

Rapporto Osservasalute 2015 – Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane

2016-05-25 10:05:47 Redazione SI



Tiziana Sabetta, Marta Marino, Alessandro Solipaca

Le differenti scelte programmatiche a livello regionale, l'organizzazione e la gestione dei servizi sanitari basata su scenari finanziari in molti casi problematici, determinano una eterogeneità che influisce sia sulla qualità dell'offerta dei servizi erogati che sull'equità dell'accesso. Le regioni più in difficoltà sono ancora le regioni del Meridione e lo scenario è certamente aggravato dalle ripercussioni della crisi economica principalmente sugli stili di vita e, quindi, sulla qualità di vita dei cittadini, soprattutto di quelli meno abbienti.

I dati analizzati nel Rapporto Osservasalute 2015, analogamente agli anni passati, evidenziano come lo stato di salute degli italiani sia complessivamente buono anche se gli effetti del processo di invecchiamento continuano a manifestarsi riflettendosi sul numero di malati cronici e, in generale, sui bisogni di salute che si traducono in domanda di assistenza.

Inoltre, sebbene in lieve diminuzione la percentuale di soggetti con stili di vita non salutari (abitudine al fumo, consumo di alcol e sedentarietà), emerge chiaramente la necessità di incentivare l'offerta e l'adesione ad attività di prevenzione primaria e secondaria, quali vaccinazioni e screening, e le politiche socio-sanitarie *ad hoc* in grado di fronteggiare i bisogni sanitari di una popolazione sempre più "vecchia" ed affetta da più patologie contemporaneamente.

Permangono negli ambiti indagati, spesso intensificandosi, le differenze tra macroaree geografiche, tra singole regioni e tra uomini e donne. Le differenti scelte programmatiche a livello regionale, l'organizzazione e la gestione dei servizi sanitari basata su scenari finanziari in molti casi problematici, determinano, infatti, una eterogeneità che influisce sia sulla qualità dell'offerta dei servizi erogati che sull'equità dell'accesso. Le regioni più in difficoltà sono ancora le regioni del Meridione e lo scenario è certamente aggravato dalle ripercussioni della crisi economica principalmente sugli stili di vita e, quindi, sulla qualità di vita dei cittadini, soprattutto di quelli meno abbienti.

L'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane monitora, dal 2003, lo stato di salute della popolazione italiana e l'impatto dei determinanti organizzativi e gestionali su cui si fondano, ad oggi, i Servizi Sanitari Regionali. Il Rapporto è suddiviso in due parti: la prima è dedicata a tematiche riguardanti la salute ed i bisogni della popolazione e la seconda ai Sistemi Sanitari Regionali ed alla qualità dei servizi offerti.

L'obiettivo è di raccogliere dati oggettivi e scientificamente rigorosi e di metterli a disposizione della comunità scientifica nazionale ed internazionale e dei decisori, affinché possano adottare azioni tempestive e razionali per migliorare la salute e soddisfare i bisogni delle popolazioni di riferimento.

Di seguito, alcuni risultati evidenziati dall'analisi delle diverse aree tematiche trattate.

Aspetti demografici

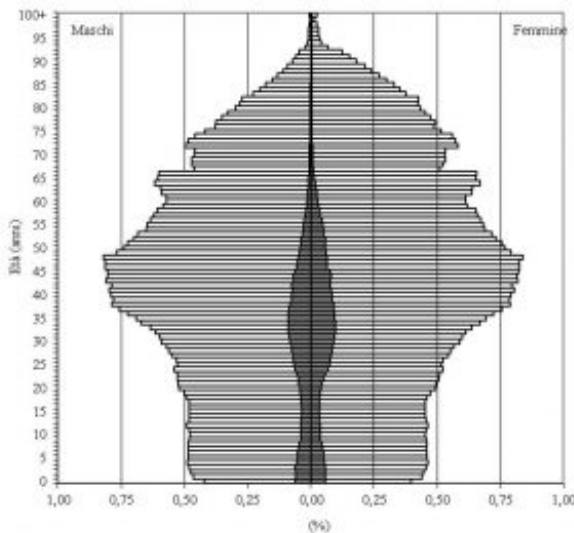
Lo studio della struttura per età della popolazione rappresenta un aspetto centrale per la programmazione delle *policies* e degli interventi nel settore sanitario, visto che moltissimi fenomeni legati ai bisogni di salute sono correlati, o direttamente influenzati, dalla struttura per età della popolazione.

Continuano a manifestarsi gli effetti del processo di invecchiamento della popolazione ed appaiono evidenti sia quando si considera la piramide della popolazione per età, genere e cittadinanza che quando si analizzano i diversi contingenti che compongono la popolazione anziana nel suo complesso ("giovani anziani", "anziani" e "grandi vecchi"). Dalle analisi emergono, inoltre, marcate differenze territoriali che vedono alcune aree del Paese maggiormente coinvolte nel processo di invecchiamento: ad un estremo la Liguria, regione che ormai da anni detiene il record di regione "più vecchia" d'Italia, all'altro la Campania, dove il processo di invecchiamento della popolazione si trova in uno stadio relativamente meno avanzato, grazie all'alta natalità che ha caratterizzato questa regione fino a pochi anni fa.

Per quanto riguarda il rapporto tra generi (ossia il rapporto tra il numero di uomini e quello di donne) si evidenzia come, nelle età più avanzate, questo sia fortemente sbilanciato a favore delle donne che godono di una sopravvivenza più elevata.

Inoltre, la popolazione ultracentenaria continua ad aumentare sia in termini assoluti che relativi. Al 1 gennaio 2015 più di tre residenti su 10.000 hanno 100 anni ed oltre. In questo segmento di popolazione le donne sono estremamente più numerose.

Figura 1. Piramide dell'età (anni) per genere (valori percentuali): italiani e stranieri in Italia – Situazione al 1 gennaio 2014



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Nota: all'interno della piramide, con il colore più scuro, è rappresentata la popolazione residente straniera.

Sopravvivenza e mortalità

Nel 2014, la speranza di vita alla nascita è pari a 80,3 anni per gli uomini e 85,0 anni per le donne. Il dato conferma l'andamento degli ultimi anni che evidenzia un incremento più favorevole tra gli uomini, pur in presenza di un'aspettativa di vita ancora superiore per le donne. La distanza tra i due generi è, infatti, pari a +4,7 anni a favore delle donne, contro i +5,0 anni del 2010.

Nella PA di Trento si riscontra, sia per gli uomini che per le donne, la maggiore longevità (rispettivamente, 81,3 anni e 86,1 anni). La Campania, invece, è la regione dove la speranza di vita alla nascita è più bassa,

78,5 anni per gli uomini e 83,3 anni per le donne.

Per quanto riguarda la mortalità, dai dati del 2012, le cause più frequenti sono le malattie ischemiche del cuore, responsabili da sole di 75.098 morti (poco più del 12% del totale dei decessi). Seguono le malattie cerebrovascolari (61.255 morti, pari a quasi il 10% del totale) e le altre malattie del cuore non di origine ischemica (48.384 morti, pari a circa l'8% del totale). La quarta causa più frequente è rappresentata dai tumori maligni di trachea, bronchi e polmoni, che negli uomini determina 24.885 decessi (2° causa di morte), il triplo di quelli osservati nelle donne (10° causa di morte). I decessi dovuti a malattie ipertensive (20.367), nonché a demenza e malattia di Alzheimer (18.226), causano tra le donne il doppio dei decessi osservati tra gli uomini.

La situazione territoriale mostra, comunque, una evidente eterogeneità geografica. Infatti, i tumori maligni di trachea, bronchi e polmoni, la demenza, la malattia di Alzheimer e l'influenza e la polmonite mostrano una importanza relativa maggiore nelle aree settentrionali, mentre nell'area meridionale la maggiore rilevanza in termini relativi si riscontra per i decessi per diabete e malattie ipertensive.

Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione

Fumo – Nel 2014, la quota di fumatori tra la popolazione di 14 anni ed oltre è pari al 19,5%. Si continua a registrare, come già segnalato nel 2013, una lieve diminuzione. Lo studio della prevalenza degli ex-fumatori evidenzia un andamento non lineare. Si registra, infatti, un valore di 22,6% nel 2014 che risulta inferiore rispetto al 23,3% del 2013 ed uguale al valore registrato nel 2012.

L'analisi per le ripartizioni geografiche considerate (Nord-Ovest, Nord-Est, Centro, Sud ed Isole) evidenzia come siano le regioni del Nord-Est quelle con la più alta prevalenza di ex-fumatori, mentre le regioni del Sud quelle in cui la prevalenza è più bassa (17,1%).

Ancora molto elevata la differenza tra uomini e donne rispetto a coloro che dichiarano di fumare sigarette (si mantiene la differenza evidenziata negli anni precedenti di quasi 10 punti percentuali: 14,8% di donne di 14 anni ed oltre dichiara di fumare sigarette rispetto al 24,5% di uomini di pari età) o tra gli ex-fumatori (30,4% uomini vs 15,3% donne).

Le fasce di età che risultano più critiche, sia per gli uomini che per le donne sono, nel 2014, quella dei giovani tra i 20-24 e 25-34 anni in cui, rispettivamente, il 28,8% e 33,5% degli uomini e il 20,5% e il 19,3% delle donne si dichiarano fumatori.

Alcol – La prevalenza degli astemi e degli astinenti degli ultimi 12 mesi è pari, nel 2014, al 35,6% ed è rimasta stabile rispetto al 2013 (34,9%). Si registra un aumento della percentuale di non consumatori rispetto al 2013, principalmente in Toscana (+5,2 punti percentuali), ed una diminuzione soprattutto in Piemonte (-3,0 punti percentuali) ed in Friuli Venezia Giulia (-3,2 punti percentuali).

Consumo di alimenti – Le Linee Guida per una sana alimentazione assegnano un ruolo centrale alla varietà di alimenti e, tra i diversi gruppi alimentari, Verdura, Ortaggi e Frutta (VOF) spiccano per le forti evidenze di associazione con la riduzione del rischio di malattie cardiovascolari e, più in generale, per la loro capacità di veicolare le sostanze antiossidanti all'interno dell'organismo umano.

Nel 2014, circa tre quarti della popolazione di 3 anni ed oltre dichiara di consumare, giornalmente, frutta (73,6%); meno diffuso il consumo di verdura (52,1%) e di ortaggi (45,5%). I consumi giornalieri di verdura ed ortaggi sono più diffusi nelle regioni del Nord e del Centro, mentre al Meridione si osservano prevalenze più elevate nel consumo giornaliero di frutta.

In tutte le regioni, il consumo di VOF più diffuso è sempre al di sotto del benchmark delle 5 porzioni e si attesta tra le 2-4 porzioni. Nel quadro generale, l'andamento nel tempo dell'indicatore "consumo di 5 porzioni e più al giorno di Verdura, Ortaggi e Frutta", negli anni 2005-2014, mostra valori in diminuzione.

Sovrappeso ed obesità – In Italia, nel 2014, più di un terzo della popolazione adulta (36,2%) è in sovrappeso, mentre poco più di una persona su dieci è obesa (10,2%): complessivamente, il 46,4% dei soggetti di età ≥18 anni è in eccesso ponderale.

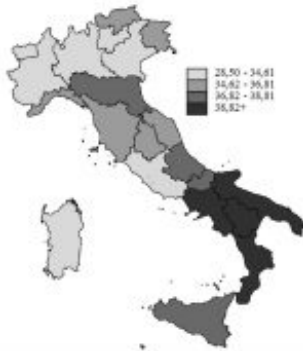
Nel confronto interregionale, si conferma il gradiente Nord-Sud ed Isole: le regioni meridionali presentano la prevalenza più alta di persone di età 18 anni ed oltre, obese (Molise 14,6%, Abruzzo 13,1% e Puglia 11,9%) ed in sovrappeso (Campania 41,5%, Calabria 39,6% e Puglia 39,4%) rispetto alle regioni

settentrionali (obesità: PA di Trento 7,5% e PA di Bolzano 8,1%; sovrappeso: PA di Trento 28,5% e Valle d'Aosta 31,5%).

Analizzando i dati per specifiche fasce di età, emerge che la percentuale di popolazione in condizione di eccesso ponderale cresce all'aumentare dell'età: il sovrappeso passa dal 14,9% della fascia di età 18-24 anni al 46,5% della fascia di età 65-74 anni; l'obesità dal 2,4% al 15,7% per le stesse fasce di età. Emergono forti differenze di genere: il sovrappeso è più diffuso tra gli uomini che tra le donne (44,8% vs 28,2%), così come l'obesità (10,8% vs 9,7%).

La fascia di età in cui si registrano le maggiori percentuali è, per entrambi i generi, quella tra i 65-74 anni.

Figura 2. Prevalenza (valori percentuali) di persone di 18 anni ed oltre in sovrappeso per regione – Anno 2014



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Figura 3. Prevalenza (valori percentuali) di persone di 18 anni ed oltre obese per regione – Anno 2014



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Attività fisica – Nel 2014, in Italia, le persone di 3 anni ed oltre che dichiarano di praticare uno o più sport nel tempo libero sono il 31,6% della popolazione, pari a circa 18 milioni e 500 mila. Tra questi, il 23,0% si dedica allo sport in modo continuativo e l'8,6% in modo saltuario.

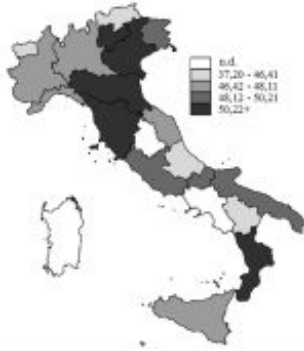
Coloro che, pur non praticando uno sport svolgono un'attività fisica, sono il 28,2% della popolazione, mentre i sedentari sono circa 23 milioni e 500 mila, pari al 39,9%.

Con l'aumentare dell'età diminuisce l'interesse per lo sport (continuativo o saltuario), mentre aumenta quello per l'attività fisica. L'analisi di genere mostra delle forti differenze in tutte le fasce di età, ad eccezione dei giovanissimi (3-5 anni), con livelli di pratica sportiva molto più alti fra gli uomini (uomini: il 27,1% pratica sport con continuità e il 10,3% lo pratica saltuariamente; donne: 19,2% e 7,0%, rispettivamente). La quota di sedentari è maggiore tra le donne (44,1% vs 35,5%).

Copertura vaccinale antinfluenzale – La copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione generale si attesta, nella stagione 2014-2015, al 13,6%, con lievi differenze regionali, ma senza un vero e proprio gradiente geografico. Nei bambini e nei giovani adulti i tassi di copertura, a livello nazionale, non superano l'1,8% nelle diverse classi di età considerate. Si registra, invece, un valore più alto, pari al 7,2%, per la classe di età 45-64 anni. Negli anziani ultra 65enni la copertura antinfluenzale in nessuna regione

raggiunge i valori considerati minimi (75%) e ottimali (95%) dal Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale. Nell'arco temporale 2003-2004/2014-2015, per quanto riguarda la copertura vaccinale degli ultra 65enni, si è registrata una diminuzione, a livello nazionale, pari al 22,7%.

Figura 4. Tasso (specifico per 100) di copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione di età 65 anni ed oltre per regione – Stagione 2014-2015



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Screening oncologici – Il sistema “Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia” (PASSI) rileva informazioni sulla copertura degli screening, inseriti nei programmi organizzati dalle Aziende Sanitarie Locali (ASL) oppure su iniziativa personale, sui fattori predittivi della pratica dello screening e sull'attività di promozione.

Secondo i dati PASSI, per la mammografia a scopo preventivo, a livello nazionale e nel periodo 2011-2014, il 51% della popolazione *target* femminile ha aderito ai programmi offerti dalle ASL, mentre il 19% ha effettuato l'esame, nei tempi raccomandati, su iniziativa spontanea. Si evidenziano differenze territoriali legate alla quota di donne che aderisce ai programmi organizzati (la quota più rilevante), con gradiente Nord-Sud ed Isole; rispetto a questa, risulta speculare la geografia dello screening mammografico spontaneo con valori più bassi al Nord (16%) e maggiori al Centro-Sud ed Isole (21%).

Nel periodo 2011-2014, il 42% della popolazione *target* femminile si sottopone a screening per il tumore della cervice uterina (Pap test e/o *Human Papilloma Virus* test) aderendo ai programmi offerti dalle ASL, mentre il 37% vi si sottopone su iniziativa spontanea. Si notano differenze geografiche fra lo screening nell'ambito di programmi organizzati e lo screening spontaneo (49% vs 37% nel Nord, 46% vs 39% nel Centro e 32% vs 34% nel Meridione). Dal 2008 al 2014 cresce, in tutto il Paese, la copertura dello screening per il tumore della cervice uterina organizzato, mentre resta stabile o diminuisce significativamente nelle regioni del Nord (-9,4%) quella dello screening spontaneo.

Riguardo allo screening per il tumore del colon-retto, la copertura nazionale è molto lontana dall'atteso: solo il 41% della popolazione *target* riferisce di essersi sottoposta, a scopo preventivo, ad uno degli esami per la diagnosi precoce dei tumori coloretali. Forte il gradiente geografico Nord-Sud ed Isole, con percentuali di copertura del 64% al Nord, 43% al Centro e 19% al Sud ed Isole. Nel tempo si registra una crescita lenta, ma significativa in tutto il Paese: dal 2010 al 2014, la quota di persone che si sottopone a screening per il tumore del colonretto a scopo preventivo, secondo le Linee Guida, è cresciuta, mediamente, del 7,9% (+11,7% al Nord, +8,8% al Centro e +7,5% al Sud ed Isole).

Incidenti

Nel 2014, in Italia, gli incidenti stradali con lesioni a persone sono stati 177.031 ed hanno causato 3.381 morti (entro il 30° giorno) e 251.147 feriti con lesioni di diversa gravità. Rispetto al 2013, si riscontra una diminuzione del numero degli incidenti con lesioni a persone (-2,5%) e del numero dei morti (-0,6%) e feriti (-2,7%). Il numero di morti è diminuito, nel 2014, del 52,4% rispetto al 2001. I tassi standardizzati di mortalità sono nettamente superiori per il genere maschile rispetto al genere femminile (0,91 vs 0,22 per 10.000).

Analizzando gli infortuni e la mortalità sul lavoro nel periodo 2010-2014, si osserva un calo significativo di oltre il 25% del tasso di incidenza (4.292,8 vs 3.277,0 per 100.000 addetti). Le regioni del Nord presentano, in generale, i valori più elevati, mentre le regioni del Mezzogiorno, fatta eccezione per Abruzzo e Puglia, presentano tassi di incidentalità più bassi. Per quanto riguarda i tassi di mortalità per

infortuni sul lavoro, il valore più elevato si registra in Basilicata (20,54 per 100.000), mentre il tasso minimo in Valle d'Aosta (2,15 per 100.000).

Per quanto riguarda gli incidenti domestici, essi hanno coinvolto, nel 2014, 688 mila persone (11,3 per 1.000). Le donne sono le più colpite (quasi il 70% di tutti gli incidenti), con un quoziente di infortuni del 15,4 (per 1.000). Hanno subito almeno un incidente domestico oltre 27 anziani *over* 74 anni (per 1.000) e 9,4 bambini di età <6 anni (per 1.000). Relativamente alle differenze territoriali non si evidenzia alcun gradiente.

Malattie cardio e cerebrovascolari

Le malattie cardiovascolari costituiscono ancora oggi, in Italia, uno dei più importanti problemi di salute pubblica, sia in termini di numero di decessi e di disabilità indotta, sia per l'impatto che queste hanno sulla qualità della vita e sui costi economici e sociali. In questa classe di patologie rientrano le malattie ischemiche del cuore che causano un elevato tasso di ospedalizzazione, in particolare tra gli uomini. Infatti, nel 2014, il tasso di ricovero per queste patologie è pari a 892,4 per 100.000 uomini (donne: 315,2 per 100.000). Stesse differenze di genere si riscontrano per l'infarto acuto, pari a 374,5 ricoveri per 100.000 uomini vs 150,9 ricoveri per 100.000 donne, e per le altre forme acute e subacute di ischemia cardiaca, pari a 521,8 ricoveri per 100.000 uomini vs 200,6 ricoveri per 100.000 donne.

Un dato incoraggiante è che, tra il 2011 ed il 2014, si continua a registrare, come negli anni precedenti, una diminuzione dei tassi di ospedalizzazione sia per le malattie ischemiche del cuore nel loro complesso sia per l'infarto miocardico acuto.

Malattie metaboliche

Il diabete mellito è una delle patologie croniche più diffuse in tutto il mondo, rappresentando uno dei maggiori problemi di salute con una richiesta di risorse sempre maggiore.

In merito all'ospedalizzazione in regime di Ricovero Ordinario (RO) e di Day Hospital (DH), nel 2014, come evidenziato negli anni precedenti, i tassi standardizzati risultano maggiori nel Sud e nelle Isole. Il tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere in regime di RO più elevato si registra in Molise (89,76 per 10.000), seguito da Puglia (88,85 per 10.000) e Campania (83,01 per 10.000). Considerando il regime di DH, invece, i valori più alti si osservano in Molise (23,12 per 10.000) e Campania (17,57 per 10.000). Dal confronto dei dati 2005-2014, a livello nazionale, si evidenzia una costante diminuzione del tasso medio di dimissione per tutti i regimi di ricovero (da 92,21 a 66,94 per 10.000). Inoltre, per entrambe le tipologie di ricovero si conferma che i tassi standardizzati di dimissione ospedaliera sono maggiori negli uomini.

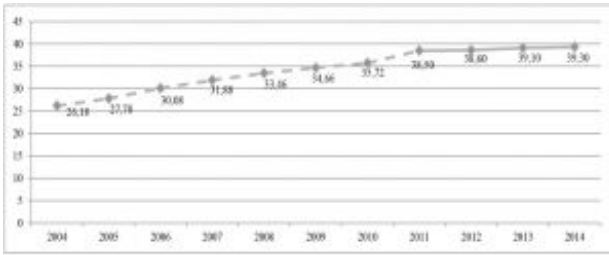
I dati di mortalità relativi all'anno 2012 e stratificati per regione e genere, evidenziano che i tassi più elevati si osservano, per entrambi i generi, in due regioni meridionali: per gli uomini in Sicilia (5,50 per 10.000) seguita dalla Campania (4,72 per 10.000), mentre per le donne in Campania (4,83 per 10.000) seguita dalla Sicilia (4,65 per 10.000). Dal confronto con l'anno precedente risulta evidente un gradiente geografico a svantaggio del Meridione ed un maggiore coinvolgimento delle fasce di età avanzate.

Salute mentale e dipendenze

Relativamente al consumo di farmaci antidepressivi, dopo l'aumento costante registrato nel decennio 2001-2011, il volume prescrittivo sembrava aver raggiunto nel 2012 una fase di stabilità (38,50 Dosi Definite Giornaliere-DDD/1.000 ab die nel 2011; 38,60 DDD/1.000 ab die nel 2012), mentre, in realtà, nel biennio successivo si è registrato un nuovo incremento (39,10 DDD/1.000 ab die nel 2013; 39,30 DDD/1.000 ab die nel 2014). Il trend in aumento può essere attribuibile a diversi fattori tra i quali, ad esempio, l'arricchimento della classe farmacologica di nuovi principi attivi utilizzati anche per il controllo di disturbi psichiatrici non strettamente depressivi (come i disturbi di ansia), la riduzione della stigmatizzazione delle problematiche depressive e l'aumento dell'attenzione del Medico di Medicina Generale nei confronti della patologia. I consumi più elevati, nell'anno 2014, si sono avuti in Toscana, nella PA di Bolzano, in Liguria, in Emilia-Romagna e in Umbria, mentre i consumi minori in Basilicata, Campania, Puglia e Sicilia. Il Lazio e l'Umbria sono le 2 regioni che hanno registrato il maggiore calo dei consumi nell'ultimo anno.

Figura 5. Trend nazionale del consumo (DDD/1.000 ab die) di farmaci antidepressivi pesato per

età – Anni 2004-2014



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Salute materno-infantile

La salute materno-infantile rappresenta una parte importante della salute pubblica poiché la gravidanza, il parto e il puerperio sono, in Italia, la prima causa di ricovero femminile.

Il ricorso al Taglio Cesareo (TC) resta elevato nonostante la continua lieve riduzione osservata negli ultimi anni, attribuibile per lo più alla riduzione dei TC primari. La quota totale dei parti con TC si riduce dal 37,76% al 36,05% tra il 2011-2014. Permane il gradiente Nord-Sud ed Isole, che vede i valori più elevati di TC in Campania (62,20%), Molise (45,43%) e Sicilia (43,92%). Il valore minimo si registra in Friuli Venezia Giulia (23,92%). Nonostante l'età non sia un'indicazione assoluta per effettuare un TC, è un dato di fatto che all'aumentare dell'età aumenta la probabilità di partorire con TC.

In riferimento all'Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) l'Italia mostra valori tra i più bassi tra i Paesi a Sviluppo Avanzato. Il numero di IVG notificate nel 2013 risulta pari a 100.342, in calo rispetto al 2012 (103.191 casi). Nel 2013, il tasso di abortività continua a decrescere (7,1 casi ogni 1.000 donne di età 15-49 anni) in tutte le classi di età. Le regioni che presentano i valori più elevati del tasso standardizzato rispetto al dato nazionale sono la Liguria, il Piemonte, la Valle d'Aosta e l'Emilia-Romagna, mentre valori più bassi si osservano per la PA di Bolzano, il Veneto, la Sardegna e la Basilicata. Le classi di età più giovani (20-24, 25-29 e 30-34 anni) presentano i livelli più elevati del tasso, tutti oltre gli 11 casi per 1.000 donne a livello nazionale.

Nel 2013, inoltre, resta molto elevato il ricorso all'anestesia generale (76,6%), anche se in diminuzione rispetto al 2012 (80,1%). Il ricorso all'anestesia locale per effettuare l'IVG è la pratica più raccomandata a livello internazionale, ma in Italia, però, nel 2013 è stata utilizzata mediamente solo nel 5,6% dei casi, risultando anche in diminuzione rispetto all'anno precedente. Solo 3 regioni superano la soglia del 10%: Marche (42,9%), Lazio (13,8%) e Toscana (10,5%). A livello nazionale, il 14,6% di IVG vengono effettuate dopo un'attesa >21 giorni, con una rilevante variabilità territoriale. Nel 2013, inoltre, la percentuale di ginecologi obiettori risulta pari al 70,0%, senza sostanziali differenze rispetto al 2012 (69,6%).

Figura 6. Tasso (standardizzato per 1.000) di abortività volontaria per regione – Anno 2013



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Assetto economico-finanziario

Nel 2014, la spesa sanitaria pubblica pro capite, in Italia, è di 1.817€, del tutto in linea con il valore dell'anno precedente, segnando così un arresto del trend in diminuzione dal 2010. La spesa pro capite più alta si registra in Molise (2.226€) e la più bassa in Campania (1.689€). La distribuzione fra le regioni si

presenta disomogenea senza, però, un netto gradiente Nord-Sud ed Isole.

Nel 2014, il disavanzo sanitario nazionale, calcolato con la metodologia della Ragioneria Generale dello Stato (ossia escludendo dai ricavi le “risorse aggiuntive da bilancio regionale” e sottraendo dai risultati consolidati regionali gli eventuali utili conseguiti da singole aziende), ammonta a circa 864 milioni di euro, in chiara diminuzione rispetto al 2013 (1,744 miliardi di euro).

Si conferma, ancora una volta, il trend di sistematica riduzione che si è registrato, per ogni anno, a partire dal 2005.

Assetto istituzionale-organizzativo

Il Capitolo affronta l'organizzazione dei Servizi Sanitari Regionali con riguardo a due aspetti: quello dell'efficienza amministrativa e quello delle risorse umane.

Riguardo all'efficienza, viene considerato un aspetto particolare legato ai tempi medi di pagamento (*Days of Sales Outstanding*) delle strutture sanitarie pubbliche. Questo indicatore, utilizzato per la prima volta nel Rapporto Osservasalute, può essere considerato una *proxy* dell'efficienza amministrativa delle Aziende Sanitarie. A livello nazionale, i tempi medi di pagamento delle strutture sanitarie pubbliche sono passati da 300 giorni nel 2011 a 195 giorni del 2014, con una riduzione del 35%. Tuttavia, sebbene la situazione sia nettamente migliorata nel quadriennio preso in analisi, i tempi medi di pagamento delle strutture sanitarie pubbliche si discostano ancora molto da quanto prescritto dalla normativa vigente (D. Lgs. n. 192/2012).

Riguardo alle risorse di personale del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), nel 2013, la spesa ammonta a 35,169 miliardi di euro e registra un decremento dell'1,4% medio annuo (-4,1% assoluto) nel periodo 2010-2013. La diminuzione della spesa è, sostanzialmente, il risultato delle politiche di blocco del *turnover* attuate dalle regioni sotto Piano di Rientro e delle misure di contenimento della spesa per il personale portate avanti autonomamente dalle altre regioni.

Assistenza territoriale

A livello nazionale, nel corso del 2013, sono stati assistiti, complessivamente, al proprio domicilio 732.780 pazienti. Il numero di pazienti trattati in ADI è in continua crescita, attestandosi ad un valore pari a 1.217 casi (per 100.000), con un incremento del 14,17% rispetto al 2012.

Permane, dal confronto con gli anni precedenti, una notevole variabilità regionale. Si va, infatti, da un tasso minimo di 146 persone (per 100.000) che hanno iniziato il trattamento di ADI della PA di Bolzano ad un valore massimo di 2.850 (per 100.000) dell'Emilia-Romagna, cui seguono Toscana e Friuli Venezia Giulia (2.834 e 2.182 per 100.000, rispettivamente).

Il numero di anziani trattati in ADI riferito alla stessa popolazione anziana residente mostra la consueta variabilità regionale, passando da 3,3 casi (per 1.000) nella Valle d'Aosta a 111,4 (per 1.000) casi in Toscana.

Per quanto riguarda il numero di ADI rivolte ai pazienti terminali, si evidenzia come nelle regioni del Nord vi sia il tasso più elevato (125,9 per 100.000) rispetto alle regioni del Sud ed Isole e del Centro (rispettivamente, 111,2 e 93,2 per 100.000). Rispetto al 2012, tali valori permangono in aumento per le regioni del Nord e del Meridione (rispettivamente, + 41,8% e +7,6%), mentre si registra una ulteriore sensibile flessione per le regioni del Centro (-10,0%).

Assistenza farmaceutica territoriale

L'andamento del consumo di farmaci a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) rispetto all'anno precedente non è omogeneo tra le regioni: si assiste ad una riduzione dei consumi in Veneto (-1,4%), Liguria (-2,1%) e Sicilia (-2,5%), mentre si registra un aumento in Molise (5,7%), Calabria (4,0%) e Campania (3,9%). Il consumo sul territorio oscilla tra il valore massimo di 1.192 e 1.188 Dosi Definite Giornaliere-DDD/1.000 ab die, rispettivamente, della Calabria e del Lazio a quello di 879 (DDD/1.000 ab die) della Liguria e di 948 (DDD/1.000 ab die) del Veneto.

Relativamente alla spesa farmaceutica territoriale a carico del Servizio Sanitario Nazionale, nel 2014, si è registrata una diminuzione del 3,9% rispetto al 2013 e del 14,1% rispetto al 2001. Le regioni con la spesa più elevata sono la Campania, la Puglia, la Calabria e la Sicilia, mentre le regioni con il valore più basso

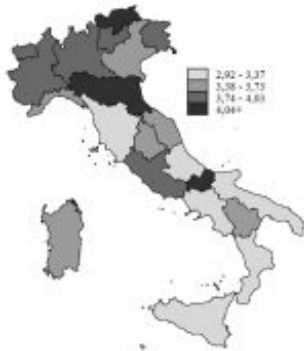
sono l'Emilia-Romagna con 139,20€ pro capite e la Toscana con 143,70€ pro capite. Nell'arco temporale 2001-2014, tutte le regioni hanno registrato una riduzione della spesa lorda pro capite con una riduzione, a livello nazionale, del 14,1% (da 209,90€ a 180,40€).

Assistenza ospedaliera

La struttura dell'offerta è stata valutata tramite l'analisi della dotazione regionale dei Posti Letto (PL) ospedalieri per tipologia di attività e regime di ricovero. I dati, relativi al 1 gennaio 2014, hanno rilevato una dotazione di 3,63 PL (per 1.000 residenti), di cui 3,04 PL (per 1.000) per acuti, 0,15 PL (per 1.000) per lungodegenza e 0,43 PL (per 1.000) per riabilitazione. La dotazione di PL complessiva ha subito un lieve calo rispetto al 3,74 PL per 1.000 del 2013 ed ha raggiunto un valore inferiore all'obiettivo normativo di 3,70 PL per 1.000. Tale riduzione ha interessato, quasi esclusivamente, la componente per acuti. I dati presentano un marcato gradiente geografico con una dotazione di PL superiore al valore nazionale e allo standard in tutte le regioni del Nord e del Centro, ad eccezione di Toscana e Umbria, mentre si registra un tasso di PL inferiore al dato nazionale nel Meridione, ad eccezione del Molise.

Per la dimensione dell'appropriatezza clinica e organizzativa, la percentuale di interventi per frattura di femore eseguiti entro 2 giorni dal ricovero ha registrato un netto incremento, passando dal 35,1% del 2010 al 54,9% del 2014 mostrando un aumento di quasi 5,0 punti percentuali solo nell'ultimo anno. Nonostante questo buon risultato i valori registrati rimangono lontani dagli obiettivi indicati dalle Linee Guida internazionali e raggiunti in altri Paesi, in particolare del Nord Europa. Si conferma, inoltre, la forte variabilità regionale con un range compreso tra il 19,2% del Molise e valori leggermente al di sopra dell'80% della Valle d'Aosta e della PA di Bolzano.

Figura 7. Tasso (per 1.000) di posti letto per il totale delle tipologie di attività (acuti, lungodegenza e riabilitazione) per regione – Anno 2014



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Conclusioni

L'auspicio è che i dati presentati vengano utilizzati come spunto di riflessione e come base per l'attività programmatica futura.

Oltre a ciò, fondamentale è anche la collaborazione tra le Istituzioni, i professionisti sanitari ed i cittadini, sia a livello nazionale che regionale, in modo tale da poter attenuare i differenziali di salute garantendo un'adeguata ed equa assistenza sanitaria a tutti i soggetti, indipendentemente dal luogo di residenza e dallo *status* socio-economico.

Tiziana Sabetta, Marta Marino, Alessandro Solipaca
Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane

- Facebook

- Twitter
- LinkedIn
-