni per i quali è disponibile l'informazione, il dettaglio territoriale, le fonti e la loro periodicità, eventuali note necessarie per una corretta lettura dei dati, pubblicazioni o siti Internet utili per approfondire l'argomento.

Casellario centrale per la raccolta, la conservazione e la gestione dei dati e degli elementi relativi ai titolari di trattamenti pensionistici

- Istat. Volumi on line – Lavoro e retribuzioni. Statistiche della previdenza e dell'assistenza sociale. Anno 2005. 19 luglio 2007

L'annuario Statistiche della previdenza e dell'assistenza sociale raccoglie le informazioni statistiche sul sistema pensionistico italiano e si articola in due volumi. Il primo di essi è dedicato alle statistiche sui trattamenti pensionistici e fornisce un quadro statistico completo sul numero e sull'importo delle pensioni erogate, tanto nel comparto privato quanto nel comparto pubblico. I dati riportati sono desunti dal casellario centrale dei pensionati. Oltre alle analisi condotte sul complesso dei trattamenti pensionistici, la pubblicazione contiene due approfondimenti specifici. Il primo è dedicato all'analisi dei dati riferiti alle diverse tipologie di prestazioni pensionistiche ordinate secondo la classificazione tipologica tradizionalmente utilizzata in Italia. Il secondo è dedicato all'analisi dei dati ordinati per funzione economica ossia per natura del rischio coperto dal sistema di protezione sociale. In questo modo vengono pubblicati i dati ordinati secondo il Sistema europeo di classificazione delle prestazioni sociali (Sespros).
Disponibile sul sito http://www.istat.it/dati/catalogo/20070719_00/

Incidenti stradali

- Istat. Statistiche in breve. Incidenti stradali. Anno 2005. 27 novembre 2006
Disponibile sul sito http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20061127_00/

Indagine sull'assistenza residenziale e socio-assistenziale in Italia

- Istat. Tavole di dati – Assistenza e previdenza, L'assistenza residenziale e socio-assistenziale in Italia. Anno 2004. 4 maggio 2007

Le tavole contengono i risultati dell'indagine sui presidi residenziali socio-assistenziali al 31 dicembre 2004. Le informazioni raccolte riguardano tutte le strutture residenziali in cui trovano alloggio persone che si trovano in stato di bisogno: anziani soli o con problemi di salute, disabili, minori sprovvisti di tutela, giovani donne in difficoltà, stranieri o cittadini italiani con problemi economici e in condizioni di disagio sociale. Ad un'utenza così eterogenea corrisponde un'ampia varietà di servizi residenziali, sia pubblici che privati, sia del settore non-profit sia di quello con fine di lucro. I dati contenuti vengono raccolti ogni anno a partire dal 1999 tramite un questionario postale. Con riferimento all'anno 2004 i contenuti informativi dell'indagine sono stati ampliati mediante l'inserimento di una scheda aggiuntiva, concordata con l'Agenzia sanitaria regionale (Assr) e con il Cisis. Le informazioni aggiuntive riguardano gli utenti disabili e gli anziani non autosufficienti ospiti nelle strutture rilevate, le patologie che limitano l'autosufficienza, il grado di disabilità e di non autosufficienza, le tariffe applicate dalle istituzioni per l'assistenza offerta.
Disponibile sul sito http://www.istat.it/dati/dataset/20070504_00/

Indagine sui consumi delle famiglie

- Istat. Volumi on line. Consumi e povertà. I consumi delle famiglie. Anno 2005. 28 agosto 2007

Il volume riporta i principali risultati dell'indagine sui consumi delle famiglie condotta nel 2004 su un campione di circa 25 mila famiglie. L'indagine, che rileva le spese familiari per consumi, consente di descrivere, analizzare ed interpretare i comportamenti di spesa delle famiglie italiane. Il volume fornisce informazioni oltre che sul livello e sulla struttura della spesa mensile, anche sulle caratteristiche delle famiglie, delle persone che le compongono, sulle loro condizioni abitative e abitudini di spesa. Nel volume sono, inoltre, riportate le metodologie adottate nel processo produttivo e le tavole riguardanti la spesa media mensile delle famiglie italiane a differenti livelli di dettaglio: per gruppi e categorie di spesa, secondo la ripartizione geografica e la regione di residenza della famiglia, le caratteristiche della persona di riferimento e le caratteristiche familiari (numero di componenti e tipologia familiare).

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 581

Disponibile nel sito http://www.istat.it/dati/catalogo/20070828_00/

Indagine sulle dimissioni dagli istituti di cura per aborto spontaneo. Anno 2004

- Istat. Tavole di dati – Salute e sanità. Dimissioni dagli istituti di cura per aborto spontaneo. Anni 2004-2005. In corso di pubblicazione

Disponibile nel sito http://www.istat.it/sanita/salute/

Indagine sulle interruzioni volontarie di gravidanza. Anno 2004

- Istat. Tavole di dati – Salute e sanità. L'interruzione volontaria di gravidanza in Italia. Anni 2004-2005. In corso di pubblicazione

Disponibile nel sito http://www.istat.it/sanita/salute/

Indagine sulle forze di lavoro. Anno 2006

- Istat. Volumi on line. Lavoro e retribuzioni. Forze di lavoro. Media 2006. 24 agosto 2007

L'indagine sulle forze di lavoro, radicalmente riorganizzata a partire dal 2004 come previsto da un regolamento comunitario, rileva ogni settimana le principali informazioni sul mercato del lavoro dal lato dell'offerta. Nel volume, dopo la presentazione dei dati ricostruiti per il periodo 1995-2006, vengono diffusi i risultati relativi alla media del 2006 per la popolazione, le forze di lavoro, gli occupati, le persone in cerca di occupazione e le non forze di lavoro. I dati sono disaggregati per sesso, età, titolo di studio e territorio. Le informazioni riguardano le principali caratteristiche dell'occupazione (settore di attività, posizione professionale, professione, carattere dell'occupazione, orario di lavoro), della disoccupazione (precedenti esperienze lavorative, durata della disoccupazione) nonché le diverse tipologie di inattività. Inoltre, il volume contiene i principali risultati relativi all'istruzione e formazione così come alcune informazioni della nuova indagine elaborate in un'ottica familiare.
Disponibile sul sito http://www.istat.it/dati/catalogo/20070824_01/

Indagini Multiscopo

Il Sistema di indagini campionarie sociali multiscopo è costituito da un'indagine annuale sugli "Aspetti della vita quotidiana", un'indagine trimestrale su "Viaggi e vacanze" e cinque indagini tematiche che ruotano con cadenza quinquennale su "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", "I cittadini e il tempo libero", "Sicurezza dei cittadini", "Famiglie e soggetti sociali e condizione dell'infanzia", "Uso del tempo". Nel Rapporto sono stati utilizzati i dati relativi all'indagine Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari ed all'indagine Aspetti della vita quotidiana.

- Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Anni 1999-2000, 2004-2005

L'Istat rileva presso i cittadini informazioni sullo stato di salute, il ricorso ai principali servizi sanitari, alcuni fattori di rischio per la salute e i comportamenti di prevenzione. Il campione complessivo dell'indagine, che comprende circa 60 mila famiglie, è stato ampliato (erano 24 mila famiglie) a seguito di una convenzione cui partecipano Ministero della Salute, Istat e regioni. L'ampliamento è stato possibile grazie al contributo del Fondo Sanitario Nazionale su mandato della Conferenza Stato-Regioni. Ciò al fine di soddisfare i bisogni informativi a livello territoriale e consentire stime regionali e sub-regionali utili alla programmazione sanitaria locale.
Disponibile sul sito
http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20070302_00/
http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20070821_00/
http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20060605_00/
http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20061204_00/

- Famiglie - Aspetti della vita quotidiana. Anno 2006

L'Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" è stata condotta a febbraio 2006. I dati affrontano un ventaglio estremamente ampio di temi: relazioni familiari, condizioni abitative e della zona in cui si vive, condizioni di salute e stili di vita, comportamenti legati al tempo libero e alla cultura, rapporto con vecchie e nuove tecnologie, rapporto dei cittadini con i servizi di pubblica utilità. Inoltre vengono approfonditi l'utilizzo del personal computer e di internet da parte di individui e famiglie. Sono state raggiunte quasi 19 mila famiglie, per un totale di circa 49 mila individui. L'analisi è stata condotta prendendo in considerazione le caratteristiche anagrafiche, sociali e territoriali degli individui, in modo da restituire un'immagine della società italiana nella sua complessità, a partire dalla molteplicità e varietà dei comportamenti individuali.
Disponibile sul sito http://www.istat.it/dati/catalogo/20071106_00/

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 582

Mortalità

- Istat. Tavole di dati. Decessi: caratteristiche demografiche e sociali. Anno 2004
- Istat. Tavole di dati. Stime preliminari della mortalità per causa. Anno 2004
- Istat. Volumi on line. Cause di morte. Anno 2002

L'Istat rileva annualmente, attraverso l'Indagine sulle cause di morte tutti i decessi verificatisi in Italia riferiti al complesso della popolazione presente. L'indagine viene effettuata attraverso l'utilizzo dei modelli Istat/D.4 e D.5 (scheda di morte oltre il primo anno di vita per uomo e donna), Istat/D.4 bis e D.5 bis (scheda di morte nel primo anno di vita per uomo e donna). Sui modelli vengono riportate le notizie relative al decesso fornite dal medico curante o necroscopo, e le informazioni di carattere demografico e sociale, a cura dell'ufficiale di Stato Civile del Comune di decesso.
Disponibile sul sito http://www.istat.it/sanita/salute/

Popolazione residente, bilancio demografico, cittadini stranieri, nascite

- Demografia in cifre - Istat, Sistema informativo DEMO

L'Istat mette a disposizione i dati ufficiali più recenti sulla popolazione residente nei comuni italiani derivanti dalle indagini effettuate presso gli Uffici di Anagrafe. Interrogazioni personalizzate (per anno, territorio, cittadinanza, ecc.) permettono di costruire le tabelle di interesse e scaricare i dati in formato rielaborabile. È possibile trovare anche informazioni sui principali fenomeni demografici, come i tassi di natalità e mortalità, le previsioni della popolazione residente, l'indice di vecchiaia, l'età media.
Disponibile sul sito http://demo.istat.it

- 14° Censimento generale della popolazione e delle abitazioni (21 ottobre 2001)

I dati definitivi del 14° Censimento generale della popolazione e delle abitazioni sono consultabili su Internet attraverso un *DataWarehouse* accessibile secondo varie modalità di interrogazione. Attraverso questo sistema informativo, l'utente può navigare tra le tavole senza percorsi di consultazione predefiniti, individuando autonomamente i dati che rispondono alle proprie esigenze informative. Come in ogni *data warehouse*, è possibile selezionare il livello di dettaglio dei dati, ottenendo informazioni di carattere generale o più analitiche. La banca dati, inoltre, prevede la consultazione di diverse tipologie di informazioni al medesimo livello di dettaglio.
Disponibile sul sito http://dawinci.istat.it/MD/

Ministero dell'Economia e delle Finanze

- Relazione generale sulla situazione economica del paese. Anno 2006

Entro il 30 marzo di ogni anno il Ministro dell'Economia e delle Finanze presenta al Parlamento la Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese. Essa, a differenza della Relazione previsionale e programmatica, illustra l'andamento dell'economia italiana (con ampi allegati statistici) sotto il profilo strettamente economico. È divisa in tre parti: la prima dimostra l'evoluzione dell'economia italiana in raffronto con quella internazionale, soffermandosi poi in tre capitoli:
- la formazione del prodotto lordo, la distribuzione del reddito (anche per opera dell'Amministrazione) e l'impiego delle risorse;
- la finanza pubblica dello Stato, delle Regioni, delle Province e dei Comuni, delle Aziende Autonome e di alcuni Enti Pubblici (con informazioni prevalentemente incentrate sulla gestione di cassa, con riferimento all'analisi degli incassi e dei pagamenti, di cui si forniscono le tavole di raffronto relative agli esercizi precedenti);
- il lavoro e la protezione sociale con dati sull'occupazione, la previdenza e la sanità.

La Relazione generale non manifesta intenzioni (come la Relazione previsionale e programmatica), né contiene decisioni (come il Bilancio), ma si limita a offrire un quadro, che dovrebbe essere quello di riferimento per l'azione di governo dell'economia, della situazione economica.
Disponibile sul sito http://www.rgs.mef.gov.it/VERSIONE-I/Finanza-Pu/Relazione-/2006/index.asp

Ministero dell'Interno

Direzione Centrale per i Servizi Antidroga. Anno 2006 (Dati provenienti dall'attività sul territorio delle Forze di Polizia)
Disponibile sul sito http://www.poliziadistato.it/pds/online/antidroga/antidroga.htm

Ministero delle Politiche Agricole, Alimentari e Forestali

Disponibile sul sito http://www.politicheagricole.it/ProdottiQualita/ProdottiDop/default.htm

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 583

Ministero della Salute

- *Annuario statistico del servizio sanitario nazionale*
Disponibile sul sito http://www.ministerosalute.it/servizio/sezSis.jsp?label=ssn

- *Direzione generale della Prevenzione Sanitaria, Ufficio V Malattie Infettive e Profilassi Internazionale. Anni 2005, 2006*
Disponibile sul sito http://www.ministerosalute.it/ministero/

- *Direzione generale della Prevenzione Sanitaria - Raccomandazioni per la pianificazione e l'esecuzione degli screening di popolazione per la prevenzione del cancro della mammella, del cancro della cervice uterina e del cancro del colon retto. Novembre 2006*
Disponibile sul sito http://www.ministerosalute.it/ministero/

- *Programma nazionale per la realizzazione di Strutture di Cure palliative. Anni 2000-2007*
Disponibile sul sito:
http://www.ministerosalute.it/dettaglio/pdPrimoPiano.jsp?sub=2&id=109&area=ministero%09&colore=2&lang=it

- *Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2004 (anno di pubblicazione 2006)*
(cfr. anche par. Schede di Dimissioni Ospedaliere)
Disponibile sul sito http://www.ministerosalute.it/programmazione/sdo/sezDocumenti.jsp?label=osp

- *Ricognizione ed analisi di modelli organizzativi innovativi per l'erogazione di cure primarie*
Disponibile sul sito: http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_472_allegato.pdf

- *Notifiche delle malattie infettive. Anno 2007*
Disponibile sul sito http://www.ministerosalute.it/promozione/malattie/bollettino.jsp
(cfr. anche par. Sistema Informativo delle Malattie Infettive e Diffusive - SIMID)

- *Rilevazione attività nel settore tossicodipendenze*
Disponibile sul sito: http://www.ministerosalute.it/pubblicazioni/ppRisultato.jsp?id=713

- *Sistema Informativo Sanitario (SIS). Anno 2006*

Il patrimonio informativo del Sistema Informativo Sanitario (SIS) del Ministero della Salute è stato costituito a partire dal 1984 e rappresenta una fonte unica di informazioni, che tiene conto dei processi di riorganizzazione del SSN intervenuti nel corso degli anni. I dati del SIS sono consultabili per aree tematiche di appartenenza. Attualmente il Sistema si avvale di una infrastruttura telematica denominata rete geografica del SIS, che realizza l'interconnessione del Ministero della Salute, degli uffici periferici dell'Amministrazione Centrale distribuiti sul territorio nazionale, degli Assessorati Regionali, uffici amministrativi delle Aziende locali (ASL e Aziende Ospedaliere). Allo stato attuale l'infrastruttura telematica che interconnette tali attori è la Rete Unitaria della Pubblica Amministrazione.
Disponibile sul sito http://www.ministerosalute.it/servizio/datisis.jsp

Osservatorio Aziende Sanitarie Italiane (OASI)

L'Osservatorio sulla funzionalità delle Aziende Sanitarie Italiane (OASI) è attivo dal 1998. La sua finalità è duplice: da un lato, monitorare e interpretare il processo di aziendalizzazione e regionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN); dall'altro creare un tavolo comune dove mondo accademico e mondo aziendale possano condividere le esperienze e sviluppare elementi critici di interpretazione e valutazione della realtà sanitaria. I risultati delle attività di ricerca di OASI vengono divulgati principalmente attraverso la pubblicazione di un Rapporto Annuale. In ogni Rapporto, alcuni capitoli sviluppano *ex novo* temi di particolare interesse e attualità; altri propongono riflessioni e aggiornamenti su temi già analizzati in precedenti Rapporti. Finora sono stati pubblicati sette Rapporti Annuali (dal 2000 al 2006); l'ottavo (Rapporto 2007) è in corso di pubblicazione.
Disponibile sul sito http://www.cergas.info

Osservatorio Nazionale Screening/ Osservatorio Nazionale per la Prevenzione dei Tumori Femminili

- *Osservatorio Nazionale Screening - Quinto Rapporto. Novembre 2006*
Nel 2003, sotto l'egida della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori (LILT), si è costituito l'Osservatorio

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 584

Nazionale per la Prevenzione dei Tumori Femminili. All'Osservatorio hanno aderito fin dall'inizio il Gruppo Italiano per lo Screening Mammografico (GISMa) e il Gruppo Italiano per il Cervico Carcinoma (GISCi). Un comitato tecnico-scientifico ne indirizza le linee di azione.
Disponibile sul sito http://www.osservatoriotumori.it

Osservatorio Nazionale sui Rifiuti

- Rapporto rifiuti 2006, Roma. Dicembre 2006

L'articolo 26 della D.Lgs. 22/97 ha previsto l'istituzione presso il Ministero dell'Ambiente dell'Osservatorio Nazionale sui Rifiuti. L'Osservatorio è stato costituito al fine di garantire l'attuazione delle norme previste dal Decreto, con particolare riferimento alla prevenzione della produzione della quantità e della pericolosità dei rifiuti ed all'efficacia, all'efficienza ed all'economicità della gestione dei rifiuti, degli imballaggi e dei rifiuti di imballaggio, nonché alla tutela della salute pubblica e dell'ambiente. Al fine di realizzare un modello a rete dell'Osservatorio nazionale sui rifiuti e dotarsi di sedi per il supporto alle funzioni di monitoraggio, di programmazione e di controllo dell'Osservatorio stesso, la legge 23 marzo 2001 prevede che le province istituiscano l'Osservatorio provinciale sui rifiuti. Le funzioni dell'Osservatorio, il cui funzionamento è disciplinato dal Regolamento contenuto nel Decreto n.309 del 18/4/2000 sono:
- vigilare sulla gestione dei rifiuti, degli imballaggi e dei rifiuti di imballaggio;
- provvedere all'elaborazione e all'aggiornamento permanente di criteri e specifici obiettivi d'azione, nonché un quadro di riferimento sulla prevenzione e gestione dei rifiuti;
- esprimere il proprio parere sul Programma generale di prevenzione di cui all'art.42 del D.L. 29/97 e trasmettere lo stesso per l'adozione definitiva al Ministro dell'Ambiente e al Ministro dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato; l'Osservatorio predispone lo stesso, e ne verifica l'attuazione, qualora il Consorzio Nazionale Imballaggi non provveda nei termini previsti;
- verificare i costi di recupero e smaltimento;
- verificare i livelli di qualità dei servizi erogati;
- predisporre un rapporto annuale sulla gestione dei rifiuti, degli imballaggi e dei rifiuti di imballaggi e curarne la trasmissione ai Ministri dell'Ambiente, dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato e della Sanità.

Con decreto del Ministero dell'Ambiente del 8/10/2002 è stata formulata la nuova composizione dell'Osservatorio.
Disponibile sul sito www.osservatorionazionalerifiuti.it/home.asp

Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali (OsMED)

Rapporto annuale

L'Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali è stato istituito dalla Legge Finanziaria n. 448 del dicembre 1998. Il principale obiettivo dell'Osservatorio è la produzione di analisi periodiche e sistematiche sull'uso dei farmaci in Italia. Attraverso la raccolta dei dati, l'Osservatorio è in grado di descrivere i cambiamenti nell'uso dei medicinali, correlare problemi di sanità pubblica e uso di farmaci, favorire la diffusione di informazioni sull'uso dei farmaci chiarendo anche il profilo beneficio - rischio collegato al loro uso. A partire dall'anno 2000 l'Osservatorio pubblica un Rapporto Annuale con i dati di consumo e di spesa farmaceutica a livello regionale, secondo la metodologia ATC/DDD, allineando il nostro paese agli standard di trasparenza che caratterizzano questo settore nei paesi nordici.
Disponibile sul sito http://www.agenziafarmaco.it

Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OECD)

- OECD. Eco-Salute. Anno 2007

L'OECD mette a disposizione l'OECD *Health Data*, una delle fonti di dati sanitari più completa e generale sui diversi paesi del mondo; tali dati consentono di analizzare e confrontare le politiche sanitarie, i sistemi sanitari e i loro finanziamenti, considerando i risultati di salute ottenuti.
Disponibile sul sito http://www.oecd.org/health/healthdata

QUADRI (QUalità dell'Assistenza alle persone Diabetiche nelle Regioni Italiane)

Quadri è uno studio epidemiologico realizzato da quasi tutte le regioni con il coordinamento dell'Istituto Superiore di Sanità per evidenziare non solo la qualità dell'assistenza alle persone con diabete, percepita dal punto di vista del malato, ma anche la qualità e regolarità del *follow-up* clinico e biologico di queste persone e, infine, l'adeguatezza delle informazioni che vengono proposte per migliorare la qualità di vita ed evitare le complicazioni più frequenti. Presentato negli ultimi mesi del 2003, lo studio si è realizzato nel 2004.
Disponibile sul sito http://www.epicentro.iss.it/quadri/default.htm

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 585

Registro Nazionale della Legionellosi - Istituto Superiore di Sanità

Nel 1983 (DM 07.02.83) il Ministero della Sanità ha incluso la legionellosi tra le malattie infettive e diffusive soggette ad obbligo di denuncia. Data la necessità di promuovere la raccolta di informazioni più accurate, l'Istituto Superiore di Sanità ha avviato un Programma nazionale di sorveglianza e l'istituzione del Registro Nazionale della Legionellosi. Una successiva Circolare Ministeriale del 29/12/1993 ha ribadito che ogni qual volta sia diagnosticato un caso di legionellosi, la scheda di sorveglianza, compilata in tutte le sue parti, deve essere inviata all'Istituto Superiore di Sanità. Le schede di segnalazione, inviate dalle Direzioni sanitarie degli ospedali in cui viene posta la diagnosi o dai Servizi di Igiene Pubblica delle regioni, contengono i dati anagrafici dei pazienti, gli aspetti clinici, e le possibili fonti di esposizione all'infezione.
Parallelamente al sistema di sorveglianza dei casi italiani, esiste un programma di sorveglianza internazionale (*European Working Group for Legionella Infections*, EWGLINET) iniziato nel 1986 e coordinato fino al 1993 dal *National Bacteriology Laboratory* di Stoccolma e, successivamente, dall'*Health Protection Agency* (HPA), *Communicable Disease Surveillance Centre* (CDSC) di Londra.
Il sistema raccoglie informazioni relative ai casi di malattia dei legionari associati ai viaggi che si verificano nei cittadini dei 36 paesi partecipanti al programma. Il sistema di sorveglianza italiano comunica allo EWGLI i dati relativi ai casi di legionellosi acquisita da cittadini italiani sia durante viaggi in Italia che all'estero e da cittadini stranieri che hanno soggiornato in Italia.
Disponibile sul sito www.iss.it/regi/cont.php?id=30&lang=1&tipo=45

Schede di Dimissioni Ospedaliera (SDO). Anno 2004

La Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) è lo strumento di raccolta delle informazioni relative ad ogni paziente dimesso dagli istituti di ricovero pubblici e privati in tutto il territorio nazionale. Attraverso la SDO vengono raccolte, nel rispetto della normativa che tutela la privacy, informazioni essenziali alla conoscenza delle attività ospedaliere utili sia agli addetti ai lavori sia ai cittadini. Le schede di dimissione sono compilate dai medici che hanno avuto in cura il paziente ricoverato. Le SDO, una per ogni dimissione effettuata presso gli istituti di ricovero e cura, vengono raccolte trimestralmente e inviate dalle strutture ospedaliere alle istituzioni regionali (Assessorati o Agenzie) e, quindi, da queste ultime al Ministero della Salute secondo un tracciato *record* e le modalità stabilite dal regolamento n.380 del 20 ottobre 2000 che disciplina attualmente il flusso informativo. L'invio al Ministero avviene semestralmente e le informazioni contenute riguardano: le caratteristiche anagrafiche del paziente (codice fiscale, sesso, data di nascita, comune di nascita, comune di residenza, stato civile, codice regione e USL di residenza) e le caratteristiche del ricovero (istituto di ricovero, disciplina, regime di ricovero, data di ricovero, data di dimissione, onere della degenza, diagnosi alla dimissione – principale e 5 secondarie, interventi e procedure – principale e 5 secondarie, modalità di dimissione). Tutti gli istituti di ricovero, pubblici e privati, sono tenuti a fornire le schede relative a tutti i loro pazienti. Sono esclusi dalla rilevazione gli istituti di ricovero a prevalente carattere socio-assistenziale (RSA, comunità protette) e le strutture di riabilitazione ex art. 26L.833/78. Le SDO sono nate con decreto del Ministro della Sanità del 28 Dicembre 1991, il flusso informativo delle SDO è nato con decreto del 26 Luglio 1993 in sostituzione di un analogo flusso, campionario, esistente presso l'Istituto Nazionale di Statistica. Di fatto le schede SDO sono pervenute al Ministero a partire dall'anno 1994, in sperimentazione parziale da alcune regioni, e a regime dal 1995. La completezza del flusso informativo si è incrementata nel tempo e ha raggiunto, una buona copertura e qualità dei dati a partire dall'anno 2000. Con il regolamento n. 380 del 2000 sono state inserite nuove variabili, sia cliniche che anagrafiche, e si è adottato un nuovo e più specifico sistema di codifica clinica, ICD-9-CM (versione italiana 1997 della *International Classification of diseases – 9th revision – Clinical Modification*), in sostituzione della precedente. L'informazione aggiuntiva relativa al codice fiscale del paziente viene comunque gestita nel rispetto della disciplina relativa al trattamento dei dati personali. L'accesso alle informazioni contenute nelle SDO è gestito dal Ministero della Salute, che rende disponibile sul suo portale studi specifici, interrogazioni on-line e materiale di supporto (classificazioni, decreti, ecc).
Disponibile sul sito http://www.ministerosalute.it/programmazione/sdo/sezDocumenti.jsp?label=osp

Servizio Regionale di Epidemiologia, ASL 5, Regione Piemonte

- *Le disuguaglianze sociali nelle condizioni di salute, negli stili di vita e nell'uso dei servizi sanitari nelle regioni italiane*

Disponibile sul sito http://www.regione.piemonte.it/sanita/ep/epidem.htm

Sistema Informativo delle Malattie Infettive e Diffusive (SIMID)

- *Bollettino Epidemiologico Nazionale*

Il Ministero della Sanità, con D.M. 15.12.1990 concernente: "Sistema informativo delle malattie infetti-

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 586

ve e diffusive", ha modificato il precedente decreto del 5.7.1975, aggiornando il sistema delle acquisizioni delle informazioni finalizzato alla realizzazione di tempestive misure di profilassi. Nel D.M. 15.12.1990 si è proceduto, inoltre, alla classificazione delle malattie infettive e diffusive in cinque classi aggregate sulla base della rilevanza per gravità (in termini di letalità e costo sociale), elevata frequenza, estrema rarità, possibilità di intervento con azioni di profilassi e/o terapia e/o educazione sanitaria, interesse sul piano nazionale ed internazionale. Per ciascuna classe sono state previste diverse modalità di rilevazione da parte delle ASL e un diverso modulo di segnalazione del singolo caso. Appare chiaro che alla base di questo sistema informativo delle malattie infettive e diffusive assume un ruolo fondamentale la notifica da parte del medico, sia come libero professionista che come medico dipendente, dei casi di malattia accertata o anche solo sospetta. I competenti Servizi di Igiene Pubblica devono a loro volta attuare un sistema di raccolta delle informazioni finalizzato alla realizzazione di tempestive misure di profilassi e far proseguire le informazioni a livello regionale e centrale secondo tempi, vie di trasmissione e modalità diverse in rapporto al tipo e livello di provvedimenti sanitari da attuare.
Disponibile sul sito http://www.ministerosalute.it/promozione/malattie/bollettino.jsp

Tumori in Italia. Anno 2006

I tumori in Italia è il portale dell'epidemiologia oncologica e fornisce dati, cifre e informazioni sui tumori nel nostro paese. È sviluppato dal progetto "I tumori in Italia", coordinato dall'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità. È supportato da Alleanza contro il Cancro e vede la partecipazione di istituti di ricerca e reti oncologiche. Dalle pagine del sito ogni utente può interrogare direttamente la banca dati che contiene le stime regionali fino al 2010 per il numero di nuovi casi, di decessi e di casi prevalenti per varie sedi tumorali. L'interrogazione può riguardare l'intero territorio italiano oppure solo una regione, un anno in particolare o il periodo dagli anni settanta a oggi. Al momento è possibile consultare le stime di incidenza e prevalenza per alcune regioni (Lombardia, Liguria, Piemonte, Toscana, Sicilia, Lazio, Emilia-Romagna) e per le sedi tumorali definite *big killer* (stomaco, colon, retto, polmone, laringe, melanoma, mammella, prostata, utero, leucemia).
Disponibile sul sito http://www.tumori.net

UNICEF

- *The United Nations Children's Fund. Progress for children 2007- A report card on immunization.*

Disponibile sul sito http://www.unicef.org/

WHO (World Health Organization)

- *WHO, Global Info Database*

Disponibile sul sito: http://www.who.int/whocc/Detail.aspx?cc_ref=DEN-45&cc_code=den

3. Classificazioni utilizzate

- *Classificazioni ATC/DDD*

Per la classificazione dei farmaci è stata utilizzata la classificazione *Anatomical Therapeutic Chemical system* (ATC)/*Defined Daily Dose system* (DDD) suggerita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come standard mondiale. I valori di DDD utilizzati corrispondono a quelli dell'anno per i quali viene descritto il consumo. Il sistema ATC è uno strumento per il confronto dei diversi comportamenti di utilizzo dei farmaci a livello nazionale e internazionale. Uno dei principali obiettivi dell'OMS è quello di mantenere stabile il sistema di classificazione nel tempo in modo da poterlo applicare per la valutazione degli andamenti temporali; per questa ragione il sistema non è applicabile nel processi decisionali in riferimento ai costi, ai rimborsi della spesa sostenuta ed alle eventuali sostituzioni da effettuare nell'ambito delle scelte terapeutiche. L'introduzione di un farmaco nel sistema ATC/DDD non è una raccomandazione per l'uso, né implica alcun giudizio sull'efficacia del farmaco (4).

- *Classificazione Internazionale delle Malattie, Traumatismi e Cause di morte*

Per la definizione delle malattie, affezioni morbose e cause di morte considerate, è stata utilizzata l' ICD-9 (5) per i dati relativi agli anni 1999-2000, mentre a partire dai dati relativi al 2001 è stata utilizzata la versione italiana 1997 dell'ICD-9-CM (6).

- *Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi (Diagnosis Related Groups, DRG)*

Gli indicatori dell'assistenza ospedaliera sono stati costruiti utilizzando il sistema dei DRG (7). Questo sistema fornisce una misura dell'attività ospedaliera combinando le differenti esigenze gestionali ed i diversi punti di vista dei clinici e degli amministratori. I DRG descrivono la complessità assistenziale della casistica dei pazienti ricoverati in ospedali per acuti attraverso la definizione di categorie di ricoveri identificate da un codice

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 587

numerico e da una descrizione sintetica; le categorie sono, al tempo stesso, clinicamente significative ed omogenee quanto a risorse assorbite nel loro profilo di trattamento e, quindi, anche relativamente ai loro costi (8, 9). L'obiettivo principale dell'applicazione del sistema dei DRG nelle strutture di ricovero e cura è la quantificazione economica delle attività ospedaliere.

4. Misure per la costruzione degli Indicatori

Per la costruzione degli indicatori sono state utilizzate le seguenti misure (in ordine alfabetico):

- *Degenza media preoperatoria standardizzata per case-mix:*

$$DMPO_{std} = \frac{\sum_i DMPO_{gr,i} \cdot N_i}{\sum_i N_i}$$

dove:

N_i = Dimessi afferenti all'i-esimo DRG chirurgico.

$DMPO_{gr,i}$ = Degenza media preoperatoria grezza relativa all'i-esimo DRG chirurgico.

Le sommatorie sono effettuate su tutti e solo i DRG chirurgici.

La standardizzazione consente di ricondurre i valori regionali di DMPO ai valori che si osserverebbero se la composizione della casistica regionale fosse analoga a quella nazionale (*case-mix* standard di riferimento).

In questo modo si eliminano gli effetti confondenti dovuti alle diverse complessità della casistica trattata da ciascuna regione (*case-mix*), rendendo possibile un confronto di efficienza a parità di casistica.

- *Incidenza*: descrive il cambiamento dello stato di salute di una popolazione rispetto alla comparsa di nuovi eventi in un determinato arco di tempo (es. incidenza di malattia, incidenza di amputazioni in un anno); è stimata attraverso il calcolo di due misure: i) il tasso (o densità) di incidenza che misura la velocità di comparsa della malattia nella popolazione; ii) la proporzione di individui che sviluppano la malattia in un determinato periodo di tempo sul totale dei soggetti osservati all'inizio del periodo stesso (incidenza cumulativa), che misura il rischio di contrarre la malattia per un individuo in un periodo di tempo specifico.

- *Indice*: è il rapporto tra l'ammontare di un fenomeno che riguarda una certa popolazione (es. n. Medici di Medicina Generale) e il numero totale di individui che costituiscono la popolazione stessa; è espresso per 1.000, 10.000, o 100.000 abitanti, in funzione dell'ordine di grandezza del fenomeno che misura e della popolazione a cui si riferisce.

- *Indice APPRO* (*APPropriatezza dei Ricoveri Ordinari*) (10): è un metodo per la valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri ordinari per acuti, per la stadiazione in funzione della gravità e per il calcolo di soglie di ammissibilità dei ricoveri ordinari a rischio di inappropriatezza; l'indice è costruito utilizzando i dati amministrativi contenuti nell'archivio delle SDO. Questo metodo si articola in tre fasi che rappresentano il percorso d'individuazione dei ricoveri a bassa complessità assistenziale e a gravità minima che, in ragione di queste caratteristiche, sono potenzialmente effettuabili in regime di Day Hospital (DH) o in regime ordinario breve. Il metodo consente di calcolare la "soglia di ammissibilità DRG-specifica", definita come valore atteso di "inappropriatezza tollerata" riferito all'intero ambito della valutazione (valore soglia) o a singole regioni o a singoli ospedali (valori osservati locali), secondo la formula:

$$\text{Soglia} = \frac{\text{(Ricoveri a gravità minima in regime ordinario di degenza > 1 giorno)}}{\text{(Ricoveri a gravità minima in regime ordinario e di DH)}}$$

La quota di dimissioni giudicata inappropriata per singolo DRG "al di là di ogni ragionevole dubbio" è dato da:

Quota eccedente % = (valore osservato locale %) – (valore soglia %).

Il numero dei ricoveri inappropriati "al di là di ogni ragionevole dubbio" è dato da:

Quota eccedente % * (ricoveri ordinari) + (ricoveri in DH).

- *Indice di case-mix (ICM)*: è una misura della complessità dei casi trattati da una struttura sanitaria e può essere inteso come un indicatore della diversa necessità di risorse dei pazienti. L'indice è generalmente stimato dalla frequenza relativa dei pazienti con determinate caratteristiche cliniche (diagnosi, gravità della malattia, consumo di

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 588

risorse, ecc) sul totale dei pazienti assistiti, in un certo periodo di tempo. Nel presente volume l'indice di *case-mix* utilizzato è definito come (7, 11):

$ICM = \Sigma_i (w_i\ p_i)$.

dove w_i = peso relativo del DRG i-esimo; è un indicatore associato a ciascun DRG, che rappresenta il grado di impegno relativo (sia in termini di costi che di impegno clinico) di ciascun DRG rispetto al costo medio standard per ricovero. La remunerazione corrisposta per ciascun DRG è in genere direttamente proporzionale al peso, con criteri di base indicati dal Ministero della Salute, in una quota che dovrebbe essere stabilita dalla regione. I pesi relativi italiani, corrispondenti alla 10° versione dei DRG, sono riportati nel decreto del Ministero della Sanità del 30 giugno 1997.
p_i = frequenza relativa dei ricoveri attribuiti al DRG i-esimo sul totale dei ricoveri

- *Modello probit a soglia:* Un modello probit a soglia (ordered probit) nel quale la variabile dipendente è il grado di soddisfazione sul Servizio Sanitario Pubblico e le variabili esplicative sono le caratteristiche demografiche, socio-culturali e di salute degli intervistati, espresso formalmente come:
Il modello si esprime formalmente nel seguente modo:

Y = j se $\alpha_{j-1} < Y^* \leq \alpha_j$ per j = 1,10

Y è la variabile aleatoria che rappresenta il grado di soddisfazione espresso dagli intervistati, Y* è una variabile aleatoria non osservabile o latente e α_j il j-esimo valore soglia.

$$P(Y \leq j \mid x) = P(Y^* \leq \alpha_j \mid x) = G(\alpha_j - \beta' x)$$

dove G è la distribuzione normale cumulata, β il vettore dei parametri e x la matrice delle variabili indipendenti. La funzione inversa di G (trasformazione probit) permette di esprimere il grado di soddisfazione Y mediante una combinazione lineare delle variabili indipendenti.

- *Media Mobile*: è una sequenza di medie aritmetiche calcolate su una serie di valori ordinati temporalmente; ogni media è calcolata considerando le osservazioni in un sottoperiodo definito (per esempio 3 anni su un periodo totale di 10 anni), in modo che il primo anno di un triennio sia considerato anche l'ultimo del triennio precedente e, quindi, sia considerato nel calcolo della media di entrambi i sottoperiodi. La media mobile ha la proprietà di ridurre l'intensità delle oscillazioni presenti in una serie temporale. I possibili limiti di tale metodo nel descrivere un andamento temporale sono rappresentati: i) dal fatto che si perdono le informazioni all'inizio e alla fine del periodo considerato; ii) dalla possibilità che si generino cicli e movimenti non presenti nei dati originali; iii) dalla forte influenza dei valori estremi sulla media mobile. Nel presente volume la media mobile è stata calcolata su una finestra di tre anni, per ogni anno viene riportata la media del tasso calcolata considerando l'anno in questione, l'anno precedente e l'anno successivo.

- *MIAMOD:* il *Mortality-Incidence Analysis MODel* (MIAMOD) ha consentito di ottenere stime e proiezioni nel tempo di indicatori di morbosità per i tumori, partendo dalla conoscenza di mortalità (fonte Istat) e sopravvivenza (fonte EUROCARE-3).
Per la stima dell'incidenza il metodo si basa sulla relazioni che legano mortalità e prevalenza ad incidenza e sopravvivenza.
L'incidenza (I) viene espressa come funzione logistica di variabili esplicative quali l'età, il periodo di diagnosi e la coorte di nascita e definita attraverso un modello polinomiale, del tipo:

$$\text{logit}(I_{E,P}(\beta)) = \beta_0 + \sum_{i=1}^{a} \beta_i (E)^i + \sum_{i=1}^{b} \beta_{a+i} (P)^i + \sum_{i=1}^{c} \beta_{a+b+i} (C)^k$$

dove E, P e C sono rispettivamente l'età alla diagnosi, il periodo di calendario e la coorte di nascita, mentre a, b, c sono i gradi delle componenti di età, periodo e coorte del polinomio di incidenza.
I parametri del modello sono stimati tramite il metodo della massima verosimiglianza effettuando una regressione di Poisson sui dati di mortalità specifica per causa.
L'ordine dei polinomi di età, periodo e coorte viene determinato, attraverso una procedura di tipo *stepwise*, confrontando di volta in volta l'adattamento ai dati di mortalità di modelli che differiscono di un solo parametro.
Questo approccio ha permesso di effettuare proiezioni dell'incidenza dei tumori anche per gli anni successivi al periodo dei dati di mortalità.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 589

Il MIAMOD è stato applicato per ottenere stime regionali e nazionali per alcune delle più importanti sedi tumorali. Il metodo presuppone la conoscenza della sopravvivenza, osservabile attraverso i dati dei Registri Tumori solo per alcune aree e per le diagnosi avvenute tra il 1978 ed il 1994 (12). Metodi statistici hanno consentito di estrapolare la sopravvivenza alle regioni prive di registrazione e di proiettare gli andamenti temporali al di fuori del periodo osservato. Per le regioni coperte da Registri Tumori (Piemonte, Liguria, Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana, Marche, Lazio, Sicilia, Sardegna) è stata considerata la sopravvivenza stimata sui dati dei Registri locali (città di Genova e Torino, Romagna, Veneto, province di Varese, Ferrara, Modena, Parma, Latina, Macerata, Firenze-Prato, Ragusa e Sassari). Alle regioni non coperte è stata assegnata la sopravvivenza stimata a livello di macro-area (Nord-Ovest, Nord-Est, Centro, Sud) sui dati di quei Registri appartenenti alle macro-aree stesse. In particolare alla Sicilia e Sardegna sono state assegnate le stime di sopravvivenza effettuate sui dati di Ragusa e Sassari separatamente, mentre alle altre regioni del Sud è stata assegnata la stima effettuata sull'insieme dei dati dei Registri di Ragusa, Sassari e Latina. Il Registro di Latina è stato considerato sia per le stime del Centro che del Sud, trovandosi sulla linea di confine tra le due aree italiane e non essendoci al Sud alcun registro nelle regioni continentali (13).

- *Prevalenza*: descrive la presenza di una determinata condizione in una popolazione in un determinato momento nel tempo (es. prevalenza di malattia, prevalenza di consumatori di sostanze illegali in un anno); è stimata attraverso il calcolo di una proporzione.

- *Proporzione*: è una misura a-dimensionale e viene espressa in percentuale o per mille; rappresenta la quota (%, ‰) di una certa modalità (es. decesso) di una variabile sul totale delle osservazioni che presentano tutte le modalità della variabile stessa (es. decessi in Pronto Soccorso in un anno sul totale dei pazienti afferiti allo stesso PS, nello stesso anno, vivi e deceduti); è una stima puntuale della probabilità (rischio) individuale di avere la modalità indagata; la bontà della stima aumenta all'aumentare del numero di osservazioni.

- *Rapporto Standardizzato di Mortalità (Incidenza)*: esprime l'eccesso o il difetto di eventi (decessi o malati) rispetto a una popolazione di riferimento. Si calcola mediante il metodo della standardizzazione indiretta per età. Il numero degli eventi osservato in una certa area territoriale (per esempio una regione) viene rapportato a quello degli eventi attesi nella popolazione di quell'area territoriale nel caso in cui questa sperimentasse per ogni classe di età la stessa mortalità (incidenza) della popolazione di riferimento; quest'ultima può essere rappresentata, per esempio, dalla popolazione dell'intero territorio a cui appartiene l'area considerata (Italia).
Il Rapporto Standardizzato di Mortalità (Incidenza), è dato da:

$$RSM = \frac{c_t}{\sum_j (Ij / P_j * ntj)} * 100$$

dove:
c_t = numero di casi osservati nell'area territoriale t-esima (regione).
Ij = numero di casi nella classe di età j-esima nell'intero territorio considerato (Italia).
P_j = popolazione nella classe di età j-esima nell'intero territorio considerato (Italia).
ntj = popolazione-tempo, della classe di età j-esima, nell'area territoriale t-esima (regione).

Un RSM superiore/inferiore a 100 è indicativo di un eccesso/difetto di casi in una particolare area (regione) rispetto alla popolazione totale (Italia).

- *Tasso grezzo*: è il rapporto tra il numero di volte in cui compare un certo evento (es. malattia) e la popolazione-tempo, ovvero la somma dei periodi di tempo durante cui ciascun individuo della popolazione può sperimentare l'evento considerato; rappresenta la velocità con cui una popolazione di soggetti sperimenta l'evento considerato. Se l'evento è il decesso, misura la densità di mortalità, ovvero la velocità con cui i decessi compaiono all'interno della popolazione d'interesse in un determinato intervallo di tempo. È espresso come numero di decessi per unità di popolazione-tempo (es. 100.000 persone-anno). Quando non è possibile misurare il tempo per ciascun individuo e quando si può assumere che il periodo necessario a sperimentare l'evento sia fisso, la popolazione-tempo può essere stimata moltiplicando il numero medio di residenti nell'area d'interesse nel periodo considerato (semisomma della popolazione all'inizio e alla fine del periodo o popolazione a metà del periodo) per la lunghezza di questo ultimo (1 anno, 2 anni, ecc.) (14). Nel presente rapporto, quando il tasso si riferisce ad un anno di osservazione, si intende che il denominatore sia moltiplicato per 1, anche se non esplicitamente indicato.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 590

- *Tasso standardizzato per età*: è del tutto analogo al tasso grezzo per significato e definizione. La standardizzazione consente di confrontare i tassi di popolazioni diverse, eliminando le differenze che potrebbero essere dovute alla diversa composizione per età delle popolazioni stesse.
Per esempio, il valore del tasso grezzo di mortalità dipende sia dall'intensità vera del fenomeno (dovuta per esempio alla presenza di fattori associati a un maggior rischio di decesso) che dalla proporzione di individui anziani nella popolazione osservata e, quindi, il tasso di mortalità di una determinata popolazione potrebbe risultare più elevato rispetto ad un'altra soltanto perché in questa ultima la quota di soggetti ultra-settantacinquenni è inferiore rispetto alla prima popolazione e non perché esiste una diversa esposizione ai fattori di rischio nelle due popolazioni.
La standardizzazione eseguita con il metodo diretto consente di calcolare il tasso standardizzato applicando i tassi specifici per età osservati nella popolazione in studio, alla numerosità delle classi di età di una popolazione standard. Il risultato può essere inteso come il tasso che si otterrebbe nella popolazione standard se la mortalità fosse quella della popolazione in esame. I tassi standardizzati di popolazioni diverse sono così confrontabili perché riferiti alla stessa distribuzione per età.
Come popolazione standard sono state usate le popolazioni residenti italiane riferite ai Censimenti del 1991 e 2001 (tabella 1), in funzione del periodo a cui si riferivano i dati considerati e come specificato in ogni singola scheda.
Il tasso standardizzato per età è quindi dato dal rapporto:

$$TS = \frac{\sum_j (T_j \cdot P_j)}{\sum_j P_j} * 100000$$

dove:
T_j = tasso specifico per la classe di età j-esima, osservato nella popolazione in studio.
P_j = popolazione standard nella classe di età j-esima.
Utilizzando i pesi (w) riportati nella tabella 1:

$$TS = \sum_j (T_j \cdot w_j) \cdot 100000$$

Tabella 1 - *Pesi della popolazione residente per classe di età - Italia - Censimento 1991, 2001*

Classi di età (anni)	Censimento 1991	Censimento 2001
Meno di 5	0,0484	0,0459
Da 5 a 9	0,0508	0,0470
Da 10 a 14	0,0594	0,0492
Da 15 a 19	0,0757	0,0520
Da 20 a 24	0,0799	0,0601
Da 25 a 29	0,0818	0,0745
Da 30 a 34	0,0724	0,0797
Da 35 a 39	0,0671	0,0811
Da 40 a 44	0,0692	0,0713
Da 45 a 49	0,0605	0,0656
Da 50 a 54	0,0643	0,0675
Da 55 a 59	0,0594	0,0583
Da 60 a 64	0,0579	0,0608
Da 65 a 69	0,0528	0,0540
Da 70 a 74	0,0336	0,0492
Da 75 a 79	0,0324	0,0401
Da 80 a 84	0,0216	0,0217
Da 85 e più	0,0128	0,0218
Totale	**1,0000**	**1,0000**

- *Valore medio*: è espresso nell'unità di misura della variabile considerata, indica la tendenza centrale della distribuzione di frequenza e rappresenta il valore atteso per la variabile stessa (es. la media nazionale di un indicatore, calcolata utilizzando tutti i valori delle singole regioni). È necessario considerare che tale misura rappresenta bene la variabile solo quando la distribuzione di frequenza di questa è simmetrica rispetto alla media stessa, in caso contrario il valore medio può essere una misura distorta del fenomeno. Generalmente il valore medio è accompagnato dalla deviazione standard (DS)[1], espressa nell'unità di misura della variabile considerata, che misura la

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 591

variabilità dei dati intorno alla media stessa: maggiore è il valore della DS, maggiore è la distanza dei singoli valori dal valore medio. La DS presenta gli stessi limiti del valore medio. Per ogni valore medio (e deviazione standard) sono riportati l'insieme di osservazioni (es. l'Italia, per le medie nazionali) e l'unità temporale (es. anno 2000) a cui si riferisce.

- *Valore mediano*: è espresso nell'unità di misura della variabile considerata, indica il valore centrale di una distribuzione ordinata di dati e rappresenta il valore per cui il 50% delle osservazioni (es. la spesa farmaceutica pro capite per le singole regioni) ha un valore inferiore o uguale al valore della mediana stessa (es. il 50% delle regioni ha una spesa farmaceutica pro capite inferiore a 194,12 €). Il valore mediano è indipendente dalla forma della distribuzione di dati ed è, quindi, particolarmente utile quando questa ultima è asimmetrica.

5. Misure di precisione

La precisione delle stime calcolate è stata valutata mediante la costruzione degli *intervalli di confidenza al 95% (IC 95%)*. L'intervallo di confidenza permette di individuare due valori entro cui, con una probabilità del 95%, è compreso il valore vero della misura stimata (es. il tasso di mortalità). Più l'ampiezza dell'IC è ridotta, maggiore è la precisione della stima. Il calcolo dell'intervallo di confidenza dipende dalla misura considerata, dal numero di casi osservati e dall'aver o meno effettuato la standardizzazione per età della misura.
Gli IC al 95% per un valore medio e per la differenza tra medie sono stati calcolati utilizzando la distribuzione di probabilità t di Student, mentre per il calcolo degli IC al 95% per la differenza tra proporzioni è stata usata l'approssimazione alla distribuzione di probabilità normale standardizzata (15).
Gli IC al 95% per un tasso grezzo, per un tasso standardizzato e per il rapporto standardizzato di mortalità o incidenza sono stati calcolati utilizzando la distribuzione di probabilità di Poisson, nel caso di un numero di eventi inferiore o uguale a 50 (16, 17), mentre per un numero di eventi superiore è stata utilizzata l'approssimazione della distribuzione di probabilità di Poisson alla distribuzione di probabilità chi-quadrato per il tasso grezzo (18) e alla distribuzione di probabilità normale per il tasso standardizzato per età e per il rapporto standardizzato di mortalità o incidenza (16, 18).
Il metodo *bootstrap* è stato utilizzato per il calcolo degli IC al 95% quando non era nota la distribuzione di probabilità per il calcolo della variabilità della stima (ad es. per gli indicatori di disabilità). Il metodo calcola la misura dell'accuratezza degli stimatori basandosi sul campione osservato, replicato attraverso procedure numeriche (19).

6. Metodi per il confronto degli Indicatori

I *confronti* necessari all'interpretazione dei dati sono stati eseguiti attraverso:

- la definizione di un *Benchmark*, ovvero di un valore dell'indicatore che rappresenta il valore di eccellenza che si può raggiungere con le conoscenze e le risorse attuali e che identifica il riferimento di qualità per il confronto tra realtà diverse (20).
Per esempio, per la proporzione di decessi da traffico sul totale degli incidenti da traffico, il Benchmark è identificato nel valore regionale più basso tra le aree geografiche considerate, in quanto questo rappresenta il valore minimo ottenibile in una realtà che appartiene al territorio italiano e pertanto auspicabile anche nelle altre regioni, anche se, ovviamente, il valore di eccellenza sarebbe pari a zero. In tale ottica, nel presente volume, il Benchmark è stato utilizzato più nel suo significato di "valore di riferimento" più che in quello di "valore di eccellenza". Nel Rapporto, sono stati usati come Benchmark: 1) il valore medio o mediano nazionale italiano calcolato su tutte le aree geografiche considerate; 2) il valore medio del primo quintile della distribuzione delle aree geografiche considerate (es. per il tasso di mortalità); 3) il valore medio dell'ultimo quintile della distribuzione delle aree geografiche considerate (es. per la speranza di vita); 4) i valori fissati da norme di legge in materia sanitaria riferite all'Italia; 5) i Benchmark definiti da Organismi internazionali, come l'Organizzazione Mondiale della Sanità, e da istituzioni e associazioni scientifiche all'interno di Linee Guida in ambito sanitario, la cui fonte specifica è riportata nella scheda dell' indicatore;

- il *coefficiente di variazione (CV)*: è una misura di variabilità relativa, costituita dal rapporto tra la deviazione standard e la media della variabile di interesse, espresso in percentuale. È indipendente dalle scale di misura utilizzate e, quindi, consente di confrontare la variabilità di distribuzioni di dati diversi: la distribuzione caratterizzata da una maggior variabilità è quella con un valore di CV più elevato. Il CV presenta gli stessi limiti del valore medio;

[1] In realtà, la DS è una stima campionaria della misura di variabilità dei dati intorno alla media della popolazione che è definita come scarto quadratico medio; il significato dei due indici come misure di variabilità è identico.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 592

- il *confronto degli intervalli di confidenza al 95%*: la significatività statistica della differenza tra i valori di un indicatore stimato in due popolazioni diverse, è stata valutata verificando la non sovrapposizione tra i valori compresi negli IC al 95% delle due stime.
Nel caso di sovrapposizione dei limiti degli IC al 95%, la differenza osservata è stata attribuita all'errore casuale e definita non statisticamente significativa.
La probabilità massima di sbagliare nell'indicare come significativamente diversi due valori è definita dalla probabilità dell'IC e, quindi, pari al 5%;

- le *differenze tra valori medi, variazioni percentuali (assolute e relative) e relativi intervalli di confidenza al 95%*: in questo modo viene stimata la grandezza della differenza o della variazione tra i gruppi considerati; se l'intervallo di confidenza non contiene il valore 0, la differenza è dichiarata "statisticamente significativa" con una probabilità di errore del 5%, altrimenti la differenza osservata è attribuita all'errore casuale e definita "non statisticamente significativa";

- il *rapporto tra tassi (o proporzioni) e intervalli di confidenza al 95%*: misura l'eccesso (difetto) del valore dell'indicatore in un gruppo rispetto ad un altro; se l'intervallo di confidenza non contiene il valore 1, l'eccesso (difetto) è dichiarato "statisticamente significativo" con una probabilità di errore del 5%, altrimenti l' eccesso (difetto) osservato è attribuito all'errore casuale e definito "non statisticamente significativo";

- *i test statistici di ipotesi*: la descrizione e il significato di ciascun test sono riportati nella scheda dell'indicatore per cui sono stati applicati.
In generale, ogni test statistico utilizzato permette di stimare la probabilità (p) di ottenere il risultato osservato quando, nella popolazione da cui proviene il campione esaminato, sia verificata l'ipotesi di assenza del fenomeno che si vuole indagare (ipotesi nulla: per es. l'ipotesi di non differenza tra due valori medi); se il valore di "p" è inferiore a un valore pre-fissato (livello di significatività), la probabilità di ottenere il risultato osservato (per esempio una differenza tra due valori medi) quando il fenomeno non esiste (per es. le due medie, in realtà, non sono diverse) risulta sufficientemente ridotta e si può, quindi, ragionevolmente concludere che la differenza osservata è reale (statisticamente significativa) con una probabilità di errore pari a "p". Nel presente Rapporto è stato utilizzato un livello di significatività del 5% e per ciascun test è stata indicata l'ipotesi nulla.

7. Metodi per la rappresentazione grafica

Le mappe riportate nelle singole schede degli indicatori intendono rappresentare la distribuzione geografica del fenomeno indagato all'interno del territorio, considerando come aggregati spaziali le regioni o le Aziende Sanitarie Locali.
Salvo casi particolari indicati nelle specifiche schede, le aree geografiche considerate sono state ordinate in base ai valori dell'indicatore e la distribuzione così ottenuta è stata suddivisa in cinque parti (quintili), in modo che il 20% delle osservazioni avesse un valore dell'indicatore inferiore o uguale al valore del primo quintile, il 40% un valore inferiore o uguale a quello del secondo quintile e così via.
A ogni quintile, a partire dal primo, è stato assegnato un colore di intensità crescente creando un gradiente cromatico che rappresenta sulla mappa l'aumento dei valori dell'indicatore.

8. Avvertenze e cautele nella lettura dei dati

Per una corretta interpretazione dei dati presentati in questo volume, è necessario considerare la validità e i limiti descritti per ogni indicatore nella scheda specifica, unitamente alle seguenti considerazioni generali:
1) in primo luogo, è necessario considerare che i dati utilizzati provengono da statistiche correnti costruite con obiettivi diversi dalla definizione di un indicatore per la misura di uno specifico fenomeno e dal confronto dei valori degli indicatori tra realtà geografiche diverse. La validità dell'indicatore è influenzata dalla qualità di tali dati, che può essere diversa in funzione della tipologia del fenomeno; per esempio l'affidabilità della attribuzione della causa di morte riportata nelle schede di decesso è inferiore negli ultrasettancinquenni rispetto ai soggetti più giovani e varia in funzione della causa stessa (per i tumori l'affidabilità è più elevata che per le malattie del sistema nervoso). La qualità dei dati può inoltre essere differenziata nelle singole regioni;
2) un altro aspetto importante riguarda il fatto che gli indicatori sono presentati in senso assoluto, senza considerare il possibile effetto di altre caratteristiche delle popolazioni esaminate. Le differenze osservate tra le aree geografiche esaminate, e tra queste e i dati internazionali, potrebbero essere dovute, tutte o in parte, a una diversa distribuzione di alcuni fattori associati al fenomeno d'interesse, come il livello socio-economico delle popolazioni e la distribuzione dei fattori di rischio ambientali e legati agli stili di vita degli individui. Inoltre, i diversi indicatori potrebbero non essere indipendenti l'uno dall'altro, ma interagire nella misura dei fenomeni sanitari;

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 593

3) nella identificazione del Benchmark come valore più basso tra quelli osservati nelle diverse aree geografiche, è necessario considerare l'eventualità che il valore più basso possa essere parzialmente dovuto a una mancata registrazione degli eventi considerati (decessi, incidenti, ecc.).
Le interpretazioni riportate nel presente Rapporto sono, quindi, descrittive e rappresentano la base per analisi più complesse dello stato di salute della popolazione.

Riferimenti bibliografici

(1) Working Group on Community Health Information System and S. Chevalier, R. Choinière, M. Ferland, M. Pageau and Y. Sauvageau, Directions de la santé publique, Quebec. Community Health Indicators. Definitions and Interpretations. Canadian Institute for Health Information, Ottawa, Ontario, 1995.
(2) Morosini P., Indicatori di valutazione e miglioramento della qualità professionale. 2004, v, 112 p. Rapporti ISTISAN 04/29 Rev.; disponibile sul sito http://www.iss.it/publ/rapp/cont.php?id=338&lang=1&tipo=5&anno=2004.
(3) Kramers P., Public health indicators for Europe: context, selection, definition. Final report by the ECHI Project, phase II. Bruxelles, giugno 2005; disponibile sul sito:
http://www.healthindicators.org/ICHI/(cypsn2auyumeqn55zi3egw45)/PDF/DocumentIndex.aspx.
(4) WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. The ATC/DDD System. Disponibile nel sito http://www.whocc.no/atcddd.
(5) Istat: Classificazioni delle malattie. Traumatismi e cause di morte, 9.a revisione, 1975. Roma, 1979.
(6) Ministero della Sanità. Classificazione delle malattie, dei traumatismi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche. Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato. Roma, 1998.
(7) 3M: Diagnosis Related Groups – definition manual – version 10.0. Rockville, 1992.
(8) Taroni F. DRG/ROD e nuovo sistema di finanziamento degli ospedali. Il pensiero scientifico editore, Roma 1996.
(9) Nonis M., Lerario A.M DRG: valutazione e finanziamento degli ospedali. Il pensiero scientifico editore, Roma 2003.
(10) Fortino A, Lispi L, Materia E, Di Domenicantonio R, Baglio G. La valutazione dell'appropiatezza dei ricoveri ospedalieri in Italia con il metodo APPRO. Ministero della Salute-Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio, Giugno 2002.
(11) Fetter RB, Shin Y, Freeman J, et al. Case-mix definition by diagnosis-related groups. Med Care 1980; 18: 1-53.
(12) Berrino F, Capocaccia R, Coleman MP, Estève J, Gatta G, Hakulinen T, Micheli A, Sant M and Verdecchia A (Eds.): Survival of cancer patients in Europe: the EUROCARE-3 Study. Annals of Oncology, 14, suppl. 5, 2003.
(13)Inghelmann R, Grande E, Francisci S, et al. National estimates of cancer patients survival in Italy: a model-based method. Tumori, 91: 109-115, 2005.
(14)Rothman K J, Greenland S. Modern Epidemiology. 2nd ed. Maple Press, Philadelphia 1998.
(15) Armitage P., Berry G. Statistica medica. McGraw-Hill, Milano 1996.
(16) Breslow N.E., Day N.E., Statistical Methods in Cancer Research, vol II. 1987, IARC n. 82.
(17) Dobson A.J. et al., Confidence intervals for weighted sums of Poisson parameters, Statistics in medicine, 1991, vol 10: 457-462
(18) Jensen O.M. et al. in Cancer Registration: principles and methods. 1991, IARC n. 95.
(19) Efron, B., Bootstrap Methods: Another Look at the Jackknife. Annals of Statistics, 1979, 7: 21-26.
(20) Watson G.H., Il benchmarking. Franco Angeli, 2° ed. Roma 2000.

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 594

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 595

Autori

Popolazione

Dott.ssa Ginevra Di Giorgio, Istituto di Ricerche sulla Popolazione e le Politiche Sociali, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Roma
Prof. Giuseppe Gesano, Istituto di Ricerche sulla Popolazione e le Politiche Sociali, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Roma
Dott. Frank Heins, Istituto di Ricerche sulla Popolazione e le Politiche Sociali, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Roma
Dott.ssa Francesca Rinesi, Istituto di Ricerche sulla Popolazione e le Politiche Sociali, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Roma

Sopravvivenza e mortalità per causa

Dott.ssa Silvia Bellini, Servizio Sovrazonale di Epidemiologia, ASL 5 Piemonte
Dott.ssa Natalia Buzzi, Nebo Ricerche PA, Università degli Studi "Tor Vergata", Roma
Dott. Giuseppe Cananzi, Ufficio Studi, Università degli Studi "Tor Vergata", Roma
Prof. Giuseppe Costa, Dipartimento di Sanità Pubblica e Microbiologia, Università degli Studi di Torino
Dott. Gennaro Di Fraia, Istat, Servizio Sanità e Assistenza, Roma
Prof.ssa Viviana Egidi, "Sapienza" Università di Roma
Dott.ssa Luisa Frova, Istat, Servizio Sanità e Assistenza, Roma
Dott.ssa Marilena Pappagallo, Istat, Servizio Sanità e Assistenza, Roma
Dott.ssa Teresa Spadea, Servizio Sovrazonale di Epidemiologia, ASL 5 Piemonte
Dott. Daniele Spizzichino, Istat, Servizio Struttura e Dinamica Sociale, Roma

Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione

Dott.ssa Valeria Alfonsi, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Prof. Filippo Ansaldi, Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Genova
Dott. Sandro Baldissera, Programma di Formazione in Epidemiologia Applicata, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Nicoletta Bertozzi, Programma di Formazione in Epidemiologia Applicata, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (ISS), Dipartimento di Sanità pubblica AUSL, Cesena
Dott.ssa Carla Bietta, Programma di Formazione in Epidemiologia Applicata, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (ISS), U.O. Epidemiologia, Dipartimento Prevenzione AUSL 2 Umbria, Perugia
Dott.ssa Nancy Binkin, Programma di Formazione in Epidemiologia Applicata, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Emanuela Bologna, Istat, Servizio Struttura e Dinamica Sociale, Roma
Dott.ssa Roberta Castagno, CPO Centro di riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte, Torino
Dott.ssa Marta Ciofi degli Atti, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Prof. Giuseppe Costa, Dipartimento di Sanità Pubblica e Microbiologia, Università degli Studi di Torino
Prof. Pietro Crovari, Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Genova
Dott. Fortunato Paolo D'Ancona, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Giovanna V. De Giacomi, Programma di Formazione in Epidemiologia Applicata, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (ISS), Azienda Regionale Emergenza Sanitaria (ARES) 118, Roma
Dott. Paolo Durando, Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Genova
Dott. Pirous Fateh Moghadam, Programma di Formazione in Epidemiologia Applicata, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (ISS), Servizio Osservatorio Epidemiologico, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Trento
Dott.ssa Tolinda Gallo, Programma di Formazione in Epidemiologia Applicata, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (ISS), Dipartimento Prevenzione, Azienda per i Servizi Sanitari n. 4 "Medio Friuli", Udine
Dott.ssa Lucia Galluzzo, Reparto Salute della popolazione e suoi determinanti, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Claudia Gandin, Reparto Salute della popolazione e suoi determinanti, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 596

Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Lidia Gargiulo, Istat, Servizio Struttura e Dinamica Sociale, Roma
Prof. Roberto Gasparini, Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Genova
Dott.ssa Silvia Ghirini, Reparto Salute della popolazione e suoi determinanti, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Livia Giordano, CPO Centro di riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte, Torino
Dott. Donato Greco, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ministero della Salute, Roma
Dott.ssa Laura Iannucci, Istat, Servizio Struttura e Dinamica Sociale, Roma
Prof. Giancarlo Icardi, Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Genova
Dott.ssa Tania Landriscina, Servizio Sovrazonale di Epidemiologia, ASL 5 Piemonte
Dott.ssa Jessica Lugarini, Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Genova
Dott. Ettore Mancini, CPO Centro di riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte, Torino
Dott.ssa Luisa Marletta, Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione, Roma
Dott.ssa Sonia Martire, Reparto Salute della popolazione e suoi determinanti, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Luisa Mondo, Servizio Sovrazonale di Epidemiologia, ASL 5 Piemonte
Dott.ssa Laura Murianni, Coordinatrice, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott. Nicola Parisi, WHO Collaborating Centre for Research and Health Promotion on Alcohol and Alcohol Related Health Problems, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott. Alberto Perra, Programma di Formazione in Epidemiologia Applicata, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott. Antonio Ponti, CPO Centro di riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte, Torino
Dott.ssa Annalisa Renzoni, Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Genova
Dott. Guglielmo Ronco, CPO Centro di riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte, Torino
Dott.ssa Rosaria Russo, WHO Collaborating Centre for Research and Health Promotion on Alcohol and Alcohol Related Health Problems, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Stefania Salmaso, Direttore, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott. Emanuele Scafato, WHO Collaborating Centre for Research and Health Promotion on Alcohol and Alcohol Related Health Problems, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Paola Scardetta, Programma di Formazione in Epidemiologia Applicata, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott. Francesco Sconza, Programma di Formazione in Epidemiologia Applicata, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (ISS), Dipartimento Prevenzione ASL 4 Cosenza
Prof. Nereo Segnan, CPO Centro di riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte, Torino
Dott. Carlo Senore, CPO Centro di riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte, Torino
Dott.ssa Teresa Spadea, Servizio Sovrazonale di Epidemiologia, ASL 5 Piemonte
Dott.ssa Laura Sticchi, Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Genova
Dott. Massimo Oddone Trinito, Programma di Formazione in Epidemiologia Applicata, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (ISS), U.O. Epidemiologia e Sistema Informativo, Dipartimento Prevenzione AUSL Roma C
Dott.ssa Aida Turrini, Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione, Roma
Dott.ssa Francesca Vannoni, Servizio Sovrazonale di Epidemiologia, ASL 5 Piemonte

Incidenti

Prof. Giuseppe Costa, Dipartimento di Sanità Pubblica e Microbiologia, Università degli Studi di Torino
Dott. Franco D'Amico, Settore Banche Dati della Consulenza Statistico Attuariale dell'INAIL, Roma
Dott. Angelo D'Errico, Servizio Sovrazonale di Epidemiologia, ASL 5 Piemonte
Dott. Giuseppe La Torre, Istituto di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott.ssa Alice Mannocci, Istituto di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott. Sante Orsini, Istat, Servizio Struttura e Dinamica Sociale, Roma
Dott. Franco Pittau, Dossier Statistico Immigrazione della Caritas, Roma
Dott. Gianluigi Quaranta, Istituto di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 597

Dott. Aldo Rosano, Istituto Italiano di Medicina Sociale, Roma
Dott. Amedeo Spagnolo, Istituto Italiano di Medicina Sociale, Roma
Dott.ssa Francesca Vannoni, Servizio Sovrazonale di Epidemiologia, ASL 5 Piemonte

Ambiente

Prof. Antonio Azara, Istituto di Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Sassari
Prof.ssa Maria Dolores Masia, Istituto di Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Sassari
Dott. Umberto Moscato, Istituto di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Prof.ssa Ida Mura, Istituto di Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Sassari

Malattie metaboliche

Dott. Valerio Aprile, AUSL Lecce 1
Dott. Sandro Baldissera, Programma di Formazione in Epidemiologia Applicata, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Nancy Binkin, Programma di Formazione in Epidemiologia Applicata, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott. Bruno Caffari, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS), Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott. Angelo D'Argenzio, Servizio Epidemiologia, Dipartimento di Sanità pubblica, ASL Caserta 2
Dott.ssa Angela Giusti, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS), Istituto Superiore di Sanità, Roma
Prof. Giorgio Liguori, Cattedra di Igiene ed Epidemiologia, Università degli Studi di Napoli "Parthenope"
Dott. Salvatore Lopresti, Servizio di epidemiologia, Assessorato alla Salute, Regione Calabria, Catanzaro
Dott.ssa Marina Maggini, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott. Oscar Mingozzi, Dipartimento di Sanità Pubblica, Azienda Sanitaria di Forlì, Forlì
Dott. Antonino Parlato, Dipartimento di Epidemiologia e Prevenzione ASL NA 2, Napoli
Dott. Alberto Perra, Programma di Formazione in Epidemiologia Applicata, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott. Paolo Russo, Dipartimento di Epidemiologia e Prevenzione ASL NA 2, Napoli
Dott. Salvo Scondotto, Dipartimento Osservatorio Epidemiologico, Regione Sicilia, Palermo
Dott.ssa Antonella Sferrazza, Datamanager e responsabile revisione dati, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott.ssa Daniela Ugliano, Direzione Sanitaria "Clinic Center", Napoli

Malattie infettive

Dott.ssa Rosa Alfieri, Dipartimento di Epidemiologia e Prevenzione ASL NA 2, Napoli
Prof. Isidoro Annino, Istituto di Malattie Infettive e Medicina Pubblica, Cattedra di Igiene, Università Politecnica delle Marche, Ancona
Prof. Filippo Ansaldi, Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Genova
Dott.ssa Pamela Barbadoro, Istituto di Malattie Infettive e Medicina Pubblica, Cattedra di Igiene, Università Politecnica delle Marche, Ancona
Prof. Antonio Boccia, Dipartimento di Medicina Sperimentale, "Sapienza" Università di Roma
Perito Chimico Roberto Bruschi, SOD Complessa di Igiene Ospedaliera, Azienda Ospedaliero-Universitaria, Ospedali Riuniti di Ancona
Dott.ssa Maria Grazia Caporali, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Prof. Pietro Crovari, Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Genova
Dott. Corrado De Vito, Dipartimento di Medicina Sperimentale, "Sapienza" Università di Roma
Prof. Marcello Maria D'Errico, Istituto di Malattie Infettive e Medicina Pubblica, Cattedra di Igiene, Università Politecnica delle Marche, Ancona
Dott. Paolo Durando, Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Genova
Prof. Roberto Gasparini, Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Genova
Prof. Guido Maria Grasso, Dipartimento di Scienze per la Salute, Università degli Studi del Molise
Prof. Giancarlo Icardi, Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Genova
Prof. Giorgio Liguori, Cattedra di Igiene ed Epidemiologia, Università degli Studi "Parthenope", Napoli
Dott.ssa Esther Manso, SOD di Microbiologia Azienda Ospedaliero-Universitaria, Ospedali Riuniti di Ancona
Dott.ssa Enrica Martini, SOD Complessa di Igiene Ospedaliera, Azienda Ospedaliero-Universitaria, Ospedali Riuniti di Ancona
Dott.ssa Carolina Marzuillo, Dipartimento di Medicina Sperimentale, "Sapienza" Università di Roma
Infermiera Gigli Miranda, Istituto di Malattie Infettive e Medicina Pubblica, Cattedra di Igiene, Università Politecnica delle Marche, Ancona
Dott. Antonino Parlato, Dipartimento di Epidemiologia e Prevenzione ASL NA 2, Napoli
Dott.ssa Silvia Pernigotti, Dipartimento di Scienze

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 598

della Salute, Università degli Studi di Genova
Prof.ssa Emilia Prospero, Istituto di Malattie Infettive e Medicina Pubblica, Cattedra di Igiene, Università Politecnica delle Marche, Ancona
Dott. Roberto Ricci, SOD Complessa di Igiene Ospedaliera, Azienda Ospedaliero-Universitaria, Ospedali Riuniti di Ancona
Prof. Giancarlo Ripabelli, Dipartimento di Scienze per la Salute, Università degli Studi del Molise
Dott.ssa Maria Cristina Rota, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott. Paolo Russo, Dipartimento di Epidemiologia e Prevenzione ASL NA 2, Napoli
Dott.ssa Michela Lucia Sammarco, Dipartimento di Scienze per la Salute, Università degli Studi del Molise
Dott.ssa Sandra Savini, SOD Complessa di Igiene Ospedaliera, Azienda Ospedaliero-Universitaria, Ospedali Riuniti di Ancona
Dott.ssa Laura Sticchi, Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Genova
Prof. Paolo Villari, Dipartimento di Medicina Sperimentale, "Sapienza" Università di Roma

Tumori

Dott. Paolo Baili, Unità di Epidemiologia Descrittiva e Programmazione Sanitaria, Fondazione IRCCS "Istituto Nazionale dei Tumori", Milano
Prof. Giuseppe Costa, Dipartimento di Sanità Pubblica e Microbiologia, Università degli Studi di Torino
Dott.ssa Roberta De Angelis, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott. Moreno Demaria, Epidemiologia Ambientale ARPA, ASL 5 Piemonte
Dott. Angelo D'Errico, Servizio Sovrazonale di Epidemiologia, ASL 5 Piemonte
Dott.ssa Silvia Francisci, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott. Enrico Grande, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott. Andrea Micheli, Unità di Epidemiologia Descrittiva e Programmazione Sanitaria, Fondazione IRCCS "Istituto Nazionale dei Tumori", Milano
Dott.ssa Teresa Spadea, Servizio Sovrazonale di Epidemiologia, ASL 5 Piemonte
Dott. Nicolás Zengarini, Servizio Sovrazonale di Epidemiologia, ASL 5 Piemonte

Salute e disabilità

Dott.ssa Giordana Baldassarre, Istat, Sistema di Informazione Statistica sulla Disabilità, Roma
Dott.ssa Alessandra Battisti, Istat, Sistema di Informazione Statistica sulla Disabilità, Roma
Dott.ssa Laura Battisti, Osservatorio Epidemiologico APSS Trento
Dott.ssa Alessandra Burgio, Istat, Servizio Sanità e Assistenza, Roma
Dott. Fabio Cembrani, U.O. Medicina Legale APSS Trento
Prof. Giuseppe Costa, Dipartimento di Sanità Pubblica e Microbiologia, Università degli Studi di Torino
Dott.ssa Elisabetta Del Bufalo, Istat, Sistema di Informazione Statistica sulla Disabilità, Roma
Dott.ssa Tania Landriscina, Servizio Sovrazonale di Epidemiologia, ASL 5 Piemonte
Dott.ssa Matilde Leonardi, Salute Pubblica e Disabilità, Direzione Scientifica, Fondazione IRCCS Istituto Neurologico C. Besta, Milano
Dott. Silvano Piffer, Osservatorio Epidemiologico APSS Trento
Dott. Aldo Rosano, Laziosanità, Agenzia di Sanità Pubblica, Roma
Dott.ssa Gabriella Sebastiani, Istat, Servizio Struttura e Dinamica Sociale, Roma
Dott. Alessandro Solipaca, Istat, Sistema di Informazione Statistica sulla Disabilità, Roma
Dott.ssa Francesca Vannoni, Istat, Ufficio Regionale Piemonte e Valle d'Aosta

Salute mentale e dipendenze

Dott. Guido Angeli, Agenzia Sanitaria Regionale, Regione Abruzzo
Dott.ssa Alessandra Battisti, Istat, Sistema di Informazione Statistica sulla Disabilità, Roma
Dott.ssa Alessandra Burgio, Istat, Servizio Sanità e Assistenza, Roma
Prof. Giovanni de Girolamo, Ufficio Ricerca in Salute Mentale, Agenzia dei Servizi Sanitari Regione Emilia-Romagna, Bologna
Dott.ssa Elena De Palma, Istat, Sistema di Informazione Statistica sulla Disabilità, Roma
Prof. Fabrizio Faggiano, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi del Piemonte Orientale "A. Avogadro", Torino
Dott. Pietro Folino Gallo, Agenzia Italiana del Farmaco, Roma
Prof. Lamberto Manzoli, Dipartimento di Medicina e Scienze dell'Invecchiamento, Università degli Studi "G. 'Annunzio", Chieti-Pescara
Prof, Pierluigi Morosini, Reparto Salute Mentale, Centro Nazionale di Epidemiologia Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Luisa Muscolo, Agenzia Italiana del Farmaco, Roma
Prof. Angelo Picardi, Reparto Salute Mentale, Centro Nazionale di Epidemiologia Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 599

Dott. Simone Chiadò Piat, Dipartimento di Sanità Pubblica, Università degli Studi di Torino
Prof. Giovanni Santone, Clinica Psichiatrica, Ospedali Riuniti di Ancona e Università Politecnica delle Marche, Ancona
Dott.ssa Antonella Sferrazza, Datamanager e responsabile revisione dati, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Prof.ssa Roberta Siliquini, Dipartimento di Sanità Pubblica, Università degli Studi di Torino
Dott. Alessandro Solipaca, Istat, Sistema di Informazione Statistica sulla Disabilità, Roma
Dott.ssa Federica Vigna Taglianti, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi del Piemonte Orientale "A. Avogadro", Torino

Salute materno-infantile

Dott.ssa Cinzia Castagnaro, Istat, Direzione Centrale per le Statistiche e le Indagini sulle Istituzioni Sociali, Roma
Prof. Giuseppe Costa, Dipartimento di Sanità Pubblica e Microbiologia, Università degli Studi di Torino
Dott.ssa Alessia D'Errico, Istat, Statistiche dei prezzi, Roma
Dott.ssa Laura Dallolio, Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Alma Mater Studiorum Università degli Studi di Bologna
Prof.ssa Maria Pia Fantini, Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Alma Mater Studiorum Università degli Studi di Bologna
Dott.ssa Brunella Frammartino, Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Alma Mater Studiorum Università degli Studi di Bologna
Prof. Piero Giorgi, Dipartimento di Teoria e Politiche dello Sviluppo Sociale, Università degli Studi di Teramo, Campus Coste Sant'Agostino
Dott.ssa Claudia Iaccarino, Istat, Direzione Centrale per le Statistiche e le Indagini sulle Istituzioni Sociali, Roma
Dott.ssa Tania Landriscina, Servizio Sovrazonale di Epidemiologia, ASL 5 Piemonte
Dott.ssa Marzia Loghi, Istat, Servizio Sanità e Assistenza, Roma
Dott.ssa Giulia Lonardi, Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Alma Mater Studiorum Università degli Studi di Bologna
Dott.ssa Francesca Merzagora, Presidente dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna (ONDa), Milano
Dott.ssa Luisa Mondo, Servizio Sovrazonale di Epidemiologia, ASL 5 Piemonte
Dott.ssa Daniela Pierannunzio, Centro Nazionale Malattie Rare, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Giulia Pieri, Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Alma Mater Studiorum Università degli Studi di Bologna
Dott. Renato Pizzuti, Assessorato Sanità Regione Campania, Napoli
Dott.ssa Raffaella Rusciani, Servizio Sovrazonale di Epidemiologia, ASL 5 Piemonte
Dott. Michele Santoro, Osservatorio Epidemiologico Regionale della Campania, Napoli
Dott. Maurizio Saporito, ASL NA1, Napoli
Dott.ssa Irene Silvestri, Laziosanità, Agenzia di Sanità Pubblica, Roma
Dott.ssa Teresa Spadea, Servizio Sovrazonale di Epidemiologia, ASL 5 Piemonte
Dott.ssa Angela Spinelli, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Reparto Salute della donna e dell'età evolutiva, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa M. Tiziana Tamburrano, Istat, Direzione Centrale per le Statistiche e le Indagini sulle Istituzioni Sociali, Roma
Dott.ssa Cinzia Torri, Laziosanità, Agenzia di Sanità Pubblica, Roma
Dott.ssa Giulia Viola, Laziosanità, Agenzia di Sanità Pubblica, Roma

Salute degli immigrati

Dott. Giovanni Baglio, Laziosanità, Agenzia di Sanità Pubblica, Roma
Dott.ssa Lilia Biscaglia, Laziosanità, Agenzia di Sanità Pubblica, Roma
Dott. Stefano Boros, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Silvia Bruzzone, Istat, Servizio Sanità e Assistenza, Roma
Dott.ssa Alessandra Burgio, Istat, Servizio Sanità e Assistenza, Roma
Dott.ssa Laura Cacciani, Laziosanità, Agenzia di Sanità Pubblica Regione Lazio, Roma
Dott.ssa Laura Camoni, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Anna Colucci, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Ginevra Di Giorgio, Istituto di Ricerche sulla Popolazione e le Politiche Sociali, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Roma
Dott. Domenico Di Lallo, Laziosanità, Agenzia di Sanità Pubblica, Roma
Dott. Andrea Gaddini, Laziosanità, Agenzia di Sanità Pubblica, Roma
Dott. Salvatore Geraci, Area sanitaria Caritas, Roma
Dott.ssa Gabriella Guasticchi, Laziosanità, Agenzia di Sanità Pubblica, Roma
Dott.ssa Marzia Loghi, Istat, Servizio Sanità e Assistenza, Roma
Dott.ssa Bianca Maisano, Area sanitaria Caritas, Roma
Dott.ssa Valentina Mattia, Laziosanità, Agenzia di Sanità Pubblica, Roma

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 600

Dott.ssa Nadia Mignolli, Istat, Dipartimento della Produzione Statistica e il Coordinamento Tecnico Scientifico, Servizio Coordinamento dell'Informazione Statistica, Roma
Dott. Giovanni Rezza, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Francesca Rinesi, Istituto di Ricerche sulla Popolazione e le Politiche Sociali, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Roma
Dott. Aldo Rosano, Laziosanità, Agenzia di Sanità Pubblica, Roma
Dott.ssa Angela Spinelli, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Reparto Salute della donna e dell'età evolutiva, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Barbara Suligoi, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Giulia Viola, Laziosanità, Agenzia di Sanità Pubblica, Roma

Assetto economico-finanziario

Prof. Eugenio Anessi Pessina, Coordinatore dei Corsi di laurea in Economia e gestione dei servizi ed Economia e gestione delle aziende e dei servizi sanitari, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott.ssa Anna Ceccarelli, Facoltà di Economia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Prof. Americo Cicchetti, Facoltà di Economia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Prof. Guido Citoni, Dipartimento di Medicina Sperimentale e Patologia, "Sapienza" Università di Roma
Dott.ssa Maria Michela Gianino, Dipartimento di Sanità Pubblica e Microbiologia, Università degli Studi di Torino
Dott.ssa Silvia Longhi, Datamanager, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott.ssa Laura Murianni, Coordinatrice, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Assetto istituzionale-organizzativo

Prof. Eugenio Anessi Pessina, Coordinatore dei Corsi di laurea in Economia e gestione dei servizi ed Economia e gestione delle aziende e dei servizi sanitari, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott.ssa Elena Cantù, Coordinatrice OASI e Lecturer, Università Commerciale "L. Bocconi", Milano
Dott.ssa Rosetta Cardone, Dipartimento della Qualità, Direzione Generale Programmazione Sanitaria dei Livelli di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema, Ministero della Salute, Roma
Dott.ssa Anna Ceccarelli, Facoltà di Economia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Prof. Americo Cicchetti, Facoltà di Economia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott.ssa Rossella Di Bidino, Unità di Valutazione delle Tecnologie, Policlinico Universitario "A. Gemelli", Roma
Dott. Costantino Gallo, Agenzia Regionale Socio Sanitaria del Veneto
Dott. Alessandro Ghirardini, Dipartimento della Qualità, Direzione Generale Programmazione Sanitaria dei Livelli di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema, Ufficio III, Ministero della Salute, Roma
Dott.ssa Maria Michela Gianino, Dipartimento di Sanità Pubblica e Microbiologia, Università degli Studi di Torino
Dott.ssa Silvia Longhi, Datamanager, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Prof. Vittorio Mapelli, Dipartimento di Sanità Pubblica, Microbiologia, Virologia, Università degli Studi di Milano
Dott. Daniele Mascia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Roma
Dott.ssa Federica Morandi, Università Cattolica del Sacro Cuore, Facoltà di Economia, Roma
Dott. Giuseppe Murolo, Dipartimento della Qualità, Direzione Generale Programmazione Sanitaria dei Livelli di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema, Ministero della Salute, Roma
Dott. Angelo Palmieri, Facoltà di Economia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott.ssa Piera Poletti, CEREF, Centro Ricerca e Formazione, Padova
Dott. Giampiero Rupolo, Agenzia Regionale Socio Sanitaria del Veneto
Dott.ssa Elena Tanfani, Dipartimento di Economia e Metodi Quantitativi, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Genova, Genova
Prof.ssa Angela Testi, Dipartimento di Economia e Metodi Quantitativi, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Genova, Genova
Dott. Vincenzo Vigiliano, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Assistenza territoriale

Prof. Francesco Auxilia, Dipartimento di Sanità Pubblica, Microbiologia, Virologia, Università degli Studi di Milano
Prof. Antonio Azara, Istituto di Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Sassari
Dott.ssa Caterina Bianchi, Istituto di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott. Enrico Brizioli, Direttore Generale Istituto di Riabilitazione S. Stefano, Brescia
Dott.ssa Anna Paola Cantù, Dipartimento di Sanità pubblica, Microbiologia e Virologia, Università degli Studi di Milano
Dott.ssa Carla Ceccolini, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli di assistenza e

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 601

dei Principi etici di sistema, Ministero della Salute, Roma
Dott. Claudio Coppo, Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Sezione di Igiene MPAO, Università degli Studi di Verona
Dott.ssa Rossella Curci, IRCCS S. Maria Nascente, Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS, Milano
Prof. Gianfranco Damiani, Istituto di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott. Antonio Giulio de Belvis, Istituto di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott. William Mantovani, Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Sezione di Igiene MPAO, Università degli Studi di Verona
Dott.ssa Laura Murianni, Coordinatrice, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott.ssa Cristiana Pasqualetto, Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Sezione di Igiene MPAO, Università degli Studi di Verona
Prof. Albino Poli, Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Sezione di Igiene MPAO, Università degli Studi di Verona
Dott. Vincenzo Pomo, Direttore sanitario dell'Area Programmazione e Assistenza Territoriale dell'Agenzia Regionale Sanitaria, Puglia
Dott.ssa Silvia Rinaldi, Istituto di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Prof. Gabriele Romano, Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Sezione di Igiene MPAO, Università degli Studi di Verona
Dott. Piero Superbi, Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Sezione di Igiene MPAO, Università degli Studi di Verona
Dott. Stefano Tardivo, Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Sezione di Igiene MPAO, Università degli Studi di Verona
Dott.ssa Barbara Tavola, KPMG, Società di consulenza dell'ASSR, Roma
Dott.ssa Silvia Veronese, Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Sezione di Igiene MPAO, Università degli Studi di Verona
Dott.ssa Tamara Zerman, Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Sezione di Igiene MPAO, Università degli Studi di Verona
Dott. Carlo Zocchetti, Direzione Generale Sanità, Regione Lombardia

Cure palliative

Dott.ssa Monica Beccaro, Coordinamento Regionale Cure Palliative, Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro, Genova
Dott. Massimo Costantini, Coordinamento Regionale Cure Palliative, Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro, Genova
Dott.ssa Maria Luisa Di Pietro, Associato di Bioetica, Presidente Nazionale Scienza & Vita, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma
Dott.ssa Maria Michela Gianino, Dipartimento di Sanità Pubblica e Microbiologia, Università degli Studi di Torino
Dott. Paolo Giorgi Rossi, Agenzia Sanità Pubblica, Regione Lazio, Roma
Dott. Luca Manfredini, Modulo funzionale di Assistenza Domiciliare e Day Hospital, Dipartimento di Ematologia e Oncologia Pediatrica, Istituto G. Gaslini, Genova
Dott. Carlo Peruselli, Direttore S.C. Cure Palliative ASL 12 Biella
Dott. Luca Sacripanti, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli di assistenza e dei Principi etici di sistema, Ministero della Salute, Roma
Dott. Marco Spizzichino, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli di assistenza e dei Principi etici di sistema, Ministero della Salute, Roma

Assistenza farmaceutica territoriale

Dott.ssa Elvira Agazio, Centro Nazionale Malattie Rare, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Claudia Biffoli, Direttore Sistema Informativo, Ministero della Salute, Roma
Dott. Mario Bruzzone, Agenzia Italiana del Farmaco, Roma
Sig. Gianluca Ferrari, Centro Nazionale Malattie Rare, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott. Pietro Folino Gallo, Agenzia Italiana del Farmaco, Roma
Dott.ssa Claudia Giannelli, Centro Nazionale Malattie Rare, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott. Felice Giordano, Centro Nazionale Malattie Rare, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Roberta Joppi, Servizio Farmaceutico Territoriale, Azienda ULSS 20 Verona
Dott.ssa Yllka Kodra, Centro Nazionale Malattie Rare, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott. Michele Lepucci di Paola, Dipartimento di biologia delle piante agrarie, Università degli Studi di Pisa
Dott. Luigi Mezzalira, Servizio Farmaceutico Territoriale, Azienda ULSS 20 Verona
Dott.ssa Simona Montilla, Agenzia Italiana del Farmaco, Roma
Dott.ssa Daniela Pierannunzio, Centro Nazionale Malattie Rare, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott. Riccardo Roni, Servizio farmaceutico, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Trento
Dott. Paolo Salerno, Centro Nazionale Malattie Rare, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Daniela Settesoldi, Agenzia Italiana del Farmaco, Centro Studi, Roma
Dott.ssa Domenica Taruscio, Centro Nazionale Malattie Rare, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 602

Dott.ssa Annalisa Trama, Centro Nazionale Malattie Rare, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Assistenza ospedaliera

Dott.ssa Rossella Agliata, Dipartimento di Epidemiologia e Prevenzione ASL NA 2, Napoli
Dott. Mauro Agnello, Asl Pavia
Dott. Giovanni Baglio, Laziosanità, Agenzia di Sanità Pubblica, Roma
Dott.ssa Milena Belletti, Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Alma Mater Studiorum Università degli Studi di Bologna
Prof.ssa Luisa Bellussi, Istituto di Otorinolaringoiatria, Università degli Studi di Siena
Dott.ssa Laura Cacciani, Laziosanità, Agenzia di Sanità Pubblica, Roma
Dott.ssa Paola Cacciatore, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli di assistenza e dei Principi etici di sistema, Ministero della Salute, Roma
Dott.ssa Rosetta Cardone, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli di assistenza e dei Principi etici di sistema, Ministero della Salute, Roma
Dott.ssa Carla Ceccolini, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli di assistenza e dei Principi etici di sistema, Ministero della Salute, Roma
Dott.ssa Susanna Ciampalini, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli di assistenza e dei Principi etici di sistema, Ministero della Salute, Roma
Prof. Cesare Cislaghi, Agenzia Regionale Toscana
Prof. Giuseppe Costa, Dipartimento di Sanità Pubblica e Microbiologia, Università degli Studi di Torino
Dott. Antonio Giulio de Belvis, Istituto di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Ing. Alberto De Negri, Kpmg Advisory, Milano
Dott. Riccardo Di Domenicantonio, Laziosanità, Agenzia di Sanità Pubblica, Roma
Prof.ssa Maria Pia Fantini, Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Alma Mater Studiorum Università degli Studi di Bologna
Dott. Alessandro Ghirardini, Dipartimento della Qualità, Direzione Generale Programmazione Sanitaria dei Livelli di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema, Ufficio III, Ministero della Salute, Roma
Dott. Mauro Ghisolfi, Centro di Collaborazione dell'OMS per l'Epidemiologia e l'Odontoiatria di Comunità, Università degli Studi di Milano
Ing. Pietro Granella, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli di assistenza e dei Principi etici di sistema, Ministero della Salute, Roma
Dott.ssa Gabriella Guasticchi, Laziosanità, Agenzia di Sanità Pubblica, Roma
Dott.ssa Maria Giuseppina La Falce, Direttore Ufficio X, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli di assistenza e dei Principi etici di sistema, Ministero della Salute, Roma
Dott.ssa Tania Landriscina, Servizio Sovrazonale di Epidemiologia, ASL 5 Piemonte
Dott. Giorgio Leomporra, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli di assistenza e dei Principi etici di sistema, Ministero della Salute, Roma
Prof. Giorgio Liguori, Cattedra di Igiene ed Epidemiologia, Università degli Studi di Napoli "Parthenope"
Dott.ssa Lucia Lispi, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli di assistenza e dei Principi etici di sistema, Ministero della Salute, Roma
Prof.ssa Paola Marchisio, Istituto di Pediatria, Università degli Studi, Milano
Dott. Sergio Marletta, Laziosanità, Agenzia di Sanità Pubblica, Roma
Dott.ssa Isabella Mastrobuono, Policlinico Tor Vergata, Roma
Dott. Enrico Materia, Laziosanità, Agenzia di Sanità Pubblica, Roma
Dott.ssa Federica Medici, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli di assistenza e dei Principi etici di sistema, Ministero della Salute, Roma
Dott. Gabriele Messina, Laboratorio di Programmazione e Organizzazione dei Servizi Sanitari, Università degli Studi di Siena, Sezione di Sanità Pubblica, Roma
Dott.ssa Laura Murianni, Coordinatrice, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott. Giuseppe Murolo, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli di assistenza e dei Principi etici di sistema, Ministero della Salute, Roma
Prof. Nicola Nante, Laboratorio di Programmazione e Organizzazione dei Servizi Sanitari, Sezione di Sanità Pubblica, Università degli Studi di Siena
Prof. Eugenio Pallestrini Istituto di Otorinolaringoiatria, Università degli Studi di Genova
Dott. Filippo Palumbo, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli di assistenza e dei Principi etici di sistema, Ministero della Salute, Roma
Dott. Antonino Parlato, Dipartimento di Epidemiologia e Prevenzione ASL NA 2, Napoli
Prof. Lodovico Perletti, Gruppo di Studio Pediatria Ospedaliera, Milano
Dott. Gianni Pieroni, Dipartimento di Medicina e di Sanità Pubblica, Alma Mater Studiorum Università degli Studi di Bologna
Dott. Aldo Rosano, Laziosanità, Agenzia di Sanità

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 603

Pubblica, Roma
Dott.ssa Lorenza Rossi, Laziosanità, Agenzia di Sanità Pubblica, Roma
Dott. Riccardo Salvatori, Laziosanità, Agenzia di Sanità Pubblica, Roma
Dott.ssa Gabriella Sebastiani, Istat, Servizio Struttura e Dinamica Sociale, Roma
Dott. Claudio Seraschi, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli di assistenza e dei Principi etici di sistema, Ministero della Salute, Roma
Dott.ssa Antonella Sferrazza, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott. Alessandro Solipaca, Istat, Sistema di Informazione Statistica sulla Disabilità, Roma
Dott. Amedeo Spagnolo, Istituto Italiano di Medicina Sociale, Roma
Dott. Daniele Spizzichino, Istat, Servizio Struttura e Dinamica Sociale, Roma
Prof.ssa Laura Strohmenger, Centro di Collaborazione dell'OMS per l'Epidemiologia e l'Odontoiatria di Comunità, Università degli Studi di Milano
Dott.ssa Francesca Vannoni, Istat, Ufficio Regionale Piemonte e Valle d'Aosta
Dott. Nicola Vigiani, Laboratorio di Programmazione e Organizzazione dei Servizi Sanitari, Università degli Studi di Siena, Sezione di Sanità Pubblica, Roma

Trapianti

Dott. Mario Caprio, Centro Nazionale Trapianti, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott. Dino Alberto Mattucci, Centro Nazionale Trapianti, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott. Alessandro Nanni Costa, Direttore del Centro Nazionale Trapianti, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Francesca Puoti, Centro Nazionale Trapianti, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott. Andrea Ricci, Centro Nazionale Trapianti, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Daniela Storani, Centro Nazionale Trapianti, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Manuela Trerotola, Centro Nazionale Trapianti, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Francesca Vespasiano, Centro Nazionale Trapianti, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Erica Villa, Centro Nazionale Trapianti, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Sintesi e Conclusioni del Rapporto Osservasalute 2007

Dott.ssa Laura Murianni, Coordinatrice, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Prof. Gualtiero Ricciardi, Direttore, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati

Dott. Federico Bruno, Dipartimento di Scienze Motorie e della Salute, Università degli Studi di Cassino
Prof. Flavia Carle, Centro di Epidemiologia Biostatistica e Informatica Medica, Università Politecnica delle Marche, Ancona
Dott.ssa *Alessandra Burgio*, Istat, Servizio Sanità e Assistenza, Roma
Prof.ssa Rosa Cristina Coppola, Dipartimento di Sanità Pubblica, Università degli Studi di Cagliari
Prof.ssa Viviana Egidi, "Sapienza" Università di Roma
Dott. Pietro Folino-Gallo, Agenzia Italiana del Farmaco, Roma
Prof. Giuseppe Gesano, Istituto di Ricerche sulla Popolazione e le Politiche Sociali, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Roma
Dott. Roberto Gnavi, ASL 5, Servizio di Epidemiologia di riferimento regionale, Regione Piemonte
Dott.ssa Lucia Lispi, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli di assistenza e dei Principi etici di sistema, Ministero della Salute, Roma
Dott.ssa Marzia Loghi, Istat, Servizio Sanità e Assistenza, Roma
Prof. Lamberto Manzoli, Università degli Studi "G. D'Annunzio", Chiet-Pescara
Dott. Luigi Minerba, Dipartimento di Sanità Pubblica, Università degli Studi di Cagliari
Prof. Pier Luigi Morosini, Salute Mentale, Istituto Superiore di Sanità
Dott. Gianni Pieroni, Dipartimento di Medicina e di Sanità Pubblica, Alma Mater Studiorum Università degli Studi di Bologna
Dott. Silvano Piffer, Agenzia Provinciale per i Servizi Sanitari, Osservatorio Epidemiologico, Provincia Autonoma di Trento
Dott.ssa Maria Grazia Pompa, Malattie Infettive e Profilassi Internazionale, Ministero della Salute, Roma
Dott. Alessandro Solipaca, Istat, Sistema di Informazione Statistica sulla Disabilità, Roma

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 604

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 605

Indice Generale

Premessa V

Organigramma
Coordinatori del rapporto VII
Coordinamento redazionale ed edizione web *www.osservasalute.it* VII
Staff Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane VII
Comitato assicurazione qualità dati e metodologie VII
Peer review commitee VII
Comitato di coordinamento VIII
Referenti Ragionali dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane VIII
Segreteria Scientifica dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane IX
Grafica GIS IX
Amministrazione e Controllo di gestione IX

PARTE PRIMA
Salute e bisogni della popolazione

Popolazione
Dinamica della popolazione 2
Indici della migratorietà 9
Indice di fecondità su dati di struttura 13
Struttura demografica della popolazione 18
Approfondimento - Gli effetti demografici della presenza degli stranieri 25

Sopravvivenza e mortalità per causa nelle regioni
Speranza di vita alla nascita, a 65 anni e 75 anni 28
Tasso di mortalità oltre l'anno 31
Tasso standardizzato di mortalità oltre l'anno di vita per causa (Rimando Rapporto Osservasalute 2006)
Approfondimento - Mortalità evitabile: per traumatismi e avvelenamenti: un'analisi per USL 33
Approfondimento - Le disuguaglianze sociali nella mortalità in Europa 39

Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione
Fumo:
Fumo 42
Approfondimento - Le disuguaglianze sociali nell'abitudine al fumo 45
Peso:
Sovrappeso e obesità 47
Eccesso di peso nella popolazione infantile e adolescenziale (Rimando Rapporto Osservasalute 2006)
Attività fisica 50
Alcol:
Consumo di alcol: il bere "a rischio" ed il *binge drinking* 53
Alimentazione:
Consumo di alimenti per tipologia 58
Approfondimento - Le tabelle di composizione degli alimenti, genesi, problematiche, uso 62
Box - Guadagnare salute: una nuova strategia per la prevenzione 65
Approfondimento - Le disuguaglianze sociali negli stili di vita 66

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 606

Copertura vaccinale:
Box - Indagine conoscitiva sulla presenza delle Anagrafi Vaccinali Informatizzate (AVI) 69
Copertura vaccinale della popolazione infantile 71
Copertura vaccinale antinfluenzale (Rimando Rapporto Osservasalute 2006)
Approfondimento - Vaccinazioni raccomandate: le disuguaglianze sociali 74
Screening:
Screening per i tumori femminili e del colon retto 75
Diffusione dei programmi di screening mammografico 76
Diffusione dei programmi di screening per il cervicocarcinoma uterino 78
Diffusione dei programmi di screening per il tumore del colon retto 80
Approfondimento - La comunicazione nei programmi organizzati di screening oncologico 81
Approfondimento - Diagnosi precoce per i tumori di mammella, collo dell'utero e colon retto: i risultati dell'indagine PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), 2005 83
Box - L'avvio del sistema di sorveglianza PASSI (Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia): il primo anno di attività 87
Approfondimento - Le disuguaglianze sociali nell'accesso agli screening per i tumori femminili 89

Incidenti
Incidenti stradali 92
Incidenti sul lavoro (Rimando Rapporto Osservasalute 2006)
Infortuni sul lavoro di lavoratori extracomunitari 95
Incidenti domestici 98
Approfondimento - Le disuguaglianze sociali nel rischio di infortuni sul lavoro 101

Ambiente
Disponibilità di acqua potabile 104
Grado di depurazione delle acque reflue 107
Rifiuti solidi urbani (produzione) 109
Rifiuti solidi urbani (gestione) 113
Approfondimento - Qualità dell'ambiente urbano e rifiuti 116
Inquinamento da Polveri fini (PM_{10}) (Rimando Rapporto Osservasalute 2006)
Inquinamento da Ozono (O_3) 120
Inquinamento da Benzene (C_6H_6) 129

Malattie cardiovascolari (Rimando Rapporto Osservasalute 2006) 135

Malattie metaboliche
Mortalità per diabete mellito (Rimando Rapporto Osservasalute 2006)
Dimissioni ospedaliere per diabete mellito 138
Box - I risultati nazionali dello studio QUADRI (QUalità dell'Assistenza alle persone Diabetiche nelle Regioni Italiane) 141
Box - La gestione integrata della malattia diabetica: il progetto IGEA 142

Malattie infettive
AIDS 146
Alcune infezioni a trasmissione sessuale (sifilide e gonorrea) 149
Alcune infezioni a trasmissione respiratoria (morbillo, varicella, scarlattina, rosolia, parotite, pertosse) 152
Legionellosi 158
Box - Legionellosi: l'esperienza della regione Marche 161
Approfondimento - Legionellosi associata a viaggi: *cluster* epidemici 163
Tubercolosi (Rimando Rapporto Osservasalute 2006)
Box - Interventi di controllo delle infezioni del sito operatorio: l'esperienza della regione Marche 166

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 607

Tumori

Distribuzione percentuale di nuovi casi e decessi per sede tumorale 172
Sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi per le diverse sedi tumorali 174
Approfondimento - Sviluppo delle politiche di *Cancer Control* in Europa 177
Approfondimento - Le disuguaglianze sociali nei tumori 178

Salute e disabilità

Persone con disabilità di 6 anni e oltre che vivono in famiglia 182
Speranza di vita libera da disabilità 184
Percezione dello stato di salute delle persone con disabilità 187
Ricorso all'assistenza domiciliare sanitaria delle famiglie con almeno una persona con disabilità 189
Ricorso all'assistenza domiciliare sociale delle famiglie per presenza di almeno una persona con disabilità 190
Spesa mensile sostenuta dalle famiglie per l'assistenza a persone con disabilità e anziani non autosufficienti 192
Giudizio delle risorse economiche delle famiglie con almeno una persona con disabilità 194
Beneficiari di pensioni in favore di persone con disabilità 196
Box - Potenzialità e limiti nella stima della prevalenza della disabilità in Trentino-Alto Adige sulla base delle certificazioni correnti 198
Approfondimento - Il progetto europeo MHADIE: misurare salute e disabilità in Europa in modo comune e coerente e supportare le politiche 201
Approfondimento - Le disuguaglianze sociali nella salute percepita, nelle malattie croniche riferite e nella disabilità 204

Salute mentale e dipendenze

Ospedalizzazione per disturbi psichici 210
Consumo di farmaci antidepressivi ed antipsicotici 213
Approfondimento - Lo studio PROGRES sulle strutture residenziali psichiatriche 216
Approfondimento - Spesa per l'ospedalizzazione di pazienti affetti da disturbi psichici 222
Utenza Servizi per le Tossicodipendenze (Sert) per sostanza primaria 225
Box - Osservatorio Epidemiologico Dipendenze della Regione Piemonte 228
Mortalità per abuso di stupefacenti 229
Approfondimento - Primi risultati dello studio multicentrico europeo EUDAP (*European Drug Addiction Prevention Program*) 232

Salute materno-infantile

Parti cesarei ed età materna 236
Box - Il taglio cesareo in Campania 239
Approfondimento - Il parto cesareo in Emilia–Romagna: riproducibilità delle informazioni ottenute attraverso SDO e CedAP 242
Approfondimento - Un primo tentativo di analisi dei parti cesarei attraverso le classi di Robson: limiti e potenzialità dei CeDAP 244
Abortività spontanea 251
Approfondimento - Natimortalità e abortività spontanea: definizioni e implicazioni epidemiologiche 254
Abortività volontaria 257
Approfondimento - Una stima dell'abortività volontaria ripetuta 261
Mortalità infantile e neonatale 265
Approfondimento - Indicatori sulla salute perinatale: un'analisi regionale alla luce dei Certificati Di Assistenza al Parto nel 2003 268
Approfondimento - L'assistenza ambulatoriale fornita alle donne in gravidanza dal Sistema Sanitario Regionale del Lazio 266
Approfondimento - Le disuguaglianze sociali nel settore materno-infantile 279
Box - Un Libro bianco sulla salute delle donne: analisi dello stato di salute e di assistenza nelle regioni italiane 281

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 608

Salute degli immigrati

Stranieri in Italia 284
Box - Gli stranieri e il mercato del lavoro 288
Nati da cittadini stranieri 290
Approfondimento - Nati stranieri per cittadinanza 294
Abortività volontaria per cittadinanza e luogo di nascita 296
Ospedalizzazione tra gli stranieri 299
Incidenza di AIDS tra gli stranieri 303
Incidenza della tubercolosi tra gli stranieri 306
Box - Accessi degli stranieri ai servizi di salute mentale nel Lazio 309
Mortalità tra gli stranieri 310
Box - La salute della popolazione cinese a Roma: primi risultati di una ricerca-azione realizzata presso il Poliambulatorio per immigrati della Caritas 317

PARTE SECONDA
Sistemi Sanitari Regionali e la qualità dei servizi

Assetto economico-finanziario

Spesa sanitaria in rapporto al PIL e spesa sanitaria pubblica pro capite 325
Disavanzo sanitario pubblico pro capite 329
Variazione utile/perdita d'esercizio nelle Aziende Sanitarie Locali e nelle Aziende Ospedaliere 331
Approfondimento - L'equilibrio economico dei Servizi Sanitari Regionali nel periodo 2002-2005 335
Rating 341
Approfondimento - Modelli di equità distributiva in base ai meccanismi regionali di allocazione delle risorse 344

Assetto istituzionale-organizzativo

Percentuale di posti letto in ospedali per classe di ampiezza (Rimando Rapporto Osservasalute 2006)
Personale amministrativo del Servizio Sanitario Nazionale 353
Quote di mercato 355
Nuove forme di organizzazione della medicina territoriale: l'associazionismo in medicina generale 359
Approfondimento - L'aziendalizzazione della sanità nei Rapporti OASI 2006 e 2007 363
Approfondimento - Indicatori di appropriatezza temporale (liste di attesa per ricoveri chirurgici di elezione) 370
Approfondimento - Diffusione del modello organizzativo dipartimentale nel Servizio Sanitario Nazionale: risultati di un'indagine empirica 375
Approfondimento - Coerenza intrinseca e *performance* dei Servizi Sanitari Regionali: una sintesi degli indicatori 379
Il Progetto Mattoni alcuni risultati:
Classificazione delle strutture 384

Assistenza territoriale

Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) 390
Approfondimento - La medicina generale ed il suo ruolo nella continuità assistenziale 393
Approfondimento - Popolazione anziana: area residenziale 398
Dimissioni ospedaliere potenzialmente evitabili per asma 404
Dimissioni ospedaliere potenzialmente evitabili per complicanze a lungo termine del diabete mellito 408
Box - Telemedicina: esperienze in regione Lombardia 412
Il Progetto Mattoni alcuni risultati:
Prestazioni residenziali e semi-residenziali 413
Assistenza primaria e prestazioni domiciliari 418
Classificazione delle prestazioni ambulatoriali 422

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 609

Cure palliative

Approfondimento - Le cure palliative 428
Box - Il modello organizzativo della Rete di Cure Palliative in Piemonte 433
Box - La Rete di Cure Palliative nell'ASL di Biella 434
Box - L'esperienza delle cure palliative pediatriche all'Istituto Giannina Gaslini di Genova 435
Box - I bisogni di cure palliative nei pazienti oncologici: la *survey* ISDOC (*Italian Survey of the Dying Of Cancer*) 436
Approfondimento - Morire di cancro: l'impatto socio-economico sulla famiglia e sul *caregiver*. Risultati dalla *survey* ISDOC (*Italian Survey of the Dying Of Cancer*) 439
Approfondimento - I luoghi di cura dei pazienti oncologici nei loro ultimi tre mesi di vita, la distribuzione e l'accesso ai servizi di cure palliative. Risultati dalla *survey* ISDOC (*Italian Survey of the Dying Of Cancer*) 442
Approfondimento - La comunicazione della diagnosi e della prognosi ai pazienti oncologici. Risultati dalla *survey* ISDOC (*Italian Survey of the Dying Of Cancer*) 447

Assistenza farmaceutica territoriale

Consumo territoriale di farmaci a carico del Servizio Sanitario Nazionale 454
Spesa farmaceutica territoriale lorda pro capite a carico del Servizio Sanitario Nazionale 457
Consumo e spesa dei farmaci a brevetto scaduto 460
Spesa pro capite per ticket e compartecipazione 463
Spesa farmaceutica privata pro capite pesata 465
Box - Tracciabilità del farmaco 467
Box - Commento ai dati della Provincia Autonoma di Trento 468
Box - Accesso ai farmaci ad alto costo: le modalità della regione Veneto 469
Box - EURORDIS *Rare Diseases in Europe* 471
Box - Registro Nazionale Malattie Rare 473
Box - Registro Nazionale Farmaci Orfani 475

Assistenza Ospedaliera

Dimissioni ospedaliere 481
Dimissioni ospedaliere per età e per tipologia di attività 484
Degenza media 489
Degenza media pre-operatoria nei ricoveri ordinari 491
Degenza media pre-operatoria per alcuni DRG in ricovero ordinario 494
Utilizzo del Day Hospital per DRG medici a rischio di inappropiatezza 498
Ricoveri di un giorno per DRG medici 503
Approfondimento - Valutazione della mobilità sanitaria per peso di DRG 506
Approfondimento - Impatto del documento Piano Nazionale per le Linee Guida sugli interventi di adenotonsillectomia 510
Approfondimento - Analisi della variabilità come strumento propedeutico alla definizione degli standard di quantità di prestazioni: l'esempio delle prestazioni ospedaliere di "Bypass aortocoronarico" e "Angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA)" 515
Approfondimento - Monitoraggio nazionale degli eventi sentinella: esperienza dopo 18 mesi di attività 519

Il Progetto Mattoni alcuni risultati:

Ospedali di riferimento 523
Box - Sistema Nazionale di Verifica e Controllo sull'Assistenza Sanitaria (SIVeAS) 526
Approfondimento - Salute orale e assistenza odontoiatrica 531
Approfondimento - Livello di istruzione e ospedalizzazione potenzialmente evitabile nel Lazio 533
Approfondimento - Ospedalizzazione evitabile e capitale sociale 536
Approfondimento - La soddisfazione per il Servizio Sanitario Pubblico 542
Approfondimento - Le disuguaglianze sociali nel ricorso ai servizi sanitari 547

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 610

Trapianti
Attività di donazione 550
Liste di attesa 555
Attività di trapianto 557
Valutazione degli esiti dei trapianti 559
Trapianto di cuore 560
Trapianto di fegato 562
Trapianto di rene 564
Trapianto di intestino 566
Trapianto di midollo osseo (trapianto di cellule staminali emopoietiche da donatore allogenico) 567

Sintesi e Conclusioni del Rapporto Osservasalute 2007
PARTE PRIMA - Salute e bisogni della popolazione 571
PARTE SECONDA - Sistemi Sanitari Regionali e qualità dei servizi 574
Alcune priorità secondo Osservasalute 576

Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati
Definizione degli Indicatori 577
Fonti dei dati 577
Classificazioni utilizzate 586
Misure per la costruzione degli Indicatori 587
Misure di precisione 591
Metodi per il confronto degli Indicatori 591
Metodi per la rappresentazione grafica 592
Avvertenze e cautele nella lettura dei dati 592

Autori 595

Indice Generale 605

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 611

Rapporto Osservasalute 07:01 prex 14-12-2007 18:36 Pagina 612

Finito di stampare
nel mese di Dicembre 2007
presso

FCM s.n.c.
Via Clerici, 69 - 20010 Marcallo con Casone (MI)
www.effeciemme.it