osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane

Rapporto Osservasalute 2015

Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 1

Rapporto Osservasalute 2015

Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane

Questo Rapporto è stato realizzato grazie anche al contributo incondizionato di:

IBSA

Farmaci nella forma migliore

ROMA

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 2

Edizione Italiana
© 2016

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.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 3

INDICE

Premessa V

Organigramma VII

PARTE PRIMA
Salute e bisogni della popolazione

Popolazione 1

Sopravvivenza e mortalità per causa 25

Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione 47

Incidenti 109

Ambiente 129

Malattie cardio e cerebrovascolari 155

Malattie metaboliche 169

Malattie infettive (Rimando Rapporto Osservasalute 2014)

Malattie oncologiche 185

Salute e disabilità 201

Salute mentale e dipendenze 217

Salute materno-infantile 235

Salute della popolazione straniera 267

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 4

PARTE SECONDA
Sistemi Sanitari Regionali e qualità dei servizi

Assetto economico-finanziario 327

Assetto istituzionale-organizzativo 345

Assistenza territoriale 363

Assistenza farmaceutica territoriale 403

Assistenza ospedaliera 423

Trapianti 465

Mortalità riconducibile ai servizi sanitari 483

Stato dell'arte della prevenzione in Italia 487

Sintesi e Conclusioni del Rapporto Osservasalute 2015 493

Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati 509

Approfondimenti (*www.osservasalute.it*) 525

APPENDICE

Sopravvivenza e mortalità per causa 529

Assistenza ospedaliera 555

Autori 569

Indice Generale 575

Premessa

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) sta attraversando un nuovo periodo di riforme e di riflessioni che dovrebbero tracciare le linee di azione dei prossimi anni. Il nuovo articolo 117 del titolo V della Costituzione assegna nuovamente l'esclusività della potestà legislativa allo Stato, sia per la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni sia per le disposizioni generali per la tutela della salute, le politiche sociali e la sicurezza alimentare. Alle Regioni viene assegnata la potestà legislativa in materia di programmazione e organizzazione dei servizi sanitari e sociali. La Riforma prevede, inoltre, una clausola di "supremazia", per la quale lo Stato può intervenire in materie riservate alle Regioni, qualora il loro operato contrasti con l'interesse nazionale. Gli altri argomenti che animano il dibattito politico del settore sono legati alla definizione dei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza e all'appropriatezza, si tratta cioè della lista delle prestazioni erogabili dal SSN e delle condizioni sotto le quali queste possono essere erogate.

Quindi, da un lato si sta spostando di nuovo al centro il timone della *governance* del sistema, dall'altro si sta cercando di modernizzare il sistema, per tener conto dell'innovazione tecnologica intervenuta negli anni e per descrivere meglio i confini entro i quali si deve muovere il medico del SSN nell'ambito del suo rapporto di agenzia con il cittadino.

Anche quest'anno le analisi contenute nel Rapporto Osservasalute segnalano numerosi elementi di criticità, in quanto confermano il trend in diminuzione delle risorse pubbliche a disposizione per la sanità, l'aumento dell'incidenza di alcune patologie tumorali prevenibili, le esigue risorse destinate alla prevenzione e le persistenti iniquità che assillano il Paese e il settore della sanità. Per dare alcuni accenni, la spesa sanitaria pubblica è passata da 112,5 miliardi di euro del 2010 a 110,5 del 2014; tale contrazione ha coinciso con una lenta ma costante riduzione dei *deficit* regionali. Tuttavia, tale riduzione è stata conseguita in gran parte tramite il blocco o la riduzione del personale sanitario e il contenimento dei consumi sanitari. A testimonianza di quanto detto, nel 2014 la dotazione di posti letto negli ospedali è pari al 3,04 per 1.000 abitanti per la componente acuti e allo 0,58 per 1.000 per la componente *post*-acuzie, lungodegenza e riabilitazione, tutti valori inferiori agli standard normativi. Nel contempo, la spesa per il personale, in rapporto alla popolazione, è diminuita, tra il 2010-2013, del 4,4%, passando da un valore di 606,9€ a 580,1€.

Rispetto alle condizioni di salute della popolazione, nel 2014, sono stati diagnosticati 115,8 nuovi casi di tumore colorettale ogni 100.000 uomini, ovvero circa 34.500 nuovi casi, per l'altro genere tale incidenza è pari a 80,3 per 100.000 donne, corrispondente a oltre 25.000 nuovi casi. Il tumore della mammella ha fatto registrare oltre 55.000 nuove diagnosi, ovvero 175,7 nuovi casi annui ogni 100.000 donne. A fronte di questi dati allarmanti, l'investimento in prevenzione nel nostro Paese è ancora molto scarso. L'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OECD) (2013) evidenzia che il nostro Paese destina solo il 2,9% della spesa sanitaria totale all'attività di prevenzione, quota che ci colloca in posizione di rincalzo tra i 30 Paesi dell'area OECD.

Ai dati appena riferiti si aggiunge un dato, ancora provvisorio, relativo ad un aumento consistente della mortalità nei primi 8 mesi del 2015. Questo incremento è spiegato, parzialmente, dal costante aumento del numero delle persone molto anziane nel nostro Paese e dall'andamento ciclico della mortalità osservabile nei dati in serie storica. Quindi, tale incremento non deve destare particolare allarmismo, poiché è legato per lo più a fenomeni di natura demografica, mentre merita attenzione da parte del SSN il fatto che alcuni decessi sono riconducibili all'ondata di calore sperimentata nell'estate 2015 ed alla mortalità per complicanze dell'influenza nella popolazione anziana. Si tratta cioè di morti evitabili con efficaci politiche di prevenzione, in particolare con quelle finalizzate all'informazione e alla promozione della prevenzione primaria e agli interventi mirati all'aumento della copertura vac-

cinale antinfluenzale tra gli anziani che, come documentato nel Rapporto, è addirittura in diminuzione.

Sul fronte dell'equità si sottolineano, ancora una volta, le differenze di genere, territoriali e di *status* economico rispetto alle opportunità di salute e di accesso alle cure. Queste disparità si registrano in quasi tutti gli ambiti investigati e si riferiscono all'offerta di finanziamenti e strutture, alla speranza di vita, alla prevenzione, agli stili di vita, alla qualità dell'ambiente e allo smaltimento dei rifiuti.

Alla luce dei dati riportati, e in considerazione del quadro istituzionale e organizzativo in continuo mutamento, è ancora più importante il monitoraggio del funzionamento del sistema. Pertanto, il Rapporto Osservasalute proseguirà gli sforzi finalizzati a documentare, con i consueti indicatori e le analisi tematiche, lo stato di salute della popolazione italiana e la qualità dei servizi erogati dai Sistemi Sanitari Regionali, nella convinzione che gli interventi e le politiche debbano essere basate su evidenze scientifiche robuste e che i risultati delle valutazioni devono essere nella disponibilità di tutti gli *stakeholder*.

Alla stesura dei Capitoli del Rapporto hanno contribuito:
- **180 Autori**, che hanno coperto una crescente varietà di aspetti e problematiche.

Il Rapporto risulta così strutturato:
- **86 *Core indicators***, con cui vengono descritti gli aspetti essenziali della salute degli italiani e dei servizi sanitari di tutte le regioni del nostro Paese, anche con l'ausilio di grafici, tabelle e cartogrammi;
- **24 *Box***, focalizzati su alcune esperienze innovative sperimentate in alcune singole realtà;
- **9 Approfondimenti**, in cui alcuni problemi prioritari vengono analizzati per prospettare possibili soluzioni e che sono pubblicati sul sito *www.osservasalute.it*.

L'auspicio è che lo sforzo di tutti questi ricercatori ed esperti del settore sia valorizzato al meglio dai decisori pubblici per migliorare, da un lato, la *performance* del sistema e non vanificare, dall'altro, tutti gli sforzi e i risultati ottenuti nel corso degli anni che hanno permesso al nostro SSN di essere tra i migliori al mondo.

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

Organigramma

Coordinatori scientifici

Prof. Walter Ricciardi, Direttore, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott. Alessandro Solipaca, Segretario Scientifico, 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

Data Manager e responsabile revisione dati

Dott. Luca Giraldi, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Medical Expert

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

Scientific Executive Board

Prof. Eugenio Anessi Pessina, Facoltà di Economia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano - Direttore Centro Studi e Ricerche in Management Sanitario, Milano
Dott.ssa Alessandra Battisti, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Dott.ssa Alessandra Burgio, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Prof.ssa Flavia Carle, Direzione generale della programmazione sanitaria, Ministero della Salute, Roma - Centro di Epidemiologia Biostatistica e Informatica Medica, Università Politecnica delle Marche, Ancona
Prof. Americo Cicchetti, Facoltà di Economia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Prof. Giuseppe Costa, Dipartimento di Scienze cliniche e Biologiche, Università degli Studi di Torino
Prof. Gianfranco Damiani, Istituto di Sanità Pubblica, Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Prof.ssa Viviana Egidi, "Sapienza" Università di Roma
Dott. Pietro Folino Gallo, Segreteria Scientifica, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Prof.ssa Elisabetta Franco, Dipartimento di Sanità Pubblica, Università degli Studi "Tor Vergata", Roma
Dott.ssa Lucia Lispi, Direzione generale della Programmazione sanitaria, Ministero della Salute, Roma
Dott.ssa Marzia Loghi, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Dott. Aldo Rosano, Istituto per lo Sviluppo della Formazione professionale dei Lavoratori, Roma
Dott.ssa Stefania Salmaso, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott. Emanuele Scafato, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott. Alessandro Solipaca, Segretario Scientifico, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott.ssa Aida Turrini, Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione, Roma

Peer review committee

Dott. Giovanni Baglio, Istituto Nazionale per la promozione della salute delle Popolazioni Migranti, Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, Roma
Dott.ssa Silvia Bruzzone, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Dott.ssa Alessandra Burgio, Istituto Nazionale di Statistica, Roma

Prof. Marcantonio Caltabiano, Facoltà di Scienze Politiche, Università degli Studi di Messina
Prof.ssa Viviana Egidi, "Sapienza" Università di Roma
Prof.ssa Elisabetta Franco, Dipartimento di Sanità Pubblica, Università degli Studi "Tor Vergata", Roma
Dott.ssa Rosa Gini,Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, Firenze
Dott. Roberto Gnavi, Servizio di Epidemiologia di riferimento regionale, ASL 5, Regione Piemonte, Gruglasco, Torino
Prof.ssa Paola Mancini, Demografia, Facoltà di Economia, Università degli Studi del Sannio, Benevento
Prof. Lamberto Manzoli, Dipartimento di Medicina e Scienze dell'Invecchiamento, Università degli Studi "G. D'Annunzio", Chieti)
Dott.ssa Marta Marino, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott.ssa Luisa Mondo, Servizio Sovrazonale di Epidemiologia, ASL TO 3, Torino
Dott.ssa Laura Murianni, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Dott. Gianni Pieroni, Dipartimento Igienico Organizzativo, AUSL Bologna
Dott. Robertovito Rizzello, Osservatorio Epidemiologico, Agenzia Provinciale per i Servizi Sanitari, Provincia Autonoma di Trento
Dott. Aldo Rosano, Istituto per lo Sviluppo della Formazione professionale dei Lavoratori, Roma
Dott.ssa Raffaella Rusciani, Servizio Sovrazonale di Epidemiologia, ASL TO 3, Torino
Dott. Alessandro Solipaca, Segretario Scientifico, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott.ssa Maria Lucia Specchia, Istituto di Sanità Pubblica - Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Coordinatori Capitoli

Popolazione: *Dott.ssa Ginevra Di Giorgio*, *Dott.ssa Francesca Rinesi*, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Sopravvivenza e mortalità per causa: Dott. Gennaro Di Fraia, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione: Dott. Sante Orsini, Istituto Nazionale di Statistica, Roma; Dott. Emanuele Scafato, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Incidenti: Dott.ssa Silvia Bruzzone, Dott.ssa Nadia Mignolli, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Ambiente: Prof. Antonio Azara, Istituto di Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Sassari; Prof. Umberto Moscato, Istituto di Sanità Pubblica, Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Malattie cardio e cerebrovascolari: Dott.ssa Simona Giampaoli, Dott. Luigi Palmieri, Epidemiologia delle Malattie Cerebro e Cardiovascolari, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Malattie metaboliche: Prof. Giorgio Liguori, Cattedra di Igiene ed Epidemiologia, Università degli Studi "Parthenope", Napoli
Malattie oncologiche: Dott.ssa Roberta De Angelis, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Salute e disabilità: Dott.ssa Alessandra Battisti, Istituto Nazionale di Statistica, Roma; Dott. Aldo Rosano, Istituto per lo Sviluppo della Formazione professionale dei Lavoratori, Roma
Salute mentale e dipendenze: Dott.ssa Silvia Ghirini, Salute della popolazione e suoi determinanti, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma; Dott.ssa Monica Vichi, Ufficio di statistica, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Salute materno-infantile: Dott.ssa Marzia Loghi, Istituto Nazionale di Statistica, Roma

Salute della popolazione straniera: Dott. Giovanni Baglio, Istituto Nazionale per la promozione della salute delle Popolazioni Migranti, Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, Roma; Dott.ssa Alessandra Burgio, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Assetto economico-finanziario: Prof. Eugenio Anessi Pessina, Facoltà di Economia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano - Direttore Centro Studi e Ricerche in Management Sanitario, Milano; Prof.ssa Maria Michela Gianino, Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università degli Studi di Torino
Assetto istituzionale-organizzativo: Prof. Americo Cicchetti, Facoltà di Economia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Assistenza territoriale: Prof. Gianfranco Damiani, Istituto di Sanità Pubblica, Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Assistenza farmaceutica territoriale: Dott. Pietro Folino Gallo, Segreteria Scientifica, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Assistenza Ospedaliera: Prof. Flavia Carle, Direzione generale della programmazione sanitaria, Ministero della Salute, Roma - Centro di Epidemiologia Biostatistica e Informatica Medica, Università Politecnica delle Marche, Ancona; Dott. Gianni Pieroni, Dipartimento Igienico Organizzativo, AUSL, Bologna
Trapianti: Dott. Mario Caprio, Dott. Andrea Ricci, Centro Nazionale Trapianti, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Mortalità riconducibile ai servizi sanitari: Prof.ssa Maria Pia Fantini, Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie, Alma Mater Studiorum, Università degli Studi di Bologna
Stato dell'arte della prevenzione in Italia: Dott.ssa Marta Marino, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma; Dott. Aldo Rosano, Istituto per lo Sviluppo della Formazione professionale dei Lavoratori, Roma;

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
Bolzano-Bozen: Dott.ssa Carla Melani, Osservatorio Epidemiologico Provinciale, Provincia Autonoma di Bolzano
Trento: Dott. Silvano Piffer, Dott. Robertovito Rizzello, 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, Pordenone
Liguria: Prof. Pietro Crovari, Dott.ssa Marisa Alberti, 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 di Bologna
Toscana: Prof. Nicola Nante, Dott. Gabriele Messina, Dipartimento di Fisiopatologia, Medicina Sperimentale e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Siena
Umbria: Dott. Marsilio Francucci, Azienda Ospedaliera "Santa Maria"; Dott.ssa Margherita Tockner, Osservatorio Epidemiologico, Distretto N. 1, Terni
Marche: Prof. Marcello Maria D'Errico, Cattedra di Igiene, Università Politecnica delle Marche; Prof.ssa Flavia Carle, Direzione generale della programmazione sanitaria, Ministero della Salute, Roma - Centro di Epidemiologia Biostatistica e Informatica Medica, Università Politecnica delle Marche, Ancona

Lazio: Prof. Antonio Boccia, Prof. Paolo Villari, Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie infettive; Prof. Guido Citoni, Dipartimento di Medicina Sperimentale e Patologia, "Sapienza" Università di Roma
Abruzzo: Prof. Tommaso Staniscia, 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 NA 2, Napoli
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, Dott. Walter Mazzucco, Dipartimento di Scienze per la Promozione della Salute e Materno Infantile, 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. Eugenio Anessi Pessina, Professore Ordinario, Facoltà di Economia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano - Direttore Centro Studi e Ricerche in Management Sanitario, Milano
Prof. Americo Cicchetti, Professore Ordinario, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Prof. Gianfranco Damiani, Professore Associato, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott. Antonio Giulio de Belvis, Direttore Programma Governo Clinico, Policlinico Universitario "Agostino Gemelli", Roma
Dott. Pietro Folino Gallo, Segreteria Scientifica, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Prof. Walter Ricciardi, Direttore, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Prof.ssa Roberta Siliquini, Professore Ordinario, Università degli Studi di Torino
Dott. Alessandro Solipaca, Segretario Scientifico, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Grafica GIS

Dott. Luca Giraldi, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott.ssa Marta Marino, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Amministrazione e Controllo di gestione

Dott. Francesco Maddalena, Istituto di Sanità Pubblica, Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Si ringraziano: il Ministero della Salute - Direzione generale della programmazione sanitaria - e l'Istituto Nazionale di Statistica - Servizio Sanità ed Assistenza - per il loro contributo senza il quale questo Rapporto non sarebbe stato possibile

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 11

PARTE PRIMA

Salute e bisogni della popolazione

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 12

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 1

Popolazione

Nel Rapporto Osservasalute 2015 sono stati analizzati i dati di fonte anagrafica dell'Istituto Nazionale di Statistica che consentono di calcolare i principali indicatori di struttura e di dinamica della popolazione residente in Italia nel suo complesso e, ove possibile, distinguendo i cittadini italiani e quelli stranieri.

In particolare, il Capitolo si apre con l'analisi della struttura della popolazione per età, genere e cittadinanza seguita da quattro indicatori che evidenziano lo stato del processo di invecchiamento, la dinamica della popolazione, l'analisi del comportamento riproduttivo e l'andamento della popolazione ultracentenaria.

Ove possibile, le analisi sono state effettuate a livello regionale (tabelle e grafici) e provinciale (cartogrammi).

I valori degli indicatori qui analizzati sono, per loro natura, piuttosto stabili nel tempo e dalla loro lettura è risultato, nel dettaglio, quanto segue:

- emergono gli effetti del processo di invecchiamento della popolazione, che appaiono evidenti sia dalla lettura della piramide della popolazione per età, genere e cittadinanza che dall'analisi dei diversi contingenti che compongono la popolazione anziana nel suo complesso ("giovani anziani", "anziani" e "grandi vecchi"). Dalle analisi si evidenziano anche le marcate differenze territoriali che vedono alcune aree del Paese maggiormente coinvolte nel processo di invecchiamento;
- si riscontra una sostanziale stabilità nella dinamica della popolazione residente, frutto di un saldo naturale negativo ed un saldo migratorio positivo, ma relativamente contenuto. Si conferma la dicotomia Nord-Sud ed Isole nella capacità attrattiva/repulsiva dei flussi migratori sia interni che con l'estero;
- il numero medio di figli per donna per il complesso delle residenti è, nel 2013, pari a 1,39 (italiane: 1,29 figli per donna; straniere: 2,10 figli per donna). Si conferma la tendenza alla posticipazione delle nascite, tanto che l'età media al parto delle residenti è pari a 31,5 anni (italiane: 32,1 anni; straniere: 28,6 anni). Poco meno di un nato ogni cinque ha la madre con cittadinanza straniera, con un picco di un nato su tre in Emilia-Romagna;
- la popolazione ultracentenaria continua ad aumentare, sia in termini assoluti che relativi. Al 1 gennaio 2015, oltre tre residenti su 10.000 hanno 100 anni ed oltre. In questo segmento di popolazione le donne sono più numerose.

G. DI GIORGIO, F. RINESI

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 2

Struttura demografica

Significato. La conoscenza della struttura demografica della popolazione per età e genere rappresenta il punto di partenza per la comprensione dei principali bisogni di salute di un Paese, bisogni legati in larga parte alla quota di popolazione che si trova nelle diverse fasi del ciclo di vita. La piramide per età e genere è un'efficace rappresentazione grafica della struttura della popolazione che qui viene proposta utilizzando i dati anagrafici dei residenti in Italia al 1 gennaio 2015 per età e genere. Dato l'aumento dell'incidenza degli stranieri residenti registrato negli ultimi decenni, la piramide per età e genere è stata costruita in modo da evidenziare il contributo di questo segmento della popolazione per ciascuna fascia di età considerata.

Validità e limiti. I dati di riferimento necessari per l'analisi della struttura della popolazione sono di fonte anagrafica e sono forniti, annualmente, dall'Istituto Nazionale di Statistica per singola età e genere e con dettaglio territoriale fino al singolo Comune. Tuttavia, le analisi qui proposte scendono al massimo fino ad un dettaglio regionale (comprese le PA di Trento e Bolzano) per le tabelle ed i grafici. Solo nelle rappresentazioni cartografiche viene utilizzato il dettaglio provinciale. I dati, inoltre, consentono di analizzare distintamente i residenti con cittadinanza diversa da quella italiana, ma hanno il limite di considerare unicamente la popolazione regolarmente residente sul nostro territorio.

Descrizione dei risultati

Il Grafico 1 rappresenta la composizione della popolazione per età, genere e cittadinanza al 1 gennaio 2015, attraverso la tradizionale "piramide per età, genere e cittadinanza". La rappresentazione grafica della struttura della popolazione residente, riferita all'Italia nel suo complesso, è affiancata da quella relativa a due situazioni regionali tra loro contrapposte, che forniscono un chiaro quadro sulle diversità di struttura demografica che intercorrono nelle diverse realtà regionali: da un lato troviamo la Liguria, che ormai da tempo detiene il record di regione "più vecchia" d'Italia, dall'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.

Dall'analisi del grafico risulta evidente come in Italia la quota dei giovani sul totale della popolazione sia molto contenuta, mentre il peso assoluto e relativo della popolazione anziana si fa via via più consistente anche se si considerano le età più avanzate (Indicatore "Invecchiamento"). Si noti anche la consistente presenza dei residenti stranieri nelle età giovanili e centrali (come si può vedere dal grafico stesso che, nel cuore della piramide, parte più scura delle barre, mostra la proporzione della popolazione straniera nelle varie fasce di età). 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.

La forma della piramide per età e genere dà un quadro accurato (ed al tempo stesso sintetico) della struttura demografica della popolazione e permette di delineare, con buona approssimazione, quale sarà la struttura della popolazione nel prossimo futuro. In effetti, la struttura di oggi è fortemente condizionata della struttura per età degli anni passati e, ovviamente, è la base di quella che si manifesterà negli anni futuri. Infatti, è facilmente prevedibile che nei prossimi decenni si assisterà ad un ulteriore aumento del peso relativo ed assoluto della popolazione anziana dovuto sia all'aumento della speranza di vita (non solo alla nascita ma anche alle età avanzate) che allo "slittamento verso l'alto" (ossia all'invecchiamento) delle coorti assai numerose, che oggi si trovano nelle classi di età centrali (1). Infatti, si può supporre che nel futuro prossimo non si registrerà un numero di nascite tali da contrastare il rapido processo di invecchiamento che si sta delineando, visto che le nuove generazioni (ossia coloro che dovrebbero dar luogo a tali nascite) sono numericamente esigue e anche le straniere residenti, che hanno fino ad oggi sostenuto il livello di fecondità, stanno rapidamente "invecchiando" e la loro fecondità è in calo (2). Anche un eventuale consistente aumento dei flussi migratori potrebbe solamente mitigare l'evoluzione del processo di invecchiamento, ma certo non invertire tale tendenza.

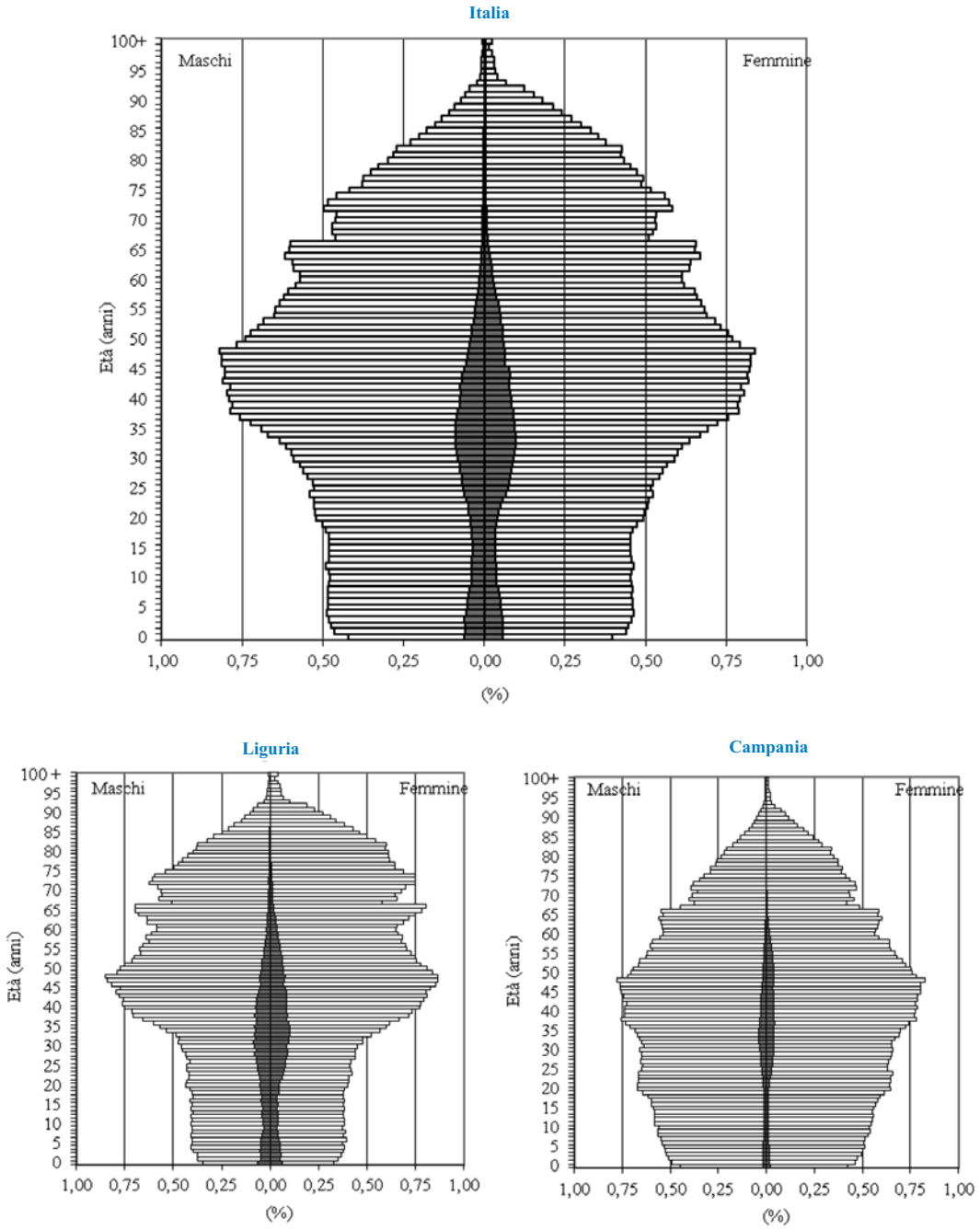
Il confronto tra le piramidi per età e genere della popolazione residente in Liguria e in Campania evidenzia la persistenza di una forte difformità delle strutture demografiche regionali, alle quali i servizi socio-sanitari locali sono chiamati a rispondere. La struttura della popolazione della Liguria è, ormai da tempo, caratterizzata da un'elevata presenza di anziani, mentre il processo di invecchiamento in Campania è in una fase meno avanzata. Inoltre, anche il peso della popolazione straniera residente sul totale dei residenti è assai diverso nelle 2 regioni: in Liguria, infatti, l'incidenza degli stranieri residenti è più simile a quella registrata per l'Italia nel suo complesso, mentre in Campania la presenza regolare degli stranieri è assai più contenuta.

La domanda di servizi socio-sanitari, dunque, differisce tra le due realtà territoriali in esame per cui altrettanto diverse dovrebbero essere le strutture di assistenza socio-sanitaria, il piano di programmazione e la conseguente ripartizione delle spese in questo settore.

G. DI GIORGIO, F. RINESI

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 3

Grafico 1 - Piramidi dell'età per genere e cittadinanza (valori percentuali): italiani (colore bianco) e stranieri (colore grigio), Italia, Liguria e Campania - Situazione al 1 gennaio 2015



Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Istat disponibili su Demografia in cifre. Anno 2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 4

Raccomandazioni di Osservasalute

Ancora una volta è importante sottolineare l'utilità di monitorare con attenzione la struttura per età, genere e cittadinanza della popolazione residente. La popolazione residente, infatti, è composta da tante sottopopolazioni che esprimono bisogni sanitari differenti, i quali dovrebbero trovare risposte nei servizi sociosanitari regionali e provinciali.

In particolare, gli stranieri, il cui peso sul totale della popolazione va crescendo nel tempo, presentano una struttura per età che ben si differenzia da quella che caratterizza i residenti italiani con evidenti conseguenze sui bisogni e sulla domanda dei servizi sanitari.

Riferimenti bibliografici

(1) Istat. Il futuro demografico del Paese: previsioni regionali della popolazione residente al 2065. Statistiche Report. 2011. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/archivio/48875.
(2) Istat, Rapporto annuale 2014. La situazione del Paese. Roma: Istat 2014.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 5

Invecchiamento

Significato. L'analisi della struttura per età della popolazione e la sua evoluzione nel tempo è di fondamentale importanza per il dimensionamento e per la programmazione dei servizi sociosanitari. La diversità delle patologie che interessano le varie fasce di età della popolazione implica, infatti, la necessità di adattare l'offerta sanitaria alla domanda di assistenza che ne deriva.
In questa sede viene presentata la proporzione di popolazione di tre distinte fasce di età (65-74 anni, 75-84 anni e 85 anni ed oltre) sul totale dei residenti per regione.

Proporzione di "giovani anziani"

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Popolazione residente di 65-74 anni}}{\text{Popolazione residente}} \times 100$$

Proporzione di "anziani"

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Popolazione residente di 75-84 anni}}{\text{Popolazione residente}} \times 100$$

Proporzione di "grandi vecchi"

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Popolazione residente di 85 anni ed oltre}}{\text{Popolazione residente}} \times 100$$

Validità e limiti. Gli indicatori relativi alla struttura della popolazione sono stati ottenuti da elaborazioni dei dati raccolti dall'Istituto Nazionale di Statistica nell'ambito della rilevazione sulla popolazione residente per età e genere e fanno riferimento ai residenti al 1 gennaio 2015. In questa sede si scenderà fino ad un dettaglio regionale per le tabelle ed i grafici e ad un dettaglio provinciale per i cartogrammi.
Le fasce di popolazione considerate possono essere definite come "fragili" perché maggiormente esposte al rischio di insorgenza di malattie gravi ed invalidanti, che possono portare a condizioni di disabilità e di cronicità che richiedono assistenza ed impegni mirati da parte delle strutture sanitarie. Considerare la popolazione di 65 anni ed oltre come un unico gruppo di popolazione appare riduttivo in quanto i bisogni sanitari differiscono, significativamente, al suo interno ed, in particolare, aumentano al crescere dell'età. Si è, quindi, scelto di distinguere tra i "giovani anziani" (65-74 anni), gli "anziani" (75-84 anni) e i "grandi vecchi" (85 anni ed oltre), seguendo una classificazione che è ormai ampiamente adottata anche in sede internazionale. Tuttavia, va tenuto presente che i limiti di età utilizzati nel definire tali sottogruppi sono prettamente di natura anagrafica. Infatti, all'interno di queste classi troviamo un'accentuata variabilità in termini di condizioni di salute fisica e mentale degli individui che le compongono. Di conseguenza, la domanda di assistenza socio-sanitaria di individui appartenenti ad una stessa classe di età può essere eterogenea.
Verranno, inoltre, proposti tre cartogrammi: la scala della campitura è, così come per gli altri indicatori di questo Capitolo, costruita in modo da garantire l'uguaglianza del numero di province appartenenti a ciascuna classe.

Descrizione dei risultati

Nella Tabella 1 sono riportati l'ammontare della popolazione residente, in valore assoluto e relativo, e la proporzione di donne (rapporto di composizione) tra i "giovani anziani" (65-74 anni) nel suo complesso, distinte per cittadinanza italiana e straniera. La Tabella 2 riproduce le informazioni contenute nella Tabella 1 relativamente agli "anziani", ovvero alla classe di età 75-84 anni, mentre la Tabella 3 riporta i dati riguardanti i "grandi vecchi" (85 anni ed oltre).
Il Grafico 1 permette di evidenziare le differenze territoriali esistenti con riferimento alla proporzione di popolazione anziana, suddivisa nei tre segmenti di età considerati (65-74 anni, 75-84 anni e 85 anni ed oltre). Infine, vengono presentati tre cartogrammi, uno per ognuna delle tre quote di popolazione anziana, che permettono di analizzare il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione in modo più dettagliato, ossia dal punto di vista territoriale (dati provinciali).
I "giovani anziani" sono, a livello nazionale, oltre 6,5 milioni, pari al 10,7% della popolazione residente (Tabella 1): in altri termini oltre un residente su dieci

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 6

ha un'età compresa tra i 65-74 anni. I valori regionali variano da un minimo del 9,3% della Campania ad un massimo del 12,9% della Liguria. Il peso relativo dei 65-74enni sul totale della popolazione varia sensibilmente se si considera la cittadinanza: i 65-74enni rappresentano l'11,5% della popolazione residente con cittadinanza italiana vs il 2,2% registrato per gli stranieri.

Gli "anziani" (75-84 anni) sono oltre 4,7 milioni e rappresentano ben il 7,8% del totale della popolazione (Tabella 2) ma, anche in questo caso, è possibile notare delle differenze geografiche. In Liguria, dove rispetto alle altre regioni la struttura per età è più sbilanciata verso le classi di età più avanzate, tale contingente rappresenta ben il 10,5% del totale mentre in Campania è "solo" il 6,1%. Le differenze nella struttura per età della popolazione per cittadinanza si fanno, in questo caso, ancora più marcate: gli "anziani" sono l'8,5% degli italiani vs lo 0,7% dei residenti stranieri.

La popolazione dei "grandi vecchi" è pari ad oltre 1 milione e 900 mila unità che corrisponde al 3,2% del totale della popolazione residente (Tabella 3): anche tale indicatore mostra i valori maggiori in Liguria (4,6%) ed i valori minori in Campania (2,2%). La quota di popolazione straniera, in questa fascia di età, è del tutto irrisoria ed è rappresentata solo dallo 0,1% rispetto alla quota di cittadinanza italiana che è pari al 3,4%.

Si registra, inoltre, l'aumento del peso della componente femminile sul totale dei residenti all'aumentare dell'età: la proporzione di donne è del 53,0% tra i giovani anziani, sale al 57,8% tra gli anziani ed arriva al 68,9% tra i grandi vecchi. Si noti che, seppur le donne rappresentano la maggioranza degli anziani in tutte le classi di età considerate (specie al crescere dell'età), la componente maschile negli ultimi anni sta recuperando, seppur lentamente, tale svantaggio, grazie alla riduzione dei differenziali di mortalità per genere (Capitolo "Sopravvivenza e mortalità per causa").

Il Grafico 1 sintetizza quanto emerso nelle tabelle presentate. In particolare, emerge che la popolazione con 65 anni ed oltre rappresenta quasi il 22% della popolazione residente, ossia più di una persona su cinque è ultra 65enne. I divari territoriali sono evidenti. Come già sottolineato, la Liguria è la regione più vecchia del Paese (la quota di over 65 anni è pari al 28,0%) ed al suo opposto troviamo la Campania (17,6%). Più in generale, ad eccezione della PA di Bolzano e, anche se in minor misura della PA di Trento, il processo di invecchiamento ha coinvolto maggiormente, finora, le regioni del Centro-Nord. Tuttavia, è possibile riscontrare delle differenze territoriali a livello sub-regionale, così come mostrato dai cartogrammi.

Tabella 1 - Popolazione (valori assoluti in migliaia e peso relativo sul totale della popolazione per cittadinanza) e popolazione femminile (rapporto di composizione) di età 65-74 anni per regione - Anno 2015

Regioni	Italiani		Stranieri		Totale		
	Valori assoluti	Peso relativo	Valori assoluti	Peso relativo	Valori assoluti	Peso relativo	Donne (rapporto di composizione)
Piemonte	511,5	12,8	9,2	2,2	520,8	11,8	52,8
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	14,1	11,8	0,2	2,7	14,3	11,1	51,4
Lombardia	1.059,2	12,0	20,9	1,8	1.080,1	10,8	53,1
Bolzano-Bozen	48,6	10,3	1,5	3,2	50,1	9,7	52,8
Trento	54,3	11,1	1,2	2,5	55,5	10,3	51,8
Veneto	525,1	11,9	9,0	1,8	534,1	10,8	52,6
Friuli Venezia Giulia	150,5	13,4	2,9	2,7	153,4	12,5	52,8
Liguria	200,1	13,9	4,2	3,0	204,3	12,9	54,0
Emilia-Romagna	478,4	12,2	12,0	2,2	490,5	11,0	53,0
Toscana	433,5	12,9	10,7	2,7	444,3	11,8	53,3
Umbria	99,3	12,5	3,0	3,1	102,3	11,4	52,7
Marche	163,5	11,6	4,2	2,9	167,6	10,8	52,7
Lazio	597,2	11,4	13,7	2,2	610,9	10,4	53,9
Abruzzo	139,3	11,2	2,2	2,5	141,5	10,6	52,2
Molise	32,7	10,8	0,3	2,4	32,9	10,5	51,6
Campania	539,6	9,6	3,8	1,8	543,4	9,3	53,0
Puglia	426,2	10,7	2,7	2,3	428,9	10,5	52,9
Basilicata	56,5	10,1	0,3	1,9	56,8	9,9	52,5
Calabria	192,8	10,2	1,6	1,8	194,4	9,8	51,7
Sicilia	507,8	10,3	2,9	1,7	510,7	10,0	53,2
Sardegna	185,3	11,5	1,4	3,1	186,7	11,2	52,7
Italia	**6.415,6**	**11,5**	**108,0**	**2,2**	**6.523,6**	**10,7**	**53,0**

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Istat disponibili su Demografia in cifre. Anno 2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 7

Tabella 2 - Popolazione (valori assoluti in migliaia e peso relativo sul totale della popolazione per cittadinanza) e popolazione femminile (rapporto di composizione) di età 75-84 anni per regione - Anno 2015

Regioni	Italiani		Stranieri		Totale		
	Valori assoluti	Peso relativo	Valori assoluti	Peso relativo	Valori assoluti	Peso relativo	Donne (rapporto di composizione)
Piemonte	399,4	10,0	3,4	0,8	402,8	9,1	57,6
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	10,2	8,5	0,1	0,9	10,3	8,0	57,9
Lombardia	776,5	8,8	7,1	0,6	783,6	7,8	58,4
Bolzano-Bozen	33,5	7,1	0,7	1,4	34,1	6,6	57,0
Trento	37,3	7,7	0,5	0,9	37,8	7,0	58,4
Veneto	372,5	8,4	3,0	0,6	375,5	7,6	58,1
Friuli Venezia Giulia	105,6	9,4	1,0	0,9	106,5	8,7	58,2
Liguria	164,4	11,4	1,4	1,0	165,7	10,5	58,8
Emilia-Romagna	377,0	9,6	4,0	0,7	381,0	8,6	57,1
Toscana	332,0	9,9	3,4	0,9	335,4	8,9	57,2
Umbria	79,9	10,0	1,0	1,0	80,9	9,0	57,3
Marche	136,7	9,7	1,4	1,0	138,2	8,9	57,2
Lazio	434,3	8,3	4,5	0,7	438,7	7,4	58,1
Abruzzo	110,5	8,9	0,8	0,9	111,3	8,4	57,0
Molise	27,8	9,2	0,1	1,0	27,9	8,9	57,7
Campania	355,8	6,3	0,7	0,3	356,5	6,1	58,8
Puglia	295,0	7,4	0,9	0,8	295,9	7,2	57,5
Basilicata	48,3	8,6	0,1	0,4	48,4	8,4	57,5
Calabria	146,7	7,8	0,5	0,5	147,2	7,4	56,9
Sicilia	363,2	7,4	0,9	0,5	364,1	7,1	57,7
Sardegna	123,1	7,6	0,4	0,8	123,5	7,4	57,7
Italia	**4.729,4**	**8,5**	**35,6**	**0,7**	**4.765,0**	**7,8**	**57,8**

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Istat disponibili su Demografia in cifre. Anno 2015.

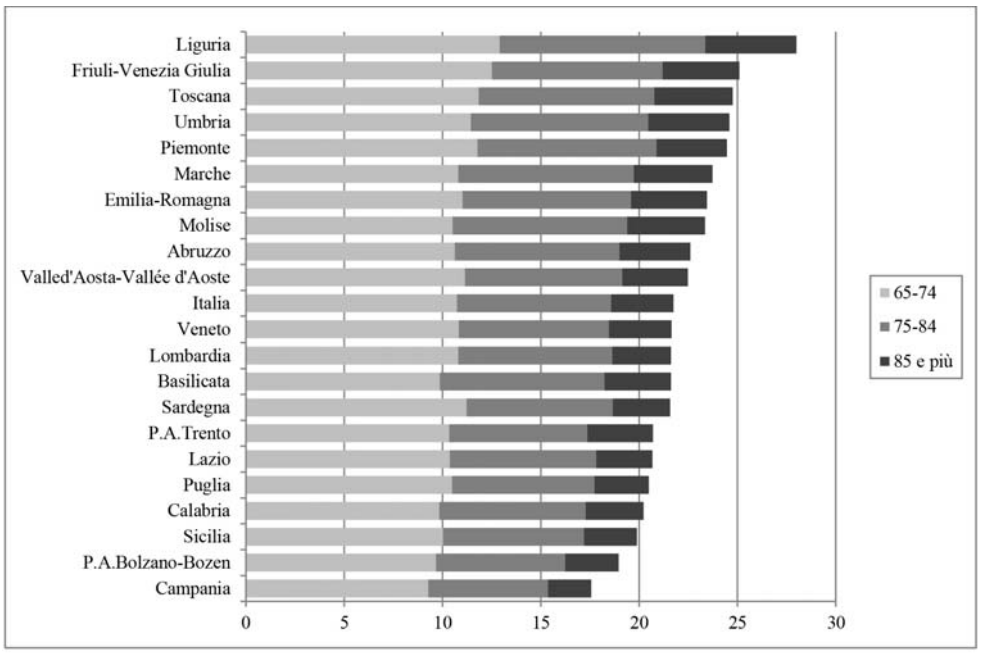
Tabella 3 - Popolazione (valori assoluti in migliaia e peso relativo sul totale della popolazione per cittadinanza) e popolazione femminile (rapporto di composizione) di età 85 anni ed oltre per regione - Anno 2015

Regioni	Italiani		Stranieri		Totale		
	Valori assoluti	Peso relativo	Valori assoluti	Peso relativo	Valori assoluti	Peso relativo	Donne (rapporto di composizione)
Piemonte	158,3	4,0	0,6	0,1	159,0	3,6	69,7
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	4,3	3,6	0,0	0,3	4,3	3,3	71,2
Lombardia	297,9	3,4	1,3	0,1	299,3	3,0	71,5
Bolzano-Bozen	13,8	2,9	0,2	0,5	14,1	2,7	68,8
Trento	17,9	3,7	0,1	0,2	18,0	3,3	71,7
Veneto	156,8	3,6	0,5	0,1	157,3	3,2	71,3
Friuli Venezia Giulia	47,8	4,3	0,2	0,2	48,0	3,9	72,1
Liguria	72,9	5,0	0,3	0,2	73,3	4,6	69,5
Emilia-Romagna	171,3	4,4	0,7	0,1	172,0	3,9	68,3
Toscana	148,7	4,4	0,7	0,2	149,4	4,0	68,4
Umbria	36,7	4,6	0,2	0,2	36,9	4,1	68,3
Marche	62,1	4,4	0,2	0,2	62,3	4,0	67,7
Lazio	167,7	3,2	1,1	0,2	168,8	2,9	68,2
Abruzzo	48,2	3,9	0,1	0,2	48,3	3,6	67,6
Molise	12,4	4,1	0,0	0,3	12,4	4,0	67,7
Campania	129,0	2,3	0,2	0,1	129,2	2,2	68,4
Puglia	113,1	2,8	0,2	0,2	113,3	2,8	66,4
Basilicata	19,5	3,5	0,0	0,1	19,5	3,4	64,4
Calabria	58,0	3,1	0,1	0,1	58,1	2,9	65,6
Sicilia	138,0	2,8	0,2	0,1	138,2	2,7	66,0
Sardegna	48,7	3,0	0,1	0,2	48,8	2,9	67,0
Italia	**1.923,0**	**3,4**	**7,4**	**0,1**	**1.930,4**	**3,2**	**68,9**

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Istat disponibili su Demografia in cifre. Anno 2015.

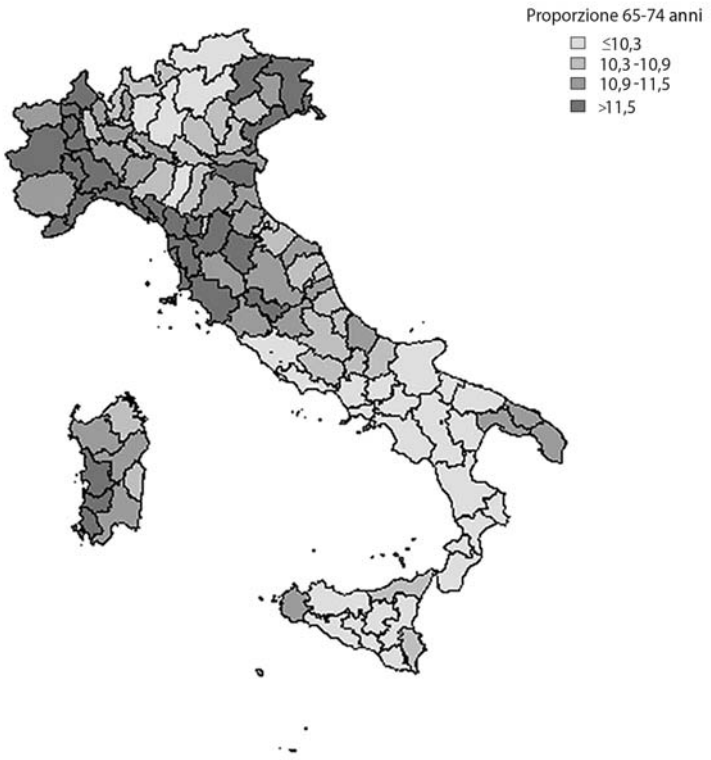
Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 8

Grafico 1 - Proporzione (per 100) della popolazione di età 65 anni ed oltre per classe di età e regione - Anno 2015



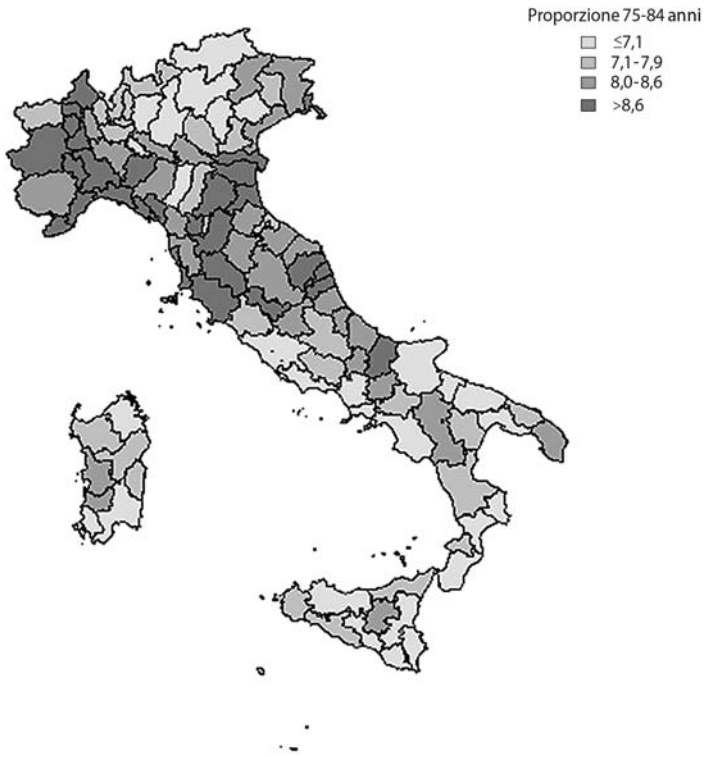
Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Istat disponibili su Demografia in cifre. Anno 2015.

Proporzione (per 100) della popolazione residente di età 65-74 anni sul totale della popoolazione per provincia. Anno 2015

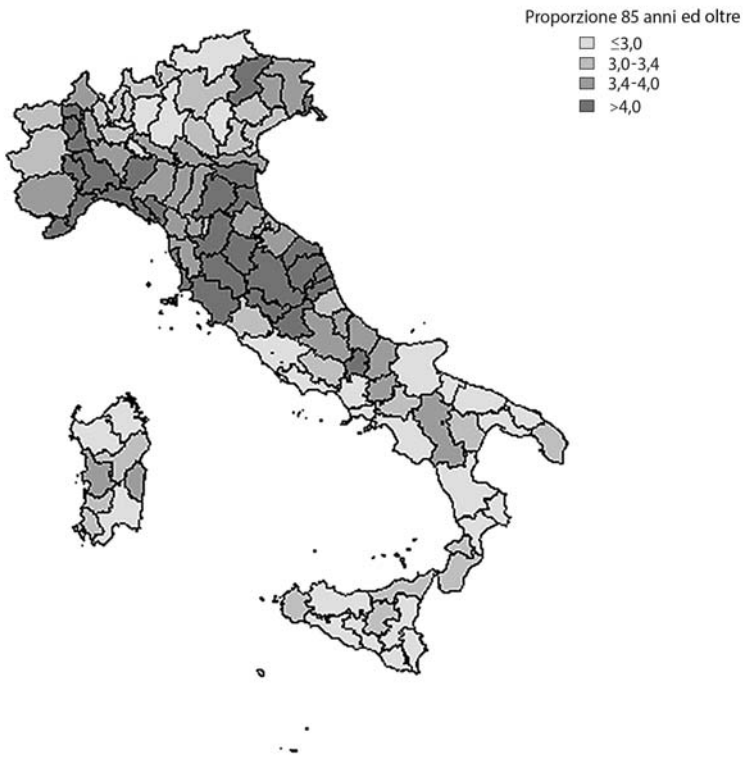


Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 9

Proporzione (per 100) della popolazione residente di età 75-84 anni sul totale della popolazione per provincia. Anno 2015



Proporzione (per 100) della popolazione residente di età 85 anni ed oltre sul totale della popolazione per provincia. Anno 2015



Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 10

Raccomandazioni di Osservasalute

I cambiamenti nella struttura per età, dovuti agli effetti del progressivo invecchiamento della popolazione, comportano una domanda sanitaria specifica e crescente rivolta ai servizi sociosanitari regionali e subregionali.

Occorre sottolineare come, ovviamente, i "giovani anziani" e gli "anziani" siano dei segmenti di popolazione caratterizzati da migliori condizioni di salute rispetto ai "grandi vecchi". In effetti, soprattutto la popolazione tra i 65-74 anni, ha davanti a sé ancora una parte di vita in cui essere attiva e potenzialmente autonoma. Si tratta, dunque, di un gruppo demografico dalle buone potenzialità che, peraltro, vanno migliorando con il progressivo subentrare in questa classe di età di generazioni più istruite e più attente alla propria salute.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 11

Dinamica della popolazione

Significato. La dinamica della popolazione residente in un determinato territorio e le sue componenti naturali (nascite e decessi) e migratorie (interne e con l'estero), costituiscono un importante indicatore della vitalità demografica e, più indirettamente, di quella socioeconomica di un Paese. Tra le diverse componenti, nascite e morti interessano più direttamente le strutture sociosanitarie mentre le dinamiche migratorie possono comportare una domanda sanitaria specifica.

Validità e limiti. Il saldo migratorio dà 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 a vicenda: in altre parole, più l'area è estesa più la mobilità interna sarà minore.

Per costruzione, il saldo migratorio interno a livello nazionale è pari a 0; eventuali scostamenti da questo valore sono imputabili, unicamente, allo sfasamento temporale tra la data di cancellazione e la data di iscrizione in Anagrafe degli individui che cambiano Comune di residenza. In questa sede verranno commentati il saldo totale, il saldo naturale ed il saldo migratorio, quest'ultimo a sua volta diviso in migratorio interno, con l'estero e "per altro motivo". Infine, negli anni a ridosso dei Censimenti della popolazione possono esserci cospicue iscrizioni/cancellazioni "per altro motivo" di residenti che non erano risultati reperibili al momento del Censimento stesso.
Verranno proposti, inoltre, alcuni cartogrammi con dettaglio provinciale. La scala della campitura è costruita in modo da garantire l'uguaglianza del numero di province appartenenti a ciascuna classe.

Saldo naturale

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Iscritti - cancellati per decesso}}{\text{Popolazione media residente}} \times 1.000$$

Saldo migratorio*

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Iscritti - cancellati per trasferimento di residenza} \begin{cases} \text{Con l'estero} \\ \text{Con altri Comuni} \end{cases}}{\text{Popolazione media residente}} \times 1.000$$

*Il saldo migratorio totale, dove non diversamente specificato, è comprensivo delle iscrizioni e delle cancellazioni "per altro motivo".

Descrizione dei risultati

Nell'anno 2014 l'Italia presenta un saldo totale positivo, ma prossimo allo 0 (+0,2 per 1.000). Il saldo naturale è negativo (ossia i decessi superano le nascite) anche se si attesta su un valore contenuto (-1,6 per 1.000). Il saldo migratorio con l'estero è, invece, pari a +2,3 per 1.000 (1).
L'ammontare della popolazione residente è, quindi, pressoché stabile se confrontato con quello dell'anno precedente. La lieve crescita registrata per l'Italia nel suo complesso è imputabile, esclusivamente, alla componente migratoria. Tuttavia, questo dato nazionale nasconde differenze regionali che, in alcuni casi, sono piuttosto marcate (Tabella 1).
Negli anni si è assistito ad una riduzione del già contenuto saldo naturale (1) tanto che, nel 2014, sono solo le PA di Bolzano e Trento che presentano un saldo naturale positivo (PA di Bolzano +2,7 per 1.000; PA di Trento +0,2 per 1.000). Il saldo naturale assume un valore particolarmente basso in Liguria (-6,2 per 1.000) e Molise (-4,3 per 1.000).
Una maggiore variabilità regionale si riscontra quando si prende in considerazione il saldo migratorio totale che, nel 2014, ancora sconta i recuperi post-censuari. Negli anni successivi alle operazioni censuarie, infatti, si effettua il riallineamento Censimento-Anagrafe: come risultato di questa operazione possono registrarsi cospicue iscrizioni/cancellazioni anagrafiche "per altro motivo" di residenti che non erano risultati reperibili al momento del Censimento stesso.
Il saldo migratorio con l'estero è positivo per tutte le regioni, mentre il saldo migratorio interno assume valori elevati nella PA di Trento (+2,7 per 1.000) e nella PA di Bolzano (+2,4 per 1.000) e valori contenuti in Campania e Basilicata (entrambe -3,0 per 1.000).
Nel Grafico 1 sono riportati i valori del saldo migratorio interno e con l'estero (asse orizzontale) e del saldo naturale (asse verticale) a livello regionale. Le regioni al di sopra dell'asse orizzontale sono quelle per le quali è stato registrato un saldo naturale positivo, mentre le regioni al di sotto di tale asse hanno un saldo naturale negativo. Analogamente, le regioni a destra dell'asse verticale hanno avuto un saldo migratorio interno e con l'estero positivo, mentre tale saldo

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 12

è negativo per le regioni che si trovano a sinistra dell'asse verticale. La bisettrice (linea obliqua), consente di individuare, al netto del saldo migratorio per altro motivo, le realtà territoriali in crescita demografica (sopra la bisettrice) e quelle in decrescita (sotto la bisettrice).

Si è visto come solo alcune regioni del Paese mostrino, nel 2014, un incremento della popolazione residente. Per tener conto del fatto che alcune realtà territoriali risentono ancora dei recuperi post-censuari, si è scelto di escludere l'effetto delle iscrizioni anagrafiche "per altro motivo" nelle rappresentazioni grafiche e cartografiche che seguono. Ne risulta che sono molte (e tutte nel Mezzogiorno) le regioni nelle quali sia il saldo migratorio (interno e con l'estero) che quello naturale sono negativi (Campania, Puglia, Sicilia, Calabria, Basilicata e Molise). All'opposto, solo le PA del Trentino-Alto Adige mostrano valori positivi sia con riferimento al saldo naturale che al saldo migratorio interno e con l'estero. Sardegna, Abruzzo, Umbria, Marche, Piemonte e Friuli Venezia Giulia si caratterizzano per avere il saldo naturale negativo e quello migratorio positivo. Tuttavia, quest'ultimo non controbilancia la negativa dinamica naturale: queste regioni si trovano, infatti, al di sotto della bisettrice del secondo e quarto quadrante del grafico. Ne consegue che, grazie agli elevati valori del saldo migratorio interno e con l'estero, la Valle d'Aosta, il Veneto, la Lombardia, l'Emilia-Romagna, la Toscana ed il Lazio sono regioni caratterizzate da una crescita demografica anche in presenza di saldi naturali negativi.

Il Grafico 2 riporta i valori del saldo migratorio con l'estero (asse orizzontale) e del saldo migratorio interno (asse verticale) a livello regionale. Questo permette di apprezzare la relazione che esiste tra i due saldi. Anche in questo caso è stata inserita la bisettrice del secondo-quarto quadrante (linea obliqua): le regioni al di sotto di questa sono quelle dove il saldo migratorio interno negativo non è bilanciato dal saldo migratorio con l'estero e che, quindi, sperimentano un saldo migratorio totale (al netto delle iscrizioni e cancellazioni anagrafiche "per altro motivo") negativo.

Le regioni del Centro-Nord presentano, generalmente, saldi migratori interni positivi ed elevati, mentre il contrario accade per le regioni del Sud e nelle Isole.

La dicotomia Nord-Sud ed Isole appare ancora più netta se si considera che la maggior parte delle regioni meridionali presentano anche saldi migratori con l'estero, seppur positivi, inferiori al dato nazionale, mentre quelle del Nord e del Centro presentano valori superiori. Particolarmente rilevanti sono il saldo migratorio con l'estero del Lazio (4,2 per 1.000), della Toscana (3,4 per 1.000), dell'Emilia-Romagna (3,1 per 1.000) e della Lombardia (3,0 per 1.000). Il potere attrattivo/repulsivo di ciascuna regione sembra, quindi, agire sia nei confronti dei flussi migratori interni che della mobilità con l'estero.

Di seguito vengono presentati quattro cartogrammi per visualizzare il saldo migratorio (interno e con l'estero), il saldo interno, il saldo con l'estero ed il saldo naturale, riferiti all'anno 2014 e con dettaglio provinciale.

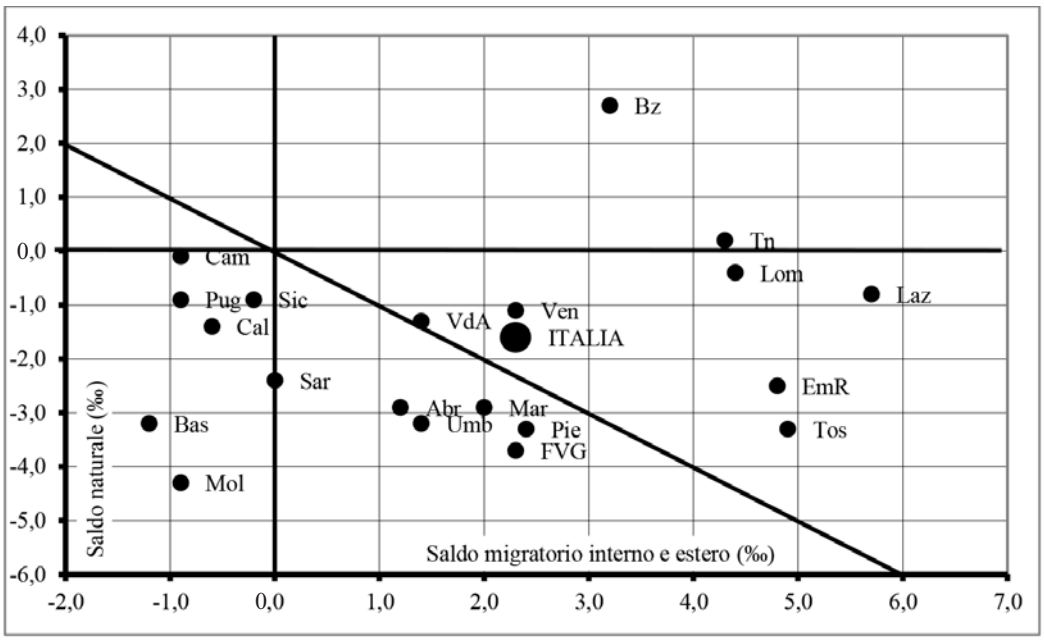
Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 13

Tabella 1 - Saldo (per 1.000) totale, naturale e migratorio (interno, con l'estero, per altro motivo e totale) della popolazione residente per regione - Anno 2014

Regioni	Saldo totale	Saldo naturale	Saldo migratorio			
			Interno	Estero	Per altro motivo	Totale
Piemonte	-2,8	-3,3	0,5	1,9	-1,9	0,6
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	-2,3	-1,3	0,7	0,7	-2,4	-1,0
Lombardia	2,9	-0,4	1,4	3,0	-1,0	3,3
Bolzano-Bozen	5,4	2,7	2,4	0,8	-0,5	2,7
Trento	2,2	0,2	2,7	1,6	-2,2	2,0
Veneto	0,2	-1,1	0,5	1,8	-1,0	1,2
Friuli Venezia Giulia	-1,8	-3,7	1,3	1,0	-0,4	1,9
Liguria	-5,5	-6,2	0,5	1,9	-1,6	0,8
Emilia-Romagna	0,9	-2,5	1,7	3,1	-1,4	3,4
Toscana	0,6	-3,3	1,5	3,4	-1,1	3,9
Umbria	-2,2	-3,2	-0,3	1,7	-0,4	1,0
Marche	-1,5	-2,9	0,0	2,0	-0,6	1,4
Lazio	3,7	-0,8	1,5	4,2	-1,2	4,5
Abruzzo	-1,8	-2,9	-0,5	1,7	-0,1	1,1
Molise	-4,4	-4,3	-2,0	1,1	0,8	-0,1
Campania	-1,4	-0,1	-3,0	2,1	-0,4	-1,3
Puglia	0,0	-0,9	-2,1	1,2	1,8	0,9
Basilicata	-3,1	-3,2	-3,0	1,8	1,3	0,1
Calabria	-2,0	-1,4	-2,9	2,3	0,0	-0,6
Sicilia	-0,6	-0,9	-1,6	1,4	0,6	0,4
Sardegna	-0,3	-2,4	-0,6	0,6	2,1	2,0
Italia	**0,2**	**-1,6**	**0,0**	**2,3**	**-0,6**	**1,8**

Fonte dei dati: Istat. Indicatori demografici. Anno 2015.

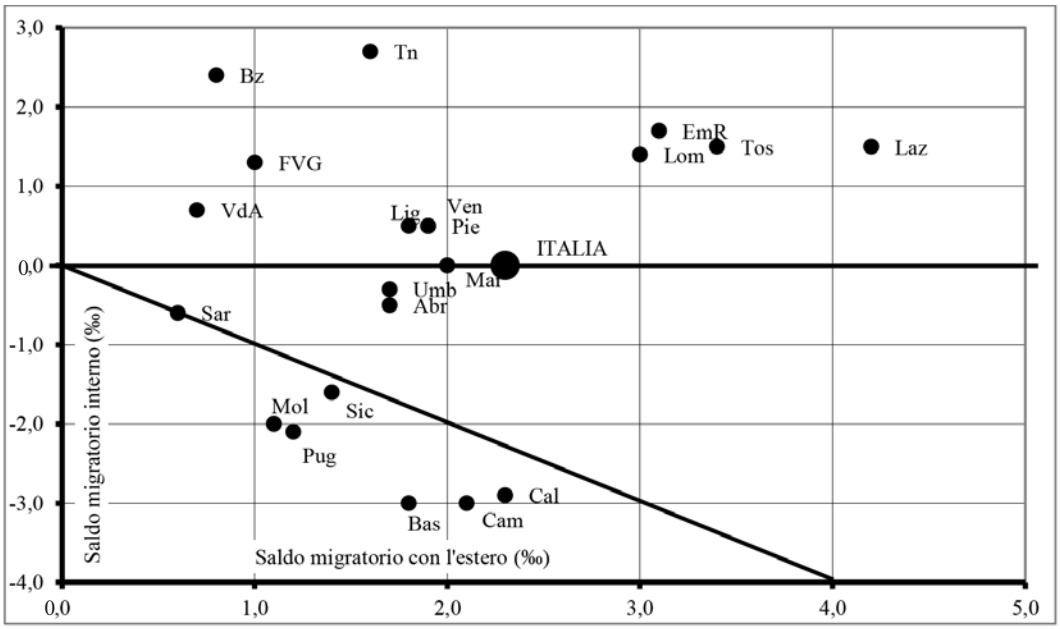
Grafico 1 - Saldo (per 1.000) migratorio (interno e con l'estero) e saldo (per 1.000) naturale della popolazione per regione - Anno 2014



Fonte dei dati: Istat. Indicatori demografici. Anno 2015.

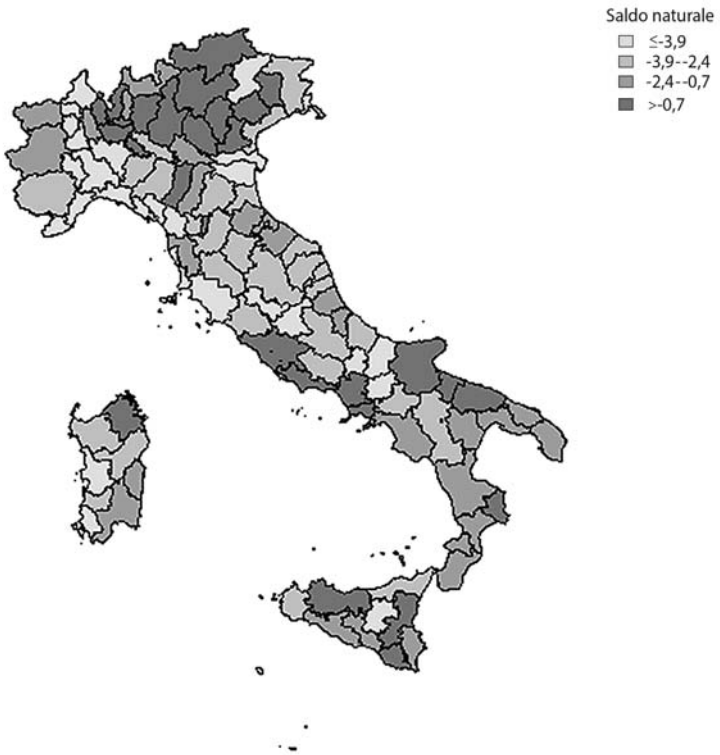
Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 14

Grafico 2 - Saldo (per 1.000) migratorio (interno e con l'estero) della popolazione per regione - Anno 2014



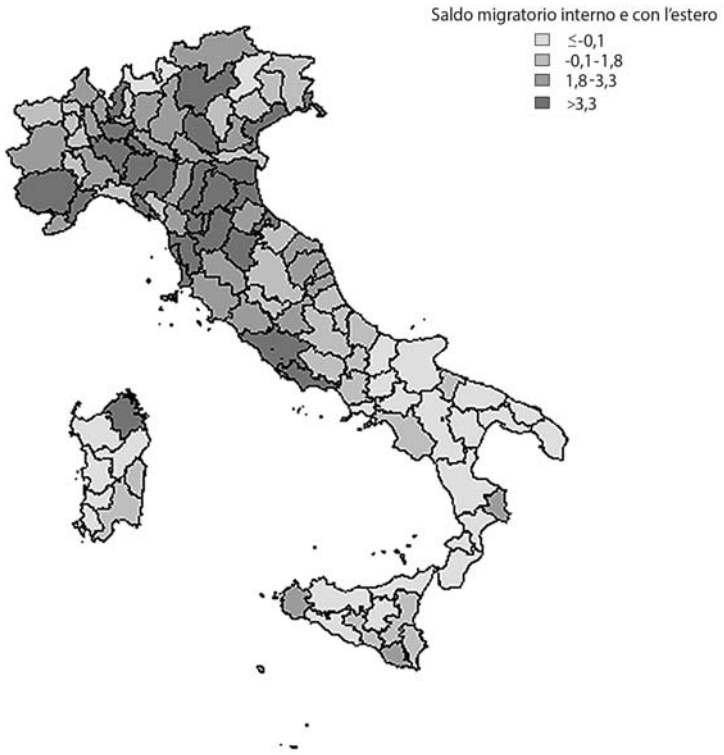
Fonte dei dati: Istat. Indicatori demografici. Anno 2015.

Saldo (per 1.000) naturale della popolazione residente per provincia. Anno 2014

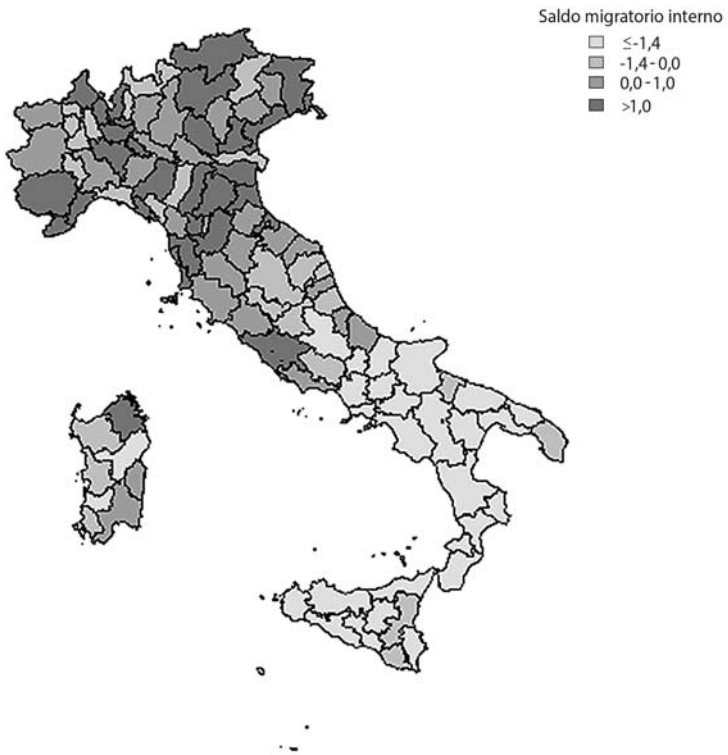


Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 15

Saldo (per 1.000) migratorio (interno e con l'estero) della popolazione residente per provincia. Anno 2014

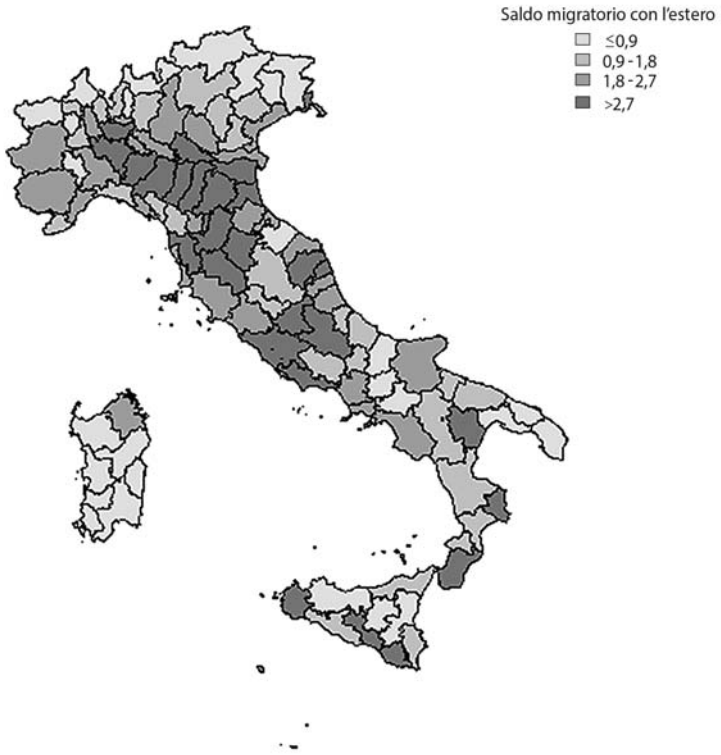


Saldo (per 1.000) migratorio interno della popolazione residente per provincia. Anni 2014



Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 16

Saldo (per 1.000) migratorio con l'estero della popolazione residente per provincia. Anni 2014



Raccomandazioni di Osservasalute

Il monitoraggio delle dinamiche della popolazione è indispensabile per il corretto dimensionamento dei bisogni assistenziali, specie a livello regionale e subregionale. La dimensione dei flussi migratori dall'estero, più consistenti nelle aree del Centro-Nord, determina una domanda di servizi socio-sanitari che si va ad aggiungere a quella espressa dalla popolazione residente. Inoltre, occorre considerare che i flussi migratori in arrivo nel nostro Paese rappresentano un collettivo variegato al suo interno sia per Paese di provenienza che per caratteristiche socio-demografiche (ad esempio struttura per età e genere) e bisogni assistenziali.

L'irrisolta dicotomia socio-economica tra Nord e Sud ed Isole continua a manifestarsi anche nei saldi migratori interni; gli spostamenti dalle aree del Meridione verso il Nord del Paese, se pur non più così intense come nel dopoguerra, permangono e, solo 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, ma che, invece, gioca un ruolo fondamentale nei movimenti di popolazione sull'intero territorio (2).

Quest'ultima considerazione fa riflettere sull'efficienza dell'utilizzo dei soli dati anagrafici per il dimensionamento dei servizi socio-sanitari ospedalieri presso i Pronto Soccorso. Per questo motivo, ovunque sia sistematicamente presente una consistente popolazione temporanea che, per motivi di lavoro, studio o turismo, insiste su un territorio diverso da quello di residenza, sarebbe necessario un sovradimensionamento delle strutture sanitarie, in modo da poter rispondere alla probabile domanda aggiuntiva dovuta a quelle presenze temporanee, ma numericamente consistenti.

Riferimenti bibliografici

(1) Istat. Indicatori demografici. Anno 2014.
(2) Svimez. Rapporto Svimez 2008 sull'economia del Mezzogiorno, Il Mulino 2008.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 17

Fecondità

Significato. Il comportamento riproduttivo della popolazione residente in Italia viene descritto attraverso tre diversi indicatori: il Tasso di fecondità totale (Tft), che misura il numero medio di figli per donna, l'età media delle madri al parto e la percentuale dei nati da madre straniera sul totale delle nascite. In particolare, i primi due indicatori sono stati calcolati per le donne italiane, per le donne straniere e per il totale della popolazione residente.
Il monitoraggio di tali indicatori risulta particolarmente rilevante non solo da un punto di vista demografico, in quanto la conoscenza della domanda di servizi specialistici (quali, ad esempio, quelli di monitoraggio delle gravidanze e di assistenza al parto) permette una più efficace organizzazione delle strutture sanitarie interessate.

Validità e limiti. Il Tft misura l'intensità finale (numero medio di figli per donna) del comportamento riproduttivo registrato in un dato anno di calendario. L'età media delle donne al parto misura la cadenza della fecondità. Infine, la proporzione di nati da madri straniere sul totale delle nascite è un indicatore che consente di valutare quanta parte delle nascite registrate sia imputabile a madri straniere.
In questa Edizione del Rapporto Osservasalute sono riportati i dati relativi ai nati iscritti in Anagrafe nell'anno 2013.

Tasso di fecondità totale

$$Tft = \sum_{x=15}^{49} f_x$$

Età media delle madri al parto

$$\bar{x} = \frac{\sum_{x=15}^{49} x f_x}{\sum_{x=15}^{49} f_x}$$

Quota di nati da madre straniera

$$n_s = 100 * \frac{N_s}{N_{tot}}$$

Significato delle variabili: f_x=rapporto tra il numero di nati vivi da donne in età x e la popolazione media femminile in età x; n_s=numero di nati vivi da madre straniera; N_{tot}=numero totale dei nati vivi

Nella Tabella 1 sono riportate le stime degli indicatori di intensità e di calendario della fecondità a livello regionale, nonché la proporzione di nati da madre straniera sul totale dei nati con riferimento all'anno 2013. Per facilitare la lettura dei risultati emersi ed evidenziare le dinamiche territoriali, la tabella è accompagnata da alcuni cartogrammi che mettono in evidenza gli aspetti più interessanti del comportamento riproduttivo registrato a livello sub-regionale. La scala della campitura è costruita in modo da garantire l'uguaglianza del numero di province appartenenti a ciascuna classe.

Descrizione dei risultati

La fecondità, per il Paese nel suo complesso, è frutto del comportamento delle residenti italiane e straniere che si differenzia, significativamente, sia nell'intensità che nel calendario riproduttivo. A livello generale è importante sottolineare come il numero medio di figli per donna (Tft), calcolato per le donne straniere residenti, si attesti su livelli superiori a quelli che caratterizzano le residenti con cittadinanza italiana; se si considera il Paese nel suo complesso, il primo è, infatti, pari a 2,10 figli per donna, mentre il secondo è pari a 1,29 figli per donna. Considerando il complesso delle residenti il Tft è pari a 1,39 (Tabella 1). A partire dal 1995 si è assistito ad un lento processo di ripresa dei livelli di fecondità imputabile sia al comportamento delle straniere che ad un "effetto recupero" delle donne più vicine alla fine dell'età fertile. Tuttavia, la lenta ripresa dei livelli di fecondità appare arrestarsi negli ultimi anni in concomitanza del protrarsi della crisi economica. Nel 2013, infatti, si sono registrati quasi 20.000 nati in meno rispetto all'anno precedente (1). In particolare, per la prima volta, nel 2013 sono diminuite in valore assoluto le nascite da almeno un genitore straniero.
Nello stesso anno, i valori più alti del Tft si registrano

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 18

nella PA di Bolzano (1,65 figli per donna), seguita dalla PA di Trento (1,60 figli per donna); seguono, a breve distanza, la Lombardia, l'Emilia-Romagna, la Valle d'Aosta, il Veneto e il Lazio. Le regioni dove si registra un Tft particolarmente basso (ossia inferiore o pari a 1,20 figli per donna in età feconda) sono Sardegna, Basilicata e Molise, tutte regioni collocate nel Mezzogiorno. Appare, quindi, evidente come la tradizionale dicotomia Nord-Sud ed Isole in tema di fecondità sia ormai superata, mentre permangono differenze nei comportamenti riproduttivi tra le residenti italiane e quelle straniere.

Il secondo indicatore presentato nella Tabella 1 è l'età media delle madri al parto che, a livello nazionale, risulta essere pari a 31,5 anni, valore stabile rispetto a quello registrato nell'anno precedente. In particolare, le variazioni regionali nel calendario della fecondità appaiono relativamente contenute: l'età media al parto raggiunge il suo massimo in Sardegna (32,4 anni) ed il suo minimo in Sicilia e Campania (rispettivamente, 30,7 e 30,9 anni).

Anche in questo caso, è possibile distinguere l'indicatore calcolato con riferimento alle donne italiane residenti da quello relativo alle donne con altra cittadinanza: l'età media al parto delle straniere (pari a 28,6 anni) è, difatti, inferiore a quella delle italiane (32,1 anni).

L'ultimo indicatore proposto è la quota di nati da madre straniera sul totale delle nascite: a livello nazionale tale indicatore è pari al 19,2%, cioè un nato su cinque ha la madre con cittadinanza straniera. È possibile, inoltre, evidenziare una forte variabilità a livello territoriale: nelle regioni del Mezzogiorno la quota di nati da madri straniere è, decisamente, più contenuta (≥10,2%) (ad esclusione dell'Abruzzo che, comunque, presenta un valore di oltre 4 punti percentuali inferiore a quello nazionale) di quanto non accade nelle regioni del Centro-Nord. Il valore minimo si registra in Campania e Puglia (entrambe 6,4%).

Considerando il resto delle regioni sono 11 quelle in cui più di un nato su cinque ha la madre straniera. Questo fenomeno è particolarmente accentuato in Emilia-Romagna, dove il 30,4% degli iscritti in Anagrafe per nascita ha una madre con cittadinanza diversa da quella italiana; segue la Lombardia in cui tale valore è pari al 27,7%. È evidente, quindi, che i livelli di natalità più alti registrati in molte regioni del Centro-Nord, rispetto al resto del Paese, siano almeno in parte imputabili all'apporto fornito dalle straniere residenti. La distribuzione territoriale della quota di iscritti in Anagrafe per nascita da madri straniere mostra, infatti, un andamento che, così come facilmente intuibile, ricalca sostanzialmente la distribuzione della popolazione straniera residente nel Paese.

I cartogrammi relativi al Tft delle residenti italiane e straniere sono costruiti a partire dai dati a livello provinciale. Dalla lettura congiunta dei cartogrammi emerge come, le aree dove il Tft delle straniere è più elevato, si trovano quasi esclusivamente nelle regioni del Centro-Nord, mentre tale polarizzazione appare più contenuta se si considera solamente il comportamento riproduttivo delle donne con cittadinanza italiana. Tale risultato appare di forte interesse e meriterebbe di essere ulteriormente approfondito; per una sua corretta interpretazione sarebbe opportuno prendere in considerazione non solo l'offerta regionale e provinciale dei servizi socio-sanitari per la maternità e l'infanzia, ma anche le peculiarità territoriali del fenomeno migratorio stesso (ad esempio le analisi delle cittadinanze maggiormente presenti a livello provinciale, del loro grado di integrazione, della durata media della presenza, della loro composizione per genere e, per coloro i quali provengono da Paesi extraeuropei, dei motivi del permesso di soggiorno).

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 19

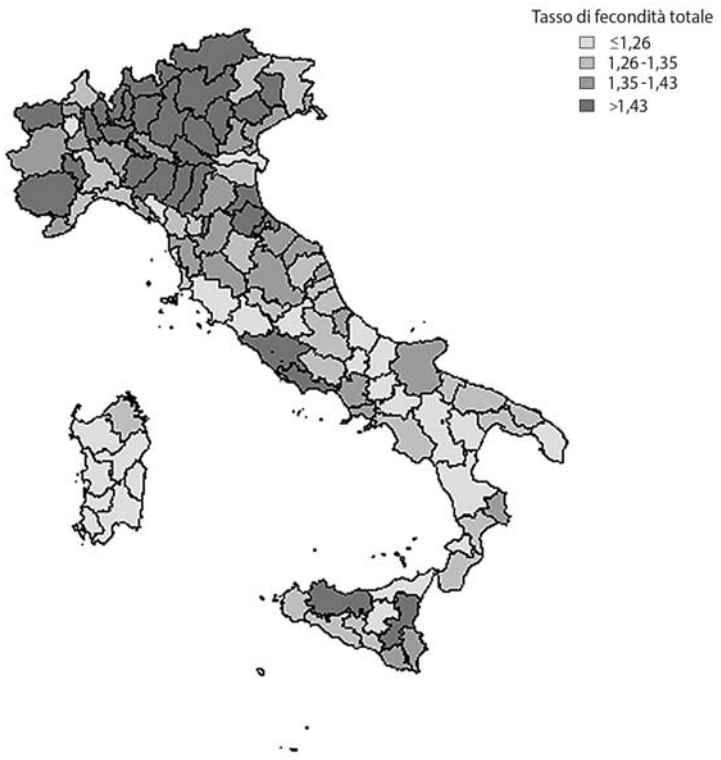
Tabella 1 - Tasso di fecondità totale (numero medio di figli per donna), età media (anni) della madre al parto e quota (per 100) di nati da madre straniera per regione - Anno 2013

Regioni	Tasso di fecondità totale			Età media delle madri al parto			Quota di nati da madri straniere*
	Totale	Italiane	Straniere	Totale	Italiane	Straniere	
Piemonte	1,41	1,28	2,02	31,5	32,3	28,8	24,7
Valle d'Aosta-Vallèe d'Aoste	1,44	1,36	1,97	31,3	31,8	28,4	19,1
Lombardia	1,48	1,29	2,31	31,6	32,6	28,9	27,7
Bolzano-Bozen	1,65	1,54	2,48	31,6	32,1	28,9	21,4
Trento	1,60	1,47	2,30	31,6	32,4	28,6	23,4
Veneto	1,42	1,26	2,14	31,7	32,8	28,7	26,8
Friuli Venezia Giulia	1,37	1,25	1,99	31,6	32,4	28,7	22,5
Liguria	1,34	1,19	2,10	31,7	32,7	28,2	24,7
Emilia-Romagna	1,45	1,24	2,20	31,3	32,5	28,7	30,4
Toscana	1,35	1,21	1,97	31,7	32,8	28,2	24,6
Umbria	1,37	1,24	1,91	31,5	32,6	28,1	25,4
Marche	1,34	1,23	1,92	31,7	32,7	28,2	22,4
Lazio	1,42	1,35	1,95	32,0	32,8	28,5	19,8
Abruzzo	1,30	1,23	1,91	31,9	32,6	28,1	15,0
Molise	1,17	1,14	1,80	32,3	32,6	28,5	8,9
Campania	1,35	1,34	1,85	30,9	31,1	28,2	6,4
Puglia	1,28	1,25	2,01	31,3	31,5	27,8	6,4
Basilicata	1,12	1,10	1,70	32,3	32,6	28,3	7,5
Calabria	1,28	1,24	2,00	31,4	31,7	27,9	10,2
Sicilia	1,36	1,34	2,03	30,7	30,9	28,0	6,7
Sardegna	1,11	1,08	1,85	32,4	32,6	28,7	6,5
Italia	**1,39**	**1,29**	**2,10**	**31,5**	**32,1**	**28,6**	**19,2**

*Valori stimati.

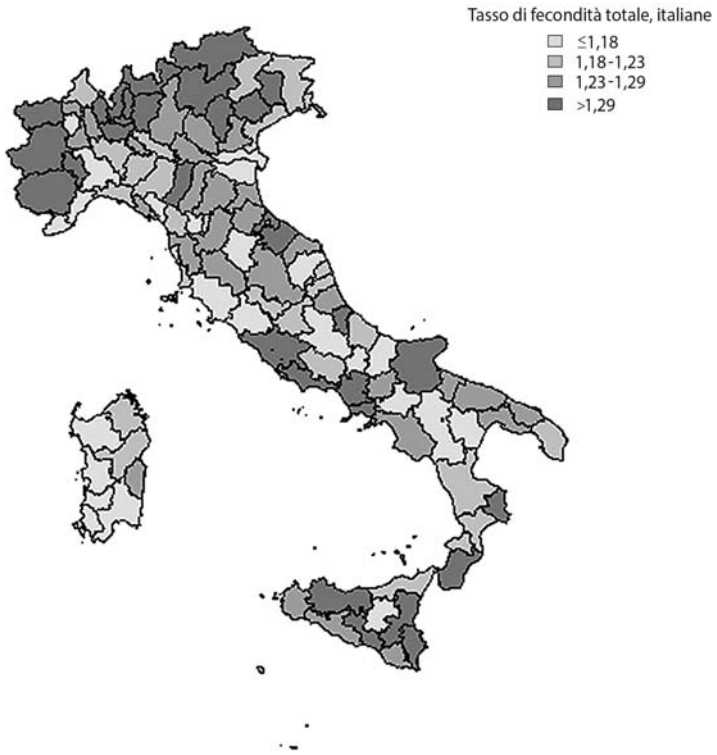
Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Istat disponibili su Demografia in cifre. Iscritti in Anagrafe per Nascita. Anno 2015.

Tasso di fecondità totale per provincia. Anno 2013

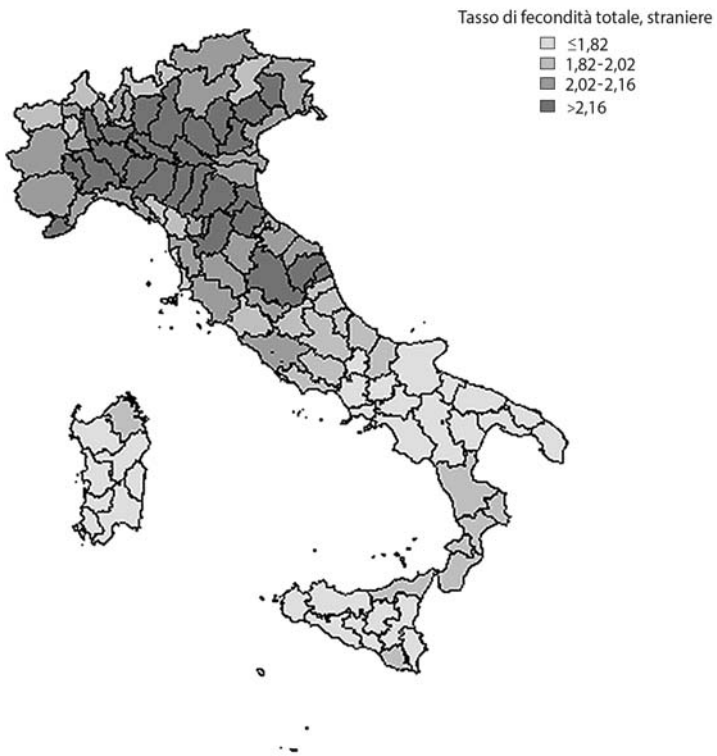


Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 20

Tasso di fecondità totale delle donne italiane per provincia. Anno 2013

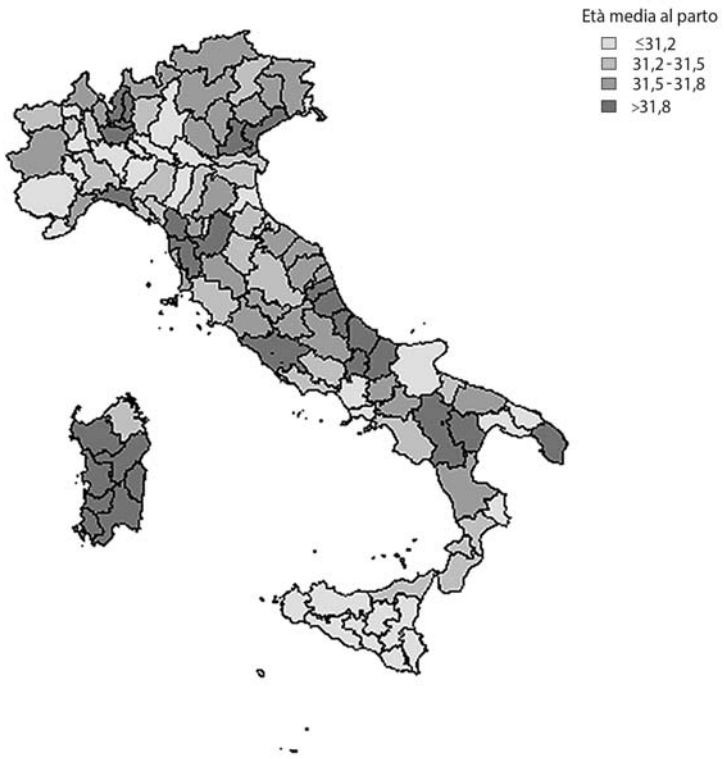


Tasso di fecondità totale delle donne straniere per provincia. Anno 2013

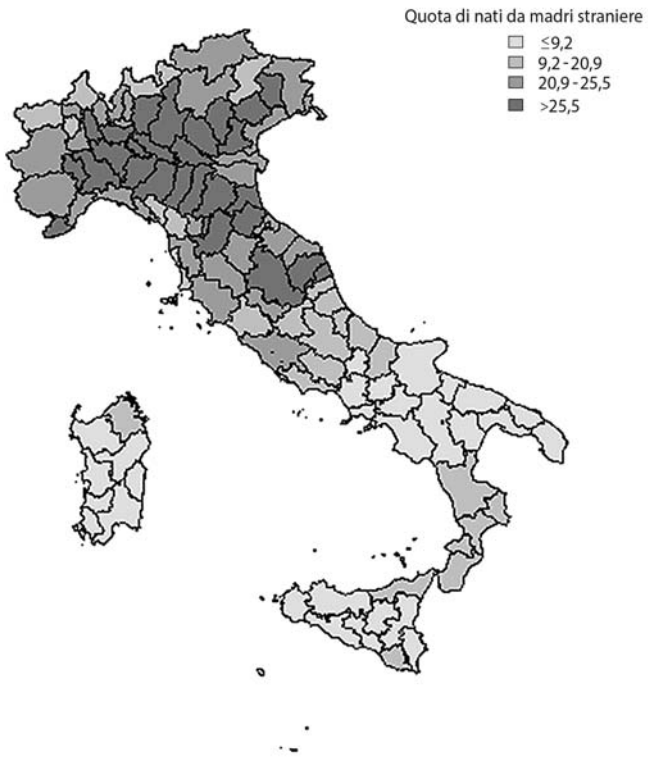


Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 21

Età media (anni) delle madri al parto per provincia. Anno 2013



Quota (per 100) di nati da madre straniera per provincia. Anno 2013



Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 22

Raccomandazioni di Osservasalute

Prosegue, negli anni, la tendenza alla posticipazione delle nascite così come testimoniato dall'aumento dell'età media delle madri al parto. Ciò richiede un'attenzione specifica da parte dei servizi sanitari specializzati considerato che, all'avanzare dell'età, corrispondono livelli di fertilità via via decrescenti e maggiori rischi per il nascituro che potrebbero portare, rispettivamente, ad un maggiore ricorso a tecniche di fecondazione assistita ed a una maggiore domanda di servizi sanitari di diagnosi prenatale. Oltretutto, l'accresciuta eterogeneità delle madri per cittadinanza, costumi, lingue e cultura, aggiunge problematiche nuove nell'assistenza alla gravidanza, al parto ed al puerperio, così come nei servizi di ginecologia e di pediatria. Anche i servizi socio-sanitari rivolti all'infanzia, quindi, devono attrezzarsi per poter raggiungere e dialogare efficacemente con le giovani famiglie con prole provenienti da numerosi e diversi Paesi del mondo.

Riferimenti bibliografici

(1) Istat. Statistiche Report Natalità e fecondità della popolazione residente. Anno 2012. Istat, 2013.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 23

Ultracentenari

Significato. Si analizza in questa sede la quota di popolazione ultracentenaria. Tale scelta è dettata dal fatto che l'importanza di questo segmento di popolazione è andato crescendo significativamente negli ultimi anni ed è frutto della positiva evoluzione della longevità che riguarda, da anni, il nostro Paese.
Ancora è aperto il dibattito su quale possa essere (se esiste) il limite biologico di vita delle persone, di quanto ancora vedremo aumentare la sopravvivenza delle fasce di età più anziane, di quali possano essere le domande di assistenza e quali possano essere le risposte più adeguate alle esigenze di un contingente di popolazione così selezionato. Non è nelle nostre intenzioni dare risposte o indicazioni in questa direzione, ma ci è sembrato interessante poter rappresentare il trend della consistenza numerica della componente degli ultracentenari negli ultimi anni.

Quota di popolazione ultracentenaria

Numeratore: Popolazione residente di 100 anni ed oltre

Denominatore: Popolazione residente

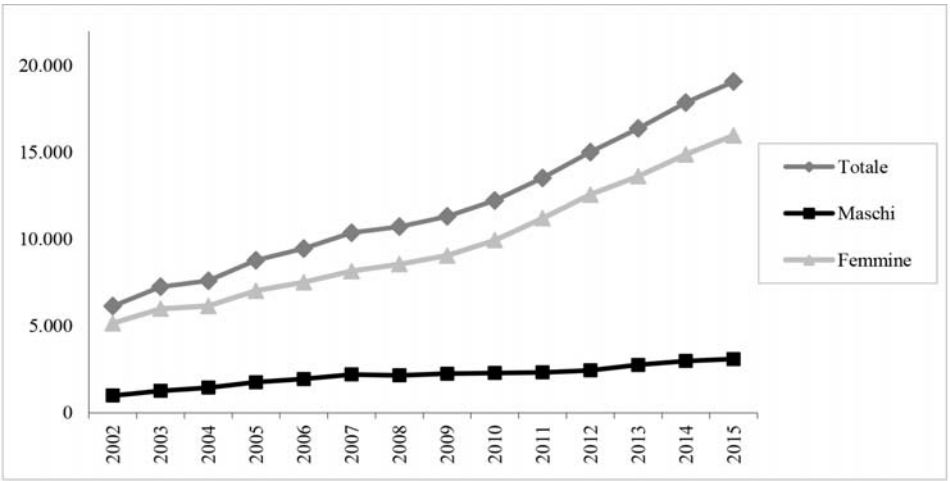
$$\frac{\text{Popolazione residente di 100 anni ed oltre}}{\text{Popolazione residente}} \times 10.000$$

Validità e limiti. I dati utilizzati sono quelli della popolazione residente in Italia al 1 gennaio 2015. Così come per gli altri indicatori del Capitolo va tenuto presente che la domanda di assistenza sociosanitaria di individui appartenenti ad una stessa classe di età, anche se dai confini ben limitati, potrebbe essere eterogenea. Gli ultracentenari, pur rappresentando una fascia di popolazione in espansione, sono ancora numericamente contenuti. Si è, quindi, preferito non effettuare analisi a livello sub-nazionale.

Descrizione dei risultati

Nel Grafico 1 e 2 è riportato l'andamento, in valori assoluti e relativi (per 10.000), dell'ammontare della popolazione di 100 anni ed oltre per genere. Si evidenzia come questo segmento di popolazione sia cresciuto in modo consistente dal 2002 al 2015. In particolare, gli ultracentenari sono molto più che triplicati nel periodo di riferimento, passando da 5.650 unità nel 2002 ad oltre 19.000 nel 2015. In termini relativi, nel 2002, ogni 10.000 residenti quasi uno era ultracentenario, mentre nel 2015 oltre tre. Se si considera il solo contingente femminile, negli stessi anni si è passati da 1,6 a 5,1 ultracentenarie ogni 10.000 residenti. Gli ultracentenari uomini sono passati da 0,3 a 1,1 ogni 10.000 residenti. Si noti che, nell'ultimo anno di calendario, considerando sia gli uomini che le donne, si è registrato un incremento di ben 1.211 unità, con un incremento annuo pari a 6,8%.
Infine, la componente femminile è più numerosa: nel 2015, infatti, le donne rappresentano l'83,8% del totale degli ultracentenari.

Grafico 1 - Popolazione (valori assoluti) ultracentenaria per genere - Anni 2002-2015

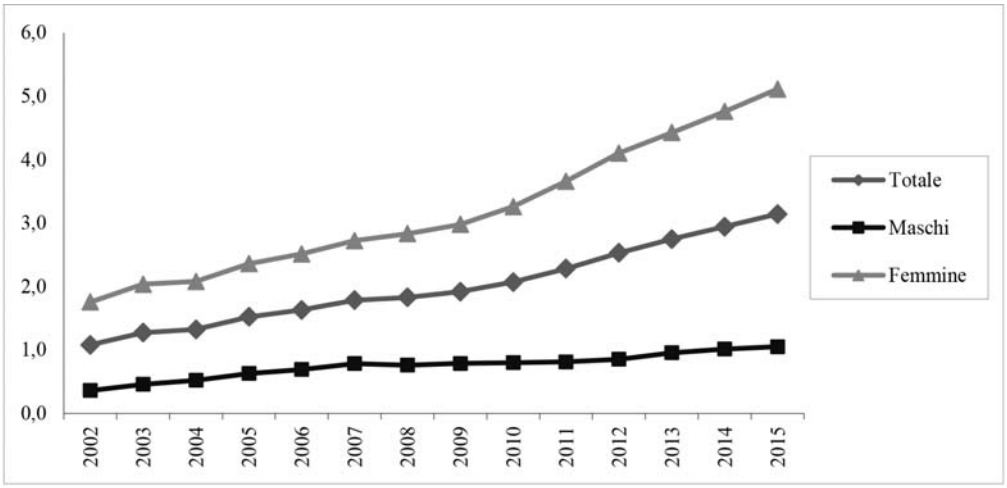


Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Istat disponibili su Demografia in cifre. Popolazione residente. Anni 2002-2015.

G. DI GIORGIO, F. RINESI

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 24

Grafico 2 - Popolazione (valori relativi per 10.000) ultracentenaria per genere - Anni 2002-2015



Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Istat disponibili su Demografia in cifre. Popolazione residente. Anni 2002-2015.

Raccomandazioni di Osservasalute

Lo studio della consistenza della popolazione ultracentenaria, pur rappresentando ancora un segmento di nicchia della popolazione, appare quanto mai interessante in quanto è possibile ipotizzare come essa sia portatrice di bisogni di salute e di richieste di assistenza specifici.

Sopravvivenza e mortalità per causa

Nel presente Rapporto Osservasalute viene analizzato l'andamento della speranza di vita alla nascita e a 65 anni dal 2010 al 2014.

Al 2014, la speranza di vita alla nascita è pari a 80,3 anni per gli uomini e 85,0 anni per le donne. Negli ultimi anni si assiste ad un incremento più favorevole per il genere maschile rispetto alle donne. Il vantaggio femminile rimane, comunque, ancora consistente. La distanza tra i due generi è pari a 4,7 anni a favore delle donne, contro i 5,0 anni del 2010.

Sia per gli uomini che per le donne è la PA di Trento a godere della 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 per causa, sono state utilizzate le graduatorie delle principali cause di morte (leading causes of death), approccio ampiamente utilizzato in ambito internazionale. L'ordinamento delle principali cause di morte, basato sul conteggio della loro frequenza per genere e area geografica di decesso, consente di quantificare in maniera diretta la diffusione che esse hanno nella popolazione, nonché di monitorare e valutare lo stato di salute per specifici sottogruppi della popolazione stessa o nelle diverse aree del Paese.

Dai dati del 2012 emerge che al primo posto della graduatoria si collocano 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'8,0% del totale).

Tra le principali cause di morte, i tumori maligni di trachea, bronchi e polmoni hanno maggior diffusione negli uomini rispetto alle donne: i 24.885 decessi tra i primi (2° causa di morte) hanno un peso sul totale poco più del triplo rispetto ai 8.653 decessi osservati nelle donne (10° causa di morte). I decessi dovuti a malattie ipertensive, nonché a demenza e malattia di Alzheimer, presentano, invece, un peso sul totale di circa il doppio per le donne, tra le quali si hanno, rispettivamente, 20.367 e 18.226 decessi (4° e 5° causa di morte in graduatoria), rispetto a quello osservato negli uomini con 10.880 e 8.333 decessi (6° e 9° causa di morte in graduatoria).

La situazione territoriale mostra, comunque, una evidente variabilità geografica Nord-Sud ed Isole. I tumori maligni di trachea, bronchi e polmoni, demenza, malattia di Alzheimer, influenza e polmonite presentano percentuali più alte nelle aree settentrionali, mentre nell'area meridionale risulta più alta in graduatoria la posizione occupata dai decessi per diabete e per malattie ipertensive.

G. DI FRAIA, D. SPIZZICHINO, E. GRANDE, L. FROVA

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 26

Livelli e dinamica della sopravvivenza

Significato. La sopravvivenza viene misurata utilizzando come indicatore la speranza di vita (o durata media della vita o vita media) all'età y che 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 esistenza futura, fosse esposta ai rischi di morte osservati in quello stesso anno di calendario a partire dall'età y.

Speranza di vita (o durata media della vita, o vita media)

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

Significato delle variabili: x=età, varia da y a ω-1 (ω=età massima raggiunta da almeno un componente della popolazione); 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. Tra i vantaggi di questo indicatore c'è quello di essere indipendente dalla struttura per età della popolazione, permettendo così di effettuare confronti nel tempo e nello spazio. Occorre, però, sottolineare che esso 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

Al 2014, la speranza di vita alla nascita è pari a 80,3 anni per gli uomini e 85,0 anni per le donne (Tabella 1). Nei 5 anni trascorsi, dal 2010 al 2014, gli uomini hanno guadagnato 1,0 anni mentre le donne 0,7 anni. Come ormai è evidente da alcuni anni, la distanza della durata media della vita di donne ed uomini si sta sempre più riducendo anche se, comunque, è ancora consistente a favore delle donne (+4,7 anni nel 2014 vs +5,0 anni nel 2010).
Le differenze a livello territoriale non si colmano con il passare degli anni: la distanza tra la regione più favorita e quella meno favorita è di 2,8 anni per gli uomini e per le donne: per entrambi i generi è la PA di Trento ad avere il primato per la speranza di vita alla nascita. La regione più sfavorita è, invece, sia per gli uomini che per le donne, la Campania.
Per gli uomini la PA di Trento presenta un valore pari a 81,3 anni (1,0 anni in più rispetto al dato nazionale), seguita dalla PA di Bolzano (81,2 anni). Seguono, poi, a pari merito Emilia-Romagna, Toscana e Marche (81,0 anni). La Campania, all'ultimo posto ormai da molti anni, ha una speranza di vita di 78,5 anni (1,8 anni inferiore al dato nazionale). Da sottolineare è la distanza, di ben 1 anno, dalla Sicilia che risulta essere la penultima regione in termini di speranza di vita.
Per le donne della PA di Trento la speranza di vita alla nascita è pari a 86,1 anni (1,1 anni in più rispetto al dato nazionale), seguita dal Veneto e dalle Marche (entrambe 85,7 anni). In ultima posizione è sempre la Campania (83,3 anni), regione nella quale una donna vive 1,7 anni in meno rispetto al dato nazionale.
Gli uomini della PA di Trento e della Valle d'Aosta sono quelli per i quali, dal 2010 al 2014, sono stati registrati gli incrementi maggiori nella speranza di vita alla nascita (rispettivamente, +1,5 anni i primi e +1,4 i secondi vs +1,0 anni del dato nazionale). Sono evidenti anche gli incrementi della Lombardia e del Lazio (+1,3 anni). Quest'ultima regione rimane, comunque, al di sotto del valore nazionale (80,0 anni). La regione nella quale i miglioramenti sono stati più lenti (+0,5 anni) è la Basilicata, il cui valore, rispetto al 2010, scende al di sotto di quello nazionale.
Per le donne è il Lazio la regione in cui si è registrato il maggior aumento di sopravvivenza (+1,0 anni), seguita da Lombardia e Liguria (entrambe +0,9 anni).
Miglioramenti meno marcati si sono verificati in Valle d'Aosta che è rimasta quasi bloccata alla situazione del 2010 (+0,1 anni). Seguono la PA di Bolzano e la Calabria (entrambe +0,3 anni). Quest'ultima, da una speranza di vita in linea con l'Italia, è passata a valori più bassi.
All'età di 65 anni, al 2014, un uomo ha ancora davanti a sé 18,9 anni di vita ed una donna 22,3 anni (Tabella 2). Per gli uomini di 65 anni, la PA di Bolzano è in testa alla classifica per la speranza di vita (19,6 anni).
Seguono la PA di Trento, la Toscana, l'Umbria e le Marche con 19,4 anni. Per le donne, invece, il primato è per la PA di Trento (23,2 anni), seguita dalla PA di Bolzano e dalle Marche (entrambe 23,0 anni).
La Campania è fortemente distaccata dalle altre regio-

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 27

ni con valori della speranza di vita a 65 anni pari a 17,7 anni per gli uomini e pari a 21,0 anni per le donne.
Tra gli anziani, l'evoluzione dal 2010 al 2014 indica un aumento della sopravvivenza lievemente più marcato per gli uomini rispetto alle donne (+0,7 anni vs +0,6 anni). Se alla nascita la distanza tra i due generi è di 4,7 anni, a 65 anni è ancora di 3,4 anni.
Per gli uomini, è la Valle d'Aosta la regione nella quale, dal 2010 al 2014, sono stati registrati gli incrementi maggiori della speranza di vita a 65 anni (+1,7 anni vs +0,7 anni del dato nazionale). Al contrario il Molise è la regione con l'incremento meno marcato (+0,1 anni). Per le donne, invece, l'aumento maggiore si è verificato in Lombardia e nel Lazio (entrambi +0,9 anni vs +0,6 anni del dato nazionale), mentre l'aumento meno marcato (+0,3 anni) si è registrato in Calabria e in Valle d'Aosta.

Tabella 1 - Speranza di vita (anni) alla nascita e variazioni assolute per genere e per regione - Anni 2010-2014

Regioni	Maschi						Femmine					
	2010	2011	2012	2013	2014	Δ (2014-2010)	2010	2011	2012	2013	2014	Δ (2014-2010)
Piemonte	79,1	79,4	79,6	79,7	80,2	1,1	84,3	84,4	84,4	84,6	85,0	0,7
Valle d'Aosta	78,3	78,6	79,6	79,7	79,7	1,4	84,4	85,0	84,3	84,6	84,6	0,1
Lombardia	79,5	79,9	79,9	80,3	80,8	1,3	84,6	84,9	84,9	85,1	85,5	0,9
Bolzano-Bozen	80,3	80,6	80,6	80,8	81,2	0,9	85,2	85,4	85,0	85,6	85,5	0,3
Trento	79,8	80,5	80,8	80,8	81,3	1,5	85,4	85,8	85,9	85,8	86,1	0,7
Veneto	79,8	80,0	80,1	80,3	80,8	1,0	85,1	85,1	85,1	85,3	85,7	0,6
Friuli Venezia Giulia	79,1	79,3	79,3	79,5	80,1	1,0	84,6	84,7	84,7	84,7	85,1	0,5
Liguria	79,2	79,2	79,4	79,5	80,1	0,9	84,1	84,3	84,4	84,5	85,0	0,9
Emilia-Romagna	79,9	80,3	80,2	80,5	81,0	1,1	84,8	84,9	84,9	85,1	85,4	0,6
Toscana	80,1	80,3	80,1	80,5	81,0	0,9	84,9	84,9	84,8	85,1	85,5	0,6
Umbria	79,8	80,3	80,1	80,3	80,9	1,1	84,9	85,2	85,1	85,3	85,6	0,7
Marche	80,4	80,5	80,6	80,7	81,0	0,6	85,3	85,3	85,3	85,5	85,7	0,4
Lazio	78,7	79,0	79,1	79,5	80,0	1,3	83,7	83,8	83,8	84,2	84,7	1,0
Abruzzo	79,1	79,1	79,6	79,8	80,2	1,1	84,3	84,5	84,6	84,8	85,1	0,8
Molise	79,0	79,1	79,5	79,7	79,7	0,7	84,3	84,2	84,5	84,6	84,9	0,6
Campania	77,6	77,6	78,0	78,1	78,5	0,9	82,6	82,6	82,8	83,0	83,3	0,7
Puglia	79,7	79,7	80,0	80,2	80,5	0,8	84,3	84,3	84,5	84,6	84,9	0,6
Basilicata	79,4	79,5	79,9	79,5	79,9	0,5	84,3	84,5	84,3	84,7	84,9	0,6
Calabria	78,9	79,2	79,2	79,4	79,6	0,7	84,3	83,9	84,0	84,3	84,6	0,3
Sicilia	78,7	78,6	78,8	79,0	79,5	0,8	83,1	83,0	83,2	83,4	83,8	0,7
Sardegna	78,8	78,9	79,1	79,2	79,7	0,9	84,8	84,6	84,8	85,0	85,3	0,5
Italia	**79,3**	**79,5**	**79,6**	**79,8**	**80,3**	**1,0**	**84,3**	**84,4**	**84,4**	**84,6**	**85,0**	**0,7**

Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat disponibili nel sito www.demo.istat.it. Anno 2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 28

Tabella 2 - Speranza di vita (anni) a 65 anni e variazioni assolute per genere e per regione - Anni 2010-2014

Regioni	Maschi						Femmine					
	2010	2011	2012	2013	2014	Δ (2014-2010)	2010	2011	2012	2013	2014	Δ (2014-2010)
Piemonte	18,1	18,2	18,3	18,5	18,8	0,7	21,8	21,9	21,8	22,0	22,2	0,4
Valle d'Aosta	17,6	18,1	18,9	18,9	19,3	1,7	22,0	22,2	21,9	22,2	22,3	0,3
Lombardia	18,2	18,5	18,4	18,7	19,2	1,0	21,9	22,2	22,1	22,4	22,8	0,9
Bolzano-Bozen	19,0	19,1	19,2	19,3	19,6	0,6	22,5	22,6	22,3	22,9	23,0	0,5
Trento	18,5	18,9	19,3	19,0	19,4	0,9	22,8	23,1	23,1	23,0	23,2	0,4
Veneto	18,3	18,6	18,6	18,7	19,2	0,9	22,3	22,4	22,3	22,5	22,8	0,5
Friuli Venezia Giulia	18,0	18,2	18,2	18,4	18,9	0,9	22,1	22,2	22,2	22,2	22,6	0,5
Liguria	18,1	18,2	18,3	18,4	18,8	0,7	21,7	21,8	22,0	22,0	22,4	0,7
Emilia-Romagna	18,6	18,9	18,7	19,0	19,3	0,7	22,2	22,2	22,2	22,4	22,7	0,5
Toscana	18,6	18,8	18,7	18,9	19,4	0,8	22,2	22,2	22,0	22,3	22,6	0,4
Umbria	18,7	18,9	18,8	18,9	19,4	0,7	22,3	22,4	22,2	22,6	22,9	0,6
Marche	19,0	19,0	19,0	19,1	19,4	0,4	22,6	22,6	22,5	22,8	23,0	0,4
Lazio	17,9	18,2	18,2	18,4	18,8	0,9	21,3	21,5	21,4	21,7	22,2	0,9
Abruzzo	18,2	18,3	18,5	18,7	18,9	0,7	21,9	22,1	21,9	22,1	22,5	0,6
Molise	18,5	18,5	18,6	19,0	18,6	0,1	22,1	21,8	22,1	22,3	22,7	0,6
Campania	17,1	17,1	17,3	17,4	17,7	0,6	20,4	20,4	20,6	20,7	21,0	0,6
Puglia	18,6	18,5	18,6	18,8	19,0	0,4	21,7	21,7	21,8	22,0	22,2	0,5
Basilicata	18,4	18,5	18,7	18,7	19,0	0,6	21,8	22,0	21,7	22,0	22,3	0,5
Calabria	18,2	18,4	18,3	18,5	18,7	0,5	21,7	21,5	21,6	21,8	22,0	0,3
Sicilia	17,8	17,7	17,8	18,1	18,3	0,5	20,8	20,7	20,7	21,1	21,3	0,5
Sardegna	18,5	18,6	18,4	18,9	19,1	0,6	22,3	22,2	22,2	22,6	22,7	0,4
Italia	**18,2**	**18,3**	**18,3**	**18,6**	**18,9**	**0,7**	**21,7**	**21,8**	**21,8**	**22,0**	**22,3**	**0,6**

Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat disponibili nel sito www.demo.istat.it. Anno 2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 29

Principali cause di morte a livello regionale: l'ordinamento in graduatorie

Significato. L'utilizzo di graduatorie delle principali cause di morte è un approccio ampiamente diffuso a livello internazionale, al quale si fa riferimento parlando di leading causes of death. Tale approccio, particolarmente efficace quando si vuole fornire una lettura sintetica, ma allo stesso tempo esauriente e di grande impatto comunicativo, consente di evidenziare, attraverso l'analisi di un numero limitato di condizioni morbose selezionate, i tratti salienti del profilo di mortalità per causa di una data popolazione.
L'ordinamento delle cause di morte, basato sul conteggio della loro frequenza per genere, età o area geografica di decesso, consente di quantificare, in maniera diretta, la diffusione che esse hanno nella popolazione, nonché di monitorare e valutare lo stato di salute per specifici sottogruppi della popolazione stessa o nelle diverse aree del Paese. L'analisi delle graduatorie consente, inoltre, di ragionare in termini di "priorità", evidenziando in maniera efficace problematiche di grande impatto sulla salute che potrebbero essere considerate in ambito di programmazione sanitaria (ad esempio, come oggetto di interventi mirati di prevenzione).

Validità e limiti. Un approccio di questo tipo è necessariamente soggetto ad un certo grado di soggettività legato alla scelta dei raggruppamenti delle cause di morte e del loro livello di aggregazione. Per questo, l'identificazione della lista ordinabile di cause utilizzata per l'Italia è stata preceduta da un'attenta valutazione delle esperienze fatte a livello internazionale, orientando le scelte sulla base di criteri generali largamente condivisi. L'elenco completo delle cause ordinabili è stato ottenuto a partire dall'European Shortlist of causes of death - Revisione 2012 (1, 2). I criteri utilizzati per la scelta dei raggruppamenti prevedono essenzialmente:
- l'inclusione di cause rilevanti dal punto di vista epidemiologico e sociale, di grande interesse per il monitoraggio della salute pubblica e per la pianificazione di politiche di prevenzione;
- l'esclusione di raggruppamenti troppo ampi ed eterogenei al loro interno, di cause residuali o poco specifiche o che poco si prestano ad interpretazioni di carattere epidemiologico (come il settore "Sintomi, segni e risultati anormali di esami clinici e di laboratorio, non classificati altrove" o la categoria "Eventi di intento indeterminato");
- la scelta di considerare tumori maligni e cause accidentali non nel loro complesso, ma suddivisi ciascuno in sottocategorie specifiche.
Ai raggruppamenti di cause così selezionati ne sono stati aggiunti altri ritenuti rilevanti per l'analisi del profilo di mortalità per causa della popolazione italiana, tra i quali "malattie ipertensive", "setticemia" e "disturbi metabolici". Coerentemente con la prassi consolidata a livello internazionale nell'analisi dei dati di mortalità per causa, le categorie "Demenza" e "malattia di Alzheimer" vengono aggregate in un'unica categoria, così come "Influenza" e "Polmonite".

Descrizione dei risultati

Nel 2012 i decessi in Italia sono stati 613.520, a conferma di un fenomeno il cui carico nella popolazione è progressivamente crescente (3). Le quindici cause di morte più frequenti (Grafico 1), spiegano circa il 65% del totale dei decessi avvenuti nel Paese nel corso dell'anno. Al 1° posto della graduatoria si collocano le malattie ischemiche del cuore, responsabili da sole di 75.098 morti (poco più del 12% del totale). Seguono, in 2° e 3° posizione, altre malattie del sistema circolatorio: rispettivamente, quelle 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%). I tumori maligni di trachea, bronchi e polmone rappresentano la causa di morte oncologica più frequente e la 4° causa in assoluto per numero di decessi (33.538 morti, pari a circa il 6% del totale). A seguire, alla 5° posizione, un altro gruppo di cause appartenenti all'ampio settore dei disturbi circolatori, le malattie di origine ipertensiva con 31.247 decessi (circa il 5% del totale). Assai rilevante risulta la quota di decessi (26.559 morti, poco più del 4% del totale) dovuti a demenza e malattia di Alzheimer, 6° causa, in continua crescita per effetto del progressivo processo di invecchiamento della popolazione nel nostro Paese. Tra le restanti cause che compongono la graduatoria delle prime quindici troviamo (tutte con una quota di decessi tra il 2-3% del totale), nell'ordine, le malattie croniche delle basse vie respiratorie (21.841 decessi), il diabete mellito (21.536 decessi) e cinque sedi di tumore maligno: seno (10° posizione, 12.137 decessi), che caratterizza prevalentemente il profilo di mortalità femminile, colon-retto (9° posizione, 19.202 decessi), pancreas (11° posizione, 10.722 decessi), fegato e dotti biliari intraepatici (12° posizione, 10.116 decessi), stomaco (14° posizione, 10.000 decessi). Figurano in graduatoria anche le malattie del rene e dell'uretere (13° posizione con 10.112 decessi) ed influenza e polmonite (ultima posizione con 9.734 decessi).

Analisi per genere

Per apprezzare alcune interessanti differenze tra uomini e donne, le graduatorie sono state estese, separatamente per ciascun genere, fino alle prime venticinque cause di decesso (Tabella 1), responsabili in entrambi i casi di circa il 77% del numero totale dei

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 30

decessi nel 2012 (295.831 decessi negli uomini e 317.689 decessi tra le donne)[1].

Le cause di morte più ricorrenti tra gli uomini sono le malattie ischemiche del cuore (con 37.958 decessi, il 12,8% del totale), seguite dai tumori maligni di trachea, bronchi e polmoni (24.885 decessi, l'8,4% del totale).

Le prime due posizioni nella graduatoria delle cause di morte per le donne, invece, sono occupate dalle malattie cerebrovascolari (37.304 decessi) e dalle malattie ischemiche del cuore (37.140 decessi); entrambi i gruppi hanno un peso percentuale dell'11,7% sul totale dei decessi.

Le differenze di genere più evidenti riguardano il tumore maligno di trachea, bronchi e polmoni (il peso percentuale dei decessi maschili è circa il triplo del corrispondente valore femminile), le "malattie ipertensive" e la "demenza e malattia di Alzheimer" (entrambi con una frequenza maggiore di decessi tra le donne). Più specificatamente, alle morti causate da malattie di origine ipertensiva, tra le donne (20.367 decessi, 4° causa) è imputabile una quota di decessi pari al 6,4% (rispetto al 3,7% rilevato per gli uomini per i quali sono la 6° causa); nel caso della demenza e della Malattia di Alzheimer (5° causa di morte tra le donne, 9° causa di morte tra gli uomini) il numero di decessi rilevati nella popolazione femminile (18.226 decessi) ha un peso percentuale sul totale (5,7%) pari a circa il doppio di quello della popolazione maschile (2,8%).

Le malattie croniche delle basse vie respiratorie rivestono un ruolo più rilevante nella mortalità maschile (5° causa con 13.109 decessi, 4,4% del totale) rispetto a quella femminile (9° causa con 8.732 decessi, 2,7% del totale); situazione opposta per il diabete mellito per il quale i dati indicano una maggiore diffusione tra le donne (6° posto, con 12.264 decessi, 3,9% del totale) rispetto agli uomini (8° posto, con 9.272 decessi, 3,1% del totale).

Per quanto riguarda le cause di morte di natura oncologica, tra gli uomini si nota una quota di decessi per tumore maligno del fegato (6.638 decessi, 2,2% del totale) doppia rispetto a quella rilevata tra le donne (3.478 decessi, 1,1% del totale). I dati relativi ai tumori maligni di sedi specifiche per genere, indicano il tumore della prostata come 10° causa di morte negli uomini (7.282 decessi, 2,5% del totale) ed il tumore del seno come 7° causa più frequente (e prima tra le cause di natura oncologica) nelle donne (12.004 decessi, pari al 3,8% del totale).

Tra le cause esterne di mortalità, le più frequenti tra gli uomini risultano essere suicidio ed accidenti di trasporto (entrambe con circa 3.300 decessi), mentre tra le donne le cadute accidentali (circa 2.000 decessi).

Analisi per area geografica di decesso. Il profilo della mortalità negli uomini

L'analisi della graduatoria delle quindici cause di morte più frequenti a livello nazionale per area geografica di decesso (macroarea e regione) consente di evidenziare le diversità di ciascuna area territoriale rispetto al profilo nazionale di mortalità per causa.

Dei 295.831 decessi avvenuti nel 2012 nella popolazione maschile, 79.173 si sono registrati nel Nord-Ovest, 57.198 nel Nord-Est, 61.373 nel Centro, 64.930 nel Sud e 33.157 nelle Isole (Tabella 2).

A fronte di un valore del tasso nazionale di 106,27 decessi per 10.000 abitanti, la mortalità più bassa si osserva nel Nord-Est con un tasso pari a 95,86 per 10.000 e a seguire, in ordine crescente, si trovano Centro (104,72 per 10.000), Nord-Ovest (105,53 per 10.000), Sud (108,74 per 10.000) ed Isole (111,61 per 10.000).

Le malattie ischemiche del cuore si confermano la 1° causa di decesso in ognuna delle macroaree considerate. Il peso percentuale dei decessi dovuti a tale causa risulta simile in ciascuna area e pari a circa il 12-13% del totale, anche se in diverse regioni si hanno punte superiori al 15% (PA di Bolzano, PA di Trento, Umbria, Abruzzo e Molise) (Tabella 3, 4, 5, 6 e 7).

La 2° causa di morte nella graduatoria degli uomini, ovvero i tumori della trachea, bronchi e polmoni, presenta una importanza relativa più diversificata a livello regionale, con percentuali più alte nelle aree del Nord-Ovest, in particolare in Lombardia, rispetto alle restanti regioni dove, in alcuni casi, risulta la 4° o la 5° causa di morte (Umbria, Abruzzo, Molise, Basilicata e Calabria).

Le malattie cerebrovascolari (3° causa a livello nazionale con l'8,1% del totale) salgono in 2° posizione nel Sud (circa il 9% del totale decessi nella ripartizione con un valore del 9,5% in Calabria) e nelle Isole (in particolare in Sicilia dove supera il 10%). Il diabete mellito è una causa che presenta una notevole diversificazione territoriale. È più frequente nel Sud e nelle Isole (numero di decessi circa il 4% del totale) occupando, in entrambe le aree, il 7° posto in graduatoria, mentre nel Nord-Ovest (2,4% sul totale) e nel Nord-Est (2,6% del totale) rappresenta, rispettivamente, l'11° e la 9° causa per numero di decessi. A livello territoriale più specifico, le frequenze maggiori di decessi per diabete si trovano nelle seguenti regioni: Sicilia (5,0% del totale), Calabria (4,5% del totale) e Campania (4,1% del totale). La PA di Bolzano è l'area con la percentuale più bassa di diabete come causa iniziale (solo lo 0,8% delle schede di morte).

Demenza e malattia di Alzheimer occupano una posizione più alta in graduatoria nel Nord-Ovest (7° causa di morte, con circa 2.300 morti) e ben più bassa nel

[1]Per una informazione più esaustiva, ad integrazione del dato sulla frequenza assoluta dei decessi che verrà presentata in questo Capitolo, nelle tabelle viene riportato anche il tasso standardizzato di mortalità per causa per 10.000 abitanti per luogo di decesso. La formula del tasso standardizzato è riportata nel Capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati".

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 31

Sud (11° posto, con circa 1.500 decessi). La struttura per età della popolazione, più anziana nelle regioni centro-settentrionali, fa si che queste cause assumano un peso rilevante e progressivamente crescente nel tempo.
Tra le cause di natura oncologica le differenze rilevanti si osservano per i tumori maligni del fegato (11° causa a livello nazionale), più frequenti nel Nord-Ovest (9° posto, 2.031 decessi) e meno frequenti nel Centro (13° posto, 1.075 decessi). I tumori maligni dello stomaco (12° causa a livello nazionale), hanno una maggiore frequenza in Lombardia (9° posto) e nelle aree centrali del nostro Paese (Toscana, Marche e Umbria). Anche i tumori maligni del pancreas (13° causa a livello nazionale) mostrano un gradiente Nord-Sud: in tutte le regioni del Sud queste cause occupano posizioni dalla 16° (Campania) alla 21° (Basilicata).
Notevoli differenze si riscontrano anche nella mortalità dovuta alle malattie del rene e dell'uretere che occupano posizioni più elevate nel Sud e nelle Isole (rispettivamente, 13° ed 11° posto, con un numero di decessi pari a circa il 2% del totale) rispetto al Nord. In tutte le regioni settentrionali, ad eccezione della Liguria, questa causa non figura tra le prime quindici (posizioni dalla 16° in Lombardia alla 26° nella PA di Trento).
Una situazione analoga, ma con ruoli invertiti a livello geografico, si osserva per l'influenza e la polmonite (15° posto a livello nazionale), al 13° posto nel Nord-Est (2,0% dei decessi totali) ed addirittura oltre la 20° posizione nel Sud e nelle Isole (rispettivamente, 0,73% e 0,97% dei decessi totali). La variabilità regionale della mortalità per influenza e polmonite è particolarmente elevata e la posizione più alta è occupata in Friuli Venezia Giulia (8° posto) e quella più bassa in Campania e Calabria (25° posto).

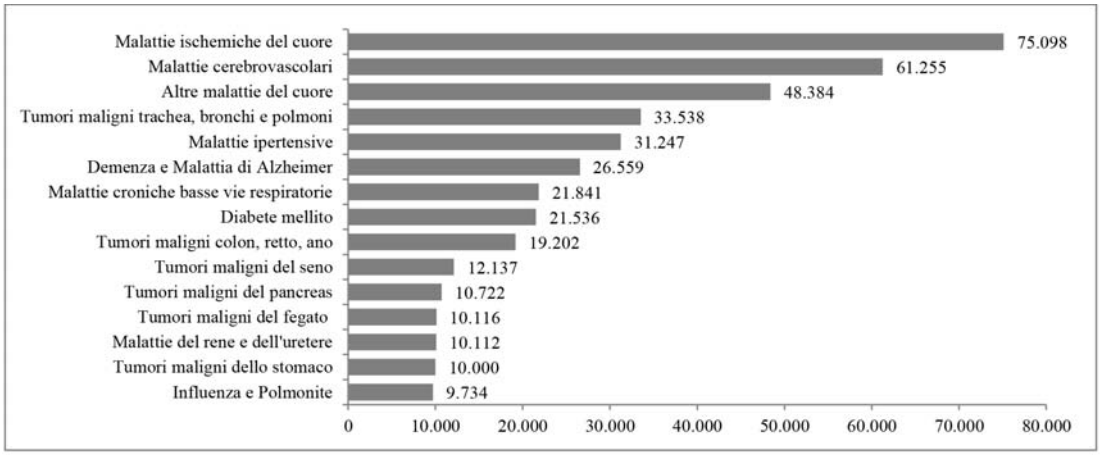
Analisi per area geografica di decesso. Il profilo della mortalità nelle donne

I 317.689 decessi avvenuti nel 2012 nella popolazione femminile risultano così distribuiti secondo le macroaree: 88.040 nel Nord-Ovest, 63.319 nel Nord-Est, 66.380 nel Centro, 66.502 nel Sud e 33.448 nelle Isole (Tabella 8).
A fronte di un valore del tasso nazionale di 67,8 decessi per 10.000 abitanti, la mortalità più bassa si osserva nel Nord-Est con un tasso pari a 59,35 per 10.000 e a seguire Nord-Ovest (66,18 per 10.000) e Centro (67,45 per 10.000). In analogia con il genere maschile è il Meridione che fa registrare i livelli di mortalità più elevati con un tasso del 71,33 per 10.000 al Sud e del 73,43 per 10.000 nelle Isole.
Le malattie cerebrovascolari, 1° causa di morte a livello nazionale (37.304 decessi), risultano al 1° posto delle graduatorie delle seguenti regioni: Piemonte (13,7% sul totale), Toscana (13,5% sul totale), Campania (14,0% sul totale), Calabria (13,2% sul totale), Sardegna (10,3% sul totale) e Sicilia (15,2% sul totale). Per le restanti regioni la 1° causa di morte sono le cardiopatie ischemiche (a livello nazionale sono 2° con 37.140 decessi) con percentuali che variano tra il 10,9% della Valle d'Aosta e il 15,1% dell'Umbria (Tabella 9, 10, 11, 12 e 13).
Analogamente a quanto osservato per gli uomini, i decessi dovuti a demenza e malattia di Alzheimer hanno frequenza maggiore nel Settentrione (numero di decessi superiore al 6% del totale) e più bassa nel Meridione (intorno al 5%). Queste cause occupano, in generale, posizioni tra la 4° e la 6° nelle graduatorie regionali con un peso percentuale sul totale dei decessi che supera l'8% in Sardegna (4° causa con 602 decessi) e in Valle d'Aosta (2° causa con 70 decessi su un totale di 688).
Le diversità appaiono più evidenti nel caso del diabete (6° causa a livello nazionale) per il quale il numero di decessi al Sud e nelle Isole (quasi il 6% del totale) è ben superiore a quello rilevato nel Centro (3,5% del totale) e addirittura doppio rispetto a quello registrato nelle aree settentrionali del Paese (2,8% del totale) dove tale causa occupa posizioni più in basso nella graduatoria (8° causa nel Nord-Est e 10° causa nel Nord-Ovest). Nelle graduatorie regionali il diabete si trova in 5° posizione nella maggior parte delle regioni del Sud. In Calabria, Sicilia e Campania, inoltre, il numero dei morti superano il 6% del totale (rispettivamente, 569, 1.596 e 1.630 decessi).
I tumori maligni di trachea, bronchi e polmoni risultano più frequenti nel Nord (7° posto) e nel Centro (8° posto con 2.055 decessi), essendo responsabili di poco più del 3% del totale dei decessi rilevati in ciascuna area; al contrario, nel Sud della penisola e nelle Isole si osserva una minor frequenza di decessi imputabili a tale causa (11° posto, inferiore al 2% del totale dei decessi). A livello regionale viene confermato questo gradiente Nord-Sud ed Isole con l'eccezione del Centro per il quale l'8° posizione dipende dall'alto numero di decessi verificatisi nel Lazio (6° posto in graduatoria regionale con 1.091 decessi).
Le malattie del rene e dell'uretere risultano essere la 10° causa di morte più frequente tra le donne del Sud e delle Isole (poco più del 2% del totale dei decessi), mentre la loro rilevanza numerica è minore nel Nord-Ovest e nel Nord-Est dove rappresentano, rispettivamente, la 14° e la 16° causa di morte (decessi di poco superiori all'1% del totale).
In linea con quanto osservato per gli uomini, anche per le donne il rango di influenza e polmonite è più elevato nel Nord del Paese (11° posto) rispetto al Sud (20° posto). La variabilità regionale è particolarmente elevata e la posizione più alta si ha nella PA di Bolzano (9° posto con circa il 3% del totale dei decessi) e quella più bassa in Campania e Calabria (rispettivamente, 24° e 23° posto).

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 32

Alcune interessanti specificità territoriali emergono, infine, per la setticemia, causa che a livello nazionale non figura tra le principali quindici cause di morte (16° posto), ma che entra in graduatoria in ben tre macroaree: Nord-Ovest (13° causa), Nord-Est (14° causa) e Centro (15° causa). Le regioni più interessate sono Piemonte (12° causa in graduatoria, 491 decessi, 1,9% sul totale), Emilia-Romagna (13° causa, 471 decessi, 1,8% sul totale) e Toscana (14° causa, 340 decessi, 1,5% sul totale). Il numero di decessi per setticemia è, invece, sensibilmente più basso nel Sud (23° causa) e nelle Isole (26° causa), in particolare in Campania e in Sicilia dove la percentuale di questi decessi sul totale regionale non supera lo 0,5%.

Grafico 1 - Le quindici principali cause di morte (valori assoluti) in Italia - Anno 2012



Fonte dei dati: Istat. "Indagine sui decessi e cause di morte". Anno 2015.

Tabella 1 - Graduatoria delle venticinque principali cause di morte (valori assoluti e tasso standardizzato per 10.000) per genere in Italia - Anno 2012

Cause di morte	Maschi				Cause di morte	Femmine			
	Rango	Decessi	%	Tassi std		Rango	Decessi	%	Tassi std
Malattie ischemiche del cuore	1	37.958	12,8	13,77	Malattie cerebrovascolari	1	37.304	11,7	7,35
Tumori maligni della trachea, dei bronchi e dei polmoni	2	24.885	8,4	8,59	Malattie ischemiche del cuore	2	37.140	11,7	7,34
Malattie cerebrovascolari	3	23.951	8,1	8,82	Altre malattie del cuore	3	28.050	8,8	5,50
Altre malattie del cuore	4	20.334	6,9	7,52	Malattie ipertensive	4	20.367	6,4	3,88
Malattie croniche delle basse vie respiratorie	5	13.109	4,4	4,84	Demenza e malattia di Alzheimer	5	18.226	5,7	3,47
Malattie ipertensive	6	10.880	3,7	4,10	Diabete mellito	6	12.264	3,9	2,58
Tumori maligni del colon, del retto e dell'ano	7	10.406	3,5	3,63	Tumori maligni del seno	7	12.004	3,8	3,09
Diabete mellito	8	9.272	3,1	3,30	Tumori maligni del colon, del retto e dell'ano	8	8.796	2,8	2,11
Demenza e malattia di Alzheimer	9	8.333	2,8	3,09	Malattie croniche delle basse vie respiratorie	9	8.732	2,7	1,75
Tumori maligni della prostata	10	7.282	2,5	2,63	Tumori maligni della trachea, dei bronchi e dei polmoni	10	8.653	2,7	2,26
Tumori maligni del fegato e dei dotti biliari intraepatici	11	6.638	2,2	2,28	Tumori maligni del pancreas	11	5.568	1,8	1,37
Tumori maligni dello stomaco	12	5.811	2,0	2,01	Malattie del rene e dell'uretere	12	5.426	1,7	1,10
Tumori maligni del pancreas	13	5.154	1,7	1,78	Influenza e Polmonite	13	5.227	1,6	1,00
Malattie del rene e dell'uretere	14	4.686	1,6	1,73	Tumori maligni dello stomaco	14	4.189	1,3	1,00
Influenza e Polmonite	15	4.507	1,5	1,71	Tumori non maligni	15	3.843	1,2	0,86
Tumori maligni della vescica	16	4.475	1,5	1,59	Setticemia	16	3.588	1,1	0,77
Tumori non maligni	17	4.331	1,5	1,55	Tumori maligni del fegato e dei dotti biliari intraepatici	17	3.478	1,1	0,84
Cirrosi, fibrosi ed epatite cronica	18	3.870	1,3	1,31	Tumori maligni dell'ovaio	18	3.251	1,0	0,87
Leucemia	19	3.493	1,2	1,22	Leucemia	19	2.766	0,9	0,68
Suicidio e autolesione intenzionale	20	3.325	1,1	1,15	Cirrosi, fibrosi ed epatite cronica	20	2.549	0,8	0,64
Accidenti di trasporto	21	3.286	1,1	1,17	Tumori maligni di altre parti dell'utero	21	2.460	0,8	0,64
Setticemia	22	3.095	1,0	1,11	Morbo di Parkinson	22	2.457	0,8	0,50
Morbo di Hodgkin e Linfomi	23	2.696	0,9	0,93	Morbo di Hodgkin e Linfomi	23	2.375	0,7	0,60
Morbo di Parkinson	24	2.570	0,9	0,92	Disturbi metabolici	24	2.169	0,7	0,45
Tumori maligni del cervello e del sistema nervoso centrale	25	2.215	0,7	0,75	Cadute accidentali	25	2.006	0,6	0,41
Totale 25 cause		**226.562**	**76,6**		**Totale 25 cause**		**242.888**	**76,5**	
Tutte le cause		**295.831**	**100,0**	**106,27**	**Tutte le cause**		**317.689**	**100,0**	**67,82**

Fonte dei dati: Istat. "Indagine sui decessi e cause di morte". Anno 2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 33

Tabella 2 - Graduatoria delle quindici principali cause di morte (valori assoluti e tasso standardizzato per 10.000) per macroarea. Maschi - Anno 2012

Cause di morte	Rango Italia	Nord-Ovest			Nord-Est			Centro			Sud			Isole		
		Rango	Decessi	Tassi std	Rango	Decessi	Tassi std	Rango	Decessi	Tassi std	Rango	Decessi	Tassi std	Rango	Decessi	Tassi std
Malattie ischemiche del cuore	1	1	9.468	12,75	1	7.580	12,66	1	8.201	14,06	1	8.684	14,76	1	4.025	13,59
Tumori maligni della trachea, dei bronchi e dei polmoni	2	2	7.205	8,99	2	4.658	7,57	2	5.172	8,69	3	5.244	8,41	3	2.606	8,47
Malattie cerebrovascolari	3	3	6.136	8,53	3	3.903	6,77	3	5.074	8,67	2	5.550	9,60	2	3.288	11,41
Altre malattie del cuore	4	4	5.222	7,32	4	3.874	6,57	4	4.512	7,82	4	4.478	7,72	4	2.248	7,77
Malattie croniche delle basse vie respiratorie	5	5	3.396	4,76	6	2.102	3,58	5	2.607	4,46	5	3.446	6,00	5	1.558	5,34
Malattie ipertensive	6	8	2.228	3,19	5	2.113	3,79	8	1.785	3,10	6	3.203	5,73	6	1.551	5,45
Tumori maligni del colon, del retto e dell'ano	7	6	2.983	3,81	7	2.004	3,28	6	2.239	3,76	8	2.030	3,32	8	1.150	3,75
Diabete mellito	8	11	1.918	2,54	9	1.498	2,56	7	1.826	3,09	7	2.568	4,28	7	1.462	4,89
Demenza e malattia di Alzheimer	9	7	2.287	3,20	8	1.813	3,16	9	1.664	2,82	11	1.539	2,68	9	1.030	3,59
Tumori maligni della prostata	10	10	1.919	2,57	10	1.342	2,20	10	1.477	2,50	9	1.661	2,85	10	883	3,02
Tumori maligni del fegato e dei dotti biliari intraepatici	11	9	2.031	2,53	11	1.329	2,06	13	1.075	1,81	10	1.545	2,48	12	658	2,14
Tumori maligni dello stomaco	12	12	1.742	2,21	14	1.112	1,80	11	1.341	2,24	12	1.173	1,89	16	443	1,44
Tumori maligni del pancreas	13	13	1.553	1,94	12	1.192	1,94	12	1.096	1,85	17	789	1,26	13	524	1,71
Malattie del rene e dell'uretere	14	16	1.127	1,59	20	688	1,19	15	1.055	1,82	13	1.150	1,99	11	666	2,28
Influenza e Polmonite	15	14	1.495	2,16	13	1.145	2,04	14	1.069	1,85	22	476	0,83	21	322	1,14
Totale 15 cause			**50.710**			**36.353**			**40.193**			**43.536**			**22.414**	
Tumori maligni della vescica*	16	17	1.073	1,42	17	778	1,26	16	965	1,63	15	1.139	1,89	14	520	1,73
Tumori non maligni*	17	15	1.203	1,63	15	930	1,63	17	923	1,56	16	848	1,39	17	427	1,41
Cirrosi, fibrosi ed epatite cronica*	18	20	940	1,15	22	673	1,02	21	653	1,10	14	1.146	1,80	15	458	1,46
Tutte le cause			**79.173**	**105,53**		**57.198**	**95,86**		**61.373**	**104,72**		**64.930**	**108,74**		**33.157**	**111,61**

*Inserite perché presenti tra le prime quindici cause di morte di almeno una delle macroaree geografiche considerate.

Fonte dei dati: Istat. "Indagine sui decessi e cause di morte". Anno 2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 34

Tabella 3 - Graduatoria delle quindici principali cause di morte (valori assoluti e tasso standardizzato per 10.000) per regioni del Nord-Ovest. Maschi - Anno 2012

Cause di morte	Rango Italia	Piemonte			Valle d'Aosta			Lombardia			Liguria		
		Rango	Decessi	Tassi std	Rango	Decessi	Tassi std	Rango	Decessi	Tassi std	Rango	Decessi	Tassi std
Malattie ischemiche del cuore	1	1	2.741	12,21	1	74	12,01	1	5.383	12,94	1	1.270	13,30
Tumori maligni della trachea, dei bronchi e dei polmoni	2	3	1.983	8,40	3	47	7,51	2	4.323	9,34	2	852	8,92
Malattie cerebrovascolari	3	2	2.184	10,13	4	45	8,14	3	3.124	7,78	3	783	8,12
Altre malattie del cuore	4	4	1.667	7,73	2	51	9,59	4	2.796	7,02	4	708	7,47
Malattie croniche delle basse vie respiratorie	5	5	1.134	5,18	6	21	3,59	5	1.759	4,52	5	482	4,96
Malattie ipertensive	6	7	776	3,64	14	10	1,85	10	1.120	2,93	9	322	3,43
Tumori maligni del colon, del retto e dell'ano	7	6	932	4,02	7	21	3,29	6	1.692	3,75	6	338	3,57
Diabete mellito	8	10	610	2,71	12	11	1,76	12	968	2,25	7	329	3,41
Demenza e malattia di Alzheimer	9	8	729	3,32	8	19	3,11	8	1.212	3,11	8	327	3,37
Tumori maligni della prostata	10	9	629	2,81	10	13	2,21	11	1.055	2,50	10	222	2,27
Tumori maligni del fegato e dei dotti biliari intraepatici	11	12	463	1,94	5	23	3,56	7	1.380	2,98	13	165	1,75
Tumori maligni dello stomaco	12	14	403	1,72	17	9	1,41	9	1.182	2,60	16	148	1,55
Tumori maligni del pancreas	13	13	428	1,83	9	14	2,19	13	951	2,05	14	160	1,71
Malattie del rene e dell'uretere	14	18	306	1,42	25	5	0,81	16	650	1,66	12	166	1,74
Influenza e Polmonite	15	11	483	2,29	15	10	2,06	14	855	2,24	17	147	1,57
Totale 15 cause			**15.468**			**373**			**28.450**			**6.419**	
Tumori maligni della vescica*	16	16	357	1,57	21	7	1,26	19	557	1,30	15	152	1,56
Tumori non maligni*	17	17	331	1,48	20	8	1,47	15	666	1,60	11	198	2,10
Cirrosi, fibrosi ed epatite cronica*	18	21	266	1,12	18	9	1,53	18	558	1,16	20	107	1,18
Suicidio e autolesione intenzionale*	20	19	305	1,38	11	12	1,86	20	546	1,16	25	67	0,79
Accidenti di trasporto*	21	22	263	1,24	13	11	2,05	23	479	1,06	27	63	0,86
Setticemia*	22	15	373	1,68	23	6	0,97	21	536	1,29	18	132	1,35
Cadute accidentali*	26	26	194	0,88	16	10	1,97	28	301	0,72	21	98	1,06
Tutte le cause			**24.077**	**107,72**		**598**	**100,94**		**44.306**	**103,97**		**10.192**	**108,00**

*Inserite perché presenti tra le prime quindici cause di morte di almeno una delle macroaree geografiche considerate.

Fonte dei dati: Istat. "Indagine sui decessi e cause di morte". Anno 2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 35

Tabella 4 - Graduatoria delle quindici principali cause di morte (valori assoluti e tasso standardizzato per 10.000) per regioni del Nord-Est. Maschi - Anno 2012

Cause di morte	Rango Italia	Bolzano-Bozen			Trento			Veneto			Friuli Venezia Giulia			Emilia-Romagna		
		Rango	Decessi	Tassi std	Rango	Decessi	Tassi std	Rango	Decessi	Tassi std	Rango	Decessi	Tassi std	Rango	Decessi	Tassi std
Malattie ischemiche del cuore	1	1	309	14,88	1	343	15,23	1	2.851	13,50	1	876	14,37	1	3.201	13,82
Tumori maligni della trachea, dei bronchi e dei polmoni	2	3	155	7,12	2	178	7,38	2	1.833	8,02	2	543	8,36	2	1.949	8,41
Malattie cerebrovascolari	3	4	120	6,29	4	116	5,16	4	1.481	7,20	3	498	8,22	3	1.688	7,24
Altre malattie del cuore	4	2	173	8,73	3	145	6,34	3	1.605	7,77	4	399	6,55	4	1.552	6,69
Malattie croniche delle basse vie respiratorie	5	5	93	4,88	7	76	3,38	8	736	3,61	7	223	3,67	5	974	4,16
Malattie ipertensive	6	13	46	2,34	11	51	2,35	5	833	4,14	6	232	3,92	6	951	4,11
Tumori maligni del colon, del retto e dell'ano	7	8	66	3,10	6	79	3,22	6	810	3,63	5	291	4,53	7	758	3,24
Diabete mellito	8	26	16	0,79	10	57	2,50	9	606	2,77	10	160	2,53	9	659	2,83
Demenza e malattia di Alzheimer	9	7	67	3,63	9	62	2,91	7	800	4,03	11	160	2,71	8	724	3,09
Tumori maligni della prostata	10	11	51	2,42	8	76	3,38	11	515	2,43	13	142	2,26	10	558	2,38
Tumori maligni del fegato e dei dotti biliari intraepatici	11	9	65	2,97	5	86	3,51	10	577	2,49	9	163	2,52	14	438	1,91
Tumori maligni dello stomaco	12	14	46	2,21	17	36	1,41	15	365	1,59	12	143	2,18	11	522	2,24
Tumori maligni del pancreas	13	12	49	2,22	14	43	1,77	12	509	2,23	14	127	1,98	12	464	2,02
Malattie del rene e dell'uretere	14	20	24	1,19	26	22	0,96	18	287	1,42	23	76	1,22	20	279	1,21
Influenza e Polmonite	15	10	52	2,77	24	25	1,12	13	442	2,28	8	174	2,96	13	452	1,96
Totale 15 cause			**1.332**			**1.395**			**14.250**			**4.207**			**15.169**	
Tumori maligni della vescica*	16	22	22	1,06	12	50	2,23	22	252	1,15	21	79	1,24	17	375	1,60
Tumori non maligni*	17	29	14	0,76	29	17	0,79	14	367	1,73	15	110	1,78	15	422	1,80
Cirrosi, fibrosi ed epatite cronica*	18	17	34	1,49	15	39	1,63	20	266	1,12	17	90	1,36	22	244	1,05
Suicidio e autolesione intenzionale*	20	16	37	1,54	19	29	1,10	17	289	1,18	18	90	1,44	18	325	1,49
Accidenti di trasporto*	21	15	40	1,64	18	33	1,26	16	300	1,30	24	73	1,25	19	313	1,49
Setticemia*	22	19	28	1,33	16	38	1,64	21	262	1,22	16	92	1,50	16	397	1,69
Cadute accidentali*	26	6	68	3,26	13	48	2,09	27	201	0,95	22	78	1,24	26	201	0,86
Tutte le cause			**2.041**	**98,28**		**2.195**	**94,70**		**22.375**	**104,00**		**6.722**	**108,04**		**23.865**	**103,16**

*Inserite perché presenti tra le prime quindici cause di morte di almeno una delle macroaree geografiche considerate.

Fonte dei dati: Istat. "Indagine sui decessi e cause di morte". Anno 2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 36

Tabella 5 - Graduatoria delle quindici principali cause di morte (valori assoluti e tasso standardizzato per 10.000) per regioni del Centro. Maschi - Anno 2012

Cause di morte	Rango Italia	Toscana			Umbria			Marche			Lazio		
		Rango	Decessi	Tassi std	Rango	Decessi	Tassi std	Rango	Decessi	Tassi std	Rango	Decessi	Tassi std
Malattie ischemiche del cuore	1	1	2.483	12,33	1	779	15,77	1	1.179	13,93	1	3.760	15,03
Tumori maligni della trachea, dei bronchi e dei polmoni	2	3	1.714	8,49	4	367	7,57	3	596	7,14	2	2.495	9,53
Malattie cerebrovascolari	3	2	1.845	9,08	2	490	9,88	2	717	8,38	3	2.022	8,12
Altre malattie del cuore	4	4	1.621	8,10	3	371	7,64	4	578	6,91	4	1.942	7,89
Malattie croniche delle basse vie respiratorie	5	5	989	4,85	5	223	4,48	6	314	3,65	5	1.081	4,38
Malattie ipertensive	6	11	464	2,34	7	154	3,14	8	254	3,02	7	913	3,78
Tumori maligni del colon, del retto e dell'ano	7	6	711	3,49	6	188	3,85	7	300	3,64	6	1.040	4,00
Diabete mellito	8	7	598	2,95	9	139	2,80	11	207	2,45	8	882	3,48
Demenza e malattia di Alzheimer	9	8	594	2,87	8	154	3,01	5	317	3,65	10	599	2,43
Tumori maligni della prostata	10	9	510	2,50	11	122	2,42	10	210	2,47	9	635	2,52
Tumori maligni del fegato e dei dotti biliari intraepatici	11	14	364	1,80	15	81	1,68	13	137	1,70	12	493	1,88
Tumori maligni dello stomaco	12	10	469	2,30	10	138	2,77	9	214	2,54	11	520	1,98
Tumori maligni del pancreas	13	13	368	1,84	12	98	2,04	12	147	1,74	14	483	1,85
Malattie del rene e dell'uretere	14	15	362	1,79	14	84	1,69	17	125	1,47	13	484	1,99
Influenza e Polmonite	15	12	379	1,89	13	85	1,71	14	136	1,61	15	469	1,90
Totale 15 cause			**13.471**			**3.473**			**5.431**			**17.818**	
Tumori maligni della vescica*	16	16	320	1,58	19	66	1,31	16	133	1,55	16	446	1,74
Tumori non maligni*	17	18	271	1,35	18	72	1,43	15	135	1,56	17	445	1,74
Cirrosi, fibrosi ed epatite cronica*	18	25	187	0,94	21	58	1,21	19	100	1,24	20	308	1,15
Suicidio e autolesione intenzionale*	20	20	244	1,32	20	66	1,51	21	92	1,17	23	234	0,88
Accidenti di trasporto*	21	19	250	1,40	23	54	1,26	22	90	1,20	19	338	1,32
Setticemia*	22	17	282	1,36	16	77	1,51	20	100	1,19	22	241	0,94
Cadute accidentali*	26	22	197	0,98	26	38	0,81	25	71	0,86	29	145	0,58
Tutte le cause			**20.710**	**103,01**		**5.175**	**105,65**		**8.269**	**98,47**		**27.219**	**107,44**

*Inserite perché presenti tra le prime quindici cause di morte di almeno una delle macroaree geografiche considerate.

Fonte dei dati: Istat. "Indagine sui decessi e cause di morte". Anno 2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 37

Tabella 6 - Graduatoria delle quindici principali cause di morte (valori assoluti e tasso standardizzato per 10.000) per regioni del Sud. Maschi - Anno 2012

Cause di morte	Rango Italia	Abruzzo			Molise			Campania			Puglia			Basilicata			Calabria		
		Rango	Decessi	Tassi std	Rango	Decessi	Tassi std	Rango	Decessi	Tassi std	Rango	Decessi	Tassi std	Rango	Decessi	Tassi std	Rango	Decessi	Tassi std
Malattie ischemiche del cuore	1	1	1.067	15,69	1	267	15,41	1	3.612	17,18	1	2.169	12,56	1	409	14,21	1	1.160	12,74
Tumori maligni della trachea, dei bronchi e dei polmoni	2	4	439	6,40	5	78	4,70	2	2.383	10,27	2	1.571	8,52	4	187	6,37	4	586	6,34
Malattie cerebrovascolari	3	2	606	8,83	3	156	8,87	3	2.344	11,79	3	1.295	7,48	2	260	8,88	2	889	9,89
Altre malattie del cuore	4	3	532	7,90	2	162	9,45	4	1.607	7,81	4	1.143	6,63	3	229	7,83	3	805	8,95
Malattie croniche delle basse vie respiratorie	5	5	347	5,05	4	93	5,32	5	1.325	6,57	5	1.083	6,40	5	171	5,76	6	427	4,78
Malattie ipertensive	6	6	314	4,69	6	61	3,49	6	1.124	5,80	6	998	6,05	6	170	6,11	5	536	6,05
Tumori maligni del colon, del retto e dell'ano	7	7	232	3,40	7	59	3,50	8	772	3,46	8	582	3,22	8	86	2,86	8	299	3,26
Diabete mellito	8	8	231	3,35	8	55	3,28	7	1.034	4,78	7	720	4,10	7	108	3,57	7	420	4,58
Demenza e malattia di Alzheimer	9	9	226	3,22	9	42	2,36	13	474	2,41	10	506	3,00	10	70	2,32	10	221	2,42
Tumori maligni della prostata	10	11	148	2,16	11	39	2,22	10	615	2,99	9	509	2,98	9	71	2,44	9	279	3,05
Tumori maligni del fegato e dei dotti biliari intraepatici	11	13	117	1,75	10	41	2,52	9	695	2,98	11	467	2,54	11	68	2,33	13	157	1,68
Tumori maligni dello stomaco	12	10	149	2,15	12	33	1,91	15	441	1,94	14	311	1,69	12	59	1,97	11	180	1,90
Tumori maligni del pancreas	13	18	87	1,27	19	21	1,29	16	300	1,28	17	259	1,39	21	28	0,92	18	94	1,01
Malattie del rene e dell'uretere	14	12	130	1,86	15	27	1,52	14	467	2,30	13	319	1,90	13	56	1,94	14	151	1,65
Influenza e Polmonite	15	21	70	1,02	17	23	1,30	25	146	0,72	22	155	0,93	22	24	0,82	25	58	0,63
Totale 15 cause			**4.695**			**1.157**			**17.339**			**12.087**			**1.996**			**6.262**	
Tumori maligni della vescica*	16	17	94	1,33	16	24	1,48	12	503	2,31	12	320	1,80	15	50	1,76	15	148	1,59
Tumori non maligni*	17	15	101	1,43	13	33	1,87	17	268	1,22	15	283	1,57	17	42	1,37	16	121	1,32
Cirrosi, fibrosi ed epatite cronica*	18	14	108	1,59	14	30	1,82	11	511	2,14	16	283	1,52	14	53	1,78	12	161	1,69
Suicidio e autolesione intenzionale*	20	19	84	1,29	24	15	0,93	23	176	0,68	20	175	0,91	16	43	1,48	20	80	0,86
Accidenti di trasporto*	21	16	96	1,48	22	17	1,08	27	136	0,52	18	236	1,23	19	42	1,50	17	116	1,22
Setticemia*	22	28	37	0,55	31	7	0,35	31	94	0,42	24	149	0,82	28	18	0,61	29	49	0,53
Cadute accidentali*	26	23	45	0,68	26	11	0,67	32	85	0,40	28	112	0,64	29	18	0,63	27	53	0,59
Tutte le cause			**7.061**	**103,56**		**1.766**	**103,20**		**25.449**	**117,95**		**18.265**	**103,74**		**3.013**	**103,07**		**9.376**	**102,61**

*Inserite perché presenti tra le prime quindici cause di morte di almeno una delle macroaree geografiche considerate.

Fonte dei dati: Istat. "Indagine sui decessi e cause di morte". Anno 2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 38

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 39

Tabella 7 - Graduatoria delle quindici principali cause di morte (valori assoluti e tasso standardizzato per 10.000) nelle Isole. Maschi - Anno 2012

Cause di morte	Rango Italia	Sicilia			Sardegna		
		Rango	Decessi	Tassi std	Rango	Decessi	Tassi std
Malattie ischemiche del cuore	1	1	3.149	14,23	1	876	11,70
Tumori maligni della trachea, dei bronchi e dei polmoni	2	3	1.915	8,40	2	691	8,66
Malattie cerebrovascolari	3	2	2.678	12,43	3	610	8,39
Altre malattie del cuore	4	4	1.738	8,06	4	510	6,94
Malattie croniche delle basse vie respiratorie	5	7	1.222	5,57	5	336	4,64
Malattie ipertensive	6	5	1.287	6,01	8	264	3,75
Tumori maligni del colon, del retto e dell'ano	7	8	828	3,62	6	322	4,10
Diabete mellito	8	6	1.257	5,62	10	205	2,72
Demenza e malattia di Alzheimer	9	9	730	3,37	7	300	4,27
Tumori maligni della prostata	10	10	655	2,97	9	228	3,14
Tumori maligni del fegato e dei dotti biliari intraepatici	11	12	457	2,02	11	201	2,47
Tumori maligni dello stomaco	12	15	335	1,47	17	108	1,35
Tumori maligni del pancreas	13	14	365	1,60	12	159	2,01
Malattie del rene e dell'uretere	14	11	550	2,51	16	116	1,60
Influenza e Polmonite	15	21	222	1,05	20	100	1,41
Totale 15 cause			**17.388**			**5.026**	
Tumori maligni della vescica*	16	13	385	1,71	14	135	1,78
Tumori non maligni*	17	17	321	1,41	18	106	1,43
Cirrosi, fibrosi ed epatite cronica*	18	16	326	1,41	15	132	1,57
Suicidio e autolesione intenzionale*	20	19	272	1,15	13	144	1,76
Accidenti di trasporto*	21	20	231	0,97	19	105	1,32
Setticemia*	22	31	109	0,47	25	68	0,89
Cadute accidentali*	26	26	139	0,63	27	59	0,80
Tutte le cause			**25.131**	**113,44**		**8.026**	**106,01**

*Inserite perché presenti tra le prime quindici cause di morte di almeno una delle macroaree geografiche considerate.

Fonte dei dati: Istat. "Indagine sui decessi e cause di morte". Anno 2015.

Tabella 8 - Graduatoria delle quindici principali cause di morte (valori assoluti e tasso standardizzato per 10.000) per macroarea. Femmine - Anno 2012

Cause di morte	Rango Italia	Nord-Ovest			Nord-Est			Centro			Sud			Isole		
		Rango	Decessi	Tassi std	Rango	Decessi	Tassi std	Rango	Decessi	Tassi std	Rango	Decessi	Tassi std	Rango	Decessi	Tassi std
Malattie cerebrovascolari	1	1	10.410	7,17	2	6.223	5,30	2	7.721	7,15	2	8.227	8,34	1	4.723	9,79
Malattie ischemiche del cuore	2	2	9.382	6,51	1	7.727	6,46	1	8.138	7,52	1	8.544	8,68	2	3.349	7,11
Altre malattie del cuore	3	3	7.472	5,07	3	5.598	4,63	3	6.170	5,70	3	5.859	5,97	3	2.951	6,16
Malattie ipertensive	4	5	4.598	3,03	5	4.021	3,32	5	3.369	3,02	4	5.649	5,61	4	2.730	5,54
Demenza e malattia di Alzheimer	5	4	5.510	3,67	4	4.065	3,26	4	3.667	3,28	6	3.017	2,99	5	1.967	3,98
Diabete mellito	6	10	2.459	1,79	8	1.795	1,66	6	2.323	2,28	5	3.814	4,07	6	1.873	4,11
Tumori maligni del seno	7	6	3.671	3,36	6	2.495	2,94	7	2.294	2,91	7	2.269	2,77	7	1.275	3,21
Tumori maligni del colon, del retto e dell'ano	8	8	2.571	2,19	9	1.697	1,81	9	1.973	2,30	9	1.627	1,90	8	928	2,21
Malattie croniche delle basse vie respiratorie	9	9	2.559	1,78	10	1.673	1,46	10	1.848	1,75	8	1.862	1,92	9	790	1,67
Tumori maligni della trachea, dei bronchi e dei polmoni	10	7	2.725	2,52	7	2.017	2,41	8	2.055	2,66	11	1.242	1,56	11	614	1,56
Tumori maligni del pancreas	11	12	1.746	1,52	12	1.281	1,42	11	1.189	1,42	14	838	1,02	12	514	1,25
Malattie del rene e dell'uretere	12	14	1.213	0,85	16	847	0,74	12	1.164	1,11	10	1.437	1,51	10	765	1,64
Influenza e Polmonite	13	11	1.817	1,21	11	1.487	1,17	13	1.056	0,96	20	517	0,53	14	350	0,75
Tumori maligni dello stomaco	14	15	1.162	0,99	15	848	0,92	14	1.013	1,15	12	845	0,99	16	321	0,79
Tumori non maligni	15	17	1.054	0,81	13	912	0,96	16	781	0,84	16	738	0,82	13	358	0,82
Totale 15 cause			**58.349**			**42.686**			**44.761**			**46.485**			**23.508**	
Setticemia*	16	13	1.250	0,93	14	904	0,83	15	808	0,83	23	451	0,51	26	175	0,41
Tumori maligni del fegato e dei dotti biliari intraepatici*	17	16	1.094	0,92	18	601	0,66	19	595	0,69	13	839	1,00	15	349	0,85
Cirrosi, fibrosi ed epatite cronica*	20	23	611	0,56	25	417	0,48	26	404	0,49	15	799	0,94	17	318	0,77
Tutte le cause			**88.040**	**66,18**		**63.319**	**59,35**		**66.380**	**67,45**		**66.502**	**71,33**		**33.448**	**73,43**

*Inserite perché presenti tra le prime quindici cause di morte di almeno una delle macroaree geografiche considerate.

Fonte dei dati: Istat. "Indagine sui decessi e cause di morte". Anno 2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 40

Tabella 9 - Graduatoria delle quindici principali cause di morte (valori assoluti e tasso standardizzato per 10.000) per regioni del Nord-Ovest. Femmine - Anno 2012

Cause di morte	Rango Italia	Piemonte			Valle d'Aosta			Lombardia			Liguria		
		Rango	Decessi	Tassi std	Rango	Decessi	Tassi std	Rango	Decessi	Tassi std	Rango	Decessi	Tassi std
Malattie cerebrovascolari	1	1	3.627	8,50	3	62	5,52	2	5.419	6,62	2	1.302	6,71
Malattie ischemiche del cuore	2	2	2.397	5,76	1	75	6,95	1	5.541	6,76	1	1.369	7,07
Altre malattie del cuore	3	3	2.347	5,47	4	59	4,90	3	3.971	4,77	3	1.095	5,47
Malattie ipertensive	4	5	1.514	3,43	5	39	3,25	5	2.361	2,74	5	684	3,33
Demenza e malattia di Alzheimer	5	4	1.620	3,69	2	70	6,15	4	3.077	3,61	4	743	3,74
Diabete mellito	6	9	771	1,93	8	20	1,84	10	1.288	1,66	7	380	2,04
Tumori maligni del seno	7	6	1.038	3,31	6	34	3,97	6	2.201	3,43	6	398	3,10
Tumori maligni del colon, del retto e dell'ano	8	8	826	2,44	13	12	1,18	8	1.425	2,08	10	308	2,18
Malattie croniche delle basse vie respiratorie	9	7	830	1,99	7	23	1,87	9	1.392	1,69	9	314	1,72
Tumori maligni della trachea, dei bronchi e dei polmoni	10	10	714	2,32	9	16	1,90	7	1.667	2,63	8	328	2,53
Tumori maligni del pancreas	11	13	474	1,42	14	12	1,39	12	1.072	1,60	13	188	1,37
Malattie del rene e dell'uretere	12	14	309	0,77	16	7	0,54	15	707	0,85	11	190	1,01
Influenza e Polmonite	13	11	533	1,23	10	14	1,32	11	1.081	1,27	12	189	0,93
Tumori maligni dello stomaco	14	18	251	0,74	12	13	1,60	13	785	1,15	19	113	0,74
Tumori non maligni	15	16	260	0,69	17	7	0,61	16	641	0,86	14	146	0,94
Totale 15 cause			**17.511**			**463**			**32.628**			**7.747**	
Setticemia*	16	12	491	1,25	19	6	0,55	17	621	0,81	16	132	0,79
Tumori maligni del fegato e dei dotti biliari intraepatici*	17	17	252	0,76	20	6	0,80	14	745	1,08	21	91	0,62
Tumori maligni dell'ovaio*	18	15	298	0,96	11	13	1,51	18	563	0,92	15	141	1,14
Cirrosi, fibrosi ed epatite cronica*	20	25	169	0,54	24	5	0,64	22	368	0,57	26	69	0,55
Tumori maligni di altre parti dell'utero*	21	20	240	0,76	27	3	0,36	23	341	0,53	24	79	0,62
Cadute accidentali*	25	26	142	0,35	33	1	0,13	25	301	0,38	17	122	0,74
Tutte le cause			**26.530**	**68,41**		**688**	**66,13**		**49.268**	**64,87**		**11.554**	**67,28**

*Inserite perché presenti tra le prime quindici cause di morte di almeno una delle macroaree geografiche considerate.

Fonte dei dati: Istat. "Indagine sui decessi e cause di morte". Anno 2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 41

Tabella 10 - Graduatoria delle quindici principali cause di morte (valori assoluti e tasso standardizzato per 10.000) per regioni del Nord-Est. Femmine - Anno 2012

Cause di morte	Rango Italia	Bolzano-Bozen			Trento			Veneto			Friuli Venezia Giulia			Emilia-Romagna		
		Rango	Decessi	Tassi std	Rango	Decessi	Tassi std	Rango	Decessi	Tassi std	Rango	Decessi	Tassi std	Rango	Decessi	Tassi std
Malattie cerebrovascolari	1	3	258	6,93	2	217	4,55	2	2.372	5,60	2	794	6,12	2	2.582	5,83
Malattie ischemiche del cuore	2	1	267	7,39	1	370	7,59	1	3.053	7,07	1	1.023	7,50	1	3.014	6,81
Altre malattie del cuore	3	2	261	6,76	3	209	4,22	3	2.243	5,18	3	585	4,30	3	2.300	5,10
Malattie ipertensive	4	5	90	2,29	5	137	2,65	5	1.572	3,53	5	384	2,80	4	1.838	3,92
Demenza e malattia di Alzheimer	5	4	157	4,00	4	158	3,04	4	1.805	4,04	4	415	2,98	5	1.530	3,23
Diabete mellito	6	13	31	0,82	8	72	1,53	7	756	1,83	10	195	1,66	9	741	1,82
Tumori maligni del seno	7	6	80	2,74	6	94	2,61	6	1.041	3,23	6	334	3,72	6	946	3,02
Tumori maligni del colon, del retto e dell'ano	8	7	73	2,34	10	67	1,81	9	642	1,86	8	228	2,23	10	687	1,99
Malattie croniche delle basse vie respiratorie	9	12	41	1,18	9	68	1,46	11	569	1,33	9	212	1,63	8	783	1,83
Tumori maligni della trachea, dei bronchi e dei polmoni	10	8	73	2,49	7	81	2,36	8	748	2,35	7	284	3,09	7	831	2,78
Tumori maligni del pancreas	11	10	63	2,15	13	46	1,33	12	482	1,45	12	190	1,98	12	500	1,51
Malattie del rene e dell'uretere	12	18	19	0,57	17	27	0,57	14	359	0,85	15	99	0,77	16	343	0,77
Influenza e Polmonite	13	9	66	1,74	11	67	1,35	10	583	1,29	11	191	1,33	11	580	1,24
Tumori maligni dello stomaco	14	14	30	0,93	19	22	0,54	15	288	0,85	14	103	1,07	14	405	1,13
Tumori non maligni	15	33	4	0,12	28	13	0,28	13	413	1,13	13	117	1,08	15	365	0,94
Totale 15 cause			**1.513**			**1.648**			**16.926**			**5.154**			**17.445**	
Setticemia*	16	19	19	0,59	14	43	0,91	16	283	0,72	16	88	0,74	13	471	1,12
Tumori maligni del fegato e dei dotti biliari intraepatici*	17	16	21	0,63	16	30	0,83	18	248	0,74	22	55	0,58	18	247	0,73
Tumori maligni dell'ovaio*	18	15	28	0,90	15	32	0,99	17	251	0,81	17	74	0,88	17	281	0,97
Cirrosi, fibrosi ed epatite cronica*	20	17	21	0,75	24	18	0,60	23	165	0,51	25	47	0,53	25	166	0,52
Tumori maligni di altre parti dell'utero*	21	25	13	0,47	22	19	0,55	21	170	0,55	26	46	0,49	24	175	0,58
Cadute accidentali*	25	11	57	1,56	12	50	0,99	22	168	0,42	18	64	0,52	22	194	0,47
Tutte le cause			**2.194**	**63,38**		**2.497**	**56,91**		**24.800**	**63,19**		**7.691**	**65,77**		**26.137**	**65,48**

*Inserite perché presenti tra le prime quindici cause di morte di almeno una delle macroaree geografiche considerate.

Fonte dei dati: Istat. "Indagine sui decessi e cause di morte". Anno 2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 42

Tabella 11 - Graduatoria delle quindici principali cause di morte (valori assoluti e tasso standardizzato per 10.000) per regioni del Centro. Femmine - Anno 2012

Cause di morte	Rango Italia	Toscana			Umbria			Marche			Lazio		
		Rango	Decessi	Tassi std	Rango	Decessi	Tassi std	Rango	Decessi	Tassi std	Rango	Decessi	Tassi std
Malattie cerebrovascolari	1	1	3.086	7,90	2	627	6,66	2	957	5,97	2	3.051	6,95
Malattie ischemiche del cuore	2	2	2.312	5,98	1	817	8,76	1	1.197	7,44	1	3.812	8,58
Altre malattie del cuore	3	3	2.257	5,80	3	425	4,68	3	832	5,15	3	2.656	5,98
Malattie ipertensive	4	5	829	2,08	5	277	2,87	5	439	2,69	4	1.824	3,98
Demenza e malattia di Alzheimer	5	4	1.332	3,35	4	342	3,47	4	629	3,79	5	1.364	2,99
Diabete mellito	6	6	801	2,24	6	185	2,10	7	258	1,72	8	1.079	2,54
Tumori maligni del seno	7	7	717	2,68	7	181	2,95	6	313	2,91	7	1.083	3,08
Tumori maligni del colon, del retto e dell'ano	8	9	656	2,19	8	146	2,10	8	256	2,14	9	915	2,47
Malattie croniche delle basse vie respiratorie	9	8	664	1,79	9	132	1,45	9	229	1,44	10	823	1,87
Tumori maligni della trachea, dei bronchi e dei polmoni	10	10	636	2,44	10	122	2,09	10	206	1,94	6	1.091	3,15
Tumori maligni del pancreas	11	11	387	1,35	11	99	1,39	14	157	1,30	11	546	1,50
Malattie del rene e dell'uretere	12	13	367	0,97	12	91	0,99	11	167	1,09	12	539	1,25
Influenza e Polmonite	13	12	377	0,95	14	86	0,87	13	159	0,99	13	434	0,98
Tumori maligni dello stomaco	14	15	332	1,05	13	89	1,28	12	161	1,26	14	431	1,16
Tumori non maligni	15	17	231	0,73	16	80	1,03	16	95	0,72	15	375	0,94
Totale 15 cause			**14.984**			**3.699**			**6.055**			**20.023**	
Setticemia*	16	14	340	0,99	15	82	0,99	15	118	0,82	19	268	0,66
Tumori maligni del fegato e dei dotti biliari intraepatici*	17	19	208	0,71	19	50	0,74	20	68	0,56	18	269	0,72
Tumori maligni dell'ovaio*	18	16	234	0,90	17	63	1,05	19	71	0,71	16	339	1,01
Cirrosi, fibrosi ed epatite cronica*	20	27	132	0,47	27	26	0,39	30	31	0,29	23	215	0,59
Tumori maligni di altre parti dell'utero*	21	24	164	0,62	21	44	0,67	23	62	0,61	21	239	0,69
Cadute accidentali*	25	23	173	0,46	25	31	0,34	24	62	0,45	27	160	0,38
Tutte le cause			**22.871**	**65,40**		**5.406**	**64,48**		**8.800**	**61,62**		**29.303**	**71,27**

*Inserite perché presenti tra le prime quindici cause di morte di almeno una delle macroaree geografiche considerate.

Fonte dei dati: Istat. "Indagine sui decessi e cause di morte". Anno 2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 43

Tabella 12 - Graduatoria delle quindici principali cause di morte (valori assoluti e tasso standardizzato per 10.000) per regioni del Sud. Femmine - Anno 2012

Cause di morte	Rango Italia	Abruzzo			Molise			Campania			Puglia			Basilicata			Calabria		
		Rango	Decessi	Tassi std	Rango	Decessi	Tassi std	Rango	Decessi	Tassi std	Rango	Decessi	Tassi std	Rango	Decessi	Tassi std	Rango	Decessi	Tassi std
Malattie cerebrovascolari	1	2	877	7,14	2	255	8,48	1	3.659	10,41	2	1.851	6,47	2	343	7,35	1	1.242	8,39
Malattie ischemiche del cuore	2	1	1.063	8,63	1	272	8,71	2	3.534	10,15	1	2.213	7,61	1	375	7,86	2	1.087	7,43
Altre malattie del cuore	3	3	677	5,50	3	203	6,84	3	2.135	6,12	4	1.581	5,54	4	261	5,42	3	1.002	6,78
Malattie ipertensive	4	4	546	4,24	4	122	3,68	4	1.997	5,66	3	1.785	6,05	3	289	5,92	4	910	6,00
Demenza e malattia di Alzheimer	5	5	513	4,11	5	83	2,66	6	946	2,66	6	969	3,26	6	108	2,16	6	398	2,60
Diabete mellito	6	6	292	2,57	6	74	2,68	5	1.630	4,84	5	1.086	3,88	5	163	3,64	5	569	4,14
Tumori maligni del seno	7	7	198	2,19	7	56	2,77	7	937	3,00	7	723	2,99	8	73	2,04	7	282	2,39
Tumori maligni del colon, del retto e dell'ano	8	9	165	1,75	9	47	1,85	10	614	1,94	9	503	1,97	10	68	1,67	8	230	1,85
Malattie croniche delle basse vie respiratorie	9	8	181	1,53	8	53	1,65	8	766	2,25	8	550	1,89	7	101	2,13	9	211	1,42
Tumori maligni della trachea, dei bronchi e dei polmoni	10	11	116	1,36	11	29	1,40	9	644	2,13	11	290	1,20	12	38	1,05	12	125	1,07
Tumori maligni del pancreas	11	12	103	1,16	16	17	0,72	14	357	1,16	12	242	0,98	20	26	0,70	16	93	0,75
Malattie del rene e dell'uretere	12	10	128	1,09	10	33	1,15	11	613	1,80	10	434	1,53	9	69	1,44	10	160	1,16
Influenza e Polmonite	13	15	89	0,74	19	14	0,47	24	152	0,44	17	180	0,62	22	22	0,46	23	60	0,42
Tumori maligni dello stomaco	14	13	103	1,00	13	22	1,05	15	331	1,05	15	212	0,84	13	37	0,91	11	140	1,14
Tumori non maligni	15	14	93	0,85	12	27	1,01	16	263	0,80	13	228	0,86	15	34	0,79	15	93	0,70
Totale 15 cause			**5.144**			**1.307**			**18.578**			**12.847**			**2.007**			**6.602**	
Setticemia*	16	18	56	0,54	26	7	0,22	25	131	0,41	21	166	0,63	17	31	0,71	22	60	0,48
Tumori maligni del fegato e dei dotti biliari intraepatici*	17	23	48	0,53	15	18	0,78	12	412	1,32	14	225	0,91	11	39	1,03	13	97	0,78
Tumori maligni dell'ovaio*	18	17	62	0,74	22	11	0,58	20	195	0,65	18	179	0,77	16	33	0,92	17	90	0,79
Cirrosi, fibrosi ed epatite cronica*	20	20	54	0,58	14	20	0,89	13	397	1,26	16	198	0,79	14	35	0,91	14	95	0,74
Tumori maligni di altre parti dell'utero*	21	19	55	0,63	17	16	0,70	17	221	0,72	23	149	0,61	21	25	0,65	18	88	0,74
Cadute accidentali*	25	28	36	0,31	28	6	0,18	29	98	0,29	28	104	0,37	27	15	0,36	28	42	0,27
Tutte le cause			**7.376**	**65,27**		**1.858**	**66,31**		**26.103**	**77,74**		**18.788**	**68,40**		**2.941**	**66,19**		**9.436**	**68,05**

*Inserite perché presenti tra le prime quindici cause di morte di almeno una delle macroaree geografiche considerate.

Fonte dei dati: Istat. "Indagine sui decessi e cause di morte". Anno 2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 44

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 45

Tabella 13 - Graduatoria delle quindici principali cause di morte (valori assoluti e tasso standardizzato per 10.000) nelle Isole. Femmine - Anno 2012

Cause di morte	Rango Italia	Sicilia			Sardegna		
		Rango	Decessi	Tassi std	Rango	Decessi	Tassi std
Malattie cerebrovascolari	1	1	3.958	11,02	1	765	6,18
Malattie ischemiche del cuore	2	2	2.674	7,64	2	675	5,58
Altre malattie del cuore	3	3	2.313	6,51	3	638	5,16
Malattie ipertensive	4	4	2.261	6,17	5	469	3,70
Demenza e malattia di Alzheimer	5	6	1.365	3,73	4	602	4,70
Diabete mellito	6	5	1.596	4,72	7	277	2,33
Tumori maligni del seno	7	7	900	3,05	6	375	3,69
Tumori maligni del colon, del retto e dell'ano	8	8	696	2,25	8	232	2,12
Malattie croniche delle basse vie respiratorie	9	9	602	1,71	9	188	1,53
Tumori maligni della trachea, dei bronchi e dei polmoni	10	11	463	1,59	12	151	1,47
Tumori maligni del pancreas	11	12	362	1,19	11	152	1,46
Malattie del rene e dell'uretere	12	10	602	1,75	10	163	1,33
Influenza e Polmonite	13	17	229	0,66	13	121	1,00
Tumori maligni dello stomaco	14	15	256	0,86	18	65	0,59
Tumori non maligni	15	16	252	0,79	14	106	0,91
Totale 15 cause			**18.529**			**4.979**	
Setticemia*	16	28	114	0,37	19	61	0,51
Tumori maligni del fegato e dei dotti biliari intraepatici*	17	14	270	0,90	16	79	0,74
Tumori maligni dell'ovaio*	18	19	223	0,78	17	70	0,69
Cirrosi, fibrosi ed epatite cronica*	20	13	271	0,88	26	47	0,44
Tumori maligni di altre parti dell'utero*	21	18	224	0,77	15	87	0,81
Cadute accidentali*	25	27	123	0,36	23	57	0,47
Tutte le cause			**25.999**	**76,79**		**7.449**	**63,59**

*Inserite perché presenti tra le prime quindici cause di morte di almeno una delle macroaree geografiche considerate.

Fonte dei dati: Istat. "Indagine sui decessi e cause di morte". Anno 2015.

Riferimenti bibliografici

(1) Grande E, Mistretta A, Frova L. Metodo per la costruzione di graduatorie delle principali cause di morte in Italia. Istat Working Papers N.15/2015. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/files/2015/07/Istat-Working-Papers_15_2015.pdf.
(2) Eurostat, 2013. European Shortlist for Causes of Death, 2012. Disponibile sul sito: http://ec.europa.eu/eurostat/ramon/nomenclatures/index.cfm?TargetUrl=LST_NOM_DTL&StrNom=COD_2012&StrLanguageCode=EN&IntPcKey=&StrLayoutCode=HIERARCHIC.
(3) Istat, Le Principali cause di morte in Italia. Statistica Report, 3 Dicembre 2014. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/archivio/140871.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 46

Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione

Le Malattie croniche Non Trasmissibili (MNT) sono la principale causa di morte nel mondo. Le principali categorie di tali malattie - malattie cardiovascolari, cancro, malattie polmonari croniche e diabete - causano in tutto il mondo la quota prevalente di decessi registrati ogni anno. Morti premature che riconoscono cause multifattoriali e, tra queste, quelle legate ai comportamenti individuali come il consumo di alcol, il fumo, l'alimentazione scorretta e l'inattività che possono agire da principali fattori di rischio per la salute, connotando modelli non salutari che richiedono interventi e misure di prevenzione da attuare attraverso politiche per la salute capaci di influenzare il cambiamento degli stili di vita. È responsabilità ultima dell'individuo adottare tale cambiamento e, auspicabilmente, responsabilità delle Istituzioni pubbliche favorirlo attraverso un impegno attivo non solo in campo sanitario ma in tutti gli altri settori influenti sul controllo, mantenimento e miglioramento dello stato di buona salute della popolazione.

Questa finalità di salute pubblica è la base dell'azione efficace già condivisa dalle strategie e dal Piano di azione globale per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili 2013-2020 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), che mira a salvare milioni di vite e contrastare la sofferenza legata al carico di malattia rilevabile nella popolazione.

Qualunque piano di azione mirato a contrastare i fattori di rischio, favorire stili di vita sani e assicurare la prevenzione delle malattie prevede e adotta una road map e un menù di opzioni che partono, essenzialmente, dalle policy, ma sviluppano, necessariamente, un'azione coordinata e coerente a tutti i livelli, dal locale al globale. Il Piano di azione globale per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili 2013-2020 si sviluppa, attraverso l'analisi di azioni consistenti e di valutata efficacia, in una prospettiva complessiva tesa alla riduzione del carico di malattia nella popolazione, attraverso il raggiungimento di nove obiettivi globali tesi alla riduzione relativa del 25% della mortalità prematura da malattie cardiovascolari, cancro, diabete e malattie respiratorie croniche entro il 2025. Le quattro principali categorie di MNT citate, responsabili del maggior contributo alla morbilità, alla disabilità e alla mortalità generale e per cause specifiche, sono contrastabili attraverso azioni specifiche di prevenzione, da rivolgere al contrasto dei quattro principali fattori di rischio comportamentali: consumo di alcol, uso di tabacco, alimentazione scorretta e inattività fisica. In estrema sintesi, come sottolinea l'OMS, molto si può fare se si considera, nelle politiche di prevenzione, che le condizioni in cui le persone vivono e lavorano ed il loro stile di vita influenzano la loro salute e la qualità della vita.

A seguito della dichiarazione politica sulle MNT adottata dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite nel 2011, che ha sviluppato un quadro di monitoraggio globale per consentire il monitoraggio internazionale dei progressi nella prevenzione e nel controllo delle principali MNT ed i loro fattori di rischio, l'OMS ha delineato nove obiettivi volontari, da raggiungere entro il 2025, e una serie di indicatori di monitoraggio atti a verificare nel tempo i progressi registrati.

L'adozione di obiettivi specifici, quali quelli definiti in Italia dal Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2020, richiama l'esigenza di garantire un sistema di monitoraggio che, coerentemente con la necessità di analizzare e valutare le dimensioni previste dagli obiettivi, giunge a fornire un quadro completo sugli stili di vita attraverso l'analisi dei principali fattori di rischio oggetto di attività di prevenzione, promozione della salute, intervento sanitario, riabilitazione e, non ultimo, reinserimento sociale.

L'obiettivo finale della riduzione del 25% della mortalità prematura da MNT entro il 2025 rappresenterà, anche per l'Italia, lo scopo finale e complessivo di un'azione complessa, mirata a fornire le basi comuni di intervento e gli elementi utili per la sensibilizzazione, rafforzando l'impegno nelle policy dedicate e la promozione di un'azione globale per affrontare queste malattie invalidanti e mortali.

Non vi è un unico percorso possibile per raggiungere obiettivi comuni che vedono, tuttavia, culture, contesti e società eterogenee nel mondo come nella nostra Nazione; condizioni, comunque, che richiedono un'analisi al fine di adattare al meglio le risposte da proporre a livello istituzionale, risposte che sono diverse in funzione delle differenze registrabili non solo nell'impatto delle malattie o dei fattori di rischio, ma anche nella prevenzione e nelle misure di controllo in atto o da adottare per il controllo di MNT che possono presentare espressioni diverse in funzione di diversi livelli di sviluppo socio-economico regionali e locali. Quali che siano le problematiche specifiche da affrontare a livello locale, tutti possono beneficiare della risposta globale al conseguimento degli obiettivi nazionali condivisi che, monitorati e analizzati attraverso alcuni indicatori, ben identificati nel Capitolo di questo rapporto dedicato agli stili di vita, contribuiranno anche a formare una nuova agenda di svilup-

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 48

po rispetto alle tre principali dimensioni dello sviluppo sostenibile: sviluppo economico, sostenibilità ambientale e, non ultima, l'inclusione sociale.

L'analisi dell'impatto epidemiologico di fattori di rischio, stili di vita e attività di prevenzione (alcol, fumo, attività fisica, alimentazione, sovrappeso e obesità generale e infantile) rappresenta un contributo ispirato al "Global Monitoring Framework", che prevede 25 indicatori. Gli indicatori compresi nella categoria dei fattori di rischio incorporano anche alcuni rilevanti indicatori collegati alle risposte del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), integrate a quelle proposte anche nei Capitoli dedicati, proponendosi come "cruscotto" orientato ad una user windows sugli stili di vita da migliorare, anche grazie alle reazioni che potrà suscitare la lettura dei dati da parte dell'utente finale, policy maker, professionista della salute, giornalista o cittadino, tenuto in debito conto che il cambiamento richiesto parte da un più elevato livello di consapevolezza individuale e collettiva sui danni e sui rischi legati a comportamenti che richiedono essere sostenuti da scelte salutari e informate.

Molti sono i messaggi e numerose le raccomandazioni emergenti dal Capitolo che segue, sollecitati dall'analisi dedicata di indicatori ben definiti e coerenti con le dimensioni di cui si richiede una valutazione di impatto e possibili soluzioni volte a favorire il miglioramento degli stili di vita e dei modelli di comportamento non salutari.

Gran parte delle valutazioni riportate per le singole tematiche sono rivolte a fornire orientamenti concreti alla prevenzione e ai piani di azione, delineati dall'OMS e adottati tanto in Italia quanto a livello comunitario, non limitandosi a considerazioni di pura implicazione sanitaria. Molte delle osservazioni poste sottolineano l'esigenza di puntare, oltre che sulla prevenzione, anche sul rafforzamento della legalità e sul rispetto delle norme, che richiede un approccio ed una gestione sicuramente di competenza di settori legali, economici e sociali, soprattutto in virtù di una crescente sensibilità dell'opinione pubblica rispetto ad alcune dinamiche che, ad esempio, per l'alcol, il fumo e l'alimentazione, impongono logiche di promozione del prodotto prevalenti, sia in termini economici che di interessi, su una inalienabile ma politicamente meno sostenibile promozione della salute. L'uso delle moderne tecnologie di comunicazione per le community e dei social network introducono nuovi scenari e pongono nuove sfide per interventi mirati, in particolare ai minori e ai giovani, per cercare di contrastare fenomeni culturalmente più complessi e articolati di quelli tradizionali, anche sulla base dell'evidenza che molti fattori di rischio sono coesistenti e incidenti, ad esempio, in contesti sociali come quelli di aggregazione. In tali contesti, alcuni fattori di rischio, più di altri, sembrano favorire e predisporre all'esposizione di fattori determinanti di nuove patologie croniche comportamentali, quali quelle legate a nuove dipendenze sine substantia, come gambling, shopping compulsivo, giochi online, spesso integrandosi anche con le addiction "classiche" da alcol, nicotina, alimenti (anorressia-bulimia), attraverso comportamenti che riconoscono meccanismi comuni, anche fisiopatologici, legati all'estrema vulnerabilità tipica del periodo di maturazione cerebrale verso modalità cognitive razionali.

Tutti i fattori di rischio considerati possono diminuire la salute individuale e il capitale umano nel corso della vita, dall'embrione alla vecchiaia. La conseguenza da contrastare è il rischio concreto di una o più generazioni più deboli delle precedenti, evenienza da contrastare con tutti gli strumenti disponibili, partendo dall'identificazione precoce del rischio che ancora oggi non riceve adeguata attenzione. Il Piano Nazionale di Prevenzione concordato tra Stato e Regioni identifica la riduzione dei fattori principali di rischio e malattia e l'incremento delle attività di identificazione precoce come obiettivi urgenti e prioritari, che appare opportuno articolare adeguatamente per genere e per classi di età, in funzione del differente impatto anche regionale che i dati mostrano in relazione ai diversi target di popolazione.

Il monitoraggio dei consumi e delle variabili dello stile di vita e la conseguente promozione di comportamenti che tendono a diffondere una cultura e uno stile di vita salutare, in linea con le raccomandazioni dell'OMS, sono elementi di rilievo per correggere modelli impropri da contrastare con l'implementazione di programmi rivolti a promuovere gli aspetti di prevenzione propri, ad esempio, di un'alimentazione basata sulla dieta mediterranea e sul rafforzamento delle azioni rivolte alla riduzione nell'apporto di sale e all'uso adeguato del sale iodato. Tali azioni sono da integrare in uno stile di vita individuale e della popolazione, in cui iniziative di educazione alimentare e alla salute, favorenti l'incremento dell'attività fisica regolare e il contrasto all'assunzione di pasti sbilanciati e/o ipercalorici, coinvolgono settori non propriamente sanitari come quelli della produzione e della ristorazione, considerato che i tempi di vita e di lavoro correnti rappresentano occasioni non così infrequenti rispetto ai consumi alimentari quotidiani e di più difficile controllo, in particolare rispetto al rischio di incremento ponderale esitante in sovrappeso e obesità di vario grado.

Politiche multisettoriali mirate all'obiettivo comune di incremento del trasporto attivo (ad esempio camminare per gli spostamenti quotidiani) hanno potenzialità di impatto sull'intera popolazione, non solo per il miglioramento della salute, ma anche, ad esempio, per la riduzione dell'inquinamento atmosferico, con implicazioni di rilievo da un punto di vista economico.

Complessivamente, è necessario rafforzare e sostenere la cultura della prevenzione attiva e passiva anche

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 49

delle patologie infettive, attraverso una maggiore adesione a quanto previsto dai piani vaccinali nazionali e raccomandazioni europee ed internazionali rivolte all'eradicazione, ad esempio, del vaiolo o al cosiddetto status polio-free nella Regione Europea, con l'obiettivo specifico di raggiungere almeno il 95% di copertura entro i 2 anni di età attraverso un più ampio coinvolgimento dei professionisti della salute, sempre più formati attraverso un educazione medica su cui basare rinnovate capacità di comunicazione di adeguate informazioni, finalizzate ad assicurare scelte informate da parte dei genitori e dei pazienti in genere. Formazione atta anche a garantire e sollecitare un maggior ricorso regolare ai programmi di screening per la prevenzione del cancro, che vedono livelli migliorabili di partecipazione, sia seguendo modalità di offerta attiva, organizzata e programmata, sia di ricorso spontaneo o dietro sollecitazione del medico. Alla luce delle previsioni dell'OMS, che ha già allertato sulla cosiddetta "epidemia cancro", che porterà a registrare oltre 17 milioni di decessi per cancro nel mondo nel corso dei prossimi due decenni, è fondamentale integrare azioni rivolte all'identificazione precoce dei fattori di rischio, al contrasto degli stili di vita non salutari, all'educazione alla salute a partire da scuole e luoghi di lavoro, all'incremento dell'offerta attiva di screening organizzati e gratuiti che possano favorire la promozione di stili di vita sani e di modelli salutari, come cultura di riferimento per vecchie e nuove generazioni, giungendo a favorire l'invecchiamento attivo e l'incremento della speranza di vita media libera da malattia. Obiettivi globali difficili, ma non impossibili se si struttureranno strategie e azioni incentrate sulle capacità della persona, come risorsa individuale e collettiva, da supportare in concreto, garantendone l'empowerment e mirando ad un indispensabile, urgente cambiamento dello stile di vita dell'intera popolazione, in cui investire risorse per guadagnare salute e ridurre i costi di morbilità, disabilità e mortalità evitabili, a fronte di una corretta interpretazione dei comportamenti individuali, ma anche di adeguatezza ed accessibilità di un SSN equo, accessibile e socialmente inclusivo e sostenibile per tutti.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 50

Fumo di tabacco

Significato. L'abitudine al consumo di tabacco, che in tutto il mondo determina il 10% dei decessi tra le persone adulte, rappresenta una delle cause di morte evitabili (1). L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) si pone l'obiettivo di incentivare le politiche per la diminuzione del consumo di tabacco e la protezione delle generazioni future attraverso l'aumento delle tasse sul tabacco e il contrasto al commercio illecito delle sigarette (2, 3), anche grazie alle pressioni della comunità. Infatti, si stima che un aumento del 10% del prezzo del tabacco diminuisca il consumo dello stesso di circa il 4% nei Paesi con redditi elevati e dell'8% nei Paesi a basso e medio reddito.
In Europa, nel 2014, si è registrata, complessivamente, una diminuzione del consumo di sigarette del 5,7%: Germania ed Italia sono i mercati di maggior consumo con, rispettivamente, 103 e 86 miliardi di sigarette (4).
In Italia si rileva che, nel 2014, i fumatori sono circa 10,2 milioni, mantenendo il trend decrescente degli ultimi anni. Tuttavia, nonostante il calo dei fumatori, le campagne antifumo e la crisi economica, alcuni dati sono ancora preoccupanti: il 70% dei consumatori inizia a fumare prima dei 18 anni e il 94% prima dei 25 anni (3, 5).
Lo studio dei dati di prevalenza sul consumo di tabacco permette di misurare il fenomeno nella popolazione e di individuare adeguate politiche sanitarie che prevedano attività di prevenzione e di controllo.

Prevalenza di persone per abitudine al fumo

$$\frac{\text{Numeratore: Persone di 14 anni ed oltre per abitudine al fumo}}{\text{Denominatore: Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di 14 anni ed oltre}} \times 100$$

Validità e limiti. Riguardo l'abitudine al fumo, sono stati analizzati i dati riportati nell'Indagine Multiscopo dell'Istituto Nazionale di Statistica "Aspetti della vita quotidiana", condotta nell'aprile 2014 su un campione di oltre 19.000 famiglie, per un totale di circa 46.000 individui. I quesiti riguardanti l'abitudine al fumo di sigarette sono auto dichiarati, per cui si tratta di valutazioni di tipo soggettivo.

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

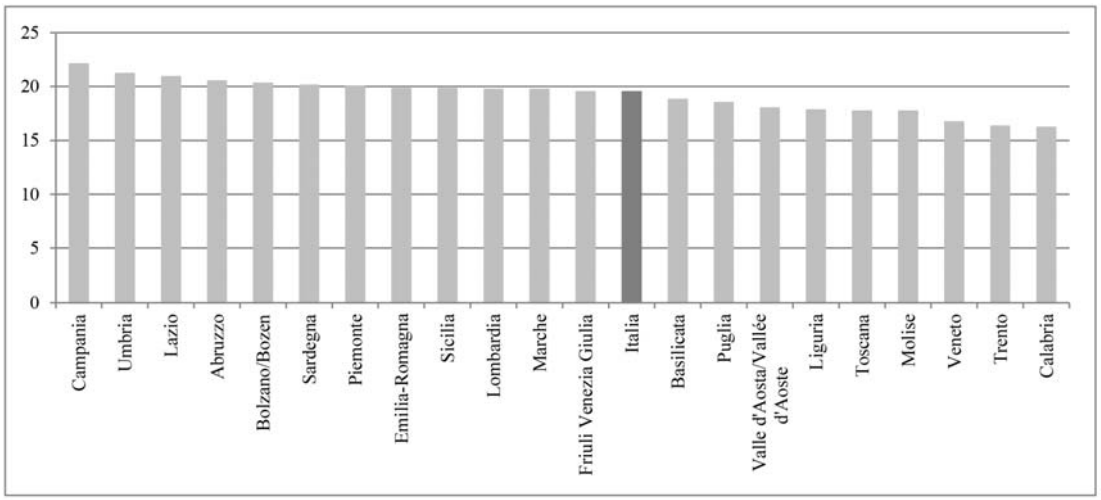
Descrizione dei risultati

Sono poco più di 10 milioni i fumatori in Italia nel 2014, poco meno di 6 milioni e 200 mila uomini e poco più di 4 milioni di donne. Si tratta del 19,5% della popolazione di 14 anni ed oltre. Si continua a registrare, come già segnalato nel 2013, una lieve diminuzione di coloro che fumano sigarette. Anche il numero medio di sigarette fumate al giorno diminuisce in un trend continuo dal 2001, passando da una media di 14,7 sigarette nel 2001 a 12,1 del 2014, una variazione che conferma la tendenza alla riduzione di tale abitudine, sebbene tale valore sia invariato rispetto al 2013.
Rispetto al 2013 è aumentato il numero di regioni che superano o eguagliano il valore nazionale in termini di prevalenza di fumatori sulla popolazione di 14 anni ed oltre. Si tratta, infatti, di 12 tra regioni e PA (le prime, in ordine decrescente in termini di prevalenza, sono Campania, Umbria, Lazio e Abruzzo) (Grafico 1), con la più alta prevalenza di fumatori registrata in Campania (22,1%), seguita dall'Umbria (21,2%) (Tabella 1). La Calabria presenta la minore prevalenza di fumatori di sigarette (16,2%), seguita dalla PA di Trento (16,3%). Rispetto alla tipologia comunale, in termini dimensionali si nota come la prevalenza di fumatori sia più elevata nei Comuni grandi, sia del centro che della periferia dell'area metropolitana (rispettivamente, 19,5% e 21,9%), rispetto ai piccoli Comuni con meno di 2.000 abitanti, che fanno registrare il 17,4% di fumatori (Tabella 1).
Lo studio della prevalenza di coloro che smettono di fumare, gli ex-fumatori, evidenzia un andamento non altrettanto lineare rispetto agli altri indicatori analizzati, in quanto, nel 2014, presenta un valore di 22,6% rispetto al 23,3% del 2013. Ciò sembrerebbe indicare che, una volta presa l'abitudine al fumo di sigarette, la capacità di smettere non sia influenzata dalle politiche e dalle tendenze che stanno determinando la diminuzione di tale abitudine.
La prevalenza maggiore di ex-fumatori, anche nel 2014, si evidenzia in Emilia-Romagna, capofila tra le regioni con il 29,5%. In generale, analizzando le regioni in termini di macroarre, sono 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 è la differenza tra uomini e donne rispetto al fumo di sigarette. Sempre con riferimento al 2014, infatti, 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.
Differenze ancora più marcate si registrano tra gli ex-

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 51

fumatori: 30,4% tra gli uomini over 14 anni vs 15,3% delle donne (Tabella 2).
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.
In merito al numero medio di sigarette fumate al giorno, i più accaniti fumatori sono gli uomini e le donne tra i 55-59 anni con, rispettivamente, 15,0 e 12,3 sigarette fumate ogni giorno (Tabella 2).

Grafico 1 - Prevalenza (valori percentuali) per abitudine al fumo nella popolazione di età 14 anni ed oltre per regione - Anno 2014



Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2014.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 52

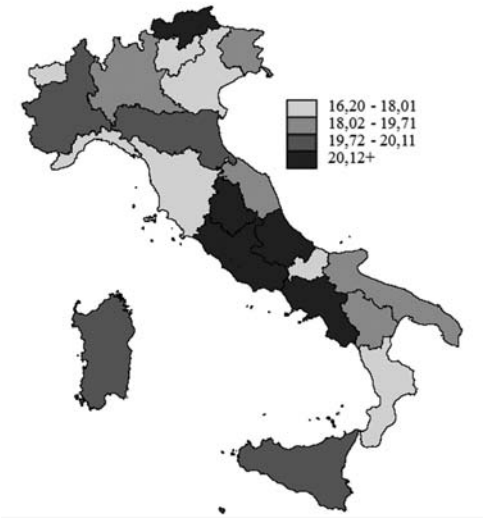
Tabella 1 - Prevalenza (valori percentuali) per abitudine al fumo nella popolazione di età 14 anni ed oltre per regione, macroarea e tipo di Comune - Anno 2014

Regioni	Fumatori*	Ex-Fumatori	Non Fumatori
Piemonte	20,0	25,2	53,1
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	18,0	24,4	55,7
Lombardia	19,7	23,5	57,8
Bolzano-Bozen	20,3	24,6	54,0
Trento	16,3	26,5	52,2
Veneto	16,7	28,2	47,7
Friuli Venezia Giulia	19,5	24,9	56,5
Liguria	17,8	24,7	57,4
Emilia-Romagna	19,8	29,5	49,0
Toscana	17,7	27,2	52,1
Umbria	21,2	28,5	52,1
Marche	19,7	25,4	51,8
Lazio	20,9	23,5	54,9
Abruzzo	20,5	20,7	57,3
Molise	17,7	21,0	56,8
Campania	22,1	21,9	58,8
Puglia	18,5	16,3	60,9
Basilicata	18,8	17,0	62,6
Calabria	16,2	18,6	59,9
Sicilia	19,8	15,3	66,3
Sardegna	20,1	17,5	61,3
Italia	**19,5**	**22,6**	**56,4**
Nord-Ovest	19,6	24,7	54,1
Nord-Est	18,3	26,3	54,0
Centro	19,8	23,9	55,0
Sud	19,8	17,1	61,7
Isole	19,9	20,6	57,9
Comune centro dell'area metropolitana	19,5	23,3	55,3
Periferia dell'area metropolitana	21,9	22,9	54,1
Fino a 2.000 abitanti	17,4	23,7	57,6
Da 2.001 a 10.000 abitanti	18,8	22,9	56,7
Da 10.001 a 50.000 abitanti	19,4	21,6	57,4
50.001+ abitanti	19,4	22,5	56,9

*Nella tabella vi è una quota residuale di "non indicato". Pertanto, la somma delle categorie analizzate risulta <100.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2014.

Prevalenza (valori percentuali) di fumatori nella popolazione di età 14 anni ed oltre per regione. Anno 2014



Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 53

Tabella 2 - Prevalenza (valori percentuali) per abitudine al fumo e numero (valori assoluti) di sigarette fumate al giorno per genere e per classe di età - Anno 2014

Classi di età	Maschi			Femmine			Totale		
	Fumatori	Ex fumatori	N medio al giorno*	Fumatori	Ex fumatori	N medio al giorno*	Fumatori	Ex fumatori	N medio al giorno*
14-17	8,9	2,1	8,6	4,8	1,2	5,9	6,9	1,7	7,7
18-19	22,2	3,5	9,0	12,0	4,4	7,7	17,3	4,0	8,6
20-24	28,8	7,7	11,2	20,5	6,6	8,7	24,8	7,1	10,2
25-34	33,5	16,4	12,1	19,3	13,8	9,1	26,4	15,1	11,0
35-44	31,5	22,6	13,6	18,6	14,8	9,9	25,1	18,7	12,2
45-54	28,0	29,4	14,7	20,3	20,7	10,7	24,0	24,9	12,9
55-59	27,9	33,9	15,0	17,2	18,5	12,3	22,5	26,2	13,9
60-64	22,0	48,9	14,8	16,1	22,9	11,7	19,0	35,8	13,4
65-74	16,4	50,8	14,5	9,4	20,0	10,7	12,7	34,4	12,9
75+	7,0	59,9	11,4	3,2	10,1	8,6	4,7	29,7	10,2
Totale	**24,5**	**30,4**	**13,4**	**14,8**	**15,3**	**10,2**	**19,5**	**22,6**	**12,1**

*Media calcolata sui fumatori di sigarette.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2014.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'input che arriva dall'OMS, in occasione della Giornata mondiale contro il tabacco del 2015, è quello di incentivare la diminuzione del consumo di sigarette attraverso lo "Stop al commercio illecito dei prodotti del tabacco". Dai dati presentati dall'Osservatorio Fumo Alcol e Droga dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) questo fenomeno è stato osservato, nel 2014, dal 10,1% della popolazione (riferiscono di vedere ambulanti che vendono sigarette illegalmente spesso o qualche volta). Le città che detengono l'84% del mercato illegale sono 8, sia nel Nord (Milano, Venezia, Trieste e Genova), sia nel Centro-Sud ed Isole (Roma, Napoli, Giugliano, Palermo) (6).

In Italia, si continua ad osservare una tendenza positiva nella diminuzione dei fumatori e anche nella diminuzione del numero medio di sigarette fumate, dati che confortano rispetto all'efficacia delle campagne di informazione e sensibilizzazione realizzate dai decisori pubblici. Dai dati riferiti dall'ISS (7), nel mondo i fumatori corrispondono ad 1 miliardo e le stime prevedono un aumento a 1,6 miliardi di euro per il 2025, a conferma della variegatissima situazione in termini di politiche sociali e di prevenzione nelle varie aree del pianeta. Nel nostro Paese, le persone tra i 35-65 anni rappresentano quelle a più alto rischio di morte a causa delle patologie connesse all'abitudine al fumo. Questi dati, insieme ai dati di prevalenza analizzati, motivano il fatto che il contrasto al fumo sia un'assoluta priorità di salute e sottolineano la necessità di azioni mirate a specifiche categorie.

Appare, quindi, opportuno continuare ad attivare le numerose iniziative, a livello centrale e locale, per la prevenzione dell'abitudine al fumo, considerando che gli studi (8) ritengono di "efficacia elevata" le azioni effettuate direttamente da personale sanitario, il counselling rivolto a specifici target di popolazione soprattutto a rischio e ,laddove necessario, anche il trattamento farmaceutico.

Riferimenti bibliografici

(1) Il "Protocollo per eliminare il commercio illegale di prodotti del tabacco", Convenzione quadro dell'OMS sul controllo del tabacco (FCTC).
(2) World Health Organization. Disponibile sul sito: www.who.int/campaigns/no-tobacco-day/2014/event/en.
(3) KPMG. Project star report 2012, 16 Aprile 2013.
(4) WHO Framework Convention on Tabacco Control, 2003.
(5) Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=467&area=stiliVita&menu=fumo.
(6) Istituto Superiore di Sanità, Rapporto Nazionale sul fumo 2014.
(7) Fumo e salute: impatto sociale e costi sanitari, Rosaria Russo, Emanuele Scafato, Osservatorio Fumo Alcol e Droga dell'Istituto Superiore di Sanità, Roma.
(8) Disponibile sul sito: www.tabaccologia.it/filedirectory/monografie/raccomandazioni_SITAB.pdf.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 54

Consumo di alcol

Significato. L'alcol è una sostanza psicoattiva che può causare oltre duecento condizioni patologiche (1) tra cui lesioni, disordini psichici e comportamentali, patologie gastrointestinali, immunologiche, infertilità, problemi prenatali e numerosi tipi di cancro (2), come confermato dall'International Agency for Research on Cancer, che classifica il consumo di bevande alcoliche come sicuramente cancerogeno per l'uomo (3).
L'impatto sanitario e di salute in termini di mortalità, morbilità e disabilità sociale che ne deriva è molto elevato. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha stimato che, nel 2012, circa 3 milioni e 300 mila morti nel mondo, pari al 5,9% del totale (uomini=7,6%; donne=4,0%) sono attribuibili al consumo di alcol e che 139 milioni di "anni di vita corretti per disabilità" (Disability-Adjusted Life Year), equivalenti al 5,1% del carico globale di malattia e infortunio, sono riconducibili al consumo di alcol (1).
I nuovi Livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti ed energia per la popolazione italiana, pubblicati nel 2014 e già acquisiti dal Ministero della Salute e dall'Istituto Superiore di Sanità, hanno permesso l'aggiornamento delle quantità di alcol definite a minor rischio (lower-risk drinking) (4). Secondo i nuovi limiti, sotto i 18 anni qualunque consumo deve essere evitato. Per le donne adulte e per gli anziani (ultra 65enni) il consumo giornaliero non deve superare 1 Unità Alcolica (UA[1]=12 grammi di alcol puro), mentre per gli uomini adulti il consumo giornaliero non deve superare le 2 UA, indipendentemente dal tipo di bevanda consumata. Allo stesso tempo è sempre sconsigliato il binge drinking, ossia il consumo di quantità eccessive di alcol, più di 6 UA, concentrato nel tempo e in una singola occasione (il fegato è in grado di smaltire non più di 6 grammi di alcol all'ora). Gli indicatori proposti, elaborati secondo specifici algoritmi (5) dall'Osservatorio Nazionale Alcol sulla base di quelli della statistica ufficiale (6, 7), identificano come consumatori a rischio gli individui che praticano almeno una delle due componenti del rischio: il consumo abituale eccedentario, non rispettoso delle Linee Guida, e il binge drinking.

Prevalenza di consumatori giovani a rischio (criterio Istituto Superiore di Sanità)

Numeratore: Ragazzi/e di 11-17 anni che dichiarano di aver consumato bevande alcoliche Ragazzi/e di 11-17 anni che dichiarano di aver consumato più di 6 UA, anche diverse, in un'unica occasione

Denominatore: Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di 11-17 anni

x 100

Prevalenza di consumatori (uomini) adulti a rischio (criterio Istituto Superiore di Sanità)

Numeratore: Uomini di 18-64 anni che dichiarano di aver consumato giornalmente più di 2 UA Uomini di 18-64 anni che dichiarano di aver consumato più di 6 UA, anche diverse, in un'unica occasione

Denominatore: Popolazione maschile dell'Indagine Multiscopo Istat di 18-64 anni

x 100

Prevalenza di consumatori (donne) adulti a rischio (criterio Istituto Superiore di Sanità)

Numeratore: Donne di 18-64 anni che dichiarano di aver consumato giornalmente più di 1 UA Donne di 18-64 anni che dichiarano di aver consumato più di 6 UA, anche diverse, in un'unica occasione

Denominatore: Popolazione femminile dell'Indagine Multiscopo Istat di 18-64 anni

x 100

[1]Una Unità Alcolica contiene circa 12 grammi di alcol e corrisponde ad un bicchiere di vino da 125 ml a 12° oppure una lattina di birra da 330 ml a 5° o un aperitivo alcolico da 80 ml a 18° o, infine, un cocktail alcolico da 40 ml a 36°.

E. SCAFATO, S. GHIRINI, C. GANDIN, L. GALLUZZO, S. MARTIRE, L. DI PASQUALE, R. SCIPIONE, N. PARISI

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 55

Prevalenza di consumatori (uomini) anziani a rischio (criterio Istituto Superiore di Sanità)

Numeratore: Uomini di 65-74 anni ed oltre che dichiarano di aver consumato più di 1 UA al giorno
Uomini di 65-74 anni ed oltre che dichiarano di aver consumato più di 6 UA, anche diverse, in un'unica occasione

Denominatore: Popolazione maschile dell'Indagine Multiscopo Istat di 65-74 anni

x 100

Prevalenza di consumatori (donne) anziani a rischio (criterio Istituto Superiore di Sanità)

Numeratore: Donne di 65-74 anni ed oltre che dichiarano di aver consumato più di 1 UA al giorno
Donne di 65-74 anni ed oltre che dichiarano di aver consumato più di 6 UA, anche diverse, in un'unica occasione

Denominatore: Popolazione femminile dell'Indagine Multiscopo Istat di 65-74 anni

x 100

Validità e limiti. Gli indicatori proposti, attraverso il calcolo della frequenza e delle quantità di alcol assunte dagli individui e le occasioni di consumo a maggior rischio, permettono di identificare gli stili di vita scorretti. Il questionario viene auto-compilato dai membri delle famiglie ed è, quindi, verosimile una sottostima del fenomeno dovuta alla paura di rispondere a quesiti su comportamenti socialmente stigmatizzati.

Valore di riferimento/Benchmark. Tenendo in considerazione le indicazioni di salute pubblica nazionali e internazionali, il valore di riferimento degli indicatori auspicabile dovrebbe essere 0; nonostante ciò, al fine di evidenziare le regioni con maggiori criticità si è deciso di considerare come valore di riferimento la media delle regioni per ogni indicatore presentato:
- prevalenza di consumatori giovani a rischio (11-17 anni): 19,4%;
- prevalenza di consumatori adulti a rischio (18-64 anni): uomini 18,3%, donne 7,3% ;
- prevalenza dei consumatori anziani a rischio (65 anni ed oltre): uomini 38,0%, donne 8,1%.

Descrizione dei risultati

Non consumatori (Tabella 1). La prevalenza dei non consumatori di età >11 anni, è stata (astemi ed astinenti degli ultimi 12 mesi) nel 2014, del 35,6% ed è rimasta stabile rispetto al 2013 (34,9%), sebbene l'analisi regionale evidenzi un aumento della percentuale dei non consumatori rispetto all'anno precedente, in particolare 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). La diminuzione dei non consumatori in Piemonte è, verosimilmente, da attribuire alla diminuzione degli astemi così come l'aumento dei non consumatori in Toscana è da attribuire, principalmente, all'aumento della quota degli astemi.
Aumenti significativi della percentuale degli astemi si rilevano, inoltre, in Liguria, Veneto e Calabria, mentre una diminuzione maggiore di 1,0 punti percentuali degli astinenti in Sicilia e Sardegna. La regione con il più basso valore di prevalenza dei non consumatori, nel 2014, è la PA di Bolzano.

Consumatori a rischio (cartogrammi). La prevalenza dei consumatori a rischio, nel 2014, è pari al 22,7% per gli uomini ed all'8,2% per le donne, ed è rimasta pressoché stabile rispetto al 2013 (23,4% e 8,8%, rispettivamente). L'analisi territoriale mostra delle diminuzioni significative rispetto alla precedente rilevazione solo in Emilia-Romagna tra gli uomini (-4,6 punti percentuali) ed in Campania tra le donne (-2,7 punti percentuali).
Nel 2014, le regioni con valori di prevalenza dei consumatori a rischio inferiori al valore nazionale sono state, per entrambi i generi, la Sicilia (M=15,8%; F=5,5%), la Calabria (M=19,0%; F=5,7%), la Campania (M=18,5%; F=5,3%), la Puglia (M=20,4%; F=6,8%) ed il Lazio (M=18,5%; F=6,2%) oltre a Molise (6,2%), Abruzzo (7,3%) e Basilicata (6,1%) per le sole donne.
Valori superiori al dato nazionale, invece, sono stati rilevati, per entrambi i generi, in Piemonte (M=26,3%; F=10,5%), Valle d'Aosta (M=30,6%; F=13,2%), PA di Bolzano (M=34,2%; F=18,2%), Lombardia (M=23,9%; F=9,5%), Liguria (M=22,8%; F=9,9%), Toscana (M=24,0%; F=9,3%), PA di Trento (M=30,4%; F=9,0%), Veneto (M=28,7%; F=9,2%) e Friuli Venezia Giulia (M=31,2%; F=11,1%), a cui si aggiungono per i soli uomini l'Abruzzo (25,9%), la Basilicata (25,0%), la Sardegna (29,0%) ed il Molise (31,2%) e per le sole donne le Marche (8,3%), l'Umbria (8,5%) e l'Emilia-Romagna (10,6%).

Giovani (Tabella 2). La prevalenza dei consumatori a rischio di 11-17 anni di età, nel 2014, è pari al 19,4% (M=21,5%; F=17,3%) e non si rilevano, a livello nazionale, differenze statisticamente significative rispetto al 2013 (20,6%). A livello regionale non si rilevano differenze di genere statisticamente significative e la PA di Bolzano (31,4%) risulta essere l'unica regione con un valore statisticamente superiore al valore nazionale.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 56

Adulti (Tabella 3). Nel 2014, nella fascia di età 18-64 anni, la prevalenza dei consumatori a rischio è rimasta pressoché invariata rispetto al 2013, sia tra gli uomini (18,3% vs 19,0%) che tra le donne (7,3% vs 8,0%). A livello territoriale si rileva, invece, una diminuzione dei consumatori a rischio in Emilia-Romagna tra gli uomini (-6,0 punti percentuali) e in Campania tra le donne (-3,2 punti percentuali). Le prevalenze risultano più elevate tra gli uomini rispetto alle donne in tutte le regioni.

Le regioni con valori al di sopra del valore nazionale risultano essere, per entrambi i generi, il Piemonte (M=22,0%; F=9,9%), la Valle d'Aosta (M=25,9%; F=12,3%), la Lombardia (M=19,2%; F=7,7%), la Toscana (M=18,9%; F=8,5%), l'Abruzzo (M=20,6%; F=8,0%), il Veneto (M=24,6%; F=8,4%), il Friuli Venezia Giulia (M=25,4%; F=9,8%), la PA di Trento (M=26,1%; F=9,3%), la Sardegna (M=26,9%; F=8,8%) e la PA di Bolzano (M=36,7%; F=17,8%), dove per gli uomini si registra anche il valore superiore a tutte le altre realtà regionali. Valori superiori al dato nazionale si registrano, inoltre, tra gli uomini, in Molise (27,8%) e in Basilicata (23,9%), mentre tra le donne in Emilia-Romagna (10,2%), Umbria (7,8%), Marche (8,2%) e Liguria (8,2%). Risultano, infine, al di sotto del valore nazionale, per entrambi i generi, le prevalenze dei consumatori a rischio nel Lazio, in Campania, in Puglia, in Calabria ed in Sicilia, mentre in Liguria per i soli uomini.

Un'accurata valutazione delle due diverse componenti che identificano il consumo a rischio, ossia il consumo in modalità binge drinking ed il consumo abituale eccedentario (Tabella 4), mostra che tra gli uomini adulti la prevalenza di binge drinker è più elevata di quella dei consumatori abituali eccedentari, sia a livello nazionale che regionale, ad eccezione di Marche e Puglia. Tra le donne, viceversa, si registra, a livello nazionale, un valore più elevato di consumatrici a rischio per consumo abituale eccedentario rispetto a quello rilevato per le binge drinker, ed il valore risulta statisticamente superiore al dato nazionale anche in Liguria e Puglia. Tra le donne, inoltre, le uniche realtà territoriali in cui la prevalenza di binge drinker è notevolmente superiore a quella dei consumatori abituali eccedentari sono la PA di Trento e la PA di Bolzano. In quest'ultima, come per gli uomini, si rileva il dato più elevato di tutte le altre realtà territoriali.

Anziani (Tabella 5). La prevalenza dei consumatori anziani a rischio, nel 2014, è pari al 38,0% tra gli uomini ed all'8,1% tra le donne, senza differenze significative rispetto al precedente anno. I valori di prevalenza sono più elevati tra gli uomini rispetto alle donne in tutte le regioni. A livello territoriale, tra gli uomini si registra una diminuzione rispetto al 2013 della prevalenza dei consumatori a rischio in Piemonte e nella PA di Bolzano. La percentuale di anziani a rischio superiore al dato nazionale si rileva, sia per gli uomini che per le donne, in Friuli Venezia Giulia, Liguria, Valle d'Aosta, Veneto, Lombardia, Puglia, Toscana, Umbria e Piemonte. Sempre per entrambi i generi, si rilevano valori inferiori al dato nazionale in molte regioni del Meridione, in particolare in Campania (M=30,3%; F=4,5%), Basilicata (M=28,3%; F=4,0%), Calabria (M=28,8%; F=3,5%) e Sicilia (M=20,2%; F=2,8%).

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 57

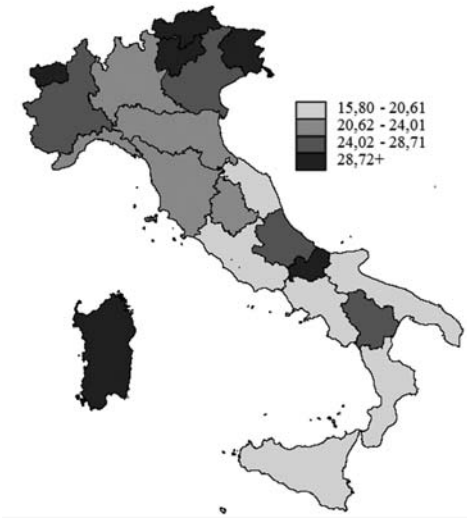
Tabella 1 - Prevalenza (valori percentuali) di astinenti, astemi, non consumatori e consumatori di alcol per regione - Anni 2013-2014*

Regioni	2013				2014			
	Astinenti	Astemi	Non consumatori	Consumatori	Astinenti	Astemi	Non consumatori	Consumatori
Piemonte	4,2	32,0	36,2	62,3	4,5	28,7	33,2	65,3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	3,8	25,7	29,5	69,5	3,3	25,5	28,8	69,3
Lombardia	5,3	29,7	34,9	63,1	5,5	28,9	34,4	64,1
Bolzano-Bozen	7,2	16,3	23,5	74,6	6,4	16,9	23,3	74,8
Trento	3,4	27,3	30,7	68,9	5,0	25,7	30,8	68,8
Veneto	4,1	25,5	29,6	69,7	4,8	28,6	33,4	65,4
Friuli Venezia Giulia	5,4	24,6	30,0	68,8	4,2	22,6	26,8	71,0
Liguria	3,7	28,5	32,2	66,5	4,1	32,2	36,3	63,1
Emilia-Romagna	6,0	25,8	31,8	67,0	4,5	28,1	32,6	66,5
Toscana	5,5	24,8	30,3	68,9	6,0	29,5	35,5	62,2
Umbria	6,3	26,3	32,6	67,1	6,4	28,4	34,9	63,7
Marche	4,0	28,4	32,4	66,8	3,8	30,0	33,8	64,2
Lazio	5,0	31,2	36,3	62,6	4,7	32,9	37,5	61,5
Abruzzo	4,8	29,5	34,4	64,4	3,9	31,8	35,7	62,3
Molise	5,1	33,0	38,1	61,0	4,1	33,9	38,0	61,1
Campania	3,5	35,8	39,3	60,4	5,0	34,5	39,5	59,8
Puglia	4,9	31,0	35,9	63,5	4,4	32,2	36,5	61,9
Basilicata	6,0	33,4	39,3	59,4	4,0	35,7	39,7	57,7
Calabria	4,6	30,5	35,1	63,7	3,7	34,5	38,2	59,8
Sicilia	5,0	36,6	41,6	56,2	3,6	36,8	40,4	58,4
Sardegna	6,4	30,9	37,3	62,5	3,9	31,7	35,6	62,7
Italia	**4,9**	**30,1**	**34,9**	**63,9**	**4,7**	**30,9**	**35,6**	**63,0**

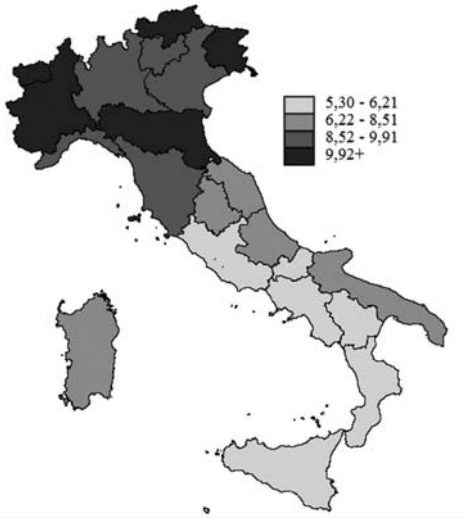
*La somma dei "Consumatori" e dei "Non consumatori" non corrisponde al 100% in quanto la popolazione al denominatore comprende anche coloro che non hanno fornito una risposta al quesito.

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e del WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine Multiscopo Istat "Aspetti della vita quotidiana". Anni 2013, 2014.

Prevalenza (valori percentuali) di consumatori a rischio (criterio ISS) per regione. Maschi. Anno 2014



Prevalenza (valori percentuali) di consumatori a rischio (criterio ISS) per regione. Femmine. Anno 2014



Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 58

Tabella 2 - Prevalenza (valori percentuali) di consumatori a rischio (criterio ISS*) nella popolazione di età 11-17 anni per genere e per regione - Anno 2014

Regioni	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	25,9	19,4	22,8
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	26,0	21,4	23,4
Lombardia	20,5	21,7	21,1
Bolzano-Bozen	30,3	32,4	31,4
Trento	28,4	14,7	21,8
Veneto	23,2	14,2	18,8
Friuli Venezia Giulia	14,2	15,4	14,8
Liguria	16,5	15,2	15,9
Emilia-Romagna	26,0	13,8	19,8
Toscana	19,1	14,3	16,9
Umbria	14,5	10,4	12,7
Marche	16,7	11,2	14,0
Lazio	14,6	18,9	16,6
Abruzzo	30,7	14,6	22,8
Molise	30,5	7,8	19,0
Campania	20,9	17,6	19,4
Puglia	27,0	15,4	21,5
Basilicata	26,9	12,4	20,1
Calabria	18,9	14,0	16,5
Sicilia	19,5	17,5	18,5
Sardegna	27,2	20,9	24,3
Italia	**21,5**	**17,3**	**19,4**

*Indicatore aggiornato e non confrontabile con le precedenti Edizioni del Rapporto Osservasalute.

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e del WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine Multiscopo Istat "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2014.

Tabella 3 - Prevalenza (valori percentuali) di consumatori a rischio (criterio ISS*) nella popolazione di età 18-64 anni per genere e per regione - Anno 2014

Regioni	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	22,0	9,9	15,9
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	25,9	12,3	19,2
Lombardia	19,2	7,7	13,5
Bolzano-Bozen	36,7	17,8	27,3
Trento	26,1	9,3	17,8
Veneto	24,6	8,4	16,5
Friuli Venezia Giulia	25,4	9,8	17,6
Liguria	13,8	8,2	11,0
Emilia-Romagna	16,5	10,2	13,4
Toscana	18,9	8,5	13,6
Umbria	16,7	7,8	12,1
Marche	15,6	8,2	11,9
Lazio	13,5	5,1	9,3
Abruzzo	20,6	8,0	14,3
Molise	27,8	6,1	17,0
Campania	15,3	4,1	9,6
Puglia	13,9	5,2	9,5
Basilicata	23,9	6,3	15,1
Calabria	16,2	5,5	10,8
Sicilia	14,1	5,1	9,6
Sardegna	26,9	8,8	17,9
Italia	**18,3**	**7,3**	**12,7**

*Indicatore aggiornato e non confrontabile con le precedenti Edizioni del Rapporto Osservasalute.

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e del WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine Multiscopo Istat "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2014.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 59

Tabella 4 - Prevalenza (valori percentuali) di consumatori a rischio (criterio ISS*) nella popolazione di età 18-64 anni per genere, tipologia di comportamento a rischio e per regione - Anno 2014

Regioni	Maschi		Femmine	
	Eccedenti i limiti giornalieri	Binge drinking	Eccedenti i limiti giornalieri	Binge drinking
Piemonte	10,5	15,8	4,8	5,6
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	10,5	17,9	7,6	5,9
Lombardia	8,8	13,5	4,9	3,4
Bolzano-Bozen	7,6	32,6	4,3	13,7
Trento	9,2	21,5	2,6	6,7
Veneto	9,5	18,4	5,1	4,1
Friuli Venezia Giulia	8,5	21,2	5,4	5,7
Liguria	6,5	9,3	6,4	2,1
Emilia-Romagna	8,3	9,8	5,5	5,2
Toscana	9,9	11,3	5,8	3,2
Umbria	8,1	10,2	5,3	3,0
Marche	9,0	8,0	6,1	3,1
Lazio	6,4	8,4	3,7	1,9
Abruzzo	8,4	15,7	3,6	4,8
Molise	12,1	22,6	4,2	2,1
Campania	8,3	9,6	2,5	1,9
Puglia	8,4	7,6	4,0	1,6
Basilicata	15	18,8	3,2	3,5
Calabria	6,4	12,4	2,6	3,6
Sicilia	6,0	10,7	3,5	1,8
Sardegna	8,8	22,1	3,9	5,1
Italia	**8,4**	**12,7**	**4,4**	**3,4**

*Indicatore aggiornato e non confrontabile con le precedenti Edizioni del Rapporto Osservasalute.

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e del WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine Multiscopo Istat "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2014.

Tabella 5 - Prevalenza (valori percentuali) di consumatori a rischio (criterio ISS) nella popolazione di età 65-74 anni per genere e per regione - Anno 2014

Regioni	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	39,4	9,9	22,7
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	47,3	12,7	27,8
Lombardia	41,8	10,7	24,0
Bolzano-Bozen	26,9	12,9	19,0
Trento	47,2	6,4	23,9
Veneto	45,3	9,9	25,2
Friuli Venezia Giulia	52,6	13,0	29,9
Liguria	47,3	11,9	26,7
Emilia-Romagna	37,5	10,8	22,4
Toscana	40,2	9,8	22,9
Umbria	39,4	9,8	22,6
Marche	37,3	7,9	20,6
Lazio	37,9	5,5	19,3
Abruzzo	41,2	3,5	19,9
Molise	42,3	6,0	21,7
Campania	30,3	4,5	15,6
Puglia	40,6	8,6	22,5
Basilicata	28,3	4,0	14,6
Calabria	28,8	3,5	14,7
Sicilia	20,2	2,8	10,4
Sardegna	36,8	3,4	18,0
Italia	**38,0**	**8,1**	**21,0**

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e del WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine Multiscopo Istat "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2014.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 60

Raccomandazioni di Osservasalute

L'analisi del fenomeno e le tendenze registrate impongono numerose considerazioni. Il contesto culturale del bere in Italia è in continua e dinamica evoluzione. Se da un lato la popolazione adulta e anziana mostra una sostanziale stabilità nelle prevalenze dei consumatori a rischio (4, 5) (pur con le dovute eccezioni per alcune realtà geografiche caratterizzate da una differente predisposizione al bere ispirata ancora a modelli tradizionali), è evidente che i giovani presentano un costante elemento di criticità. Nonostante una maggior consapevolezza sui rischi alcolcorrelati, favorita dalla disseminazione di numerose evidenze scientifiche e dalle campagne di prevenzione, nel nostro Paese è ancora da sostenere, supportare, ma soprattutto da rafforzare con estrema e tempestiva convinzione la prevenzione, da affiancare, tuttavia, ad approcci più pragmatici di controllo della disponibilità degli alcolici ai minori in tutti i contesti sociali e di aggregazione. È noto, dai dati europei, che in Italia, sei studenti su sette (86%) dichiarano che è "abbastanza facile" o "molto facile" procurarsi bevande alcoliche (8). Ciò introduce e sottolinea un problema di legalità, che richiede un approccio ed una gestione sicuramente di competenza di settori legali, economici e sociali, soprattutto in virtù di una crescente sensibilità dell'opinione pubblica anche alle valutazioni correnti da parte degli organismi internazionali di tutela della salute, secondo cui la logica della promozione del prodotto prevale sia in termini economici che di interessi su una inalienabile, ma politicamente meno sostenibile, promozione della salute. La normalizzazione dell'uso di alcol ha determinato e continua a determinare fenomeni che vanno oltre il binge-drinking, ampiamente consolidato e apparentemente non scalfito da sensibilizzazione e prevenzione, e che oggi vede il "bere" giovanile declinato in varie forme di uso rischioso e dannoso, amplificate dall'uso delle tecnologie e delle community dei social network che, come palcoscenici virtuali, agevolano i minori ed i giovani in genere nell'omologarsi e mettersi in evidenza attraverso il risk-taking e la trasgressione delle leggi sull'età minima legale, inserendosi in circoli di nomination e di catene alcoliche sulle quali non è possibile alcun controllo. È un fenomeno che vira sempre più, culturalmente, verso le modalità proprie delle dipendenze da sostanze illegali, spesso integrandosi anche con altre addiction come quelle del gambling, delle slot-machines, dei giochi online e dei gratta e vinci. L'assenza degli adulti, in tutti questi casi che non sono riferibili esclusivamente a soggetti disagiati ma spesso a ragazzi e ragazze del tutto normali, è drammatica e riflette il fallimento sociale dell'educazione che, in parte, ha travolto numerose realtà e troppi giovani, come testimoniato dal ricorso ai servizi sanitari per gli effetti e le conseguenze del bere e dai dati di mortalità alcolcorrelata che vedono, ovviamente, l'alcol come prima causa di decesso prematuro ed evitabile tra i giovani.

Le strategie comunitarie e mondiali di contrasto al consumo rischioso e dannoso di alcol, sollecitano massima allerta e attenzione alla prevalenza di logiche di mercato su quelle di tutela della salute. Il Piano di Azione Europeo sull'Alcol, 2012-2020 (9), identifica esplicitamente il livello di problemi e le priorità da considerare.

La maggior parte dell'alcol è consumato in occasioni in cui si beve molto, il che peggiora tutti i rischi.

L'alcol può diminuire la salute individuale e il capitale umano nel corso della vita, dall'embrione alla vecchiaia. In termini assoluti, sono soprattutto le persone di mezza età (e gli uomini in particolare) che muoiono a causa dell'alcol. Tuttavia, se si prende in considerazione tutto l'arco della vita, l'esposizione all'alcol durante la gravidanza può compromettere lo sviluppo del cervello del feto ed è associata a deficit cognitivi che si manifestano più tardi durante l'infanzia. Il cervello degli adolescenti è particolarmente suscettibile all'alcol e lo resta almeno sino ai 25 anni, come ribadito dall'"Action Plan Europeo sul bere dei giovani e il binge drinking" (10), e più a lungo si ritarda l'insorgenza del consumo di alcol, meno probabile sarà l'insorgenza di problemi e dipendenza dall'alcol nella vita adulta.

La conseguenza è il rischio concreto di una o più generazioni più deboli delle precedenti, evenienza da contrastare con tutti gli strumenti disponibili, a partire dall'identificazione precoce del rischio alcolcorrelato che ancora oggi non riceve adeguata attenzione e indispensabile supporto, nonostante le campagne di sensibilizzazione e gli appelli ai servizi sanitari regionali dell'Osservatorio Nazionale Alcol del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, alla formazione da garantire alle professioni sanitarie ed a quelle commerciali. Il Piano Nazionale di Prevenzione concordato tra Stato e Regioni identifica la riduzione dei consumatori a rischio e l'incremento delle attività di identificazione precoce ed intervento breve, come obiettivi urgenti e prioritari che appare opportuno articolare adeguatamente per genere e per classi di età, in funzione del differente impatto regionale che i dati mostrano in relazione ai diversi target di popolazione. Ridurre le conseguenze negative del bere è un cardine delle politiche di prevenzione universale e specifiche che l'Italia, l'Europa e il mondo possono affrontare come vera sfida di sostenibilità per le generazioni future e l'intera società.

Ringraziamenti

Si ringrazia la Dott.ssa Rosaria Russo per la collaborazione fornita alla realizzazione delle analisi ed alla redazione dei risultati connessi alle attività di ricerca oggetto della presente pubblicazione ed attuate dal Centro Collaboratore -

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 61

Organizzazione Mondiale della Sanità per la Ricerca e la Promozione della Salute su Alcol e Problematiche Alcol correlate dell'Istituto Superiore di Sanità.

Riferimenti bibliografici

(1) World Health Organization Global status report on alcohol and health - 2014.
(2) Rehm J, Gmel G, Rehm MX, Scafato E, Shield KD. What alcohol can do to European Societies. In: Anderson P, Braddick, Reynolds J, Gual A, ed. Alcohol policy in Europe: Evidence from AMPHORA. 2. ed 2013. p.4-16.
(3) World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research. Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. Washington DC: AICR, 2007.
(4) Relazione al Parlamento su alcol e problemi alcolcorrelati Anno 2013. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2112_allegato.pdf.
(5) Scafato E, Gandin C, Galluzzo L, Martire S, Ghirini S per il Gruppo di Lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol) (Ed.). Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol- CNESPS sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2014. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2014. (Rapporti ISTISAN 14/1).
(6) Istat. L'uso e l'abuso di alcol in Italia. Roma, 2014.
(7) Istat. Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" Anno 2013. Istat, Roma, 2014.
(8) Anderson P, Suhrcke M and Brookes C (2012) An overview of the market for alcohol beverages of potentially particular appeal to minors. London: HAPI.
(9) European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020. Pubblicato in inglese dall'Ufficio Regionale del WHO nel 2012 con il titolo "Action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020 © World Health Organization 2012".
(10) European Commission endorsed by the Committee on National Alcohol Policy and Action (CNAPA). Action Plan on Youth Drinking and on Heavy Episodic Drinking (Binge Drinking) (2014-2016). Brussels: European Commission; 2014.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 62

Consumo di alimenti per tipologia

Significato. Le frequenze di consumo, rilevate attraverso l'Indagine Multiscopo dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) "Aspetti della vita quotidiana", riferite all'anno 2014 (1), consentono di trarre indicazioni sull'alimentazione nelle regioni, in termini di frequenza di assunzione dei differenti alimenti, dichiarata dalle persone di 3 anni ed oltre.
La classe di frequenza degli alimenti varia da gruppo a gruppo, a seconda dell'uso abituale e della quantità di porzione ritenuto auspicabile rispetto ad una dieta equilibrata e variata (2).
Le Linee Guida per una sana alimentazione (2) 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. In riferimento alle indicazioni internazionali, il consumo di 5 porzioni e più al giorno di VOF rappresenta un obiettivo di politica nutrizionale (3-5) ed oggetto di sorveglianza (6).
Luoghi, tempi ed occasioni di assunzione dei pasti variano a seconda delle caratteristiche regionali e possono influenzare i profili di consumo.

Percentuale di popolazione per gruppo di alimenti consumati

Numeratore: Persone di 3 anni ed oltre per consumo di uno specifico gruppo alimentare
Denominatore: Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di 3 anni ed oltre
x 100

Indicatore obiettivo per consumo di 5 porzioni e più al giorno di Verdura, Ortaggi e Frutta

Numeratore: Persone di 3 anni ed oltre per consumo di 5 porzioni e più al giorno di Verdura, Ortaggi e Frutta
Denominatore: Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di 3 anni ed oltre che ha dichiarato di consumare almeno 1 porzione al giorno di Verdura, Ortaggi e Frutta
x 100

Validità e limiti. Il profilo di consumo di alimenti di ciascuna regione è costituito dalla percentuale di popolazione che ha dichiarato di consumare ciascun gruppo di alimenti secondo la frequenza indicata nell'apposito questionario (7).
La fonte di dati permette di valutare la distribuzione delle diverse tipologie di alimenti e di bevande in merito ai valori mediani osservati, al fine di confrontare come si differenziano le regioni rispetto alla distribuzione generale.
Inoltre, la tipologia di dati permette di stimare quante persone consumano almeno 5 porzioni al giorno di VOF considerate come porzioni medie. Tuttavia, la valutazione quantitativa completa richiederebbe la stima degli alimenti assunti come ingredienti.
Il denominatore dell'indicatore obiettivo è costituito da una parte della popolazione, ossia le persone di 3 anni ed oltre che hanno dichiarato di consumare almeno 1 porzione di VOF. Il dato risultante è leggermente superiore al valore che risulterebbe dal calcolo effettuato utilizzando l'intera popolazione di riferimento.

Valore di riferimento/Benchmark. Le regioni sono posizionate in relazione alla percentuale di popolazione che consuma almeno 5 porzioni al giorno di VOF e le frequenze di consumo per tipologia di alimenti sono analizzate in relazione all'indicatore obiettivo.

Descrizione dei risultati

Analizzando i consumi giornalieri di VOF si osserva che, nel 2014, circa tre quarti della popolazione di 3 anni ed oltre dichiara di consumare giornalmente frutta; meno diffuso il consumo di verdura, che riguarda in media poco più della meta della popolazione (52,1%), e di ortaggi, che risulta pari al 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.
Prendendo in considerazione le porzioni di VOF consumate giornalmente si osserva come, in tutte le regioni, il consumo più diffuso è sempre al di sotto del benchmark delle 5 porzioni e si attesta tra le 2-4 porzioni. In alcune regioni (Puglia, Basilicata e Calabria) circa un quarto della popolazione consuma solo 1 porzione al giorno di VOF e nella PA di Bolzano si arriva al 28,8%. Il benchmark delle 5 porzioni di VOF è più diffuso nel Lazio, dove riguarda il 9,0% dei consumatori giornalieri di VOF, seguito con una distanza di oltre due punti percentuali da Molise ed Umbria. Le prevalenze più basse nel consumo giornaliero raccomandato di VOF si osservano, invece, in alcune regioni del Meridione (Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia e Campania) ed in Emilia-Romagna.
Analizzando i profili percentuali (Tabella 1), il consu-

A. TURRINI, E. BOLOGNA

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 63

mo di frutta e il consumo di verdure e ortaggi hanno un andamento di segno opposto, ossia se la percentuale di consumatori è più elevata per l'uno lo è di meno per l'altro. Stessa relazione si osserva per il consumo di 1 porzione al giorno contro 2-4 o 5 e più porzioni di VOF, laddove più consumatori indicano 1 porzione al giorno, meno consumatori indicano 2-4 o 5 e più porzioni al giorno. Mentre quest'ultimo è un fatto matematico essendo le risposte mutuamente escludenti, nel primo caso sembra essere un indicatore di preferenze diversificate da regione a regione legate alle tradizioni gastronomiche locali.

L'andamento nel tempo dell'indicatore "consumo di 5 porzioni e più al giorno di Verdura, Ortaggi e Frutta" (5+VOF), per 100 persone che consumano quotidianamente VOF, è riportato nella Tabella 2. In essa sono evidenziati i valori percentuali dell'indicatore per la modalità "5+VOF al dì" (espressa come percentuale su consumatori quotidiani di almeno 1 porzione al giorno di VOF - "1+VOF") per ciascuna regione negli anni 2005-2014, nonché il trend dell'indicatore mediante il tasso medio periodale annuo e il trend del denominatore (percentuale su consumatori di 1+VOF).

Nel quadro generale si osserva un decremento dell'indicatore obiettivo. Confrontando i trend si evidenzia il Lazio, in cui si ha una crescita dei consumatori quotidiani e tra questi di coloro che consumano 5+VOF al dì; la Valle d'Aosta, in cui il consumo quotidiano aumenta, ma la percentuale di chi consuma 5+VOF diminuisce; la Lombardia, in cui è stabile la percentuale di chi consuma 5+VOF, ma diminuisce il consumo quotidiano; Molise, Umbria, Abruzzo, Marche e la PA di Bolzano, in cui i consumatori di 5+VOF aumentano percentualmente, ma su una base decrescente di 1+VOF; in tutte le altre regioni, invece, diminuiscono sia i consumatori quotidiani che, tra questi, coloro che mangiano 5+VOF.

In tutto questo, i valori che determinano i quinti della distribuzione dei valori regionali per percentuale di consumatori di 5+VOF al giorno sono, anch'essi, in diminuzione, se consideriamo l'intervallo 2005-2014, e pari a Q1 -0,05%, Q2 -0,00%, Q3 -0,40%, Q4 -1,02%, confermando lo slittamento verso i valori più bassi di tutta la distribuzione, anche se di poco. A fronte di variazioni oscillanti negli anni precedenti, il 2011 si conferma spartiacque in senso negativo. Quindi anche se la spesa per alimenti vegetali ha superato la spesa alimentare per la carne, occorrerà verificare se questo non sia dovuto meramente alle variazioni dei prezzi relativi e non delle quantità. Il gradiente geografico permane per un gruppo di regioni del Mezzogiorno, che conserva una posizione di consumo giornaliero di 5+VOF ai ranghi inferiori (un quinto della distribuzione dei valori percentuali regionali). Si osserva, poi, una tendenza a ritornare nella posizione iniziale sia per le regioni con valori più elevati che per le regioni a valori meno elevati.

Dall'analisi territoriale della frequenza di consumo di alcune tipologie di alimenti si osservano diversi andamenti nella graduatoria delle regioni, a seconda del tipo di alimento considerato (Tabella 3).

Tra gli alimenti consumati giornalmente troviamo al primo posto il consumo di pane, pasta e riso, che è più diffuso in molte regioni del Centro e del Meridione, ma anche in Emilia-Romagna. Il consumo giornaliero di latte è, anch'esso, più diffuso al Centro e al Meridione, mentre il consumo giornaliero di formaggi è principalmente diffuso nelle regioni del Nord.

Se passiamo ad analizzare il consumo almeno settimanale di carne, si osserva un maggiore consumo di carni bianche in alcune regioni del Centro e del Nord (con le Marche al 1° posto della graduatoria con l'86,4%), mentre il consumo di carni bovine e di carne di maiale è maggiormente diffuso al Centro e al Meridione. Al Centro e al Meridione, ma anche in Lombardia, si osserva una maggiore diffusione del consumo almeno settimanale di pesce. Considerando il consumo almeno settimanale di legumi e uova, si osserva una maggiore diffusione di queste tipologie di alimenti nelle regioni del Meridione e meno nella altre zone del Paese. Al Meridione ed al Centro è maggiormente diffusa anche l'abitudine di usare l'olio di oliva ed altri olii vegetali come condimento nella preparazione di cibi cotti.

Analizzando il consumo almeno settimanale di dolci e snack salati, si osserva un maggiore consumo dei primi in alcune regioni del Nord, mentre i secondi vengono consumati maggiormente al Meridione, ma anche in Lombardia e Veneto. Infine, si evidenziano marcate differenze regionali nel consumo di sale iodato, ma non si osserva un netto gradiente Nord-Sud ed Isole.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 64

Tabella 1 - Popolazione (valori percentuali) di età 3 anni ed oltre per consumo quotidiano di Verdura, Ortaggi e Frutta (VOF) e porzioni di VOF per regione - Anno 2014

Regioni	Verdura*	Ortaggi*	Frutta*	VOF*	Porzioni di VOF°		
					1	2-4	5+
Piemonte	58,8	53,6	76,0	85,6	16,2	77,8	6,0
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	61,3	54,1	68,7	83,5	20,8	74,6	4,6
Lombardia	53,2	44,6	71,8	82,2	17,1	78,0	4,9
Bolzano-Bozen	52,8	42,8	61,2	75,4	28,8	66,4	4,9
Trento	64,2	49,5	69,2	81,7	20,3	73,9	5,8
Veneto	57,8	49,5	67,5	81,4	20,2	74,6	5,2
Friuli Venezia Giulia	61,7	45,2	70,3	85,5	18,8	75,9	5,3
Liguria	48,5	43,0	73,9	81,0	18,2	76,9	4,9
Emilia-Romagna	61,5	55,6	72,6	84,8	15,3	80,3	4,4
Toscana	53,3	49,4	72,7	83,3	19,1	75,8	5,1
Umbria	53,2	48,9	77,4	84,7	15,0	78,4	6,6
Marche	59,4	51,8	75,4	86,8	17,8	76,6	5,6
Lazio	59,0	52,0	75,9	84,4	15,5	75,6	9,0
Abruzzo	44,9	40,4	76,4	83,6	21,3	72,5	6,2
Molise	45,8	39,0	74,9	83,3	20,4	72,8	6,7
Campania	48,1	39,7	74,5	81,2	19,4	76,3	4,4
Puglia	35,8	31,8	77,2	83,6	23,9	74,7	1,3
Basilicata	35,8	29,7	71,8	78,0	24,8	73,3	1,9
Calabria	41,2	36,8	73,8	80,3	23,4	74,5	2,1
Sicilia	41,8	38,2	76,3	81,8	21,3	75,7	3,1
Sardegna	51,9	50,1	74,4	82,7	17,7	76,6	5,7
Italia	**52,1**	**45,5**	**73,6**	**82,9**	**18,7**	**76,4**	**4,9**

*Almeno 1 porzione al giorno

°Per 100 persone di 3 anni ed oltre che consumano almeno 1+VOF nella regione.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2014.

Tabella 2 - Popolazione (valori percentuali) di età 3 anni ed oltre per consumo di 5 porzioni e più al giorno di Verdura, Ortaggi e Frutta (5+VOF), tasso medio annuo di variazione dell'indicatore, tasso medio annuo di variazione del denominatore e quinto di appartenenza della distribuzione 5+VOF per regione - Anno 2014

Regioni	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Tasso medio annuo consumatori di 5+VOF	Tasso medio annuo consumatori di 1+VOF	Quinti della distribuzione 5+VOF 2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Piemonte	6,7	7,3	6,6	7,0	5,4	6,8	6,2	5,3	7,0	6,0	-1,16	-0,08	5	5	4	5	4	5	4	4	5	3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	4,4	6,2	3,8	6,6	6,5	6,1	6,4	5,0	3,6	4,6	-0,68	0,88	2	4	1	5	5	5	4	3	1	2
Lombardia	4,9	5,8	6,9	5,5	5,9	5,8	6,0	5,8	4,3	4,9	0,00	-0,12	4	5	2	3	3	2	3	2	3	2
Bolzano-Bozen	4,6	5,3	7,3	4,8	5,3	5,6	4,4	3,3	4,8	4,9	0,99	-0,81	2	3	5	2	4	2	2	1	3	2
Trento	8,7	8,5	10,0	8,1	10,0	7,8	7,4	8,1	6,6	5,8	-3,62	-0,13	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4
Veneto	6,7	6,2	6,4	6,1	4,1	5,8	6,0	5,5	4,7	5,2	-2,49	-0,43	5	4	4	4	2	3	3	4	3	3
Friuli Venezia Giulia	7,7	5,5	4,7	7,4	4,8	5,9	7,0	5,5	5,5	5,3	-3,46	-0,04	5	3	1	5	3	4	5	4	4	3
Liguria	5,5	7,0	5,3	5,9	4,9	5,1	5,3	4,2	4,8	4,9	-1,39	-0,31	4	5	2	3	3	2	3	2	3	2
Emilia-Romagna	5,1	6,0	5,3	5,5	7,0	5,5	5,2	5,4	4,6	4,4	-1,53	-0,21	3	4	2	3	5	2	2	4	3	2
Toscana	5,7	4,9	5,1	5,1	4,0	5,8	3,8	4,6	5,5	5,1	-1,17	-0,12	4	2	2	2	2	3	1	3	4	3
Umbria	5,2	4,8	6,1	5,0	5,3	4,3	6,4	4,7	4,9	6,6	3,27	-0,22	3	2	3	2	4	1	4	3	4	5
Marche	4,5	3,8	6,6	4,5	4,5	5,7	5,5	3,4	3,8	5,6	2,72	-0,06	2	1	4	1	3	3	3	2	2	4
Lazio	5,5	5,6	5,5	6,1	4,0	5,8	3,9	5,4	6,3	9,0	7,07	0,26	3	4	3	4	2	3	2	4	5	5
Abruzzo	4,3	5,1	5,7	6,3	3,4	5,8	6,6	3,8	3,1	6,2	4,91	-0,46	1	3	3	4	1	3	5	2	1	5
Molise	4,7	4,5	6,9	4,9	4,4	3,5	6,1	2,6	3,9	6,7	4,73	-0,53	2	1	5	2	2	1	4	1	2	5
Campania	5,9	4,4	5,6	6,6	5,4	5,9	3,8	3,7	5,6	4,4	-2,96	-0,55	4	1	3	5	4	4	1	2	5	2
Puglia	3,3	3,6	5,3	4,6	3,7	3,1	2,7	2,0	1,8	1,3	-6,73	-0,45	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1
Basilicata	3,2	4,7	2,3	4,4	1,7	3,1	4,7	1,7	2,5	1,9	-4,3	-1,02	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1
Calabria	2,5	2,9	2,7	4,1	2,9	4,2	2,5	2,1	1,8	2,1	-1,78	-0,49	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Sicilia	4,4	4,6	3,5	4,7	3,7	4,5	3,7	4,3	5,2	3,1	-3,28	-0,17	1	2	1	1	1	2	1	3	4	1
Sardegna	6,4	4,9	6,8	5,9	4,7	6,6	8,1	6,0	4,5	5,7	-1,22	-0,11	4	2	4	3	3	5	5	5	2	4
Italia	**5,3**	**5,3**	**5,6**	**5,7**	**4,8**	**5,5**	**4,9**	**4,7**	**4,8**	**4,9**	**-0,84**	**-0,25**										

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2014.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 65

Tabella 3 - Popolazione (valori percentuali) di età 3 anni ed oltre per consumo di alcuni cibi per regione - Anno 2014

Regioni	Pane, pasta, riso*	Latte*	Formaggio*	Salumi°	Carni bianche°	Carni bovine°	Carni di maiale°	Uova°	Legumi in scatola°	Pesce°	Snack°	Dolci°	Cottura con olio d'oliva o grassi vegetali	Condimento a crudo con olio d'oliva o grassi vegetali	Attenzione al consumo di sale e/o di cibi salati	Utilizzo di sale arricchito di iodio
Piemonte	77,5	54,4	29,7	53,4	81,3	63,7	36,2	60,8	37,7	53,5	23,3	50,1	93,5	96,0	72,3	42,6
Valle d'Aosta	78,8	50,5	32,4	57,7	84,0	69,7	39,3	61,1	34,5	49,8	21,8	46,1	87,5	93,7	69,6	64,9
Lombardia	78,2	52,6	28,0	65,4	83,1	63,4	40,6	56,2	39,7	56,7	31,8	55,1	90,3	96,0	70,3	44,8
Bolzano-Bozen	64,8	53,9	36,7	60,5	54,6	41,7	26,1	54,0	22,4	33,4	17,5	47,2	93,2	91,8	64,1	74,3
Trento	78,0	52,6	31,3	60,4	75,5	54,2	44,3	52,4	42,8	47,0	21,1	45,3	93,8	99,3	69,7	62,1
Veneto	79,2	52,8	25,2	56,2	79,3	61,0	42,0	51,4	35,3	46,3	28,7	55,1	94,2	96,9	73,2	51,5
Friuli Venezia Giulia	76,2	56,1	32,0	59,0	80,3	58,2	43,8	57,0	34,7	49,7	24,0	53,9	92,7	95,6	72,3	47,9
Liguria	74,5	55,7	21,6	58,4	83,9	65,1	38,5	60,4	38,5	57,8	20,8	50,5	96,3	97,2	69,4	39,2
Emilia-Romagna	84,2	52,8	19,6	63,9	81,6	61,7	47,4	54,8	44,6	53,0	24,9	55,8	95,9	97,9	70,3	53,4
Toscana	82,4	60,7	19,7	56,0	83,5	64,3	48,5	54,8	47,9	55,1	21,0	47,3	96,3	96,8	68,1	48,0
Umbria	84,4	64,1	18,0	64,5	83,1	66,1	53,8	58,4	51,2	51,9	19,6	48,5	96,7	97,5	67,5	59,2
Marche	85,1	55,7	15,0	68,1	86,4	70,3	54,5	62,6	48,0	65,8	23,1	52,1	96,2	97,2	72,0	44,8
Lazio	80,4	66,1	13,8	48,6	82,2	68,9	40,7	60,2	51,5	61,4	22,3	41,7	97,6	98,0	64,6	34,3
Abruzzo	83,8	53,7	18,4	62,4	82,7	63,4	49,8	63,4	57,9	56,8	24,7	49,7	96,3	96,8	68,4	34,8
Molise	86,0	55,2	16,3	66,9	80,9	67,2	53,8	64,2	62,5	62,1	29,1	49,1	97,2	97,7	68,1	49,9
Campania	82,4	54,0	9,1	59,7	82,8	66,2	49,4	59,8	72,4	66,9	30,4	41,6	98,0	98,4	67,2	41,4
Puglia	83,3	63,1	14,5	58,3	75,0	59,4	39,8	55,8	53,6	55,3	26,3	43,8	96,8	97,4	70,9	48,7
Basilicata	86,1	52,0	13,9	64,3	81,6	65,3	50,0	66,3	67,8	55,0	28,8	39,6	96,1	96,2	70,7	60,7
Calabria	89,1	56,5	24,0	63,5	80,6	70,5	49,6	69,3	66,2	65,1	32,4	46,7	96,2	96,6	67,1	46,0
Sicilia	89,1	51,4	19,4	59,1	83,1	73,1	43,6	67,8	53,9	60,0	27,4	40,5	96,8	97,0	60,3	33,6
Sardegna	80,0	55,8	26,6	54,1	76,1	61,8	52,4	54,0	43,6	48,1	23,0	47,5	96,0	96,3	70,8	31,6
Italia	**81,5**	**55,9**	**21,0**	**59,1**	**81,4**	**64,6**	**43,9**	**58,6**	**48,3**	**56,7**	**26,5**	**48,5**	**95,1**	**97,0**	**68,7**	**44,2**

*Almeno 1 porzione al giorno.
°Almeno qualche porzione alla settimana.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2014.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 66

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 67

Raccomandazioni di Osservasalute

Il monitoraggio dei consumi e delle variabili dello stile di vita e la conseguente promozione di comportamenti che tendono a diffondere una dieta equilibrata e uno stile di vita salutare, in linea con le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (8), recepite anche nel nostro Paese (9), sono due elementi che permettono di correggere attuali limitazioni evidenziate dai numeri. I dati presentati evidenziano che la percentuale di popolazione che raggiunge e/o supera il consumo delle 5 porzioni al giorno di VOF continua ad essere limitata (non supera il 5% tra coloro che consumano quotidianamente questi alimenti) e la percentuale di coloro che consumano quotidianamente VOF non supera, nel 2014, mediamente l'82,9% delle persone di 3 anni ed oltre.

La raccomandazione è di perseguire l'implementazione di programmi, come ad esempio "Frutta nelle scuole" (10) promosso in Italia dal Ministero delle Politiche Agricole, Alimentari e Forestali, in linea con il corrispondente programma europeo (9).

Analogamente, occorre continuare a promuovere l'utilizzo dell'olio di oliva, alimento caratteristico della dieta mediterranea (1), e la riduzione nell'apporto di sale (12-14). Quest'ultima raccomandazione sembra essere stata recepita, ma ancora di più lo è stata quella sull'uso del sale iodato (1).

Insieme all'alimentazione, aspetto non secondario, è il monitoraggio delle variabili dello stato di nutrizione e dello stile di vita della popolazione, quali l'attività fisica (15), che rientra tra le azioni raccomandate, insieme all'educazione alimentare, anche tra i produttori (16) e gli operatori della ristorazione (13). Infatti, l'immissione sul mercato di alimenti, così come la preparazione di pasti meno calorici e nutrizionalmente bilanciati, può contribuire molto a migliorare la qualità della dieta.

Si sottolinea l'importanza di investigare sul pranzo fuori casa. Anche se il pranzo in sé sta perdendo un po' della sua importanza, rappresenta pur sempre un atto quotidiano ed ha una certa rilevanza soprattutto tra i più piccoli. Infine, mangiare a mensa, al ristorante/trattoria o al bar comporta il consumo di tipologie di piatti diversi sia in termini di completezza che di bilanciamento, oltre ad una velocità di consumo che differisce da un tipo di luogo all'altro.

Riferimenti bibliografici

(1) Istat. Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana - 2014. Istat. accesso ai dati 07/10/2015. Disponibile sul sito: http://dati.istat.it/.
(2) INRAN. Linee Guida per una sana alimentazione italiana. Revisione 2003. Roma; Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione, Roma, 2003.
(3) Nishida C, Uauy R, Kumanyika S. Shetty P. 2004. The Joint WHO/FAO Expert Consultation on diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: process, product and policy implications. Public Health Nutrition: 7 (1A), 245-250.
(4) National Obesity Observatory (2010). Review of dietary assessment methods in public health. Solutions for Public Health, UK.
(5) European Community Health Indicators Monitoring. Disponibile sul sito: www.echim.org (ultimo accesso 31/8/2015).
(6) Istituto Superiore di Sanità. La sorveglianza Passi-Consumo frutta e verdura. Disponibile sul sito: www.epicentro.iss.it/passi/dati/frutta.asp.
(7) Istat-SIQUAL (Sistema Informativo sulla Qualità dei Processi Statistici). Disponibile sul sito: http://siqual.istat.it/SIQual/files/Verde-Mod.%20ISTATIMF-7B.14.pdf?ind=0058000&cod=4979&progr=1&tipo=4. Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" - 2013. Istat. Disponibile sul sito: http://dati.istat.it/ (ultimo accesso 31/8/2015).
(8) Organizzazione Mondiale della Sanità (4-5 July 2013): Vienna Declaration on Nutrition and Noncommunicable Diseases in the Context of Health 2020. Disponibile sul sito: www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/193253/CONSENSUS-Vienna-Declaration-5-July-2013.pdf.
(9) Piano d'Azione 2015-2020 del European Food and Nutrition. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=1783&area=rapporti&menu=mondiale.
(10) Disponibile sul sito: www.fruttanellescuole.gov.it.
(11) Disponibile sul sito: http://ec.europa.eu/agriculture/fruit-and-vegetables/school-fruit-scheme/index_en.htm.
(12) Disponibile sul sito: www.worldactiononsalt.com.
(13) Disponibile sul sito: www.sinu.it/documenti/SINU%20WASH%20poster%20definitivo.pdf.
(14) European Commission (2008). Collated information on salt reduction in the EU. April 2008. Disponibile sul sito: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/compilation_salt_en.pdf.
(15) Centro nazionale per la prevenzione il Controllo delle malattie. Piano d'azione Oms 2008-2013 per la strategia globale di prevenzione e controllo delle malattie non trasmissibili. Documento pubblicato sul web il 30-03-2009. Disponibile sul sito: www.ccmnetwork.it/documenti_Ccm/prg_area2/GS_Action_plan_2008-2013.pdf.
(16) Guadagnare salute. Stili di vita. Protocolli d'intesa. I protocolli d'intesa con le Associazione della panificazione. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/stiliVita/paginaInternaMenuStiliVita.jsp?id=1400&menu=protocolli.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 68

Sovrappeso ed obesità

Significato. L'obesità è spesso definita, semplicemente, come una situazione di accumulo anomalo o eccessivo di grasso nei tessuti adiposi del corpo che comporta rischi per la salute. La causa di fondo è un'eccedenza energetica che determina un aumento di peso; in altre parole le calorie introdotte sono superiori alle calorie bruciate. Entrano in gioco anche molti fattori tra cui la predisposizione ereditaria, fattori ambientali e comportamentali, invecchiamento e gravidanze (1). Il sovrappeso e l'obesità sono tra i principali fattori di rischio per le patologie non trasmissibili, quali le malattie ischemiche del cuore, l'ictus, l'ipertensione arteriosa, il diabete tipo 2, le osteoartriti ed alcuni tipi di cancro, e la loro diffusione, sempre più in crescendo, è ormai un problema prioritario di salute pubblica a livello mondiale, con un grosso impatto sui sistemi sanitari nazionali. In base a studi effettuati a livello internazionale, si è riscontrato che i costi economici legati all'obesità e al sovrappeso rappresentano il 2-7% dei costi sanitari totali, a seconda delle modalità di realizzazione dell'analisi (2). Secondo le più recenti stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), nel 2014, più di 1 milione e 900 mila adulti di età ≥18 anni sono in sovrappeso, più del doppio rispetto al 1980. Di questi, più di 600 milioni sono obesi, pari a circa il 13% della popolazione mondiale (11% di uomini e 15% di donne) (3).
In Italia, nel 2014, poco più di quattro adulti su dieci (46,4%) sono in eccesso ponderale e la rilevanza del problema ha suscitato l'interesse di diversi gruppi di ricerca, facendo crescere il ruolo delle sorveglianze di popolazione che permettono di fornire informazioni utili sugli stili di vita delle persone e di valutare, precocemente, le tendenze positive o negative.

Prevalenza di persone in sovrappeso ed obese

Numeratore: Persone di 18 anni ed oltre con Indice di Massa Corporea 25-30 e >30

Denominatore: Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di 18 anni ed oltre

x 100

Validità e limiti. L'Indice di Massa Corporea (IMC) è il parametro più utilizzato per la determinazione del peso ideale ed è dato dal rapporto tra il peso (kg) ed il quadrato dell'altezza (m^2). Per la sua semplicità d'uso rappresenta uno strumento agevole nelle analisi che riguardano la popolazione adulta, senza distinzione di genere o fascia di età. L'OMS definisce "sovrappeso" un IMC ≥25 ed "obesità" un IMC ≥30 (4). Una critica che viene rivolta a questo indicatore è che si tratta di una misura incompleta, in quanto non fornisce indicazioni sulla distribuzione del grasso nel corpo e sulla quantità di massa grassa e massa magra. Infatti, conoscere la distribuzione del grasso corporeo è molto importante perché, ad esempio, un eccesso di grasso addominale può avere conseguenze molto gravi in termini di problemi di salute.
Riguardo la prevalenza di eccesso ponderale sono stati analizzati i dati riportati nell'Indagine Multiscopo dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat), "Aspetti della vita quotidiana", condotta nell'aprile 2014 su un campione di oltre 19.000 famiglie, per un totale di circa 46.000 individui. I dati sono stati ottenuti mediante intervista diretta o attraverso l'auto compilazione. Pertanto, le informazioni raccolte sono auto riferite.

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

Descrizione dei risultati

Dai risultati dell'Indagine Multiscopo dell'Istat emerge che, 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 (Tabella 1 e Grafico 1). Questi valori non presentano nessuna variazione statisticamente significativa a livello territoriale rispetto al 2013, segno che si tratta di un fenomeno per il quale è necessario analizzare intervalli temporali più ampi.
Le differenze rilevate sul territorio sono considerevoli e, nel confronto interregionale, si conferma il gradiente Nord-Sud ed Isole: le regioni meridionali presentano la prevalenza più alta di persone obese (Molise 14,6%, Abruzzo 13,1%; Puglia 11,9%) ed in sovrappeso (Campania 41,5%, Calabria 39,6% e Puglia 39,4%) rispetto alle regioni settentrionali, che mostrano i dati più bassi di prevalenza (obesità: PA di Trento 7,5% e PA di Bolzano 8,1%; sovrappeso: PA di Trento 28,5% e Valle d'Aosta 31,5%). Confrontando i dati con quelli degli anni precedenti e raggruppando per macroaree (Nord-Ovest: Piemonte, Valle d'Aosta, Liguria, Lombardia; Nord-Est: PA di Bolzano, PA di Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia-Romagna; Centro: Toscana, Umbria, Marche, Lazio; Sud: Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria; Isole: Sicilia, Sardegna) (Grafico 2) si osserva che, dal 2001, nella ripartizione con livelli più bassi di persone in sovrappeso (il Nord-Ovest) si è registrato il maggior aumento di persone con eccesso ponderale (in sovrappeso ed obese). Diversamente, nelle Isole la percentuale di

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 69

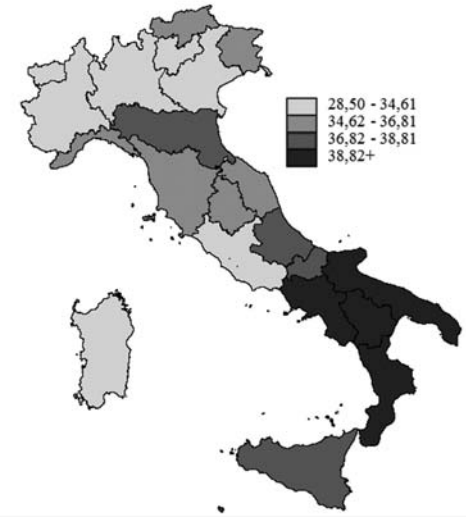
persone in sovrappeso ed obese è rimasta abbastanza stabile negli ultimi anni.
La percentuale di popolazione in condizione di eccesso ponderale (in sovrappeso o obesa) cresce all'aumentare dell'età. Nello specifico, il sovrappeso passa dal 14,9% della fascia di età 18-24 anni al 46,5% tra i 65-74 anni, mentre l'obesità dal 2,4% al 15,7% per le stesse fasce di età (Tabella 2).
La condizione di eccesso ponderale è caratterizzata da un differenziale di genere; infatti, risulta in sovrappeso il 44,8% degli uomini rispetto al 28,2% delle donne ed obeso il 10,8% degli uomini rispetto al 9,7% delle donne. La fascia di età in cui si registrano percentuali più alte di persone in eccesso di peso è, sia per gli uomini che per le donne, quella tra 65-74 anni (uomini 52,8% e 15,8%, donne 40,9 e 15,5%, in sovrappeso ed obese rispettivamente) (Tabella 2). Anche l'analisi per genere e per età si presenta stabile rispetto all'anno precedente.

Tabella 1 - Prevalenza (valori percentuali) di persone di età 18 anni ed oltre in sovrappeso ed obese per regione - Anno 2014

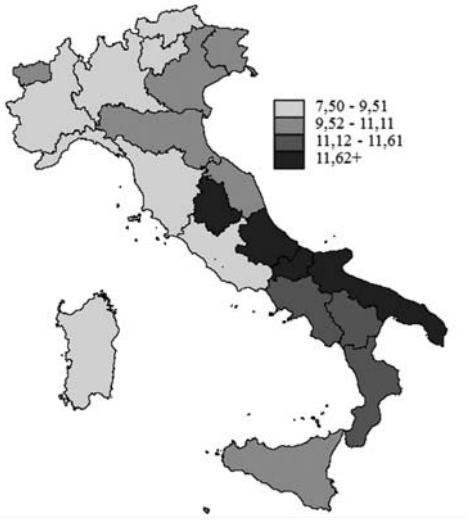
Regioni	Persone in sovrappeso	Persone obese
Piemonte	32,8	9,2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	31,5	9,9
Liguria	35,6	8,9
Lombardia	33,8	9,5
Bolzano-Bozen	35,1	8,1
Trento	28,5	7,5
Veneto	34,4	10,8
Friuli Venezia Giulia	34,9	11,1
Emilia-Romagna	37,4	10,9
Toscana	36,2	9,2
Umbria	35,0	11,7
Marche	36,8	10,6
Lazio	34,6	8,3
Abruzzo	37,0	13,1
Molise	38,1	14,6
Campania	41,5	11,2
Puglia	39,4	11,9
Basilicata	39,0	11,5
Calabria	39,6	11,6
Sicilia	38,8	11,1
Sardegna	32,6	9,5
Italia	**36,2**	**10,2**

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2014.

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



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



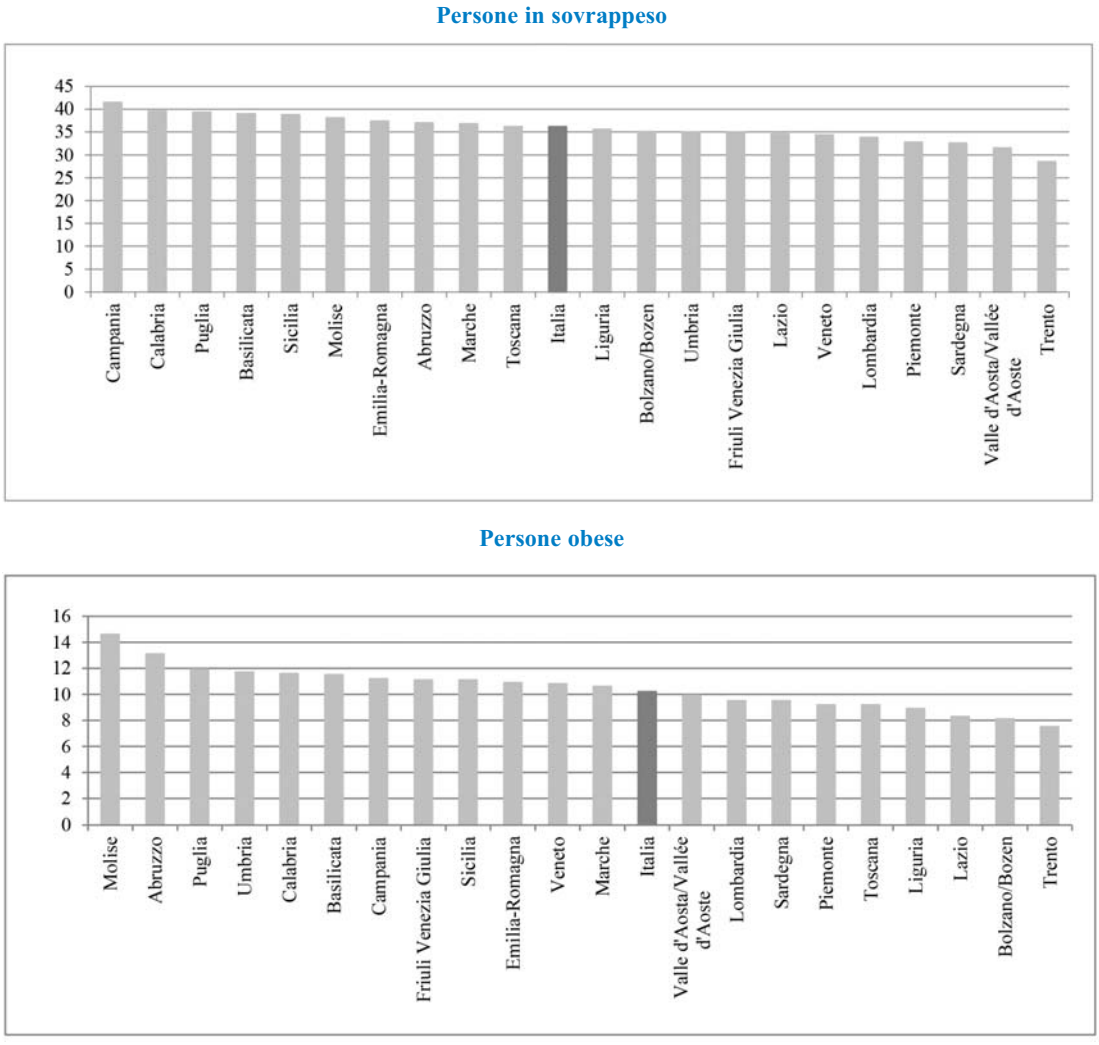
Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 70

Tabella 2 - Prevalenza (valori percentuali) di persone in sovrappeso ed obese per genere e per classe di età - Anno 2014

Classi di età	Persone in sovrappeso			Persone obese		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
18-24	19,1	10,5	14,9	2,1	2,7	2,4
25-34	35,3	14,9	25,1	5,6	4,0	4,8
35-44	45,4	20,2	32,9	8,8	6,9	7,8
45-54	49,2	28,9	38,7	12,6	9,3	10,9
55-64	51,5	36,7	44,1	15,5	13,3	14,4
65-74	52,8	40,9	46,5	15,8	15,5	15,7
75+	50,0	38,4	42,9	12,7	13,5	13,2
Totale	**44,8**	**28,2**	**36,2**	**10,8**	**9,7**	**10,2**

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2014.

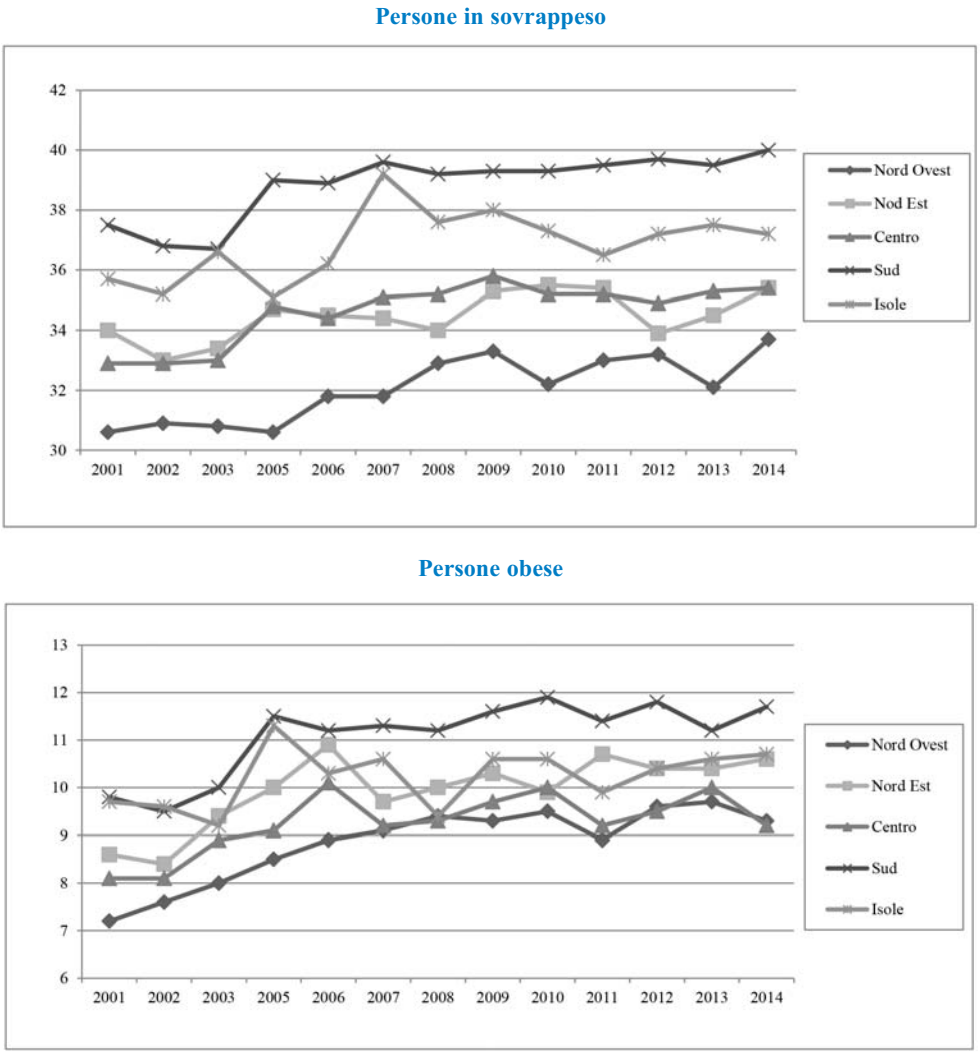
Grafico 1 - Prevalenza (valori percentuali) di persone di età 18 anni ed oltre in sovrappeso ed obese per regione - Anno 2014



Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2014.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 71

Grafico 2 - Prevalenza (valori percentuali) di persone di età 18 anni ed oltre in sovrappeso ed obese per macroarea - Anni 2001-2014



Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2014.

Raccomandazioni di Osservasalute

La condizione di eccesso ponderale è il quinto fattore di rischio per i decessi a livello mondiale, causando ogni anno la morte di circa 2,8 milioni di adulti (1).
L'obesità viene considerata, universalmente, un importante problema di Sanità Pubblica e non solo come una malattia del singolo individuo: l'obesità, infatti, è il risultato di tanti fattori ambientali e socioeconomici che condizionano fortemente le abitudini alimentari e gli stili di vita di un'intera popolazione.
Il fatto che poco meno della metà della popolazione adulta (46,4%) risulti in eccesso ponderale è, senza dubbio, un dato allarmante che si conferma stabile, se non in aumento, negli ultimi anni. La rilevanza del problema ha portato, negli ultimi anni, ad un incremento dei sistemi di sorveglianza che permettono di fornire informazioni utili sugli stili di vita della popolazione nelle diverse aeree geografiche e nelle diverse fasce di età. La sorveglianza epidemiologica riveste un ruolo importante, sia per valutare precocemente le tendenze positive o negative, sia per verificare i risultati raggiunti e per programmare iniziative ad hoc rivolte a specifici gruppi di persone.
Oltre al contributo fornito dai diversi sistemi di sorveglianza di popolazione, la lotta alla diffusione di sovrappeso ed obesità passa attraverso la promozione di iniziative intersettoriali di comunicazione e di formazione, rivolte alla popolazione generale ed al personale sanitario. Tra i vari approcci possibili vi è quello derivato dalla teoria economica, che identifica i

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 72

prezzi dei prodotti come uno dei principali fattori che influiscono sulle scelte di acquisto dei consumatori.
Sono, quindi, diversi anni che i ricercatori individuano evidenze dimostranti che le politiche sui prezzi relative a prodotti alimentari influenzano il tipo e la quantità di cibo che i consumatori comprano. Un approccio ragionato in tal senso potrebbe, infatti, potenzialmente contribuire a diffondere abitudini alimentari più sane nella popolazione, spostando i consumi da alimenti ricchi di zuccheri e grassi verso un maggiore consumo di frutta e verdura. Molti Paesi della regione europea dell'OMS hanno introdotto sussidi o tasse su alimenti specifici, proprio con questa intenzione (5).

Riferimenti bibliografici

(1) EUFIC European food information council, Fondamenti 06/2006.
(2) World Health Organisation, Obesity:preventing and managing the global epidemic. WHO Technical Report Series 894. 2000: Geneva.
(3) Disponibile sul sito: www.who.int/mediacenter/factsheets/fs311/en (2015).
(4) WHO. Global Database on Body Mass Index: BMI Classification, 2009.
(5) OMS Europa, dal titolo "Using price policies to promote healthier diets" 2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 73

Sovrappeso ed obesità nei bambini (OKkio alla SALUTE)

Significato. L'obesità infantile è una condizione complessa, influenzata dalla genetica, dalle abitudini alimentari, dall'attività fisica, dall'ambiente in generale e da fattori psicologici e sociali (1). L'eccesso di peso in età pediatrica non è solo associato ad un rischio maggiore di morte prematura e disabilità in età adulta, ma anche ad una maggiore probabilità di sviluppare patologie non trasmissibili (2). Inoltre, elevati sono i costi collegati a livelli di eccesso ponderale, presenti e prevedibili per il futuro, attualmente responsabili nei Paesi ad economia avanzata per il 2-8% della spesa sanitaria (3, 4).
L'Italia, grazie al sistema di sorveglianza nazionale "OKkio alla SALUTE", monitora dal 2007 lo stato ponderale dei bambini della scuola primaria, considerando anche il loro contesto familiare e scolastico.
"OKkio alla SALUTE" è promosso e finanziato dal Ministero della Salute/Centro nazionale per la prevenzione ed il Controllo delle Malattie, coordinato dal Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità e condotto in collaborazione con le Regioni e il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR). Questo sistema di sorveglianza è collegato al programma governativo "Guadagnare salute", ai "Piani di Prevenzione" nazionali e regionali ed è parte della "Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI)" della Regione Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).
"OKkio alla SALUTE" è rivolto ai bambini della terza primaria (8-9 anni di età), prevede la misurazione diretta di peso e altezza attraverso strumenti standardizzati su tutto il territorio nazionale con l'ausilio di operatori appositamente formati, nonché raccoglie informazioni sulle abitudini alimentari, l'attività fisica e il contesto familiare e scolastico che circonda i bambini.
Dal punto di vista metodologico, ci si avvale di indagini epidemiologiche ripetute con cadenza biennale su campioni rappresentativi di popolazione (8-9 anni) a livello regionale ed in alcuni casi di Aziende Sanitarie Locali (ASL).
Ad oggi, sono state realizzate quattro raccolte dati: 2008-2009, 2010, 2012 (5) e l'ultima nel 2014.

Prevalenza di bambini in sovrappeso

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Bambini di 8-9 anni misurati e risultati in sovrappeso}}{\text{Popolazione scolastica partecipante a OKkio alla SALUTE di 8-9 anni}} \times 100$$

Prevalenza di bambini obesi

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Bambini di 8-9 anni misurati e risultati obesi}}{\text{Popolazione scolastica partecipante a OKkio alla SALUTE di 8-9 anni}} \times 100$$

Validità e limiti. Grazie ad un'intesa pluriennale tra il Ministero della Salute e il MIUR, la sorveglianza viene condotta nelle scuole primarie, che rappresentano l'ambiente ideale per la realizzazione di tali iniziative, non solo per ovvie motivazioni pratiche (l'arruolamento dei bambini), ma, principalmente, per ragioni di utilità in vista degli interventi di promozione della salute che spesso seguono la sorveglianza. Inoltre, il numero di bambini che non frequentano la scuola primaria nella fascia di età considerata è molto piccolo e, quindi, non inficia la rappresentatività del campione.
Nell'ambito della scuola è stata scelta la classe terza, con bambini di 8-9 anni, principalmente per due ragioni: l'accrescimento a quest'età è ancora poco influenzato dalla pubertà ed i bambini sono già in grado di rispondere con precisione e attendibilità ad alcune semplici domande. Il metodo di campionamento prescelto è quello cosiddetto "a grappolo". Tale approccio prevede che le classi terze delle scuole primarie (denominate, appunto, "grappoli" o cluster), e non i bambini individualmente, siano selezionate dalle liste di campionamento predisposte dagli Uffici Scolastici Provinciali su base regionale e/o dalle ASL. La selezione viene effettuata in modo che le classi con numerosità maggiore di alunni abbiano maggiore probabilità di essere estratte rispetto alle classi con numerosità inferiore (metodo della probability proportional to size). Questo tipo di campionamento ha il vantaggio di concentrare il lavoro delle équipe su un numero limitato di classi rispetto al metodo classico (random o casuale semplice). Inoltre, non è necessario avere la lista nominativa degli alunni (in genere indisponibile), poiché nella raccolta dati vengono arruolati tutti gli alunni appartenenti alla classe campionata. Il principale svantaggio è di tipo statistico: i bambini all'interno dei cluster hanno la tendenza ad "assomigliarsi" e, di conseguenza, la variabilità stimata dal campione è una sottostima della reale variabilità nella popolazione. Questo inconveniente, comunque, è facilmente compensato aumentando il numero dei soggetti campionati, in ordine al raggiungimento

A. SPINELLI, P. NARDONE, M. BUONCRISTIANO, L. LAURIA, M. BUCCIARELLI, D. GALEONE

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 74

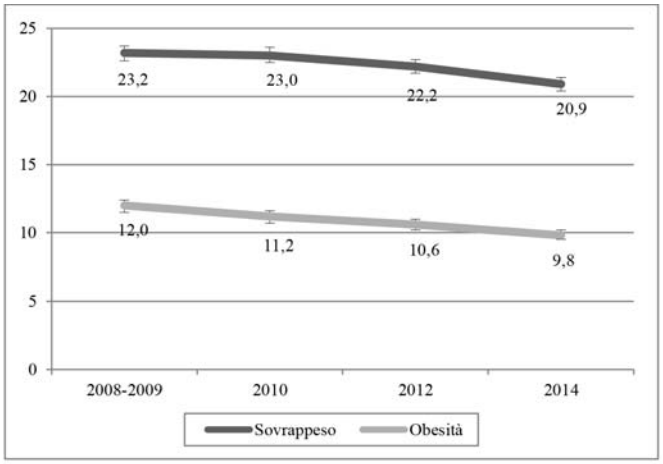
dei livelli di precisione desiderati per le stime ottenibili a livello regionale (3%) o di singola ASL (5%).
La rilevazione diretta di peso e altezza dei bambini è, sicuramente, uno dei maggiori punti di forza di questo sistema di sorveglianza che, a differenza di altre raccolte dati, consente di avere delle misure oggettive, precise, altamente riproducibili e uniformi su tutto il territorio nazionale, in quanto sono realizzate da personale sanitario, che ha ricevuto la medesima formazione, e condotte con strumenti anch'essi standardizzati.
L'impiego dell'Indice di Massa Corporea (IMC) (ottenuto come rapporto tra il peso espresso in chilogrammi al netto della tara dei vestiti ed il quadrato dell'altezza espressa in metri) come indicatore indiretto dello stato di adiposità è, da sempre, utilizzato in studi epidemiologici/clinici e "OKkio alla SALUTE" lo adotta sin dalla prima rilevazione. Per la definizione di sottopeso, normopeso, sovrappeso, obesità e obesità grave (severa) dei bambini si utilizzano i valori soglia dell'International Obesity Task Force desunti da Cole et al. (6).

Valore di riferimento/Benchmark. Non essendo disponibile alcun valore di riferimento, può essere assunto come tale il valore più basso rilevato.

Descrizione dei risultati

Nel 2014, alla quarta raccolta dati di "OKkio alla SALUTE", hanno partecipato 2.672 classi, 46.426 bambini e 50.638 genitori, distribuiti in tutte le regioni. Rispetto al passato, il livello di partecipazione è rimasto invariato ed elevato; infatti, solo il 3,3% dei genitori ha rifiutato l'adesione dei figli confermando, così, un'adeguata organizzazione delle attività in termini di comunicazione tra operatori delle ASL, dirigenti scolastici, insegnanti e genitori.
I bambini di 8-9 anni in sovrappeso sono il 20,9% (IC 95%: 20,4-21,4) ed i bambini obesi sono il 9,8% (IC 95%: 9,5-10,2), compresi i bambini gravemente obesi che da soli sono il 2,2% (IC 95%: 2,1-2,4). Non si evidenziano sostanziali differenze per genere ed età dei bambini.
Complessivamente, i bambini che presentano un eccesso ponderale (comprendente sia il sovrappeso che l'obesità) raggiungono il 30,7%; si evidenzia una leggera e progressiva diminuzione del fenomeno nel corso degli anni (Grafico 1). All'aumentare del grado di istruzione dei genitori diminuisce la quota di figli in eccesso ponderale e nelle famiglie in cui vi è almeno un genitore obeso la prevalenza di bambini in eccesso di peso è maggiore. Non si rilevano differenze nell'IMC dei bambini se si considera, invece, la cittadinanza dei genitori (dati non mostrati nei grafici). La prevalenza di bambini di 8-9 anni in condizione di sottopeso è molto bassa, ovvero pari all'1,4% (IC 95%: 1,3-1,6).
Il Grafico 2 riporta le percentuali di sovrappeso ed obesità per singola regione. Si conferma una spiccata variabilità interregionale, con percentuali tendenzialmente più basse nell'Italia settentrionale e più alte nel Meridione: dal 13,4% di sovrappeso nella PA di Bolzano al 28,6% in Campania; dal 4,0% di obesità nella PA di Bolzano al 19,2% in Campania. Il cartogramma mostra l'evidente gradiente geografico. Applicando a tutta la popolazione di 6-11 anni le stime di prevalenza del sovrappeso e dell'obesità ottenute da questa raccolta dati, si è calcolato che il numero di coloro che presenterebbero un eccesso ponderale sarebbe pari a circa 1 milione e 50.000 bambini, di cui 336 mila obesi.
Le prevalenze di sovrappeso e obesità riscontrate in "OKkio alla SALUTE" risultano tra le più elevate nel confronto con gli ultimi dati disponibili degli altri Paesi aderenti al COSI (Grafico 3) (7).

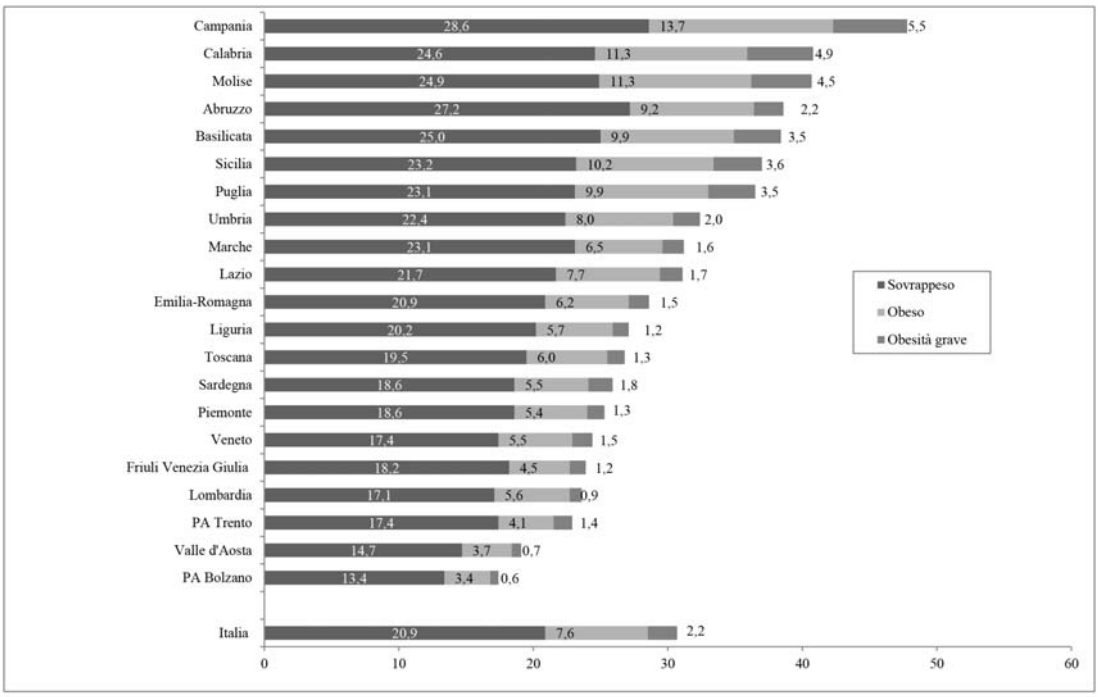
Grafico 1 - Bambini (valori percentuali) di età 8-9 anni in sovrappeso ed obesi - Anni 2008-2009, 2010, 2012, 2014



Fonte dei dati: ISS, "OKkio alla SALUTE". Anno 2008, 2010, 2013, 2015.

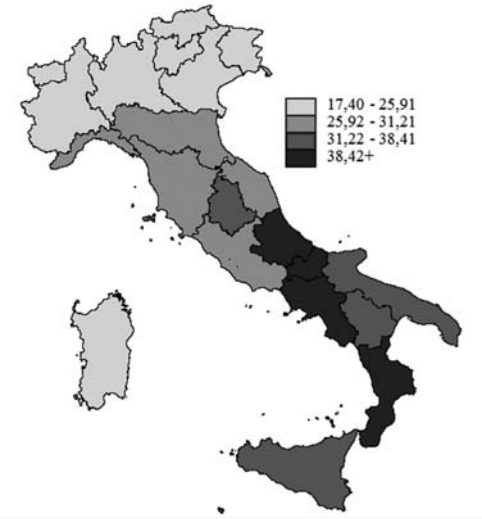
Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 75

Grafico 2 - Bambini (valori percentuali) di età 8-9 anni in sovrappeso, obesi e gravemente obesi per regione - Anno 2014



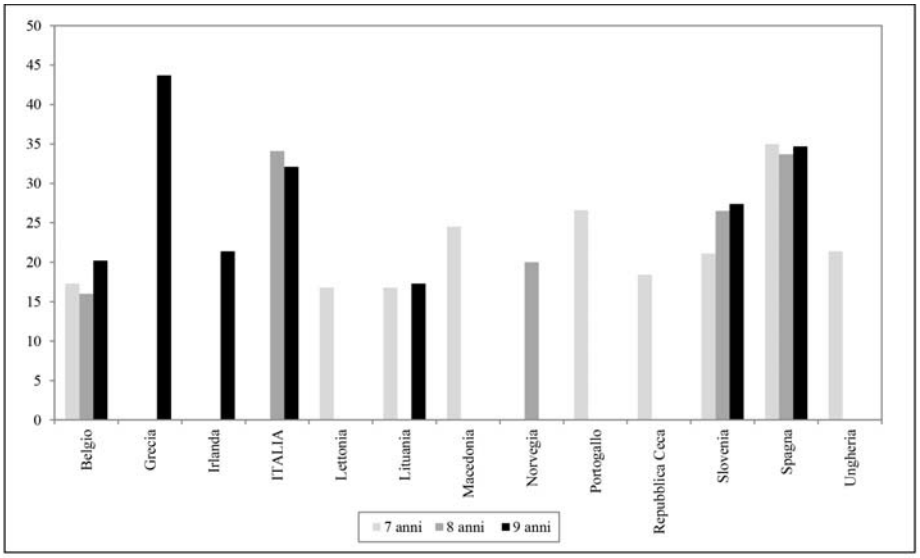
Fonte dei dati: ISS, "OKkio alla SALUTE". Anno 2015.

Bambini (valori percentuali) di età 8-9 anni in eccesso ponderale (sovrappeso+obesità) per regione. Anno 2014



Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 76

Grafico 3 - Bambini (valori percentuali) di età 7, 8 e 9 anni in sovrappeso ed obesi per Paese europeo - Anno 2010



Fonte dei dati: COSI-OMS (valori soglia IOTF). Adattati da Wijnhoven et al. BMC Public Health 2014, 14:806.

Raccomandazioni di Osservasalute

I dati raccolti con "OKkio alla SALUTE" permettono di monitorare l'eccesso ponderale e i comportamenti a rischio dei bambini in Italia ed effettuare i confronti con i dati di altri Paesi europei.

Alcuni indicatori prodotti nell'ambito di questa sorveglianza sono stati inseriti nel Piano Nazionale delle Prevenzione, declinati a livello regionale e utilizzati per individuare aree di intervento.

Proseguire la sorveglianza nel tempo è indispensabile per aggiornare i dati disponibili e valutare, indirettamente, l'efficacia delle strategie di contrasto all'obesità e agli stili di vita scorretti predisposte a vari livelli (nazionale, regionale e aziendale).

Riferimenti bibliografici

1) Gurnani M, Birken C, Hamilton J. Childhood Obesity: Causes, Consequences, and Management. Pediatr Clin North Am. 2015; 62 (4): 821-40.

2) World Health Organization. Why Does Childhood Overweight and Obesity Matter? Disponibile sul sito: www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_consequences/en.

3) Wang YC, McPherson K, Marsh T, Gortmaker SL, Brown M. Health and economic burden of the projected obesity trend in the USA and the UK. Lancet 2011; 378: 815-25.

4) Specchia ML, Veneziano MA, Cadeddu C, Ferriero AM, Mancuso A, Ianuale C, Parente P, Capri S, Ricciardi W. Economic impact of adult obesity on health systems: a systematic review. Eur J Public Health 2015; 25: 255-62.

5) Spinelli A, Nardone P, Buoncristiano M, Lauria L, Andreozzi A, Galeone D (Ed.). Sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE: dai risultati 2012 alle azioni. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2014. (Rapporti ISTISAN 14/11).

6) Cole TJ, Lobstein T. Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. Pediatr Obes 2012; 7: 284-94.

7) Wijnhoven TM, van Raaij JM, Spinelli A, Starc G, Hassapidou M, Spiroski I, Rutter H, Martos É, Rito AI, Hovengen R, Pérez-Farinós N, Petrauskiene A, Eldin N, Braeckevelt L, Pudule I, Kunešová M, Breda J. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative: body mass index and level of overweight among 6-9-year-old children from school year 2007/2008 to school year 2009/2010. BMC Public Health. 2014; 14: 806.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 77

Attività fisica

Significato. L'evidenza scientifica parla chiaro: svolgere una regolare attività fisica, ossia qualsiasi attività muscolo-scheletrica che comporti un dispendio energetico, per circa 30 minuti al giorno, per almeno cinque volte a settimana, favorisce uno stile di vita sano, con notevoli benefici per la persona.
L'attività fisica, infatti, concorre a migliorare la qualità della vita: aumenta il benessere psicologico attraverso lo sviluppo dei rapporti sociali ed il rafforzamento di valori importanti come lo spirito di gruppo, la solidarietà e la correttezza ed è associata positivamente allo stato di salute. In particolare, chi pratica regolarmente l'attività fisica riduce significativamente il rischio di avere problemi di ipertensione, malattie cardiovascolari, diabete di "tipo 2", osteoporosi, depressione, traumi da caduta (principalmente negli anziani) e alcuni tipi di cancro (soprattutto tumore del colon-retto e della mammella), prevenendo la morte prematura (1).
È stato, inoltre, evidenziato che non esiste una precisa soglia al di sotto della quale l'attività fisica non produca effetti positivi per la salute (2). Risulta, quindi, molto importante il passaggio dalla sedentarietà ad un livello di attività fisica anche modesto e l'adozione di uno stile di vita più sano, ad esempio attraverso il trasporto attivo come camminare o andare in bicicletta.
A fronte di tali considerazioni, si ritiene di fondamentale utilità monitorare, attraverso sistemi di sorveglianza, i quadri epidemiologici e misurare il fenomeno nella popolazione per individuare adeguati interventi di promozione della salute.

Prevalenza di persone che praticano sport o attività fisica

Numeratore: Persone di 3 anni ed oltre che praticano sport o attività fisica
Denominatore: Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di 3 anni ed oltre
x 100

Validità e limiti. Per quanto riguarda l'attività fisica, sono stati analizzati i dati riportati nell'Indagine Multiscopo dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat), "Aspetti della vita quotidiana", condotta a marzo 2014 su un campione di 18.864 famiglie, per un totale di circa 44.984 individui.
Si considera come attività sportiva quella svolta nel tempo libero con carattere di continuità o saltuarietà dalla popolazione di 3 anni ed oltre. Tra coloro che praticano solo qualche attività fisica sono, invece, compresi quelli che si dedicano a passatempi che comportano, comunque, movimento (fare passeggiate di almeno 2 Km, nuotare, andare in bicicletta o altro); infine, i sedentari sono coloro che dichiarano di non praticare sport, né altre forme di attività fisica.
L'attività sportiva rilevata si basa su una valutazione soggettiva dei rispondenti. I dati sono stati ottenuti mediante intervista diretta dei rispondenti di 14 anni ed oltre, mentre per i bambini e ragazzi al di sotto dei 14 anni le informazioni sono state fornite da un genitore o altro adulto.

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

Descrizione dei risultati

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, 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%. I dati di lungo periodo evidenziano un aumento della propensione alla pratica sportiva in modo continuativo (dal 19,1% del 2001 al 21,5% del 2013). In aumento, nel 2014 rispetto al 2013, la quota di quanti praticano attività sportiva in modo continuativo, mentre si registra una lieve, ma significativa contrazione, nella quota di coloro che dichiarano di svolgere sport in modo saltuario (dal 9,1% del 2013 all'8,6% del 2014). Inoltre, rispetto all'anno precedente, nel 2014 si riscontra una significativa diminuzione delle persone sedentarie (-1,3 punti percentuali). Tale riduzione si osserva maggiormente tra le donne (Tabella 1).
L'analisi territoriale mostra una differente attitudine alla pratica sportiva tra le diverse regioni del Paese che, probabilmente, riflette anche una diversa disponibilità di strutture organizzate (Tabella 2). Le regioni settentrionali, in particolare la PA di Bolzano, la PA di Trento, la Valle d'Aosta e la Lombardia, rappresentano la zona del Paese con la quota più elevata di persone che praticano sport in modo continuativo, mentre vanno incluse nella pratica di sport in modo saltuario anche il Friuli Venezia Giulia, il Piemonte ed il Veneto.
Seguono, poi, le altre regioni del Nord e del Centro, mentre le regioni del Meridione si caratterizzano per la quota più bassa di persone che dichiarano di dedi-

E. BOLOGNA

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 78

carsi allo sport nel tempo libero, fatta eccezione per la Sardegna dove il 30,8% dichiara di praticare attività sportiva in modo continuativo o saltuario. Le regioni che registrano la più bassa quota di praticanti sportivi sono la Campania (17,9%), la Basilicata (21,7%), la Calabria (23,3%) e la Sicilia (23,4%).

Anche per quanto riguarda la pratica di qualsiasi attività fisica, si registra un gradiente decrescente da Nord verso Sud ed Isole dove, in molte regioni, circa due persone su dieci dichiarano di svolgere attività motorie nel tempo libero (Sicilia 15,4%, Puglia 16,7%, Lazio 21,4% e Calabria 22,3%).

Verosimilmente, la sedentarietà è inversamente proporzionale al trend sinora registrato: emerge che, nella maggior parte delle regioni meridionali, più della metà della popolazione non pratica sport ne attività fisica, in particolare in Sicilia (60,2%) e Puglia (56,2%), dove ben oltre la metà delle persone di 3 anni ed oltre è sedentaria.

Lo sport è un'attività del tempo libero tipicamente giovanile: le quote più alte di sportivi si riscontrano per gli uomini nella fascia di età 15-17 anni (71,7%) e per le donne in quella tra i 6-10 anni (58,7%) (Tabella 3). Con l'aumentare dell'età diminuisce l'interesse per lo sport (sia esso continuativo o saltuario), mentre aumenta quello per l'attività fisica: a partire dai 25 anni, infatti, la quota di persone che svolge qualsiasi tipo di attività fisica aumenta in modo costante fino ai 74 anni (36,6%), per poi decrescere di nuovo nelle età più avanzate, in cui aumenta la percentuale di sedentari, pari al 71,8% tra gli ultra 75enni.

L'analisi di genere mostra delle forti differenze in tutte le fasce di età, ad eccezione dei giovanissimi (3-5 anni), fascia in cui le quote di praticanti si equivalgono tra bambine e bambini (Tabella 3). I livelli di pratica sportiva sono molto più alti fra gli uomini: il 27,1% pratica sport con continuità e il 10,3% lo pratica saltuariamente, mentre fra le donne la percentuale è, rispettivamente, del 19,2% e del 7,0%. La quota di sedentari è maggiore tra le donne (44,1% vs 35,5%).

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 79

Tabella 1 - Prevalenza (valori percentuali) di persone di età 3 anni ed oltre che praticano o non praticano sport o attività fisica per genere - Anni 2001-2003, 2005-2014

Anni	Sport in modo continuativo	Sport in modo saltuario	Qualche attività fisica	Nessuno sport	Non indicato
			Maschi		
2001	23,1	13,2	28,8	34,2	0,7
2002	23,9	12,4	27,9	35,1	0,6
2003	25,1	12,3	26,9	35,1	0,6
2005	25,2	12,9	26,4	34,7	0,8
2006	24,4	12,7	26,1	36,0	0,9
2007	24,8	11,9	28,1	34,5	0,7
2008	25,8	12,0	26,1	35,3	0,8
2009	25,8	11,6	25,8	36,1	0,6
2010	27,7	12,0	26,2	33,5	0,6
2011	26,0	12,6	26,0	35,0	0,4
2012	26,4	11,3	27,2	34,6	0,5
2013	26,0	11,1	26,4	36,2	0,3
2014	**27,1**	**10,3**	**26,8**	**35,5**	**0,3**
			Femmine		
2001	15,3	8,0	29,9	46,1	0,6
2002	15,7	7,6	29,3	46,9	0,6
2003	16,3	7,9	28,1	47,0	0,7
2005	16,9	7,9	29,8	44,5	0,8
2006	16,8	8,1	28,4	45,9	0,8
2007	16,7	7,4	31,0	44,2	0,6
2008	17,6	7,5	29,2	44,9	0,8
2009	17,5	7,6	29,4	44,8	0,7
2010	18,1	8,5	30,1	42,8	0,5
2011	18,0	7,9	29,2	44,4	0,6
2012	17,6	7,3	31,1	43,5	0,6
2013	17,2	7,3	29,4	45,8	0,3
2014	**19,2**	**7,0**	**29,5**	**44,1**	**0,3**
			Totale		
2001	19,1	10,6	29,4	40,3	0,6
2002	19,7	9,9	28,6	41,2	0,6
2003	20,6	10,1	27,5	41,2	0,6
2005	20,9	10,3	28,2	39,8	0,8
2006	20,5	10,3	27,3	41,1	0,8
2007	20,6	9,6	29,6	39,5	0,7
2008	21,6	9,7	27,7	40,2	0,8
2009	21,5	9,6	27,7	40,6	0,6
2010	22,8	10,2	28,2	38,3	0,6
2011	21,9	10,2	27,7	39,8	0,5
2012	21,9	9,2	29,2	39,2	0,5
2013	21,5	9,1	27,9	41,2	0,3
2014	**23,0**	**8,6**	**28,2**	**39,9**	**0,3**

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anni 2001-2014.

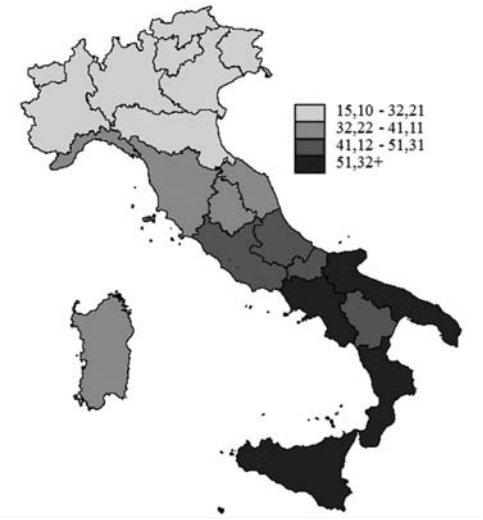
Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 80

Tabella 2 - Prevalenza (valori percentuali) di persone di età 3 anni ed oltre che praticano o non praticano sport o attività fisica per regione - Anno 2014

Regioni	Sport in modo continuativo	Sport in modo saltuario	Qualche attività fisica	Nessuno sport	Non indicato
Piemonte	23,3	11,5	32,7	32,2	0,3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	30,2	14,5	25,2	29,6	0,5
Lombardia	28,5	9,4	32,6	29,4	0,1
Bolzano-Bozen	38,7	17,7	23,4	19,8	0,4
Trento	30,7	17,6	36,5	15,1	0,1
Veneto	24,8	10,8	36,4	27,7	0,2
Friuli Venezia Giulia	24,8	12,5	34,6	27,8	0,3
Liguria	23,8	6,6	31,6	37,7	0,3
Emilia-Romagna	26,1	8,7	33,0	32,0	0,2
Toscana	26,2	6,7	32,7	34,3	0,1
Umbria	23,8	8,0	26,8	41,1	0,2
Marche	24,1	8,5	31,5	35,6	0,3
Lazio	27,9	8,2	21,4	42,4	0,2
Abruzzo	21,6	6,1	27,4	44,7	0,3
Molise	19,0	7,1	28,8	44,4	0,7
Campania	12,7	5,2	26,9	54,6	0,6
Puglia	18,0	8,6	16,7	56,2	0,6
Basilicata	16,5	5,2	26,9	51,3	0,1
Calabria	15,5	7,8	22,3	54,2	0,3
Sicilia	15,9	7,5	15,4	60,2	1,0
Sardegna	22,8	8,0	32,0	37,1	0,1
Italia	**23,0**	**8,6**	**28,2**	**39,9**	**0,3**

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2014.

Prevalenza (valori percentuali) di persone di età 3 anni ed oltre che non praticano sport per regione. Anno 2014



Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 81

Tabella 3 - Prevalenza (valori percentuali) di persone che praticano o non praticano sport o attività fisica per genere e per classe di età - Anno 2013

Classi di età	Sport in modo continuativo	Sport in modo saltuario	Qualche attività fisica	Nessuno sport	Non indicato
			Maschi		
3-5	20,2	2,5	25,1	49,1	3,1
6-10	58,0	6,6	13,8	20,9	0,6
11-14	62,7	8,9	11,9	15,6	0,9
15-17	57,5	14,2	12,2	16,0	0,2
18-19	52,0	14,2	13,4	19,7	0,6
20-24	41,9	18,3	18,0	21,4	0,4
25-34	34,3	15,5	21,1	28,9	0,1
35-44	27,1	12,6	25,8	34,3	0,2
45-54	20,6	10,6	30,3	38,3	0,1
55-59	16,7	9,5	31,8	41,8	0,1
60-64	16,8	9,0	36,5	37,2	0,4
65-74	11,2	6,7	40,7	41,3	0,2
75+	4,8	2,6	30,7	61,6	0,2
Totale	**27,1**	**10,3**	**26,8**	**35,5**	**0,3**
			Femmine		
3-5	23,8	3,1	22,2	49,1	1,7
6-10	53,1	5,6	17,5	23,6	0,2
11-14	52,0	5,1	19,7	23,1	0,1
15-17	39,8	9,6	26,1	23,9	0,5
18-19	28,4	11,1	31,9	28,6	0,0
20-24	25,2	14,2	26,2	34,2	0,3
25-34	23,1	10,4	31,0	35,2	0,3
35-44	18,5	9,7	34,0	37,6	0,2
45-54	16,2	8,2	34,9	40,5	0,1
55-59	13,9	6,7	35,9	43,2	0,3
60-64	13,8	5,0	35,4	45,4	0,5
65-74	9,2	3,4	32,9	54,1	0,3
75+	3,3	1,2	16,5	78,4	0,6
Totale	**19,2**	**7,0**	**29,5**	**44,1**	**0,3**
			Totale		
3-5	22,0	2,8	23,7	49,1	2,4
6-10	55,6	6,1	15,6	22,2	0,4
11-14	57,5	7,0	15,7	19,2	0,5
15-17	48,8	12,0	19,0	19,8	0,3
18-19	40,6	12,7	22,3	24,0	0,3
20-24	33,8	16,3	22,0	27,6	0,4
25-34	28,7	13,0	26,1	32,0	0,2
35-44	22,9	11,1	29,9	36,0	0,2
45-54	18,3	9,4	32,7	39,5	0,1
55-59	15,3	8,1	33,9	42,5	0,2
60-64	15,3	7,0	35,9	41,3	0,5
65-74	10,1	4,9	36,6	48,1	0,3
75+	3,9	1,8	22,1	71,8	0,4
Totale	**23,0**	**8,6**	**28,2**	**39,9**	**0,3**

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2014.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nonostante negli ultimi anni, sia a livello internazionale che nazionale, sia aumentata l'attenzione per le strategie mirate a modificare lo stile di vita ed in grado di controllare i fattori di rischio, i risultati del 2014 sono ancora deludenti. Inoltre, dall'analisi descritta emerge che il rischio di essere sedentari, ad oggi due italiani su cinque, cresce con l'aumentare dell'età ed è più elevato tra le donne: questi sono aspetti fondamentali da considerare nella scelta degli interventi di promozione dell'attività fisica.

Una delle più recenti, ma antiche strategie volte ad aumentare l'attività motoria, è quella dell'incremento del trasporto attivo (camminare ed andare in bici per gli spostamenti quotidiani), sia per la potenzialità di impatto sull'intera popolazione sia per la molteplicità dei benefici: miglioramento della salute (fisica, mentale e sociale), riduzione dell'inquinamento atmosferico ed

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 82

acustico e minore consumo di risorse con un risparmio economico.
Negli ultimi anni, diverse importanti attività di promozione del trasporto attivo sono state svolte a livello locale. Tuttavia, si continua a sentire la mancanza di azioni di supporto a livello ministeriale a differenza di altri Paesi, come ad esempio la Francia ed il Regno Unito, dove recentemente i rispettivi governi hanno investito delle risorse per rendere, effettivamente, più accessibili le scelte salutari (come, ad esempio, il bike sharing). In molte realtà italiane, invece, risulta spesso difficile aderire a certe raccomandazioni a livello individuale, vivendo e lavorando in un contesto che rende complicata la scelta di salute.
Diventa, quindi, fondamentale valutare lo sviluppo di nuove e diverse iniziative, la loro implementazione così come il raggiungimento degli obiettivi nel tempo. In questo senso i processi di monitoraggio e sorveglianza sono fondamentali.

Riferimenti bibliografici

(1) U.S. Department of Health and Human Services. Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report 2008.
(2) Wen, Wai, Tsai, et al. Minimum amount of physical activity for reduced mortality and extended life expectancy: a prospective cohort study. The Lancet 2011; 378:1.244-1.253.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 83

Copertura vaccinale della popolazione infantile

Significato. I vaccini rappresentano uno degli strumenti più efficaci per prevenire le malattie infettive ed agiscono stimolando la produzione di una risposta immunitaria attiva, in grado di proteggere dall'infezione e dalle sue complicanze, in modo duraturo ed efficace. Oltre a tutelare le persone immunizzate, le vaccinazioni interrompono anche la catena epidemiologica di trasmissione umana dell'infezione, agendo indirettamente sui soggetti non vaccinati, attraverso la riduzione delle possibilità di venire in contatto con i rispettivi agenti patogeni.
La valutazione della copertura vaccinale rappresenta un importante strumento che consente di identificare le aree di criticità in cui le malattie infettive potrebbero manifestarsi più facilmente.
L'implementazione ed il mantenimento di livelli ottimali dei tassi di copertura vaccinale sono obiettivi fondamentali in Sanità Pubblica.
L'indicatore presentato permette di calcolare le coperture vaccinali delle vaccinazioni dell'età pediatrica, previste entro il 24° mese di vita, ossia la percentuale di bambini che abbiano ricevuto il ciclo completo (3 dosi) di anti-Poliomielite, Difterite, Tetano, Pertosse, Epatite B (HBV); il ciclo base (1, 2 o 3 dosi secondo l'età) di Haemophilus influenzae di tipo b (Hib), Meningococco C coniugato, Pneumococco coniugato; la 1° dose entro il 24° mese di età per la vaccinazione anti-Varicella.

Tasso di copertura vaccinale dei bambini

$$\frac{\text{Numeratore: Bambini vaccinati di età <24 mesi}}{\text{Denominatore: Popolazione residente di età <24 mesi}} \times 100$$

Validità e limiti. I dati sulle dosi somministrate vengono rilevati dalle Autorità Sanitarie Regionali ed i riepiloghi vengono inviati dalle Regioni (per singolo antigene) al Ministero della Salute.
Il confronto con i dati di copertura degli anni precedenti il 2013-2014 non è possibile, poichè dal 2013 i dati sono disponibili per singolo antigene e non per vaccino plurivalente.

Valore di riferimento/Benchmark. Il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2012-2014, a recepimento delle indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), prevede il raggiungimento di almeno il 95% di copertura vaccinale, entro i 2 anni, per le vaccinazioni previste dal calendario nazionale.
Il Piano Nazionale per l'Eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita 2010-2015 (PNEMoRc) indica, come obiettivo, il raggiungimento e il mantenimento nel tempo di un valore pari almeno al 95% di copertura vaccinale entro i 2 anni.

Descrizione dei risultati

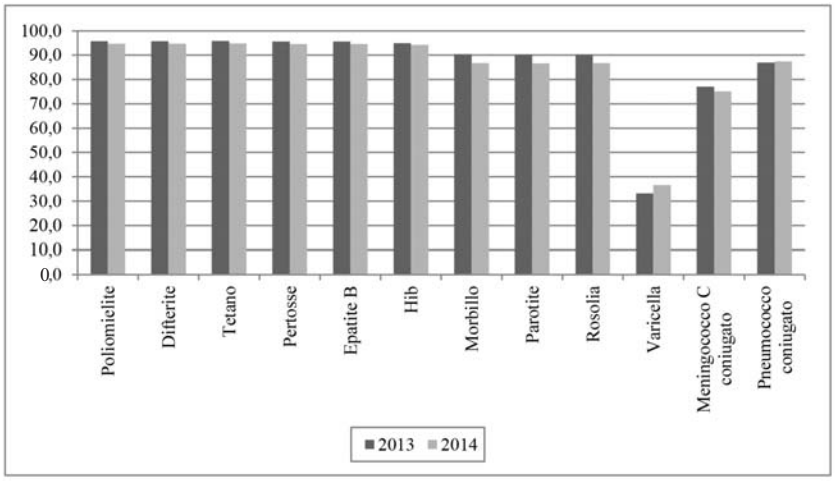
I dati registrati in Italia nell'arco temporale 2013-2014 (Grafico 1) evidenziano, considerando i valori al 24° mese di vita per cicli completi (3 dosi), una minima riduzione della copertura vaccinale per le vaccinazioni obbligatorie: Tetano (-1,0%), Poliomielite, Difterite ed HBV (-1,1%). Una minima riduzione si evidenzia anche per la vaccinazione anti-Pertosse (-1,1%) e per il ciclo base di Hib (-0,6%). Variazioni maggiori si registrano, invece, per le coperture vaccinali anti-Morbillo, Parotite, Rosolia (-4,0%) e Meningococco c coniugato (-2,5%). Le vaccinazioni anti-Varicella e Pneumococco coniugato mostrano, invece, un aumento delle coperture (10,3% e 0,6%, rispettivamente).
Se nel 2013, per le vaccinazioni obbligatorie, si registrava il raggiungimento dell'obiettivo minimo stabilito nel vigente PNPV, in accordo con le raccomandazioni dell'OMS, pari ad almeno il 95% di copertura entro i 2 anni di età, nel periodo 2013-2014 si registrano valori di copertura al di sotto dell'obiettivo minimo stabilito, pur rimanendo comunque al di sopra del 94%. Lo stesso andamento in diminuzione si evidenzia per le coperture di alcune vaccinazioni raccomandate, quali anti-Hib e Pertosse.
Anche il parametro stabilito nel PNEMoRc è il raggiungimento e il mantenimento nel tempo di almeno il 95% di copertura vaccinale, ma per questa profilassi tali valori non sono stati ancora conseguiti, e, di contro, nel 2014 i tassi di copertura mostrano una riduzione maggiore.
Riguardo alla distribuzione territoriale, nell'anno 2014 (Tabella 1) si registrano, per le vaccinazioni obbligatorie, valori regionali non superiori all'obiettivo minimo stabilito dal PNPV in Valle d'Aosta, Lombardia (ad eccezione della copertura anti-Poliomelite e anti-Tetano), PA di Bolzano, PA di Trento, Veneto (dove la sospensione dell'obbligo vaccinale è stata introdotta dal 1 gennaio 2008), Friuli Venezia Giulia, Emilia-Romagna (ad eccezione della copertura anti-Tetano), Marche, Campania, Puglia e Sicilia.
Per quanto riguarda la vaccinazione anti-Morbillo-Parotite-Rosolia (anti-MPR), invece, il valore ottimale previsto dal PNEMRc non è stato raggiunto in nes-

T. SABETTA, M. MARINO

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 84

suna regione. Condizione, questa, che non permette di bloccare la circolazione dei virus e che, quindi, facilita la comparsa di epidemie a livello locale che colpiscono la popolazione suscettibile.

Grafico 1 - Tasso (per 100) di copertura vaccinale per tipologia di vaccino - Anni 2013-2014



Fonte dei dati: Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione - Ufficio V - Malattie Infettive e Profilassi Internazionale. Anno 2015.

Tabella 1 - Tasso (per 100) di copertura vaccinale per singolo antigene per regione - Anno 2014

Regioni	Polio-melite	Difterite	Tetano	Pertosse	Epatite B	Hib	Morbillo	Parotite	Rosolia	Varicella	Meningo-cocco C coniugato	Pneumo-cocco coniugato
Piemonte	96,21	96,22	96,42	96,15	95,85	95,65	90,55	90,55	90,55	1,10	87,06	92,54
Valle d'Aosta	90,61	90,78	91,30	90,09	90,18	89,66	77,61	77,17	77,09	0,43	77,78	84,41
Lombardia	95,02	94,96	95,14	94,83	94,87	94,33	89,49	89,36	89,40	-	79,43	79,42
Bolzano-Bozen	88,46	88,44	88,52	88,43	87,99	87,68	68,77	68,68	68,75	2,95	61,31	80,69
Trento	92,74	92,70	93,09	92,57	92,43	92,14	84,21	84,17	84,21	1,21	81,73	87,10
Veneto	91,71	91,76	92,09	91,70	91,43	91,04	87,10	86,98	87,03	84,16	88,10	85,59
Friuli Venezia Giulia	92,20	92,57	92,57	92,08	91,70	91,67	83,51	83,38	83,39	60,28	82,62	82,37
Liguria	95,74	95,74	95,80	95,69	95,61	95,22	82,82	82,76	82,82	11,60	83,12	92,18
Emilia-Romagna	94,80	94,72	95,07	94,44	94,49	94,00	88,26	88,06	88,06	0,55	88,28	92,54
Toscana	95,43	95,56	95,71	95,56	95,37	95,12	89,31	89,15	89,23	77,12	87,82	93,80
Umbria	95,90	95,63	95,64	95,54	95,25	95,52	88,97	88,81	88,79	0,59	86,50	94,16
Marche	93,66	93,63	93,70	93,63	93,50	93,45	81,39	81,39	81,39	1,49	76,64	89,65
Lazio	97,55	97,54	97,54	97,53	97,95	97,06	88,54	88,54	88,54	6,15	-	91,25
Abruzzo	96,58	96,57	96,57	96,57	96,57	96,55	85,68	85,68	85,68	4,70	62,20	83,60
Molise	96,65	96,65	96,65	96,65	96,65	96,65	86,27	86,27	86,27	37,30	74,15	94,63
Campania	93,19	93,19	93,19	93,19	93,19	93,09	83,66	83,66	83,66	7,88	42,72	76,63
Puglia	94,64	94,64	94,64	94,64	94,64	94,63	85,07	85,07	85,07	81,65	77,75	93,48
Basilicata	98,84	98,84	98,84	98,84	98,84	98,84	90,00	90,00	90,00	72,47	86,33	98,47
Calabria	96,07	96,07	96,07	96,07	96,07	96,04	83,20	83,20	83,20	51,07	66,21	92,02
Sicilia	93,48	93,48	93,48	93,48	93,48	93,47	83,95	83,95	83,95	79,02	60,17	91,74
Sardegna	96,03	96,03	96,03	96,02	96,03	95,98	89,07	89,07	89,07	60,64	83,84	95,14
Italia	**94,71**	**94,70**	**94,82**	**94,63**	**94,61**	**94,30**	**86,75**	**86,68**	**86,70**	**36,62**	**75,16**	**87,44**

- = non disponibile.

Fonte dei dati: Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione - Ufficio V - Malattie Infettive e Profilassi Internazionale. Anno 2015.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nonostante l'evidenza degli importanti traguardi ottenuti con le vaccinazioni (eradicazione del vaiolo e status polio-free nella Regione europea), nel nostro Paese le coperture vaccinali sono ancora disomogenee sul territorio. Questi livelli di copertura a macchia di leopardo dipendono dalla crescente opposizione alle vaccinazioni e, in parte, dalla incapacità nel raggiun-

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 85

gere tutti i destinatari della misura di prevenzione, soprattutto chi appartiene alle cosiddette "aree emarginate". Il raggiungimento di tali sezioni di popolazione è un'operazione molto difficile da compiere sia perché si tratta di persone disagiate, sia perché la prevenzione riguarda problemi potenziali, mentre i soggetti a cui ci si rivolge sono, a causa del loro status, impegnati a risolvere problemi in atto.

Per ottenere l'adesione dei cittadini ai programmi di prevenzione, però, non è sufficiente il raggiungimento dei soggetti da coinvolgere, ma indispensabile è anche la formazione degli operatori sanitari, che devono essere motivati e convinti dell'interesse individuale e collettivo delle vaccinazioni (molte astensioni derivano più dalle mancate motivazioni dei referenti educativi che non dall'opposizione delle famiglie), la qualità dell'educazione sanitaria, che deve essere adattata alle diverse situazioni culturali locali (lingua, contenuti dei discorsi, mezzi di comunicazione) e l'efficienza dei servizi vaccinali nell'offerta attiva (soddisfazione del proprio bacino di utenza, aspetti organizzativi).

A livello istituzionale, per raggiungere almeno il 95% di copertura entro i 2 anni di età, il Ministero della Salute e l'Istituto Superiore di Sanità hanno avviato programmi di comunicazione sulle vaccinazioni in età pediatrica e di valutazione delle coperture vaccinali.

Da queste iniziative è emerso, o meglio, si è avvalorata la tesi che, per ottenere un'adesione consapevole alla profilassi vaccinale, indispensabile è fornire ai genitori informazioni di elevata qualità e che, per raggiungere la totalità della popolazione interessata, è necessario che tutte le figure professionali coinvolte operino con convinta motivazione e in sinergia.

Infatti, sia le conoscenze scientifiche che le capacità operative di esecuzione e di coordinamento sono fondamentali per giungere all'obiettivo cui tendono le vaccinazioni.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 86

Copertura vaccinale antinfluenzale

Significato. L'influenza è uno dei principali problemi di Sanità Pubblica in termini di morbosità, mortalità e costi sanitari e sociali. Il significativo impatto sanitario è dovuto, soprattutto, alle complicanze che si riscontrano nelle forme più gravi, alle ripercussioni economiche legate all'incremento dei casi di ospedalizzazione ed all'aumento della richiesta di assistenza e della spesa farmaceutica.
La copertura vaccinale antinfluenzale è, quindi, un indicatore fondamentale per verificare l'efficacia dell'offerta vaccinale, soprattutto nei gruppi di popolazione target, in particolare gli anziani. Considerando che il peso della popolazione anziana e molto anziana è consistente, una buona copertura antinfluenzale può contribuire alla prevenzione delle forme più gravi e complicate di influenza ed alla riduzione della mortalità prematura.
Il vaccino anti-influenzale stagionale viene offerto alle persone di 65 anni ed oltre ed alle persone di tutte le età aventi patologie di base che aumentano il rischio di complicanze in corso di influenza, con un duplice obiettivo: da una parte ridurre il rischio individuale di malattia, ospedalizzazione e morte prematura, dall'altra di ridurre i costi sociali connessi alla morbosità e mortalità. Per raggiungere tali obiettivi è necessario il raggiungimento di un'alta copertura vaccinale che il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) individua nel valore di 75% come obiettivo minimo perseguibile e 95% come obiettivo ottimale negli ultra 65enni e nei gruppi a rischio.

Tasso di copertura vaccinale antinfluenzale

$$\text{Numeratore} = \text{Popolazione vaccinata}$$

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100$$

$$\text{Denominatore} = \text{Popolazione media residente}$$

Validità e limiti. La copertura vaccinale rappresenta uno dei principali indicatori di efficienza ed efficacia dell'offerta vaccinale. I dati sulle dosi somministrate vengono rilevati a livello regionale e trasmessi al Ministero della Salute. Non si tiene, però, conto delle dosi somministrate al di fuori delle strutture appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale.

Valore di riferimento/Benchmark. Gli obiettivi di copertura, stabiliti dal PNPV, sono il 75% come obiettivo minimo perseguibile ed il 95% come obiettivo ottimale.

Descrizione dei risultati

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 coperture vaccinali, 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 non raggiunge in nessuna regione i valori considerati minimi (75%) e ottimali (95%) dal PNPV. I valori maggiori si registrano in Veneto (54,4%), Calabria (54,3%) e PA di Trento (52,9%), mentre le percentuali minori nella PA di Bolzano (37,2%) e in Abruzzo (39,1%) (Tabella 1).
Nell'arco temporale considerato (stagioni 2003-2004/2014-2015), per quanto riguarda la copertura vaccinale degli ultra 65enni, si è registrata una diminuzione, a livello nazionale, del 22,7%. In questo periodo osservato, è da evidenziare il picco (68,3%), registrato nella stagione 2005-2006, ascrivibile al condizionamento psicologico sul rischio di pandemia di influenza aviaria.
A livello regionale, confrontando le ultime due stagioni (2013-2014/2014-2015), in tutte le regioni e PA si è osservata una netta diminuzione della copertura con valori compresi tra il -28,4% dell'Abruzzo ed il -3,3% della Lombardia, ad eccezione della PA di Bolzano in cui, invece, si è registrato un incremento del 9,7% (Tabella 2). Considerando il valore italiano il decremento risulta dell'11,6% (Tabella 2).

T. SABETTA, M. MARINO

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 87

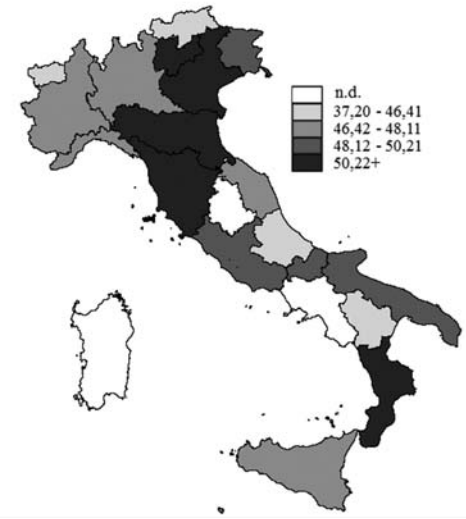
Tabella 1 - Tasso (specifico per 100) di copertura vaccinale antinfluenzale per regione - Stagione 2014-2015

Regioni	6-23m	2-4	5-8	9-14	15-17	18-44	45-64	65+	Totale
Piemonte	0,2	0,3	0,6	0,7	0,8	1,3	5,8	46,9	13,5
Valle d'Aosta	0,2	0,3	0,3	0,6	0,6	1,2	5,6	44,3	11,9
Lombardia	0,4	0,7	0,8	0,6	0,5	0,9	3,4	47,0	11,4
Bolzano-Bozen	0,1	0,5	0,6	0,4	0,5	0,8	3,8	37,2	8,3
Trento	1,6	1,3	1,4	1,3	0,9	1,2	5,4	52,9	12,9
Veneto	0,8	1,4	1,3	1,2	1,2	1,9	7,2	54,4	14,5
Friuli Venezia Giulia	0,1	0,1	0,1	0,8	0,8	1,6	7,2	49,7	14,9
Liguria	0,4	1,0	1,2	0,9	0,6	2,0	5,2	46,9	15,2
Emilia-Romagna	0,7	1,1	1,4	1,5	1,5	2,0	8,3	50,6	14,9
Toscana	4,2	6,5	5,3	3,2	1,9	2,2	9,4	50,6	16,4
Umbria	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Marche	0,3	0,7	0,9	0,8	1,1	1,4	7,0	46,7	13,5
Lazio	0,4	0,9	1,2	1,3	1,4	2,5	9,5	50,2	14,0
Abruzzo	0,2	0,5	0,5	0,6	1,1	1,5	6,4	39,1	11,1
Molise	0,1	0,6	0,7	0,8	1,1	2,2	11,7	49,8	15,6
Campania	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Puglia	4,0	6,5	6,2	4,1	3,0	2,4	10,9	49,8	14,6
Basilicata	0,9	1,6	1,5	1,3	1,7	2,5	8,8	46,4	13,4
Calabria	0,8	1,2	1,6	1,2	2,5	1,6	6,7	54,3	13,4
Sicilia	0,1	0,4	0,6	0,6	1,2	2,4	8,8	48,1	12,8
Sardegna	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Italia	**1,0**	**1,6**	**1,7**	**1,3**	**1,3**	**1,8**	**7,2**	**49,0**	**13,6**

- = non disponibile.

Fonte dei dati: Elaborazioni Ministero della Salute. Anno 2015.

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



Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 88

Tabella 2 - Tasso (per 100) di copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione di età 65 anni ed oltre per regione - Stagioni 2003-2004/2014-2015

Regioni	2003-04	2004-05	2005-06	2006-07	2007-08	2008-09	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13	2013-14	2014-15
Piemonte	55,7	55,9	58,8	59,3	58,9	60,7	60,6	57,3	55,0	51,6	51,1	46,9
Valle d'Aosta	55,3	54,4	63,1	54,2	61,0	54,5	58,9	55,6	56,2	47,0	48,2	44,3
Lombardia	60,9	65,3	64,0	63,1	58,6	61,7	63,1	54,2	57,9	48,2	48,6	47,0
Bolzano-Bozen	51,1	52,0	55,2	48,0	50,5	47,5	47,7	44,5	42,5	35,8	33,9	37,2
Trento	57,8	60,0	67,6	69,2	64,6	68,0	67,0	61,8	62,2	56,3	55,8	52,9
Veneto	70,9	-	73,2	74,1	70,3	71,6	71,2	67,8	67,1	58,9	58,5	54,4
Friuli Venezia Giulia	72,4	72,5	72,1	-	64,4	68,1	49,7	62,4	61,8	55,2	56,1	49,7
Liguria	62,5	66,1	65,3	67,5	65,6	65,7	65,7	58,0	55,6	41,6	50,4	46,9
Emilia-Romagna	70,3	73,0	75,1	76,1	73,6	73,7	73,8	63,4	64,7	56,3	57,2	50,6
Toscana	61,5	62,2	67,6	70,3	68,5	69,5	71,1	68,8	67,8	58,9	60,2	50,6
Umbria	62,2	61,9	65,9	69,0	70,5	74,7	77,5	75,2	74,0	67,9	68,8	-
Marche	67,1	68,0	68,0	67,1	65,4	66,9	66,5	63,9	62,2	54,9	57,5	46,7
Lazio	69,5	71,5	73,3	74,1	68,0	67,9	67,7	64,1	62,2	56,8	56,8	50,2
Abruzzo	67,9	70,0	69,9	78,1	72,8	68,4	67,1	60,9	59,7	50,3	54,6	39,1
Molise	73,7	72,3	71,4	72,6	73,3	72,3	73,7	65,6	60,5	49,4	59,5	49,8
Campania	72,3	71,9	72,9	73,2	68,2	72,2	63,4	68,8	73,1	61,4	61,3	-
Puglia	68,4	70,5	75,4	71,5	68,7	73,8	73,0	71,7	69,0	57,2	61,0	49,8
Basilicata	69,9	66,4	64,5	71,2	70,7	72,2	72,6	63,6	63,1	58,6	58,0	46,4
Calabria	55,1	59,9	66,3	68,4	65,6	69,8	63,0	55,8	65,6	49,8	56,5	54,3
Sicilia	63,8	69,7	67,5	56,4	-	61,0	64,1	61,3	60,2	54,0	56,5	48,1
Sardegna	43,9	59,2	56,1	49,3	39,8	49,6	60,9	59,6	57,0	47,3	46,0	-
Italia	**63,4**	**66,6**	**68,3**	**66,6**	**64,9**	**66,2**	**65,6**	**62,4**	**62,7**	**54,2**	**55,4**	**49,0**

- = non disponibile.

Fonte dei dati: Elaborazioni Ministero della Salute. Anno 2015.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'Organizzazione Mondiale della Sanità indica quali obiettivi primari della vaccinazione antinfluenzale il controllo dell'infezione, la prevenzione delle forme gravi e complicate di influenza e la riduzione della mortalità prematura in gruppi ad aumentato rischio di malattia grave: una strategia vaccinale basata su questi presupposti presenta un favorevole rapporto costo-beneficio e costo-efficacia.

In Italia, purtroppo, l'interruzione della trasmissione del virus influenzale non è ancora perseguibile con le percentuali di copertura vaccinale attualmente conseguite e l'obiettivo minimo resta ancora lontano dall'essere raggiunto. Di conseguenza, occorre implementare gli interventi di informazione rivolti all'intera popolazione e raccomandare ai Medici di Medicina Generale e, nel caso dei bambini ai Pediatri di Libera Scelta, una maggiore prevenzione per le categorie target, al fine di evitare l'insorgenza di complicanze, l'aumento dei costi legati all'assistenza ed alla spesa farmaceutica, nonché l'aumento del rischio di morte correlati all'influenza.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 89

Screening per i tumori della mammella, della cervice uterina e del colon-retto

I programmi di screening organizzato per la prevenzione dei tumori della cervice uterina, della mammella e del colon-retto rappresentano, in Italia, una realtà consolidata e sono parte dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Il loro sviluppo è progredito negli anni, con lentezza ma progressivamente, dapprima per i tumori della mammella e della cervice uterina e, successivamente, anche per il colon-retto. Persistono, tuttavia, differenze importanti nei livelli di attività raggiunti, in particolare tra Sud ed Isole e le altre macroaree. Le attività dei programmi di screening sono oggetto del monitoraggio dell'Osservatorio Nazionale Screening (ONS) (1). Sono di recente pubblicazione il Report Breve 2014 (2) (gennaio 2014) e l'Undicesimo Rapporto ONS (3) (maggio-giugno 2015), che riportano, tra l'altro, i risultati delle survey che, annualmente, vengono realizzate per il monitoraggio dei principali indicatori di attività e di performance.

Nel 2013, le persone invitate ai programmi di screening organizzato, in Italia, sono state 3,7 milioni, 3,0 milioni e 4,4 milioni, rispettivamente per lo screening per il cervicocarcinoma, per il tumore della mammella e per il tumore del colon-retto (2).

La diffusione dei programmi e la loro capacità di invito è, solitamente, valutata attraverso l'estensione effettiva che esprime la proporzione di inviti effettuati rispetto a quanti teoricamente se ne dovrebbero realizzare annualmente nel programma, in relazione alla popolazione target ed all'intervallo standard previsto tra un test negativo ed il successivo.

Per quanto riguarda lo screening del cervicocarcinoma uterino, l'estensione effettiva (riferita alla fascia di età 25-64 anni) passa, a livello nazionale, da 51,8% (nel triennio 2004-2006) a 69,5% (nel triennio 2010-2012).

Nello screening mammografico, considerando la fascia di età 50-69 anni, dal 54,3% del biennio 2005-2006 si arriva al 73,3% nel 2010-2012 e, infine, nel caso dello screening per il cancro del colon-retto si passa dal 20,7% del 2005-2006 al 53,1% del biennio 2011-2012 (4).

I dati dell'Undicesimo Rapporto ONS confermano, però, anche la persistenza di marcate differenze tra macroaree, in particolare per gli screening mammografico e colorettale. Sud ed Isole hanno valori ancora piuttosto lontani dai valori nazionali: 39,6% e 12,2% sono, infatti, i valori, rispettivamente, raggiunti per l'estensione effettiva dello screening mammografico e del colon-retto nel biennio 2011-2012.

Alcuni primi dati, per il 2013, sono riportati nel Rapporto Breve del gennaio 2014 (5): l'estensione effettiva si assesta al 71% e al 74% per lo screening per il cervicocarcinoma uterino e della mammella, rispettivamente, e al 62% per il colon-retto. Si evidenzia, inoltre, che il gradiente Nord-Sud ed Isole permane evidente per lo screening mammografico e del colon-retto, ma si attenua, per quanto riguarda lo screening del colon-retto, poiché l'estensione passa da circa il 15% del 2012 al 28%.

Per quanto riguarda il cervicocarcinoma, sia al Nord che al Meridione, si hanno valori di poco inferiori al 70% ed al Centro di poco inferiori al 90%. Nello screening mammografico il gradiente tra macroaree permane evidente: al Nord l'estensione effettiva è intorno al 90%, lievemente inferiore al Centro e fortemente ridotta al Meridione (circa 40%).

Ovviamente, la diffusione del programma di screening e la relativa capacità di rispettare gli intervalli di invito della popolazione target rappresentano indicatori fondamentali per l'efficacia del programma. Tuttavia, è evidente che la buona riuscita di un programma di screening dipenderà anche dalla partecipazione della popolazione, oltre che dagli altri indicatori di performance (proporzione di richiami, valori predittivi e tassi di identificazione).

L'Undicesimo Rapporto ONS, tra i risultati della survey effettuata per il biennio 2011-2012 (6), riporta che, in Italia, la proporzione di partecipazione per il tumore della mammella, è stata pari al 56,1% ed evidenzia, anche in questo caso, un gradiente Nord-Sud ed Isole; si raggiunge il 62,1% al Nord, al Centro si ha un valore pari a 53,7% e nel Meridione pari a 41,0%. È da notare, però, che, a fronte della quasi stabilità nel tempo della partecipazione nelle altre macroaree, al Sud e nelle Isole si osserva, dal 2009, la tendenza ad un lieve incremento (7).

Relativamente allo screening per il cervicocarcinoma uterino la partecipazione, nel 2012, è stata del 40,7% a livello nazionale, raggiungendo il 49,1% al Nord ed attestandosi al 29,5% al Sud ed Isole (8).

Riguardo allo screening per il carcinoma del colon-retto, la partecipazione nei programmi che utilizzano il test per il sangue occulto nelle feci, nella survey 2011-2012, è stata del 47,1% a livello nazionale. L'adesione è maggiore nei programmi del Nord (52,0%) e del Centro (40,6%), mentre nel Meridione si registrano i valori più bassi (28,6%) (9). Nel biennio 2011-2012, nei programmi con rettosigmoidoscopia, il 27% (range: 7-37%) dei soggetti invitati ha effettuato una sigmoidoscopia e un ulteriore 14% ha aderito all'offerta alternativa del sangue occulto nelle feci, per una adesione complessiva del 41% (10).

Bassi livelli di volumi di invito e di partecipazione, contestualmente presenti, si traducono in una ridotta numerosità di donne sottoposte a screening, riducendo, di conseguenza, l'effetto complessivo dei programmi di screening.

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

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 90

Va ricordato, inoltre, che i programmi di screening organizzati rappresentano un'occasione di offerta di prevenzione e diagnosi precoce alla popolazione, caratterizzata dalla tendenza all'equità dell'accessibilità, perché rivolta attivamente con l'invito alla popolazione target di ciascuno dei tre screening. Inoltre, sulla base della periodicità degli intervalli di invito, il fabbisogno è definibile e programmabile.

Infine, le performance sono monitorate attraverso gli indicatori di valutazione (proporzioni di richiamo, valori predittivi, tassi di identificazione etc.). Per questi motivi è importante proseguire nello sviluppo dei programmi organizzati.

Riferimenti bibliografici

(1) Disponibile sul sito: www.osservatorionazionalescreening.it.
(2) Ministero della Salute - Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie - Osservatorio Nazionale Screening. I Programmi di Screening in Italia. Gen 2014.
(3) Osservatorio Nazionale Screening - Undicesimo Rapporto - Epidemiol. Prev. 2015; 39 (3) Suppl. 1; 1-125.
(4) Zappa M., Carozzi F.M., Giordano L., Sassatelli R., Federici A.; La diffusione dei programmi di screening in Italia, anni 2011-2012. Epidemiol. Prev. 2015; 3 (Suppl. 1): 5-8.
(5) Zappa M. L'impatto dei programmi di screening sul panorama della prevenzione in: I Programmi di Screening in Italia. Ministero della Salute - Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie - Osservatorio Nazionale Screening. Gen 2014.
(6) Ventura L., Giorgi D., Giordano L., Frigerio A., Mantellini P., Zappa M. and the italian breast cancer survey group; Lo screening mammografico in Italia: survey 2011-2012 Epidemiol. Prev. 2015; 3 (Suppl. 1): 30-38.
(7) Giordano L., Castagno R., Giorgi D., Piccinelli C., Ventura L., Segnan N., Zappa M.; Lo screening mammografico in Italia: valutazione degli indicatori di performance per trend temporali e volumi di attività; Epidemiol. Prev. 2015; 3 (Suppl. 1): 30-38.
(8) Ronco G., Giubilato P., Carozzi F., Maina G., Giorgi-Rossi P., Zappa M.; Estensione dei programmi organizzati di screening cervicale in Italia e loro indicatori di processo. Epidemiol. Prev. 2015; 3 (Suppl. 1): 61-82.
(9) Zorzi M., Da Re F., Mantellini P., Naldoni C., Sassoli de' Bianchi P., Senore C., Turrin A., Visioli C.B., Zappa M. Survey del Cancro colorettale in Italia : survey 2011-2012 Epidemiol. Prev. 2015; 3 (Suppl. 1): 93-107.
(10) Senore C, Zappa M, Zorzi M. Update sullo screening dei tumori colo-rettali in Italia, Giornale Italiano di Endoscopia Digestiva, in press.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 91

Screening mammografico su iniziativa spontanea

Significato. Il cancro della mammella è il più frequente tumore fra le donne e provoca un quarto di tutti i tumori maligni incidenti. La mortalità per cancro della mammella si riduce tra le donne che praticano la mammografia ogni 2 anni, a partire dai 50 fino ai 69 anni di età. Per questa ragione, in Italia, il Ministero della Salute raccomanda ai servizi sanitari l'esecuzione di screening di popolazione, un programma organizzato che offre, sistematicamente, ogni 2 anni la mammografia alle donne tra 50-69 anni. Dove questa offerta è attiva molte donne vi partecipano; tuttavia, una quota consistente di donne si sottopone a mammografia, a scopo preventivo come raccomandato, ma su iniziativa spontanea, ovvero fuori dai programmi organizzati.

Il sistema "Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia" (PASSI) rileva informazioni sulla copertura dello screening mammografico, entro i programmi organizzati dalle Aziende Sanitarie Locali (ASL) oppure su iniziativa personale, i fattori predittivi della pratica dello screening e le attività di promozione.

PASSI è un sistema di sorveglianza in continuo che raccoglie, ogni anno, informazioni su un campione di oltre 35.000 persone, rappresentativo per genere ed età della popolazione residente di 18-69 anni di età.

Nel presente indicatore vengono presentati i dati PASSI riferiti al quadriennio 2011-2014, stimati su un campione complessivo di 29.274 donne di età 50-69 anni.

Percentuale di donne che si sottopone a mammografia su iniziativa spontanea

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Donne di 50-69 anni che dichiarano di essersi sottoposte a mammografia a scopo preventivo, nei 2 anni precedenti l'intervista, su iniziativa spontanea}}{\text{Donne di 50-69 anni intervistate che dichiarano di essersi sottoposte o meno a mammografia}} \times 100$$

Validità e limiti. Confrontando i dati riferiti provenienti dal Behavioral Risk Factor Surveillance System, con quelli ricavati dei sistemi di registrazione clinici negli Stati Uniti, è stato osservato che raramente una donna che ha effettuato la mammografia nell'intervallo raccomandato omette di riferirlo (elevata sensibilità). Invece, un certo numero di donne che ha effettuato la mammografia, prima del biennio precedente l'intervista, dichiara di averla fatta nelle tempistiche raccomandate (moderata specificità). Questo fenomeno viene attribuito, principalmente, al cosiddetto effetto "telescopico", per cui l'intervistato riferisce di aver effettuato il test più recentemente di quanto accaduto in realtà. Sono state escluse le donne che si sono rifiutate di rispondere e quelle che hanno risposto "non so". A causa della specificità non ottimale, la copertura potrebbe essere sovrastimata. Anche se questo è stato verificato in contesti diversi dall'Italia, questa possibile sovrastima deve essere tenuta presente quando si interpretano i dati.

L'espressione di questo indicatore si riferisce al calcolo della stima per ASL; per garantire idonea rappresentatività degli stessi indicatori a livello regionale e nazionale, i dati delle singole ASL vengono aggregati per regione e opportunamente pesati.

Va ricordato, inoltre, che in Italia i registri dei programmi organizzati non raccolgono informazioni sui test eseguiti al di fuori dei programmi stessi; tali informazioni vengono, invece, rilevate sistematicamente da PASSI che riesce, pertanto, a fornire anche una stima della quota di donne che si sottopone a screening spontaneamente.

Valore di riferimento/Benchmark. Difficile individuare, univocamente, un valore di riferimento per questo indicatore.

Nelle realtà dove l'estensione e la copertura dei programmi di screening organizzati raggiunge efficacemente la totalità della popolazione femminile target di 50-69 anni di età, l'iniziativa spontanea dovrebbe non essere presente. In molte realtà, invece, lo screening mammografico spontaneo sopperisce, in parte, la mancanza di offerta attiva di programmi di screening organizzati da parte delle ASL ed è, dunque, auspicabile sia presente e raggiunga la maggior parte della popolazione femminile target. È, tuttavia, possibile che promuovere l'offerta di screening mammografico fuori dai programmi organizzati possa disincentivare l'adesione a quest'ultimi.

Descrizione dei risultati

La mammografia a scopo preventivo viene effettuata, in gran parte, nell'ambito dei programmi organizzati dalle ASL: a livello nazionale, nel periodo 2011-2014, il 51% della popolazione target femminile aderisce ai programmi offerti dalle ASL, mentre il 19% si sottopone a mammografia preventiva, nei tempi raccomandati, su iniziativa spontanea (ovvero fuori dei programmi di screening organizzati) (Grafico 1).

Le differenze territoriali della copertura totale dello screening mammografico sono, essenzialmente, determinate dalle differenza nella quota di donne che aderisce ai programmi organizzati (la quota più rilevante), che determina un chiaro gradiente Nord-Sud ed Isole a sfavore delle regioni meridionali mentre,

V. MINARDI, G. FERRANTE, M. MASOCCO, V. POSSENTI, E. QUARCHIONI, S. SALMASO

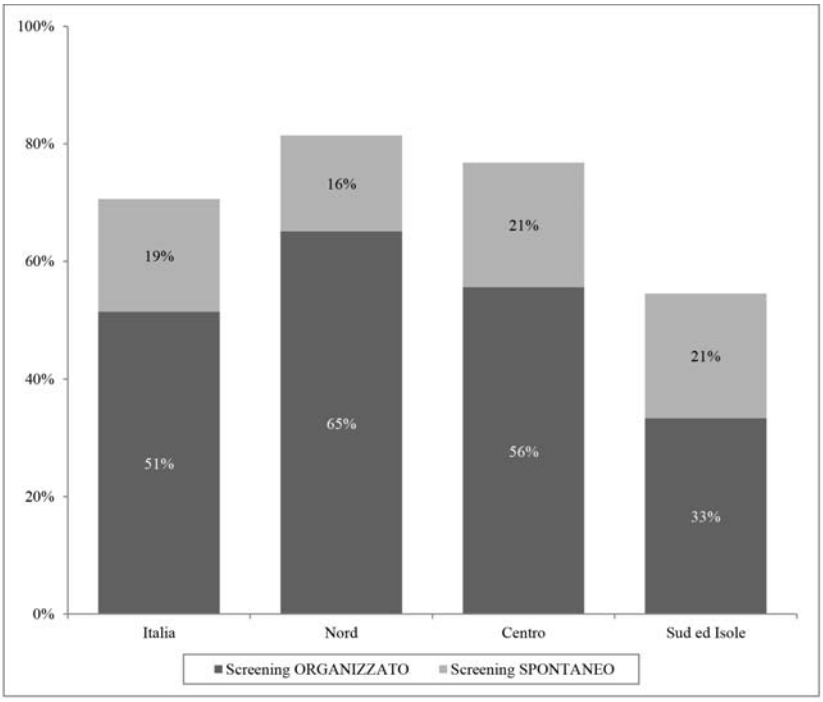
Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 92

rispetto a questa, la geografia dello screening mammografico spontaneo è speculare e fa registrare valori più bassi al Nord (16%) e maggiori al Centro-Sud ed Isole (21%) senza, tuttavia, riuscire a compensare le differenze geografiche nella copertura dello screening organizzato. Il valore maggiore della proporzione di donne che si sottopone a mammografia preventiva su iniziativa spontanea si registra in Liguria (31%), quello più basso in Basilicata (5%) e Valle d'Aosta (6%).

Nel periodo 2008-2014 si evidenzia un aumento dell'indicatore nelle regioni del Meridione (dal 17% al 21%) (Grafico 2).

La quota di donne che si sottopone a screening mammografico fuori dai programmi organizzati è maggiore tra le 50-59enni (24%), tra le più istruite (30%) e tra quelle che riferiscono di non aver alcuna difficoltà economica ad arrivare alla fine del mese (22%).

Grafico 1 - Quota media (valori percentuali) di donne di età 50-69 anni che dichiarano di essersi sottoposte a mammografia nei 2 anni precedenti l'intervista, su iniziativa spontanea o nell'ambito di screening organizzati, per macroarea - Anni 2011-2014

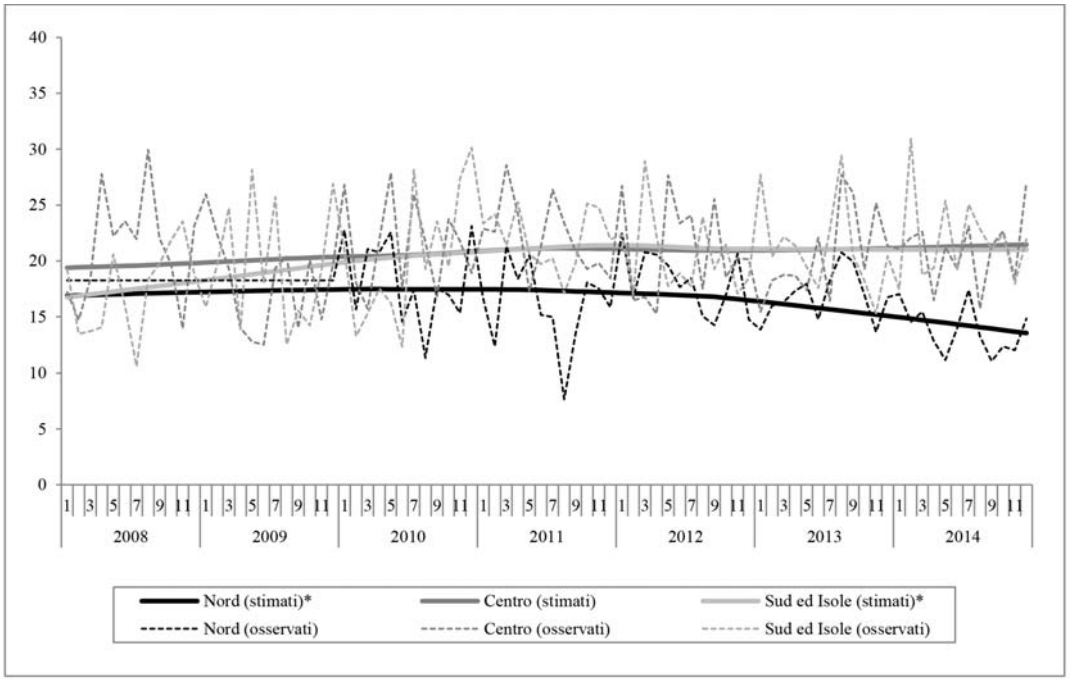


Fonte dei dati: PASSI. Anni 2011-2014.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 93

Quota media (valori percentuali) di donne di età 50-69 anni che dichiarano di essersi sottoposte a mammografia nei 2 anni precedenti l'intervista, su iniziativa spontanea, per regione. Anni 2011-2014

Grafico 2 - Quota media mensile (valori percentuali) di donne di età 50-69 anni che dichiarano di essersi sottoposte a mammografia nei 2 anni precedenti l'intervista, su iniziativa spontanea, per macroarea - Anni 2008-2014



*p<0,01

Fonte dei dati: PASSI. Analisi delle serie storiche (modelli ARIMA) su i dati prevalenza mensili. Anni 2008-2014.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 94

Raccomandazioni di Osservasalute

Nel periodo 2011-2014 la maggior parte delle donne di 50-69 anni (93%) intervistate da PASSI è stata raggiunta da almeno un intervento di promozione dello screening mammografico (consiglio del medico, campagna informativa o lettera di invito della ASL).
Anche le donne che effettuano la mammografia a scopo preventivo, su iniziativa spontanea, sono sensibili alle iniziative di promozione dello screening e l'intervento più efficace dai dati PASSI sembra essere la combinazione fra la campagna informativa e il consiglio del medico/operatore sanitario; il 39% delle donne che hanno ricevuto entrambi decide di sottoporsi allo screening rispetto al 14% che lo fa pur non essendo stata raggiunta da alcun tipo di intervento di promozione.
Implementare le campagne informative sull'importanza della diagnosi precoce e promuovere campagne di sensibilizzazione rivolte ad operatori sanitari, affinché attivamente suggeriscano alle donne di fare prevenzione, aumenta l'adesione allo screening.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 95

Screening per il tumore della cervice uterina su iniziativa spontanea

Significato. Nonostante la mortalità per carcinoma del collo dell'utero si sia notevolmente ridotta negli ultimi decenni in Italia, in concomitanza con la diffusione del test di Papanicolaou (Pap test) e, più recentemente, anche del test per l'Human Papilloma Virus (HPV test), si registrano ancora oggi alcune centinaia di decessi evitabili ogni anno. L'esecuzione dello screening è raccomandata ogni 3 anni alle donne dai 25 anni di età fino ai 64 anni. Le Linee Guida europee e italiane raccomandano l'implementazione dei programmi di screening organizzati, basati su un invito attivo da parte della Aziende Sanitarie Locali (ASL), e l'offerta di un percorso di approfondimento assistenziale e terapeutico definito e gratuito. Dove questa offerta è attiva molte donne vi partecipano; tuttavia, una quota consistente di donne si sottopone ai test di screening raccomandato su iniziativa spontanea, ovvero fuori dai programmi organizzati.
Il sistema "Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia" (PASSI) rileva informazioni sulla copertura dello screening per il tumore della cervice uterina, entro i programmi organizzati dalle ASL oppure su iniziativa spontanea, i fattori predittivi della pratica dello screening e le attività di promozione. Nel presente indicatore vengono presentati i dati PASSI riferiti al quadriennio 2011-2014, stimati su un campione complessivo di 61.112 donne di età 25-64 anni.

Percentuale di donne che si sottopone a screening per il tumore della cervice uterina su iniziativa spontanea

$$\text{Numeratore} = \frac{\text{Donne di 25-64 anni che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il tumore della cervice uterina a scopo preventivo, nei 3 anni precedenti l'intervista, su iniziativa spontanea}}{\text{Denominatore: Donne di 25-64 anni intervistate che dichiarano di essersi sottoposte o meno a screening del tumore della cervice uterina}} \times 100$$

Validità e limiti. In contesti diversi da quelli italiani, i dati riferiti sono stati più volte confrontati a quelli registrati (in archivi delle prestazioni, diari clinici etc.) ed è stato verificato che i dati auto riferiti sono dotati di elevata sensibilità. Un certo numero di donne che non ha effettuato test di screening per la diagnosi precoce del carcinoma del collo dell'utero negli ultimi 3 anni, dichiara di averlo fatto (moderata specificità). Questo fenomeno è attribuito all'effetto telescopico, per cui l'intervistata ricorda di essersi sottoposta al test più recentemente di quanto sia accaduto, oppure al fatto che la donna ritiene erroneamente che, nel corso di una visita ginecologica, sia stato effettuato anche un test di screening preventivo. A causa della specificità non ottimale, la copertura potrebbe essere sovrastimata, anche se questo non è stato verificato in contesti italiani. Questa possibile sovrastima deve essere tenuta presente quando si interpretano i dati. Va ricordato, inoltre, che, in Italia, i registri dei programmi organizzati non forniscono informazioni sui test eseguiti al di fuori dei programmi stessi. Tali informazioni vengono invece rilevate, sistematicamente, da PASSI che riesce ,pertanto, a fornire anche una stima della quota di donne che si sottopone a screening spontaneamente.

Valore di riferimento/Benchmark. Difficile individuare, univocamente, un valore di riferimento per questo indicatore.
Nelle realtà, dove l'estensione e la copertura dei programmi di screening organizzati raggiunge efficacemente la totalità della popolazione femminile target di 25-64 anni di età, l'iniziativa spontanea dovrebbe non essere presente. In molte realtà, invece, lo screening per il tumore della cervice uterina spontaneo sopperisce la mancanza di offerta attiva di programmi di screening organizzati da parte delle ASL ed è, dunque, auspicabile sia presente e raggiunga la maggior parte della popolazione femminile target. È, tuttavia, possibile che promuovere l'offerta di screening per il tumore della cervice uterina fuori dai programmi organizzati possa disincentivare, in parte, l'adesione a quest'ultimi.

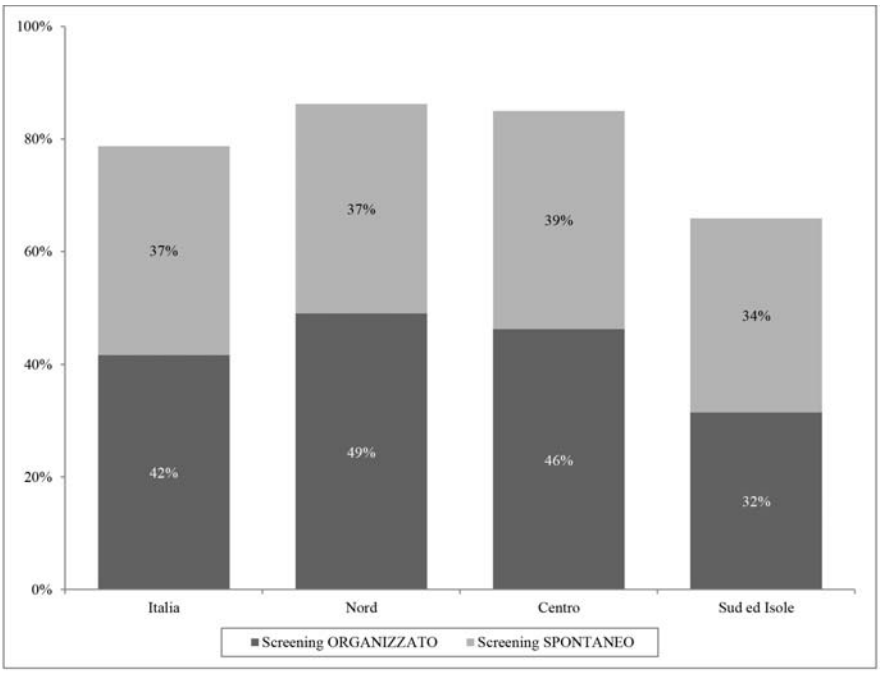
Descrizione dei risultati

Nel periodo 2011-2014, il 42% della popolazione target femminile si sottopone a screening per il tumore della cervice uterina (Pap test e/o HPV test), aderendo ai programmi offerti dalle ASL, ma una quota analoga, pari al 37%, si sottopone a screening cervicale a scopo preventivo e nei tempi raccomandati per iniziativa spontanea.
Nel Centro e nel Nord la quota di donne che si sottopone a screening per il tumore della cervice uterina nell'ambito di programmi organizzati è, significativamente, maggiore della quota di donne che lo fa su iniziativa spontanea (49% vs 37% nel Nord e 46% vs 39% nel Centro); accade il contrario nel Meridione (32% vs 34%) dove la quota di donne che si sottopone a screening nell'ambito di programmi organizzati è fra le più basse (Grafico 1).
Dal 2008 al 2014, mentre cresce in tutto il Paese la copertura dello screening per il tumore della cervice

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 96

uterina organizzato, quella dello screening spontaneo resta, sostanzialmente, stabile o diminuisce significativamente nelle regioni del Nord (-9,4%).
La quota di donne che si sottopone a screening per il tumore della cervice uterina su iniziativa spontanea è maggiore tra le 35-49enni (42%) e tra le più istruite (45%) ed è particolarmente sensibile alle condizioni economiche: è pari al 41% fra le donne che riferiscono di non aver alcuna difficoltà economica e scende al 30% fra quelle con molte difficoltà economiche.

Grafico 1 - Quota media (valori percentuali) di donne di età 25-64 anni che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il tumore della cervice uterina nei 3 anni precedenti l'intervista, su iniziativa spontanea o nell'ambito di programmi di screening organizzati, per macroarea - Anni 2011-2014

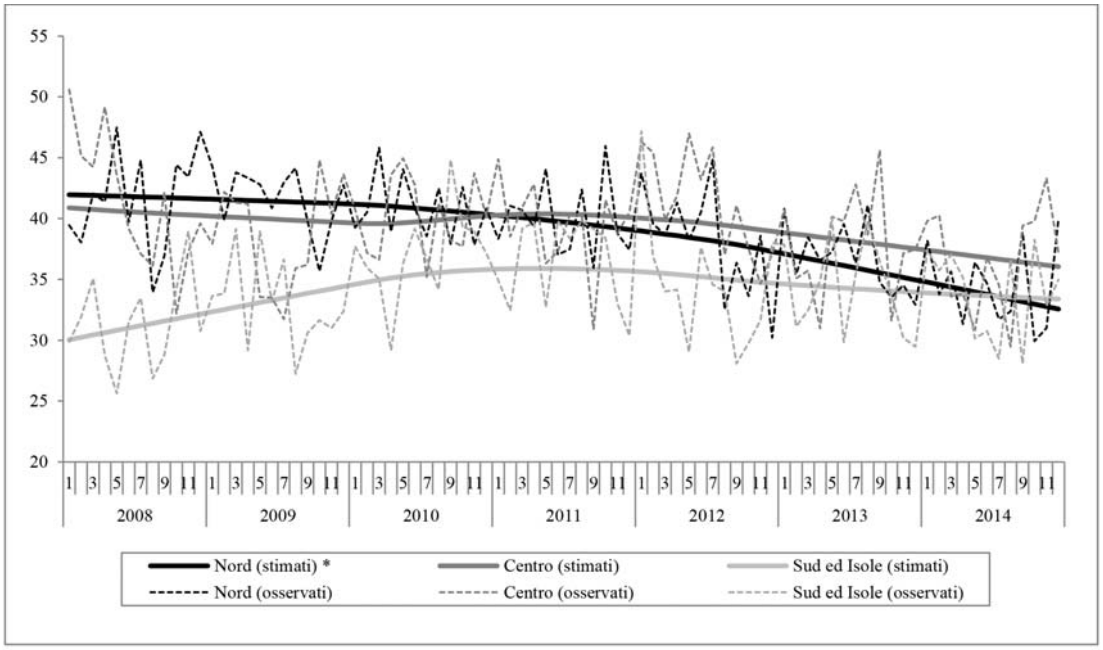


Fonte dei dati: PASSI. Anni 2011-2014.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 97

Quota media (valori percentuali) di donne di età 25-64 anni che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il tumore della cervice uterina nei 3 anni precedenti l'intervista, su iniziativa spontanea, per regione. Anni 2011-2014

Grafico 2 - Quota media mensile (valori percentuali) di donne di età 25-64 anni che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il tumore della cervice uterina nei 3 anni precedenti l'intervista, su iniziativa spontanea, per macroarea - Anni 2008-2014



*p<0,01

Fonte dei dati: PASSI. Analisi delle serie storiche (modelli ARIMA) su i dati prevalenza mensili. Anni 2008-2014.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 98

Raccomandazioni di Osservasalute

Nel periodo 2011-2014, quasi nove donne su dieci di 25-64 anni di età dichiarano di essere state raggiunte da almeno un intervento di promozione dello screening per il tumore della cervice uterina.

Anche le donne che effettuano lo screening per il tumore della cervice uterina, a scopo preventivo, su iniziativa spontanea, sono sensibili alle iniziative di promozione dello screening (consiglio del medico, campagna informativa etc.) e il consiglio del medico/operatore sanitario sembra essere quello più efficace: il 65% delle donne che ha ricevuto il consiglio da parte di un medico effettua il test rispetto al 28% che lo fa pur non essendo stata raggiunta da alcun tipo di intervento di promozione.

Promuovere campagne di sensibilizzazione rivolte ad operatori sanitari, affinché attivamente suggeriscano alle donne di fare prevenzione, aumenta l'adesione allo screening.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 99

Screening per il tumore del colon-retto

Significato. Il tumore del colon-retto, con quasi 60 mila nuovi casi stimati all'anno, è tra i tumori a maggiore incidenza nella popolazione italiana e rappresenta la seconda causa, per frequenza, di decesso per neoplasie sia fra gli uomini che fra le donne.
Abbastanza raro prima dei 40 anni, colpisce più frequentemente dopo i 60 anni di età e, fortunatamente, la sopravvivenza migliora nel tempo grazie ai miglioramenti terapeutici e alla diagnosi precoce.
La ricerca di Sangue Occulto nelle Feci (SOF) e la endoscopia digestiva (colonscopia e retto-sigmoidoscopia) sono i principali test di screening per la diagnosi precoce in pazienti asintomatici, in grado di diagnosticare oltre il 50% dei tumori negli stadi più precoci. Per questa ragione, in Italia, il Ministero della Salute raccomanda alle Aziende Sanitarie Locali (ASL) di organizzare programmi di screening rivolti alla popolazione di età 50-69 anni, che offrano la ricerca del SOF con frequenza biennale o l'esecuzione della retto-sigmoidoscopia o colonscopia (la cui cadenza non è stata definita in modo univoco). La maggior parte delle ASL offre alle persone tra 50-69 anni il test per la ricerca di SOF ogni 2 anni, mentre altre offrono la colonscopia/retto-sigmoidoscopia mediamente ogni 5 anni (quest'ultima prevalentemente come test di secondo livello). Infine, poche ASL, fra cui tutte quelle della regione Piemonte, offrono la retto-sigmoidoscopia una sola volta tra 58-60 anni.
Il sistema "Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia" (PASSI), rileva informazioni sulla copertura dello screening del tumore del colon-retto, entro i programmi organizzati dalle ASL oppure su iniziativa personale, i fattori predittivi della pratica dello screening e le attività di promozione. Nel presente indicatore vengono presentati i dati PASSI riferiti al quadriennio 2011-2014, stimati su un campione complessivo di 51.966 persone di età 50-69 anni. I dati delle ASL piemontesi sono escluse dalle analisi perché non direttamente confrontabili con il resto delle ASL.

Percentuale di persone che si sottopone a screening per il tumore del colon-retto

$$\text{Numeratore} = \frac{\text{Persone di 50-69 anni che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il tumore del colon-retto (SOF nei 2 anni precedenti l'intervista e/o colonscopia/retto-sigmoidoscopia nei 5 anni precedenti l'intervista) nell'ambito di programmi organizzati o su iniziativa spontanea}}{\text{Denominatore}} \times 100$$

Denominatore: Persone di 50-69 anni intervistate che dichiarano di essersi sottoposte o meno a screening per il tumore del colon-retto

Validità e limiti. L'indicatore fornisce una stima della quota complessiva di popolazione che si è sottoposta ad intervento preventivo appropriato (sia nell'ambito di programmi organizzati che come iniziativa spontanea) e deriva dall'integrazione cumulativa delle prevalenze di coloro che hanno eseguito il SOF e/o l'endoscopia negli intervalli di tempo specificati. Gli studi che hanno valutato la validità dei dati riferiti per stimare l'effettuazione dello screening con il test SOF e gli esami endoscopici hanno evidenziato una sovra-segnalazione per entrambi i test.
In mancanza di certezze sull'intervallo ottimale di esecuzione dell'esame endoscopico, l'indicatore è stato basato su un periodo di riferimento di 5 anni, seguendo l'indicazione del Behavioural Risk Factor Surveillance System. In questo modo, però, si sottostima la copertura in quelle ASL che offrono l'esame una sola volta nella vita.
Sono state escluse le persone che si sono rifiutate di rispondere e quelle che hanno risposto "non so".
Entrambi gli indicatori elementari, in base ai quali si calcola questo indicatore cumulativo, possono sovrastimare la copertura; pertanto, mancando studi effettuati nel contesto italiano, è consigliata cautela nell'interpretazione di questo dato.
L'espressione di questo indicatore si riferisce al calcolo della stima per ASL; per garantire idonea rappresentatività degli stessi indicatori a livello regionale e nazionale i dati delle singole ASL vengono aggregati per regione e opportunamente pesati. Le ASL piemontesi sono escluse da queste stime a causa della non confrontabilità dei programmi di screening adottati.

Valore di riferimento/Benchmark. L'atteso è che la totalità delle persone nella fascia di età 50-69 anni sia invitata a eseguire lo screening e lo esegua nei tempi consigliati.

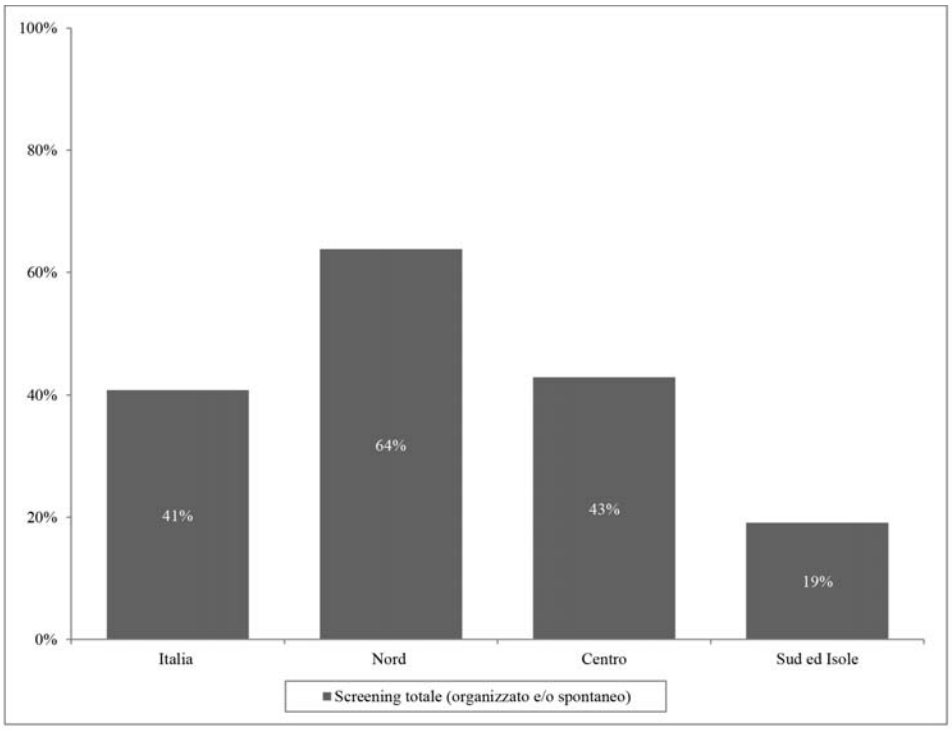
Descrizione dei risultati

La copertura nazionale dello screening per il tumore del colon-retto è molto lontana dall'atteso: dai dati PASSI 2011-2014 solo il 41% della popolazione target riferisce di essersi sottoposta, a scopo preventivo, ad uno degli esami (ricerca del SOF negli ultimi 2 anni oppure colonscopia/rettosigmoidoscopia negli ultimi 5 anni) per la diagnosi precoce dei tumori colorettali (Grafico 1).
Evidente è il gradiente geografico Nord-Sud ed Isole: la copertura dello screening per il tumore del colon-

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 100

retto raggiunge valori più alti fra i residenti al Nord (64%), ma è significativamente più basso fra i residenti del Centro (43%) e del Sud ed Isole (19%). Il dato più elevato di copertura si registra in Emilia-Romagna con il 71%, quello più basso in Calabria con il 13%.
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 colon-retto 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).
Lo screening per il tumore del colon-retto è più frequente fra i 60-69enni (45%), negli uomini rispetto alle donne (42% vs 39%), nelle persone senza difficoltà economiche rispetto a chi ne dichiara molte (51% vs 28%) e tra gli italiani rispetto agli stranieri (41% vs 35%).

Grafico 1 - Quota media (valori percentuali) di persone di età 50-69 anni che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il tumore del colon-retto (SOF nei 2 anni precedenti l'intervista e/o colonscopia/retto-sigmoidoscopia nei 5 anni precedenti l'intervista), su iniziativa spontanea e/o nell'ambito di programmi di screening organizzati, per macroarea - Anni 2011-2014



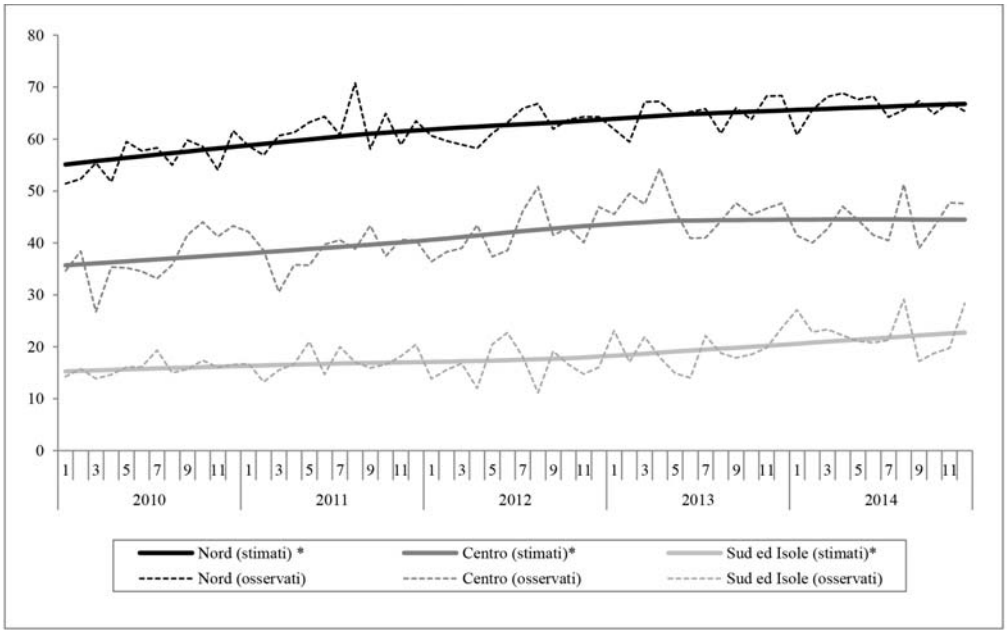
Nota: i dati delle ASL piemontesi sono esclusi dalle analisi perché non direttamente confrontabili con il resto delle ASL, poiché offrono programmi di screening colorettali ad una fascia di popolazione diversa e con cadenza diversa.

Fonte dei dati: PASSI. Anni 2011-2014.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 101

Quota media (valori percentuali) di persone di età 50-69 anni che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il tumore del colon-retto (SOF nei 2 anni precedenti l'intervista e/o colonscopia/retto-sigmoidoscopia nei 5 anni precedenti l'intervista), su iniziativa spontanea e/o nell'ambito di programmi di screening organizzati, per regione. Anni 2011-2014

Grafico 2 - Quota media mensile (valori percentuali) di persone di età 50-69 anni che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il tumore del colon-retto (SOF nei 2 anni precedenti l'intervista e/o colonscopia/retto-sigmoidoscopia nei 5 anni precedenti l'intervista), su iniziativa spontanea e/o nell'ambito di programmi di screening organizzati, per macrarea - Anni 2011-2014



*p<0,01

Fonte dei dati: PASSI. Analisi delle serie storiche (modelli ARIMA) su i dati prevalenza mensili. Anni 2011-2014.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 102

Raccomandazioni di Osservasalute

Nel quadriennio 2011-2014, oltre la metà delle persone fra i 50-69 anni (61%) è stata raggiunta da almeno un intervento di promozione dello screening per il tumore del colon-retto. L'efficacia della promozione dello screening cresce all'aumentare del numero di input ricevuti (lettera della ASL, consiglio del medico e campagna informativa). Infatti, il 78% degli intervistati tra 50-69 anni, che ha ricevuto la lettera di invito associata al consiglio di un operatore sanitario, si è sottoposta a screening per il tumore del colon-retto rispetto al 9% di quelli non raggiunti da alcun intervento. Le persone raggiunte da tutti e tre gli interventi di promozione (lettera, consiglio del medico e campagna informativa) eseguono il test di screening nell'80% dei casi.

La lettera di invito potrebbe non essere sufficiente a garantire l'adesione ai programmi di screening organizzati; promuovere campagne di sensibilizzazione rivolte ad operatori sanitari, affinché attivamente suggeriscano di fare prevenzione, aumenta l'adesione allo screening.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 103

La pratica dell'attività fisica secondo le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità

Dott.ssa Emanuela Bologna, Dott.ssa Laura Iannucci, Dott.ssa Valeria Qualiano

Contesto

Nel 2010, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha pubblicato le raccomandazioni sui livelli di attività fisica protettivi per la salute, ovvero Health Enhancing Physical Activity, specifici per bambini, ragazzi, adulti ed anziani. Tali raccomandazioni sono basate su evidenze scientifiche che hanno dimostrato gli effetti benefici, sullo stato di salute, prodotti da una attività fisica di moderata intensità, svolta con regolarità (1).
L'OMS determina, per ogni sottogruppo di popolazione, le soglie raccomandate, considerando la durata e l'intensità dell'attività fisica praticata nell'arco di 1 settimana[1].

Materiali e metodi

Utilizzando le informazioni raccolte nell'ambito dell'indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", condotta tra il 2012-2013, sulla durata e la frequenza con cui si pratica nel tempo libero l'attività fisica, di tipo moderato o intensivo, è stato possibile calcolare un indicatore del livello di attività fisico-motoria adeguato, per avere dei benefici sulla salute psico-fisica rispetto alle raccomandazioni dell'OMS. Il suo complemento, considerato come livello inadeguato di attività, è stato considerato per analizzare i gruppi a rischio nella popolazione che non praticano esercizio fisico sufficiente a svolgere un ruolo protettivo per la salute. Occorre, comunque, precisare che l'indicatore esaminato è riferito solo all'attività svolta nel tempo libero e non tiene conto dell'attività fisica svolta in ambito lavorativo o domestico; per i bambini e i ragazzi non tiene conto dell'attività fisica svolta a scuola. Inoltre, l'indicatore comprende sia chi non svolge alcun tipo di attività che chi la pratica al di sotto delle soglie raccomandate.

Risultati

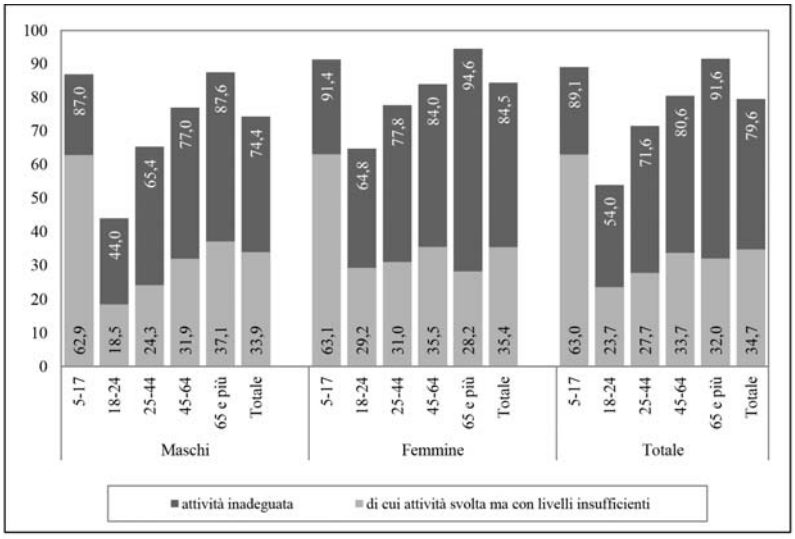
Analizzando la distribuzione per genere e classe di età si evidenzia che il 79,6% della popolazione di 5 anni ed oltre non pratica un'attività fisica protettiva per la salute e, tra questi, il 34,7% la svolge, ma con livelli insufficienti secondo le raccomandazioni dell'OMS. I livelli più elevati di attività inadeguata si osservano tra gli anziani (91,6%) e tra i bambini e adolescenti di età compresa tra i 5-17 anni (89,1%), età in cui è necessario spendere almeno 1 ora al giorno nel praticare attività fisico-sportiva. Tuttavia, tra i ragazzi, più della metà (62,9%) svolge attività fisica nel tempo libero, ma con livelli insufficienti rispetto alle raccomandazioni dell'OMS; solo un terzo degli anziani (31,9%), invece, svolge attività fisica anche se di livello insufficiente.
La quota di donne che praticano livelli non adeguati di attività fisica secondo le soglie raccomandate è superiore a quella degli uomini in tutte le classi di età. Il gap di genere è particolarmente evidente per i 18-24enni, fascia di età in cui ben il 64,8% delle donne non pratica un'attività fisica adeguata, rispetto al 44% degli uomini (Grafico 1).
A livello territoriale, nel Sud (85,9%) e nelle Isole (84,5%) si concentra la popolazione meno attiva; in particolar modo in Calabria (88,6%), Campania (87,8%), Basilicata (87,5%) e Sicilia (86,8%). Le regioni dove il fenomeno è meno accentuato sono quelle del Nord-Est (74,1%). Nello specifico, nelle PA di Trento (69,5%) e di Bolzano (68,4%) la quota di persone che praticano livelli di attività fisica insufficienti secondo le raccomandazioni dell'OMS si discosta di circa 10 punti percentuali dalla quota sul totale Italia (Grafico 2).
Se si analizza l'impatto delle principali variabili di status (titolo di studio e risorse economiche dichiarate) sui livelli di pratica dell'attività fisica, si rilevano diseguaglianze sociali molto accentuate, soprattutto tra la popolazione adulta di 18 anni ed oltre (Grafico 3).
La quota di persone di 5 anni ed oltre con livelli di attività fisica non adeguata è più elevata tra le persone con basso titolo di studio e in tutte le classi di età; in particolare gli scostamenti più elevati si osservano nella popolazione giovane di 18-24 anni (il 41,3% dei laureati non pratica attività fisica adeguata, rispetto al 63,0% di quelli con al massimo la licenza media) e adulta di 25-44 anni (il 59,8% dei i laureati non pratica attività fisica adeguata, rispetto all' 83,1% di quelli con al massimo la licenza media). Nel gruppo che svolge attività fisica inadeguata, la proporzione di coloro che svolgono qualche attività fisica nel tempo libero, anche se con livelli insufficienti, è maggiore tra i laureati (40,3% vs 68,1%) rispetto a chi ha al massimo la licenza media (30,7% vs 87,4%) (Grafico 3).

[1]Per i bambini e i ragazzi dai 5-17 anni, l'OMS raccomanda almeno 60 minuti al giorno di attività fisico-sportiva da moderata a intensiva (nei diversi ambiti della vita quotidiana). Per gli adulti (18-64 anni) e gli anziani di 65 anni ed oltre, sono raccomandati almeno 150 minuti di attività fisico-sportiva moderata a settimana, oppure almeno 75 minuti di attività fisico-sportiva intensiva a settimana, oppure una combinazione equivalente di attività fisico-sportiva intensiva e moderata (nei diversi ambiti della vita quotidiana: lavoro, tempo libero e attività domestiche).

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 104

Un analogo svantaggio si osserva analizzando il profilo socio-economico della popolazione con livelli di attività inadeguata: 85,0% per coloro che dichiarano risorse economiche familiari scarse o insufficienti rispetto al 76,2% di chi dichiara risorse ottime o adeguate (Grafico 3).
Analizzando la popolazione più giovane (5-24 anni), si può notare come l'impatto delle diseguaglianze sociali cresca con l'età. Infatti, è soprattutto nei giovani tra i 18-24 anni che il livello di attività fisica praticata è fortemente influenzato dal livello di istruzione dei genitori (il 63,0% dei giovani che praticano attività fisica inadeguata ha genitori con un basso livello di istruzione rispetto al 41,3% di quelli con genitori laureati) (Grafico 4) e dalle risorse economiche familiari (il 61,7% di coloro che vivono in famiglie con risorse scarse o insufficienti pratica attività fisica non adeguata rispetto al 47,9% di coloro che vivono in famiglie che dichiarano risorse ottime o adeguate).
Tali evidenze sono confermate dall'analisi degli Odds Ratio[2] (OR) stimati con il modello di regressione logistica. Si osserva, infatti, come la propensione alla pratica di un livello non adeguato di attività fisica sia correlata con il titolo di studio dei genitori (OR=1,59 se i genitori hanno un basso titolo di studio, OR=1 se i genitori sono laureati) e con le risorse economiche familiari (OR=1,36 se le risorse economiche dichiarate sono scarse o insufficienti, OR=1 se le risorse sono ottime o adeguate). Inoltre, la propensione verso uno stile di vita inadeguato nella pratica dell'attività fisica è ancor più alto quando in famiglia almeno un genitore ha lo stesso tipo di comportamento (OR=1,84) (Tabella 1).

Grafico 1 - Prevalenza (valori percentuali) di persone che praticano attività fisica inadeguata, rispetto alle raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, per genere e classe di età - Anno 2013

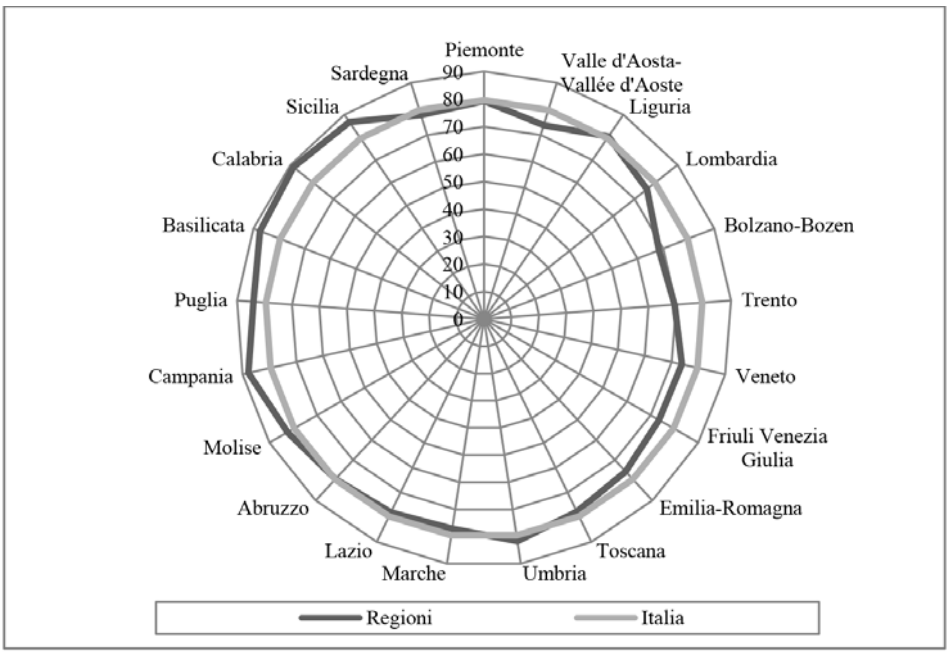


Fonte dei dati: Istat. Indagine sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Anno 2013.

[2]Il modello di regressione logistica consente di comprendere le associazioni di più variabili (indipendenti) con una variabile risposta (dipendente). L'associazione viene espressa attraversi gli Odds Ratio che assumono valori >1 nel caso di associazione positiva, valori <1 in caso di associazione negativa.

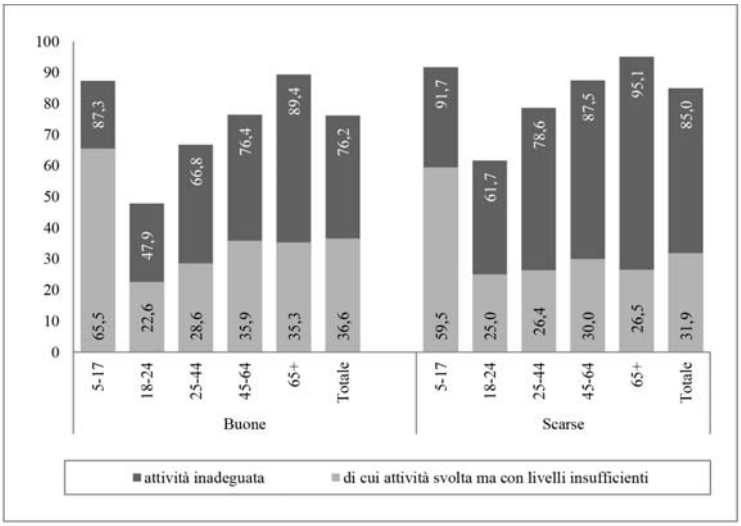
Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 105

Grafico 2 - Prevalenza (valori percentuali) di persone che praticano attività fisica inadeguata, rispetto alle raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, per regione - Anno 2013



Fonte dei dati: Istat. Indagine sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Anno 2013.

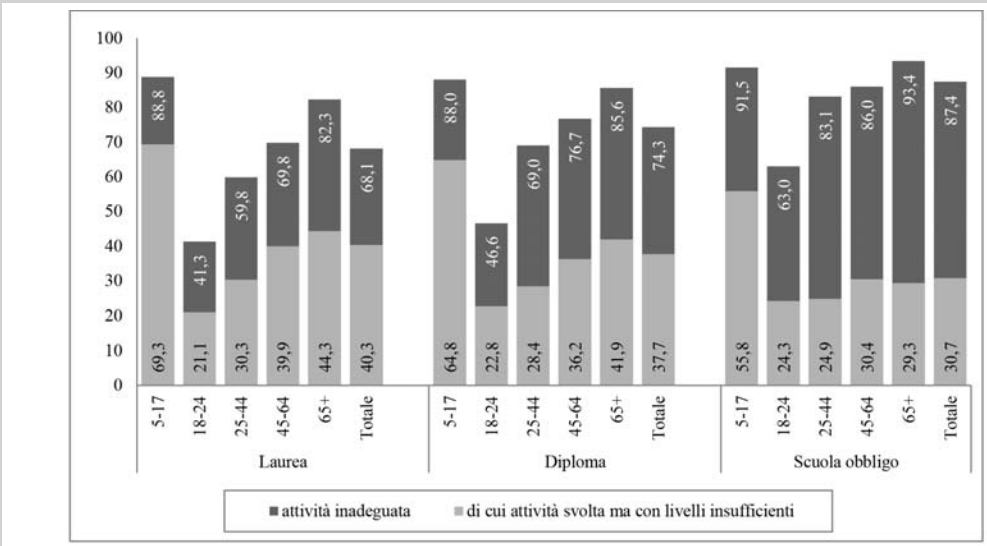
Grafico 3 - Prevalenza (valori percentuali) di persone che praticano attività fisica inadeguata, rispetto alle raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, per classe di età e giudizio sulle risorse economiche - Anno 2013



Fonte dei dati: Istat. Indagine sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Anno 2013.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 106

Grafico 4 - Prevalenza (valori percentuali) di persone che praticano attività fisica inadeguata, rispetto alle raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, per classe di età e titolo di studio* - Anno 2013



*Per le persone fino a 24 anni si considera il titolo di studio più alto conseguito dai genitori.

Fonte dei dati: Istat. Indagine sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Anno 2013.

Tabella 1 - Stima (Odds Ratio e Intervalli di Confidenza al 95%) della propensione all'attività fisica dei bambini e ragazzi di età 5-24 anni per titolo di studio dei genitori, giudizio sulle risorse economiche familiari e comportamento in famiglia - Anno 2013

Variabile	*Odds Ratio* (IC 95%)
Titolo di studio dei genitori	
Laurea	1
Diploma	n.s.
Scuola dell'obbligo	1,59 (1,42-1,77)
Giudizio sulle risorse economiche familiari	
Ottime o adeguate	1
Scarse o insufficienti	1,36 (1,26-1,.47)
Comportamento in famiglia	
Nessun genitore	1
Almeno un genitore	1,.84 (1,66-2,06)

n.s. = non significativo.

Nota: variabili di controllo: genere ed età. Nel modello di regressione logistica è stata assunta, come variabile risposta, la variabile dicotomica "pratica di attività fisica": 1=inadeguata e 0=adeguata (definita come descritto nella nota 1).

Fonte dei dati: Istat. Indagine sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Anno 2013.

Conclusioni

Alla luce delle evidenze illustrate, la gran parte della popolazione di tutte le età conduce ancora una vita poco attiva, sia considerando coloro che non svolgono alcuna attività fisica, sia coloro che la svolgono, ma con un livello insufficiente rispetto alle soglie raccomandate. Questo, probabilmente, avviene perché la maggior parte della popolazione ancora non conosce appieno i benefici salutari dell'attività fisica, nonostante i notevoli sforzi delle Istituzioni per promuovere e diffondere tali informazioni. Ad esempio, a livello europeo e nazionale, sono state programmate sempre più azioni per favorire "l'invecchiamento attivo" (Active ageing) (2), allo scopo di migliorare la qualità della vita degli anziani, sottolineando l'importanza di una vita attiva a livello fisico, ma anche sociale e culturale. Inoltre, sembra ancora radicata è la convinzione che per svolgere una vita più attiva si debba modificare profondamente il proprio stile di vita, con un notevole dispiego di tempo e di risorse economiche. In realtà, per adottare uno stile di vita più attivo, basterebbe modificare i piccoli gesti quotidiani (percorrere a piedi il tragitto casa lavoro, salire le scale etc.) (3).

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 107

Diventa, quindi, ancora più importante studiare e attuare sempre nuove e più efficaci iniziative, rivolte soprattutto alle persone più svantaggiate da un punto di vista socio-economico e culturale, al fine di diffondere la consapevolezza di quanto una vita più attiva sia importante per la salute complessiva della persona e di come il cambiamento positivo dello stile di vita si possa ottenere semplicemente modificando gradualmente le proprie abitudini giornaliere.

Riferimenti bibliografici

(1) WHO Global recommendations on Physical Activity for Health-2010.
(2) Who Active Ageing Index 2012 Concept, Methodology and Final Results.
(3) Programma "Guadagnare Salute". Disponibile sul sito: www.guadagnaresalute.it/attivita.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 108

Incidenti

Gli incidenti, nella loro accezione generale, rappresentano una componente molto rilevante per la Sanità Pubblica costituendo, pertanto, una delle cause di mortalità e di morbilità più importante e con il maggior peso in termini di conseguenze sulle persone, invalidità permanenti e costi per le famiglie. Nella letteratura internazionale, per "incidente" si intende l'insieme di incidenti stradali, incidenti domestici, infortuni sul lavoro e tutte le tipologie di cause accidentali che possono condurre ad una lesione o, nei casi più gravi, al decesso.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), gli incidenti sono, ogni anno, la causa di morte di più di 5 milioni di persone in tutto il mondo. Il 9% della mortalità globale è, infatti, attribuibile agli infortuni che rappresentano, quindi, un vero e proprio problema di Sanità Pubblica in tutti i Paesi. Sempre secondo le stime dell'OMS, ogni anno, in tutto il mondo, sono 1,2 milioni le persone che muoiono a causa di un incidente stradale e circa 50 milioni quelle che rimangono ferite (1, 2). Da altri approfondimenti pubblicati dall'OMS (Regional Office for Europe), emerge, poi, che la maggior parte dei Paesi dispone di politiche per la sicurezza stradale, ma un numero nettamente inferiore applica disposizioni e provvedimenti per prevenire le altre tipologie di incidente.

Le politiche di prevenzione della violenza domestica, ad esempio, citando un dato pubblicato su Progress in Preventing Injuries, sono presenti solo nel 71% dei Paesi (3). Del resto l'attenzione agli infortuni e incidenti, come tema al centro dei problemi da affrontare e risolvere in Sanità Pubblica, è confermata anche dall'attenzione dei media a questa tematica. Un recente editoriale del giornalista Jeremy N. Smith del New York Times, dal titolo Worried about what to worry about? Accidents should move higher up your list (pubblicato il 16 febbraio 2015), evidenzia il fatto che, in tutto il mondo, gli incidenti stradali uccidono più persone di quante ne uccida l'AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome), le cadute accidentali producono vittime in numero quasi triplo rispetto alle persone decedute per cancro al cervello ed i decessi per annegamento sono di più rispetto al numero di donne che muoiono per problemi legati al parto. Nel 2013, il numero di morti causato da tutte le lesioni non intenzionali è stato di circa 3,5 milioni di persone. Solo le malattie cardiovascolari sono i killer peggiori (4).

Nel Capitolo sono presentati, con riferimento alle statistiche disponibili in Italia, i dati più recenti su incidenti stradali con lesioni a persone, infortuni e mortalità sul lavoro ed incidenti domestici. Una proposta per questa Edizione è l'arricchimento del Capitolo con un Box sulla definizione e calcolo delle lesioni gravi in incidenti stradali e sugli infortuni sul lavoro degli stranieri in Italia.

Per quanto concerne gli incidenti stradali, nel 2014, in Italia, si sono verificati 177.031 incidenti stradali con lesioni a persone. Il numero dei morti, entro il 30° giorno, è stato di 3.381, mentre i feriti ammontano a 251.147. Rispetto al 2013, si riscontra una diminuzione del numero degli incidenti con lesioni a persone (-2,5%), del numero dei morti (-0,6%) e del numero dei feriti (-2,7%). Il numero di morti è diminuito, nel 2014, del 52,4% rispetto al 2001. Tra il 2010-2014, invece, la variazione percentuale è stata pari a -17,8% (5).

Gli infortuni sul lavoro denunciati nell'Industria e Servizi, invece, registrano nel corso del quinquennio 2010-2014 un calo significativo di oltre il 25%. La riduzione è dovuta alla combinazione di due fattori: da un lato la diminuzione dell'occupazione e dall'altro le politiche di prevenzione messe in atto nel corso degli anni.

Analizzando i tassi di incidenza degli infortuni sul lavoro si osserva come il tasso a livello nazionale sia variato da 4.292,8 a 3.277,0 per 100.000 addetti, mentre il tasso di mortalità per infortuni sul lavoro passa da 7,86 a 5,83 per 100.000 addetti (6).

Sul fronte degli incidenti domestici, infine, secondo l'Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana" condotta dall'Istat, nel 2014, nei 3 mesi precedenti l'intervista, 688 mila persone (pari all'11,3 per 1.000 persone) hanno avuto un incidente nella propria abitazione. Su questa base si può stimare che, nell'arco di 12 mesi, il fenomeno abbia coinvolto 2 milioni e 700 mila persone circa, cioè 45 individui ogni 1.000. Più coinvolte sono le donne (70% di tutti gli incidenti), con un quoziente di infortuni del 15,4 per 1.000 (gli uomini hanno un quoziente di infortuni del 7,1 per 1.000). La percentuale più alta di donne coinvolte è, sicuramente, spie-

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 110

gata sia dalla maggiore permanenza fra le mura domestiche che da un più frequente contatto con oggetti, utensili ed elettrodomestici che possono essere all'origine di un infortunio (taglio, ustione etc.) (7, 8).

In conclusione, per poter fornire una risposta al problema della prevenzione degli incidenti, occorrerebbe applicare e diffondere adeguatamente programmi di prevenzione efficaci per ciascuna tipologia di infortunio e, sicuramente, anche applicare best practice internazionali.

Riferimenti bibliografici

(1) Global status report on road safety 2013: supporting a decade of action. World Health Organization 2013. Disponibile sul sito: www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2013/en/.
(2) Epicentro. Il portale dell'epidemiologia per la sanità pubblica a cura del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute. Disponibile sul sito: www.epicentro.iss.it/temi/incidenti/incidenti.asp.
(3) Progress in Preventing Injuries in the WHO European Region - Implementing the WHO Regional Committee for Europe resolution EUR/RC55/R9 on prevention of injuries in the WHO European Region - World Health Organization 2008. Disponibile sul sito: www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/98423/E91710.pdf.
(4) Jeremy N. Smith - New York Times (February 16, 2015) Worried about what to worry about? Accidents should move higher up your list www.nytimes.com/2015/02/17/upshot/fatal-accidents-as-a-global-health-crisis.html?_r=0.
(5) Istat - Incidenti stradali in Italia. Anno 2014. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/archivio/172481.
(6) Banca Dati Statistica Inail - Anno 2015 aggiornamento al 30 aprile 2015. Disponibile sul sito: http://bancadaticsa.inail.it/bancadaticsa/login.asp.
(7) Istat - Aspetti della vita quotidiana. Anno 2013. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/archivio/129916.
(8) Ministero della Salute - Incidenti domestici. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/portale/temi/p2_5.jsp?lingua=italiano&area=incidenti%20domestici&menu=incidenti.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 111

Incidenti stradali

Significato. La rilevazione degli incidenti stradali con lesioni a persone riguarda tutti gli incidenti stradali verificatisi sulla rete stradale del territorio nazionale, verbalizzati da un'autorità di Polizia o dai Carabinieri, avvenuti su una strada aperta alla circolazione pubblica e che hanno causato lesioni a persone, morti e/o feriti, con il coinvolgimento di almeno un veicolo. La rilevazione è condotta, correntemente, dall'Istituto Nazionale di Statistica (Istat), con la compartecipazione dell'Automobile Club d'Italia e di numerosi Enti pubblici istituzionali ed è a carattere totale e a cadenza mensile (inserita tra le rilevazioni di interesse pubblico nel Programma Statistico Nazionale-IST00142). L'impianto organizzativo della rilevazione è diversamente articolato sul territorio. L'Istat, infatti, ha adottato un modello organizzativo flessibile del flusso di indagine attraverso la sottoscrizione di un Protocollo di intesa nazionale e la stipula di convenzioni specifiche con Regioni e PA. Tale sistema risulta funzionale al decentramento di alcune fasi del processo, risponde alle esigenze informative delle Amministrazioni locali connesse alle attività di programmazione di adeguati interventi in materia di sicurezza stradale e contribuisce a migliorare la qualità delle informazioni prodotte.
Per descrivere l'importanza e la gravità degli incidenti stradali sono stati utilizzati due indicatori: tasso di mortalità per incidente stradale standardizzato e tasso di incidentalità stradale a livello regionale e per anno. Tali indicatori consentono di definire letalità, occorrenza e severità del fenomeno oggetto di studio. Per fornire una misura diretta dell'intensità del fenomeno, sono stati inseriti nelle tabelle anche incidenti stradali e morti in valore assoluto.
Il livello di disaggregazione del territorio è dato da Regioni e PA, la serie temporale analizzata è il triennio 2012-2014 ed il tasso standardizzato di mortalità è calcolato per genere.
La standardizzazione dei tassi è stata effettuata con il metodo diretto della popolazione tipo. La popolazione standard utilizzata è quella media residente in Italia nel 2001. Il tasso di incidentalità stradale è calcolato come rapporto tra numero di incidenti con lesioni a persone e popolazione media residente ed è riferito al periodo 2012-2014.

Tasso di mortalità per incidente stradale*

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Morti per incidente stradale}}{\text{Popolazione media residente}} \times 10.000$$

Tasso di incidentalità stradale

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

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

Validità e limiti. A partire dalla precedente Edizione del Rapporto Osservasalute è stato deciso di utilizzare per il calcolo dei tassi standardizzati di mortalità, i decessi registrati mediante la rilevazione Istat degli incidenti stradali con lesioni a persone, in luogo dei casi rilevati dall'indagine sulle cause di morte, sempre condotta dall'Istat. Tale scelta è stata motivata dalla necessità di utilizzare dati, per il calcolo dei due indicatori citati, più omogenei tra di loro, confrontabili e armonizzati nelle definizioni utilizzate.
La qualità dei dati provenienti dalla rilevazione degli incidenti stradali con lesioni a persone, inoltre, è gradualmente migliorata nel tempo. Ad oggi, infatti, escludendo gli scostamenti tra i contingenti dovuti alle differenze definitorie, il numero dei decessi risulta pressoché analogo a quanto registrato dall'indagine sulle cause di morte.
Sembra opportuno ribadire, infine, che i tassi di mortalità standardizzati e di incidentalità stradale sono calcolati rapportando i decessi in incidente stradale per regione o PA di evento alla popolazione residente e non alla effettiva popolazione presente sul territorio ed esposta al rischio di incidente, poichè non disponibile da alcuna fonte dati. Benché tale rapporto potrebbe introdurre un bias, per la non corrispondenza tra numeratore e denominatore, questa approssimazione viene comunemente accettata ai fini dell'interpretazione del fenomeno.

Descrizione dei risultati

Nel nostro Paese il fenomeno dell'incidentalità stradale continua, ancora oggi, a rappresentare un proble-

S. BRUZZONE, G. BALDASSARRE, A. MANNOCCI

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 112

ma rilevante di Sanità Pubblica, seppure nel tempo si stia assistendo a un progressivo decremento degli incidenti stessi.
Nella Tabella 1 sono presentati i tassi standardizzati di mortalità (per 10.000 abitanti). In particolare, si osserva come i livelli dei tassi siano nettamente superiori per il genere maschile rispetto al genere femminile.
Tale andamento, consolidato nel tempo, dipende, principalmente, dal fatto che la maggior parte dei conducenti di veicoli coinvolti in incidenti stradali è di genere maschile, situazione particolarmente evidente nelle fasce di età giovanili.
Dall'analisi dei tassi di mortalità a livello regionale (Tabella 1) si rileva, per l'anno 2014, che le regioni con i livelli più elevati dell'indicatore sono la Valle d'Aosta (1,07 per 10.000), seguita da Molise e Friuli Venezia Giulia (rispettivamente, 0,89 e 0,81 per 10.000). Le regioni con i tassi più bassi sono, invece, la Liguria, la Campania e la Sicilia (rispettivamente, 0,35, 0,40 e 0,42 per 10.000). Il dato italiano è, nel 2014, pari a 0,55 (per 10.000).
Benché permangano differenze regionali su tutto il territorio nazionale, il tasso standardizzato a livello nazionale presenta un andamento decrescente costante nel tempo (0,62 per 10.000 nel 2012, 0,57 nel 2013 e 0,55 per 10.000 nel 2014).
Gli incidenti stradali, nel 2014, sono stati 177.031 (Tabella 2) con una flessione del 2,5% rispetto all'anno precedente e del 5,9% rispetto al 2012. Le vittime della strada, nello stesso anno, sono state 3.381, valore quasi stabile rispetto al 2013, con un calo dello 0,6% e in diminuzione rispetto al 2012 del 9,9%. I tassi medi di incidentalità stradale (per 10.000 abitanti) più elevati nel periodo 2012-2014 si riconfermano, in ordine decrescente, in Liguria, Toscana, Emilia-Romagna e Lazio, mentre quelli più bassi, in ordine crescente, si registrano in Calabria, Basilicata, Campania e Molise. Anche nei singoli anni considerati (2012, 2013 e 2014), la graduatoria delle regioni resta quasi invariata e ricalca quella della media triennale.

Tabella 1 - Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità per incidente stradale per genere e per regione - Anni 2012-2014

Regioni	Maschi			Femmine			Totale		
	2012	2013*	2014	2012	2013*	2014	2012	2013*	2014
Piemonte	1,09	0,95	0,99	0,20	0,26	0,16	0,62	0,60	0,55
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	1,71	0,95	1,77	0,25	0,00	0,39	0,93	0,48	1,07
Lombardia	0,96	0,79	0,73	0,22	0,15	0,20	0,58	0,46	0,45
Bolzano-Bozen	1,28	1,09	1,13	0,13	0,13	0,12	0,70	0,61	0,60
Trento	0,99	0,98	0,82	0,40	0,13	0,23	0,68	0,55	0,51
Veneto	1,24	1,02	1,12	0,34	0,22	0,24	0,77	0,60	0,66
Friuli Venezia Giulia	1,14	1,09	1,24	0,25	0,27	0,43	0,68	0,67	0,81
Liguria	0,97	0,73	0,61	0,15	0,22	0,10	0,54	0,46	0,35
Emilia-Romagna	1,36	1,22	1,15	0,33	0,32	0,28	0,82	0,75	0,69
Toscana	1,09	0,88	1,02	0,22	0,24	0,30	0,64	0,55	0,64
Umbria	1,00	1,07	0,80	0,16	0,21	0,19	0,56	0,63	0,48
Marche	1,00	0,84	0,86	0,24	0,20	0,41	0,60	0,51	0,62
Lazio	1,18	1,11	1,04	0,27	0,21	0,26	0,71	0,64	0,64
Abruzzo	1,17	0,88	0,93	0,17	0,14	0,26	0,65	0,50	0,58
Molise	0,98	1,34	1,30	0,26	0,29	0,48	0,61	0,81	0,89
Campania	0,69	0,75	0,71	0,15	0,21	0,12	0,41	0,47	0,40
Puglia	1,10	0,90	0,97	0,26	0,23	0,20	0,66	0,55	0,56
Basilicata	1,51	0,61	1,24	0,31	0,15	0,17	0,91	0,38	0,70
Calabria	1,04	0,81	0,83	0,21	0,17	0,21	0,61	0,48	0,52
Sicilia	0,74	0,85	0,71	0,20	0,20	0,15	0,46	0,52	0,42
Sardegna	1,07	1,26	0,92	0,09	0,25	0,30	0,58	0,75	0,60
Italia	**1,04**	**0,96**	**0,91**	**0,23**	**0,21**	**0,22**	**0,62**	**0,57**	**0,55**

*Il dato sugli incidenti stradali con lesioni a persone, per l'anno 2013, è stato rettificato a seguito della ricezione del dato consolidato da parte degli Organi di rilevazione (rettifica diffusa il 3 novembre 2015).

Fonte dei dati: Istat. Rilevazione degli incidenti stradali con lesioni a persone. Anno 2014 - Istat. Ricostruzione intercensuaria della popolazione residente per età al 1 gennaio 2002-2011 - Istat. Popolazione Residente al 1 gennaio 2012-2015 - Istat. Demografia in cifre. Anno 2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 113

Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità per incidente stradale per regione. Anni 2012-2014

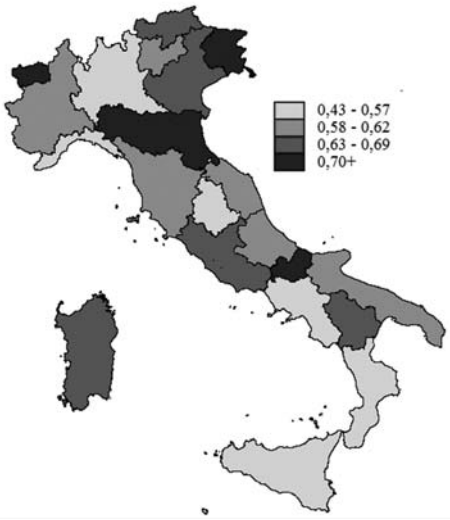


Tabella 2 - Tasso (per 1.000) e media di incidentalità stradale, incidenti (valori assoluti) stradali e morti (valori assoluti) per incidente stradale per regione - Anni 2012-2014

Regioni	Incidentalità stradale				Incidenti stradali			Morti per incidenti stradali		
	2012	2013*	2014	Media 2012-2014	2012	2013*	2014	2012	2013*	2014
Piemonte	2,79	2,56	2,79	2,71	12.175	11.259	11.443	286	259	265
Valle d'Aosta	2,32	2,46	2,38	2,39	295	315	295	11	7	13
Lombardia	3,65	3,44	3,63	3,57	35.612	33.997	33.176	549	438	448
Bolzano-Bozen	3,48	3,30	3,24	3,34	1.767	1.690	1.587	35	31	32
Trento	2,84	2,77	2,83	2,81	1.497	1.479	1.417	38	28	28
Veneto	2,95	2,81	2,99	2,92	14.365	13.794	13.958	376	299	325
Friuli Venezia Giulia	2,90	2,70	2,85	2,82	3.540	3.304	3.316	85	83	100
Liguria	5,60	5,56	5,69	5,62	8.769	8.773	8.387	88	85	58
Emilia-Romagna	4,20	4,11	4,34	4,22	18.321	18.136	17.455	380	344	327
Toscana	4,64	4,36	4,70	4,57	17.077	16.231	16.654	253	224	250
Umbria	2,67	2,69	2,87	2,74	2.363	2.402	2.258	50	61	47
Marche	3,55	3,58	3,79	3,64	5.482	5.549	5.422	99	86	100
Lazio	4,29	3,88	4,35	4,17	23.745	22.168	20.589	385	366	371
Abruzzo	2,80	2,72	2,88	2,80	3.671	3.603	3.429	92	70	77
Molise	1,85	1,61	1,84	1,77	581	507	511	19	26	27
Campania	1,68	1,56	1,67	1,64	9.698	9.103	9.182	242	273	233
Puglia	2,54	2,51	2,68	2,58	10.287	10.202	9.499	267	224	231
Basilicata	1,65	1,54	1,67	1,62	949	888	936	51	22	41
Calabria	1,42	1,41	1,45	1,43	2.772	2.773	2.659	123	98	101
Sicilia	2,36	2,34	2,45	2,38	11.790	11.823	11.366	229	254	209
Sardegna	2,12	2,22	2,21	2,18	3.472	3.664	3.492	95	123	98
Italia	**3,16**	**3,02**	**3,21**	**3,13**	**188.228**	**181.660**	**177.031**	**3.753**	**3.401**	**3.381**

*Il dato sugli incidenti stradali con lesioni a persone, per l'anno 2013, è stato rettificato a seguito della ricezione del dato consolidato da parte degli Organi di rilevazione (rettifica diffusa il 3 novembre 2015).

Fonte dei dati: Istat. Rilevazione degli incidenti stradali con lesioni a persone. Anno 2014 - Istat. Ricostruzione intercensuaria della popolazione residente per età al 1 gennaio 2002-2011 - Istat. Popolazione Residente al 1 gennaio 2012-2015 - Istat. Demografia in cifre. Anno 2015.

Confronto internazionale

Tra tutti i sistemi di trasporto, quello su strada è di gran lunga il più pericoloso e comporta il prezzo più alto in termini di vite umane. Per questo motivo, nel 2010, l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite ha proclamato un decennio di iniziative per la Sicurezza Stradale 2011-2020, con l'obiettivo di ridurre il numero di decessi da incidenti stradali nel mondo. Il decennio 2011-2020 è la prosecuzione delle azioni di miglioramento e sensibilizzazione promosse nella decade precedente 2001-2010 per la quale, con il Libro Bianco del 2001, l'Unione Europea (UE) aveva fissato l'obiettivo di ridurre almeno del 50% la mortalità tra il 2001-2010. La Commissione Europea ha, a

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 114

sua volta, stabilito Linee Guida basate su sette principali obiettivi strategici: migliorare la sicurezza dei veicoli, realizzare infrastrutture stradali più sicure, incrementare le tecnologie intelligenti, rafforzare l'istruzione e la formazione per gli utenti della strada, migliorare i controlli, fissare un obiettivo per la riduzione dei feriti in incidente stradale e prestare maggiore attenzione alla sicurezza dei motociclisti.

Nel 2014, le persone morte per incidente stradale nell'UE a 28 Paesi (UE-28) sono state 25.896, valore pressoché stabile rispetto al 2013, ma in lieve calo rispetto al 2012 (-8,5%) (Tabella 3).

In Italia, così come a livello europeo, il numero delle vittime rispetto al 2013 è rimasto stabile. Tra i grandi Paesi dell'UE solo l'Italia e la Spagna hanno mantenuto quasi costante il numero di vittime della strada, aumentate, invece, in Germania, Regno Unito e Francia (rispettivamente, 0,84%, 0,95% e 4,12%).

Da segnalare anche i risultati positivi di alcuni dei Paesi con una dimensione demografica più contenuta, per i quali è stata registrata una diminuzione del numero delle vittime: in particolare, Malta, Lussemburgo e Croazia (rispettivamente, -44,4%, -22,2% e -16,3%).

Con una stabilità del numero delle vittime in linea con la media UE-28, l'Italia si colloca in 15° posizione nella graduatoria europea (Grafico 1).

Nel 2014, in Europa sono morte 51 persone in incidente stradale ogni milione di abitanti. In Italia, nello stesso anno, si è avuto un tasso di mortalità superiore alla media UE-28, pari a 56 persone per milione di abitanti. Con tale valore, l'Italia si colloca al 15° posto, dietro Regno Unito, Germania e Francia, tra i grandi Paesi dell'UE (Grafico 2).

Tabella 3 - Morti (valori assoluti) per incidente stradale nei Paesi dell'Unione Europea - Anni 2001-2014

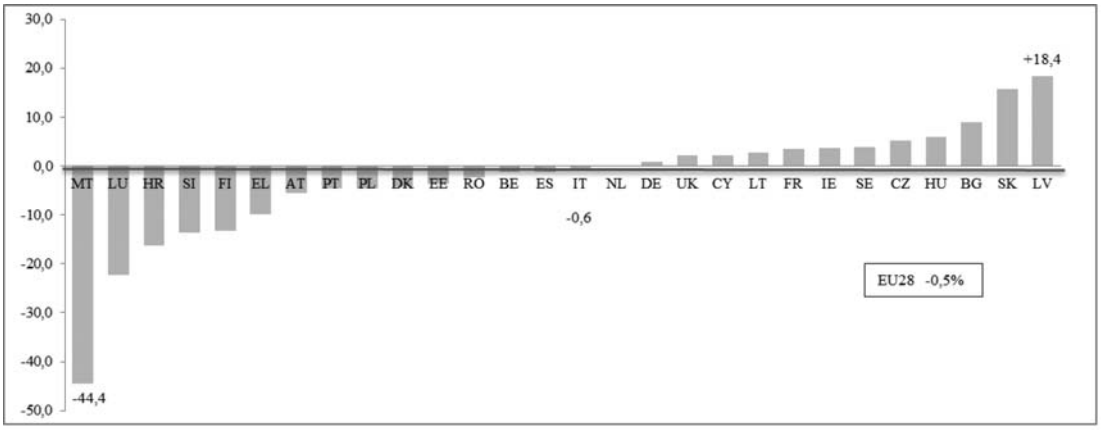
Paesi	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013°	2014
Austria	958	956	931	878	768	730	691	679	633	552	523	531	450*	430
Belgio	1.486	1.306	1.214	1.162	1.089	1.069	1.067	944	943	841	861	767	720*	715
Bulgaria	1.011	959	960	943	957	1.043	1.006	1.061	901	776	658	605	600*	655*
Cipro	98	94	97	117	102	86	89	82	71	60	71	51	44	45
Croazia	647	627	701	608	597	614	619	664	548	426	418	393	368	308
Danimarca	431	463	432	369	331	306	406	406	303	255	220	167	192*	183
Estonia	199	223	164	170	169	204	196	132	100	79	101	87	81	78
Finlandia	433	415	379	375	379	336	380	344	279	272	292	255	260*	224
Francia	8.162	7.655	6.058	5.530	5.318	4.703	4.620	4.275	4.273	3.992	3.963	3.653	3.250*	3.384
Germania	6.977	6.842	6.613	5.842	5.361	5.091	4.949	4.477	4.152	3.651	4.009	3.601	3.340*	3.368
Grecia	1.880	1.634	1.605	1.670	1.658	1.657	1.612	1.553	1.456	1.258	1.141	1.027	900*	793
Irlanda	411	376	335	374	396	365	338	279	238	212	186	162	190	195
Italia	**7.096**	**6.980**	**6.563**	**6.122**	**5.818**	**5.669**	**5.131**	**4.725**	**4.237**	**4.114**	**3.860**	**3.753**	**3.401**	**3.381**
Lettonia	558	559	532	516	442	407	419	316	254	218	179	177	179	212
Lituania	706	697	709	752	773	760	740	499	370	299	297	301	258	265
Lussemburgo	70	62	53	50	47	43	45	35	48	32	33	34	45	35
Malta	16	16	16	13	16	10	14	15	21	15	17	9	18*	10
Paesi Bassi	1.083	1.069	1.088	881	817	811	791	750	720	640	661	650	570	570
Polonia	5.534	5.827	5.640	5.712	5.444	5.243	5.583	5.437	4.572	3.907	4.189	3.571	3.357	3.202
Portogallo	1.670	1.668	1.542	1.294	1.247	969	974	885	840	937	891	743	650*	607
Regno Unito	3.598	3.581	3.658	3.368	3.337	3.300	3.056	2.718	2.337	1.905	1.960	1.802	1.790*	1.807
Repubblica Ceca	1.334	1.431	1.447	1.382	1.286	1.063	1.222	1.076	901	802	773	742	650	688
Romania	2.450	2.412	2.229	2.444	2.629	2.587	2.800	3.065	2.797	2.377	2.018	2.042	1.861	1.818
Slovacchia	625	626	653	608	600	608	661	606	385	353	324	295	223	258
Slovenia	278	269	242	274	257	262	293	214	171	138	141	130	125	108
Spagna	5.517	5.347	5.399	4.741	4.442	4.104	3.823	3.100	2.714	2.478	2.060	1.903	1.680*	1.661
Svezia	534	515	512	463	423	428	454	380	341	266	319	285	260	270
Ungheria	1.239	1.429	1.326	1.296	1.278	1.303	1.232	996	822	740	638	605	591	626
UE-28	**55.001**	**54.038**	**51.098**	**47.954**	**45.981**	**43.771**	**43.211**	**39.713**	**35.427**	**31.595**	**30.803**	**28.298**	**26.025**	**25.896**

°Il dato sugli incidenti stradali con lesioni a persone, per l'anno 2013, è stato rettificato a seguito della ricezione del dato consolidato da parte degli Organi di rilevazione (rettifica diffusa il 3 novembre 2015).
*Dati provvisori.

Fonte dei dati: European Transport Safety Council. Annual PIN Report. Anno 2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 115

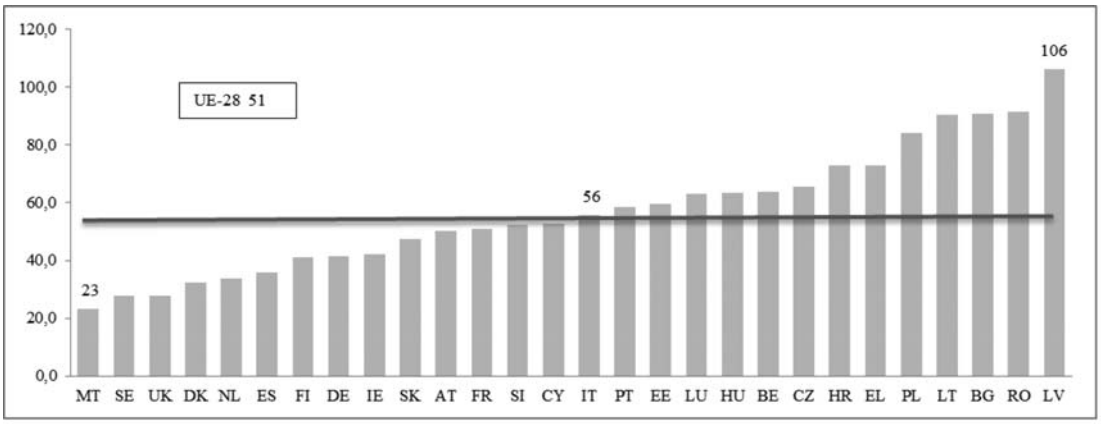
Grafico 1 - Morti (variazioni percentuali) per incidente stradale nei Paesi dell'Unione Europea - Anni 2013-2014



Legenda: AT Austria - BE Belgio - BG Bulgaria - CY Cipro - CZ Repubblica Ceca - DE Germania - DK Danimarca - EE Estonia - EL Grecia - ES Spagna - FI Finlandia - FR Francia - HR Croazia - HU Ungheria - IE Irlanda - IT Italia - LT Lituania - LU Lussemburgo - LV Lettonia - MT Malta - NL Olanda - PL Polonia - PT Portogallo - RO Romania - SE Svezia - SI Slovenia - SK Repubblica Slovacca - UK Regno Unito.

Fonte dei dati: European Transport Safety Council. Annual PIN Report. Anno 2015.

Grafico 2 - Tasso (per 1.000.000) di mortalità per incidente stradale nei Paesi dell'Unione Europea - Anno 2014*



*Il tasso di mortalità (per 1.000.000) per l'Italia, anno 2014, differisce dal valore riportato nel Report pubblicato dall'European Transport Safety Council, poiché ricalcolato utilizzando il numero di decessi in incidente stradale definitivo, diffuso dall'Istat, e la popolazione 2014 e 2015 di fonte Bilancio demografico nazionale.

Legenda: AT Austria - BE Belgio - BG Bulgaria - CY Cipro - CZ Repubblica Ceca - DE Germania - DK Danimarca - EE Estonia - EL Grecia - ES Spagna - FI Finlandia - FR Francia - HR Croazia - HU Ungheria - IE Irlanda - IT Italia - LT Lituania - LU Lussemburgo - LV Lettonia - MT Malta - NL Olanda - PL Polonia - PT Portogallo - RO Romania - SE Svezia - SI Slovenia - SK Repubblica Slovacca - UK Regno Unito.

Fonte dei dati: European Transport Safety Council. Annual PIN Report. Anno 2015.

Raccomandazioni di Osservasalute

Lo studio della frequenza e distribuzione degli incidenti stradali e della mortalità ad essi associata rappresenta una priorità a livello regionale e nazionale. La prevenzione degli incidenti stradali, insieme a quelli domestici e lavorativi, rappresenta uno degli obiettivi di salute prioritari del Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018, approvato con l'Accordo sancito in Conferenza Stato-Regioni il 13 novembre 2014, e del Patto per la salute per gli anni 2014-2016. In tal senso, gli interventi finalizzati alla prevenzione degli incidenti stradali e della conseguente riduzione della gravità dei loro esiti hanno particolare valore anche nella programmazione di strategie comunicative atte a modificare comportamenti scorretti. La sorveglianza della morbosità e della mortalità dovrebbe essere unita ai controlli sull'uso di adeguati dispositivi, come cinture di sicurezza, casco e seggiolini per la ritenuta dei bambini, e al monitoraggio dei fattori di rischio, quali consumo di alcol, uso di droghe e stili scorretti di guida. Di estrema rilevanza è anche la valutazione dell'impatto sui servizi sanitari, come ad esempio l'acces-

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 116

so al Pronto Soccorso, l'entità dei ricoveri ospedalieri e l'utilizzo di servizi di riabilitazione.

Lo studio dei fattori protettivi e di rischio, correlati alla severità ed alla mortalità degli incidenti stradali, rappresenta un utile strumento per monitorare i rischi e programmare interventi di prevenzione per contenere l'incidentalità e la mortalità evitabile.

Una prevenzione efficace e, soprattutto, sostenibile degli incidenti stradali rappresenta, quindi, una sfida importante per la Sanità Pubblica.

Riferimenti bibliografici

(1) Istat - Incidenti stradali - Anno 2014 . Disponibile sul sito: www.istat.it/it/archivio/172481.
(2) Istat - Incidenti stradali - Anno 2013. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/archivio/137546.
(3) Istat - Incidenti stradali - Anno 2012. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/archivio/102885.
(4) La Torre G, Mannocci A, Quaranta G, La Torre F, Determinants of traffic accident mortality in Italy, 1997-1999, Ital J Public Health 2005; 2 (2): 59-61.
(5) ETSC (European Transport Safety Council). Annual PIN Report. Anno 2015.
(6) European Transport Safety Council, Annual PIN report. Year 2014. Disponibile sul sito: http://etsc.eu/8th-annual-road-safety-performance-index-pin-report/.
(7) European Commission Communication from the commission to the European parliament, the council, the European economic and social committee and the committee of the regions towards a European road safety area: policy orientations on road safety 2011-2020. COM(2010) 389 final. Brussels, 20.7.2010. Disponibile sul sito: http://ec.europa.eu/transport/road_safety/pdf/com_20072010_en.pdf.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 117

Infortuni e mortalità sul lavoro

Significato. Gli indicatori presentati esprimono una misura della rischiosità legata allo svolgimento dell'attività lavorativa. Essi sono, infatti, il risultato di un rapporto tra i casi di infortunio denunciati all'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL) e gli esposti al rischio, ossia i lavoratori (medesima fonte INAIL).
Nello specifico sono stati calcolati due tassi riferiti, rispettivamente, al complesso dei casi denunciati ed ai soli casi mortali nel settore dell'Industria e dei Servizi, per i quali sono noti i denominatori.

Tasso di infortuni sul lavoro nel settore dell'Industria e dei Servizi

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Infortuni sul lavoro}}{\text{Popolazione lavorativa (addetti-anno INAIL)}} \times 100.000$$

Tasso di mortalità per infortuni sul lavoro nel settore dell'Industria e dei Servizi

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Morti per infortuni sul lavoro}}{\text{Popolazione lavorativa (addetti-anno INAIL)}} \times 100.000$$

Validità e limiti. I dati per elaborare i tassi sono estratti dalla Banca Dati Statistica dell'INAIL e si riferiscono al periodo 2010-2014. La scelta di presentare un arco temporale più ampio deriva dal fatto che sono stati rivisti alcuni criteri di estrazione dei dati, tra i quali quelli relativi ai casi mortali. In precedenza si consideravano denunce mortali tutti i decessi che avvenivano entro 180 giorni dalla data dall'evento infortunistico, con l'esclusione di tutti i casi per i quali era accertata la causa non professionale e non tutelata. Tali filtri, con l'ultima estrazione e conseguente aggiornamento della banca dati, sono stati eliminati.
Per infortuni denunciati mortali, con la revisione dei criteri, si intendono tutti i casi per i quali la morte avviene in conseguenza dell'evento infortunistico, anche se in una data successiva a quella dell'evento (senza, dunque, limiti temporali) e tutti i casi mortali che hanno una definizione amministrativa "negativa" (per esempio, persona non tutelata e difetto in occasione di lavoro).
Le serie storiche risultano, quindi, diverse rispetto alle precedenti pubblicazioni e, sostanzialmente, più elevate in termini numerici. Per consentire un confronto temporale più ampio si è scelto di presentare un quinquennio.
Si precisa che, per gli eventi denunciati nel complesso, si tratta sempre dei casi avvenuti in occasione di lavoro, per causa violenta ed esterna, che hanno determinato una inabilità permanente assoluta o parziale al lavoro o la morte o una inabilità temporanea di durata >3 giorni.
Nelle denunce di infortunio sul lavoro sono compresi anche i casi "in itinere", ossia avvenuti nel tragitto casa-lavoro-casa o luogo di ristoro o nel raggiungimento di un'altra sede di lavoro.
Per quanto riguarda i lavoratori, ossia gli "addetti-anno", occorre precisare che: per i dipendenti si tratta di unità di lavoro annue stimate sulla base delle masse salariali dichiarate dai datori di lavoro, rapportate alle retribuzioni medie giornaliere dei soli lavoratori indennizzati per infortunio, moltiplicate per 300; per i lavoratori autonomi (titolari, familiari e soci) si contano le teste assicurate. Tali informazioni sono note solo per le aziende dell'Industria e Servizi, pertanto, i tassi sono stati elaborati considerando solo questo ramo di attività ed escludendo l'Agricoltura e i dipendenti dello Stato. Si precisa, inoltre, che per gli addetti-anno sono stati rivisti i criteri di arrotondamento, più puntuali rispetto ai precedenti aggiornamenti; ne consegue che anche le statistiche relative agli addetti sono lievemente disallineate rispetto alle pubblicazioni degli anni scorsi.
Al momento della stesura del testo i dati relativi al 2014 non sono disponibili, per cui per il calcolo del tasso si utilizzerà il dato dell'anno precedente, ossia il 2013.

Descrizione dei risultati

Gli infortuni sul lavoro denunciati nell'Industria e Servizi registrano, nel corso del quinquennio preso in esame, un calo significativo di quasi il 24%. La riduzione è dovuta alla combinazione di due fattori: da un lato la diminuzione dell'occupazione e dall'altro le politiche di prevenzione messe in atto nel corso degli anni. La crisi economica ha determinato una contrazione degli occupati soprattutto nei settori industriali, notoriamente più rischiosi, mentre parallelamente il sistema produttivo si è indirizzato verso attività più orientate ai servizi, che sono a più basso rischio infortunistico.
La tendenza al ribasso dei valori assoluti viene riconfermata anche nel momento in cui si esaminano i tassi

A. BRUSCO

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 118

elaborati a livello regionale.
Analizzando i tassi di incidenza degli infortuni sul lavoro (Tabella 1) emerge che, in generale, è il Nord a presentare i valori più elevati; in particolare, per il 2014, la PA di Bolzano con 6.792,5 infortuni sul lavoro (per 100.000 addetti), l'Emilia-Romagna con un tasso pari a 4.849,5 (per 100.000), la Liguria (4.646,1 per 100.000) ed il Veneto (4.091,9 per 100.000). Livelli decisamente più bassi, invece, si osservano in quasi tutte le regioni del Mezzogiorno. Da osservare i tassi di incidenza della Lombardia, pari a 2.743,2 infortuni (per 100.000), a indicazione di un livello di rischiosità più contenuto che in altri territori.
Fuorviante sarebbe una analisi per soli valori assoluti perché collocherebbe la regione al primo posto per numero di infortuni denunciati sul lavoro, senza tener conto anche degli occupati nella regione stessa. Valori minimi si registrano per il Lazio (1.776,5 infortuni per 100.000) e per la Campania (1.954,9 per 100.000).
Per quanto riguarda i casi mortali occorre precisare che, trattandosi di piccoli numeri, scostamenti anche di poche unità tra i vari anni possono comportare variazioni anche significative dei tassi. Premesso ciò, si rileva che le regioni del Sud ed Isole presentano valori in generale più elevati. Se si considera il dato relativo al 2014, ultimo anno disponibile, la Basilicata registra 20,54 decessi (per 100.000), seguono il Molise (15,52 decessi per 100.000) e la Puglia (11,54 decessi per 100.000) (Tabella 2). Occorre precisare che il dato della Basilicata risente del più elevato numero di infortuni registrato nell'ultimo anno: 19 rispetto ai 7 del 2013 e ai 14 del 2012 (dati non presenti in tabella). Se si calcolasse, comunque, un tasso sull'intero quinquennio, per eliminare l'effetto distorcente legato alla situazione dell'ultimo anno, la Basilicata si collocherebbe al secondo posto della graduatoria.
In generale, i primi posti sono occupati dalle regioni del Mezzogiorno, la prima regione del Nord si incontra all'incirca a metà della graduatoria, rappresentata dal Friuli Venezia Giulia con un tasso pari a 6,30 (per 100.000).
Valori molto più contenuti in Lombardia (3,78 per 100.000) e nel Lazio (4,17 per 100.000), ai primi posti, invece, per valori assoluti dei decessi.
Il confronto tra tassi riferiti al complesso degli infortuni e ai soli decessi per regione segnalano una probabile situazione di sottodenuncia degli infortuni lievi per le regioni del Mezzogiorno.

Tabella 1 - Tasso (per 100.000) di infortuni sul lavoro per regione - Anni 2010-1014

Regioni	2010	2011	2012	2013	2014
Piemonte	4.037,5	3.754,2	3.477,3	3.182,9	2.958,4
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	4.734,6	4.951,1	4.305,9	3.707,5	3.492,1
Lombardia	3.526,0	3.324,5	3.088,0	2.847,3	2.743,2
Bolzano-Bozen	8.165,6	7.761,7	7.211,9	6.953,3	6.792,5
Trento	5.621,4	5.279,5	4.661,7	4.083,8	3.942,7
Veneto	5.367,1	4.985,5	4.510,5	4.218,7	4.091,9
Friuli Venezia Giulia	5.527,0	5.048,8	4.555,3	4.313,1	3.877,9
Liguria	6.280,9	5.638,6	5.152,1	4.822,9	4.646,1
Emilia-Romagna	6.662,1	6.305,5	5.955,3	5.191,3	4.849,5
Toscana	5.177,4	4.964,0	4.528,5	4.265,7	4.074,2
Umbria	5.463,2	5.014,9	4.373,5	4.169,9	3.892,1
Marche	5.237,9	4.780,1	4.286,8	3.809,8	3.692,1
Lazio	2.315,0	2.168,6	1.998,6	1.869,6	1.776,5
Abruzzo	5.428,9	5.039,9	4.592,2	4.192,7	3.968,3
Molise	3.914,8	3.501,2	3.469,2	3.121,1	2.816,5
Campania	2.476,7	2.232,0	2.110,3	2.018,9	1.954,9
Puglia	4.846,0	4.443,8	3.933,5	3.795,3	3.707,7
Basilicata	4.037,6	3.644,0	3.351,6	3.180,4	3.008,5
Calabria	4.197,1	3.853,4	3.525,4	3.308,8	3.035,7
Sicilia	3.855,4	3.628,0	3.424,7	3.216,5	3.058,4
Sardegna	3.977,1	3.836,6	3.317,5	3.246,6	3.107,2
Italia	**4.292,8**	**4.027,2**	**3.707,5**	**3.433,2**	**3.277,0**

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati presenti in Banca Dati Statistica INAIL. Anno 2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 119

Tasso (per 100.000) di infortuni sul lavoro per regione. Anno 2014

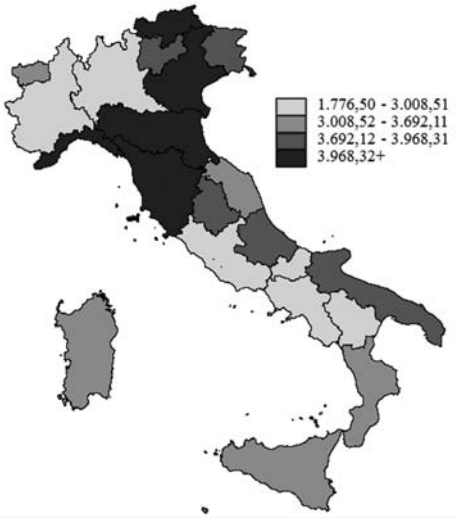


Tabella 2 - Tasso (per 100.000) di mortalità per infortuni sul lavoro per regione - Anni 2010-2014

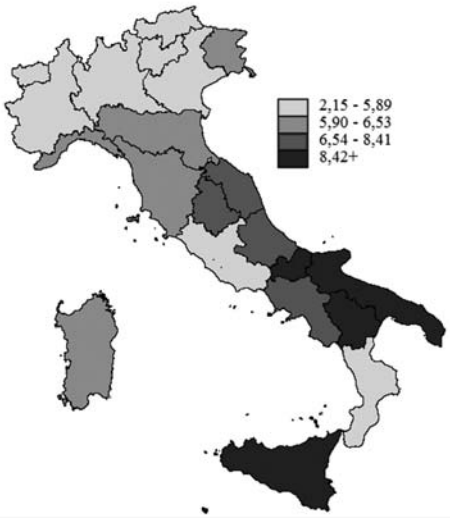
Regioni	2010	2011	2012	2013	2014
Piemonte	7,97	6,98	6,38	5,80	5,88
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	-	9,44	6,91	4,31	2,15
Lombardia	5,11	4,42	5,08	4,96	3,78
Bolzano-Bozen	7,51	6,28	3,11	1,02	5,11
Trento	6,08	6,05	4,92	5,47	3,65
Veneto	8,36	7,53	7,65	7,11	5,09
Friuli Venezia Giulia	5,84	6,91	6,95	6,58	6,30
Liguria	6,86	5,94	9,33	8,42	5,94
Emilia-Romagna	8,43	8,13	9,52	6,06	5,92
Toscana	7,35	8,52	7,80	6,66	6,27
Umbria	9,95	11,10	9,50	10,15	7,39
Marche	7,88	11,13	6,57	4,70	7,67
Lazio	6,52	5,51	5,02	4,46	4,17
Abruzzo	11,24	10,84	10,87	7,70	8,40
Molise	10,41	16,17	7,57	17,46	15,52
Campania	11,37	9,43	9,44	9,16	8,11
Puglia	14,71	12,62	11,64	10,52	11,54
Basilicata	14,40	8,67	14,38	7,57	20,54
Calabria	14,86	10,26	15,45	12,43	4,72
Sicilia	10,61	10,66	8,32	9,65	9,95
Sardegna	9,06	7,53	6,61	4,24	6,52
Italia	**7,86**	**7,28**	**7,20**	**6,34**	**5,83**

- = non disponibile.

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati presenti in Banca Dati Statistica INAIL. Anno 2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 120

Tasso (per 100.000) di mortalità per infortuni sul lavoro per regione. Anno 2014



Raccomandazioni di Osservasalute

L'analisi dei tassi di infortunio a livello regionale può offrire interessanti spunti di riflessione, dai quali partire per poter analizzare la rischiosità nell'ambito di un territorio e decidere politiche adeguate per contrastare non solo il verificarsi degli infortuni sul lavoro, ma anche la loro eventuale sotto denuncia, fenomeno radicato in alcuni ambiti territoriali.

Successivamente, l'analisi potrebbe essere sviluppata rispetto a una serie di variabili che individuano le principali modalità di accadimento dell'evento lesivo, le conseguenze dell'infortunio e le caratteristiche anagrafiche dell'infortunato. Gli stessi tassi di incidenza calcolati considerando solo l'ambito lavorativo, depurato dagli infortuni in itinere, o i soli casi indennizzati dall'INAIL, potrebbero fornire ulteriori informazioni.

Opportuna sarebbe un'analisi che metta in evidenza gli aspetti socio-economici legati al mondo del lavoro (ricorso alla cassa integrazione, andamento della produzione economica, tassi di occupazione e disoccupazione etc.) che possono spiegare e corredare l'andamento degli infortuni e scorporare, in maniera più precisa, la parte di riduzione del fenomeno legata alle politiche prevenzionali da quelle inerenti il mondo del lavoro.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 121

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 etc.), 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 che 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 ed extra-europei. In Italia, la Legge n. 493/1999 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 ed alla realizzazione di un sistema informativo dedicato, istituito presso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS).

Tasso di incidenti domestici

Numeratore	Persone coinvolte in incidenti domestici
	——————————————————————— x 1.000
Denominatore	Popolazione residente, al netto della popolazione residente in convivenza, al 1 gennaio di ogni anno

Numero di incidenti per persona

Numeratore	Incidenti domestici
	———————————
Denominatore	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, pur in costante miglioramento qualitativo, sono sottostimati. Per i dati sulle Schede di Dimissione Ospedaliera, 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.
Un'altra fonte da indagine campionaria è il Sistema Informativo Nazionale sugli Infortuni negli Ambienti di Civile Abitazione (SINIACA) dell'ISS. Il SINIACA è stato recentemente integrato nel sistema europeo di sorveglianza ospedaliera degli incidenti denominato European Injury Data Base (EU-IDB), oltre che con i sistemi attivi a livello territoriale (Progetto multiregionale SINIACA-IDB), estendendo così la sua rete di sorveglianza, che attualmente copre 11 regioni (1).

Valore di riferimento/Benchmark. Sulla base dei dati dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) da Indagine Multiscopo, si possono stimare circa 3 milioni di incidenti domestici non mortali per l'anno 2013, con 2 milioni e 500 mila persone coinvolte (2). I morti stimabili sui dati Istat sono, nel 2006, pari a 4.859. Esistono, poi, altri 588 casi per i quali il luogo dell'accidente non è indicato e il luogo di decesso viene indicato come "struttura socio-assistenziale". Tali casi potrebbero essere ricondotti ad infortuni in ambiente domestico, se si considera che la maggior parte di questi ultimi riguardano individui in età molto anziane e che, quindi, potrebbero riguardare soggetti istituzionalizzati in strutture di lungodegenza.
Le stime del SINIACA-IDB possono essere utilizzate come proxy della gravità dell'incidente, ovvero del numero di infortuni che determinano il ricorso alle strutture di PS e il ricovero. Secondo questa fonte, nel 2012 almeno 1 milione e 800 mila persone sono giunte al PS a causa di un incidente domestico e, di queste, 135 mila sono state ricoverate.
Tale dato è compatibile con quello rilevato nel 1999 dalla Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana", in occasione di un modulo di approfondimento al riguardo (un terzo degli incidenti domestici risultava aver dato luogo al ricorso al PS).

Descrizione dei risultati

Nel 2014, gli incidenti in ambiente domestico hanno coinvolto, nei 3 mesi precedenti l'intervista, 688 mila persone, pari all'11,3 per 1.000 della popolazione (Tabella 1).
Su questa base si può stimare che, nell'arco di 12 mesi, il fenomeno abbia coinvolto 2 milioni e 700 mila persone circa, cioè 45 individui ogni 1.000.
Nel 2014, il numero complessivo di incidenti dome-

S. ORSINI

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 122

stici rilevati nel trimestre di indagine è pari a 766 mila (Tabella 2).
Quasi il 70% di tutti gli incidenti accaduti riguarda le donne, con un quoziente di infortuni pari al 15,4 per 1.000, mentre fra gli uomini è del 7,1 per 1.000. Se fino ai 18 anni gli incidenti prevalgono tra gli uomini, nelle età successive sono le donne ad essere più coinvolte, sia per una maggiore permanenza fra le mura domestiche che per un più frequente contatto con oggetti, utensili ed elettrodomestici che possono essere all'origine di un infortunio (taglio, ustione etc.). Le casalinghe sono un gruppo di popolazione particolarmente esposto: tre incidenti su dieci, infatti, occorsi alle donne di 15 anni ed oltre, le riguardano.
A rischio, oltre alle donne, anche gli anziani (>74 anni, oltre 27 persone ogni 1.000 hanno subito un incidente nei 3 mesi precedenti l'intervista) ed anche tra i bambini più piccoli (<6 anni) il fenomeno ha un certo rilievo: il 9,4 per 1.000 ha subito un incidente nei 3 mesi precedenti l'intervista. I più colpiti, quindi, sono donne, anziani e bambini, cioè coloro che trascorrono più tempo in casa. Il rischio di incidente, infatti, è ovviamente associato al tempo trascorso all'interno delle mura domestiche (dati non presenti in tabella).
Quanto alle differenze territoriali, queste esistono, ma non sono molto accentuate. Nel 2014, nel Nord-Ovest sono state vittime di incidenti domestici 9,5 persone per 1.000, che salgono a 15,4 per 1.000 nel Nord-Est, mentre sono 9,1 per 1.000 nel Centro, 12,2 per 1.000 nel Sud e 10,8 per 1.000 nelle Isole (dati non presenti in tabella).

Tabella 1 - Persone (valori assoluti in migliaia) che hanno subito incidenti in ambiente domestico nei 3 mesi precedenti l'intervista e tasso (per 1.000) di incidenti domestici per regione - Anno 2014

Regioni	Persone che hanno subito incidenti in ambiente domestico	Tassi
Piemonte	46	10,5
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	1	10,1
Lombardia	88	8,8
Bolzano-Bozen	5	10,4
Trento	5	10,2
Veneto	81	16,4
Friuli Venezia Giulia	23	18,7
Liguria	19	11,7
Emilia-Romagna	66	14,7
Toscana	56	14,9
Umbria	15	16,9
Marche	18	11,5
Lazio	20	3,5
Abruzzo	19	14,5
Molise	3	8,1
Campania	70	12,1
Puglia	47	11,5
Basilicata	5	8,3
Calabria	28	14,1
Sicilia	51	10,1
Sardegna	21	12,8
Italia	**688**	**11,3**

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 123

Tabella 2 - Incidenti (valori assoluti in migliaia) in ambiente domestico e incidenti (valori assoluti) per persona coinvolta accaduti nei 3 mesi precedenti l'intervista per regione - Anno 2014

Regioni	Incidenti in ambiente domestico	Incidenti per persona coinvolta
Piemonte	53	1,1
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	1	1,1
Lombardia	98	1,1
Bolzano-Bozen	11	1,0
Trento	5	1,0
Veneto	5	1,0
Friuli Venezia Giulia	84	1,0
Liguria	28	1,2
Emilia-Romagna	19	1,0
Toscana	76	1,2
Umbria	67	1,2
Marche	15	1,0
Lazio	28	1,6
Abruzzo	23	1,1
Molise	21	1,1
Campania	3	1,1
Puglia	88	1,3
Basilicata	50	1,1
Calabria	5	1,1
Sicilia	34	1,2
Sardegna	52	1,0
Italia	**766**	**1,2**

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2015.

Raccomandazioni di Osservasalute

È auspicabile che i sistemi di rilevazione degli incidenti in PS siano ulteriormente implementati per la possibilità di acquisire informazioni più puntuali sulla dinamica dell'incidente.

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 etc.) in quanto i rischi sono differenziati, così come le modalità di accadimento degli eventi.

Uno specifico intervento legislativo ha riguardato il lavoro domestico. L'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL), in seguito alla Legge n. 493/1999, ha istituito l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni domestici, che tutela coloro che, uomini e donne di età compresa tra 18-65 anni, svolgono esclusivamente un'attività non remunerata in ambito domestico e che vengono colpiti da infortuni domestici con danno permanente di un certo rilievo.

I dati INAIL indicano, nel 2011, che solo oltre 1 milione e 700 mila sono gli iscritti al fondo (Legge n. 493/1999) su una platea di potenzialmente interessati di oltre 8 milioni. Considerato il basso costo del premio assicurativo e le 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, si potrebbe arrivare ad un aumento della copertura assicurativa per questo specifico gruppo di popolazione.

Riferimenti bibliografici

(1) A. Pitidis, G. Fondi, M. Giustini, E. Longo, G. Balducci e gruppo di lavoro IDB. "Il Sistema SINIACA-IDB per la sorveglianza degli incidenti domestici (2014), Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanita, Volume 27 numero 2 Roma.
(2) Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2013.
(3) Infortuni nelle abitazioni. Manuale tecnico per gli operatori della prevenzione. Gruppo Sicurezza Abitazioni. Piano nazionale della prevenzione. Ministero della Salute, Centro Controllo Malattie, Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia - Dipartimento della Prevenzione. Autori vari (a cura di Patussi V. e Michelazzi R.). Disponibile sul sito:
www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1484_allegato.pdf.
(4) INAIL - Osservatorio Epidemiologico Nazionale sulle condizioni di salute e sicurezza negli ambienti di vita. Disponibile sul sito: www.ispesl.it/ossvita/.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 124

Feriti gravi negli incidenti stradali: un primo tentativo di stima

Dott.ssa Silvia Bruzzone, Dott.ssa Giordana Baldassarre, Prof.ssa Flavia Carle, Ing. Pietro Granella

Contesto

La valutazione della performance delle misure attuate per la sicurezza stradale è sempre stata legata alla riduzione del numero delle vittime della strada. Nel 2001, l'Unione Europea (UE), con il Libro Bianco sulla sicurezza stradale, aveva fissato il target della riduzione del 50% delle vittime tra i Paesi UE nella decade 2001-2010. Conclusasi la prima decade, nel 2010 l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite ha proclamato un nuovo decennio di iniziative per la sicurezza stradale, a livello mondiale, da realizzarsi tra il 2011-2020. L'obiettivo è di ridurre ulteriormente il numero di vittime, ma anche di abbattere il numero dei feriti con lesioni gravi e invalidanti a seguito di incidenti stradali.

La Commissione Europea (1), in occasione dell'inaugurazione della nuova decade di iniziative per la sicurezza stradale, ha delineato a sua volta, per il 2011-2020, Linee Guida basate su sette principali obiettivi strategici, tra cui il primo è proprio quello di ridurre i feriti gravi in incidente stradale. Una strategia di azione per la riduzione dei feriti gravi sulle strade è stata successivamente identificata come iniziativa prioritaria contemplata nel Libro Bianco sulla sicurezza stradale della Commissione Europea, pubblicato nel 2011 (2, 3).

A seguito dei programmi per la sicurezza stradale e dei nuovi traguardi da raggiungere imposti dalle Nazioni Unite e dalla Commissione Europea, si è reso urgente un intervento da parte di un pool di esperti dell'UE per la determinazione di nuovi standard e per la formulazione di una definizione univoca e internazionalmente riconosciuta di "lesione grave". L'High Level Group on Road Safety europeo, con il coinvolgimento degli esperti del gruppo Community Road Accident Database, ha definito, in seno alla Commissione Europea, delle Linee Guida per la classificazione della gravità delle lesioni a seguito di incidente stradale, dirette ai 28 Paesi dell'UE.

Materiali e metodi

Per la definizione di "ferito grave" e per la classificazione dei livelli di gravità delle lesioni, è stato proposto dalla Commissione Europea e dall'High Level Group on Road Safety (4) l'utilizzo della classificazione Abbreviated Injury Scale (AIS) e, in particolare, della sua variante Maximum Abbreviated Injury Scale (MAIS). L'AIS è una scala di misurazione basata sull'utilizzo di codici dell'International Classification of Diseases ICD-9-CM (5) o ICD-10-CM (6) e su un sistema di punteggio da attribuire alla gravità globale della lesione, stabilita tenendo in considerazione l'importanza relativa delle lesioni riportate per regione del corpo colpita. Il livello di gravità viene misurato mediante una scala ordinale a 6 punti (1=minimo; 6=massimo). L'ICD-9-CM, derivata dalla ICD-9, è il sistema tuttora utilizzato per la codifica delle diagnosi e dei traumatismi.

Per produrre statistiche comparabili tra i vari Paesi UE ed in linea con una definizione standard di "lesione grave" a seguito di incidente stradale, la Commissione Europea ha raccomandato ai Paesi membri l'adozione di tre possibili strategie. In particolare: associare le informazioni sulle persone morte o ferite in incidenti stradali provenienti sia da registri di fonte sanitaria e sia da rilevazione effettuata da un'autorità di Polizia; prevedere l'utilizzo esclusivo di registri di fonte sanitaria; optare per l'uso dei dati provenienti da rilevazione effettuata da un'autorità di Polizia applicando adeguati coefficienti correttivi.

L'Italia ha proposto, nell'ambito dell'High Level Group on Road Safety, una strategia messa a punto di comune accordo tra Ministero della Salute, Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti ed Istituto Nazionale di Statistica (Istat), basata sull'utilizzo di fonti sanitarie. La prima fase consiste nella definizione del numero assoluto di feriti gravi in incidenti stradali a partire dalle informazioni presenti sulle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), di titolarità del Ministero della Salute.

La classificazione dei feriti gravi viene effettuata tramite l'utilizzo di regole di riclassificazione dei codici ICD-9-CM in codici AIS, messi a disposizione dalla Commissione Europea.

In particolare, nell'aprile 2015, la Commissione Europea ha fornito ai Paesi membri UE-28 delle tavole di conversione standard dei codici ICD-9-CM o ICD-10-CM in codici AIS in forma abbreviata, da applicare ai dati provenienti dalle dimissioni ospedaliere nazionali. Le tabelle di transcodifica sono state predisposte dall'Association for the Advancement of Automotive Medicine, associazione con la quale la Commissione Europea ha stipulato uno specifico contratto e che detiene il copyright della classificazione AIS. La classificazione AIS abbreviata fornita prevede l'attribuzione del codice 1 per i casi in cui viene accertata gravità della lesione (punteggio AIS ≥3), del codice 0 per i feriti non gravi (punteggio AIS <3) e del codice 9 per i casi per i quali non è possibile definire la gravità.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 125

Per quanto concerne i dati provenienti dall'archivio delle SDO ed i criteri di selezione applicati, si evidenzia che:
- i casi riconducibili a lesioni in incidente stradale sono stati isolati utilizzando le informazioni congiunte tra il codice ICD-9-CM riferito alle lesioni, assegnato per le diagnosi principali e/o secondarie, l'informazione sulla modalità della causa accidentale ed il codice della causa esterna (ICD-9-CM E), attribuito solo nel caso di ammissione ospedaliera a seguito di traumatismo o avvelenamento;
- per ciascun anno elaborato è stato considerato solo il primo ricovero di ciascun soggetto e solo i record con codice anonimo di tracciamento valido;
- la selezione dei casi è stata effettuata includendo la diagnosi principale e le diagnosi secondarie;
- gli individui deceduti entro 30 giorni dal ricovero sono stati esclusi dalla selezione (secondo la definizione internazionale si considera "morto in incidente stradale" un individuo deceduto sul colpo o entro il 30° giorno a partire da quello in cui si è verificato l'incidente);
- la data di morte è stata ottenuta utilizzando il linkage con l'anagrafe fiscale dell'Agenzia delle Entrate, per poter individuare anche i pazienti deceduti dopo la dimissione dall'ospedale o il trasferimento ad altro istituto per acuti.

Come citato, per l'individuazione dei casi di ricovero ospedaliero a seguito di incidente stradale, è fondamentale avere a disposizione l'informazione specifica sulla causa esterna di morte, introdotta tra le variabili rilevate sulla SDO a partire dall'anno 2010. Tale inclusione è stata prevista per colmare alcune lacune informative e limiti della SDO, evidenti nel caso di studi sull'incidentalità domestica, stradale e sul lavoro. L'introduzione di questa nuova informazione è, sicuramente, molto utile per poter svolgere analisi epidemiologiche a supporto della prevenzione per gli incidenti e per gli infortuni. La qualità della compilazione di questa informazione e la copertura sono gradualmente migliorate nel tempo, ma presentano ancora alcune lacune e differenze registrate a livello territoriale.
Alla luce di queste considerazioni occorre precisare, quindi, che l'insieme dei feriti gravi, preso in considerazione mediante l'analisi delle SDO, potrebbe essere parziale, poiché legato alla qualità e all'accuratezza nella compilazione delle schede.

Risultati

Nel 2014, i feriti gravi a seguito di un incidente stradale sono stati circa 15.000, in aumento del 16% rispetto agli anni precedenti; erano, infatti, circa 13.000 nel 2012 e nel 2013. Valori elevati di feriti gravi si registrano, soprattutto, per Lazio, Lombardia, Emilia-Romagna, Puglia e Campania, regioni, tra le altre, con maggior ampiezza territoriale e peso demografico.
Il rapporto di gravità, ossia il rapporto tra il numero di feriti gravi in incidente stradale (provenienti da dati SDO) ed i morti in incidente stradale (provenienti da dati dell'indagine sugli incidenti stradali con lesione a persone, Istat) (8), misura il numero di feriti gravi per ogni decesso avvenuto per incidente stradale. Nel 2014, si registrano in Italia 4,4 feriti gravi per ogni decesso in incidente stradale, valore variabile, però, a livello regionale. In Liguria, PA di Trento, Sardegna e Lazio, infatti, si registra un numero più elevato di feriti gravi per ogni decesso (valori del rapporto di gravità compresi tra 6,1 e 11,2), mentre in Molise, Veneto, Valle d'Aosta e Basilicata si riscontra un numero di feriti gravi per decesso più basso rispetto al dato nazionale e compreso tra 1,5 e 2,7. I livelli del rapporto di gravità, a livello nazionale, sono pari a 3,5 nel 2012 e 3,8 nel 2013 (Tabella 1).
Per avere la dimensione del fenomeno rispetto alla popolazione media residente nazionale, sono stati calcolati i tassi di lesività grave, ossia una misura del numero di feriti gravi per 100.000 abitanti (Grafico 1).
Nel 2014, in Italia, si sono avuti 25 feriti gravi in incidente stradale ogni 100.000 abitanti. Valori elevati si riscontrano in Liguria, PA di Trento, Lazio e Sardegna, mentre valori bassi si hanno in Molise, Veneto, Umbria, Lombardia e Basilicata.
La lettura e l'interpretazione dei dati presentati, sebbene consenta di delineare un trend per il fenomeno, deve essere effettuata con estrema cautela. L'individuazione dei feriti gravi in incidenti stradali, infatti, è basata sulla qualità delle informazioni registrate sulle SDO. Inoltre, un ruolo fondamentale è ricoperto dalla valorizzazione della variabile "causa esterna", che consente di isolare con certezza i casi di ricoveri a seguito di lesioni in incidente stradale. La mancata compilazione per tale variabile, se associata anche all'omissione di informazione sulla modalità dell'incidente, conduce all'eventuale esclusione del soggetto infortunato dal campo di osservazione.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 126

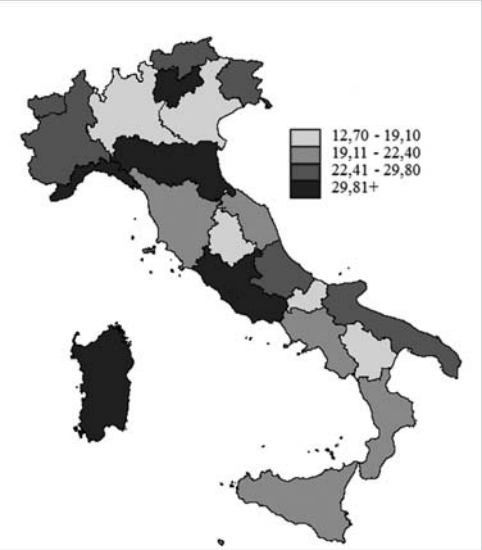
Tabella 1 - Feriti (valori assoluti) gravi per incidente stradale e rapporto di gravità per regione - Anni 2012-2014

Regioni	2012		2013		2014	
	Feriti gravi	Rapporto di gravità*	Feriti gravi	Rapporto di gravità*	Feriti gravi	Rapporto di gravità*
Piemonte	881	3,1	869	3,4	1.000	3,8
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	16	1,5	19	2,7	34	2,6
Lombardia	1.965	3,6	1.813	4,3	1.870	4,2
Bolzano-Bozen	152	4,3	172	5,5	152	4,8
Trento	179	4,7	161	5,8	209	9,1
Veneto	793	2,1	693	2,3	730	2,3
Friuli Venezia Giulia	350	4,1	327	3,9	317	3,2
Liguria	245	2,8	324	3,8	651	11,2
Emilia-Romagna	1.554	4,1	1.372	4,0	1.329	4,1
Toscana	819	3,2	828	3,7	800	3,2
Umbria	293	5,9	209	3,4	148	3,1
Marche	336	3,4	319	3,7	328	3,3
Lazio	1.328	3,4	1.176	3,2	2.266	6,1
Abruzzo	394	4,3	396	5,7	384	5,0
Molise	52	2,7	70	2,7	40	1,5
Campania	966	4,0	1.246	4,6	1.206	5,2
Puglia	693	2,6	843	3,8	1.220	5,3
Basilicata	122	2,4	119	5,4	110	2,7
Calabria	382	3,1	402	4,1	442	4,4
Sicilia	1.064	4,6	942	3,7	1.081	5,1
Sardegna	528	5,6	599	4,9	626	6,5
Italia	**13.112**	**3,5**	**12.899**	**3,8**	**14.943**	**4,4**

*Rapporto tra feriti gravi in incidente stradale (da dati SDO) e morti in incidente stradale (da indagine su incidenti stradali con lesione a persone, Istat).

Fonte dei dati: Ministero della Salute, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria-Ufficio VI - Schede di Dimissione Ospedaliera. Anno 2015; Istat - Rilevazione degli incidenti stradali con lesioni a persone. Anno 2015.

Tasso (per 100.000) di lesività grave per regione. Anno 2014



Conclusioni

Per il raggiungimento, nel 2020, dell'obiettivo di riduzione del numero di feriti gravi da incidenti stradali, successivamente alla condivisione di una definizione internazionale comune, è necessario puntare al miglioramento della qualità del dato proveniente da banche dati sanitarie e, in una fase successiva, eventualmente ricorrere all'integrazione delle informazioni anche con altre fonti dati. Sarebbe auspicabile poter abbinare le informazioni individuali sugli infortunati, fornite dalle autorità di Polizia responsabili per i rilievi degli incidenti stra-

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 127

dali, e i dati provenienti dagli archivi delle dimissioni ospedaliere.
Stabilita con certezza l'entità del fenomeno, si potranno mettere in campo misure efficaci per la riduzione delle lesioni gravi in incidente stradale, programmando interventi mirati per gli aspetti più critici ed, in particolare, prevedere misure adeguate per l'intervento tempestivo di emergenza post-infortunio e prestare attenzione agli utenti deboli della strada (pedoni, ciclisti e centauri) e all'incidentalità su tessuto urbano.
Ciò che la Commissione Europea auspica è, a ogni modo, che la produzione e l'utilizzo di dati affidabili e comparabili a livello internazionale contribuisca a mettere in campo adeguate ed efficaci misure e azioni a livello nazionale e globale.

Riferimenti bibliografici

(1) European Commission Communication, Towards a European road safety area: policy orientations on road safety 2011-2020, COM (2010) 389 final.
(2) European Commission Communication, White Paper: Roadmap to a Single European Transport Area - Towards a competitive and resource efficient transport system, COM (2011) 144 final.
(3) European Parliament resolution of 27 September 2011: European road safety 2011-2020, 2010/2235 (INI).
(4) European Commission, Commission staff working document On the implementation of objective 6 of the European Commission's policy orientations on road safety 2011-2020 - First milestone towards an injury strategy, Brussels, 19.3.2013, SWD (2013) 94 final. Disponibile sul sito:
http://ec.europa.eu/commission_2010-2014/kallas/headlines/news/2013/03/doc/swd%282013%2994.pdf.
(5) Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, Classificazione 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'' 2007 - Roma, 2008.
(6) Organizzazione mondiale della sanità. Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati. Decima revisione. 3 volumi. Traduzione della prima edizione a cura del Ministero della Salute, Roma: Istituto poligrafico e zecca dello Stato, 2001.
(7) Association for the Advancement of Automotive Medicine (AAAM). Disponibile sul sito: www.aaam.org/index.html.
(8) Istat ACI-Incidenti stradali in Italia. Anni 2012, 2013, 2014.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 128

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 129

Ambiente

Tra i numerosi fattori che influenzano la salute umana, un ruolo di primo piano è sicuramente rivestito dall'ambiente. In questo Capitolo vengono descritti alcuni temi prioritari per la caratterizzazione del rapporto ambiente-salute, quali l'acqua ed i rifiuti solidi urbani, attraverso l'impiego di indicatori già presentati nelle precedenti Edizioni del Rapporto Osservasalute ed indicatori relativi ai cambiamenti climatici.

I rifiuti rappresentano uno degli indicatori di maggiore pressione antropica, non solo in termini ambientali, ma anche in termini sociali e sanitari. Al fine di descrivere il potenziale rischio nella popolazione, nel paragrafo sono utilizzati indicatori che riportano la quantità di rifiuti solidi urbani prodotti, il volume di quelli smaltiti attraverso la discarica controllata e/o l'incenerimento e l'entità del ricorso alla raccolta differenziata.

La produzione di rifiuti solidi urbani, nel 2014, si attesta a poco meno di 30 milioni di tonnellate, registrando un valore intermedio tra quello rilevato nel 2001 e quello del 2002; si rileva un modesto incremento rispetto al 2013 che, seppure di entità ridotta e dovuto esclusivamente all'incremento del dato afferente al Nord Italia, evidenzia un'inversione di tendenza rispetto al trend rilevato nel periodo 2010-2013, in cui si era registrata una riduzione complessiva della produzione di quasi il 9%. La produzione pro capite nel 2014 (488 kg/ab) è rimasta pressoché stabile rispetto all'anno precedente (487 kg/ab); in alcune regioni del Nord (ad esempio in Emilia-Romagna) si evidenziano i valori più elevati, mentre nell'Italia meridionale (ad esempio in Basilicata e Molise) si registrano i valori più bassi. Come rilevato nei precedenti anni, è da rimarcare che la Lombardia ed il Lazio, insieme, generano poco più di un quarto della produzione totale nazionale di rifiuti.

Relativamente alle principali modalità di gestione, l'analisi dei dati mostra che i rifiuti solidi urbani smaltiti in discarica, nel 2014, ammontano a poco più di 9 milioni di tonnellate, facendo registrare una riduzione di circa il 15% rispetto all'anno precedente; una riduzione progressiva nell'arco degli anni si rileva anche relativamente al numero delle discariche. Inoltre, nel periodo 2001-2014, si osserva che, nonostante la consistente diminuzione dei rifiuti trattati in discarica, tale forma di smaltimento si confermi ancora la forma di gestione più diffusa soprattutto dalle regioni del Meridione, che vi conferiscono maggiori quantitativi di rifiuti sia rispetto al Centro che al Nord.

Per quanto riguarda la termodistruzione, la capacità media nazionale di incenerimento ha raggiunto, nel 2014, il 17,4% del totale dei rifiuti solidi urbani, ancora al di sotto della media dei Paesi europei (26,0%), ed ha superato i 5,1 milioni di tonnellate di rifiuto trattato. Il numero degli impianti, rispetto all'anno precedente, passa da 48 a 44 e si notano, peraltro, ampie differenze tra le regioni del Nord dove si registrano elevati tassi di incenerimento (Lombardia 39,5%; PA di Bolzano 32,1% ed Emilia-Romagna 32,7%), rispetto al Centro ed al Meridione, dove l'incenerimento è poco utilizzato.

La raccolta differenziata ha raggiunto, nel 2014 ed a livello nazionale, il 45,2% della produzione totale dei rifiuti solidi urbani con un incremento di quasi il 3% rispetto al 2013. Il Nord Italia ha contribuito maggiormente a tale incremento, seguito dal Centro e dal Sud ed Isole. Infatti, le regioni settentrionali sono quelle che mantengono il primato di più elevata percentuale di raccolta differenziata sui rifiuti solidi urbani prodotti e lo migliorano ulteriormente; il Centro ed il Sud ed Isole fanno registrare un maggior incremento percentuale (+4,4% e +2,5%, rispettivamente). Nell'ambito delle singole regioni, le maggiori percentuali di raccolta differenziata si rilevano in alcune regioni del Nord, quali la PA di Trento, il Veneto e la PA di Bolzano; in particolare, solo la PA di Trento ed il Veneto raggiungono pienamente l'obiettivo del 65% di raccolta differenziata fissato dalla normativa per il 2012.

L'acqua potabile rappresenta uno dei più significativi indicatori dello stato di salute di una popolazione; tale indispensabile elemento, infatti, deve essere disponibile in quantità adeguata e possedere buone caratteristiche qualitative. Vengono riportati, nello specifico, per quanto riguarda l'ultimo anno disponibile (2012), indicatori quantitativi e cioè acqua prelevata a scopo potabile, acqua potabilizzata, acqua immessa nelle reti di distribuzione ed acqua erogata.

In Italia, sono stati erogati circa 5.232 milioni di m^3 di acqua potabile distribuiti, prevalentemente, nelle regioni del Nord-Ovest e, in minor misura, nelle altre macroaree: l'Italia meridionale, il Nord-Est e le regioni dell'Italia centrale e insulare. La regione con il maggior quantitativo di acqua erogata è la Lombardia, con 1.053 milioni di m^3 (corrispondenti al 20,13%), seguita da Lazio (9,88%), Campania (8,58%) e Veneto (7,80%). Per quanto riguarda i dati pro capite, le regioni dell'Italia nord-occidentale dispongono di 280 litri/ab/die, valore supe-

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 130

riore a quello nazionale (241 litri/ab/die); per contro, nel Sud si rilevano 227 litri/ab/die e, nelle regioni insulari, si raggiunge il livello più basso (210 litri/ab/die). Relativamente alla percentuale di acqua erogata sul totale dell'acqua immessa nelle reti di distribuzione comunali, a fronte di un valore nazionale del 62,61%, si nota un marcato gradiente Nord-Sud ed Isole: infatti, a partire dall'Italia nord-occidentale per finire all'Italia meridionale e insulare, si registrano valori che oscillano dal 77,78% al 45,20%. Anche per quanto riguarda alcuni aspetti qualitativi relativi alla necessità di sottoporre l'acqua prelevata a trattamenti di potabilizzazione, si notano rilevanti modificazioni in funzione delle ripartizioni geografiche. Emerge, inoltre, nel 2012, rispetto agli anni precedenti, una diminuzione dell'acqua erogata di 12 litri/ab/die rispetto al 2008 e di ben 26 litri/ab/die rispetto al 1999. Infine, un dato preoccupante è la percentuale di acqua erogata rispetto a quella immessa nelle reti di distribuzione che, nel 2012 evidenzia una perdita notevole in rete rispetto al 1999 (62,61% vs 71,49%).

Riguardo i Cambiamenti Climatici o Climate Change, è innegabile che il nostro pianeta e, con esso, l'Italia, si stia riscaldando. Ciò comporterà non il "se", ma "quando accadrà" che il clima e, quindi, il territorio, l'agricoltura, le attività occupazionali e produttive, gli habitat e le biocenosi, dai microrganismi alle piante, agli animali ed all'essere umano, cambieranno rispetto a quanto siamo abituati ad osservare e vivere. Sebbene tutti i modelli siano ancora imprecisi, i cambiamenti saranno epocali e tanto più difficili da affrontare quanto più non saranno stati oggetto di prevenzione e di cambiamento culturale e di consapevolezza della collettività, considerando come già da adesso dovremmo cambiare molti degli stili di vita che hanno caratterizzato tante delle precedenti generazioni e che già oggi difficilmente potremmo o dovremmo permetterci[1-3].

Gli indici World Meteoclimate Organization indicano come l'Italia si stia lentamente ma inesorabilmente riscaldando, con variazioni percentuali, nelle differenti regioni, che variano da un minimo dello 0% sino al 227,3%, alternando, per alcune di esse, periodi di variazione negativa a positiva, a giustificare l'estrema variabilità del fenomeno e degli eventi che ne conseguono (alluvioni, cicloni di tipo tropicale, dissesti idrogeologici, variazione delle patologie trasmissibili e non trasmissibili, ondate di calore, cambiamento nelle caratteristiche organolettiche degli alimenti o della loro produzione e conservazione, ondate di immigrazione dei popoli già esposti a valori superiori di temperatura etc.)[4]. Se la Sanità Pubblica non contemplerà questo fenomeno come parte importante della prevenzione della salute delle generazioni presenti e future, il rischio è, come sempre, che i cambiamenti e le decisioni vengano prese ed attuate in modo affrettato ed irrazionale rendendo improponibile la loro realizzazione. È evidente, quindi, la necessità di convivere ed "adattarci" ad una nuova realtà, attuando tutto ciò che è nelle nostre possibilità per lasciare alle prossime generazioni un pianeta ed un'Italia migliore.

[1]Houghton A and English P, 2014. An Approach to Developing Local Climate Change Environmental Public Health Indicators, Vulnerability Assessments, and Projections of Future Impacts. Journal of Environmental and Public Health. 1-7. Disponibile sul sito: http://dx.doi.org/10.1155/2014/132057.

[2]Patz JA, Frumkin H, Holloway T, Vimont DJ, Haines A, 2014. Climate Change: Challenges and Opportunities for Global Health. JAMA. 2014; 312 (15): 1.565-1.580. doi:10.1001/jama.2014.13186.

[3]Kendrovski V, Spasenovska M, Menne B. The public health impacts of climate change in the former Yugoslav Republic of Macedonia. Int J Environ Res Public Health. 2014 Jun 5; 11 (6): 5.975-88. doi: 10.3390/ijerph110605975.

[4]Istituto Superiore per la Protezione e Ricerca Ambientale (ISPRA), 2015. Rapporto Ambiente 2014. Roma.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 131

Rifiuti solidi urbani (produzione)

Significato. La produzione di rifiuti solidi urbani 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 e all'incremento della popolazione e delle aree urbane.
Per contrastare questa tendenza (che solo negli ultimi anni ha evidenziato un calo verosimilmente legato alla crisi economica) 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 solidi urbani sui comparti ambientali potenzialmente più coinvolti (suolo, acqua e aria) nonché sulla salute (1).
L'indicatore qui proposto misura la quantità totale di rifiuti solidi urbani prodotti in Italia nel 2014 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

Numeratore	Rifiuti solidi urbani prodotti
Denominatore	Popolazione media residente

Validità e limiti. I dati riportati derivano dalle informazioni trasmesse all'Istituto Superiore per la Protezione e Ricerca Ambientale da parte di soggetti pubblici e privati che, a vario titolo, raccolgono informazioni in materia di gestione dei rifiuti (2). La fonte dei dati di popolazione (utilizzati per la quantificazione dei valori pro capite) è costituita dalle banche dati dell'Istituto Nazionale di Statistica.
Essendo i valori assoluti di produzione di rifiuti solidi urbani fortemente influenzati dalle differenti dimensioni territoriali e di popolazione di riferimento, al fine di valutare la produzione di rifiuti svincolandola dal livello di popolazione residente, si è fatto ricorso anche ad un'analisi dei dati pro capite. Peraltro, tale modalità di analisi presenta il limite di non tener conto della cosiddetta popolazione fluttuante (legata, ad esempio, a flussi turistici) che può, invece, incidere anche in maniera sostanziale sul dato di produzione assoluta dei rifiuti solidi urbani facendo lievitare il valore di produzione pro capite.
Il valore di produzione pro capite sensibilmente più elevato, registrato da alcune regioni, potrebbe dipendere dalle maggiori tipologie di rifiuti speciali che vengono, in tali regioni, assimilate ai rifiuti solidi urbani e che contribuiscono al dato di produzione degli stessi.

Valore di riferimento/Benchmark. I Paesi dell'Unione Europea riferita a 27 Stati membri (UE-27), nel 2013, hanno fatto registrare una produzione annua media pro capite dei rifiuti solidi urbani di 481 kg/ab, che varia da un minimo di 272 kg/ab della Romania ad un massimo di 747 kg/ab della Danimarca (3); l'Italia, nello stesso anno, presenta una produzione di 488 kg/ab (2), superiore dell'1,5% rispetto alla media europea.

Descrizione dei risultati

La produzione di rifiuti solidi urbani, nel 2014, si attesta a circa 29,7 milioni di tonnellate (Tabella 1 e Grafico 1), registrando un valore intermedio tra quello rilevato nel 2001 (29,4 milioni di tonnellate) e quello del 2002 (29,8 milioni di tonnellate); in particolare, si rileva un modesto incremento (circa 60.000 tonnellate) rispetto al 2013 (+0,2%) che, seppure di entità ridotta, evidenzia un'inversione di tendenza rispetto al trend rilevato nel periodo 2010-2013, in cui si era osservata una riduzione complessiva della produzione di circa 2,8 milioni di tonnellate (-8,6%) (2).
Per quanto riguarda le macroaree geografiche, si può rilevare come la crescita della produzione nazionale dei rifiuti solidi urbani tra il 2013-2014 sia dovuta, esclusivamente, all'incremento del dato afferente al Nord Italia, dove si assiste ad un aumento pari all'1,4% (+188 mila tonnellate); è, infatti, stabile (al Centro) o in modesto calo (al Meridione) la produzione di rifiuti nelle altre macroaree considerate. In valore assoluto il quantitativo di rifiuti solidi urbani prodotti, nel 2014, è pari a 13,8 milioni di tonnellate al Nord, 6,6 milioni di tonnellate al Centro e 9,3 milioni di tonnellate al Meridione.
I dati relativi alla produzione pro capite (la cui analisi è utile per svincolare il dato dall'entità della popolazione residente) evidenziano, nell'ultimo anno di rilevazione (2014), una produzione di 488 kg/ab per anno; rispetto al 2013, si osserva una sostanziale stabilità (487 kg/ab/anno). Retrospettivamente, a partire dal 2006, si rileva una progressiva diminuzione, più marcata tra il 2012 ed il 2011 (-23 kg/ab per anno), ma comunque evidente anche tra gli anni precedenti (-8 kg/ab per anno tra il 2011 e 2010, -4 kg/ab per anno tra il 2010 e 2009, -9 kg/ab per anno tra il 2009 e

A. AZARA, U. MOSCATO

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 132

2008, -5 kg/ab per anno tra il 2008 e 2007 e -4 kg/ab per anno tra il 2007 e 2006).
Relativamente alle macroaree geografiche nazionali, i quantitativi maggiori di produzione si riscontrano, nel 2014, in analogia alle precedenti rilevazioni annuali, al Centro con circa 547 kg/ab per anno ed al Nord con 496 kg/ab per anno, mentre i valori più bassi si osservano al Sud e nelle Isole con circa 443 kg/ab per anno; in particolare, rispetto al 2013, si rileva un aumento di 7 kg/ab per anno nel Nord (+1,3%) e cali di circa 3 kg/ab per anno (-0,5%) e 4 kg/ab per anno (-0,8%) nel Centro e nel Meridione, rispettivamente.
Più marcate, invece, le differenze rispetto al 2010. Si osserva, infatti, una riduzione di 48 kg/ab per anno (-9%) su scala nazionale, con cali di 66 kg/ab per anno al Centro, 52 kg/ab per anno al Sud ed Isole e 37 kg/ab per anno al Nord.
Infine, per quanto riguarda le singole regioni, è da rimarcare che la Lombardia (15,7%) ed il Lazio (10,4%), insieme, generano più di un quarto della produzione totale nazionale di rifiuti solidi urbani (Tabella 1). Tra le regioni del Nord, si registrano valori di 636 kg/ab in Emilia-Romagna e, all'opposto, valori molto bassi come quelli del Friuli Venezia Giulia (451 kg/ab) e del Veneto (455 kg/ab). Più uniforme, invece, la produzione rilevata nell'Italia centrale, che presenta valori pro capite compresi tra i 601 kg/ab della Toscana e i 513 kg/ab delle Marche. Nel Meridione, infine, Puglia e Sicilia presentano una produzione pro capite, rispettivamente, di 467 e 460 kg/ab, mentre i dati più bassi si registrano in Basilicata (349 kg/ab) e Molise (387 kg/ab).

Tabella 1 - Produzione (valori assoluti in tonnellate, valori pro capite in kg/ab e valori percentuali) di rifiuti solidi urbani per regione - Anno 2014

Regioni	Produzione totale	Produzione pro capite	Produzione %
Piemonte	2.050.631	464	6,9
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	72.431	565	0,2
Lombardia	4.642.315	464	15,7
Bolzano-Bozen	242.514	468	0,8
Trento	252.911	471	0,9
Veneto	2.240.454	455	7,6
Friuli Venezia Giulia	553.433	451	1,9
Liguria	899.438	568	3,0
Emilia-Romagna	2.829.543	636	9,5
Toscana	2.253.908	601	7,6
Umbria	476.375	532	1,6
Marche	796.142	513	2,7
Lazio	3.082.372	523	10,4
Abruzzo	593.080	445	2,0
Molise	121.123	387	0,4
Campania	2.560.486	437	8,6
Puglia	1.909.748	467	6,4
Basilicata	201.130	349	0,7
Calabria	809.974	410	2,7
Sicilia	2.342.219	460	7,9
Sardegna	725.024	436	2,4
Italia	**29.655.250**	**488**	**100,0**

Fonte dei dati: ISPRA. Rapporto Rifiuti Urbani. Anno 2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 133

Produzione (kg/ab) pro capite di rifiuti solidi urbani per regione. Anno 2014

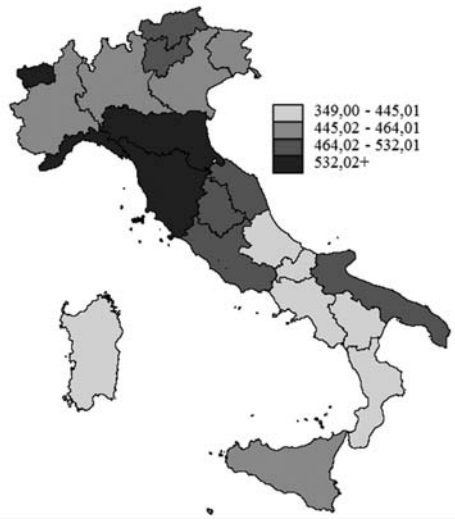
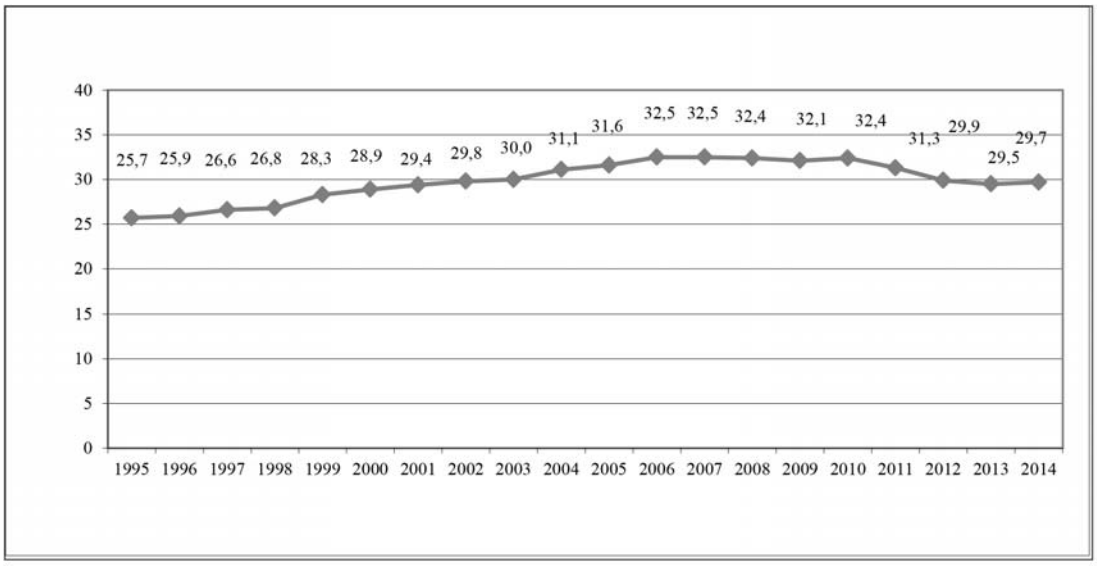


Grafico 1 - Produzione (valori assoluti in milioni di tonnellate) di rifiuti solidi urbani - Anni 1995-2014



Fonte dei dati: ISPRA. Rapporto Rifiuti Urbani. Anno 2015.

Confronto internazionale

Nel 2013, la produzione di rifiuti solidi urbani nell'UE-27 ammonta a 243,2 milioni di tonnellate, con una flessione di circa l'1,2% rispetto all'anno precedente (pari a circa 2,9 milioni di tonnellate) che conferma la tendenza alla riduzione registratasi tra il 2012 ed il 2011 (-1,9%), tra il 2011 ed il 2010 (- 0,9%) e tra il 2010 e il 2009 (- 0,2%) (2); una possibile interpretazione del dato è fornita dalla crisi economica che ha investito più o meno tutta l'UE, provocando una diminuzione dei consumi. Al riguardo, è possibile ipotizzare che le misure di prevenzione e minimizzazione della produzione di rifiuti solidi urbani, anche se ormai numerose ed in via di diffusione in varie realtà territoriali, non possono essere ritenute le principali responsabili di una tale tendenza.

In particolare, l'analisi dei dati della produzione pro capite di rifiuti solidi urbani nei Paesi dell'UE, nel 2013 (2-4), evidenzia una marcata eterogeneità: la Danimarca, con 747 kg/ab, si colloca ai vertici della classifica europea seguita da Lussemburgo (653 kg/ab), Cipro (624 kg/ab) e Germania (617 kg/ab), mentre i valori più bassi si registrano in Romania (272 kg/ab), Estonia (293 kg/ab), Polonia (297 kg/ab),

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 134

Slovacchia (304 kg/ab), Repubblica Ceca (307 kg/ab) e Lettonia (312 kg/ab). L'Italia si colloca al 16° posto con 488 kg/ab (Tabella 2) (2).
Dall'analisi dei dati emerge una netta differenza tra i "vecchi" e i "nuovi" Stati membri caratterizzati, questi ultimi, da valori di produzione pro capite decisamente più contenuti rispetto ai primi, probabilmente a causa di minori consumi legati a condizioni economiche mediamente più modeste. Infatti, il valore pro capite dell'UE-15 è pari a 521 kg/ab per anno (-1,3% rispetto al 2012), mentre per i nuovi Stati membri il dato si attesta a 325 kg/ab per anno (-3,3% rispetto al 2012) (2). Per quanto riguarda i valori assoluti, considerando il raggruppamento UE-15, la riduzione registrata tra il 2012 e il 2013 è pari allo 0,8% (da circa 210,8 milioni di tonnellate a circa 209,1 milioni di tonnellate), mentre in riferimento ai nuovi Stati membri si rileva, nello stesso periodo, una flessione del 3,4% (da circa 35,3 milioni di tonnellate a circa 34,1 milioni di tonnellate) (2).
In un più vasto arco temporale, la variazione percentuale verificatasi tra il 2000 ed il 2013 evidenzia un calo medio di oltre il 7%; infatti, se da un lato si osservano rilevanti incrementi (compresi tra circa il 15-25%) per Grecia, Slovacchia, Lituania e Lettonia, dall'altro alcuni Paesi mostrano una marcata riduzione percentuale della produzione di rifiuti solidi urbani compresa tra circa il 20-33% (Estonia, Spagna, Romania e Slovenia). L'Italia, nello stesso periodo, diminuisce la produzione del 4,1% (Tabella 2) (3-5).

Tabella 2 - Produzione (valori pro capite in kg/ab e variazione percentuale) di rifiuti solidi urbani nei Paesi dell'Unione Europea - Anni 2000-2013

Paesi	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Δ % (2000-2013)
Austria	581	578	609	609	627	619	617*	597	601	591	591	552	552	578	-0,5
Belgio	467	460	461	445	465	476*	475*	492	493	491	466	465	456	439	-6,0
Bulgaria	516	505	500	499	471	463	446	468	467	468	410	375	460	432	-16,3
Cipro	680	703	709	724	739	739	745	754	770	778	760	658	663	624*	-8,2
Danimarca	665	658	665	672	696	737	737*	801	802	833	673	718	668	747	12,3
Estonia	440	372	406	418	449	436	466*	536	515	346	311	298	279	293	-33,4
Finlandia	503	466	449	453	455	459	488	507	522	481	470	505	506	493	-2,0
Francia	516	529	533	535	544	542*	553*	541	543	536	532	526	534	530*	2,7
Germania	610	601	640	601	587	564	566*	564	581	587	583	597	611	617*	1,1
Grecia	408	417	423	428	433	438	443	448	453	478	457	496	503	510*	25,0
Irlanda	603	705	698	736	753	740	804*	786	733	742	636	623	570	586*	-2,8
Italia	**509**	**516**	**524**	**524**	**538**	**542**	**550**	**546**	**541**	**532**	**531**	**535**	**505°**	**488°**	**-4,1**
Lettonia	270	302	338	298	311	310	411	377	331	333	304	350	301	312	15,6
Lituania	363	377	401	383	366	378	390	400	407	360	381	442	469	433	19,3
Lussemburgo	658	650	656	684	696*	705*	702*	694	701	707	678	687	662	653*	-0,8
Malta	547	542	541	581	624	611	652	652	696	647	591	584	589	570	4,2
Olanda	616	615	622	610	625	624	625	630	622	616	595	596	551	526	-14,6
Polonia	316	290	275	260	256	245	259	322	320	316	315	315	314	297*	-6,0
Portogallo	472	472	439	447	436	446	435*	472	477	488	514	487	453	440	-6,8
Regno Unito	578	592	600	594	605	584	588	572	565	529	521	518	472	482	-16,6
Repubblica Ceca	334	273	279	280	278	289	296	294	306	316	317	320	308	307	-8,1
Romania	363	345	383	364*	378	377	385*	379	382	396	365	365	389	272*	-25,1
Slovacchia	254	239	283	297	274	289	301	309	328	339	333	327	324	304	19,7
Slovenia	513	479	407	418	417	423	432	441	459	449	422	411	362	414	-19,3
Spagna	662	658	645	655	608	597	583*	588	575	547	535	531	464	449*	-32,2
Svezia	428	442	468	471	464	482	497	518	515	485	465	460	462	453	5,8
Ungheria	445	451	457	463*	454	459	468	456	453	430	413	382	402	378	-15,1
UE-27	**518**	**517**	**527**	**519**	**518**	**518**	**517**	**522**	**524**	**513**	**502**	**503**	**489**	**481**	**-7,1**

*Valori stimati.
°Dato ISPRA Rapporto Rifiuti Urbani, Edizione 2015. Ottobre 2015.

Fonte dei dati: Eurostat. Municipal waste statistics. Statistic Explained, March 2015.

Raccomandazioni di Osservasalute

Il modesto incremento rilevato nel 2014 rispetto al 2013, seppure di lieve entità, evidenzia una lieve inversione di tendenza rispetto a quanto riscontrato tra il 2010 e il 2013 (2); tale sostanziale stabilità della produzione dei rifiuti solidi urbani rilevata nell'ultimo anno, segue ad un lieve calo registrato negli anni precedenti e può essere dovuta a diversi fattori.
Infatti, se da un lato è indubbio che, in vari contesti territoriali, siano state attivate specifiche misure di prevenzione quali l'adozione di strumenti finalizzati a minimizzare i flussi avviati ai sistemi di raccolta attraverso la riduzione dell'immesso al consumo, la maggiore diffusione del compostaggio domestico ed il diffondersi di strumenti di tariffazione puntuale dei servizi di raccolta, che incidono direttamente sui prezzi,

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 135

è innegabile che vi sia una correlazione non solo con le crescenti limitazioni alla possibilità di assimilazione dei rifiuti speciali ai rifiuti solidi urbani (ed, in particolare, quelli derivanti dalla piccola e media impresa), ma anche con il trend degli indicatori socio-economici (spese delle famiglie residenti e Prodotto Interno Lordo-PIL, fortemente ridotti a causa della crisi economica degli ultimi anni).

Verosimilmente, tale andamento è da mettere in relazione a quello dei citati indicatori socio-economici che, nell'ultimo anno, riportano una crescita sia per la spesa delle famiglie che per la produzione dei rifiuti solidi urbani (+0,3% per entrambi gli indicatori), a fronte di una contrazione del PIL dello 0,4%. In particolare, confrontando i dati dei rifiuti solidi urbani riferiti al periodo 2002-2014 con quelli delle spese delle famiglie a valori concatenati (anno di riferimento 2010) dello stesso periodo, si rileva una discreta correlazione con una regressione di tipo lineare (valore di R2 pari a 0,8612). Nel caso del PIL, il valore di R2 risulta, invece, pari a 0,6577 (2).

È auspicabile, pertanto, in ambito nazionale, implementare le note strategie virtuose attraverso:

- riduzione della produzione dei rifiuti solidi urbani alla fonte, tramite specifiche misure di prevenzione messe in atto a livello regionale o sub-regionale;
- riduzione della quota relativa ai rifiuti solidi urbani assimilati, a seguito di gestione diretta da parte dei privati, soprattutto nel caso di tipologie economicamente remunerative;
- implementazione della diffusione di sistemi di raccolta domiciliare e/o di tariffazione puntuale, che possono concorrere ad una riduzione di conferimenti impropri.

In ambito Comunitario, invece, è auspicabile dare concreta attuazione alle indicazioni contenute nel VI Programma di Azione per l'Ambiente stilato dalla Commissione Europea (1). In tale ottica, nel rispetto della scadenza comunitaria prevista dalla Direttiva europea 2008/98/CE per dicembre 2013 (6), il Programma Nazionale di Prevenzione dei Rifiuti, emanato dal Ministero dell'Ambiente e della Tutela del Territorio e del Mare con Decreto Direttoriale del 7 ottobre 2013 (7), individua la produzione dei rifiuti urbani per unità di PIL come uno dei parametri oggetto di monitoraggio per la valutazione dell'efficacia delle misure intraprese. Per tale parametro è stato fissato un obiettivo di riduzione del 5%, misurato in relazione ai valori del 2010, da conseguire entro il 2020; il Programma prevede, inoltre, che nell'ambito del monitoraggio sia considerato anche l'andamento della produzione dei Rifiuti Urbani (RU) in rapporto ai consumi delle famiglie. Effettuando il calcolo per il periodo 2010-2014 si ottiene una variazione percentuale del rapporto RU/PIL pari al -4,6%, mentre la variazione della produzione dei RU per unità di spese delle famiglie risulta pari al -2,9%.

Peraltro, la disponibilità di dati relativi a un arco temporale più lungo potrà, sicuramente, fornire maggiori indicazioni nella non semplice interpretazione dell'indicatore sopracitato (2). Sarà, quindi, opportuno continuare a porre maggiore enfasi sulla prevenzione della generazione di rifiuti solidi urbani e sul riciclaggio, nel quadro di una politica integrata dei prodotti.

Riferimenti bibliografici

(1) The Sixth Environment Action Programme of the European Community 2002-2012.
(2) Istituto Superiore per la Protezione e Ricerca Ambientale (ISPRA), Rapporto Rifiuti Urbani Edizione 2015. Rapporti 230/2015. Roma, Ottobre 2015.
(3) Eurostat. Municipal waste statistics. Statistic Explained, March 2015.
(4) Eurostat, News release, Environment in the EU, 54/2015 - 26 March 2015.
(5) Eurostat. Energy, Transport and Environment Indicators, European Communities. Municipal waste generated per inhabitant.
(6) Direttiva 2008/98/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 19 novembre 2008 relativa ai rifiuti e che abroga alcune direttive. G.U. U.E. L312/3 del 22.11.2008.
(7) Decreto Direttoriale 7 ottobre 2013 - Adozione e approvazione del Programma Nazionale di Prevenzione dei Rifiuti (G.U. 18 ottobre 2013, n. 245).

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 136

Rifiuti solidi urbani (gestione)

Significato. L'indicatore misura la quantità di rifiuti solidi urbani smaltiti attraverso discariche controllate ed inceneritori nelle diverse regioni.
Queste due modalità di smaltimento dei rifiuti solidi urbani rientrano in una più articolata strategia di gestione, cioè di politiche volte a governare l'intero processo dei rifiuti, dalla loro produzione fino alla loro sorte finale.
La strategia di gestione adottata dall'Unione Europea (UE) e recepita in Italia con il D. Lgs. n. 22/1997 (1) ed, in seguito, con il D. Lgs. n. 152/2006 (2), delinea priorità di azione e di gestione integrata del problema. In particolare, gli obiettivi generali della gestione dei rifiuti solidi urbani sono numerosi e vanno dalla riduzione a monte della quantità e pericolosità dei rifiuti solidi urbani ed industriali prodotti, agli interventi per il riciclaggio, il riuso ed il recupero di materia ed energia (anche attraverso il ricorso alla raccolta differenziata), allo smaltimento finale in condizioni di sicurezza per l'uomo e l'ambiente.
L'entità del ricorso alla discarica ed all'incenerimento dei rifiuti rappresenta un indicatore di rispondenza, in ambito nazionale e regionale, che secondo la normativa (3) prevede da un lato 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, l'incenerimento in via preferenziale rispetto al conferimento in discarica.
Nell'ambito della gestione integrata dei rifiuti solidi urbani, riveste un ruolo di primo piano la raccolta differenziata, che permette non solo di ridurre la quota destinata allo smaltimento residuale in discarica e/o in inceneritore, ma anche di valorizzare e recuperare le frazioni merceologiche omogenee raccolte.

Rifiuti solidi urbani smaltiti in discarica

Rifiuti solidi urbani inceneriti

Percentuale di rifiuti solidi urbani smaltiti in discarica sui rifiuti solidi urbani prodotti

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Rifiuti solidi urbani smaltiti in discarica}}{\text{Rifiuti solidi urbani prodotti}} \times 100$$

Percentuale di rifiuti solidi urbani inceneriti sui rifiuti solidi urbani prodotti

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Rifiuti solidi urbani inceneriti}}{\text{Rifiuti solidi urbani prodotti}} \times 100$$

Validità e limiti. Pur non essendo esaustivo della totalità delle modalità impiegate per la gestione dei rifiuti solidi urbani, l'indicatore analizza due modalità di trattamento tra le più utilizzate sul territorio nazionale; infatti, è opportuno far notare che il trattamento meccanico-biologico rappresenta, ormai, il secondo metodo maggiormente impiegato per lo smaltimento dei rifiuti, anche se viene diffusamente utilizzato come forma di pretrattamento prima dello smaltimento in discarica o dell'incenerimento.
I dati riportati sono rilevati dall'Istituto Superiore per la Protezione e Ricerca Ambientale attraverso un'articolata raccolta di informazioni (4) che, soprattutto negli anni passati, ha creato qualche difformità di interpretazione (dati incompleti e/o non aggiornati, inserimento di nuove province con conseguente riorganizzazione amministrativa del territorio e difficile confronto con dati retrospettivi). Si evidenzia, inoltre, che 3 regioni del Nord (Valle d'Aosta, Liguria e PA di Trento), 2 del Centro (Umbria e Marche) e 2 del Meridione (Abruzzo e Sicilia) sono prive di impianti di incenerimento.

Valore di riferimento/Benchmark. I rifiuti solidi urbani smaltiti in discarica, nel 2014, ammontano a circa 9,3 milioni di tonnellate, facendo registrare, rispetto al 2013, una riduzione di circa il 14%, pari a circa 1,6 milioni di tonnellate. Rispetto al totale dei rifiuti solidi urbani prodotti, il dato del 2014 (31,5%) evidenzia una diminuzione del 5,4% rispetto a quello del 2013 (36,9%).
Di molto inferiore è, invece, la quantità avviata ad incenerimento, circa 5,1 milioni di tonnellate (pari al 17,4% dei rifiuti solidi urbani prodotti), valore lievemente inferiore rispetto al 2013 (equivalente a 5.396.441 tonnellate/anno, pari al 18,2% dei rifiuti solidi urbani prodotti). In tale contesto, i Paesi dell'UE, nel 2013, hanno smaltito in discarica il 31% dei rifiuti solidi urbani prodotti e ne hanno incenerito il 26% (4, 5).

A. AZARA, U. MOSCATO

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 137

Descrizione dei risultati

L'analisi dei dati mostra che i rifiuti solidi urbani smaltiti in discarica, nel 2014, ammontano a 9.332.000 tonnellate facendo registrare, come già riportato, una riduzione di circa il 15% rispetto all'anno precedente; un calo si rileva anche relativamente al numero delle discariche che, per effetto degli stringenti requisiti tecnici imposti dalla normativa, si sono progressivamente ridotte nell'arco degli anni (303 nel 2006, 270 nel 2007, 244 nel 2008, 229 nel 2009, 211 nel 2010, 192 nel 2011, 189 nel 2012, 180 nel 2013 e 172 nel 2014) (Tabella 1).

Peraltro, analizzando un più ampio arco temporale, dal 2001-2014, si nota come, nonostante la percentuale dei rifiuti trattati in discarica sia passata dal 66,7% al 31,5%, lo smaltimento in discarica si confermi ancora la forma di gestione più diffusa (Grafico 1).

In tale contesto le regioni del Sud e le Isole, rispetto ai rifiuti solidi urbani prodotti, in modo analogo a quanto avvenuto nel 2013, conferiscono in discarica quantitativi più elevati di rifiuti (49%), sia rispetto al Centro (32%) che al Nord (19%).

Inoltre, analizzando il dato per macroarea geografica, rispetto al 2013, si osserva una riduzione del 5% dello smaltimento al Nord, del 27% al Centro ed un incremento del 13% al Meridione. È opportuno precisare, però, che la notevole riduzione registrata al Centro è da attribuire alla deviazione di ingenti flussi di rifiuti solidi urbani prodotti nel Lazio a destinazioni extraregionali, a seguito della chiusura della maggiore discarica sita nel Comune di Roma.

In particolare, la PA di Bolzano, il Friuli Venezia Giulia e la Lombardia (rispettivamente, con il 5,2%, 6,1% e 7,1%), sono le regioni che smaltiscono in discarica la percentuale inferiore di rifiuti solidi urbani rispetto al totale di quelli prodotti (Tabella 1); inoltre, in Friuli Venezia Giulia ed in Lombardia solo il 3% dei rifiuti solidi urbani vengono smaltiti senza essere sottoposti al necessario trattamento preliminare. Con valori intorno al 10%, ottimi risultati in termini di riduzione dello smaltimento, sono stati raggiunti anche in Veneto (12,4%), Abruzzo (13,2%) e, apparentemente, in Campania (8,6%) poichè oltre 90.000 tonnellate di rifiuti prodotti in Campania vengono smaltiti in altre regioni (Puglia, Emilia-Romagna, Lombardia e Calabria). Analoga prassi si rileva anche per il Lazio (4).

Al Centro ed al Sud ed Isole si registrano percentuali inferiori al 50% solo in Toscana (37,3%), nel Lazio (20,5%), in Abruzzo (13,2%), Campania (8,6%), Calabria (47,3%) e Sardegna (33,5%). In particolare, consistenti miglioramenti si osservano sia in Sardegna, dove lo smaltimento tra il 2011-2014 passa da circa il 45% al 33% del totale dei rifiuti solidi urbani prodotti, sia in Abruzzo, dove si passa da circa il 37% al 13% del totale dei rifiuti prodotti.

Tali risultati sono in gran parte dovuti all'incremento della raccolta differenziata che in queste regioni fa registrare aumenti considerevoli, raggiungendo il 53,0% in Sardegna ed il 46,1% in Abruzzo.

Le regioni che, invece, smaltiscono in discarica le maggiori quantità di rifiuti solidi urbani sono la Sicilia, con poco meno di 2 milioni di tonnellate, corrispondenti all'84,3% del totale dei rifiuti prodotti nella stessa regione, e la Puglia, con oltre 1,4 milioni di tonnellate (75,2% della produzione). Percentuali elevate si registrano anche in Valle d'Aosta (61,8%), Umbria (56,2%), Basilicata (52,0%) e, soprattutto, in Molise (111,0%) regione in cui, in realtà, vengono smaltite consistenti quote di rifiuti extraregionali (provenienti prevalentemente dall'Abruzzo); se non si considerasse tale quota, infatti, la percentuale di smaltimento si ridurrebbe a circa il 45% del totale dei rifiuti prodotti (4).

Per quanto riguarda la termodistruzione, la capacità media nazionale di incenerimento ha raggiunto il 17,4% del totale dei rifiuti solidi urbani, ancora al di sotto della media dei Paesi europei (26,0%), ed ha superato i 5 milioni di tonnellate di rifiuto trattato (Tabella 1).

In particolare, nel 2014, rispetto all'anno precedente, si registra una modesta diminuzione di quantitativo assoluto di rifiuti solidi urbani inceneriti (circa 240 mila tonnellate) e, per quanto riguarda il rapporto con i rifiuti prodotti, un calo dello 0,8% (passando dal 18,2% del 2013 al 17,4% del 2014). Tale diminuzione del quantitativo incenerito, rispetto al 2013, va comunque correlata con il pur modesto incremento della produzione totale di rifiuti solidi urbani (+0,3%) e con l'aumento della raccolta differenziata (+2,9%).

Peraltro, nel periodo 1996-2014, i quantitativi di rifiuti solidi urbani e di Combustibile Derivato da Rifiuti avviati ad incenerimento sono progressivamente aumentati, passando da 1,6 milioni di tonnellate ad oltre 5,1 milioni di tonnellate nel 2014.

Il numero degli impianti operativi sul territorio rispetto all'anno precedente cala, invece, di quattro unità, passando da 48 a 44; in particolare, la maggior parte di essi è localizzata nel Nord (29) e, soprattutto, in Lombardia ed in Emilia-Romagna con, rispettivamente, 13 ed 8 impianti operativi. Nel Centro operano 8 impianti di cui 5 in Toscana e 3 nel Lazio. Nel Meridione esistono 7 impianti: 2 localizzati in Sardegna ed 1 in Molise, Campania, Puglia, Basilicata e Calabria.

Il panorama italiano è, però, estremamente differenziato: infatti, soprattutto al Nord, si rilevano elevati tassi di incenerimento in Lombardia (39,5%), nella PA di Bolzano (32,1%) ed in Emilia-Romagna (32,7%), mentre regioni come il Friuli Venezia Giulia (27,1%), il Molise (24,3%) e la Sardegna (19,1%) presentano valori compresi tra il 15-30%. Da rimarcare, inoltre, il dato della Basilicata che ha il più elevato tasso di incenerimento sui rifiuti solidi urbani prodotti (209,1%), avviando ad incenerimento oltre il doppio

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 138

dei rifiuti prodotti nella regione.
Al Centro ed al Meridione l'incenerimento è poco utilizzato, visto anche il ridotto numero di inceneritori (rispettivamente, 8 e 7), con l'unica eccezione della Sardegna che, registrando anche un lieve incremento rispetto al precedete anno (10.792 tonnellate), ha raggiunto, come precedentemente citato, un tasso di incenerimento del 19,1%, collocandosi tra le prime 8 regioni (4). Il pro capite di incenerimento, ascrivibile al ciclo di gestione dei rifiuti solidi urbani, aumenta da 65,09 kg/ab per anno di Rifiuti Urbani, Frazione Secca e Combustibile Solido Secondario del 2005 a 84,79 kg/ab per anno del 2014, facendo registrare un aumento di circa il 30% (4).

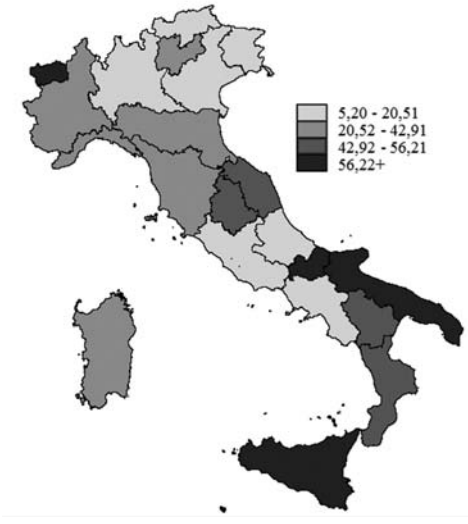
Tabella 1 - Rifiuti solidi urbani (valori assoluti in tonnellate e valori percentuali sul totale dei rifiuti prodotti) smaltiti in discarica e inceneriti, numero (valori assoluti) di impianti e produzione totale (valori assoluti in tonnellate) per regione - Anno 2014

Regioni	Smaltimento in discarica			Incenerimento			Produzione totale
	Rifiuti solidi urbani	Totale rifiuti prodotti	Impianti	Rifiuti solidi urbani	Totale rifiuti prodotti	Impianti	
Piemonte	587.660	28,7	16	420.471	20,5	2	2.050.631
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	44.773	61,8	2	0	-	0	72.431
Lombardia	331.026	7,1	9	1.833.584	39,5	13	4.642.315
Bolzano-Bozen	12.622	5,2	6	77.831	32,1	2	242.514
Trento	71.187	28,1	8	0	-	0	252.911
Veneto	278.193	12,4	11	221.622	9,9	3	2.240.454
Friuli Venezia Giulia	33.714	6,1	1	149.990	27,1	1	553.433
Liguria	385.940	42,9	7	0	-	0	899.438
Emilia-Romagna	867.421	30,7	16	925.450	32,7	8	2.829.543
Toscana	840.943	37,3	14	127.520	5,7	5	2.253.908
Umbria	267.788	56,2	5	0	-	0	476.375
Marche	404.714	50,8	12	0	-	0	796.142
Lazio	630.831	20,5	8	362.443	11,8	3	3.082.372
Abruzzo	78.394	13,2	5	0	-	0	593.080
Molise	134.418	111,0	3	63.036	52,0	1	121.123
Campania	219.926	8,6	2	687.479	26,8	1	2.560.486
Puglia	1.436.933	75,2	14	76.811	4,0	1	1.909.748
Basilicata	104.560	52,0	7	23.435	11,7	1	201.130
Calabria	383.284	47,3	7	46.932	5,8	1	809.974
Sicilia	1.974.650	84,3	12	0	-	0	2.342.219
Sardegna	242.922	33,5	7	138.424	19,1	2	725.024
Italia	**9.332.000**	**31,5**	**172**	**5.155.030**	**17,4**	**44**	**29.655.250**

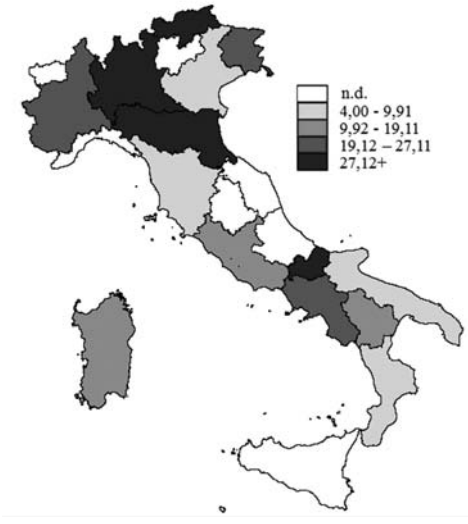
- = dato non calcolabile per l'assenza di inceneritori.

Fonte dei dati: ISPRA. Rapporto Rifiuti Urbani. Anno 2015.

Rifiuti solidi urbani (valori percentuali) smaltiti in discarica sul totale dei rifiuti prodotti per regione. Anno 2014

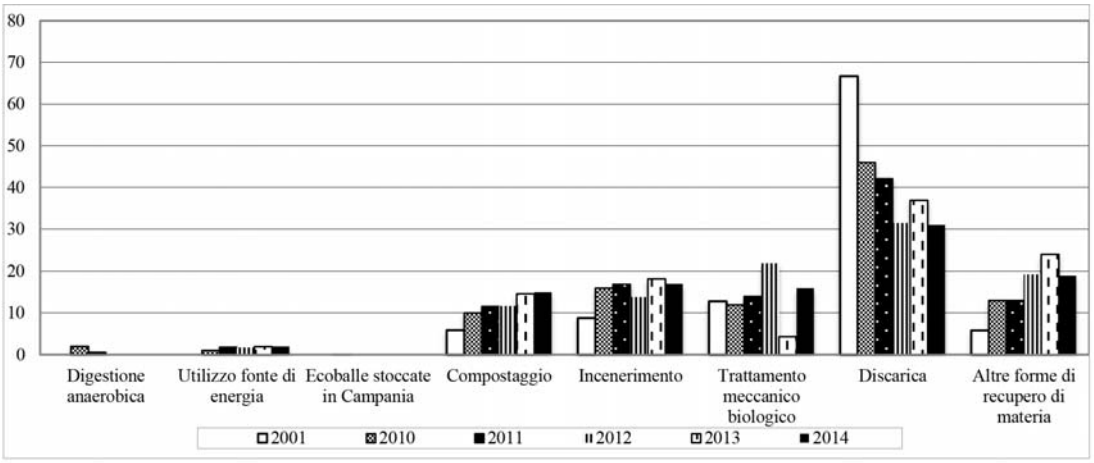


Rifiuti solidi urbani (valori percentuali) inceneriti sul totale dei rifiuti prodotti per regione. Anno 2014



Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 139

Grafico 1 - Rifiuti solidi urbani (valori percentuali) sul totale dei rifiuti prodotti per tipologia di gestione - Anni 2001, 2010-2014



Fonte dei dati: ISPRA. Rapporto Rifiuti Urbani. Anno 2015.

Confronto internazionale

Nei Paesi dell'UE, nel 2013, circa il 31% dei rifiuti solidi urbani è stato smaltito in discarica, il 26% è stato incenerito, mentre il 28% è stato avviato a riciclaggio ed il 15% a compostaggio (4, 5). Pertanto, anche in Europa, le discariche rappresentano la forma di gestione ancora maggiormente utilizzata (soprattutto nei nuovi Paesi membri) nonostante, rispetto al 2011, si registri una riduzione del 12,9%, che conferma una tendenza alla diminuzione di tale forma di smaltimento iniziata negli anni precedenti (tra il 2011-2012 la riduzione era stata del 6,8%). Da rimarcare come, tra i diversi Stati membri, si noti un'estrema variabilità di approccio alla gestione dei rifiuti solidi urbani; infatti, per quanto riguarda lo smaltimento in discarica, si passa da percentuali inferiori allo 0,5% (Germania) al 96,8% (Romania). Oltre alla Germania, anche la Svezia, il Belgio, i Paesi Bassi e la Danimarca fanno registrare percentuali molto basse (fino all'1,6%) di smaltimento in discarica, mentre, all'estremo opposto, Grecia, Lettonia, Croazia e Malta, smaltiscono in discarica una percentuale di rifiuti solidi urbani compresa tra l'80,7-88,3%, mentre la Romania, come sopra evidenziato, mostra una percentuale di smaltimento in discarica del 96,8%. Eccezion fatta per la Grecia, i Paesi nei quali il ricorso alla discarica interessa oltre il 65% dei rifiuti urbani gestiti sono tutti di recente accesso all'UE (4, 5).

Anche i dati dell'Ufficio Statistico dell'UE riferiti al 2013 (4-6), espressi in kg/ab per anno (Tabella 2), evidenziano ampie differenze. Relativamente alla discarica, rispetto alla media europea (UE-27) di 147 kg/ab per anno, veramente residuale appare il suo impiego in Paesi come la Germania (1 kg/ab per anno), la Svezia (3 kg/ab per anno), il Belgio (4 kg/ab per anno) e l'Olanda (8 kg/ab per anno). Con 153 kg/ab per anno, l'Italia è in una posizione intermedia e supera di 6 kg la media europea. Particolarmente ampi, invece, i quantitativi di rifiuti sversati nel terreno a Cipro (491 kg/ab anno), Malta (464 kg/ab anno) e Grecia (412 kg/ab anno). Tra le migliori performance registrate nell'arco temporale 2000-2013, da rilevare le consistenti riduzioni nell'impiego della discarica raggiunte da Germania, Svezia, Belgio ed Estonia, comprese tra il -90% ed il -99% circa.

Per quanto riguarda l'incenerimento si rileva, nel 2013 rispetto al 2012, un incremento delle quantità trattate del 4,4% (attestate sui 61,6 milioni di tonnellate di rifiuti solidi urbani). Si assiste, peraltro, ad una situazione molto eterogenea tra gli Stati membri: infatti, il 47,7% del totale europeo (circa 29,4 milioni di tonnellate) è incenerito nelle sole Germania e Francia, mentre alcuni Stati membri (Grecia, Cipro, Lettonia e Romania) non ricorrono a questa opzione di trattamento. Altri Paesi, come Croazia, Malta e Slovenia, che solo recentemente (a partire dal 2007) hanno fatto ricorso all'incenerimento, avviano a tali impianti solo quantità di rifiuti assai esigue, comprese tra le 1.000-4.000 tonnellate (4).

Rispetto ad un quantitativo medio di 122 kg/ab per anno, dati riferiti al 2013 (Tabella 2), evidenziano un comportamento particolarmente virtuoso della Danimarca, con 405 kg/ab per anno, ma anche dell'Olanda (256 kg/ab per anno), della Svezia (228 kg/ab per anno) e del Lussemburgo (226 kg/ab per anno); tale metodo è, comunque, ampiamente utilizzato negli Stati dell'Europa centro-settentrionale, quali Germania (218 kg/ab per anno), Austria (202 kg/ab per anno), Belgio (195 kg/ab per anno) e Francia (180 kg/ab per anno). In altri Stati membri, invece, come Bulgaria, Malta e Slovenia, vengono incenerite quantità marginali (<10 kg/ab per anno); non risultano

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 140

inceneritori attivi in 4 Stati membri tra quelli facenti parte dell'UE-27 (Romania, Cipro, Grecia e Lettonia). Inoltre, rispetto al 2000, l'incenerimento nel 2013 aumenta del 54,4% ed è particolarmente rilevante l'incremento in Finlandia (301,9%), in Austria (210,8%), Regno Unito (142,9%) ed Italia (115,4%) (Tabella 2).

Tabella 2 - Rifiuti solidi urbani (valori in kg/ab e variazioni percentuali) inceneriti e smaltiti in discarica nei Paesi dell'Unione Europea - Anni 2000, 2013

Paesi	Incenerimento			Discarica		
	2000	2013	Δ % (2000-2013)	2000	2013	Δ % (2000-2013)
Austria	65	202	210,8	196	23	-88,3
Belgio	154*	195	26,6	73	4	-94,5
Bulgaria	0	7	0,0	399	298	-25,3
Cipro	0	0	0,0	613	491*	-19,9
Danimarca	352	405	15,1	67	12	-82,1
Estonia	0	163	0,0	438	40	-90,9
Finlandia	52	209	301,9	306	124	-59,5
Francia	169	180*	6,5	220	150*	-31,8
Germania	133	218	63,9	165	1*	-99,4
Grecia	0	0	0,0	372	412**	10,8
Irlanda	0	93**	n.a.	554	223**	-59,7
Italia	**39**	**84**	**115,4**	**385**	**153**	**-60,3**
Lettonia	0	0	0,0	258*	259	0,4
Lituania	0	31	n.a.	344	270	-21,5
Lussemburgo	284	226*	-20,4	138	114*	-17,4
Malta	0	2	n.a.	465	464	-0,2
Olanda	190	256	34,7	57	8	-86,0
Polonia	0	20*	n.a.	310	157*	-49,4
Portogallo	96	104	8,3	338	222	-34,3
Regno Unito	42	102	142,9	469	165	-64,8
Repubblica Ceca	31	60*	93,5	282*	173*	-38,7
Romania	0	0	0,0	294	213**	-27,6
Slovacchia	39	32	-17,9	196	213	8,7
Slovenia	0	2	n.a.	402*	109	-72,9
Spagna	37*	44*	18,9	339	270*	-20,4
Svezia	164	228	39,0	98	3	-96,9
Ungheria	34	34	0,0	376°	244	-35,1
UE-27	**79**	**122**	**54,4**	**288**	**147**	**-49,0**

n.a. = non applicabile.

*Valori stimati.

**Valori stimati Eurostat.

°Interruzione della serie.

Fonte dei dati: Eurostat. Municipal waste by type of treatment. Anno 2013. Istituto Superiore per la Protezione e Ricerca Ambientale (ISPRA), Rapporto Rifiuti Urbani. Anno 2015. Rapporti 230/2015. Roma, Ottobre 2015.

Raccomandazioni di Osservasalute

I dati relativi alla gestione dei rifiuti solidi urbani, nel 2014, evidenziano, rispetto agli anni precedenti, un aspetto positivo rappresentato dalla riduzione dello smaltimento in discarica, che testimonia una progressiva tensione agli obiettivi legislativi del 2003 (3); tuttavia, si osserva una lieve diminuzione degli impianti di incenerimento che, nell'ultimo anno di osservazione, sono passati da 48 a 44 ed una progressiva rilevante diminuzione delle discariche che, dalle 657 del 2000 e 474 del 2003 (anno di entrata in vigore del D. Lgs. n. 36/2003) (3), si sono ridotte a 172 del 2014 (4); più coinvolte nella chiusura sono le discariche di piccole dimensioni, a vantaggio di grandi impianti a servizio di aree geografiche più estese. Tale cambiamento rappresenta un aspetto positivo in quanto le discariche di maggiori dimensioni sono spesso dotate di sistemi di pretrattamento dei rifiuti in entrata e si configurano, sempre di più, come strutture complesse dotate di impianti di recupero del biogas e di trattamento del percolato prodotto.

Pertanto, se si osserva positivamente che la chiusura degli impianti in alcuni contesti territoriali ha effettivamente portato ad una reale evoluzione del sistema verso soluzioni di tipo integrato, si nota altresì che in casi diversi, come in Sicilia, a fronte di una sostanziale diminuzione del numero delle discariche (da 66 nel 2005 a 12 nel 2014), non si è avuta, invece, una corrispondente riduzione dello smaltimento in discarica che, in termini percentuali rispetto ai rifiuti solidi urbani prodotti, continua a rappresentare la forma di gestione prevalente dei rifiuti in quel contesto territoriale (84,3%).

È opportuno, quindi, che la chiusura delle discariche sia accompagnata dall'adozione delle adeguate procedure

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 141

con le quali le discariche non più operative vengono gestite dopo la loro chiusura, ma anche dall'applicazione dei piani di adeguamento previsti dalla normativa (3), nonché da modifiche sostanziali nell'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 ad arrivare all'emergenza sanitaria.

Anche da un recente studio pubblicato dall'UE (6) emerge come l'Italia sia stata collocata nel gruppo degli Stati membri che presentano i maggiori deficit, con politiche deboli o inesistenti di prevenzione dei rifiuti, assenza di incentivi alle opzioni di gestione alternative al conferimento in discarica e inadeguatezza delle infrastrutture per il trattamento dei rifiuti.

Rispetto alla precedente indagine, un segnale positivo è rappresentato dall'incremento della percentuale di rifiuti solidi urbani sottoposti a trattamento prima dello smaltimento in discarica, che passa da circa il 58% del 2013 al 70% del 2014; infatti, recenti sentenze, sia in ambito dell'UE sia in ambito nazionale (7, 8), hanno prodotto notevoli miglioramenti nella efficacia del trattamento finalizzato allo smaltimento in discarica, soprattutto nei contesti considerati più critici.

Emblematico il caso del Lazio dove, ormai, solo il 6% dei rifiuti solidi urbani viene avviato in discarica senza pretrattamento (4).

Tuttavia, nonostante il divieto imposto dall'art. 7 del D. Lgs. n. 36/2003 (3), ancora nel 2014, 2,8 milioni di tonnellate di rifiuti solidi urbani sono state allocate in discarica senza il preventivo ed idoneo trattamento. Sarà necessario, quindi, adottare politiche di gestione dei rifiuti che dovranno, obbligatoriamente, tenere conto delle priorità individuate a livello europeo, prima tra tutte l'abbandono dell'utilizzo della discarica e l'attivazione di azioni utili a realizzare il disaccoppiamento fra gli indicatori economici e la produzione dei rifiuti; infatti, risulta più che evidente che tale disaccoppiamento non sia avvenuto e solo la crisi economica e la riduzione dei consumi delle famiglie abbiano consentito la riduzione della produzione dei rifiuti e, conseguentemente, la riduzione dello smaltimento in discarica degli stessi (4).

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) D.Lgs. 3 aprile 2006, n. 152: Norme in materia ambientale. G.U. n. 96 L del 14.04.2006, S.O., n. 88.
(3) 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.
(4) Istituto Superiore per la Protezione e Ricerca Ambientale (ISPRA), Rapporto Rifiuti Urbani Edizione 2015. Rapporti 230/2015. Roma, Ottobre 2015.
(5) Eurostat, News release, Environment in the EU, 54/2015 - 26 March 2015.
(6) Eurostat, Energy, Transport and Environment Indicators, European Communities. Municipal waste generated. 2013. Disponibile sul sito: http://ec.europa.eu/environment/waste/studies/pdf/Screening_report.pdf.
(7) Sentenza della Corte (Sesta Sezione) del 15 ottobre 2014. Commissione europea contro Repubblica italiana. Inadempimento di uno Stato - Ambiente - Direttive 1999/31/CE e 2008/98/CE - Piano di gestione - Rete adeguata e integrata di impianti di smaltimento - Obbligo di istituire un trattamento dei rifiuti che assicuri il miglior risultato per la salute umana e la protezione dell'ambiente. Causa C-323/13.
(8) Consiglio di Stato, Sez. 5^ - 23 ottobre 2014, n. 5242, Rifiuti derivanti da selezione meccanica dei rsu - Abrogazione della lett. n), del comma 3, dell'art. 184 del D. Lgs. n. 152 del 2006 - Conseguenze.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 142

Rifiuti solidi urbani (raccolta differenziata)

Significato. La raccolta differenziata è un sistema di raccolta che permette di raggruppare i rifiuti solidi urbani in frazioni merceologiche omogenee, compresa la frazione organica umida, destinate al riutilizzo, al riciclo ed al recupero di materia; tale metodo permette di mitigare le pressioni esercitate dai rifiuti sull'ambiente e di ridurre il quantitativo di rifiuti solidi urbani da avviare a smaltimento.
La raccolta differenziata rappresenta, infatti, una metodologia fondamentale per la corretta applicazione della strategia europea (1) sui rifiuti, nell'ambito della quale è strettamente funzionale all'applicazione della cosiddetta "gerarchia dei rifiuti" che stabilisce, in base agli effetti che ciascuna opzione ha sull'ambiente, una preferenza per le diverse opzioni di gestione dei rifiuti, indicandone l'ordine di priorità: 1. minimizzazione della produzione; 2. riutilizzo del prodotto tal quale; 3. promozione di azioni di riciclaggio e recupero di materiali ed energia di cui il rifiuto è composto; 4. minimizzazione dell'eliminazione finale (smaltimento).
L'indicatore misura la quantità di rifiuti solidi urbani raccolti in maniera differenziata come valore assoluto, come quantitativo pro capite ed in percentuale rispetto al quantitativo di rifiuti solidi urbani prodotti.
L'entità del ricorso a questa modalità di gestione rappresenta, inoltre, un indicatore di risposta alla domanda della normativa (2-4), sia in ambito nazionale e regionale che comunale.

Rifiuti solidi urbani pro capite raccolti in maniera differenziata

Numeratore: Rifiuti solidi urbani raccolti in maniera differenziata

Denominatore: Popolazione media residente

Percentuale di rifiuti solidi urbani raccolti in maniera differenziata sui rifiuti solidi urbani prodotti

$$\frac{\text{Rifiuti solidi urbani raccolti in maniera differenziata}}{\text{Rifiuti solidi urbani prodotti}} \times 100$$

Validità e limiti. I dati riportati sono rilevati dall'Istituto Superiore per la Protezione e Ricerca Ambientale (ISPRA), attraverso un'articolata raccolta di informazioni da numerosi Enti (Agenzia Regionale per la Protezione dell'Ambiente, Regioni, Province, Osservatori provinciali sui rifiuti e Imprese di gestione dei servizi di igiene urbana) (5) ed elaborazione dei dati relativi alla raccolta differenziata dei rifiuti solidi urbani, a livello di singolo Comune. Tuttavia, va evidenziato che la struttura delle informazioni disponibili non sempre consente di applicare il metodo in maniera rigorosa in quanto, nei vari contesti territoriali, si osservano differenti gradi di disaggregazione delle frazioni merceologiche, fattore che rende necessaria un'attenta operazione di omogeneizzazione delle informazioni sulla base di criteri univoci. Pertanto, in alcuni casi, i dati relativi alle diverse frazioni merceologiche risultano aggregati e la differenziazione delle diverse tipologie di rifiuto non è sempre effettuabile; spesso, inoltre, si osserva la tendenza a computare nella voce "altro" della raccolta differenziata notevoli quantità di rifiuti senza che siano indicate le diverse tipologie raccolte.

Valore di riferimento/Benchmark. Gli obiettivi riferiti alla raccolta differenziata in base al D. Lgs. n. 22/1997 (2) sono: 15% entro il 1999, 25% entro il 2001 e 35% nel 2003. Successivamente, il D. Lgs. n. 152/2006 (art. 205) (3) ha posticipato al 31 dicembre 2006 la scadenza temporale per il conseguimento dell'obiettivo del 35% di raccolta differenziata, originariamente previsto per il 2003, ed ha introdotto due nuovi obiettivi, del 45% e del 65%, da conseguirsi, rispettivamente, entro la fine del 2008 ed entro la fine del 2012. Gli obiettivi precedentemente citati sono stati ulteriormente rimodulati e calendarizzati dalla Legge n. 296/2006 (4) che ha introdotto obiettivi ancora più elevati: almeno il 40% entro il 2007, almeno il 50% entro il 2009, almeno il 60% entro il 2011 ed almeno il 65% entro il 2012. La normativa, inoltre, prevede che per quegli ambiti territoriali ottimali per i quali non si siano conseguiti gli obiettivi sopra riportati, la Regione, previa diffida, provveda tramite un commissario ad acta a garantire il governo della gestione dei rifiuti, al fine di realizzare rilevanti risparmi di spesa ed una più efficace utilizzazione delle risorse.
In tale contesto, i Paesi dell'Unione Europea (UE), nel 2013, hanno avviato a riciclaggio il 28% di rifiuti solidi urbani prodotti (5, 6).

A. AZARA, U. MOSCATO

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 143

Descrizione dei risultati

La raccolta differenziata, nel 2014, ha raggiunto, a livello nazionale, una percentuale pari al 45,2% (Tabella 1) della produzione totale dei rifiuti solidi urbani, valore che incrementa di quasi 3 punti percentuali il dato rilevato nel 2013 (42,3%) mentre, in valore assoluto (13,4 milioni di tonnellate), l'incremento corrisponde a quasi 900 mila tonnellate. La macroarea geografica che ha contribuito maggiormente a tale incremento è il Nord Italia che ha aumentato il quantitativo di raccolta differenziata in valore assoluto, tra il 2013-2014, di circa 412 mila tonnellate, seguita dal Centro, con un incremento di circa 280 mila tonnellate e dal Meridione con circa 200 mila tonnellate.

Nell'ambito di un generale incremento nell'ultimo anno di rilevazione (2013-2014), le regioni settentrionali, dove il sistema di raccolta risulta già particolarmente sviluppato da anni, sono quelle che mantengono il primato di più elevata percentuale di raccolta differenziata sui rifiuti solidi urbani prodotti e lo migliorano ulteriormente passando dal 54,4% del 2013 al 56,7% del 2014 (+2,3%); peraltro, sia il Centro, che passa dal 36,3% del 2013 al 45,9% del 2014, sia il Sud e le Isole, che passano dal 28,9% al 31,7% di raccolta differenziata sui rifiuti prodotti, fanno registrare un maggior incremento percentuale (+9,6 e +2,8 punti percentuali, rispettivamente).

Nell'ambito delle singole regioni, le maggiori percentuali di raccolta differenziata si rilevano, per l'anno 2014, in alcune regioni del Nord, quali la PA di Trento (71,3%), il Veneto (67,6%) e la PA di Bolzano (62,6%) (Tabella 1). Al di sopra del 55% si colloca la raccolta del Friuli Venezia Giulia (60,4%), delle Marche (57,6%), della Lombardia (56,3%) e dell'Emilia-Romagna (55,2%), mentre superiore al 50% risulta la percentuale di Piemonte (54,3%) e Sardegna (53,0%). Tra le regioni del Centro, oltre alle già citate Marche, con oltre il 40% si distinguono Umbria e Toscana (48,9% e 44,3%, rispettivamente.

Nel Mezzogiorno, solo la Sardegna supera il 50% (53,0%), mentre la Campania e l'Abruzzo superano il 45% attestandosi, rispettivamente, al 47,6% e al 46,1%. Le altre regioni si collocano tra il 20-30%, con Sicilia e Calabria che, addirittura, mostrano tassi inferiori al 20% (12,5% e 18,6%, rispettivamente); per la Sicilia, si evidenzia addirittura una contrazione rispetto al 2013, anno in cui la percentuale di raccolta differenziata si attestava al 13,4%.

I dati sopra esposti permettono, quindi, di evidenziare come solo la PA di Trento ed il Veneto raggiungano pienamente l'obiettivo del 65% di raccolta differenziata fissato dalla normativa per il 2012.

I dati regionali di raccolta differenziata pro capite (Tabella 1) evidenziano valori superiori rispetto al valore nazionale (220,5 kg/ab per anno) per tutte le regioni del Nord (fatta eccezione per la Liguria con 196,4 kg/ab per anno) e per le regioni centrali (eccetto il Lazio con 171,2 kg/ab per anno). L'Emilia-Romagna e la PA di Trento, in particolare, raccolgono in maniera differenziata oltre 300 kg/ab per anno, con quantitativi, rispettivamente, pari a 350,9 e 326,6 kg/ab per anno, mentre un valore di poco superiore a tale soglia si rileva nel Veneto (307,4 kg/ab per anno). A 278,5 kg/ab per anno si attesta il valore di raccolta differenziata pro capite della PA di Bolzano; Friuli Venezia Giulia, Toscana, Lombardia, Umbria, Piemonte e Valle d'Aosta mostrano valori di raccolta compresi tra 240-275 kg/ab per anno. Per quanto riguarda il Centro, da citare i buoni risultati ottenuti dalle Marche con 295,6 kg/ab anno.

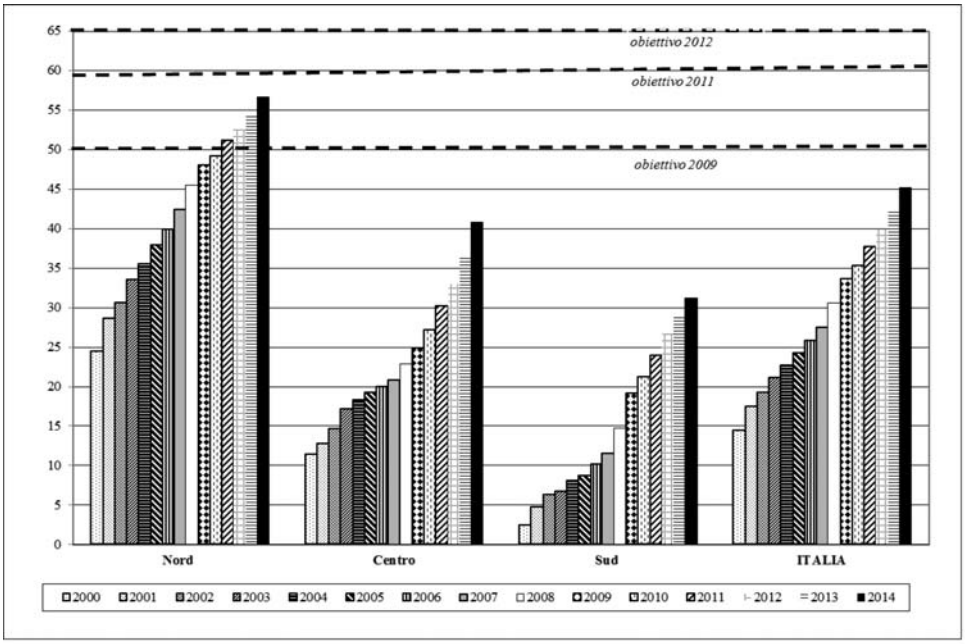
Le regioni del Mezzogiorno, ad eccezione della Sardegna, la cui raccolta differenziata risulta pari a 231,0 kg/ab per anno, mostrano valori pro capite che oscillano dai 207,8 kg/ab per anno della Campania ai 57,5 kg/ab per anno della Sicilia. Dopo anni di consistente progresso (che tra il 2005 e il 2010 avevano raggiunto quasi 35 punti percentuali, ottenuti attraverso la progressiva attivazione di specifici sistemi di raccolta differenziata, anche di tipo domiciliare), che hanno portato la Sardegna a confermarsi la regione più virtuosa del Meridione (superando nel 2013 il 50% di raccolta differenziata), il suo tasso di raccolta, espresso attraverso i kg/pro capite raccolti, continua ad evidenziare un ulteriore incremento di circa 3,7 kg/ab, passando dai 227,3 kg/pro capite del 2013 ai 231,0 kg/pro capite del 2014 (rispetto al più modesto incremento registrato nel passaggio dai 226,6 kg/pro capite del 2012 ai 227,3 kg/pro capite del 2013).

Nell'ambito di un paragone con l'anno precedente (2013), per alcune regioni si rilevano, nel 2014, cali dei quantitativi pro capite raccolti (Valle d'Aosta -10,6 kg/ab e Sicilia -5,6 kg/ab).

Relativamente alle varie frazioni merceologiche raccolte, è interessante notare come, rispetto al totale di 220,5 kg/pro capite anno raccolti in media in Italia, la componente organica sia quella che viene raccolta in maggiore quantità (94,1 kg/pro capite anno) seguita dalla carta e cartone (51,9 kg/pro capite anno), dal vetro (28,1 kg/pro capite anno), dalla plastica (16,3 kg/pro capite anno) e dal legno (11,1 kg/pro capite anno). In tale ambito, per quanto riguarda la frazione organica, è il Nord che raccoglie i maggiori quantitativi (116,4 kg/pro capite anno); per contro, appare assai modesto il contributo delle regioni meridionali (65,9 kg/pro capite anno). Per quanto riguarda la carta si nota, invece, una minore variabilità tra le macroaree: a fronte di 51,9 kg/pro capite anno raccolti a livello nazionale, le regioni del Nord raggiungono i 63 kg/pro capite anno, quelle del Centro i 62,1 kg/pro capite anno e quelle del Sud ed Isole i 31,2 kg/pro capite anno.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 144

Grafico 1 - Rifiuti solidi urbani (valori percentuali) raccolti in modo differenziato per macroarea - Anni 2000-2014



Fonte dei dati: ISPRA. Rapporto Rifiuti Urbani. Anno 2015.

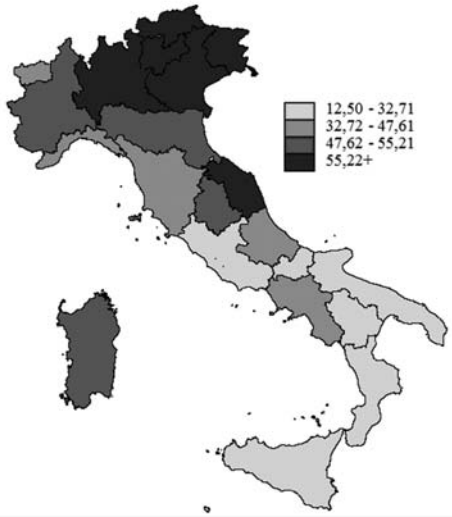
Tabella 1 - Rifiuti solidi urbani (valori assoluti in tonnellate, valori pro capite in kg/ab e valori percentuali sul totale dei rifiuti prodotti) raccolti in modo differenziato per regione - Anno 2014

Regioni	Raccolta totale	Raccolta pro capite	Raccolta differenziata/ totale rifiuti solidi urbani prodotti
Piemonte	1.093.420	251,5	54,3
Valle d'Aosta-Vallèe d'Aoste	31.067	242,2	42,9
Lombardia	2.615.335	261,5	56,3
Bolzano-Bozen	151.710	278,5	62,6
Trento	180.216	326,6	71,3
Veneto	1.514.735	307,4	67,6
Friuli Venezia Giulia	334.078	272,2	60,4
Liguria	310.915	196,4	34,6
Emilia-Romagna	1.561.781	350,9	55,2
Toscana	997.850	265,9	44,3
Umbria	233.141	260,6	48,9
Marche	458.358	295,6	57,6
Lazio	1.008.602	171,2	32,7
Abruzzo	273.534	205,4	46,1
Molise	26.985	86,1	22,3
Campania	1.218.311	207,8	47,6
Puglia	493.741	120,7	25,9
Basilicata	55.447	96,2	27,6
Calabria	150.542	76,2	18,6
Sicilia	292.972	57,5	12,5
Sardegna	384.246	231,0	53,0
Italia	**13.406.451**	**220,5**	**45,2**

Fonte dei dati: ISPRA. Rapporto Rifiuti Urbani. Anno 2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 145

Rifiuti solidi urbani (valori percentuali sul totale dei rifiuti prodotti) raccolti in modo differenziato sul totale dei rifiuti prodotti per regione. Anno 2014



Confronto internazionale

Nel 2013 il riciclaggio interessa, nell'UE a 28 Paesi, circa 66,1 milioni di tonnellate di rifiuti solidi urbani, corrispondente al 28% dei rifiuti prodotti; il 92,5% (circa 61,1 milioni di tonnellate) è imputabile ai Paesi dell'UE-15. Rispetto al 2012, si registra un incremento delle quantità trattate dello 0,3% (da circa 65,9 milioni a circa 66,1 milioni di tonnellate). Negli anni precedenti le percentuali di raccolta differenziata erano le seguenti: 27% nel 2012, 25% nel 2011 e 2010, 24% nel 2009.

In particolare, i Paesi dell'UE che, nel 2013, hanno registrato una percentuale di raccolta differenziata al di sopra del valore europeo (28%) (Tabella 2) sono, nell'ordine: Slovenia (55%), Germania (47%), Belgio (35%), Irlanda e Svezia (34%), Danimarca, Lussemburgo e Regno Unito (28%).

I dati dell'Ufficio Statistico dell'Unione Europea riportano, per l'Italia, un valore del 26% (6); peraltro, tale valore viene ampiamente superato dai dati riscontrati dall'ISPRA (5) che attribuisce al nostro Paese il 45,2% di raccolta differenziata.

Oltre all'Italia, si collocano al di sotto del valore europeo alcuni Paesi, quali Austria, Bulgaria, Olanda, Francia, Lituania, Repubblica Ceca, Ungheria e Spagna, la cui percentuale di smaltimento di rifiuti è compresa tra il 20-25%, ma in numerosi altri Paesi, soprattutto in quelli dell'Est Europa, si registrano percentuali assai inferiori a tali valori (6); addirittura <10% la percentuale a Malta, Slovacchia e Romania (con valori percentuali di 6, 4 e 3, rispettivamente).

Rispetto al 2012, è opportuno citare gli incrementi registrati in Slovenia (+31%) e Polonia (+23,1%), mentre inferiori al 20% risultano gli aumenti verificatisi negli altri Paesi: +17,6% in Spagna, +10,5% in Lituania, +8,3% in Italia e in Portogallo. Per contro, le riduzioni più cospicue rispetto all'anno precedente, in termini percentuali, si sono registrate in Estonia (-58,8%), Slovacchia e Malta (-33,3%). Flessioni considerevoli, ma meno cospicue si sono, invece, registrate in Lettonia (-21,4%) ed in Finlandia (-13,6%) (5).

In particolare, considerando le singole frazioni di rifiuto raccolte selettivamente, per ogni tipologia di materiale la quota intercettata rispetto alla presenza di quella frazione nel rifiuto è estremamente variabile tra i diversi Paesi presi in esame. Un'elevata variabilità si riscontra anche all'interno di ciascun Paese in cui la raccolta differenziata ricopre l'intero range di materiali, ma in misura diversa.

L'incremento della raccolta differenziata è uno degli obiettivi stabiliti dalla revisione della direttiva "rifiuti" 2008/98/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 19 novembre 2008 (7), recepita attraverso il D. Lgs. n. 205/2010 (8), nell'ambito della quale si prevede che, entro il 2015, gli Stati membri dovranno istituire regimi di raccolta differenziata almeno per la carta, il metallo, la plastica ed il vetro. Dovranno, pertanto, adottare le misure necessarie affinché, entro il 2020, la preparazione per il riutilizzo ed il riciclaggio dei rifiuti domestici di carta, metallo, plastica e vetro (e, possibilmente, di altra origine) aumenti, complessivamente, almeno del 50% in termini di peso.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 146

Tabella 2 - Rifiuti solidi urbani (valori percentuali) raccolti in modo differenziato nei Paesi dell'Unione Europea - Anno 2013

Paesi	Raccolta differenziata
Austria	25
Belgio	35
Bulgaria	25
Cipro	12
Croazia	14
Danimarca	28
Estonia	14
Finlandia	19
Francia	21
Germania	47
Grecia	16
Irlanda	34
Italia	**26 (45,2*)**
Lettonia	11
Lituania	21
Lussemburgo	28
Malta	6
Olanda	24
Polonia	16
Portogallo	13
Regno Unito	28
Repubblica Ceca	21
Romania	3
Slovacchia	4
Slovenia	55
Spagna	20
Svezia	34
Ungheria	21
UE-28	**28**

*Dati ISPRA. Rapporto Rifiuti Urbani. Anno 2015.

Fonte dei dati: Eurostat, News release, Environment in the EU, 54/2015. Anno 2015.

Raccomandazioni di Osservasalute

Il dato di raccolta differenziata raggiunto nel 2014 (45,2%) evidenzia un'ulteriore crescita rispetto al dato rilevato negli anni precedenti (25,8% nel 2006; 27,5% nel 2007; 30,6% nel 2008; 33,6% nel 2009; 35,3% nel 2010; 37,7% nel 2011; 39,9% nel 2012 e 42,3% nel 2013); pur se ancora inferiore al target del 65% fissato per il 2012, con 6 anni di ritardo, si raggiunge l'obiettivo fissato dalla normativa per il 2008. Rimangono, quindi, disattesi gli obiettivi del 50% e 60% da raggiungere, rispettivamente, entro il 2009 e 2011.

Peraltro, è opportuno rimarcare come la situazione appaia decisamente diversificata passando da una macroarea geografica all'altra: infatti, mentre il Nord, con un tasso di raccolta pari al 56,7%, supera l'obiettivo del 2009, il Centro ed il Sud ed Isole, con percentuali, rispettivamente, pari al 45,9% ed al 31,7%, risultano ancora decisamente lontane anche da tale obiettivo.

La crescita estremamente bassa delle percentuali di raccolta differenziata in queste ultime macroaree ed, in particolar modo, nel Meridione, è l'inevitabile conseguenza della mancata attivazione, in diversi contesti territoriali, di adeguati sistemi di intercettazione delle varie frazioni merceologiche e di perduranti condizioni di emergenza nel settore della gestione dei rifiuti solidi urbani.

Riferimenti bibliografici

(1) Comunicazione della Commissione sulla strategia comunitaria di gestione dei rifiuti (COM 97 399 def.).
(2) D. Lgs. 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 - S.O. n. 33.
(3) D. Lgs. 3 aprile 2006, n. 152: Norme in materia ambientale. G.U. n. 96 L del 14.04.2006, S.O., n. 88.
(4) L. 27.12.2006, n. 296, Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge finanziaria 2007). G.U. n. 299 del 27.12.2006 - S.O. n. 244.
(5) Istituto Superiore per la Protezione e Ricerca Ambientale (ISPRA), Rapporto Rifiuti Urbani Edizione 2015. Rapporti 230/2015. Roma, Ottobre 2015.
(6) Eurostat, News release, Environment in the EU, 54/2015 - 26 March 2015.
(7) Direttiva 2008/98/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 19 novembre 2008 relativa ai rifiuti e che abroga alcune direttive. GU della UE 22.11.208 L312/3.
(8) D.Lgs. 3 dicembre 2010, n. 205. Disposizioni di attuazione della direttiva 2008/98/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 19 novembre 2008 relativa ai rifiuti e che abroga alcune direttive. G.U. n. 288 del 10.12.2010 - S.G. n. 269/L.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 147

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 ed acqua erogata), l'indicatore rappresentato dalla quantità di acqua erogata è quello più significativo dei volumi di acqua effettivamente consumata, nelle varie regioni e per i diversi tipi di usi, dall'utente finale. In particolare, il valore riflette l'acqua misurata ai contatori dei singoli utenti, cui si somma la stima di quella non misurata, ma consumata per diversi impieghi pubblici. Inoltre, in considerazione delle consistenti perdite che avvengono lungo la rete idrica, l'acqua erogata è solo una parte di quella effettivamente "immessa in rete", aspetto analizzato attraverso l'indicatore "percentuale di acqua potabile erogata/immessa in rete".

Acqua potabile erogata

Acqua potabile pro capite erogata al giorno

Numeratore: Acqua potabile erogata (litri/die)

Denominatore: Popolazione media residente

Percentuale di acqua potabile erogata

$$\frac{\text{Acqua potabile erogata nella regione}}{\text{Acqua potabile erogata in Italia}} \times 100$$

Percentuale di acqua potabile erogata sul totale dell'acqua immessa in rete

$$\frac{\text{Acqua potabile erogata}}{\text{Acqua potabile immessa in rete}} \times 100$$

Percentuale di acqua potabilizzata

$$\frac{\text{Acqua potabilizzata}}{\text{Acqua prelevata}} \times 100$$

Validità e limiti. L'indicatore è ottenuto dai risultati emersi da una rilevazione censuaria (condotta dall'Istituto Nazionale di Statistica - Istat) sui servizi idrici, riferiti al 2012 (1), che ha coinvolto gli Enti gestori. Tale rilevazione fornisce informazioni su tutta la filiera di uso pubblico delle risorse idriche, dal prelievo di acqua per uso potabile alla depurazione delle acque reflue urbane e sulle caratteristiche dei servizi idrici presenti in Italia. Questo studio è stato effettuato attraverso un questionario online personalizzato per ogni Ente gestore al fine di agevolare i controlli e la validazione dei dati; nel caso di valori errati, è stato ricontattato il gestore e i dati sono stati integrati e/o corretti.
L'indicatore, peraltro, 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 per i furti e prelievi abusivi dalla rete.

A. AZARA, U. MOSCATO

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 148

Valore di riferimento/Benchmark. Precedenti indagini sulle acque sono state pubblicate dall'Istat nel 2009, 2006 e 2003 relative, rispettivamente, al 2008, 2005 e 1999 (2-4); in particolare, nel 2008 si era evidenziata una disponibilità di acqua erogata di 5 milioni e 533.382 m^3 corrispondenti a 253 litri/ab/die; nel 2006 si era evidenziata una disponibilità di acqua erogata di 5 milioni e 450.554 m^3, corrispondenti a 254 litri/ab/die mentre, nel 2003, la disponibilità era di 5 milioni e 615.864 m^3, corrispondenti a 267 litri/ab/die. La quantità di acqua dispersa in rete, espressione dell'efficienza nella gestione della risorsa idrica, era pari, nel 2008, 2006 e 2003, rispettivamente al 67,95%, 69,90% e 71,49%.

Descrizione dei risultati

In Italia, nel 2012, sono stati erogati 5.232 milioni di m^3 di acqua potabile (Tabella 1). Relativamente alle differenti ripartizioni geografiche nazionali, il 30,82% è fornito nelle regioni del Nord-Ovest, il 22,15% nel Sud, il 18,92% nelle regioni del Nord-Est, il 18,36% nell'Italia centrale ed il 9,75% nelle Isole (Grafico 1). La Lombardia, con 1.053 milioni di m^3 corrispondenti al 20,13% della quantità di acqua potabile erogata in Italia, è la regione con il maggior quantitativo di acqua erogata seguita, con quantitativi compresi tra i 400-520 milioni di m^3, da Lazio (9,88%), Campania (8,58%) e Veneto (7,80%).

Le regioni dell'Italia nord-occidentale, che per ragioni climatiche ed orografiche hanno una maggiore disponibilità di risorse idriche rinnovabili, presentano un valore pro capite superiore a quello nazionale (241 litri/ab/die). Infatti, nel Nord-Ovest, l'acqua erogata pro capite è pari a 280 litri/ab/die, con valori massimi in Valle d'Aosta (452 litri/ab/die ottenuto, in questo caso, calcolando i milioni di m^3 erogati nella regione rapportati alla popolazione media Istat del 2012) e Lombardia (296 litri/ab/die); nel Nord-Est il valore pro capite è pari a 236 litri/ab/die, con valori più elevati del dato nazionale nella PA di Trento e in Friuli Venezia Giulia (rispettivamente, 327 e 254 litri/ab/die). Nel Centro, l'acqua erogata pro capite è inferiore (226 litri/ab/die) al valore nazionale, nonostante la regione Lazio registri un valore nettamente superiore (256 litri/ab/die), mentre le altre regioni si collocano tutte su valori inferiori a quello italiano. Anche nelle regioni dell'Italia meridionale e insulare il consumo pro capite assume livelli più bassi del dato nazionale: infatti, nel Sud si rilevano 227 litri/ab/die e nelle Isole si raggiunge il livello più basso (210 litri/ab/die), anche se i valori minimi si registrano in Puglia (198 litri/ab/die) e in Basilicata (204 litri/ab/die) (Tabella 1).

Prendendo in considerazione la percentuale di acqua erogata sul totale di acqua immessa nelle reti di distribuzione comunali, si può osservare che per l'intero territorio nazionale il rapporto raggiunge il 62,61% (Grafico 1). In particolare, si evidenzia un marcato gradiente Nord-Sud ed Isole: infatti, a partire dall'Italia nord-occidentale, proseguendo con la parte nord-orientale, il Centro, il Sud e le Isole si registrano, rispettivamente, i seguenti valori: 70,50%, 69,47%, 62,23%, 59,43%, 49,70%. In particolare, i confronti regionali evidenziano un livello minimo in Sardegna, dove solo il 45,02% dell'acqua immessa viene erogata, seguita dal Molise (53,38%). I valori più elevati si riscontrano, invece, in Valle d'Aosta (77,78%), nella PA di Bolzano (74,83%), in Emilia-Romagna (74,36%) e nella PA di Trento (73,74%) (Tabella 1).

Nel 2012, il 30,6% dell'acqua prelevata è stata sottoposta a trattamenti di potabilizzazione (Grafico 1). A fronte di tale valore nazionale si osservano rilevanti modificazioni in funzione delle ripartizioni geografiche: infatti, se nell'Italia centrale è potabilizzato solo il 19,8% dell'acqua prelevata, nell'Italia nord-occidentale e nella parte insulare, rispettivamente, il 41,2% ed il 39,2% dell'acqua prelevata è stata sottoposta a trattamenti di potabilizzazione.

Dal confronto dei dati più recenti con quelli precedentemente pubblicati dall'Istat nel 2009 (riferiti al 2008) (2) emergono interessanti considerazioni: per quanto riguarda l'acqua erogata, nel 2012, risultano distribuiti 301 milioni di m^3 in meno rispetto al 2008 (-5,4%) mentre, rispetto al 1999, la diminuzione è maggiore (383,8 milioni di m^3 in meno, pari a -6,8%). Tali variazioni quantitative, se rapportate alla popolazione, attraverso l'indicatore rappresentato dall'acqua erogata pro capite, sono indicativi di un calo di 12 litri/die rispetto al 2008 e di ben 26 litri/die rispetto al 1999.

Inoltre, la percentuale di acqua erogata rispetto a quella immessa nelle reti di distribuzione, fa rilevare un ulteriore calo: infatti, il dato rilevato nel 2012 (62,61%) evidenzia un'ulteriore perdita in rete rispetto al 67,95% del 2008 (2), al 69,90% del 2005 (3) ed al 71,49% del 1999 (4).

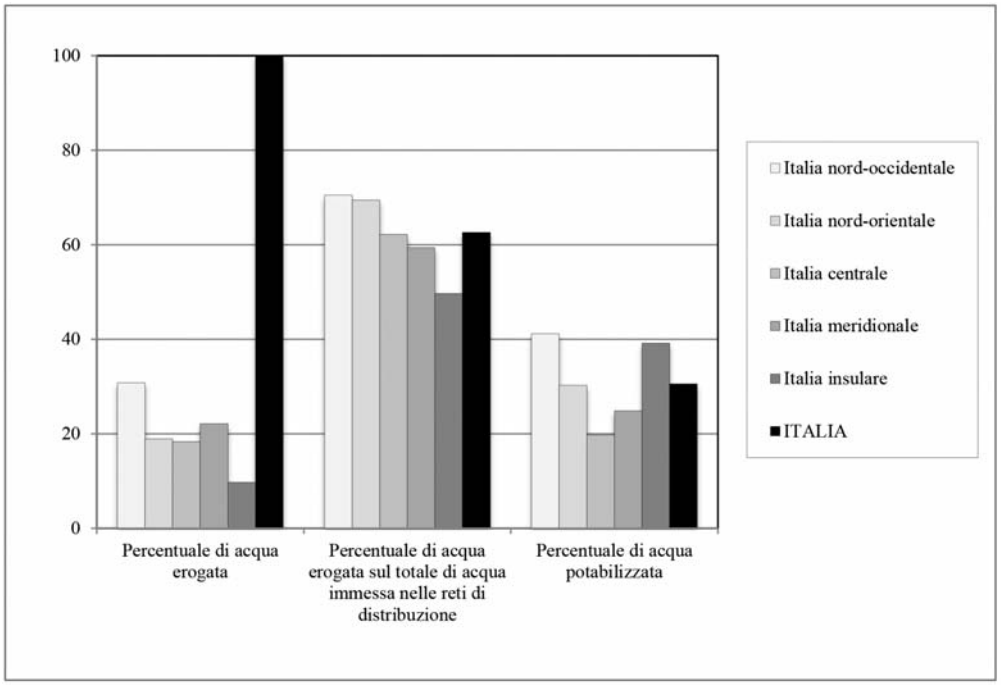
Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 149

Tabella 1 - Acqua potabile (valori assoluti in milioni di m^3, valori pro capite in litri/ab/die e valori percentuali sul totale dell'acqua immessa in rete) erogata per regione - Anno 2012

Regioni	Erogazione totale	Erogazione pro capite	Erogazione %	Acqua erogata/ immessa in rete
Piemonte	372	233	7,11	62,00
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	21	452	0,40	77,78
Lombardia	1.053	296	20,13	73,43
Bolzano-Bozen	46	248	0,88	74,83
Trento	63	327	1,20	73,74
Veneto	408	230	7,80	64,37
Friuli Venezia Giulia	113	254	2,16	55,31
Liguria	166	290	3,17	68,78
Emilia-Romagna	360	226	6,88	74,36
Toscana	262	195	5,01	61,50
Umbria	65	201	1,24	61,63
Marche	117	208	2,24	70,93
Lazio	517	256	9,88	54,88
Abruzzo	134	280	2,56	57,92
Molise	29	254	0,55	53,38
Campania	449	213	8,58	54,26
Puglia	293	198	5,60	65,38
Basilicata	43	204	0,82	60,91
Calabria	212	297	4,05	64,70
Sicilia	377	207	7,21	54,37
Sardegna	132	221	2,52	45,02
Italia	**5.232**	**241**	**100**	**62,61**

Fonte dei dati: Istat. Statistiche report. Censimento delle acque per uso civile. Anno 2014.

Grafico 1 - Acqua (valori percentuali) erogata, erogata sul totale di acqua immessa nelle reti di distribuzione e potabilizzata per macroarea - Anno 2012



Fonte dei dati: Istat. Statistiche report. Censimento delle acque per uso civile. Anno 2014.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 150

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 al valore dell'Unione Europea (UE). Infatti, nel 2012, l'Italia (con i suoi 241 litri pro capite/die) è, nell'insieme dei Paesi UE-28, uno dei maggiori consumatori di acqua potabile e si colloca al 4° posto, subito dopo Cipro (447 litri pro capite/die), Irlanda (400 litri pro capite/die) e Lettonia (310 litri pro capite/die). Il consumo medio europeo è di 188 litri pro capite/die, valore che viene superato da 9 Paesi, mentre sono 16 i Paesi che si attestano su valori inferiori. In particolare, in Lituania (90 litri pro capite/die) ed Estonia (99 litri pro capite/die), un abitante consuma mediamente meno di 100 litri di acqua al giorno (5). 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 (6). 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.

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.
Infatti, in 9 degli 11 Paesi in cui è stato segnalato un eccessivo sfruttamento costiero, si è verificata, come conseguenza, un'intrusione di acqua salata (6).
I dati evidenziati dall'indicatore relativo al volume di acqua erogata sono significativi di una marcata differenza relativamente alla disponibilità di acqua nelle diverse regioni d'Italia. 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 utilizzabili, nel Meridione tale disponibilità è ridotta sia in termini di precipitazioni che in termini di risorse disponibili. Infatti, se in ambito nazionale l'82,3% della popolazione dispone di acqua in quantità sufficiente, nell'Italia insulare tale percentuale viene quasi dimezzata (42,7%) e, nel Sud, la percentuale di popolazione soddisfatta del fabbisogno idrico sale ad un modesto 69,9%, rispetto all'87,6% dell'Italia centrale e al 97% circa dell'Italia nord-occidentale e nord-orientale (7).
Inoltre, rispetto ai dati delle precedenti indagini svolte dall'Istat (2-4), preoccupa sia la diminuzione dell'acqua erogata pro capite (-12 litri/die rispetto al 2008, -13 litri/die rispetto al 2005 e -26 litri/die rispetto al 1999), sia, come precedentemente citato, l'ulteriore diminuzione dell'acqua erogata rispetto all'acqua immessa in rete (-5,34% rispetto al 2008, -7,29% rispetto al 2005 e -8,88% rispetto al 1999). Infatti, nonostante l'efficienza dell'infrastruttura della rete idrica costituisca un'esigenza diffusa e ormai improrogabile, le dispersioni, per quanto in modesto calo, continuano ad essere persistenti e gravose. Ci si auspica, quindi, un miglioramento nella gestione degli acquedotti e nell'impiego della risorsa idrica in generale.
Infine, emerge qualche preoccupazione anche per la percentuale dell'acqua potabilizzata sul totale di quella prelevata a scopo potabile poichè, anche se si registra un modesto calo (-1,6%) nell'ultima rilevazione (nel 2012 pari a 30,6%) rispetto al 2008 (32,2%) e al 2005 (31,8%), si tratta comunque di valori indicativi di una sostanziale stabilità, se paragonati a quanto riscontrato nel 1999 quando era stato potabilizzato il 26,3% dell'acqua prelevata. In particolare, la quota di acqua potabilizzata risente delle caratteristiche idrogeologiche dei territori da cui sono captate le acque; infatti, ove siano disponibili una pluralità di fonti, vengono utilizzate soprattutto le acque sotterranee che essendo di migliore qualità, non richiedono di norma processi di potabilizzazione, ad eccezione dei casi in cui sono state riscontrate tracce di inquinamento antropico o di presenza naturale di sostanze tossiche. Per contro, le acque superficiali devono essere sottoposte a trattamenti di potabilizzazione (spesso complessi, costosi e potenzialmente generanti sottoprodotti della disinfezione) pressoché nella quasi totalità dei casi. Maggiori volumi di acqua potabilizzata si riscontrano, pertanto, in quelle regioni dove maggiore è il prelievo da acque superficiali, come la Basilicata o la Sardegna (83,6% e 75,1% di acqua potabilizzata nel 2012, rispettivamente) (1).

Riferimenti bibliografici

(1) Istituto nazionale di statistica (Istat), Statistiche report - Censimento delle acque per uso civile, Roma, 30 Giugno 2014.
(2) Istituto nazionale di statistica (Istat), Ambiente e territorio, Statistiche in breve. - Censimento delle risorse idriche a uso civile, Roma, 10 Dicembre 2009.
(3) Istituto nazionale di statistica (Istat), Statistiche in breve - Ambiente e territorio, Il Sistema delle Indagini sulle Acque, anno 2005, Roma, 29 novembre 2006.
(4) Istituto nazionale di statistica (Istat), Statistiche in breve - Ambiente e territorio, La distribuzione dell'acqua potabile in Italia, anno 1999, Roma, 10 luglio 2003.
(5) Istituto nazionale di statistica (Istat), Noi Italia: Acqua potabile erogata, L'Italia nel contesto europeo (da Eurostat, Environment statistics) Disponibile sul sito: http://noi-italia.istat.it/index.php?id=7&user_100ind_pi1%5Bid_pagina%5D=245&cHash.
(6) Agenzia europea per l'ambiente: Le risorse idriche in Europa: una valutazione basata su indicatori. Sintesi. Lussemburgo, 2003.
(7) Istituto nazionale di statistica (Istat), Popolazione delle località abitate secondo il soddisfacimento del fabbisogno di acqua potabile, Anno 1999.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 151

Cambiamenti climatici

Prof. Antonio Azara, Prof. Umberto Moscato, Dott.ssa Alice Borghini

Contesto

Per "climate change" o cambiamento climatico si intende "una variazione del clima che possa essere attribuita direttamente od indirettamente ad un'attività antropica, che alteri la composizione dell'atmosfera globale, in aggiunta alla naturale variabilità climatica osservata in periodi di tempo comparabili".
Differenti sono i modelli ipotizzati relativi ai meccanismi con cui tali cambiamenti si stanno verificando. Tra i più accreditati, relativamente all'aumento globale della temperatura, sia questo promosso da una naturale variabilità del clima ovvero dall'attività umana, resta l'effetto rappresentato dall'alterato bilancio tra le radiazioni solari ad onda corta che giungono sulla terra e le emissioni delle stesse ad onda lunga, che sono disperse nell'alta atmosfera (effetto serra). Le concentrazioni, in costante aumento (circa del 43% tra il 2005-2011), dell'anidride carbonica, del metano, degli ossidi di azoto e di altri gas serra, sono attualmente tra le più alte registrate negli ultimi 800 mila anni ed il tasso di incremento negli ultimi 22.000 anni è il maggiore dall'origine della Terra, con un aumento della temperatura media, tra il 1880-2012, di 0,85 °C (1).
Pertanto, è ormai condiviso che i cambiamenti climatici siano correlati e, probabilmente accelerati, fondamentalmente dall'utilizzo e combustione dei carburanti fossili e dalla deforestazione e cementificazione dei territori, spesso effettuata in modo irrazionale.
Conseguenza dell'aumento delle temperature medie, in particolare anche per il nostro Paese, è un possibile:
- aumento della temperatura e della frequenza e/o durata delle ondate di calore;
- aumento dell'intensità delle precipitazioni;
- aumento dell'intensità e/o della durata dei periodi di siccità;
- aumento di intensità dell'attività dei cicloni tropicali;
- aumento del livello marino;
- incremento dello scioglimento dei ghiacci ai poli e sulle cime montane;
- aumento dell'inquinamento chimico e degli aeroallergeni;
- cambiamento dei biosistemi con riduzione delle biodiversità.

Ciò si può tradurre, inevitabilmente, in un impatto del calore sulle diverse attività umane, con variabili effetti sulla salute del singolo e della collettività, come ad esempio:
- impatto sulle attività occupazionali sia manuali che intellettuali, con aumento degli errori e degli incidenti nonché della morbilità;
- impatto sulla vita quotidiana e sulle prestazioni generali, in particolare per le classi a maggior rischio, quali infanti, adolescenti, donne in gravidanza ed anziani;
- aumento della morbosità e della mortalità, prevalentemente dovuta, in modo diretto, ad ondate di calore ed, indirettamente, da precipitazioni alluvionali con rischio idrogeologico, già ampiamente frequente in Italia;
- disordini in diversi apparati, con conseguenze cliniche di tipo respiratorio e allergico, cardiaco, vascolare e reumatico;
- aumento delle patologie trasmissibili veicolate da vettori artropodi e delle patologie trasmesse attraverso le matrici acqua ed alimenti, dovute alla variazione del ciclo-vita dei vettori, dei serbatoi naturali, delle piante, delle specie nel suolo e degli stessi patogeni;
- effetti sulla salute, derivanti dalla mancata tutela e sicurezza degli alimenti;
- impatto sulla salute mentale e fenomeni di violenza collettiva.

Naturalmente, senza considerare eventuali altri fenomeni di impatto sulla salute e sulla Sanità Pubblica dovuti alle differenti condizioni ed allo stato di protezione e prevenzione delle malattie, sia trasmissibili che non trasmissibili, presenti nelle popolazioni che immigrano dalle sempre più torride regioni Nord e Centro-Africane verso l'Europa e l'Italia.

Metodi

Il cambiamento climatico è definibile ed identificabile, se l'osservazione delle temperature e delle precipitazioni (oltre della velocità del vento in specifiche zone) è espressa come media su un periodo di anni, in genere in 30 anni di osservazione. In relazione alla validità ed ai limiti dell'indicatore "temperatura media", i dati riportati derivano dalle informazioni trasmesse all'Istituto Superiore per la Protezione e Ricerca Ambientale da parte di soggetti pubblici che raccolgono informazioni in materia di temperature medie e precipitazioni in collaborazione con l'Aeronautica Militare. La World Meteoclimate Organization (WMO), definisce come "normali climatici standard" le medie di una variabile climatica, calcolate per periodi temporali consecutivi su 30 anni dal

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 152

1901, con il prossimo periodo di riferimento fissato dal 1991 al 2021. Dunque, per gli anni in corso, il periodo di riferimento base è considerato dal 1981-2010, almeno fino all'anno 2021, quando il trentennio 1991-2020 sarà il nuovo periodo di riferimento WMO standard. Nella Tabella 1 sono descritti i valori medi di temperatura, disaggregati per regione, mentre nel Grafico 1 sono descritte la variazione temporale WMO media delle stesse temperature rispetto ai periodi standard di riferimento e nella Figura 1 le mappe dei valori normali medi annuali della temperatura massima per l'Italia.

Risultati e discussione

Si evince, dalla Tabella 1, dal Grafico 1 e dalla Figura 1, come negli ultimi 50 anni pressoché tutte le regioni siano andate incontro ad un aumento percentuale delle temperature medie, in riferimento agli indici WMO del trentennio 1971-2000 rispetto al 1961-1990, con un minimo dello 0% di Umbria, Puglia e Toscana, sino al massimo della Valle d'Aosta del 227,3%, con una variazione media di quest'ultima che da temperature negative si sono rese positive. Per contro, si deve notare come alcune regioni, quali l'Emilia-Romagna (-2,4%), la Calabria (-2,8%) e la Campania (-13,8%), abbiano subito una variazione negativa delle loro temperature nel periodo di riferimento in oggetto. Nel successivo trentennio di riferimento WMO 1981-2010, le variazioni hanno comportato un incremento percentuale delle temperature medie da un minimo dello 0% del Friuli Venezia Giulia ad un massimo, ancora una volta, della Valle d'Aosta (16,7%), con le eccezioni dell'Abruzzo (-2,6%) e delle Marche (-4,3%), che presentano variazioni in negativo delle temperature a confronto. Ciò a dimostrare l'estrema variabilità delle temperature e delle condizioni climatiche esistenti alle nostre latitudini.

Naturalmente, sono molte e diversificate le misure preventive che dovrebbero essere adottate per ridurre l'impatto sull'ambiente e sulla salute umana dei cambiamenti climatici ipotizzati o attualmente in essere. Prima di tutto, ai fini della salute e della Sanità Pubblica, tavoli tecnici e apposite commissioni dovrebbero analizzare e promuovere Linee Guida e Direttive utili ai "decisori" politici, amministrativi ed istituzionali per modificare e risolvere le attuali criticità, in funzione dei cambiamenti climatici che potrebbero verificarsi, per diverse matrici ed ambiti.

La "coscienza" della tutela ambientale passa attraverso l'empowerment della collettività, tramite i processi di informazione e formazione specifica, evidente, chiara e trasparente come ad oggi non sempre si è verificata, finalizzati a implementare la consapevolezza dei rischi potenziali di specie che l'umanità potrebbe correre disattendendo a tali istanze.

La "mitigazione" della temperatura, condotta per il tramite di politiche di risparmio energetico e di impiego di energie green rinnovabili (politica di green urban health) e, se necessario, di tassazione specifica, di trasporti eco-sostenibili, di riduzione della produzione agricola industriale, del consumo di carne, di riforestazione selettiva, di programmazione e progettazione di ambienti costruiti eco-compatibili ed eco-sostenibili, di riduzione della produzione di rifiuti ed aumento del loro recupero differenziato ed altro, costituiscono l'espressione del processo di "resilienza" e di "adattamento" che l'umanità, ed in questo l'Italia, deve poter compiere per garantire il futuro delle nuove generazioni.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 153

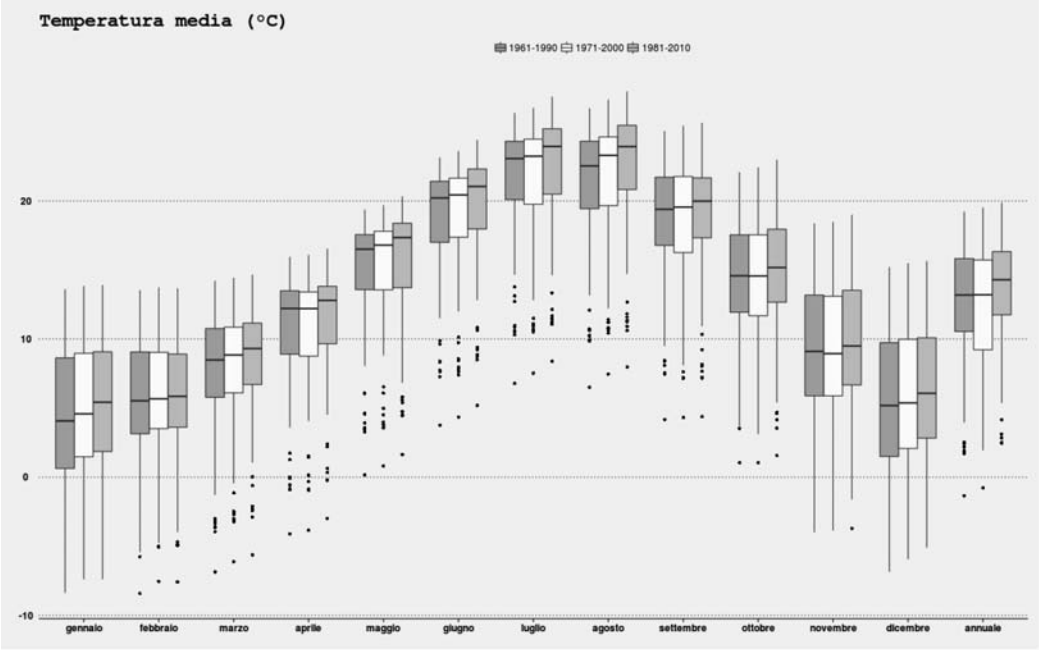
Tabella 1 - Temperatura media (gradi Centigradi) annuale e variazioni percentuali per regione - Anni 1961-1990, 1971-2000, 1981-2010

Regioni	1961-1990 (A)	1971-2000 (B)	Δ % (A-B)	1981-2010 (C)	Δ % (B-C)
Piemonte	11,4	11,5	0,9	12,0	4,3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	-1,1	3,6	227,3	4,2	16,7
Lombardia	12,1	12,8	5,8	13,3	3,9
Trentino-Alto Adige*	6,4	6,6	3,1	7,3	10,6
Veneto	12,9	13,2	2,3	13,5	2,3
Friuli Venezia Giulia	11,9	12,2	2,5	12,2	0,0
Liguria	15,6	15,7	0,6	16,0	1,9
Emilia-Romagna	12,3	12,0	-2,4	12,6	5,0
Toscana	13,1	13,1	0,0	13,6	3,8
Umbria	14,1	14,1	0,0	14,6	3,5
Marche	12,6	13,9	10,3	13,3	-4,3
Lazio	14,2	14,5	2,1	15,0	3,4
Abruzzo	14,3	15,2	6,3	14,8	-2,6
Molise	13,9	14,1	1,4	14,6	3,5
Campania	14,5	12,5	-13,8	14,2	13,6
Puglia	15,6	15,6	0,0	15,8	1,3
Basilicata	11,4	11,6	1,8	12,1	4,3
Calabria	14,4	14,0	-2,8	14,7	5,0
Sicilia	17,3	17,4	0,6	18,5	6,3
Sardegna	16,4	16,7	1,8	17,0	1,8

*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

Fonte dei dati: ISPRA. Anno 2015.

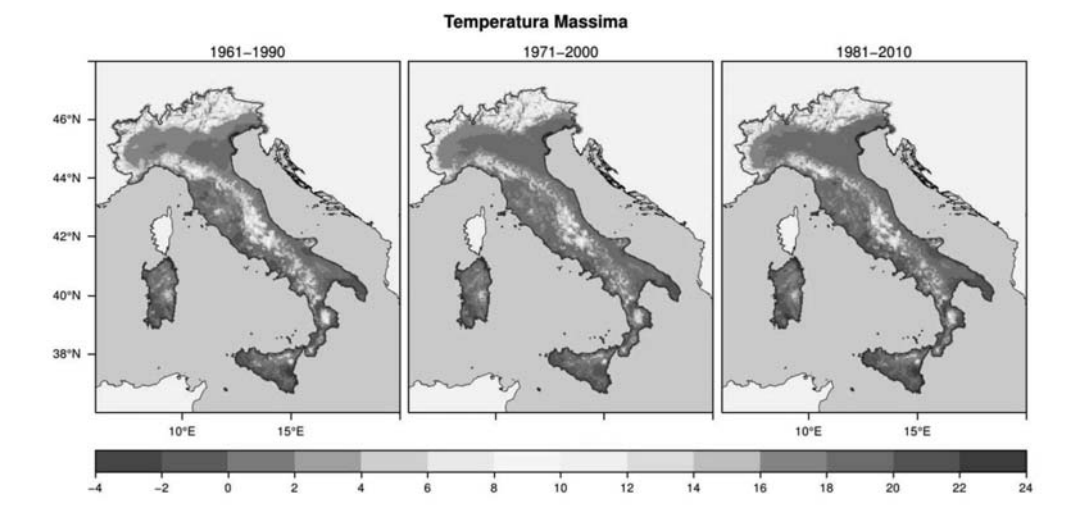
Grafico 1 - Valori normali di temperatura media (gradi Centigradi) annuale e mensile in Italia - Anni 1961-1990, 1971-2000, 1981-2010



Fonte dei dati: ISPRA, Stato dell'Ambiente 55/2014.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 154

Figura 1 - Valori normali medi (gradi Centigradi) annuali della temperatura massima in Italia - Anni 1961-1990, 1971-2000, 1981-2010



Fonte dei dati: ISPRA, Stato dell'Ambiente 55/2014.

Riferimenti bibliografici

(1) Brubaker M, Berner J, Bell J et Al. Climate Change in Point Hope, Alaska: Strategies for Community Health. Anchorage, Alaska: ANTHC Center for Climate and Health, 2010. Disponibile sul sito: www.anthc.org/chs/ces/climate/upload/Climate_Change_in_Point_Hope: Strategies_for_Community_Health.pdf. Accessed October 2015.
(2) WMO, 1989. Calculation of Monthly and Annual 30-Year Standard Normals. WMO/TD No. 341, WCDP-No. 10. Geneva.
(3) WMO, 2007. The Role of Climatological Normals in a Changing Climate. WMO/TD-No. 1377, WCDMP-No. 61. Geneva.
(4) Desiato F., Lena F., Toreti A., 2007. SCIA: a system for a better knowledge of the Italian climate. Bollettino di Geofisica Teorica ed Applicata, Vol. 48, n. 3, 351-358.
(5) Desiato F., Fioravanti G., Fraschetti P., Perconti W., Toreti A., 2011. Climate indicators for Italy: calculation and dissemination". Adv. Sci. Res., 6, 147-150.
(6) WMO, 2011. Guide to Climatological Practices. WMO-No.100. Geneva.
(7) WMO, 2012. Technical Regulations, Basic documents no. 2, Vol. I - General Meteorological Standards and Recommended Practices. WMO-No. 49. Geneva.
(8) Houghton A and English P, 2014. An Approach to Developing Local Climate Change Environmental Public Health Indicators, Vulnerability Assessments, and Projections of Future Impacts. Journal of Environmental and Public Health. 1-7. Disponibile sul sito: http://dx.doi.org/10.1155/2014/132057.
(9) Patz JA, Frumkin H, Holloway T, Vimont DJ, Haines A, 2014. Climate Change: Challenges and Opportunities for Global Health. JAMA. 2014; 312 (15): 1.565-1.580. doi:10.1001/jama.2014.13186.
(10) Braks M, van Ginkel R, Wint W, Sedda L and Sprong H, 2014. Climate Change and Public Health Policy: Translating the Science. Int. J. Environ. Res. Public Health 2014, 11, 13-29; doi:10.3390/ijerph110100013.
(11) Kendrovski V, Spasenovska M, Menne B. The public health impacts of climate change in the former Yugoslav Republic of Macedonia. Int J Environ Res Public Health. 2014 Jun 5; 11 (6): 5.975-88. doi: 10.3390/ijerph110605975.
(12) National Geographic, 2015. La Sfida del Clima. N.5, Milano.
(13) Istituto Superiore per la Protezione e Ricerca Ambientale (ISPRA), 2015. Rapporto Ambiente 2014. Roma.
(14) Levy SB, Patz JA, 2015. Climate Change and Public Health. Oxford University Press, Oxford.

Malattie cardio e cerebrovascolari

Le malattie cardio e cerebrovascolari costituiscono ancora oggi, in Italia, uno dei più importanti problemi di salute pubblica: esse sono tra le principali cause di morbosità, invalidità e mortalità. Rientrano in questo gruppo le più frequenti patologie di origine arteriosclerotica, in particolare le malattie ischemiche del cuore (infarto acuto del miocardio ed angina pectoris) e le malattie cerebrovascolari (ictus ischemico ed emorragico). Va ricordato che chi sopravvive ad una forma acuta diventa un malato cronico con notevoli ripercussioni sulla qualità della vita e sui costi economici e sociali che la società deve affrontare. Le malattie cardio e cerebrovascolari, inoltre, sono fra i maggiori determinanti delle malattie legate all'invecchiamento, producendo disabilità fisica e disturbi della capacità cognitiva.

Non è facile avere stime affidabili dell'incidenza delle malattie cardio e cerebrovascolari in quanto, per valutare questo indicatore, è necessario tener presente che una quota degli eventi acuti provoca la morte del paziente prima dell'arrivo in ospedale; pertanto, qualsiasi indicatore che si basi solo sui ricoveri o solo sulla mortalità risulta incompleto, anche se fondamentale e necessario. Lo studio MONItoring of CArdiovascular diseas (MONICA), che si è svolto tra gli anni Ottanta e gli anni Novanta in 37 centri di 21 Paesi tenendo sotto osservazione circa 10 milioni di persone di età 35-64 anni per un periodo di 10 anni e classificando con criteri diagnostici standardizzati oltre 166 mila eventi acuti, ha identificato che di tutti gli eventi registrati circa un terzo sono fatali (1).

Dei soggetti che subiscono un evento fatale, il 40% muore subito dopo l'inizio dei sintomi e prima di arrivare in ospedale; questo dato sulla letalità extraospedaliera è stato confermato anche recentemente (31%) (2).

Un dato rilevante per la salute degli italiani è che in poco più di 30 anni la mortalità totale si è più che dimezzata (il tasso standardizzato di mortalità totale si è ridotto del 53% tra il 1980 ed il 2012) ed il contributo delle malattie cardio e cerebrovascolari è stato quello che più ha influito sul trend in discesa della mortalità (nello stesso periodo la mortalità per malattie ischemiche del cuore si è ridotta del 64% e quella delle malattie cerebrovascolari del 70%).

Nell'interpretare questi dati non bisogna dimenticare che, dal 1980 al 2012, le codifiche dei certificati di morte sono state realizzate con tre differenti versioni della International Classification of Diseases (ICD) (ICD-8, ICD-9 e ICD-10; per esempio, nel passaggio dalla ICD-9 alla ICD-10 le malattie cardio e cerebrovascolari sono descritte in modo più specifico utilizzando più codici alfanumerici e più definizioni, ma non sempre si ritrova piena corrispondenza con i codici della classificazione precedente e sono cambiati i criteri diagnostici delle patologie. Grandi differenze esistono nell'ospedalizzazione per le malattie cardio e cerebrovascolari: oltre la metà dei ricoveri per malattie cardio e cerebrovascolari non è dovuto a sindrome coronarica acuta o infarto del miocardio e ictus, ma a scompenso cardiaco e aritmie che rappresentano complicazioni comuni delle forme acute e subacute di ischemia miocardica (3).

Il progredire delle conoscenze di base sui meccanismi patogenetici dell'aterosclerosi e delle sue manifestazioni cliniche, unitamente allo sviluppo dell'epidemiologia cardio e cerebrovascolare, ha permesso di identificare condizioni di rischio e determinanti di questa patologia. Nonostante la frequenza, queste malattie sono per la gran parte prevenibili attraverso l'adozione di sani comportamenti legati allo stile di vita, in particolare attraverso l'adozione di una sana alimentazione, attività fisica regolare, abolizione del fumo di tabacco e riduzione del consumo di alcol; queste abitudini aiutano a ridurre e/o a mantenere la pressione arteriosa, la colesterolemia, la glicemia a digiuno e l'Indice di Massa Corporea a livelli favorevoli. Così, parallelamente al crescere delle possibilità di trattamento medico e chirurgico della malattia già conclamata, si è venuta affermando la consapevolezza dell'importanza di interventi di tipo preventivo sugli stili di vita, al fine di impedire o ritardare l'insorgenza della malattia stessa.

Riferimenti bibliografici

(1) Tunstall-Pedoe H, et al. Contribution of trends in survival and coronary-event rates to changes in coronary heart disease mortality: 10-year results from 37 WHO MONICA Project populations. Lancet 1999; 353: 1.547-57.
(2) Picciotto S et al. Associations of area based deprivation status and individual educational attainment with incidence, treatment, and prognosis of first coronary event in Rome, Italy. J Epidemiol Community Health 2006; 60: 37-43.
(3) Giampaoli S, Palmieri L, Ciccarelli P, Donfrancesco C, Zatonski W. Atherosclerotic Cardiovascular Diseases: Ischaemic Heart Disease and Stroke. In MAJOR AND CHRONIC DISEASES REPORT 2007 by the Task Force on Major and Chronic Diseases of DG SANCO's Health Information Strand; Luxembourg: European Commission 2008, pp. 305; ISBN 92-79-08896-4. Disponibile sul sito: http://ec.europa.eu/health/ph_threats/non_com/docs/mcd_report_en.pdf.
(4) Lloyd-Jones DM, et al. Defining and setting national goals for cardiovascular health promotion and disease reduction the American Heart Association's strategic impact goal through 2020 and beyond; Circulation. 2010; 121: 586-613.
(5) Liu K, Daviglus ML, Loria CM, Colangelo LA, Spring B, Moller AC, Lloyd-Jones DM. Healthy lifestyle through young adulthood and the presence of low cardiovascular disease risk profile in middle age The coronary artery risk development in (young) adults (CARDIA) Study. Circulation. 2012; 125: 996-1.004.
(6) Berry JD, Dyer A, Cai X, Garside DB, Ning H, Thomas A, Greenland P, Van Horn L, Tracy RP, and Lloyd-Jones DM. Lifetime Risks of Cardiovascular Disease. N Engl J Med 2012; 366: 321-9.

S. GIAMPAOLI, L. PALMIERI

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 156

Ospedalizzazione per patologie cardio e cerebrovascolari acute

Significato. Le patologie cardiovascolari determinano un elevatissimo carico di malattia nella popolazione adulta, soprattutto anziana, anche in termini di invalidità, disabilità ed impegno assistenziale per il Servizio Sanitario Nazionale. L'indicatore di seguito proposto è il tasso di ospedalizzazione (numero di dimissioni ospedaliere su popolazione residente per 100.000) in regime di Ricovero Ordinario (esclusi, quindi, i Day Hospital), che si osserva in un certo periodo di tempo (in questo caso dal 2011 al 2014) nella popolazione adulta ed anziana (≥25 anni). I tassi riportati sono riferiti, esclusivamente, alla diagnosi principale e non tengono in considerazione le diagnosi secondarie. I gruppi di diagnosi principale per i quali sono riportati i tassi di ospedalizzazione nelle tabelle corrispondono, specificatamente, alle malattie ischemiche del cuore (ICD-9 410-414), all'Infarto Miocardico Acuto (IMA) (ICD-9 410), separatamente ed insieme ad altre forme acute e subacute di ischemia cardiaca (ICD-9 410-411), alle malattie cerebrovascolari complessive (ICD-9 430-438), all'ictus emorragico (ICD-9 430-432), all'ictus ischemico più altre malattie cerebrovascolari incluso il Transient Ischaemic Attack (TIA) (ICD-9 434-437).

Tasso di dimissioni ospedaliere per patologie cardio e cerebrovascolari acute*

$$\text{Numeratore} = \frac{\text{Dimissioni ospedaliere di persone di 25 anni ed oltre per malattie cardio e cerbrovascolari acute}}{\text{Popolazione media residente di 25 anni ed oltre}} \times 100.000$$

Denominatore

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

Validità e limiti. La riproducibilità e l'accuratezza della misurazione di questi indicatori, basati sul flusso delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), sono elevate. La standardizzazione dei tassi per età permette di eliminare l'effetto esercitato dalle dinamiche di invecchiamento e dalla struttura demografica sui livelli di ospedalizzazione nelle diverse regioni.
Ciò consente di confrontare il medesimo indicatore nel tempo (con riferimento ad una specifica area geografica in anni diversi) e nello spazio (ossia tra aree diverse del Paese).
Si evidenzia che i tassi potrebbero essere parzialmente condizionati, da un lato, da un'imprecisa attribuzione delle diagnosi che può comportare una sottostima degli eventi nei dati forniti dalle diverse regioni, con conseguenze negative soprattutto per le regioni più attente alle definizioni diagnostiche che mostrano per tale motivo i tassi più elevati; dall'altro, vi potrebbe essere l'effetto distorsivo esercitato dal sistema dei Diagnosis Related Group sulla codifica delle dimissioni ospedaliere, anche se in questo caso il problema non sembra essere particolarmente rilevante e, soprattutto, risulta di difficile interpretazione la direzione in cui agisce. Essendo basati esclusivamente su dati ospedalieri, questi indicatori non includono gli eventi che si sono risolti senza il ricorso a cure ospedaliere, né gli eventi che hanno causato il decesso prima dell'accesso in ospedale e, quindi, non possono dare un quadro completo ed esaustivo dell'occorrenza della malattia.

Descrizione dei risultati

Malattie ischemiche del cuore

Per le malattie ischemiche del cuore il primo dato evidente è che i tassi di ospedalizzazione negli uomini continuano ad essere, come negli anni precedenti, più del doppio di quelli delle donne e questo avviene sia per l'infarto acuto (nel 2014 pari a 374,5 ricoveri per 100.000 uomini vs 150,9 ricoveri per 100.000 donne) che per le altre forme acute e subacute di ischemia cardiaca (nel 2014 pari a 521,8 ricoveri per 100.000 uomini vs 200,6 ricoveri per 100.000 donne) e per le malattie ischemiche nel loro complesso (nel 2014 pari a 892,4 ricoveri per 100.000 uomini vs 315,2 ricoveri per 100.000 donne) (Tabella 1 e 2).
Nel 2014, i tassi più elevati di ospedalizzazione per malattie ischemiche del cuore si registrano in Campania, sia per gli uomini che per le donne (rispettivamente, 1.193,5 e 427,4 per 100.000). Valori elevati si osservano per gli uomini anche in Puglia, Calabria, Molise e Sicilia (>1.000 per 100.000) e per le donne nella PA di Trento (>400 per 100.000). Per quanto riguarda le altre forme acute e subacute di ischemia cardiaca, le regioni con i maggiori tassi di ospedalizzazione, sia per gli uomini che per le donne, sono la Calabria (674,3 per 100.000 negli uomini e 239,0 per 100.000 nelle donne), la Sicilia (672,2 per 100.000 negli uomini e 231,4 per 100.000 nelle donne) e la Campania (611,8 per 100.000 negli uomini e 224,2 per 100.000 nelle donne).
Un dato incoraggiante è che, tra il 2011 ed il 2014, si continua a registrare, come negli anni precedenti, una

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 157

diminuzione dei tassi di ospedalizzazione per le malattie ischemiche del cuore nel loro complesso, maggiore nelle donne (-11,5%) rispetto agli uomini (-10,5%), e per le altre forme acute e subacute di ischemia cardiaca (-10,2% negli uomini; -12,0% nelle donne). Solo in Umbria e in Basilicata per gli uomini e nella PA di Bolzano per le donne si registra una crescita dei tassi di ospedalizzazione per le altre forme acute e subacute di ischemia cardiaca (+1,7%, +0,1% e +6,2%, rispettivamente). Anche per l'IMA si registra una diminuzione generalizzata dei tassi di ospedalizzazione, maggiore nelle donne (-6,7%) rispetto agli uomini (-5,6%), anche se diverse sono le regioni dove i tassi di ospedalizzazione per l'IMA mostrano una preoccupante tendenza alla crescita, sia per il genere maschile (particolarmente in Basilicata +22,7% negli ultimi 3 anni, Puglia +2,8%) e Umbria +2,4%) che per il genere femminile (particolarmente nella PA di Bolzano +27,7%, in Basilicata +10,1%, nella PA di Trento +6,1% e nel Lazio e nella Campania con incrementi minori dell'1%).

Malattie cerebrovascolari

Nel 2014, negli uomini, il tasso di ospedalizzazione per il complesso delle malattie cerebrovascolari risulta del 35,5% superiore a quello delle donne (Tabella 3 e 4): in particolare, per il sottogruppo dell'ictus ischemico questo eccesso è pari a 19,3% e al 49,9% per l'ictus emorragico.

Nel 2014, i tassi di ospedalizzazione più elevati per le malattie cerebrovascolari nel loro complesso si registrano in Molise, sia per gli uomini che per le donne (1.160,7 e 740,4 per 100.000, rispettivamente); per gli uomini anche l'Abruzzo, la Valle d'Aosta, l'Umbria e la PA di Bolzano si trovano a livelli di ospedalizzazione >800 per 100.000; per le donne, anche la Valle d'Aosta, la PA di Bolzano e l'Abruzzo si trovano a livelli di ospedalizzazione >650 per 100.000 (725,6, 664,7 e 652,7 per 100.000, rispettivamente). Per quanto riguarda l'ictus emorragico, i tassi più elevati di ospedalizzazione si riscontrano in Valle d'Aosta per gli uomini e in Toscana per le donne (141,8 e 87,8 per 100.000, rispettivamente). Le ospedalizzazioni per ictus ischemico più elevate si riscontrano, invece, in Molise per gli uomini (688,8 per 100.000) e in Valle d'Aosta per le donne (527,4 per 100.000). Un aspetto singolare è che il Molise presenta anche i tassi più bassi di ospedalizzazione per l'IMA sia per gli uomini che per le donne (vedi paragrafo precedente). I tassi più bassi di ospedalizzazione per ictus ischemico si registrano in Friuli Venezia Giulia per gli uomini e in Lombardia per le donne (rispettivamente, 303,6 e 252,0 per 100.000); va sottolineato, comunque, che questi tassi di ospedalizzazione risultano essere quasi la metà di quelli registrati in Molise.

Tra il 2011 ed il 2014, in quasi tutte le regioni ed in entrambi i generi, si evidenzia una riduzione nei ricoveri per malattie cerebrovascolari nel loro complesso (-7,6% negli uomini; -7,4% nelle donne) così come per l'ictus ischemico (-12,2% negli uomini; -11,1% nelle donne). Per quanto riguarda, invece, l'ictus emorragico preoccupa l'inversione di tendenza dei ricoveri complessivi, con un aumento del 3,9% negli uomini e del 3,3% nelle donne in 3 anni: in particolare, nella Valle d'Aosta si sono registrati gli incrementi più elevati (uomini +82,1%; donne +90,4%).

Incrementi particolarmente elevati delle ospedalizzazioni per ictus emorragico si sono registrati anche in Abruzzo per gli uomini (21,3%) ed in Umbria per le donne (26,1%).

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 158

Tabella 1 - Tasso (standardizzato per 100.000) di dimissioni ospedaliere, da istituti pubblici e privati accreditati, per codici di diagnosi di malattie ischemiche del cuore in regime di Ricovero Ordinario e diagnosi principale e per regione. Maschi - Anni 2011-2014

Regioni	2011			2012			2013*			2014		
	410-414	410-411	410	410-414	410-411	410	410-414	410-411	410	410-414	410-411	410
Piemonte	971,2	585,4	377,3	954,2	570,3	385,8	929,4	565,1	387,7	883,4	526,2	364,1
Valle d'Aosta	800,2	500,2	364,6	799,2	512,5	356,7	788,7	472,3	371,0	752,4	434,4	364,0
Lombardia	1.040,9	578,2	427,9	1.009,3	554,9	416,6	964,8	525,6	398,3	928,7	507,8	389,4
Bolzano-Bozen	721,3	435,9	299,1	709,8	423,2	302,4	705,1	417,2	327,5	654,6	380,5	286,0
Trento	1.039,5	528,4	382,9	1.027,7	514,6	368,9	1.057,8	531,0	378,0	975,4	446,7	332,4
Veneto	745,3	433,5	290,4	735,2	422,1	286,3	715,8	411,9	279,0	696,2	404,3	263,8
Friuli Venezia Giulia	812,0	544,6	354,8	797,1	532,3	371,9	775,4	516,5	364,5	710,9	480,9	347,4
Liguria	742,0	506,0	341,9	730,3	497,3	341,0	703,5	468,9	321,4	655,1	450,9	311,4
Emilia-Romagna	928,9	608,2	439,1	889,0	586,2	441,4	834,7	538,8	413,1	807,5	524,4	404,0
Toscana	930,2	574,4	400,8	895,4	573,1	405,6	835,5	526,7	387,4	819,1	513,0	371,8
Umbria	867,2	443,9	365,8	869,6	439,1	369,1	840,4	446,7	368,1	834,6	451,3	374,5
Marche	932,3	572,4	424,6	895,8	534,4	393,8	866,5	546,2	427,0	832,8	514,7	404,8
Lazio	962,2	502,6	360,0	981,0	489,3	360,6	922,1	484,1	362,7	886,3	475,3	350,6
Abruzzo	930,7	587,4	406,4	900,0	580,9	403,1	856,6	549,8	370,4	817,1	538,2	354,7
Molise	1.055,9	522,3	315,8	1.074,5	593,7	357,3	1.024,2	496,9	237,3	1.005,2	402,4	189,1
Campania	1.331,2	670,2	454,3	1.290,4	669,3	470,6	1.250,1	629,5	460,3	1.193,5	611,8	445,1
Puglia	1120,2	563,7	343,2	1.077,2	562,6	370,7	1.083,9	558,5	375,0	1.011,4	529,9	353,0
Basilicata	995,0	557,5	352,6	912,3	499,8	344,9	951,1	542,6	399,6	941,8	558,1	432,8
Calabria	1.167,1	769,5	419,7	1.100,3	726,4	407,8	1.024,8	673,9	408,9	1.006,4	674,3	414,7
Sicilia	1.161,2	774,2	498,7	1.111,2	728,9	472,5	1.073,1	711,7	472,0	1.002,6	672,2	454,8
Sardegna	733,3	469,3	336,6	670,0	420,5	302,3	666,8	424,9	320,8	634,1	406,2	310,6
Italia	**996,9**	**580,9**	**396,8**	**968,3**	**563,2**	**395,1**	**932,5**	**542,1**	**388,0**	**892,4**	**521,8**	**374,5**

*La popolazione di riferimento è la popolazione residente al 1 gennaio 2013.

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione italiana residente al Censimento del 2011.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2015.

Tabella 2 - Tasso (standardizzato per 100.000) di dimissioni ospedaliere, da istituti pubblici e privati accreditati, per codici di diagnosi di malattie ischemiche del cuore in regime di Ricovero Ordinario e diagnosi principale e per regione. Femmine - Anni 2011-2014

Regioni	2011			2012			2013*			2014		
	410-414	410-411	410	410-414	410-411	410	410-414	410-411	410	410-414	410-411	410
Piemonte	328,7	219,2	146,2	324,8	216,2	156,3	314,5	209,8	152,3	300,4	199,2	146,3
Valle d'Aosta	284,3	183,2	145,9	309,5	215,4	148,2	281,5	193,6	153,7	270,8	163,2	135,7
Lombardia	349,1	229,4	178,8	338,1	221,4	174,3	319,1	206,5	163,6	308,6	194,7	153,4
Bolzano-Bozen	255,0	163,2	111,7	261,3	172,1	139,8	252,3	160,5	121,3	246,6	173,3	142,6
Trento	416,1	225,4	162,8	407,9	227,9	173,8	412,5	240,0	190,6	404,8	216,6	172,8
Veneto	260,7	175,5	120,8	253,6	171,1	121,3	241,7	160,1	113,6	238,9	161,0	114,3
Friuli Venezia Giulia	331,0	236,4	169,2	317,0	222,7	156,5	312,5	223,7	162,5	296,4	210,3	163,3
Liguria	284,6	207,6	143,9	271,1	195,0	144,8	251,6	183,1	133,4	247,9	177,1	126,8
Emilia-Romagna	338,3	238,8	184,3	328,2	232,8	181,6	302,8	219,2	173,1	304,3	213,1	168,2
Toscana	357,2	250,4	180,7	332,6	231,6	170,6	312,6	215,9	163,3	298,5	211,8	161,4
Umbria	305,4	177,2	149,7	306,7	177,9	149,0	265,0	158,8	130,3	279,1	170,6	141,1
Marche	355,7	246,1	189,6	351,7	241,9	190,2	319,8	219,7	181,7	312,1	203,1	165,9
Lazio	343,4	201,5	146,0	330,9	193,7	143,9	321,3	193,2	148,8	313,6	190,2	147,3
Abruzzo	343,9	225,0	147,7	292,1	196,9	136,9	299,8	203,0	146,8	281,7	192,7	137,8
Molise	375,8	212,8	126,3	348,3	217,2	112,2	346,4	184,7	90,3	314,0	143,6	72,8
Campania	475,2	242,6	167,2	454,2	244,7	178,3	446,2	238,9	180,6	427,4	224,2	168,3
Puglia	414,0	231,3	146,8	380,0	212,5	143,1	369,2	208,3	148,1	364,1	195,6	138,7
Basilicata	353,7	226,7	150,8	413,1	262,1	202,5	380,5	238,3	171,4	347,3	215,8	166,0
Calabria	434,6	279,6	162,3	366,4	249,8	151,1	337,6	228,3	150,9	336,2	239,0	157,3
Sicilia	400,5	275,6	182,1	382,2	259,9	178,9	361,8	250,5	172,9	347,2	231,4	165,3
Sardegna	288,1	192,8	141,1	267,5	182,0	135,2	254,2	170,2	125,2	245,4	175,6	136,5
Italia	**356,3**	**227,9**	**161,7**	**340,7**	**219,2**	**161,0**	**324,6**	**208,9**	**156,1**	**315,2**	**200,6**	**150,9**

*La popolazione di riferimento è la popolazione residente al 1 gennaio 2013.

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione italiana residente al Censimento del 2011.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 159

Tabella 3 - Tasso (standardizzato per 100.000) di dimissioni ospedaliere, da istituti pubblici e privati accreditati, per codici di diagnosi di malattie cerebrovascolari in regime di Ricovero Ordinario e diagnosi principale e per regione. Maschi - Anni 2011-2014

Regioni	2011			2012			2013*			2014		
	430-438	430-432	434-437	430-438	430-432	434-437	430-438	430-432	434-437	430-438	430-432	434-437
Piemonte	653,3	111,0	383,1	645,5	118,0	373,3	622,1	119,2	355,9	564,6	109,1	323,8
Valle d'Aosta	635,6	77,8	381,0	697,0	116,5	445,3	678,6	101,1	441,9	826,3	141,8	556,3
Lombardia	668,5	89,6	351,8	654,4	93,5	333,8	640,3	95,2	321,2	649,0	94,7	304,9
Bolzano-Bozen	917,7	92,2	476,9	922,2	107,6	498,6	897,7	111,9	475,2	814,6	96,2	418,9
Trento	683,3	87,3	351,5	674,6	101,8	328,1	684,8	91,6	337,0	711,7	98,7	339,0
Veneto	648,2	89,1	334,3	644,6	91,9	331,6	633,7	91,8	323,0	615,4	88,4	315,3
Friuli Venezia Giulia	508,1	84,8	321,1	514,3	87,8	329,9	548,6	92,5	332,0	504,2	101,2	303,6
Liguria	696,7	88,8	454,3	669,2	90,3	433,1	673,6	103,9	433,0	666,3	99,1	430,3
Emilia-Romagna	667,3	97,0	405,4	652,4	105,4	384,7	627,3	100,4	368,0	654,1	102,9	366,8
Toscana	731,1	100,3	437,4	701,6	102,0	411,9	677,7	110,3	386,9	685,9	119,5	381,8
Umbria	776,8	111,3	465,3	791,0	111,5	475,8	763,9	111,2	445,9	824,6	102,6	497,8
Marche	777,8	121,9	508,9	740,2	120,2	481,2	689,6	127,0	428,7	665,7	127,9	418,5
Lazio	766,3	86,7	430,5	748,4	91,5	420,7	728,9	94,3	404,5	696,7	89,7	392,3
Abruzzo	847,3	87,0	526,5	837,8	99,3	511,7	854,4	108,7	500,3	842,4	105,5	500,5
Molise	852,0	114,5	574,5	739,1	93,0	474,9	754,7	99,9	477,0	1.160,7	108,0	688,8
Campania	890,2	85,5	630,8	841,5	81,9	602,4	840,4	81,6	591,3	783,7	78,8	540,2
Puglia	675,1	72,3	469,1	620,6	68,4	425,0	609,6	71,2	401,2	579,5	78,3	372,4
Basilicata	766,2	117,1	475,0	602,2	96,4	351,0	724,1	116,7	464,3	695,5	109,2	432,3
Calabria	746,4	75,4	544,2	693,8	77,4	482,5	645,4	89,3	426,1	596,2	79,0	405,8
Sicilia	860,7	88,4	616,9	840,2	84,5	585,1	817,0	80,1	569,0	757,1	80,0	527,9
Sardegna	652,1	89,6	438,1	613,8	81,3	405,9	639,2	92,4	411,9	611,8	99,2	389,1
Italia	**724,7**	**91,9**	**446,4**	**700,8**	**93,8**	**424,5**	**687,5**	**96,3**	**409,2**	**669,7**	**95,5**	**391,8**

*La popolazione di riferimento è la popolazione residente al 1 gennaio 2013.

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione italiana residente al Censimento del 2011.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2015.

Tabella 4 - Tasso (standardizzato per 100.000) di dimissioni ospedaliere, da istituti pubblici e privati accreditati, per codici di diagnosi di malattie cerebrovascolari in regime di Ricovero Ordinario e diagnosi principale e per regione. Femmine - Anni 2011-2014

Regioni	2011			2012			2013*			2014		
	430-438	430-432	434-437	430-438	430-432	434-437	430-438	430-432	434-437	430-438	430-432	434-437
Piemonte	451,4	70,1	297,9	446,0	79,2	291,2	428,4	76,7	284,4	405,4	77,8	266,7
Valle d'Aosta	438,5	45,7	324,2	521,4	50,2	388,0	608,4	75,8	459,8	725,6	87,1	527,4
Lombardia	475,7	64,3	285,6	462,0	65,4	272,2	448,8	62,3	262,3	455,6	60,4	252,0
Bolzano-Bozen	696,7	79,7	388,8	721,7	85,4	415,2	685,7	84,9	385,7	664,7	78,7	381,3
Trento	512,0	64,2	330,5	513,0	67,2	305,5	530,6	74,4	294,3	510,5	71,5	265,9
Veneto	468,7	62,2	285,2	463,6	60,7	288,3	462,0	66,2	276,4	459,6	65,1	275,2
Friuli Venezia Giulia	409,5	66,3	284,3	406,8	66,2	288,6	406,1	58,9	293,3	385,7	67,4	267,1
Liguria	529,0	62,5	385,3	536,5	65,6	391,7	539,0	74,7	385,9	483,9	63,7	351,8
Emilia-Romagna	501,4	65,1	346,5	504,7	73,9	342,6	495,6	75,2	327,5	494,7	72,9	319,8
Toscana	562,7	80,0	372,4	534,0	78,4	355,0	508,5	78,1	336,6	521,5	87,8	334,3
Umbria	524,0	63,2	362,9	556,6	71,0	362,1	573,4	78,7	370,1	590,0	79,7	382,5
Marche	567,2	78,4	411,7	534,2	77,4	380,9	491,4	77,6	344,0	477,8	78,6	334,9
Lazio	563,6	55,3	363,8	560,8	58,8	360,0	532,1	56,5	345,3	509,6	58,2	325,1
Abruzzo	638,0	67,0	446,9	628,2	63,7	435,6	625,4	73,5	426,2	652,7	72,4	445,3
Molise	577,7	51,4	437,5	533,1	67,6	369,9	584,6	60,4	409,1	740,4	63,3	512,6
Campania	665,3	50,0	521,1	642,0	51,5	494,7	637,1	49,5	493,3	587,3	49,5	446,3
Puglia	507,4	45,9	391,7	479,7	43,6	365,6	436,8	43,6	326,4	423,8	49,3	308,5
Basilicata	517,0	55,2	381,4	594,9	66,3	437,7	515,4	62,8	361,2	514,2	59,9	377,8
Calabria	604,0	50,9	484,4	520,1	48,5	408,2	478,7	50,3	368,9	455,6	49,7	347,4
Sicilia	656,5	55,8	511,2	657,1	54,7	505,1	637,5	55,7	481,8	592,2	49,6	452,0
Sardegna	461,3	52,7	346,5	479,2	56,6	351,7	458,5	52,4	334,8	443,6	55,6	314,3
Italia	**533,6**	**61,7**	**369,5**	**523,4**	**63,7**	**358,2**	**506,9**	**63,7**	**343,4**	**494,3**	**63,7**	**328,4**

*La popolazione di riferimento è la popolazione residente al 1 gennaio 2013.

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione italiana residente al Censimento del 2011.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 160

Raccomandazioni di Osservasalute

È difficile interpretare o spiegare le differenze geografiche riscontrate nei dati di dimissione ospedaliera per le malattie cardio e cerebrovascolari, perché molteplici sono le componenti che incidono sull'occorrenza della malattia e sulla conseguente ospedalizzazione.
Oltre agli aspetti strettamente legati ai principali fattori di rischio cardiovascolari (ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia e diabete) su cui agiscono gli stili di vita (alimentazione, attività fisica, abitudine al fumo di tabacco e alcol) ed i trattamenti specifici, bisogna tener conto delle differenti condizioni economiche, sociali e culturali delle specifiche realtà.
Si ribadisce l'utilità di considerare questi indicatori di base per descrivere lo stato sanitario del Paese, in riferimento alla struttura della popolazione che usufruisce dei servizi socio-sanitari regionali delle singole Aziende Sanitarie Locali. La dimensione e la tipologia dei servizi dipendono, in modo significativo, dalla composizione per genere ed età della popolazione, dalla morbosità, ma anche dalla mortalità per causa.
Le valutazioni, a posteriori, dell'entità e della ripartizione della spesa socio-sanitaria corrente, andrebbero fatte anche alla luce dei differenziali dei tassi di ospedalizzazione, compresi quelli dovuti alla complicanza di forme acute e subacute di malattie ischemiche del cuore e malattie cerebrovascolari, che rappresentano uno degli indicatori di base per dare dimensione alla malattia, ma anche delle capacità di intervento del sistema sanitario, sia in termini di prevenzione che di cura. Tutti i dati statistici confermano che le ospedalizzazioni e la mortalità, ma soprattutto le invalidità e disabilità legate alle 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, mentre è possibile incidere, anche se con diverse priorità a livello regionale, sulla morbosità e sulla mortalità attraverso un'adeguata programmazione delle spese e degli investimenti in termini di prevenzione primaria e di cura.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 161

Mortalità per malattie ischemiche del cuore

Significato. Rappresenta il numero di decessi che si osserva in un certo periodo di tempo (in questo caso l'anno 2012) per il gruppo di cause rappresentato dalle malattie ischemiche del cuore, in una popolazione media di 10.000 persone di età ≥45 anni, relativa allo stesso periodo. Questo indicatore è di fondamentale importanza poiché, in Italia, la mortalità per malattie ischemiche del cuore (ICD-9 410-414) rappresenta ancora la maggiore causa di morte (circa il 13% della mortalità generale e poco meno del 33% del complesso delle malattie del sistema circolatorio), così come rappresenta una delle maggiori cause di morte in quasi tutti i Paesi industrializzati. Anche nei Paesi in via di sviluppo, in cui le malattie infettive rappresentano le patologie con maggiore mortalità, le malattie ischemiche del cuore, insieme a quelle cerebrovascolari e ad altre malattie cronico-degenerative, sono sempre più presenti (1).

Tasso di mortalità per malattie ischemiche del cuore*

$$\text{Numeratore} = \frac{\text{Morti per malattie ischemiche del cuore}}{\text{Popolazione media residente}} \times 10.000$$

$$\text{Denominatore} = \text{Popolazione media residente}$$

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

Validità e limiti. Il tasso standardizzato di mortalità permette di eliminare l'effetto della dinamica dell'invecchiamento demografico e della diversa struttura per età delle popolazioni regionali, consentendo il confronto nel tempo (tra indicatori simili costruiti in anni diversi) e nello spazio (tra indicatori simili costruiti in aree diverse dello stesso Paese o in Paesi diversi). La procedura di standardizzazione comporta, sostanzialmente, gli stessi vantaggi descritti relativamente ai tassi di ospedalizzazione.
I tassi di mortalità per causa relativi all'anno 2012, probabilmente, risentono ancora dell'effetto dovuto al passaggio dalla 9° alla 10° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie. La nuova revisione, infatti, essendo notevolmente più complessa della precedente, ha richiesto un periodo di adattamento più lungo che ha costretto l'Istituto Nazionale di Statistica a lasciare, per ora, scoperti gli anni 2004 e 2005.

Descrizione dei risultati

Nel nostro Paese, la mortalità per le malattie ischemiche del cuore continua a colpire quasi il doppio degli uomini rispetto alle donne; in particolare, nel 2012, si sono registrati 13,32 decessi (per 10.000) fra gli uomini e 7,33 decessi (per 10.000) fra le donne. Da sottolineare, per entrambi i tassi di mortalità, il trend in diminuzione iniziato dal 2009. A livello regionale, il primato negativo spetta alla Campania sia per gli uomini (16,82 per 10.000) che per le donne (10,06 per 10.000) (Tabella 1 e 2). Per gli uomini, inoltre, si registrano in tutte le regioni tassi di mortalità per malattie ischemiche del cuore >10 (per 10.000) e addirittura ≥15 (per 10.000) in Umbria e Abruzzo. Per le donne, invece, si registrano in tutte le regioni tassi di mortalità >5 (per 10.000) e addirittura >8 (per 10.000) in Abruzzo, Umbria, Lazio e Molise. In conclusione, quindi, escluso il primato della Campania, sia negli uomini che nelle donne le regioni dell'Italia centrale sembrano registrare i tassi di mortalità per malattie ischemiche più elevati. La Valle d'Aosta per gli uomini e la Sardegna per le donne sono le regioni più virtuose, con tassi di mortalità di 10,12 (per 10.000) e 5,52 (per 10.000) decessi, rispettivamente.
Dai dati è evidente il trend in aumento dei tassi di mortalità per classe di età in entrambi i generi: complessivamente negli uomini il tasso di mortalità passa da 2,69 (per 10.000) nella classe di età 45-54 anni a 111,94 (per 10.000) negli ultra 75enni, aumentando di oltre 40 volte; nelle donne, invece, il tasso di mortalità cresce da 0,50 (per 10.000) nelle classi di età 45-54 anni a 87,02 (per 10.000) nelle ultra 75enni, aumentando di ben 174 volte. Ciò conferma come, nelle donne, l'effetto dell'età sia più importante che negli uomini. Tale trend si riflette, anche se con accelerazioni diverse, nelle singole regioni.
Il dato certo e confortante, per ciò che riguarda la mortalità per malattie ischemiche del cuore, è il trend in discesa che continua dal 2003 in entrambi i generi, in tutte le classi di età ed in tutte le regioni (Rapporto Osservasalute Edizioni precedenti).

S. GIAMPAOLI, L. PALMIERI, L. GIRALDI

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 162

Tabella 1 - Tasso (standardizzato e specifico per 10.000) di mortalità per malattie ischemiche del cuore per regione. Maschi - Anno 2012

Regioni	45-54	55-64	65-74	75+	Tassi std
Piemonte	3,28	9,11	19,06	95,09	11,88
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	6,93	4,88	20,97	74,19	10,12
Lombardia	2,67	7,40	19,36	102,80	12,57
Bolzano-Bozen	3,26	11,90	18,19	107,72	13,22
Trento	1,96	7,66	18,81	128,32	14,14
Veneto	2,00	7,89	17,84	113,99	13,04
Friuli Venezia Giulia	2,23	5,16	20,17	124,40	13,67
Liguria	1,76	8,73	20,55	111,03	12,76
Emilia-Romagna	2,14	8,40	21,17	116,75	13,25
Toscana	2,22	6,52	19,03	106,22	12,00
Umbria	2,84	7,19	20,89	140,45	15,00
Marche	1,85	7,95	17,48	125,89	13,37
Lazio	3,24	10,36	24,21	119,32	14,54
Abruzzo	3,44	9,23	25,06	129,43	15,14
Molise	3,47	6,37	21,45	134,35	14,56
Campania	3,57	11,69	30,71	132,62	16,82
Puglia	1,96	6,66	20,32	105,05	12,28
Basilicata	3,52	9,97	25,52	106,72	13,58
Calabria	2,53	8,17	24,22	101,51	12,59
Sicilia	3,06	9,76	25,58	112,09	13,82
Sardegna	2,59	6,82	18,54	93,13	11,11
Italia	**2,69**	**8,49**	**21,55**	**111,94**	**13,32**

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione italiana residente al Censimento del 2011.

Fonte dei dati: Istat. Health For All-Italia. Anno 2015.

Tabella 2 - Tasso (standardizzato e specifico per 10.000) di mortalità per malattie ischemiche del cuore per regione. Femmine - Anno 2012

Regioni	45-54	55-64	65-74	75+	Tassi std
Piemonte	0,45	2,23	6,24	65,76	5,74
Valle d'Aosta	1,00	2,42	11,14	73,00	6,62
Lombardia	0,33	2,12	6,05	80,98	6,82
Bolzano-Bozen	0,26	2,85	8,86	83,65	7,16
Trento	0,49	1,53	4,68	102,96	7,59
Veneto	0,52	1,11	5,90	90,65	7,08
Friuli Venezia Giulia	0,32	1,94	5,15	103,59	7,61
Liguria	0,56	1,93	5,50	89,66	7,12
Emilia-Romagna	0,48	1,88	6,13	86,46	6,81
Toscana	0,18	1,79	5,51	76,34	6,01
Umbria	0,45	2,91	7,81	107,87	8,54
Marche	0,17	1,61	5,68	97,43	7,40
Lazio	0,74	2,35	8,21	99,61	8,53
Abruzzo	0,80	1,97	8,93	105,32	8,68
Molise	0,42	3,38	6,71	104,83	8,52
Campania	0,69	2,95	11,93	108,92	10,06
Puglia	0,49	1,65	7,34	86,70	7,55
Basilicata	0,23	1,60	6,23	90,37	7,74
Calabria	0,89	1,77	9,12	83,46	7,50
Sicilia	0,62	2,98	9,48	80,40	7,57
Sardegna	0,38	1,32	6,86	60,95	5,52
Italia	**0,50**	**2,10**	**7,22**	**87,02**	**7,33**

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione italiana residente al Censimento del 2011.

Fonte dei dati: Istat. Health For All-Italia. Anno 2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 163

Raccomandazioni di Osservasalute

Si ribadisce l'utilità assoluta di considerare questi indicatori, che fanno parte degli indicatori di base per descrivere lo stato sanitario di un Paese, in riferimento alla struttura della popolazione che usufruisce dei servizi socio-sanitari regionali e delle singole Aziende Sanitarie Locali. Se da una parte i tassi di mortalità totali, essendo standardizzati, sono utili e necessari per un confronto geografico e storico del fenomeno complessivo, dall'altra i tassi specifici per genere e classi di età, sono fondamentali per la pianificazione dei servizi sanitari regionali. Dimensione e tipologia di questi indicatori dipendono, in modo significativo, dalla composizione per genere ed età della popolazione, dalla morbosità e dalla mortalità per causa. Le stesse valutazioni, a posteriori, dell'entità e della ripartizione della spesa socio-sanitaria corrente, andrebbero fatte alla luce dei differenziali di mortalità, che rappresentano l'indicatore di base per dare dimensione alla malattia ed alla capacità di intervento del sistema sanitario, sia in termini di prevenzione che di cura. Tutti i dati statistici confermano che la mortalità, ma soprattutto 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 di prevenzione, assistenza e trattamento.

Per quanto riguarda le differenze regionali dei tassi di mortalità non è evidente, come per i tassi di ospedalizzazione, un marcato gradiente Nord-Sud ed Isole.

Per interpretare la variabilità regionale, in termini di mortalità cardiovascolare, vanno presi in considerazione diversi aspetti non solo legati all'efficienza del sistema sanitario nel suo complesso (si pensi alla tempestività di trasporto e/o di primo trattamento o alla messa in atto di adeguate azioni di prevenzione) e delle strutture ospedaliere in particolare, ma anche aspetti economici, sociali, culturali, di stile e di qualità di vita soprattutto nelle età più anziane. La raccomandazione è, però, soprattutto in prospettiva. La struttura di una popolazione varia lentamente e, per molti aspetti, inesorabilmente, mentre è possibile incidere sulla mortalità e sulla morbosità attraverso un'adeguata programmazione delle spese e degli investimenti, anche se con diverse priorità a livello regionale.

Riferimenti bibliografici

(1) World Health Organization (WHO). 2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. 2008.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 164

Rischio Cardiovascolare Globale Assoluto e Osservatorio del Rischio Cardiovascolare

Dott. Luigi Palmieri, Dott.ssa Rita Rielli, Dott.ssa Chiara Donfrancesco, Dott. Luca Dematté, Dott.ssa Serena Vannucchi, Dott.ssa Simona Carmen Ursu, Dott.ssa Simona Giampaoli

Il Rischio Cardiovascolare Globale Assoluto (RCVGA) è un indicatore che permette di valutare la probabilità di ammalare di un evento cardiovascolare maggiore nei successivi anni conoscendo il livello di alcuni fattori di rischio. Grazie agli studi longitudinali del Progetto CUORE, sono state elaborate le funzioni per valutare il rischio individuale di ammalare di un primo evento coronarico o cerebrovascolare a 10 anni (RCVGA-10) (1). Attraverso il Piano Nazionale di Formazione per i Medici di Medicina Generale (MMG) sull'uso e l'applicazione della carta del rischio del Progetto CUORE (2, 3), partito nel 2004, sono stati formati direttamente dal personale dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) circa 4.300 medici ed è stato costruito il software CUORE.EXE, scaricabile gratuitamente dal sito del Progetto CUORE (www.cuore.iss.it), per la valutazione del rischio cardiovascolare e per l'invio dei dati all'ISS. I dati raccolti sistematicamente, analizzati ed elaborati in tabelle informative stratificate per genere, età e classi di rischio, costituiscono l'Osservatorio del Rischio Cardiovascolare (ORC) (4, 5), uno strumento accessibile via web per il monitoraggio del RCVGA-10 nella popolazione di età 35-69 anni. La partecipazione dei medici è volontaria e può essere influenzata, in parte, anche da accordi locali con Regioni, Aziende Sanitarie Locali e Distretti Sanitari, per cui i dati derivano da un campione opportunistico.

Nei cartogrammi sono riportati, per singola regione, rispettivamente il numero dei medici che hanno inviato i dati sul rischio cardiovascolare, il corrispondente numero di assistiti su cui sono state effettuate le valutazioni del RCVGA-10 raccolte ed inviate tramite il software CUORE.exe ed il livello medio del RCVGA-10 (numero medio di eventi attesi in 10 anni su 100 persone). Globalmente, il RCVGA-10 risulta pari a 3,0% nelle donne e a 8,7% negli uomini. Questi valori sono leggermente superiori a quelli riscontrati nell'ultima indagine dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare/Health Examination Survey condotta tra il 2008 ed il 2012 in un campione random di popolazione generale adulta di età 35-79 anni: limitatamente all'intervallo di età comparabile, 35-69 anni, il RCVGA-10 è pari a 7,6% per gli uomini e 2,7% per le donne. Ciò sembrerebbe suggerire che i MMG tendano a rivolgere maggiore attenzione alle persone più anziane o in condizioni di maggior rischio (6).

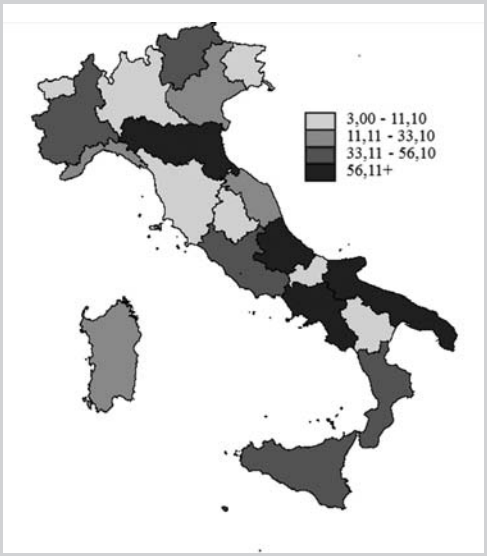
La Tabella 1 riporta la distribuzione assoluta ed in percentuale delle persone su cui è stato valutato il RCVGA-10 per genere e classe di rischio. La maggioranza degli uomini (41,4%) risulta a rischio "Moderato-Basso" (RCVGA-10 3-9%), quella delle donne (64,8%) a rischio "Basso" (RCVGA-10 <3%), ossia livelli di rischio da tenere sotto controllo con un adeguato stile di vita, ponendo attenzione alla propria alimentazione ed al consumo di alcol, all'attività fisica ed all'abitudine al fumo di tabacco. Lo 0,4% delle donne e il 9,2% degli uomini (54.000 donne ed 1 milione e 350 mila uomini di età 35-69 anni) sono a rischio "Alto" (RCVGA-10 ≥20%). Il 13,8% degli uomini ed il 3,3% delle donne presentano un livello di rischio cardiovascolare tra il 10-14%, mentre il 7,8% degli uomini e lo 0,8% delle donne si trovano appena al di sotto della soglia di rischio "Alto" (RCVGA-10 15-19%).

La Tabella 2 e 3 sono riferite a quegli assistiti il cui RCVGA-10 è stato valutato almeno due volte nell'arco di 6 mesi o 1 anno, circa il 26% di tutto il campione. Rispetto a questi, coloro che sono stati valutati almeno una volta hanno valori alla linea base molto simili se non leggermente migliori: negli uomini la pressione sistolica è 131,7 mmHg nel campione generale vs 132,7 mmHg in quelli valutati almeno due volte, la pressione diastolica è 81,1 mmHg vs 81,2 mmHg, la colesterolemia totale è 211,2 mg/dl vs 212,5 mg/dl e l'High Density Lipoprotein-HDL-colesterolemia è 49,2 mg/dl vs 48,9 mg/dl; nelle donne la pressione sistolica è 128,9 mmHg nel campione generale vs 130,4 mmHg in quelle valutate almeno due volte, la pressione diastolica è 79,4 mmHg vs 79,7 mmHg, la colesterolemia totale è 213,2 mg/dl vs 215,3 mg/dl e l'HDL-colesterolemia è 55,9 mg/dl vs 55,3 mg/dl. In particolare, la Tabella 2 riassume, per entrambi i generi, le proporzioni di coloro che sono migliorati, peggiorati o rimasti sostanzialmente stabili rispetto alla classe di rischio a cui appartenevano dopo la prima valutazione. Sia per gli uomini che per le donne, la maggioranza di coloro che appartenevano alle classi di rischio più basse (RCVGA-10 <3% e 3-9%) non hanno modificato la propria classe di rischio dopo 1 anno: il 76% degli uomini nella classe <3% ed il 77% nella classe 3-9%; per le donne l'87% e l'81%, rispettivamente. Man mano che si passa a classi di rischio più elevate, diminuiscono le proporzioni di coloro che mantengono lo stesso livello di rischio a distanza di 1 anno (Stabili) ed aumentano le proporzioni di coloro che migliorano la propria condizione di rischio (Migliorati). Il dato incoraggiante è che il 57% delle donne ed il 38% degli uomini ad "Alto" rischio (RCVGA-10 ≥20%), a distanza di 1 anno, hanno migliorato i loro fattori di rischio al punto da passare ad una classe di rischio inferiore.

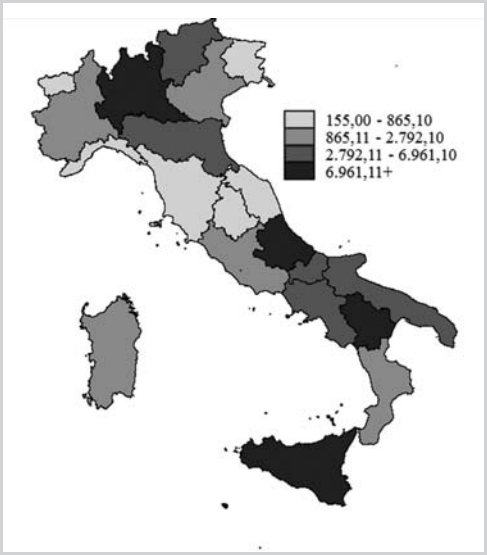
Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 165

Complessivamente, dopo circa 1 anno, il 10,5% (14% uomini, 7% donne) delle persone valutate migliora la propria classe di rischio, il 15% (19% uomini, 11% donne) la peggiora.
Ciò è confermato dai miglioramenti che si sono registrati nei singoli fattori di rischio a oltre 1 anno (aumento medio dell'età di 1,4 anni) dalla prima valutazione del rischio nelle stesse persone (Tabella 3). La pressione arteriosa sistolica media si è ridotta di 0,4 mmHg nelle donne e di 0,6 mmHg negli uomini, la colesterolemia totale di 2,4 mg/dl nelle donne e 4,0 mg/dl negli uomini e, dato sicuramente incoraggiante, ma ancora non sufficiente, è che degli oltre 7.000 fumatori valutati almeno due volte, l'1,3% delle donne e il 3,2% degli uomini hanno smesso di fumare.
La valutazione del RCVGA-10 e l'ORC sono importanti strumenti di prevenzione primaria delle malattie cardiovascolari e costituiscono un sistema di monitoraggio e di sorveglianza della salute cardio-cerebrovascolare della popolazione adulta generale. I dati raccolti possono essere utilizzati come strumento di supporto alle decisioni, sia a livello nazionale che a livello locale.

Numero di medici arruolati per regione. Situazione a Settembre 2015



Numero di assistiti arruolati per regione. Situazione a Settembre 2015



Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 166

Rischio cardiovascolare medio a 10 anni per regione. Situazione a Settembre 2015

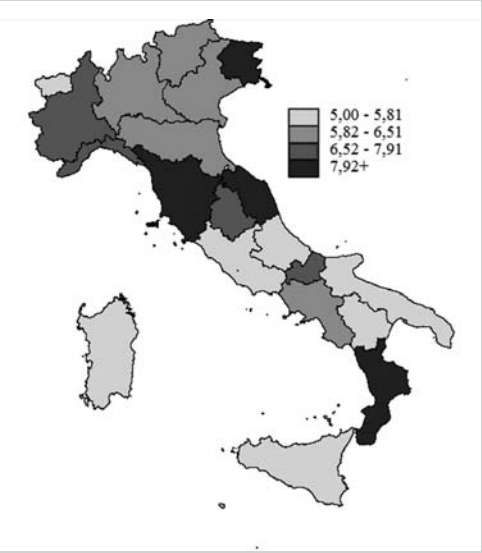


Tabella 1 - Assistiti (valori assoluti e valori percentuali) per genere e per classe di rischio cardiovascolare - Situazione a Settembre 2015

Classi di rischio	Maschi	%	Femmine	%	Totale	%
Basso (<3%)	33.128	27,8	86.403	64,8	119.531	47,3
Moderato-Basso (3-9%)	49.242	41,4	40.978	30,7	90.220	35,7
Moderato (10-14%)	16.479	13,8	4.405	3,3	20.884	8,3
Moderato-Alto (15-19%)	9.242	7,8	1.115	0,8	10.357	4,1
Alto ≥20%	10.976	9,2	517	0,4	11.493	4,6
Totale	**119.067**	**100,0**	**133.418**	**100,0**	**252.485**	**100,0**

Fonte dei dati: Progetto CUORE-ORC. Anno 2015.

Tabella 2 - Assistiti (valori percentuali) rimasti stabili, migliorati o peggiorati per genere e per classe di rischio cardiovascolare alla linea di base - Situazione a Settembre 2015

Classi di rischio alla linea di base	Maschi			Femmine			Totale		
	Stabili	Migliorati	Peggiorati	Stabili	Migliorate	Peggiorate	Stabili	Migliorati	Peggiorati
<3%	76	-	24	87	-	14	84	-	16
3-9%	77	7	16	81	12	7	79	9	12
10-14%	47	23	30	42	50	9	46	28	26
15-19%	35	39	26	20	67	13	34	42	25
≥20%	63	38	-	43	57	-	62	38	-
Totale	**67**	**14**	**19**	**82**	**7**	**11**	**74**	**11**	**15**

- = nessuna variazione perchè non modificabile.

Fonte dei dati: Progetto CUORE-ORC. Anno 2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 167

Tabella 3 - Media (valori percentuali) alla linea di base e al follow-up, prevalenza (valori percentuali) alla linea di base e al follow-up e variazioni (assolute e in percentuale) per genere e per fattori e condizioni di rischio cardiovascolare - Situazione a Settembre 2015

Fattori e condizioni di rischio	Maschi				Femmine			
	Media alla linea di base	Media al follow-up	Δ	Δ %	Media alla linea di base	Media al follow-up	Δ	Δ %
Età (anni)	54,6	56,0	1,4	2,6	55,1	56,5	1,4	2,5
Pressione arteriosa sistolica	132,7	132,1	-0,6	-0,5	130,4	130,0	-0,4	-0,3
Pressione arteriosa diastolica	81,2	80,6	-0,6	-0,7	79,7	79,5	-0,2	-0,3
Colesterolemia totale	212,5	208,5	-4,0	-1,9	215,3	212,9	-2,4	-1,1
HDL (High Density Lipoprotein) Colesterolemia	48,9	49,3	0,4	0,8	55,3	55,9	0,6	1,1
	Prevalenza alla linea di base	Prevalenza al follow-up	Δ		Prevalenza alla linea di base	Prevalenza al follow-up	Δ	
Abitudine al fumo di tabacco	29,5	26,3	-3,2		17,5	16,2	-1,3	

Fonte dei dati: Progetto CUORE-ORC. Anno 2015.

Riferimenti bibliografici

(1) Palmieri L, Panico S, Vanuzzo D, Ferrario M, Pilotto L, Sega R, Cesana G e Giampaoli S per il Gruppo di Ricerca del progetto CUORE. "La valutazione del rischio cardiovascolare globale assoluto: il punteggio individuale del progetto CUORE". Annali dell'Istituto Superiore di Sanità 2004; 40 (4): 393-399.
(2) Giampaoli S, Palmieri L, Orsi C, Giusti A, De Mei B, Perra A, Trojani M, Donfrancesco C, Dima F, Cinzia Lo Noce. Uso e applicazione della carta del rischio cardiovascolare. Manuale per i formatori. Il Pensiero Scientifico Editore, Dicembre 2005, Roma.
(3) Giampaoli S, Palmieri L, Orsi C, Giusti A, De Mei B, Perra A, Trojani M, Donfrancesco C, Dima F, Cinzia Lo Noce. Uso e applicazione della carta del rischio cardiovascolare. Manuale per i partecipanti. Il Pensiero Scientifico Editore, Dicembre 2005, Roma.
(4) Palmieri L, Rielli R, Dematté L, Donfrancesco C, Ciccarelli P, De Sanctis Caiola P, Dima F, Lo Noce C, Brignoli O, Cuffari A, and Giampaoli S. CUORE project: implementation of the 10-year risk score. EJCPR, 2011; Vol. 18, Issue 4: 642-649; DOI 10.1177/1741826710389925 first published on February 22, 2011.
(5) Giampaoli S, Palmieri L. Osservatorio del Rischio Cardiovascolare in Malattie Cardio e Cerebrovascolari, Rapporto OSSERVASALUTE 2013-Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane; Edizione Italiana, Milano, Marzo 2013: 121-123.
(6) Giampaoli S, Vanuzzo D, e il Gruppo di Ricerca dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare/Health Examination Survey. La salute cardiovascolare degli italiani, 3° Atlante Italiano delle Malattie Cardiovascolari, Edizione 2014; Giornale Italiano di Cardiologia 2014; 15 (4 Suppl 1): 7S-31S.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 168

Malattie metaboliche

In Italia, negli ultimi 20 anni, la prevalenza del diabete mellito è aumentata di circa il 60% e, attualmente, si ritiene ne sia affetto il 5,8% della popolazione. Secondo i dati del Rapporto ARNO Diabete 2015, nel nostro Paese la spesa sostenuta dal Servizio Sanitario Nazionale per curare le persone con diabete mellito ammonta a quasi 15 miliardi di euro/anno, circa il 9% della spesa totale, doppia rispetto ai non diabetici e destinata inesorabilmente a salire nei prossimi 10 anni.

Anche quest'anno il Capitolo commenta i quattro indicatori "storici" (ospedalizzazione, mortalità, ospedalizzazione per amputazione all'arto inferiore e ospedalizzazione per complicanze a breve termine delle persone con diabete) e comprende l'Approfondimento "Benefici dell'attività fisica adattata al paziente diabetico in Campania" consultabile sul sito www.osservasalute.it.

Per quanto riguarda l'ospedalizzazione, sono stati considerati i ricoveri per acuti, negli istituti di cura accreditati pubblici e privati, in regime di Ricovero Ordinario (RO) ed in Day Hospital (DH) che, come noto, possono essere indicativi dell'appropriatezza dell'assistenza erogata.

Nel biennio 2013-2014, il tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere totali più alto è stato evidenziato in Molise, seguito da Campania e Puglia. Relativamente ai RO, nel 2014 i tassi del Molise risultano i più alti, mentre nel 2013 risultano maggiori in Puglia. Per i DH, invece, i tassi più alti si registrano in entrambi gli anni in Molise. In ambedue i regimi di ricovero, i tassi standardizzati di dimissione ospedaliera sono maggiori negli uomini (con un rapporto nazionale pari a 1,55:1) e la distribuzione dei valori è più alta nelle regioni del Sud e nelle Isole, come evidenziato negli anni precedenti. Si conferma, comunque, una costante diminuzione del tasso medio sia per il RO che per i DH e per l'intero territorio nazionale (2005: 92,21 per 10.000; 2014: 66,94 per 10.000).

Tale riduzione, talvolta cospicua nel caso dei ricoveri in DH, potrebbe essere collegata ad una migliorata efficienza nell'organizzazione dei servizi territoriali, mentre le differenze regionali potrebbero essere dovute anche ad un diverso ricorso al DH che, in alcuni casi, viene utilizzato come alternativa alle visite ambulatoriali.

Per quanto riguarda la mortalità, nel biennio 2011-2012, si conferma l'andamento altalenante evidenziato negli anni precedenti. In particolare, i tassi di mortalità sono sempre più alti negli uomini e le fasce di età più avanzate risultano le più colpite. I valori maggiori si riscontrano nel Meridione, dove la Campania e la Sicilia occupano le prime posizioni.

Il "piede diabetico" è, sicuramente, tra le principali complicanze croniche del diabete mellito, rappresentando la causa più frequente di amputazione agli arti inferiori nella popolazione, tanto da considerarla un indicatore di qualità dell'assistenza.

In Italia, nel 2013, il tasso di dimissione per amputazione nelle persone di età ≥18 anni è stato di 17,4 per 100.000 residenti e di 4,7 per 100.000 se si considerano le sole amputazioni maggiori.

Nel periodo 2003-2013, il tasso standardizzato di dimissione è rimasto sostanzialmente stabile, mentre l'andamento dei tassi differenziati per livello di amputazione mostra una riduzione per le amputazioni maggiori (6,2 vs 4,7 per 100.000, rispettivamente) ed un trend in lieve crescita per le amputazioni minori (11,1 vs 11,9 per 100.000). Ciò evidenzia un maggior ricorso ad interventi precoci mirati a salvaguardare l'arto.

Il tasso di dimissione aumenta fortemente con l'età in entrambi i generi e, in tutte le classi di età, le amputazioni sono più frequenti fra gli uomini rispetto alle donne. La variabilità regionale risulta elevata, ma non si osserva un gradiente geografico Nord-Sud ed Isole.

Anche la frequenza di complicanze viene considerata un indicatore di qualità dell'assistenza, fornendo elementi per valutare i servizi e l'assistenza a livello territoriale poichè, dipendendo le complicanze dall'equilibrio tra somministrazione di farmaci ipoglicemizzanti e livello di glicemia, chetoacidosi, iperosmolarità e coma, potrebbero essere evitate con un'adeguata assistenza e formazione del paziente.

Il maggior numero di ricoveri, il 49,1%, riporta in diagnosi "diabete con chetoacidosi", il 32,6% "diabete con iperosmolarità e con scompenso diabetico" e il 18,3% "diabete con altro tipo di coma".

Nel 2013, il tasso di ospedalizzazione per complicanze a breve termine è risultato pari a 24,1 per 100.000

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 170

residenti. Relativamente al periodo 2001-2013, si osserva un forte trend in diminuzione dei ricoveri con una riduzione complessiva pari al 58,5% del tasso standardizzato.

Il tasso di ospedalizzazione è più elevato negli uomini (27,4 per 100.000) rispetto alle donne (21,3 per 100.000) e cresce fortemente con l'età in entrambi i generi come già osservato negli anni precedenti. Questo dato è spiegato dalla maggiore prevalenza del diabete nelle età più avanzate e nel genere maschile.

La diminuzione dei ricoveri per diabete è, verosimilmente, la conseguenza di una migliore attuazione delle Linee Guida e di una efficiente strutturazione delle cure territoriali anche se ancora lontana dall'essere ottimale. Solo attraverso un miglior rispetto di tali raccomandazioni è possibile immaginare, in futuro, la riduzione anche della mortalità. Nelle persone con diabete noto, le ospedalizzazioni, incluse quelle per complicanze a breve termine e le dimissioni per amputazioni, sono un forte indicatore di inadeguatezza della risposta assistenziale erogata a livello territoriale e, in quanto tali, potrebbero essere evitate solo grazie al miglioramento dell'assistenza e ad una sistematica attività di formazione di operatori e pazienti.

L'integrazione tra diabetologi e Medici di Medicina Generale è, dunque, elemento decisivo per creare consapevolezza e prevedere sistemi di partecipazione attiva del cittadino diabetico, mantenendo al tempo stesso la specializzazione delle risorse professionali e la sostenibilità economica. I nuovi programmi di "disease management" hanno, di fatto, l'obiettivo generale di ottimizzare i percorsi diagnostici e terapeutici mettendo il paziente, e non il sistema, al centro dell'organizzazione assistenziale.

In conclusione, appare indispensabile aumentare il grado di conoscenza del cittadino diabetico con un'adeguata informazione e formazione sui corretti stili di vita e incrementare la partecipazione alla gestione della malattia, ampliandone la competenza.

Appare, altresì, opportuno investire in appropriati percorsi educazionali nelle scuole di ogni ordine e grado per prevenire il sovrappeso e l'obesità fin dall'età scolare, condizioni per le quali si parla ormai di "globesità" per significarne la diffusione mondiale.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 171

Ospedalizzazione di pazienti con diagnosi di diabete mellito

Significato. Il diabete può essere considerato una patologia "sociale" dal momento che, per la sua elevatissima prevalenza, coinvolge di fatto l'intera popolazione, in particolare nelle società sviluppate; caratterizzato da iperglicemia, nell'arco del tempo il diabete mellito può compromettere l'efficienza di diversi organi ed apparati con conseguenze rilevanti sulla qualità di vita.
I dati dell'Istituto Nazionale di Statistica relativi al biennio 2009-2010 hanno indicato che la prevalenza del diabete nella popolazione italiana adulta è in regolare aumento nell'ultimo decennio: dal 2001 al 2011 la percentuale è passata dal 3,9% al 4,9%, con quasi 3 milioni di persone che dichiarano di esserne affette (1, 2).
Secondo una recente pubblicazione a cura della Società Italiana di Diabetologia (3), attualmente in Italia i diabetici rappresentano il 5,8% della popolazione, con un incremento della prevalenza di circa il 60% negli ultimi 20 anni.
Si conferma, inoltre, un gradiente di prevalenza Nord-Sud ed Isole: nella PA di Bolzano si registra il valore più basso (2%), mentre in Basilicata quello più alto (10%), con differenze statisticamente significative tra le regioni (4)
In una pubblicazione del 2014 dell'Associazione Medici Diabetologi, viene riportato che in Italia la spesa attribuibile al diabete mellito e sostenuta dal Servizio Sanitario Nazionale si colloca fra 8-9 miliardi di euro, circa il 9% della spesa totale ed è destinata a salire ad almeno 12 miliardi di euro nei prossimi 10 anni. La quota più importante della spesa (50-70%) è legata ai ricoveri ospedalieri e alle complicanze, mentre la meno onerosa (circa il 7%) ai farmaci.
Sono costi molto rilevanti, ma tra i più bassi rispetto a Germania, Francia, Regno Unito e Spagna, come emerge dal Rapporto "Burden of Disease, Cost and Management of Diabetes in EU5 Countries" della London School of Economics del gennaio 2012.
La forma più frequente è il diabete di "tipo 2" (85-95% dei casi), in cui prevale l'insulino-resistenza spesso associata ad obesità.
L'assistenza al cittadino diabetico richiede una rete di servizi integrati finalizzati a prevenire, diagnosticare e curare la patologia. I ricoveri per acuti, negli istituti di cura accreditati sia pubblici che privati e in regime di Ricovero Ordinario (RO) ed in Day Hospital (DH), possono essere indicativi dell'appropriatezza dell'assistenza erogata.

Tasso di dimissioni ospedaliere di pazienti con diagnosi di diabete mellito*

$$\text{Numeratore} = \frac{\text{Dimissioni di pazienti con diagnosi di diabete mellito}}{\text{Popolazione media residente}} \times 10.000$$

$$\text{Denominatore} = \text{Popolazione media residente}$$

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

Validità e limiti. Come negli anni precedenti, l'indicatore è stato costruito considerando tutte le dimissioni con codice ICD-9-CM 250, identificativo del diabete, presente nella diagnosi principale o in quelle secondarie. Per ciascun anno, il numero di dimessi per diabete mellito rappresenta il numero di persone con almeno un ricovero nell'anno in esame. È stato considerato, per ogni anno, solo il primo evento di ricovero del paziente.
Il limite di questo indicatore è rappresentato dal fatto che il denominatore è costituito dalla popolazione residente; più appropriato sarebbe, qualora fossero disponibili i dati, costruire un tasso specifico con al denominatore il numero totale di cittadini diabetici, consentendo così una stima rappresentativa della diversa prevalenza di ospedalizzazione per patologia nelle diverse regioni.

Valore di riferimento/Benchmark. Come valore di riferimento è stata considerata la media delle 3 regioni (Veneto, Lombardia e PA di Bolzano) con i più bassi tassi di dimissioni totali per diabete mellito nel 2014, sia in regime di RO che in DH, pari a 42,41 per 10.000 (Tabella 1).

Descrizione dei risultati

Nel 2014, come nel 2013, il tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere totali più alto si evidenzia in Molise, seguito da Campania e Puglia (Tabella 1).
Anche per quanto riguarda i RO, nel 2014 i tassi più alti si rilevano in Molise, seguita da Puglia e Campania, mentre nel 2013 si rilevavano in Puglia, seguita da Molise e Campania (Tabella 2). I tassi più alti in DH si registrano in Molise e in Campania; nel 2013 si osservava una situazione analoga (Tabella 3).
La distribuzione dei valori per entrambe le tipologie di ricovero rimane, comunque, più alta nelle regioni del Sud e nelle Isole, come già evidenziato negli anni precedenti (Tabella 1).
Per quanto riguarda i ricoveri in regime di DH si nota

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 172

una riduzione dei tassi rispetto agli anni precedenti; questo potrebbe essere dovuto ad una migliorata efficienza nell'organizzazione dei servizi territoriali che hanno introdotto, ad esempio, il Percorso Ambulatoriale Coordinato per l'approfondimento diagnostico.
Confrontando i dati dal 2005, primo anno in cui l'indicatore è stato costruito considerando tutte le dimissioni in cui fosse presente il codice ICD-9-CM 250, si conferma nel 2014 una diminuzione del tasso medio di dimissione per tutti i regimi di ricovero e per l'intero territorio nazionale, passando da 92,21 a 66,94 per 10.000; tale tendenza sembra rappresentare una prova indiretta di un complessivo miglioramento della qualità delle cure territoriali, anche se i dati vanno considerati con una certa cautela visto che dal 2012 è variata la fonte.
Per quanto riguarda la distribuzione per genere, nel 2014 il tasso di dimissioni ospedaliere in regime di RO è stato più elevato in Molise per gli uomini ed in Puglia per le donne, mentre è risultato più basso nel Veneto per il genere femminile e nella PA di Bolzano per il genere maschile (Tabella 2). Le dimissioni in regime di DH sono state più elevate sia per gli uomini che per le donne in Molise e più basse per gli uomini in Lombardia e per le donne in Veneto (Tabella 3). Per entrambe le tipologie di ricovero si conferma che i tassi standardizzati di dimissione ospedaliera sono maggiori negli uomini, con un rapporto nazionale di 1,55:1 in regime di RO e di 1,61:1 in regime di DH.

Tabella 1 - Tasso (standardizzato per 10.000) di dimissioni ospedaliere, da istituti pubblici e privati accreditati, di pazienti con diabete mellito (diagnosi principale e secondaria) per genere e per regione - Anni 2012-2014

Regioni	2012			2013*			2014		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	73,68	48,20	59,55	69,22	43,67	55,08	63,19	40,13	50,33
Valle d'Aosta	89,69	57,42	72,44	106,46	64,02	83,13	103,75	62,96	81,23
Lombardia	65,79	39,11	50,85	59,15	35,25	45,76	54,98	31,82	42,02
Bolzano-Bozen	58,69	47,12	52,84	57,43	40,79	48,45	50,66	39,64	44,84
Trento	84,97	61,00	72,18	77,15	55,97	65,56	77,14	53,30	63,73
Veneto	53,92	33,29	42,53	51,68	30,88	40,11	51,94	31,06	40,38
Friuli Venezia Giulia	90,89	50,53	68,16	89,45	49,13	66,76	86,07	45,10	62,85
Liguria	81,45	54,71	66,49	78,39	50,65	62,81	75,58	47,12	59,65
Emilia-Romagna	92,61	58,11	73,46	86,85	54,29	68,76	82,85	51,56	65,50
Toscana	79,78	51,56	64,10	78,92	50,59	63,08	76,44	49,65	61,48
Umbria	87,17	56,12	70,19	82,30	52,53	65,88	75,33	47,72	60,10
Marche	87,66	55,57	70,18	87,06	52,17	67,82	82,14	49,71	64,27
Lazio	109,53	71,32	88,30	104,49	66,68	83,45	98,43	61,93	78,03
Abruzzo	103,60	68,19	84,56	103,16	65,96	83,16	98,53	63,65	79,68
Molise	139,53	90,43	113,62	141,77	93,37	115,99	140,40	89,23	112,88
Campania	134,27	94,40	112,70	126,57	87,85	105,51	121,52	83,02	100,58
Puglia	136,97	102,61	118,32	128,63	92,05	108,66	118,46	85,28	100,34
Basilicata	101,70	84,33	93,07	98,58	72,07	84,50	93,43	68,95	80,42
Calabria	113,49	79,61	95,55	105,40	71,94	87,67	97,66	68,18	82,12
Sicilia	136,17	93,50	112,83	123,09	82,99	101,14	103,56	70,36	85,39
Sardegna	98,43	66,59	81,01	94,31	63,28	77,31	90,44	59,34	73,36
Italia	**94,57**	**62,59**	**76,97**	**89,14**	**57,72**	**71,79**	**83,35**	**53,63**	**66,94**

*La popolazione di riferimento è la popolazione residente al 1 gennaio 2013.
Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione italiana residente al Censimento del 2011.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 173

Tabella 2 - Tasso (standardizzato per 10.000) di dimissioni ospedaliere, da istituti pubblici e privati accreditati per regime di Ricovero Ordinario, di pazienti con diabete mellito (diagnosi principale e secondaria) per genere e per regione - Anni 2012-2014

Regioni	2012			2013*			2014		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	66,33	43,87	53,89	63,18	40,15	50,42	58,49	37,37	46,70
Valle d'Aosta	75,36	47,15	60,43	92,39	50,58	69,29	87,27	52,71	68,35
Lombardia	61,85	36,42	47,60	57,19	33,77	44,07	53,44	30,74	40,74
Bolzano-Bozen	55,09	44,88	49,99	54,16	38,86	45,92	48,67	38,30	43,22
Trento	73,10	53,36	62,58	67,91	49,21	57,69	67,48	46,68	55,77
Veneto	51,07	32,23	40,67	49,24	29,84	38,43	49,49	30,07	38,71
Friuli Venezia Giulia	81,95	46,04	61,73	81,46	45,58	61,24	78,21	41,79	57,53
Liguria	68,62	46,16	56,02	68,77	44,39	55,03	66,69	41,22	52,42
Emilia-Romagna	83,03	53,43	66,61	79,59	50,36	63,36	76,93	48,33	61,08
Toscana	71,92	46,80	57,94	71,27	45,70	56,94	70,05	45,26	56,19
Umbria	83,93	53,67	67,37	79,42	50,69	63,57	73,51	46,12	58,43
Marche	75,52	47,51	60,25	74,28	44,25	57,69	69,96	41,70	54,38
Lazio	89,93	58,53	72,47	86,75	55,03	69,08	81,82	51,41	64,80
Abruzzo	93,26	62,31	76,62	92,70	60,08	75,13	89,08	58,02	72,27
Molise	106,72	69,99	87,33	106,71	71,47	87,85	110,32	72,15	89,76
Campania	107,89	77,43	91,42	102,87	72,88	86,55	99,45	69,16	83,01
Puglia	112,57	85,89	98,07	112,29	81,07	95,25	104,82	75,61	88,85
Basilicata	74,18	64,17	69,40	88,64	66,38	76,84	85,58	63,76	73,98
Calabria	97,06	69,10	82,25	91,90	63,68	76,95	87,26	61,80	73,87
Sicilia	106,98	75,55	89,75	102,59	71,22	85,37	94,28	65,22	78,39
Sardegna	86,57	60,44	72,25	84,33	58,30	70,06	80,81	53,99	66,07
Italia	**81,23**	**54,22**	**66,35**	**78,49**	**51,14**	**63,37**	**74,62**	**48,20**	**60,02**

*La popolazione di riferimento è la popolazione residente al 1 gennaio 2013.

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione italiana residente al Censimento del 2011.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2015.

Tabella 3 - Tasso (standardizzato per 10.000) di dimissioni ospedaliere, da istituti pubblici e privati accreditati per regime di Day Hospital, di pazienti con diabete mellito (diagnosi principale e secondaria) per genere e per regione - Anni 2012-2014

Regioni	2012			2013*			2014		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	7,35	4,33	5,67	6,04	3,52	4,66	4,70	2,76	3,63
Valle d'Aosta	14,33	10,27	12,01	14,07	13,44	13,84	16,49	10,25	12,88
Lombardia	3,94	2,69	3,25	1,96	1,48	1,69	1,55	1,08	1,28
Bolzano-Bozen	3,61	2,24	2,85	3,27	1,94	2,53	1,99	1,34	1,62
Trento	11,88	7,64	9,61	9,25	6,76	7,87	9,66	6,62	7,95
Veneto	2,85	1,06	1,87	2,44	1,04	1,68	2,45	0,99	1,66
Friuli Venezia Giulia	8,94	4,50	6,43	8,00	3,55	5,53	7,86	3,31	5,32
Liguria	12,83	8,55	10,47	9,62	6,26	7,78	8,89	5,90	7,23
Emilia-Romagna	9,58	4,68	6,85	7,26	3,93	5,40	5,92	3,23	4,42
Toscana	7,86	4,76	6,16	7,65	4,88	6,14	6,39	4,39	5,29
Umbria	3,24	2,45	2,82	2,88	1,84	2,31	1,81	1,61	1,67
Marche	12,14	8,06	9,93	12,78	7,93	10,13	12,18	8,01	9,89
Lazio	19,61	12,79	15,83	17,75	11,65	14,37	16,60	10,52	13,23
Abruzzo	10,34	5,88	7,94	10,46	5,88	8,04	9,45	5,63	7,41
Molise	32,80	20,44	26,29	35,07	21,90	28,14	30,08	17,08	23,12
Campania	26,38	16,97	21,27	23,70	14,97	18,96	22,07	13,86	17,57
Puglia	24,40	16,72	20,25	16,34	10,98	13,42	13,64	9,66	11,49
Basilicata	27,52	20,17	23,67	9,94	5,69	7,66	7,85	5,19	6,44
Calabria	16,43	10,51	13,30	13,50	8,26	10,72	10,40	6,38	8,25
Sicilia	29,19	17,94	23,08	20,50	11,77	15,77	9,27	5,13	7,01
Sardegna	11,86	6,15	8,76	9,98	4,98	7,25	9,63	5,35	7,29
Italia	**13,33**	**8,37**	**10,62**	**10,64**	**6,58**	**8,42**	**8,73**	**5,43**	**6,92**

*La popolazione di riferimento è la popolazione residente al 1 gennaio 2013.

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione italiana residente al Censimento del 2011.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 174

Raccomandazioni di Osservasalute

La diminuzione dei ricoveri per diabete mellito è, verosimilmente, la conseguenza di una migliore attuazione delle Linee Guida a cura dell'Associazione Medici Diabetologi e di una efficiente strutturazione delle cure territoriali ancora lontana, comunque, dall'essere ottimale.

In generale, una insufficiente organizzazione nella gestione delle cure può essere causa di problemi come l'aumento delle prestazioni specialistiche e dei ricoveri inappropriati e l'allungamento delle liste di attesa a carico dei livelli di assistenza più elevati. Da qui la necessità di migliorare l'integrazione ed il coordinamento nella gestione delle cure, in particolare tra diabetologi e Medici di Medicina Generale, di creare consapevolezza e di prevedere sistemi di partecipazione attiva del cittadino diabetico. Ciò ha determinato la nascita di nuovi modelli assistenziali che si possono definire di gestione integrata.

Per promuovere la diffusione di questi modelli organizzativi, l'Istituto Superiore di Sanità ed il Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie hanno predisposto, a partire dal 2006, il Progetto "Integrazione, Gestione ed Assistenza della malattia diabetica" che nasce dalla consapevolezza che il diabete, con le sue complicanze, rappresenta ancora un grave problema sanitario per le persone di tutte le età e di tutte le aree geografiche e che, nonostante i miglioramenti terapeutici e assistenziali, è ancora grande la distanza tra la reale qualità dell'assistenza erogata e quanto raccomandato in sede scientifica. Il Progetto adotta programmi di "disease management", con l'obiettivo generale di ottimizzare i percorsi diagnostici e terapeutici mettendo il paziente, e non il sistema, al centro dell'organizzazione assistenziale e con il fine ultimo di raggiungere la massima autogestione possibile da parte delle persone affette da diabete.

Pertanto, implementare ulteriormente le risorse dedicate alla gestione integrata sul territorio della malattia diabetica, nonostante il perdurare della situazione di crisi economica, è la scelta obbligata per ridurne i costi economici e sociali, non ultimo quello relativo all'ospedalizzazione.

A tal fine è, inoltre, indispensabile aumentare il grado di conoscenza dei cittadini con un'adeguata informazione e formazione sui corretti stili di vita e incrementare la partecipazione del cittadino diabetico nella gestione della malattia, ampliandone la competenza.

É anche opportuno investire in appropriati percorsi educazionali nelle scuole di ogni ordine e grado per prevenire il sovrappeso e l'obesità fin dall'età scolare, condizioni per le quali si parla ormai di "globesità" per significarne la diffusione mondiale.

Riferimenti bibliografici

(1) Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2009-2010 - Ministero della Salute, Direzione Generale del Sistema Informativo e Statistico Sanitario.
(2) Focus on - Anni 2000-2011- Il diabete in Italia - Istat.
(3) Bruno G.: Il diabete in Italia. Aggiornamenti in Diabetologia 2012 - Collana a cura della SID.
(4) Raccomandazioni 2013-2014: La Terapia Medica Nutrizionale nel Diabete Mellito a cura SID e AMD.
(5) Osservatorio ARNO Diabete - Il profilo assistenziale della popolazione con diabete, Rapporto 2011 - Disponibile sul sito: http://osservatorioarno.cineca.org.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 175

Mortalità per diabete mellito

Significato. Il diabete mellito provoca, nel tempo, complicanze a carico di diversi organi ed apparati.
Tale malattia, entro il 2030, passerà dall'11° alla 7° causa di morte nel mondo, secondo il Coordinatore dell'Italian Diabetes Barometer, e nei Paesi industrializzati sarà al 4° posto dietro alle malattie cardiovascolari, alle malattie cerebrovascolari e ai tumori delle vie respiratorie, ma molto più avanti rispetto ad altre patologie croniche.
Tra i diversi fattori associati, i più importanti da considerare sono l'aumento dell'età media e del numero di persone in soprappeso. Notevole rilievo ha anche lo stile di vita, in particolare la sedentarietà. Infine, nel complesso, l'assistenza e la cura del paziente diabetico è migliorata, mentre la mortalità conferma l'andamento altalenante già evidenziato negli anni precedenti.

Tasso di mortalità per diabete mellito*

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Decessi per diabete mellito}}{\text{Popolazione media residente}} \times 10.000 \quad \text{Denominatore}$$

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

Validità e limiti. Poiché il diabete mellito è una patologia molto frequente, nonché concausa per una serie di altre patologie identificate come causa di decesso, non risulta facile estrapolare i dati dalle schede di morte dell'Istituto Nazionale di Statistica.
La mortalità per tale patologia, quindi, può risultare sottostimata in quanto l'attribuzione dei codici può essere influenzata dall'operatore che codifica.

Valore di riferimento/Benchmark. Come valore di riferimento viene considerata la media, nel 2012, delle 3 regioni con i tassi di mortalità più bassi, cioè per gli uomini Trentino-Alto Adige, Valle d'Aosta e Lombardia (1,92 per 10.000), mentre per le donne Trentino-Alto Adige, Lombardia e Friuli Venezia Giulia (1,51 per 10.000).

Descrizione dei risultati

I tassi di mortalità nel 2011, in Italia, sono più alti negli uomini (3,21 per 10.000) rispetto alle donne (2,58 per 10.000). Quelli più elevati per gli uomini si evidenziano in Sicilia (5,40 per 10.000) e in Campania (4,81 per 10.000), mentre per le donne l'ordine si inverte (Campania: 5,02 per 10.000; Sicilia: 4,82 per 10.000). In entrambi i generi, quindi, i tassi maggiori si riscontrano nel Meridione.
Nel 2012 la situazione risulta analoga (uomini: 3,24 per 10.000; donne: 2,57 per 10.000). La mortalità più elevata per gli uomini si evidenzia in Sicilia (5,50 per 10.000) e in Campania (4,72 per 10.000), mentre per le donne in Campania (4,83 per 10.000) e in Sicilia (4,65 per 10.000). Si conferma anche la presenza di tassi più elevati nelle regioni meridionali ed insulari.
In entrambi gli anni sono, principalmente, colpite le fasce di età più avanzate e si evidenziano tassi oscillanti, come già evidenziato negli anni precedenti.

G. LIGUORI, A. PARLATO, P. RUSSO, D. UGLIANO, R. ALFIERI, L. GIRALDI

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 176

Tabella 1 - Tasso (standardizzato e specifico per 10.000) di mortalità per diabete mellito per regione. Maschi - Anni 2011-2012

Regioni	2011					2012				
	45-54	55-64	65-74	75+	Tassi std	45-54	55-64	65-74	75+	Tassi std
Piemonte	0,18	1,90	4,99	20,18	2,51	0,42	1,50	5,25	21,84	2,67
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	1,00	0,00	6,13	18,57	2,36	0,99	3,66	7,49	8,02	1,99
Lombardia	0,30	1,62	4,55	17,78	2,27	0,23	1,47	4,45	17,88	2,24
Trentino-Alto Adige*	0,50	0,84	3,84	16,26	1,94	0,62	1,01	3,12	11,11	1,53
Veneto	0,45	2,15	4,79	21,21	2,62	0,31	1,86	5,96	21,48	2,69
Friuli Venezia Giulia	0,11	3,02	8,18	19,13	2,81	0,85	2,32	5,92	18,29	2,55
Liguria	0,33	2,25	5,03	26,59	3,05	0,33	2,11	7,07	27,11	3,30
Emilia-Romagna	0,40	1,40	5,62	22,26	2,64	0,45	2,00	5,67	22,61	2,75
Toscana	0,40	1,17	5,28	22,86	2,66	0,29	2,03	4,95	25,18	2,90
Umbria	0,00	1,09	2,60	22,30	2,25	0,79	2,58	5,81	21,03	2,68
Marche	0,35	2,03	5,04	24,77	2,83	0,09	1,61	5,14	19,81	2,37
Lazio	0,90	2,27	6,90	26,61	3,42	0,55	2,18	6,01	28,94	3,44
Abruzzo	0,31	2,69	5,36	27,29	3,24	0,73	2,09	7,63	26,46	3,32
Molise	0,87	5,90	8,18	27,26	3,93	1,30	2,45	7,37	23,83	3,23
Campania	0,99	3,31	11,03	35,74	4,81	0,76	3,54	9,87	37,47	4,72
Puglia	0,82	2,78	8,11	32,35	3,97	0,49	2,54	6,51	34,32	3,99
Basilicata	0,94	2,23	8,65	31,22	3,91	0,23	2,22	5,89	31,90	3,61
Calabria	0,94	3,16	10,64	31,15	4,24	0,94	3,50	10,40	34,39	4,53
Sicilia	0,79	3,47	11,60	43,03	5,40	0,87	3,21	11,01	46,08	5,50
Sardegna	0,31	1,38	6,55	22,78	2,90	0,47	1,57	5,57	19,98	2,60
Italia	**0,54**	**2,21**	**6,61**	**25,71**	**3,21**	**0,49**	**2,19**	**6,43**	**26,46**	**3,24**

*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.
Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001.

Fonte dei dati: Istat. Health For All-Italia. Anno 2015.

Tabella 2 - Tasso (standardizzato e specifico per 10.000) di mortalità per diabete mellito per regione. Femmine - Anni 2011-2012

Regioni	2011					2012				
	45-54	55-64	65-74	75+	Tassi std	45-54	55-64	65-74	75+	Tassi std
Piemonte	0,15	1,07	2,78	20,68	1,99	0,12	0,98	2,55	20,55	1,91
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,00	0,00	1,40	21,48	1,73	0,00	1,21	1,39	21,19	1,85
Lombardia	0,11	0,61	1,83	17,00	1,56	0,12	0,56	2,22	17,70	1,64
Trentino-Alto Adige*	0,00	0,50	1,14	13,47	1,10	0,00	0,16	0,56	15,96	1,21
Veneto	0,21	0,58	2,39	19,76	1,76	0,26	0,49	2,34	21,32	1,83
Friuli Venezia Giulia	0,11	0,47	2,04	18,08	1,55	0,11	0,85	3,02	17,81	1,68
Liguria	0,16	0,90	2,61	22,62	2,02	0,24	0,55	2,62	24,46	2,08
Emilia-Romagna	0,27	1,09	2,63	18,94	1,77	0,12	0,64	3,10	19,73	1,79
Toscana	0,18	0,76	3,30	23,01	2,08	0,28	0,77	3,17	25,11	2,24
Umbria	0,30	0,68	2,87	24,35	2,12	0,15	0,86	2,48	23,4	2,02
Marche	0,09	0,50	1,94	22,09	1,87	0,09	0,20	2,27	20,44	1,72
Lazio	0,16	0,90	3,83	28,04	2,66	0,27	0,75	3,58	26,75	2,50
Abruzzo	0,30	1,39	3,85	30,72	2,94	0,40	0,81	3,40	27,57	2,56
Molise	0,00	3,38	4,25	26,68	2,76	0,85	1,45	3,05	25,78	2,45
Campania	0,63	2,51	9,85	45,82	5,02	0,41	1,83	8,99	46,42	4,83
Puglia	0,20	1,27	5,68	39,60	3,85	0,23	1,34	5,33	40,47	3,84
Basilicata	0,46	2,16	5,16	35,57	3,54	0,23	1,07	5,88	35,32	3,48
Calabria	0,41	2,01	6,12	40,29	4,03	0,55	1,53	6,50	41,52	4,17
Sicilia	0,35	1,83	8,82	47,02	4,82	0,43	1,88	8,28	45,15	4,65
Sardegna	0,08	0,36	3,26	21,11	2,03	0,23	1,15	3,75	23,51	2,32
Italia	**0,23**	**1,12**	**4,01**	**26,68**	**2,58**	**0,24**	**0,96**	**3,96**	**27,00**	**2,57**

*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.
Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001.

Fonte dei dati: Istat. Health For All-Italia. Anno 2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 177

Raccomandazioni di Osservasalute

Per ridurre la mortalità per diabete mellito è indispensabile migliorare il rispetto delle Linee Guida diagnostico-terapeutiche e l'organizzazione delle cure territoriali.

É necessaria, inoltre, la partecipazione attiva dei Medici di Medicina Generale, con il ruolo fondamentale di curare l'educazione dei cittadini al fine di adottare corretti stili di vita e di informare i soggetti a rischio della disponibilità di strutture ben organizzate dove operano équipe di specialisti e dove l'approccio alla malattia è "integrato".

Come riportato nell'Italian Diabetes Monitor del gennaio 2015 (1), in un articolo a cura del Coordinatore dell'Italian Diabetes Barometer Report si legge: "Poiché le malattie non trasmissibili sono in gran parte prevedibili, il numero di decessi prematuri potrebbe essere notevolmente ridotto attraverso opportune strategie di prevenzione basate su early detection, diagnosis and treatment. Nel caso del diabete mellito e delle malattie cardiovascolari ad esso associate, i principali fattori di rischio sono l'obesità, il sovrappeso, la colesterolemia, la glicemia, l'ipertensione arteriosa, il fumo, un eccessivo consumo di alcool e la sedentarietà. Si tratta di fattori modificabili attraverso interventi sull'ambiente sociale ed attraverso trattamenti medici e farmacologici tempestivi.

D'altra parte, l'implementazione di queste strategie non è facilissima in Italia, Paese in cui il sistema di cure appare funzionare come un radar dove il paziente viene rilevato per essere curato relativamente a problemi acuti e scompare alla vista una volta guarito.

Questo sistema, relativamente efficace per le malattie acute, non funziona per le patologie croniche, per le quali serve un modello di assistenza diverso che, oltre ad evitare l'insorgenza della malattia, deve evitare che chi è già malato non vada incontro a ricadute, aggravamenti e disabilità. Questo può essere realizzato solo attraverso un sistema costruito per malattie che non guariscono, con tutte le peculiarità che esso richiede.

É necessario, quindi, che le Istituzioni si impegnino su questo fronte, attraverso politiche e strategie mirate, con l'obiettivo di ridurre l'impatto delle malattie croniche, portando qualità e aspettative di vita a livelli accettabili in tutti i Paesi europei".

Riferimenti bibliografici

1) Consoli A.: Osservare, monitorare, analizzare per migliorare la qualità di vita della persona con diabete. Italian Diabetes Monitor - gennaio 2015 pag. 22.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 178

Ospedalizzazione per amputazione all'arto inferiore nelle persone con diabete

Significato. Il "piede diabetico" è una delle principali complicanze croniche del diabete mellito e rappresenta la causa più frequente di amputazione agli arti inferiori nella popolazione. Questa complicanza ha un notevole impatto sulla qualità della vita delle persone e può provocare perdita di indipendenza, inabilità a lavorare e un complessivo impoverimento (1). Nella grande maggioranza dei casi, le ulcere ai piedi e le amputazioni possono essere prevenute attraverso una sistematica attività di valutazione del piede e stratificazione del rischio e attraverso l'educazione sanitaria dei pazienti. La frequenza di amputazioni agli arti inferiori è considerata un indicatore di qualità di assistenza alle persone con diabete. Questa misura, seppure basata sui ricoveri ospedalieri, può fornire elementi per valutare i servizi e l'assistenza forniti a livello territoriale (2).

Tasso di dimissioni ospedaliere per amputazione all'arto inferiore nelle persone con diabete*

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Dimissioni per amputazione all'arto inferiore nelle persone con diabete di età } \geq 18 \text{ anni}}{\text{Popolazione media residente di età } \geq 18 \text{ anni}} \times 100.000$$

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

Validità e limiti. Tramite la banca dati delle dimissioni ospedaliere del Ministero della Salute, sono stati identificati tutti i ricoveri in regime di Ricovero Ordinario e Day Hospital nelle persone di età ≥18 anni, dimessi nel periodo 2003-2013. Sono stati selezionati i ricoveri con indicazione di amputazione agli arti inferiori fra gli interventi principali o secondari (ICD-9-CM 84.10-84.19) ed escluse le amputazioni per trauma (ICD-9-CM 895-896-897; DRG 442-443) e per tumore maligno delle ossa (ICD-9-CM 170.7-170.8; DRG 213-408). Le amputazioni, inoltre, sono state suddivise in maggiori (ICD-9-CM 841.3-841.9) e minori (ICD-9-CM 841.1-841.2).
I ricoveri delle persone con diabete sono stati identificati attraverso il codice ICD-9-CM 250.xx, nella diagnosi principale o in una delle secondarie, registrato in un qualsiasi ricovero del paziente durante l'anno. Sono stati esclusi i ricoveri per diabete gestazionale (ICD-9-CM 648.80-648.84).
L'indicatore è basato su flussi di dati amministrativi facilmente accessibili e può, quindi, rappresentare uno strumento agile ed economico per la valutazione della qualità dei servizi territoriali nella gestione della patologia diabetica. Il ricovero per amputazione dipende, tuttavia, anche dalla prevalenza della patologia e dall'adesione dei pazienti ai trattamenti raccomandati.
L'indicatore, quindi, dovrebbe essere considerato un punto di partenza per valutazioni più accurate.

Valore di riferimento/Benchmark. L'atteso è che il tasso di amputazioni sia il più basso possibile.
Tuttavia, non è possibile identificare un valore di riferimento poichè l'indicatore dovrebbe essere valutato insieme al rapporto amputazioni maggiori/minori ed in relazione ad esiti finali quali la sopravvivenza delle persone con patologie del piede.

Descrizione dei risultati

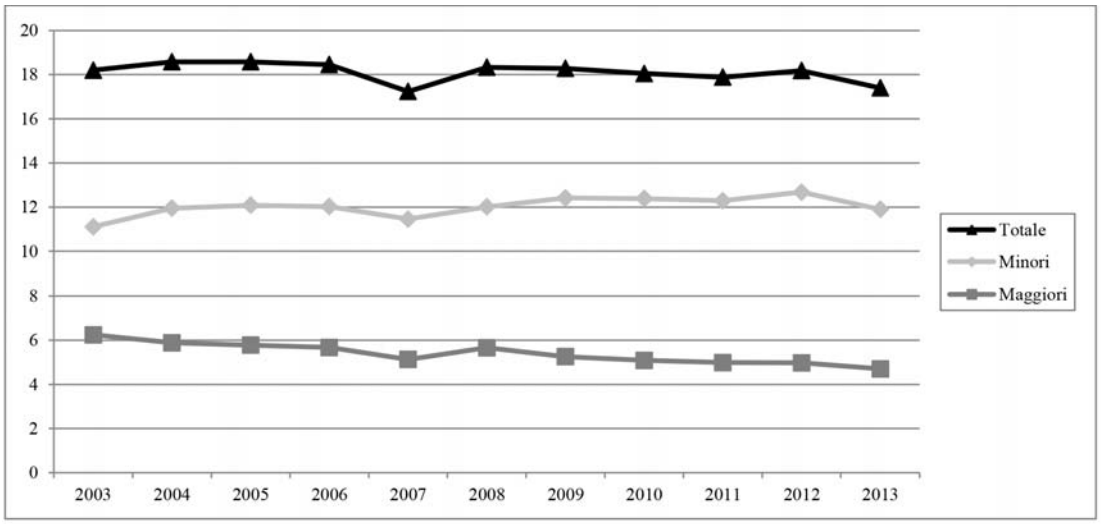
Il diabete è uno dei maggiori fattori di rischio per le amputazioni agli arti inferiori. Infatti, pur essendo la prevalenza della patologia diabetica pari al 5,4% della popolazione generale (3), circa il 63% delle persone che nel 2013 hanno subito un intervento di amputazione all'arto inferiore ha il diabete.
In Italia, nel 2013, il tasso di dimissione per amputazione delle persone con diabete di età ≥18 anni è stato di 17,1 per 100.000 residenti e di 4,7 per 100.000 se si considerano solo le amputazioni maggiori; esprimendo il tasso sulla popolazione diabetica, ovvero utilizzando come denominatore la popolazione diabetica stimata dall'Istituto Nazionale di Statistica (3), il tasso di amputazione è pari a 2,7 ogni 1.000 persone con diabete e a 0,7 ogni 1.000 se si considerano le maggiori.
Nel periodo 2003-2013, il tasso standardizzato di dimissione per amputazione è rimasto sostanzialmente stabile (Grafico 1); l'andamento nel periodo dei tassi differenziati per livello di amputazione mostra una riduzione delle amputazioni maggiori (6,2 vs 4,7 per 100.000, rispettivamente), mentre si osserva un trend in lieve crescita degli interventi di amputazione minore (11,1 vs 11,9 per 100.000). Questo trend potrebbe riflettere un maggior ricorso ad interventi precoci mirati a salvaguardare l'arto.
Il tasso di dimissione aumenta fortemente con l'età in entrambi i generi (Grafico 2) e, in tutte le classi di età, le amputazioni sono più frequenti fra gli uomini rispetto alle donne (rapporto maschi/femmine: 3,1 tra i diabetici e 2,2 tra i non diabetici) (Tabella 1).
Questo dato rimane confermato anche quando si considera la differente prevalenza della patologia nei due generi (4).
Non si osserva un gradiente geografico Nord-Sud ed

M. MAGGINI, F. LOMBARDO

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 179

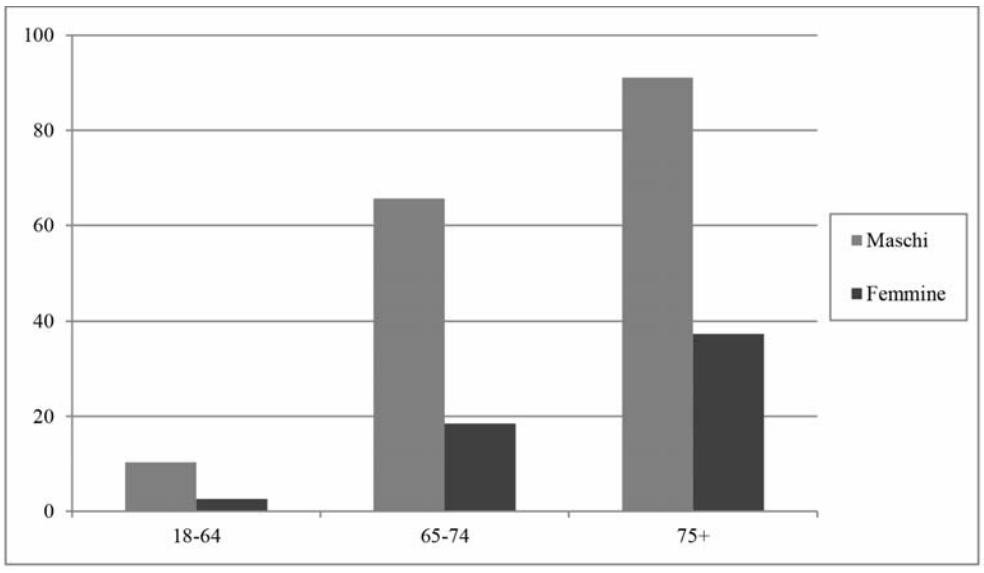
Isole, ma la variabilità regionale risulta elevata: nelle persone con diabete il tasso di amputazione minore più basso è 6,6 per 100.000, registrato nel Lazio (Tabella 2), mentre il più alto è 28,6 per 100.000 in Valle d'Aosta; per le amputazioni maggiori il più basso si riscontra in Toscana (3,0 per 100.000) e il più alto in Campania (6,4 per 100.000).

Grafico 1 - Tasso (standardizzato per 100.000) di dimissioni ospedaliere per livello di amputazione all'arto inferiore nelle persone con diabete - Anni 2003-2013



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2015.

Grafico 2 - Tasso (specifico per 100.000) di dimissioni ospedaliere per amputazione all'arto inferiore nelle persone con diabete per genere - Anno 2013



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 180

Tabella 1 - Tasso (standardizzato per 100.000) di dimissioni ospedaliere per amputazione all'arto inferiore nelle persone con o senza diabete per genere e per regione - Anno 2013

Regioni	Persone con diabete		Persone senza diabete	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Piemonte	23,3	8,0	14,6	6,8
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	69,7	10,3	6,6	6,4
Lombardia	32,2	9,9	17,4	8,0
Trentino-Alto Adige*	33,6	11,3	17,1	12,0
Veneto	32,7	8,5	17,5	7,4
Friuli Venezia Giulia	28,4	9,1	17,8	7,1
Liguria	26,0	8,7	13,2	6,7
Emilia-Romagna	29,2	10,1	16,1	8,1
Toscana	17,6	6,1	10,8	5,0
Umbria	20,4	9,2	17,9	6,9
Marche	22,8	9,0	14,2	8,0
Lazio	18,3	5,1	8,5	5,0
Abruzzo	35,1	11,8	20,0	6,8
Molise	27,0	10,8	17,5	6,4
Campania	30,0	11,8	15,6	6,1
Puglia	25,6	8,3	10,9	3,3
Basilicata	24,1	10,0	10,5	3,3
Calabria	24,4	9,6	17,1	7,1
Sicilia	32,4	9,6	9,7	4,0
Sardegna	25,5	5,5	17,7	6,0
Italia	**27,5**	**8,9**	**14,5**	**6,5**

*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.
Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come riferimento la distribuzione per età e genere della popolazione media residente in Italia nel 2011.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2015.

Tabella 2 - Tasso (standardizzato per 100.000) di dimissione ospedaliera per livello di amputazione all'arto inferiore nelle persone con o senza diabete per genere e per regione - Anno 2013

Regioni	Persone con diabete			Persone senza diabete		
	Maggiori	Minori	Totale	Maggiori	Minori	Totale
Piemonte	4,4	10,1	14,8	5,3	4,4	10,1
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	5,2	28,6	35,7	0,0	4,6	6,4
Lombardia	4,7	14,5	19,6	5,9	5,7	12,0
Trentino-Alto Adige*	4,7	16,4	21,2	5,0	9,1	14,2
Veneto	3,3	15,7	19,3	4,3	7,0	11,8
Friuli Venezia Giulia	3,7	13,6	17,6	5,2	5,3	11,6
Liguria	4,1	12,2	16,4	5,4	3,8	9,3
Emilia-Romagna	5,5	12,7	18,5	6,3	5,0	11,6
Toscana	3,0	7,8	11,1	4,1	3,0	7,5
Umbria	4,7	8,7	14,1	6,2	4,7	11,4
Marche	4,0	10,4	15,1	4,5	5,0	10,6
Lazio	3,8	6,6	10,9	3,3	2,8	6,5
Abruzzo	5,8	15,7	22,2	4,6	7,4	12,5
Molise	6,1	12,0	18,4	3,7	7,4	11,1
Campania	6,4	12,5	20,0	4,9	4,7	10,2
Puglia	5,1	10,3	16,0	3,8	2,4	6,5
Basilicata	4,1	10,8	16,3	2,6	3,2	6,2
Calabria	5,6	10,3	16,4	6,1	4,9	11,4
Sicilia	5,2	13,8	19,7	2,8	2,8	6,4
Sardegna	4,8	8,7	14,3	6,3	4,1	11,1
Italia	**4,7**	**11,9**	**17,1**	**4,8**	**4,6**	**9,9**

*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.
Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come riferimento la distribuzione per età e genere della popolazione media residente in Italia nel 2011.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 181

Raccomandazioni di Osservasalute

È nota l'efficacia delle valutazioni periodiche e dell'educazione sanitaria delle persone con diabete mellito nel ridurre la frequenza di ulcerazioni e amputazioni degli arti inferiori (1, 5) ed è, quindi, improrogabile la messa in atto di tutte le azioni che possano assicurare alle persone con diabete la migliore cura possibile.
Ci sono forti evidenze, inoltre, che la qualità della cura per le persone con malattie croniche possa migliorare con l'adozione di modelli assistenziali di gestione integrata che, nel caso del diabete, si sono dimostrati efficaci nel migliorare sia gli aspetti della qualità dell'assistenza sanitaria che gli esiti clinici rilevanti.
Questi approcci sono accomunati dal fatto di essere sistemi organizzati, integrati, proattivi e 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 (6).
Nell'ambito del Progetto "Integrazione, Gestione e Assistenza per la malattia diabetica" è fortemente raccomandata la valutazione periodica, con esame obiettivo del piede e stratificazione del grado di rischio, con una frequenza almeno annuale e l'educazione del paziente (6).

Riferimenti bibliografici

(1) International Working Group on the Diabetic Foot. Prevention and management of foot problems in diabetes - Guidance documents and recommendations. 2015.
Disponibile sul sito: www.iwgdf.org.
(2) AHRQ Quality Indicators. Prevention Quality Indicators Technical Specifications. Version 4.2-2010. Disponibile sul sito: www.qualityindicators.ahrq.gov.
(3) Istat. Annuario statistico italiano 2013. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/archivio/107568.
(4) Lombardo FL, Maggini M, De Bellis A, Seghieri G, Anichini R Lower Extremity Amputations in Persons with and without Diabetes in Italy: 2001-2010. PLoS ONE 2014; 9 (1): e86405. doi: 10.1371/journal.pone.0086405.
(5) Valk GD, Kriegsman DMW, Assendelft WJJ. Patient education for preventing diabetic foot ulceration. A systematic review. Cochrane Database Syst Rev 2005 Jan 25 (1): CD001488.
(6) Progetto IGEA. Gestione Integrata del diabete mellito di tipo 2 nell'adulto - Documento di indirizzo. Roma, Il Pensiero Scientifico Editore. 2008. Disponibile sul sito: www.epicentro.iss.it/igea.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 182

Ospedalizzazione per complicanze a breve termine nelle persone con diabete

Significato. Nella storia naturale del diabete mellito le complicanze acute e croniche sono, purtroppo, eventi molto frequenti. Le ospedalizzazioni dovute alle complicanze croniche dipendono dal compenso metabolico a lungo termine e dal controllo di altri fattori di rischio quali, ad esempio, l'ipertensione, l'ipercolesterolemia, l'obesità e l'abitudine al fumo, mentre le complicanze acute (chetoacidosi, iperosmolarità e coma) dipendono, più direttamente, dall'equilibrio tra somministrazione di farmaci ipoglicemizzanti e livello di glicemia e potrebbero essere evitate con una adeguata assistenza e formazione della persona con diabete.
La frequenza di complicanze acute è considerata un indicatore di qualità dell'assistenza alle persone con diabete e può fornire, inoltre, elementi per valutare i servizi e l'assistenza a livello territoriale (1).

Tasso di dimissioni ospedaliere per complicanze a breve termine nelle persone con diabete*

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Dimissioni ospedaliere per complicanze a breve termine nelle persone con diabete di età } \geq 18 \text{ anni}}{\text{Popolazione media residente di età } \geq 18 \text{ anni}} \times 100.000 \quad \text{Denominatore}$$

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

Validità e limiti. Tramite la banca dati delle dimissioni ospedaliere del Ministero della Salute sono stati identificati tutti i ricoveri in regime ordinario di pazienti con età ≥18 anni, dimessi nel periodo 2001-2013, con diagnosi principale o secondaria di diabete con chetoacidosi (ICD-9-CM 250.1), diabete con iperosmolarità (ICD-9-CM 250.2) e diabete con altri tipi di coma (ICD-9-CM 250.3). Sono stati esclusi i ricoveri per diabete gestazionale (ICD-9-CM 648.80-648.84), per gravidanza, parto e puerperio (MDC 14; DRG: 370-384) e per nuovi nati o altri neonati (MDC 15; DRG: 385-391). Sono stati esclusi, inoltre, i ricoveri per trasferimento da altre strutture o dalla stessa.
I tassi sono calcolati per ogni anno come il numero di dimissioni sulla popolazione media residente ed espressi per 100.000. È stata effettuata la standardizzazione diretta per età e genere adottando, come riferimento, la popolazione del censimento 2011 effettuato dall'Istituto Nazionale di Statistica (Istat). La variazione percentuale dei tassi è stata calcolata considerando i tassi standardizzati.
L'indicatore è basato su flussi di dati amministrativi facilmente accessibili e può, quindi, rappresentare uno strumento agile ed economico per la valutazione della qualità della cura del diabete. La frequenza di ricovero per complicanze a breve termine dipende, tuttavia, anche dalla prevalenza della patologia e dall'adesione dei pazienti ai trattamenti raccomandati.
Pertanto, l'indicatore dovrebbe essere considerato un punto di partenza per valutazioni più accurate.

Valore di riferimento/Benchmark. L'atteso è che il tasso di ospedalizzazione per diabete con complicanze a breve termine sia il più basso possibile. Tuttavia, non è possibile identificare un valore di riferimento poiché l'indicatore dovrebbe essere valutato insieme alla prevalenza del diabete per regione tenendo conto anche di altri possibili fattori di confondimento quali, ad esempio, la gravità della malattia.

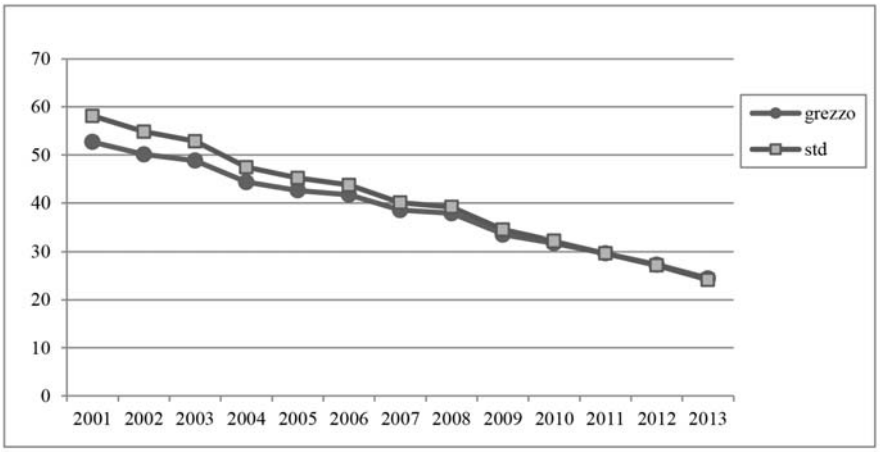
Descrizione dei risultati

Nel 2013, sono stati identificati 12.266 ricoveri per complicanze acute relative a 11.698 persone con diabete di età ≥18 anni. Lo scompenso diabetico è indicato in diagnosi principale, quindi responsabile dell'impiego maggiore di risorse, solo per il 32,4% dei ricoveri. Il maggior numero di ricoveri (49,1%), riporta in diagnosi il diabete con chetoacidosi, il 32,6% il diabete con iperosmolarità ed il 18,3% il diabete con altro tipo di coma. Il tasso di ospedalizzazione per una complicanza a breve termine è pari a 24,1 per 100.000 residenti (il tasso standardizzato è 24,5 per 100.000).
Considerando la popolazione con diabete stimata dall'Istat per il 2013 (2), il tasso stimato è di 3,7 ogni 1.000 persone con diabete.
Nel periodo 2001-2013, si osserva un forte trend in diminuzione dei ricoveri per complicanze acute con una riduzione complessiva pari al 58,5% del tasso standardizzato (Grafico 1).
Il tasso di ospedalizzazione, standardizzato per 100.000 per età, è più elevato negli uomini (27,4 per 100.000) che nelle donne (21,3 per 100.000) e cresce fortemente con l'età in entrambi i generi (Grafico 2); tuttavia, come già osservato negli anni precedenti (3), questo dato è spiegato dalla maggiore prevalenza del diabete nelle età più avanzate e nel genere maschile. I tassi regionali standardizzati variano da 15,1 per 100.000 in Lombardia a 39,4 per 100.000 in Basilicata dove, però, si registra una diminuzione di circa il 24% rispetto al 2012 (Tabella 1). Rispetto all'anno precedente, i tassi diminuiscono in quasi tutte le regioni, ad eccezione della Puglia e della Sardegna dove si osserva un incremento e del Friuli Venezia Giulia e delle Marche dove, invece, i valori restano costanti.

M. MAGGINI, F. LOMBARDO

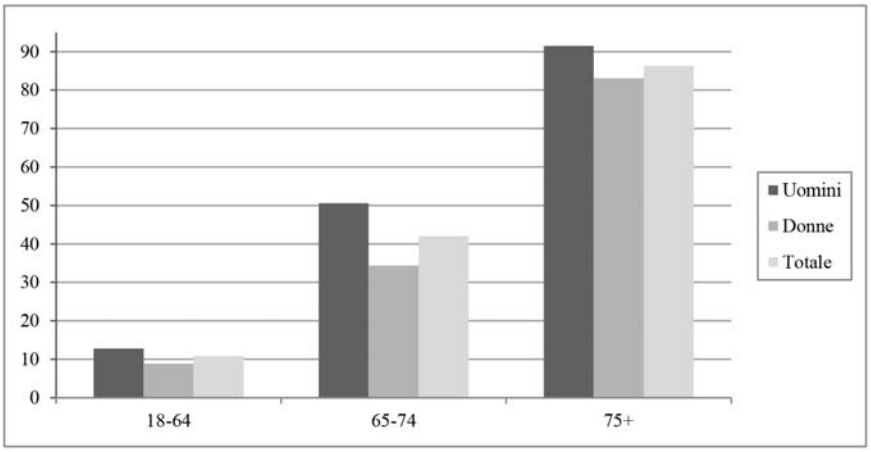
Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 183

Grafico 1 - Tasso (grezzo e standardizzato per 100.000) di dimissioni ospedaliere per complicanze a breve termine nelle persone con diabete - Anni 2001-2013



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2015.

Grafico 2 - Tasso (specifico per 100.000) di dimissioni ospedaliere per complicanze a breve termine nelle persone con diabete per genere - Anno 2013



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 184

Tabella 1 - Tasso (grezzo e standardizzato per 100.000) e variazione percentuale di dimissioni ospedaliere per complicanze a breve termine nelle persone con diabete per regione - Anni 2012-2013

Regioni	2012		2013		Δ %*
	Tassi grezzi	Tassi std	Tassi grezzi	Tassi std	(2012-2013)
Piemonte	23,0	21,4	21,7	20,0	-6,5
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	34,9	34,1	38,7	30,8	-9,7
Lombardia	17,6	17,6	15,2	15,1	-14,2
Trentino-Alto Adige**	24,8	25,6	20,9	21,4	-16,4
Veneto	23,5	23,5	22,2	22,1	-6,0
Friuli Venezia Giulia	31,4	28,8	31,5	28,8	0,0
Liguria	40,7	33,7	34,6	28,4	-15,7
Emilia-Romagna	38,1	35,8	32,2	29,9	-16,5
Toscana	29,2	26,7	23,6	21,4	-19,9
Umbria	33,1	30,2	24,7	22,4	-25,8
Marche	16,8	15,7	17,2	15,7	0,0
Lazio	24,3	24,7	21,7	21,9	-11,3
Abruzzo	27,7	26,6	27,5	26,3	-1,1
Molise	36,5	34,1	32,1	26,7	-21,7
Campania	36,2	41,6	23,2	26,0	-37,5
Puglia	27,9	29,5	29,6	30,7	4,1
Basilicata	51,7	52,0	45,9	39,4	-24,2
Calabria	31,2	32,4	31,2	32,1	-0,9
Sicilia	27,5	28,7	27,2	28,1	-2,1
Sardegna	28,2	29,0	31,3	31,9	10,0
Italia	**27,3**	**27,2**	**24,5**	**24,1**	**-11,4**

*Differenza relativa percentuale dei tassi standardizzati.
**I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.
Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2011.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2015.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nelle persone con diabete noto le ospedalizzazioni per complicanze acute (chetoacidosi, iperosmolarità e coma) sono un forte indicatore di inadeguatezza della risposta assistenziale erogata a livello territoriale e, in quanto tali, sarebbero in larga parte evitabili tramite il miglioramento dell'assistenza alle persone con diabete ed un'attività di formazione sia degli operatori che dei pazienti (3-5). È nota, infatti, l'efficacia di interventi educativi strutturati e di counseling sul miglioramento del controllo glicemico ed è, quindi, improrogabile la messa in atto di tutte le azioni rivolte alle persone con diabete per promuovere competenza e capacità nella gestione della malattia (6). Ci sono forti evidenze, inoltre, che riportano che la qualità delle cure per le persone con malattie croniche può migliorare con 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 gli esiti clinici rilevanti.
Questi approcci sono accomunati dal fatto di essere sistemi organizzati, integrati, proattivi ed orientati alla popolazione e pongono al centro dell'intero sistema un paziente informato/educato a giocare un ruolo attivo nella gestione della patologia da cui è affetto (6).

Riferimenti bibliografici

(1) AHRQ Quality Indicators. Prevention Quality Indicators Technical Specifications. Version 4,2-2010. Disponibile sul sito: www.qualityindicators.ahrq.gov.
(2) Istat. Annuario statistico italiano 2013. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/archivio/107568.
(3) Lombardo F, Maggini M, Gruden G, Bruno G, Temporal trend in hospitalization for acute diabetic complications: a nationwide study, Italy, 2001-2010, PLoS ONE 2013, 8 (5): e63675.
(4) Chen HF, Wang CY, Lee HY, See TT, Chen MH, Jiang JY, Lee MT, Li CY. Short-term case fatality rate and associated factors among inpatients with diabetic ketoacidosis and hyperglycemic hyperosmolar state: a hospital-based analysis over a 15-year period. Intern. Med. 2010; 49: 729-37.
(5) Booth GL, Hux JE, Fang J, Chan BT, Time trends and geographic disparities in acute complications of diabetes in Ontario, Canada, Diabetes Care 2005; 28: 1.045-50.
(6) Progetto IGEA, Gestione Integrata del diabete mellito di tipo 2 nell'adulto - Documento di indirizzo. Aggiornamento 2012. Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 2012. Disponibile sul sito:
www.epicentro.iss.it/igea/news/pdf/Doc IGEA Gestione integrata 2012-Full.pdf.

Malattie oncologiche

In Italia il carico sanitario associato ai tumori è in forte aumento, principalmente per effetto dell'invecchiamento della popolazione poiché tali patologie si manifestano prevalentemente in età anziana.

La diffusione dei tumori nella popolazione italiana è, però, decisamente variabile a livello geografico: il rischio di ammalarsi di tumore è, generalmente, più elevato nelle regioni del Centro-Nord rispetto a quelle meridionali. Anche la distribuzione dei fattori di rischio e la struttura per età sono ben differenziate tra le varie regioni. Nel valutare il carico sanitario di tale patologia nel nostro Paese non si può, quindi, prescindere dal dettaglio regionale, a beneficio di una organizzazione sanitaria fortemente regionalizzata sia a livello di prevenzione che di percorsi assistenziali.

La prevalenza oncologica, ovvero la percentuale di popolazione a cui è stato diagnosticato un tumore nel corso della vita, fornisce indicazioni sul carico sanitario complessivo della malattia e rappresenta uno degli indicatori più importanti in termini di salute pubblica. Le differenze regionali nella prevalenza dei tumori sono influenzate da tre fattori: l'indice di vecchiaia della popolazione, il profilo di rischio (incidenza) e la sopravvivenza dei pazienti oncologici. Sulla prevalenza influiscono non solo i valori attuali, ma anche gli andamenti storici di incidenza e sopravvivenza.

In Italia, l'incidenza, la sopravvivenza e la prevalenza dei tumori sono monitorati nel tempo dai Registri Tumori su base di popolazione (Associazione Italiana dei Registri Tumori-AIRTUM). La copertura dei registri è aumentata nel tempo (attualmente è pari al 51% della popolazione) ed è eterogenea sul territorio, con problemi di rappresentatività per alcune regioni e per la popolazione nazionale.

L'Istituto Superiore di Sanità, in collaborazione con l'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano e AIRTUM, ha prodotto stime di incidenza e prevalenza di tumore a livello nazionale e regionale (1), estendendo la copertura territoriale dei dati di registro e l'orizzonte temporale dei dati osservati.

In conclusione, l'obiettivo a cui si tende è di descrivere la variabilità a livello regionale del carico sanitario oncologico e dei suoi determinanti per una migliore pianificazione delle risorse a garanzia della sostenibilità del sistema sanitario.

Riferimenti bibliografici

(1) Rossi S, Capocaccia R, De Angelis R, Gatta G. Cancer burden in Italian regions. Tumori 2013; 99 (3).

S. ROSSI, P. BAILI, R. FOSCHI, A. TAVILLA, R. DE ANGELIS

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 186

Incidenza e prevalenza dei tumori più frequenti: colon-retto, mammella e prostata

Incidenza

Significato. L'incidenza dei tumori è il numero di nuovi casi di tumore che si verificano in una data popolazione in un dato periodo.

L'incidenza esprime il rischio, cioè stima la probabilità di ammalarsi di tumore e fornisce informazioni sulla presenza dei fattori di rischio.

Tasso di incidenza per tumore*

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Nuovi casi di tumore nell'anno Y}}{\text{Popolazione media residente nell'anno Y}} \times 100.000$$

*La formula del Tasso standardizzato è riportata nel Capitolo "Descrizione degli indicatori e Fonti dei dati".

Prevalenza

Significato. La prevalenza di tumore indica il numero di persone che nel corso della vita hanno ricevuto una diagnosi di tumore e che risultano in vita ad una certa data.

La prevalenza include sia persone diagnosticate di recente, che sono in fase di trattamento o di monitoraggio, sia persone diagnosticate molti anni prima che possono considerarsi guarite dalla malattia. La prevalenza, inoltre, è una misura estremamente utile per la programmazione sanitaria perché consente di quantificare la domanda complessiva di assistenza sanitaria e sociale associata all'oncologia.

Proporzione di prevalenza per tumore

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Persone sopravviventi nell'anno Y che hanno avuto una diagnosi di tumore nel corso della vita}}{\text{Popolazione media residente nell'anno Y}} \times 100.000$$

Validità e limiti. L'incidenza di tumore in Italia, a livello nazionale/regionale, è stimata attraverso la metodologia Mortality Incidence Analysis MODel (MIAMOD) (1) che si basa sui dati di mortalità provenienti dalle statistiche ufficiali dell'Istituto Nazionale di Statistica e sui dati di sopravvivenza forniti dalla rete dell'Associazione Italiana Registri Tumori. La prevalenza è derivata dalle relazioni che la legano all'incidenza e alla sopravvivenza (equazioni di transizione). La metodologia MIAMOD consente di effettuare anche proiezioni temporali. Le stime di incidenza e prevalenza di tumore sono inserite nel Sistema Statistico Nazionale e rappresentano le stime ufficiali di incidenza e prevalenza tumorale nel database Health for All (Organizzazione Mondiale della Sanità Regional Office for Europe). Tali stime vengono validate attraverso il confronto con tutti i dati osservati a disposizione.

Il metodo si basa sull'andamento, temporale e per età, della mortalità osservata e della sopravvivenza per lo specifico tumore in esame. Eventuali incrementi di incidenza che accompagnano l'avvio di programmi di screening, dovuti ad anticipazione diagnostica e che non hanno riflessi sulla mortalità, non possono essere considerati dalle stime MIAMOD.

Valore di riferimento/Benchmark.

L'incidenza e la prevalenza stimate a livello nazionale possono essere utilizzate come benchmark per identificare regioni/PA a basso/alto carico sanitario.

Descrizione dei risultati

Tumore del colon-retto negli uomini

Nel 2014 si stima che, in Italia, siano stati diagnosticati 115,78 nuovi casi di tumore colorettale ogni 100.000 uomini, ovvero circa 34.500 nuovi casi.

L'incidenza è ancora molto eterogenea a livello regionale con differenze percentuali che variano da -20% a +20% rispetto al dato nazionale (Tabella 1).

Le regioni con i più alti tassi di incidenza sono Friuli Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Umbria, Lazio e Liguria (tassi standardizzati da 84,40 a 77,43 per 100.000 persone/anno), mentre Puglia e Sicilia sono le regioni a minor rischio (rispettivamente, 56,07 e 62,85 per 100.000 persone/anno).

In Italia si stima che, nel 2014, 221.301 mila uomini abbiano avuto nel corso della loro vita una diagnosi di tumore colorettale. La prevalenza stimata è 742,11 per 100.000 uomini, con valori variabili tra le diverse aree geografiche. Nel Meridione le regioni presentano valori inferiori al dato nazionale di circa il 30%,

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 187

mentre quelle del Centro-Nord hanno valori superiori (3-47%).
Le regioni a più alta prevalenza sono Liguria (proporzione grezza pari a 1.088,56 per 100.000 persone, +47% rispetto al valore nazionale) e Friuli Venezia Giulia (1.033,01 per 100.000, +39%), entrambe caratterizzate da una popolazione più anziana (indice di vecchiaia 241% e 198%, rispettivamente, Health for All-Italia-2014), mentre per Puglia e Campania, dove la popolazione è più giovane (indice di vecchiaia 143% e 111%, rispettivamente, Health for All-Italia-2014), le prevalenze sono le più basse (rispettivamente, 479,77 e 482,88 per 100.000).
La prevalenza è influenzata dalla quota di popolazione anziana presente sul territorio, tuttavia, eliminando l'effetto della diversa struttura per età (proporzioni standardizzate per età), il ranking geografico non si modifica di molto: Friuli Venezia Giulia e Puglia si confermano, rispettivamente, le regioni con la più elevata e la più bassa prevalenza, mentre la Liguria e la Campania passano, rispettivamente, dal 1° al 5° posto e dal 19° al 16°.
Oltre all'invecchiamento demografico la prevalenza è influenzata dall'incidenza. Dall'analisi della proporzione standardizzata per età, cioè al netto dell'effetto dell'invecchiamento, si osserva, infatti, che a valori più elevati di incidenza corrispondono valori maggiori di prevalenza (Friuli Venezia Giulia, Emilia-Romagna e Umbria).

Tumore del colon-retto nelle donne

Nelle donne l'incidenza di tumore del colon-retto stimata in Italia, nel 2014, è 80,29 per 100.000 persone/anno, corrispondente a oltre 25.000 nuovi casi. Il rischio di ammalarsi di tumore colorettale è variabile tra regioni: le differenze percentuali rispetto al dato nazionale variano da -23% a +15% (Tabella 2).
Le regioni a più alto rischio sono Veneto, Toscana e Lazio (tassi standardizzati tra 43,77 e 42,04 per 100.000), mentre quelle con i tassi di incidenza più bassi sono Sardegna e Sicilia (29,13 e 29,53 per 100.000).
Nel 2014, si stima che circa 6 donne su 1.000 abbiano avuto nel corso della vita una diagnosi di tumore del colon-retto corrispondenti a oltre 187 mila donne prevalenti.
Il carico sanitario non è omogeneo a livello regionale ed è maggiore nelle regioni del Centro-Nord (+11-37% rispetto al valore nazionale). Le regioni con prevalenza grezza più elevata sono Liguria (+37%; 815,12 per 100.000 persone), Toscana (+32%; 784,00 per 100.000 persone) ed Emilia-Romagna (+29%; 762,36 per 100.000 persone), mentre quelle con prevalenza più bassa sono Campania (-34%; 390,02 per 100.000 persone) e Sicilia (-33%; 396,94 per 100.000 persone).
L'aggiustamento per età riduce le differenze regionali, ma il Meridione si conferma come l'area a minor carico oncologico (-24% rispetto al dato italiano) e modifica il ranking regionale: Emilia-Romagna, Marche e Veneto hanno prevalenze maggiori (proporzioni standardizzate da 336,95 a 324,44 per 100.000 persone), mentre Puglia e Sardegna prevalenze minori (proporzioni standardizzate pari a 204,90 e 202,50 per 100.000 persone, rispettivamente).

Tumore della mammella

Il tumore della mammella è il tumore più diffuso nella popolazione femminile e nel 2014 si stimano, in Italia, oltre 55.000 nuove diagnosi, ovvero 175,69 nuovi casi annui ogni 100.000 donne. L'incidenza è fortemente variabile per regione (da -23% a +22%) e il Meridione presenta profili di rischio più sfavorevoli (Tabella 3).
Il Lazio, insieme a Puglia, Calabria, Basilicata e Sardegna, sono le regioni con incidenza più elevata (tassi standardizzati da 142,95 a 132,80 per 100.000 persone/anno), mentre le regioni del Nord hanno rischi minori.
Nel 2014, il numero totale di donne che hanno avuto nel corso della vita una diagnosi di tumore al seno è stimato pari a circa 690 mila, corrispondente a 22 donne su 1.000.
Il carico sanitario è eterogeneo a livello regionale con differenze percentuali che variano da -41% (Campania) a +30% (Friuli Venezia Giulia) rispetto al dato nazionale. I valori più elevati di prevalenza grezza si registrano nelle regioni del Centro-Nord (Friuli Venezia Giulia: 2.842,64 per 100.000; Liguria: 2.740,37 per 100.000; Lazio: 2.652,11 per 100.000), quelli più bassi nel Meridione (Abruzzo: 1.704,78 per 100.000; Calabria: 1.637,51 per 100.000; Campania: 1.291,95 per 100.000).
Il ranking geografico della prevalenza è invertito rispetto a quello dell'incidenza perché influenzato dagli andamenti temporali dell'incidenza (tra i casi prevalenti al 2014 ci sono anche i casi diagnosticati negli anni precedenti). L'incidenza per tumore della mammella è, infatti, in forte crescita nel Meridione e in progressiva riduzione al Centro-Nord. Anche la diversa diffusione dello screening mammografico sul territorio nazionale gioca un ruolo importante. Lo screening, laddove implementato efficacemente da anni (Centro-Nord), ha ridotto la mortalità e aumentato la quota di medio-lungo sopravviventi in misura maggiore rispetto alle regioni con ritardata e incompleta copertura di screening (Sud ed Isole).
Eliminando l'effetto della diversa struttura per età, il Lazio ed il Friuli Venezia Giulia si confermano le regioni con il maggior carico oncologico (proporzioni standardizzate pari a 1.678,22 e 1.569,65 per 100.000 persone, rispettivamente), mentre Abruzzo, Molise (entrambe 1.079,68 per 100.000 persone) e Campania (930,92 per 100.000 persone) quelle con carico minore.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 188

Tumore della prostata

Il tumore della prostata è il tumore più diffuso nella popolazione maschile e nel 2014 si stimano, in Italia, circa 44.000 nuove diagnosi, ovvero 147,36 nuovi casi l'anno ogni 100.000 uomini. L'incidenza varia moltissimo a livello regionale: le differenze percentuali rispetto al dato italiano variano da -51% a +58% (Tabella 4). Il rischio di ammalarsi di tumore prostatico è maggiore in Trentino-Alto Adige, Valle d'Aosta, Piemonte e Lazio (tassi standardizzati da 140,70 a 110,79 per 100.000 persone/anno) e minore in Sardegna, Puglia, Molise e Abruzzo (tassi standardizzati da 45,70 a 43,45 per 100.000 persone/anno).

Nel 2014, il numero totale di uomini che hanno avuto nel corso della vita una diagnosi di tumore della prostata è stimato pari a oltre 354 mila, ovvero 12 uomini ogni 1.000.

Il carico oncologico associato a questa patologia è fortemente variabile tra regioni e la prevalenza varia da valori superiori al 40% a valori inferiori al 40% rispetto al dato italiano. Le regioni a maggior carico sanitario sono Piemonte, Trentino-Alto Adige e Valle d'Aosta (proporzioni grezze da 1.905,68 a 1.723,03 per 100.000 persone), mentre quelle con carico minore sono Puglia, Sardegna e Abruzzo (da 603,64 a 654,14 per 100.000 persone).

L'invecchiamento della popolazione impatta debolmente sulla variabilità regionale. Infatti, aggiustando per età il ranking geografico si modifica solo per alcune regioni di una o due posizioni. Trentino-Alto Adige, Valle d'Aosta e Piemonte restano le regioni con la prevalenza più elevata (oltre 941,24 casi prevalenti per 100.000 persone), mentre Abruzzo, Molise, Puglia e Sardegna quelle con valori più bassi (meno di 343,12 casi prevalenti per 100.000 persone).

L'incidenza, invece, influenza fortemente la prevalenza e a valori elevati di incidenza corrispondono valori elevati di prevalenza. Il ranking geografico tra i due indicatori è pressoché coincidente.

Tabella 1 - Stima di incidenza e prevalenza per tumore del colon-retto per regione e macroarea. Casi (valori assoluti), tasso (grezzo e standardizzato per età, popolazione europea, per 100.000 persone/anno), proporzione (grezza e standardizzata per età per 100.000 persone), variazioni percentuali rispetto al dato nazionale e ranking della prevalenza grezza. Maschi - Anno 2014

Regioni	Incidenza				Prevalenza					*Ranking* della prevalenza grezza
	Casi	Tassi grezzi	Tassi std	Δ % vs Italia	Casi	Proporzione grezza	Δ % vs Italia	Proporzione std	Δ % vs Italia	
Piemonte	2.848	130,66	71,88	2	19.16	878,90	18	471,83	6	7
Valle d'Aosta	77	120,43	71,85	2	512	806,09	9	471,62	6	10
Lombardia	5.155	103,86	65,20	-7	36.103	727,39	-2	449,21	1	12
Trentino-Alto Adige*	562	107,18	74,23	6	4.016	766,30	3	517,86	17	11
Veneto	2.889	116,90	74,08	6	19.942	806,95	9	503,37	14	9
Friuli Venezia Giulia	893	147,47	84,40	20	6.256	1.033,01	39	570,51	29	2
Liguria	1.23	160,30	77,43	10	8.353	1.088,56	47	509,76	15	1
Emilia Romagna	3.304	148,99	83,41	19	21.954	989,86	33	547,23	23	3
Toscana	2.51	136,66	72,39	3	17.663	961,50	30	499,85	13	5
Umbria	623	140,07	78,86	12	4.286	963,04	30	523,67	18	4
Marche	905	116,61	65,47	-7	6.846	882,24	19	485,48	10	6
Lazio	3.447	122,49	77,62	11	23.13	821,92	11	509,37	15	8
Abruzzo	774	117,39	70,89	1	4.432	671,81	-9	397,16	-10	14
Molise	189	121,82	70,90	1	1.08	697,94	-6	397,23	-10	13
Campania	2.569	91,32	65,96	-6	13.582	482,88	-35	348,00	-21	19
Puglia	1.807	91,53	56,07	-20	9.472	479,77	-35	295,26	-33	20
Basilicata	318	112,49	62,96	-10	1.649	583,57	-21	325,34	-27	16
Calabria	1.015	104,63	62,97	-10	5.264	542,45	-27	325,49	-27	17
Sicilia	2.406	98,95	62,85	-10	12.537	515,61	-31	326,68	-26	18
Sardegna	981	119,52	72,13	3	5.064	616,98	-17	372,07	-16	15
Nord	16.958	122,92	72,90	4	116.296	843,02	14	490,64	11	
Nord-Ovest	9.310	116,71	68,51	-2	64.128	803,96	8	462,56	4	
Nord-Est	7.648	131,48	79,09	13	52.168	896,77	21	530,00	20	
Centro	7.485	127,38	74,34	6	51.925	883,99	19	504,26	14	
Sud ed Isole	10.059	99,43	63,65	-9	53.080	524,62	-29	335,08	-24	
Italia	**34.502**	**115,78**	**70,19**		**221.301**	**742,11**		**443,26**		

*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

Fonte dei dati: Banca Dati www.tumori.net. Anno 2014.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 189

Tabella 2 - Stima di incidenza e prevalenza per tumore del colon-retto per regione e macroarea. Casi (valori assoluti), tasso (grezzo e standardizzato per età, popolazione europea, per 100.000 persone/anno), proporzione (grezza e standardizzata per età per 100.000 persone), variazioni percentuali rispetto al dato nazionale e ranking della prevalenza grezza. Femmine - Anno 2014

Regioni	Incidenza				Prevalenza					*Ranking* della prevalenza grezza
	Casi	Tassi grezzi	Tassi std	Δ % vs Italia	Casi	Proporzione grezza	Δ % vs Italia	Proporzione std	Δ % vs Italia	
Piemonte	2.168	93,47	41,41	9	16.147	696,01	17	300,80	8	7
Valle d'Aosta	59	88,55	41,45	9	436	656,79	11	301,02	8	9
Lombardia	4.101	79,05	37,61	-1	32.102	618,87	4	294,48	5	11
Trentino-Alto Adige*	424	78,26	39,34	4	3.236	597,74	1	297,31	6	12
Veneto	2.268	88,04	43,77	15	16.910	656,35	11	324,44	16	10
Friuli Venezia Giulia	620	96,66	41,17	8	4.652	725,00	22	301,93	8	6
Liguria	885	104,75	39,10	3	6.886	815,12	37	297,60	6	1
Emilia-Romagna	2.228	95,01	41,93	10	17.875	762,36	29	336,95	20	3
Toscana	2.030	102,76	42,26	11	15.489	784,00	32	323,89	16	2
Umbria	452	94,02	40,83	8	3.543	736,94	24	311,68	11	5
Marche	743	90,44	40,37	6	6.104	743,04	25	327,03	17	4
Lazio	2.604	85,69	42,04	11	19.981	657,51	11	320,49	15	8
Abruzzo	473	67,77	32,01	-16	3.220	461,63	-22	217,94	-22	14
Molise	116	71,45	32,01	-16	792	486,38	-18	217,95	-22	13
Campania	1.836	61,34	35,01	-8	11.674	390,02	-34	224,58	-20	20
Puglia	1.396	66,51	31,82	-16	8.733	416,16	-30	204,90	-27	18
Basilicata	234	79,20	34,96	-8	1.357	458,64	-23	207,82	-26	15
Calabria	748	72,89	35,00	-8	4.334	422,51	-29	207,99	-26	17
Sicilia	1.452	55,82	29,53	-22	10.326	396,94	-33	207,08	-26	19
Sardegna	536	62,65	29,13	-23	3.654	427,14	-28	202,50	-28	16
Nord	12.753	87,81	40,32	6	98.244	676,44	14	308,11	10	
Nord-Ovest	7.213	85,68	38,82	2	55.571	660,18	11	296,55	6	
Nord-Est	5.540	90,78	42,45	12	42.673	699,09	18	324,70	16	
Centro	5.829	92,24	41,78	10	45.117	714,35	20	321,85	15	
Sud ed Isole	6.791	63,31	32,26	-15	44.090	410,87	-31	211,67	-24	
Italia	**25.373**	**80,29**	**37,96**		**187.451**	**593,08**		**279,72**		

*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

Fonte dei dati: Banca Dati www.tumori.net. Anno 2014.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 190

Tabella 3 - Stima di incidenza e prevalenza per tumore della mammella per regione e macroarea. Casi (valori assoluti), tasso (grezzo e standardizzato per età, popolazione europea, per 100.000 persone/anno), proporzione (grezza e standardizzata per età per 100.000 persone), variazioni percentuali rispetto al dato nazionale e ranking della prevalenza grezza - Anno 2014

Regioni	Incidenza				Prevalenza					Ranking della prevalenza grezza
	Casi	Tassi grezzi	Tassi std	Δ % vs Italia	Casi	Proporzione grezza	Δ % vs Italia	Proporzione std	Δ % vs Italia	
Piemonte	3.322	143,19	89,77	-23	53.884	2.322,71	6	1.295,12	-4	7
Valle d'Aosta	92	138,02	89,75	-23	1.468	2.212,75	1	1.295,05	-4	12
Lombardia	9.931	191,46	122,78	5	130.207	2.510,15	15	1.495,25	11	4
Trentino-Alto Adige*	962	177,77	120,65	3	12.221	2.257,30	3	1.440,97	7	10
Veneto	3.976	154,32	101,18	-14	57.630	2.236,87	2	1.356,20	1	11
Friuli Venezia Giulia	1.346	209,86	129,41	10	18.239	2.842,64	30	1.569,65	17	1
Liguria	1.589	188,09	104,80	-11	23.152	2.740,37	26	1.362,92	1	2
Emilia-Romagna	3.756	160,19	100,73	-14	55.906	2.384,34	9	1.378,53	3	6
Toscana	3.380	171,10	107,43	-8	48.207	2.440,07	12	1.390,31	4	5
Umbria	822	171,07	109,95	-6	11.013	2.290,86	5	1.341,69	0	9
Marche	1.305	158,80	102,31	-13	19.008	2.313,75	6	1.359,26	1	8
Lazio	6.342	208,69	142,95	22	80.594	2.652,11	21	1.678,22	25	3
Abruzzo	1.264	181,19	121,75	4	11.891	1.704,78	-22	1.079,68	-20	18
Molise	302	185,17	121,75	4	2.853	1.751,16	-20	1.079,68	-20	15
Campania	4.047	135,21	101,33	-14	38.671	1.291,95	-41	930,92	-31	20
Puglia	4.271	203,55	141,73	21	39.755	1.894,49	-13	1.272,71	-5	14
Basilicata	560	189,17	132,98	13	5.105	1.725,38	-21	1.142,91	-15	17
Calabria	1.857	181,04	133,03	13	16.798	1.637,51	-25	1.142,94	-15	19
Sicilia	4.528	174,04	125,50	7	45.354	1.743,37	-20	1.186,51	-12	16
Sardegna	1.693	197,86	132,80	13	17.774	2.077,72	-5	1.307,29	-3	13
Nord	24.974	172,12	108,94	-7	352.707	2.429,29	11	1.410,61	5	
Nord-Ovest	14.934	177,55	111,21	-5	208.711	2.480,34	14	1.422,03	6	
Nord-Est	10.040	164,62	105,74	-10	143.996	2.359,39	8	1.395,30	4	
Centro	11.849	187,36	123,87	6	158.822	2.512,06	15	1.518,36	13	
Sud ed Isole	18.522	172,62	123,34	5	178.201	1.660,27	-24	1.130,52	-16	
Italia	**55.345**	**175,69**	**117,26**		**689.730**	**2.183,14**		**1.342,91**		

*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

Fonte dei dati: Banca Dati www.tumori.net. Anno 2014.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 191

Tabella 4 - Stima di incidenza e prevalenza per tumore della prostata per regione e macroarea. Casi (valori assoluti), tasso (grezzo e standardizzato per età, popolazione europea, per 100.000 persone/anno), proporzione (grezza e standardizzata per età per 100.000 persone), variazioni percentuali rispetto al dato nazionale e ranking della prevalenza grezza - Anno 2014

Regioni	Incidenza				Prevalenza					Ranking della prevalenza grezza
	Casi	Tassi grezzi	Tassi std	Δ % vs Italia	Casi	Proporzione grezza	Δ % vs Italia	Proporzione std	Δ % vs Italia	
Piemonte	4.864	223,13	120,07	35	41.545	1.905,68	60	941,24	42	1
Valle d'Aosta	131	205,70	120,09	35	1.095	1.723,03	45	941,39	42	3
Lombardia	7.430	149,70	94,55	6	64.865	1.306,88	10	766,37	15	9
Trentino-Alto Adige*	1.082	206,39	140,70	58	9.168	1.749,27	47	1.106,55	67	2
Veneto	3.990	161,46	104,87	18	31.668	1.281,44	8	761,82	15	11
Friuli Venezia Giulia	1.098	181,24	99,25	12	9.882	1.631,76	37	826,60	25	5
Liguria	1.357	176,85	80,96	-9	12.597	1.641,70	38	684,45	3	4
Emilia-Romagna	3.776	170,24	95,79	8	31.868	1.436,84	21	732,73	10	7
Toscana	3.226	175,62	101,53	14	26.582	1.447,02	22	738,51	11	6
Umbria	597	134,13	69,33	-22	5.618	1.262,10	6	592,70	-11	12
Marche	1.214	156,40	88,65	0	9.981	1.286,30	8	651,62	-2	10
Lazio	5.024	178,54	110,79	24	38.044	1.351,89	14	779,73	17	8
Abruzzo	544	82,43	43,45	-51	4.316	654,14	-45	326,44	-51	18
Molise	133	86,07	43,46	-51	1.062	686,54	-42	326,45	-51	17
Campania	2.883	102,49	72,91	-18	19.521	694,04	-42	472,82	-29	16
Puglia	1.457	73,79	43,85	-51	11.918	603,64	-49	341,40	-49	20
Basilicata	348	123,19	68,43	-23	2.371	838,88	-29	431,49	-35	13
Calabria	1.120	115,38	68,42	-23	7.513	774,25	-35	431,27	-35	15
Sicilia	2.952	121,40	75,38	-15	19.553	804,15	-32	470,85	-29	14
Sardegna	659	80,25	45,70	-49	5.158	628,39	-47	343,12	-48	19
Nord	23.728	171,99	102,10	15	202.688	1.469,07	24	800,42	21	
Nord-Ovest	13.782	172,77	100,87	13	120.102	1.505,61	27	810,61	22	
Nord-Est	9.946	170,93	103,86	17	82.586	1.419,20	19	786,83	19	
Centro	10.061	171,32	101,05	14	80.225	1.365,93	15	731,67	10	
Sud ed Isole	10.096	99,93	62,06	-30	71.412	706,72	-41	415,68	-37	
Italia	**43.885**	**147,36**	**88,99**		**354.325**	**1.189,12**		**663,64**		

*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

Fonte dei dati: Banca Dati www.tumori.net. Anno 2014.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'incremento del numero di pazienti oncologici ha un forte impatto sui sistemi sanitari. L'invecchiamento della popolazione e, in misura minore, i miglioramenti diagnostici e terapeutici sommati all'incremento di incidenza per qualche patologia, contribuiscono all'aumento del carico oncologico. Tutto questo pone problemi di sostenibilità dei costi dell'assistenza, soprattutto quando le risorse economiche allocate per la salute pubblica rischiano di diminuire.

L'Italia è caratterizzata da una forte variabilità regionale nel carico oncologico dovuta sia a profili di rischio diversi (diversa distribuzione dei fattori di rischio e diverso andamento nel tempo dell'incidenza) che alle attività di screening organizzato o opportunistico (implementazione degli screening sul territorio con copertura e tempi differenti). Sebbene, ad oggi, tutte le regioni abbiano avviato programmi di screening organizzato mammografico e colorettale, la copertura effettiva della popolazione target è molto variabile a livello territoriale. Il confronto tra le regioni del Nord e del Centro con quelle del Sud e con le Isole rivela ancora uno squilibrio. Mentre al Nord e al Centro la copertura dello screening mammografico ha raggiunto, rispettivamente, il 94% e l'86%, nel Meridione il valore registrato è inferiore al 40% (2).

Anche la copertura dello screening colorettale evidenzia una situazione più sfavorevole nell'area meridionale, con percentuali pari al 42% al Nord, 24% al Centro e solo al 4% al Sud ed Isole (3).

La prevalenza è un indicatore epidemiologico di crescente importanza nella pianificazione sanitaria. La domanda di assistenza sanitaria legata ai tumori cambia molto tra le diverse neoplasie, ma cambia anche al variare del tempo trascorso dalla diagnosi e dell'esito dei trattamenti. I bisogni sanitari dei pazienti oncologici variano, infatti, in funzione della fase di malattia: dai trattamenti di prima linea in prossimità della diagnosi alla prevenzione delle recidive in fase di monitoraggio a medio termine ed alle cure palliative in fase terminale. La domanda assistenziale non è trascurabile nemmeno per le persone che possono ritenersi guarite dal cancro a causa di problematiche che possono condizionare salute e qualità della vita dei cosiddetti lungo-sopravviventi (effetti avversi e collaterali delle terapie, secondi tumori, problematiche psicologiche,

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 192

riproduttive, lavorative e familiari).
Disporre di indicatori più specifici che permettano di quantificare il carico sanitario tenendo conto anche delle diverse fasi della malattia è essenziale per pianificare, in modo più appropriato, l'allocazione delle risorse sanitarie e per rispondere ai bisogni di assistenza e riabilitazione di chi convive con un tumore.

Riferimenti bibliografici

(1) Verdecchia A, Capocaccia R, Egidi V, Golini A. A method for the estimation of chronic disease morbidity and trends from mortality data. Stat Med, 8: 201-206, 1989.
(2) Ventura L, Giorgi D, Giordano L, Frigerio A, Mantellini P, Zappa M. Mammographic breast cancer screening in Italy: 2011-2012 survey/Lo screening mammografico in Italia: survey 2011-2012. Epidemiol Prev 2015; 39 (3) Suppl 1: 21-9.
(3) Zorzi M, Da Re F, Mantellini P, Naldoni C, Sassoli de' Bianchi P, Senore C, Turrin A, Visioli CB, Zappa M e Gruppo italiano survey screening colorettale.Screening for colorectal cancer in Italy: 2011-2012 survey/Screening dei tumori del colon-retto in Italia: survey 2011-2012. Epidemiol Prev 2015; 39 (3) Suppl 1: 93-107.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 193

Valutazione economica dei percorsi di cura dei pazienti oncologici

Dott.ssa Silvia Francisci, Dott. Stefano Guzzinati, Dott.ssa Anna Gigli

La patologia oncologica in Italia ha un impatto di rilevanza crescente sul Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e Regionale. L'incidenza dei tumori è in aumento e la speranza di vita alla diagnosi per molti pazienti oncologici si allunga di pari passo con la disponibilità di trattamenti sempre più specifici, efficaci e con effetti collaterali moderati o assenti. L'aumento della popolazione anziana, più colpita dalle patologie neoplastiche, e la diffusione di terapie e farmaci dal costo elevato sono ulteriori dinamiche di grande impatto sulla spesa pubblica (1).

L'analisi dei bisogni sanitari dei pazienti oncologici è fondamentale per determinare correttamente l'ammontare delle risorse economiche da destinare all'oncologia. L'identificazione qualitativa e quantitativa di tali bisogni nella situazione corrente e la loro previsione alla luce di possibili scenari di intervento sul territorio sono parametri strategici ai fini di una corretta pianificazione della spesa sanitaria e del suo controllo.

Gli studi finalizzati alla valutazione dei costi in oncologia, condotti in diversi Paesi d'Europa e del Nord America, hanno evidenziato alcune criticità legate, principalmente, alla disponibilità dei dati e allo sviluppo di metodologie di analisi adatte al contesto di riferimento (2). Fondamentale, ai fini di una valutazione economica legata alla diagnosi e al trattamento delle neoplasie, è l'individuazione dei percorsi di diagnosi, i trattamenti ed il monitoraggio dei pazienti. Tale individuazione è basata sull'integrazione di informazioni provenienti dai Registri Tumori (RT) su base di popolazione e da altre fonti di dati. I costi direttamente attribuibili al trattamento della patologia oncologica andrebbero, poi, integrati con i costi indiretti e sociali che vengono affrontati dal paziente e dai suoi familiari, la cui misurazione richiede indagini ad hoc su campioni rappresentativi di pazienti.

Per quanto riguarda il contesto italiano, le informazioni raccolte dai RT, combinate con i dati di natura amministrativa (archivio delle Schede di Dimissione Ospedaliera, delle Prestazioni Specialistiche e della Farmaceutica), offrono la possibilità di ricostruire i Percorsi Diagnostici, Terapeutici e Assistenziali (PDTA) dei pazienti oncologici, di valutarne appropriatezza e aderenza ai protocolli e di quantificare il corrispondente ammontare di risorse richieste al sistema sanitario a livello regionale e nazionale.

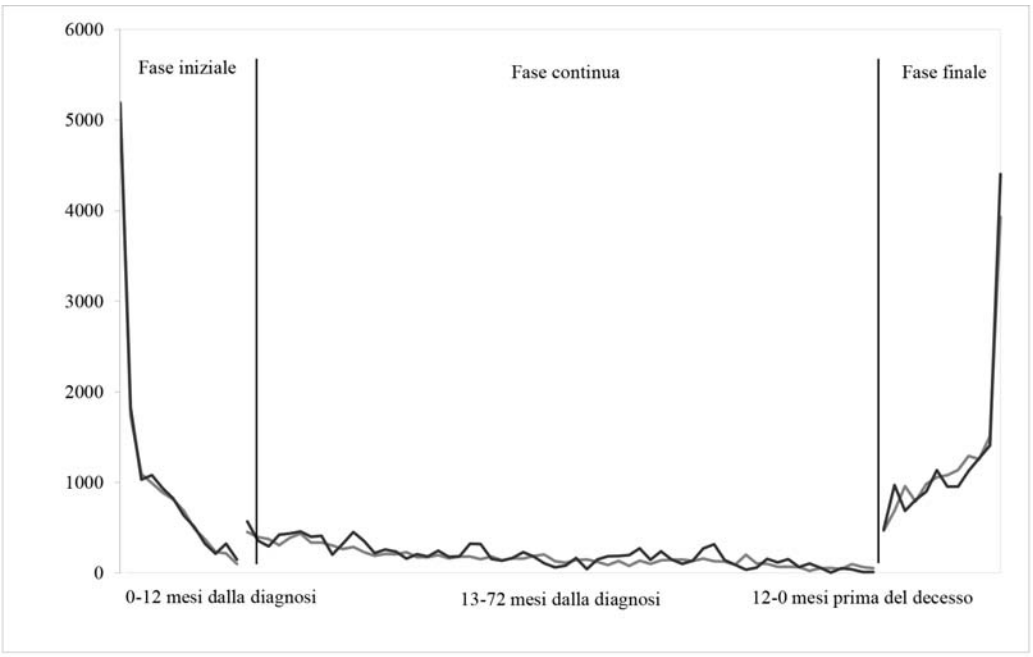
Una prima esperienza in Italia (2) di valutazione economica dei costi diretti, relativi a trattamenti somministrati in ospedale (sia in regime di Ricovero Ordinario che in Day Hospital) nelle aree coperte dai RT del Veneto e della Toscana per i tumori del colon e del retto, ha permesso di produrre risultati confrontabili con quelli disponibili nella letteratura internazionale (3), applicando una metodologia che può essere generalizzata ad altre sedi tumorali e ad altre aree del Paese.

Nello studio italiano i PDTA sono stati definiti e descritti secondo uno schema di riferimento che prevede tre fasi nel percorso del paziente: fase iniziale di diagnosi e trattamento (12 mesi di durata a partire dal momento della diagnosi), fase continua di monitoraggio per la diagnosi di eventuali recidive (durata variabile a seconda della sopravvivenza del paziente) e fase finale dedicata alle cure palliative e al trattamento del fine vita (durata variabile da 0 a 12 mesi che precedono il decesso per tumore, nel caso di pazienti a peggiore prognosi). Per ogni fase del percorso è stato stimato il costo medio per paziente su base annua mediante la costruzione di un profilo dei costi ospedalieri direttamente correlati alla diagnosi e al trattamento dei tumori di colon e retto. Sono stati stimati profili di costo specifici per classe di età e stadio alla diagnosi (determinante dell'approccio terapeutico di fase iniziale) che applicati al numero dei casi prevalenti, anch'essi stratificati per le stesse variabili, hanno permesso la valutazione della spesa sanitaria complessiva attesa attribuibile ai tumori di colon e retto nelle aree interessate dallo studio. Le stime aggregate sono state estrapolate al territorio regionale di Veneto e Toscana.

I risultati principali dello studio sono sintetizzati nel Grafico 1, 2 e 3 e nella Tabella 1.

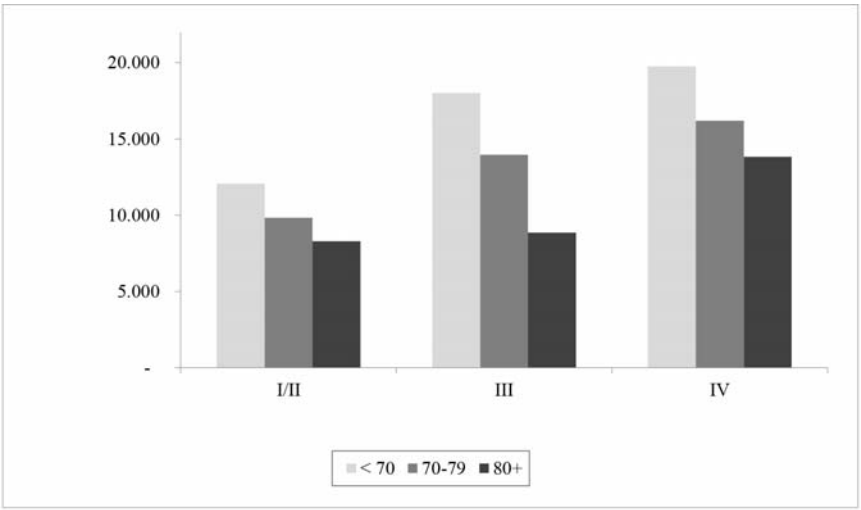
Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 194

Grafico 1 - Costo medio (valori in €) mensile pro capite per la diagnosi e il trattamento ospedaliero di pazienti con diagnosi di tumore del colon e del retto nelle aree dei Registri Tumori di Toscana (curva grigia) e Veneto (curva nera) - Anni 2000-2001 e follow-up al 31 dicembre 2007



Fonte dei dati: Francisci et al. Cost profiles of colorectal cancer patients in Italy based on individual patterns of care. BMC Cancer 2013; 13: 329). Coorte di diagnosi 2000-2001 e follow-up al 31 dicembre 2007.

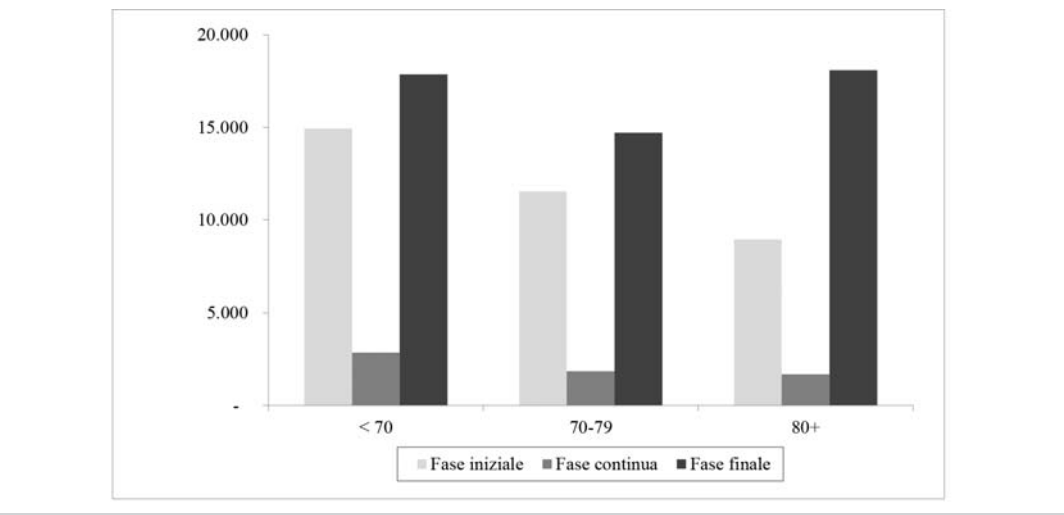
Grafico 2 - Costo medio (valori in €) della fase iniziale della malattia tumorale del colon e del retto nelle aree dei Registri Tumori di Toscana e Veneto per classe di età e stadio alla diagnosi (stadio I/II, III e IV) - Anno 2006



Fonte dei dati: Francisci et al. Cost profiles of colorectal cancer patients in Italy based on individual patterns of care. BMC Cancer 2013; 13: 329). Anno 2006.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 195

Grafico 3 - Costo medio (valori in €) per fase della malattia tumorale del colon e del retto nelle aree dei Registri Tumori di Toscana e Veneto per classe di età - Anno 2006



Fonte dei dati: Francisci et al. Cost profiles of colorectal cancer patients in Italy based on individual patterns of care. BMC Cancer 2013; 13: 329). Anno 2006.

Tabella 1 - Casi (valori assoluti e valori percentuali) prevalenti e costi (valori in € e valori percentuali) per la diagnosi e il trattamento ospedaliero dei pazienti con tumore del colon e del retto nelle aree dei Registri Tumori di Toscana e Veneto per fase di malattia e per classe di età - Situazione al 1 gennaio 2006

Fasi di malattia	Classi di età	Registro Tumori Toscana				Registro Tumori Veneto			
		Casi prevalenti	%	€	%	Casi prevalenti	%	€	%
Iniziale	<70	373		5.778.956		556		9.302.077	
	70-79	268		3.371.999		342		4.093.306	
	80+	190		1.701.665		203		2.445.414	
	tutte le età	831	10	10.852.620	33	1.101	11	15.840.797	36
Continua	<70	2.331		6.457.952		2.952		9.101.016	
	70-79	2.411		4.187.039		2.792		6.053.056	
	80+	2.306		3.827.130		2.214		4.004.222	
	tutte le età	7.048	84	14.472.121	43	7.958	83	19.158.294	43
Finale	<70	106		1.337.504		156		2.731.404	
	70-79	134		1.975.533		163		2.339.350	
	80+	251		4.650.260		264		4.447.608	
	tutte le età	491	6	7.963.297	24	583	6	9.518.362	21
Totale		**8.370**		**33.288.038**		**9.642**		**44.517.453**	

Fonte dei dati: Francisci et al. Cost profiles of colorectal cancer patients in Italy based on individual patterns of care. BMC Cancer 2013; 13: 329). Anno 2006.

Il Grafico 1 mostra l'andamento della spesa ospedaliera media mensile pro capite direttamente correlata al trattamento del tumore del colon e del retto nelle diverse fasi della malattia. La curva presenta due picchi, il primo in prossimità della diagnosi e del primo intervento/trattamento e il secondo in prossimità del decesso per i pazienti a prognosi peggiore.
Il Grafico 2 e 3 mettono in evidenza come lo stadio e l'età del paziente alla diagnosi siano determinanti importanti dell'approccio terapeutico che incidono sulla spesa sanitaria diretta: pazienti giovani e con diagnosi in stadi avanzati richiedono trattamenti più intensivi e, quindi, maggiori risorse economiche.
La Tabella 1 riporta la distribuzione dei casi prevalenti al 1 gennaio 2006 e dei costi diretti associati al loro trattamento nelle diverse fasi di malattia, per classe di età e per ciascuna delle due aree dei registri inclusi nello studio (RT Toscana e RT Veneto). La fase continua ha un costo medio pro capite di circa un quarto rispetto alla fase iniziale e finale, ma assorbe, tuttavia, il 43% delle risorse in quanto include l'83% dei casi prevalenti totali.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 196

Lo studio presenta una serie di limiti e criticità legati sia alla disponibilità di fonti amministrative (mancano qui le informazioni sui trattamenti specialistici ambulatoriali e sulla farmaceutica) che alla copertura geografica limitata a solo 2 regioni (una del Centro ed una del Nord-Est).
Tali criticità riscontrate nell'esperienza pilota vengono affrontate in un nuovo studio appena cominciato che allarga la partecipazione dei RT (8 regioni distribuite nelle diverse macroaree del Paese), include la mammella tra le sedi di interesse e utilizza diverse fonti di dati amministrativi. In tal modo, sarà possibile completare la determinazione dei costi direttamente sostenuti dal SSN per la diagnosi e cura dei pazienti oncologici.

Riferimenti bibliografici

(1) Sullivan S, et al. Delivering affordable cancer care in high-income countries. Lancet Oncology 2011, 12: 933-80.
(2) Francisci et al. Cost profiles of colorectal cancer patients in Italy based on individual patterns of care. BMC Cancer 2013; 13: 329.
(3) Yabroff RK, Mariotto AB, Feuer E, Brown ML. Projections of the costs associated with colorectal cancer care in the United States 2000-2020. Health Econ 2008, 17: 947-959.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 197

Epidemiologia e uso dei servizi nella diagnosi e nel trattamento dei tumori della tiroide

Dott. Aldo Rosano, Dott.ssa Marta Marino

Epidemiologia

Il cancro della tiroide è la più comune neoplasia endocrina maligna e rappresenta l'1-2% di tutti i tumori che colpiscono l'uomo (1). Si può manifestare a tutte le età, con massima incidenza tra i 25-65 anni e prevalenza nel genere femminile. Ha una incidenza da 2 a 4 volte più alta nelle donne che negli uomini. Nelle donne l'incidenza cresce dai 16 ai 40 anni e poi raggiunge un plateau. Negli uomini l'incidenza più alta si ha tra i 75 ed i 79 anni, età in cui è comparabile all'incidenza nelle donne (2).

Gli istotipi di tumore alla tiroide sono quattro: papillare (circa l'80%, bassissima mortalità), follicolare (tra il 10-15%), midollare (5-7%) e anaplastico (l'1%, prognosi molto severa) (3). I principali fattori di rischio accertati sono l'esposizione a radiazioni ionizzanti, la presenza di patologie benigne precedenti (in particolare di noduli benigni e gozzo), la carenza di iodio e, probabilmente, l'obesità (4).

L'età media alla diagnosi è intorno ai 40 anni per i carcinomi papillari, ai 50 anni o più per i carcinomi follicolari e ai 70 anni per i carcinomi anaplastici. In Italia, si stima un'incidenza di 4,1 casi ogni 100.000 abitanti per gli uomini e 12,5 casi ogni 100.000 abitanti per le donne. Nel 2012, nel nostro Paese, sono stati diagnosticati 3.200 tumori tiroidei negli uomini e 10.900 nelle donne.

Il tumore della tiroide è il più frequente fra tutte le neoplasie del sistema endocrino (circa il 90%). Sono circa 16.000 i nuovi casi attesi nel 2015 (circa il 4% di tutti i nuovi casi), di cui tre quarti tra le donne. I casi prevalenti sono stimati in circa 64.000. Tra le donne questo tumore è, globalmente, al quarto posto in ordine di incidenza (5% di tutti i casi), al secondo posto sotto i 50 anni di età (14%).

Il tumore della tiroide ha fatto registrare, tra il 1991 e il 2005, in Italia e nel resto dei Paesi industrializzati, un forte incremento di nuovi casi. Un aumento che ha coinvolto tutte le classi di età, con un picco nella fascia 45-49 anni per le donne e 65-69 anni per gli uomini (5).

La sopravvivenza media, a 5 anni dalla diagnosi, è del 94%; si differenzia per l'età alla diagnosi andando dal 100% nella classe di età 15-44 al 98% nella classe di età 45-54 al 95% nella classe di età 55-64 all'88% nella classe di età 65-74 anni ed al 59% nella classe di età 75-99. La sopravvivenza relativa stimata dei pazienti che hanno ricevuto una diagnosi, nel periodo 2005-2007, è del 95% a 5 anni, del 94% a 10 anni e dell' 89% a 15 anni. La sopravvivenza relativa a 5 anni, per chi è sopravvissuto 1 anno dalla diagnosi, è del 98%. La sopravvivenza a 5 anni è bassa per le forme anaplastiche e del 50% per quelle midollari, mentre è elevata nelle forme follicolari e papillari (6).

In Italia, l'aumento ha interessato per lo più i tumori papillari (quelli a migliore prognosi) con i tassi di incidenza più alti in Emilia-Romagna e nel Lazio. Al contrario, i tassi di incidenza più bassi sono stati riscontrati soprattutto nel Nord (tra cui il Piemonte, la Lombardia, il Veneto e il Friuli Venezia Giulia). Nelle regioni a più alta incidenza non si osserva una maggior prevalenza dei fattori di rischio noti, come l'esposizione a radiazioni ionizzanti e la carenza di iodio (5).

In realtà, dopo il disastro nucleare della centrale di Cernobyl, si sono diffuse molte preoccupazioni ed allarmismi per una possibile epidemia di tumori, in particolare i tumori della tiroide. Timori non giustificati visto che l'incidente di Chernobyl ha provocato una esposizione di circa 0,3 milliSievert, pari a circa un decimo dell'esposizione naturale a radiazioni ionizzanti (7). Una esposizione, quindi, che non può spiegare il diverso aumento dei tumori della tiroide nelle regioni italiane. Anche la carenza di iodio, essendo maggiore nelle regioni alpine, non può spiegare il maggior aumento nelle regioni pianeggianti (5).

Come dimostrato da studi simili condotti in altri Paesi avanzati, anche in Italia si osserva un'associazione tra aumento dei tumori alla tiroide e crescente attenzione diagnostica per queste neoplasie. L'incidenza aumenta in gran parte nelle forme papillari diagnosticati in individui giovani o di mezza età. Confrontando i tassi di incidenza specifici per età in vari Paesi, negli ultimi 50 anni si nota come, in seguito all'introduzione dell'ecografia del collo, negli anni Ottanta aumenta linearmente la rilevazione di tumori della tiroide asintomatici nei soggetti giovani e di mezza età (5).

Diagnosi

Una volta individuato un nodulo, il percorso diagnostico appropriato prevede, in un I livello, la valutazione clinico-anamnestica (la raccolta delle informazioni cliniche nonché della presenza di eventuali fattori di rischio, l'esame clinico con la palpazione del nodulo e dei linfonodi), l'ecografia ed alcuni esami di laboratorio. L'esame strumentale più semplice per studiare la tiroide è l'ecografia (con Eco-color-doppler), che permette di valutare sia la morfologia e sede dei noduli, gli eventuali caratteri ecografici sospetti per malignità e, quindi, meritevoli di un

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 198

approfondimento diagnostico con agoaspirato ecoguidato ed esame citologico, sia la presenza di linfonodi con caratteristiche sospette. Vengono prescritti, inoltre, esami per misurare i livelli di tireotropina (o TSH, l'ormone ipofisario che regola il funzionamento della tiroide stimolando la produzione degli ormoni tiroidei), tiroxina (o FT4, l'ormone prodotto dalle cellule follicolari della tiroide), Calcitonina (ormone prodotto dalle cellule parafollicolari della tiroide), anticorpi anti-tireoglobulina e anti-tireoperossidasi (o Ab-TG e Ab-TPO, per valutare una condizione di autoimmunità) e Calcemia (le cui alterazioni sono date da patologie delle paratiroidi).
Gli esami di II livello includono l'esame cellulare del materiale ottenuto da agoaspirato ecoguidato, ulteriori esami ematochimici di approfondimento e la scintigrafia tiroidea. Quest'ultima è indicata per la valutazione dell'autonomia funzionale del nodulo, ossia per verificare se il nodulo è più o meno captante il radiofarmaco rispetto al tessuto tiroideo circostante (i noduli iperfunzionanti sono più raramente maligni).
Gli esami di III livello sono la fibroscopia laringea, la Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) e la Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (8).

Trattamento

La chirurgia è il trattamento di elezione. In genere, si preferisce asportare tutta la ghiandola (tiroidectomia totale, con o senza linfoadenectomia), a causa dell'elevata frequenza della multifocalità della patologia neoplastica tiroidea e della possibilità di facilitare in tale maniera sia l'eventuale terapia con radioiodio che il successivo follow-up attraverso il dosaggio della tireoglobulina.
Un intervento chirurgico conservativo di lobo-istmectomia, cioè l'asportazione del solo lato coinvolto e del tratto di tiroide che unisce i due lobi, è indicato limitatamente ai casi di carcinoma papillare unifocale, con diametro inferiore ad 1 cm. La chirurgia e l'esame istologico, inoltre, sono essenziali per una corretta stadiazione della neoplasia, che è alla base del trattamento post-operatorio.
Dopo l'intervento di tiroidectomia totale si somministrano, in genere, ormoni tiroidei in sostituzione di quelli che la ghiandola non può più produrre. Inoltre, nei carcinomi tiroidei a più elevato rischio di recidiva e nei pazienti con metastasi captanti a distanza, il paziente viene trattato con iodio radioattivo, a completamento delle procedure terapeutiche.
Ad oggi, non vi sono chiare e provate evidenze scientifiche circa l'uso aggiuntivo routinario della chemioterapia nella gestione dei pazienti con neoplasie della tiroide. Ulteriori terapie vedono l'impiego di ormoni per sopprimere il TSH e ridurre, quindi, la progressione dei tumori che sono ad esso sensibili, nonché la terapia radiante esterna, sebbene riservata a casi non altrimenti trattabili (8, 9).

Utilizzo dei servizi per la diagnosi e il trattamento dei tumori della tiroide

La patologia nodulare della tiroide è, ancora oggi, oggetto di ricovero ospedaliero, normalmente inappropriato, mentre può essere gestita efficacemente e con maggiore efficienza a livello ambulatoriale. Nel Lazio, i pazienti con sospetta patologia nodulare tiroidea, che necessitano di un approfondimento diagnostico, sono indirizzati verso uno specifico percorso ambulatoriale atto a gestire problemi clinici complessi, diagnostici o terapeutici, che richiedono competenze multispecialistiche integrate e che di norma non determinano la necessità di sorveglianza medico-infermieristica prolungata.
Il percorso ambulatoriale si esplica attraverso l'erogazione di un Pacchetto Ambulatoriale Complesso (PAC), che nel caso della diagnosi del nodulo tiroideo prevede: la visita e gestione del PAC, la diagnostica ecografica del capo e del collo, la biopsia (percutanea) della tiroide, la visita successiva alla prima, il prelievo di sangue venoso, l'emocromo, l'esame citologico da agoaspirazione, il dosaggio del TSH, dell'FT4, dell'FT3, degli anticorpi anti microsomi, anti tireoperossidasi e degli anticorpi anti tireoglobulina.
Secondo una elaborazione condotta dagli Autori, emerge come il numero di biopsie della tiroide effettuate in regime ambulatoriale è in costante crescita, da 8.910 nel 2005 a 11.129 nel 2010. Il PAC diagnostico per il nodulo tiroideo è stato introdotto nel 2006, ma il primo anno a pieno regime è stato il 2007, anno in cui ne sono stati erogati 1.026. La crescita di questa modalità di assistenza per la diagnosi del nodulo tiroide è stata lenta ma costante, arrivando a 1.709 PAC erogati nel 2010. Come detto, lo scopo dei PAC è quello di fornire ai pazienti un efficiente percorso per la diagnosi del nodulo tiroideo in un setting organizzativamente più appropriato rispetto al ricovero ospedaliero. L'effetto dell'introduzione del PAC in termini di riduzione dei ricoveri non si è osservato almeno fino al 2010, visto che le prestazioni ospedaliere per biopsia della tiroide sono rimaste intorno alle 4.000 (di cui circa il 7% in regime ordinario), stesso dato del 2005. Dal 2011, i ricoveri a scopo diagnostico diminuiscono decisamente, sono meno di 2.500 e nel 2013 sono meno di 2.000.
Per quel che riguarda il trattamento chirurgico della tiroide, i dati dei ricoveri effettuati nelle strutture del Lazio fanno registrare un lieve incremento nel periodo in studio: erano poco più di 1.500 nel 2006 e 1.650 nel 2013.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 199

Discussione

I tumori della tiroide colpiscono, ogni anno in Italia, 13 donne su 100.000 e 4 uomini ogni 100.000. La mortalità attribuibile è molto bassa, essendo la causa di morte di 1 persona ogni 100.000 abitanti (10).

Gli studi mettono in luce il forte legame tra l'aumento dei tumori alla tiroide e la crescente attenzione diagnostica per queste neoplasie. Dov'è cresciuta l'attenzione per la diagnosi precoce dei tumori della tiroide, l'aumento è più rilevante (11).

I dati sugli interventi di tiroidectomia del Lazio sono coerenti con il dato epidemiologico che evidenzia un lieve incremento dell'incidenza a fronte di un costante aumento delle prestazioni diagnostiche del nodulo tiroideo. Per ridurre l'impatto in termini di utilizzo di risorse derivante tali andamenti, il Lazio, come altre regioni (ad esempio Emilia-Romagna e Campania), ha previsto percorsi di diagnosi e cura che privilegiano il setting ambulatoriale.

Numerosi studi hanno messo in evidenza come l'aumento dei casi di cancro alla tiroide è prevalentemente dovuto alla maggiore diagnosi di tumori papillari di piccole dimensioni. Questa tendenza, combinata con l'esistenza di un serbatoio noto sostanziale di cancro subclinico e con il dato di mortalità, stabile, suggerisce che l'aumento dell'incidenza riflette un aumento nella diagnosi di stati subclinici e non un reale aumento dell'insorgenza del cancro della tiroide (11, 12).

L'incidenza di questo tumore è progressivamente aumentata nel tempo ed è destinata a crescere ulteriormente in futuro. Poiché non vi è prova di un reale beneficio in termini di sopravvivenza derivante dall'intensa pratica diagnostica di questi tumori, i rischi derivanti da sovradiagnosi e overtreatment dovrebbero essere affrontati al più presto (5).

Riferimenti bibliografici

(1) Disponibile sul sito:www.airc.it/tumori/tumore-alla-tiroide.asp.
(2) Disponibile sul sito: www.ifo.it/index/attivita-cliniche/area-medicina-oncologica/endocrinologia/tiroide.html.
(3) Disponibile sul sito: http://www.thyca.org/download/document/666/Basics-Italian.pdf.
(4) Istituto Superiore di Sanità (ISS). Basi scientifiche per Linee Guida in ambito clinico per le patologie oncologiche. Disponibile sul sito: www.iss.it/lgac/docu/index.php?lang=1&tipo=32&area=101.
(5) Vaccarella S., Dal Maso L., Laversanne M., Bray F., Plummer M., and Franceschi S. The Impact of Diagnostic Changes on the Rise in Thyroid Cancer Incidence: A Population-Based Study in Selected High-Resource Countries. Thyroid. 2015; 25 (10): 1.127-1.136.
(6) Associazione Italiana registri tumori (AIRTUM). Disponibile sul sito: www.registri-tumori.it/PDF/AIOM2014/I_numeri_del_cancro_2014.pdf.
(7) Peplow M. Chernobyl's legacy. Nature. 2011 Mar 31;471 (7340): 562-5.
(8) Criteri di appropriatezza clinica ed organizzativa nella diagnosi, terapia e follow-up della neoplasia della tiroide. Disponibile sul sito: https://francescocognetti.files.wordpress.com/2012/03/impaginato.pdf.
(9) Disponibile sul sito: www.thyroid.org/wp-content/uploads/publications/guidelines/thy.2009.0110_italian.pdf.
(10) Buzzoni C, Crocetti E, De Angelis R, Dal Maso L; AIRTUM Working Group. (Cancer survival in Italy in 2000-2007 is better than in Europe). Epidemiol Prev. 2015; 39 (4): 270.
(11) Dal Maso et al. Incidence of thyroid cancer in Italy, 1991-2005: time trends and age-period-cohort effects. Ann Oncol 2011; 22 (4): 957-63.
(12) Davies L, Welch HG. Increasing incidence of thyroid cancer in the United States, 1973-2002. JAMA. 2006; 295: 2.164-7.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 200

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 201

Salute e disabilità

La prevenzione primaria è il primo strumento che abbiamo a disposizione per preservare la nostra salute. Per prevenzione primaria si intendono le azioni che riducono i fattori di rischio e, quindi, la possibile comparsa di malattie. L'importanza degli stili di vita e delle nostre azioni sono spesso sottovalutati e non considerati direttamente collegati alla nostra salute presente e futura.

La prevenzione secondaria, invece, viene attuata attraverso test di screening volti a scoprire le malattie allo stato iniziale per permettere la cosiddetta "diagnosi precoce" che consente di intervenire, tempestivamente, e di aumentare la possibilità di guarigione. Il Servizio Sanitario Nazionale, in collaborazione con le Aziende Sanitarie Locali (ASL) e le Regioni, organizza programmi di screening rivolti a specifici gruppi di persone (considerate a rischio) per individuare, precocemente, alcune malattie.

Nel Capitolo, dopo aver descritto lo stato di salute fisico e psicologico delle persone con disabilità, vengono analizzati alcuni aspetti di prevenzione primaria, come la vaccinazione antinfluenzale e la prevalenza di eccesso ponderale, indicatore del grado di adozione di stili di vita connessi all'insorgenza delle malattie croniche non trasmissibili, ed alcuni indicatori sulla prevenzione secondaria, come l'accesso agli screening femminili e allo screening del colon-retto.

La disabilità è definita dall'International Classification of Functioning (ICF) come il risultato dell'interazione negativa tra le condizioni di salute di un individuo e l'ambiente in cui esso vive, ma tale definizione non è stata ancora adottata nelle indagini di popolazione. Pertanto, nel presente Capitolo si farà riferimento alla definizione predisposta dall'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE) sulla base dell'International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps (ICIDH) che si riferisce alle persone con limitazioni funzionali. Tale definizione è quella utilizzata dall'indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" dell'Istituto Nazionale di Statistica. L'indagine, svolta nel 2013 al fine di mantenere la comparabilità dei dati con le Edizioni precedenti, ha riproposto tutti i quesiti predisposti dall'OCSE. I quesiti che implementano la classificazione ICIDH valutano specifiche dimensioni: quella fisica, la sfera di autonomia nelle funzioni quotidiane e quello della comunicazione. Alla luce di quanto riferito e consapevoli della diversità di approccio rispetto a quallo sostenuto dall'ICF, nel Capitolo viene considerata persona con disabilità una persona che ha una limitazione funzionale a causa della quale non è in grado di svolgere almeno una delle funzioni essenziali della vita quotidiana[1].

Un elemento importante, da tener presente nel momento in cui si analizzano gli indicatori di prevenzione secondaria presentati, è che questi non si riferiscono ai programmi di screening organizzati dal Servizio Sanitario Nazionale, ASL e Regioni, ma prendono in considerazione il ricorso individuale a questo tipo di accertamenti indipendentemente dal fatto questi siano stati effettuati o meno all'interno di programmi di prevenzione organizzati a livello nazionale o locale.

Lo stato di salute fisico e psicologico delle persone con limitazioni funzionali è nettamente peggiore di quello della popolazione generale; per l'aspetto fisico, il risultato è direttamente connesso con la condizione di salute della persona, mentre l'aspetto psicologico è, sicuramente correlato con le condizioni di salute, ma risente anche di aspetti relazionali ed ambientali. Questi ultimi sono, senz'altro, suscettibili di interventi e differiscono tra regioni con differenze tra persone con e senza limitazioni funzionali meno ampie nel Nord-Est e più evidenti nel Sud e nelle Isole.

Nella prevenzione si evidenziano differenze rilevanti tra persone con e senza limitazioni funzionali per gli screening femminili e per lo screening del colon-retto, in quest'ultimo caso solo per le donne. Anche nell'indicatore che misura sovrappeso e obesità si riscontra una differenza notevole della prevalenza di sovrappeso (+7,2%) e obesità (+11,9%) nei due collettivi considerati.

Dall'analisi degli indicatori presentati si può affermare che per le donne con limitazioni funzionali siamo in presenza di un doppio fattore di discriminazione poiché, oltre ad accedere più difficilmente delle altre al Pap-test e alla mammografia, incontrano difficoltà di accesso anche per lo screening del colon-retto, cosa che non accade per gli uomini.

In conclusione, quindi, nel nostro Paese la differenza di genere e la presenza di disabilità mostrano di non essere ancora risolte, così come quella legata ai differenziali territoriali. Infatti, nel Mezzogiorno l'accesso agli screening è generalmente più basso, soprattutto per lo screening del colon-retto.

[1] 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 e mangiare) e le difficoltà sensoriali (sentire, vedere e parlare). Si considerano, inoltre, il confinamento a letto, su una sedia (non a rotelle) o in casa.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 202

Stato di salute fisico e psicologico delle persone con limitazioni funzionali

Significato. Gli indici di stato di salute fisico e psicologico consentono di tener conto di un approccio multidimensionale del concetto di salute, come si evince dalla definizione di salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Tali indicatori sono stati utilizzati per studiare le differenti condizioni di salute fisica e psicologica delle persone con limitazioni funzionali. Livelli alti degli indici di stato fisico e psicologico riflettono, rispettivamente, assenza di limitazioni funzionali/benessere generale e assenza di disagio psicologico/attitudine psicologia positiva; di converso livelli bassi dei due indici indicano una limitazione nella cura di se/dolore fisico e disagio psicologico/problemi emotivi nella sfera personale e sociale.

Stato di salute fisico per presenza di limitazioni funzionali

Numeratore: Punteggio medio sullo stato di salute fisico delle persone di 14 anni ed oltre per presenza di limitazioni funzionali, genere e classe di età

Denominatore: Persone di 14 anni ed oltre per presenza di limitazioni funzionali, genere e classe di età

Stato di salute psicologico per presenza di limitazioni funzionali

Numeratore: Punteggio medio sullo stato di salute psicologico delle persone di 14 anni ed oltre per presenza di limitazioni funzionali, genere e classe di età

Denominatore: Persone di 14 anni ed oltre per presenza di limitazioni funzionali, genere e classe di età

Validità e limiti. L'indagine dell'Istituto Nazionale di Statistica "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 2012-2013", al fine di mantenere la comparabilità dei dati con le Edizioni precedenti, ha riproposto, all'interno dell'indagine, tutti i quesiti predisposti dall'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico, sulla base dell'International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps (ICIDH). I quesiti della classificazione ICIDH valutano specifiche dimensioni e cioè la dimensione fisica, la sfera di autonomia nelle funzioni quotidiane e la dimensione della comunicazione.
Per l'analisi di questo indicatore viene considerata persona con disabilità una persona che ha una limitazione funzionale a causa della quale non è in grado di svolgere almeno una delle funzioni essenziali della vita quotidiana[1].
I quesiti utilizzati per rilevare le limitazioni funzionali non possono essere somministrati ai bambini di età <6 anni. Lo strumento, inoltre, non è perfettamente in grado di cogliere problemi di salute mentale a meno che questa non sia anche accompagnata da difficoltà di tipo funzionale e/o motorio.
Gli indici medi relativi allo stato di salute fisico (Physical Component Summary) e allo stato di salute psicologico (Mental Component Summary) delle persone di 14 anni ed oltre, derivano dal questionario Short Form Health Survey (SF12) che descrive lo stato di salute analizzando differenti ambiti, quali: attività fisica, limitazioni di ruolo dovute alla salute fisica, stato emotivo, salute mentale, dolore fisico, percezione dello stato di salute generale, vitalità e attività sociali. I dodici quesiti del questionario psicosometrico SF12, estratti dalla versione estesa nota come SF-36 utilizzata in studi di popolazione e di epidemiologia, costituiscono parte del questionario autocompilato somministrato ai rispondenti dell'Indagine Multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 2012-2013".

Valore di riferimento/Benchmark. Non sono concettualmente proponibili degli standard di riferimento.

Descrizione dei risultati

Le persone con limitazioni funzionali di 14 anni ed oltre presentano punteggi medi degli indici di stato fisico e psicologico pari a, rispettivamente, 31,6 e 40,9 punti per gli uomini e 29,4 e 39,4 punti per le donne. Per le persone senza limitazioni funzionali di uguale età, i punteggi medi dei due indici risultano nettamente più elevati (uomini: 52,7 e 50,5 punti; donne: 51,2 e 48,6 punti) a conferma delle loro migliori condizioni di salute psicofisica rispetto alle persone con limitazioni funzionali (Tabella 1).

[1]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 e mangiare) e le difficoltà sensoriali (sentire, vedere e parlare). Si considerano, inoltre, il confinamento a letto, su una sedia (non a rotelle) o in casa. Per approfondimenti sulla costruzione degli indici medi si può consultare il sito: http://crc.marionegri.it/qdv/index.php?page=sf12.

A. PUGLIESE

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 203

Per le persone con e senza limitazioni funzionali di entrambi i generi si osserva, al crescere dell'età, un peggioramento dello stato di salute fisico più marcato rispetto a quello psicologico. Questa tendenza si manifesta con intensità maggiore per le donne con limitazioni funzionali per le quali il punteggio medio dell'indice di stato fisico si riduce di ben 18,8 punti, passando da 46,8 punti per la classe di età 14-24 anni a 28,0 punti della classe di età 75 anni ed oltre; per gli uomini con limitazioni funzionali il decremento è più contenuto (-9,2 punti) in ragione del fatto che in corrispondenza della classe di età 14-24 anni si osserva un punteggio medio inferiore di 6,0 punti rispetto a quello delle donne (i punteggi medi dei pari età senza limitazioni funzionali sono, invece, sostanzialmente identici, 55,9 punti per gli uomini e 55,8 punti per le donne). Per le persone senza limitazioni funzionali i decrementi del punteggio medio dell'indice di stato fisico all'aumentare dell'età risultano piuttosto contenuti (-4,6 punti per le donne e -3,2 punti per gli uomini).

La differenza dell'indice di stato psicologico è più evidente per le persone con limitazioni funzionali di 14 anni ed oltre, -7,8 punti per le donne e -6,6 punti per gli uomini, rispetto alle persone senza limitazioni funzionali di pari età dove, per entrambi i generi, il punteggio medio si riduce di 2,0 punti. Per entrambi i generi la riduzione maggiore dell'indice di stato psicologico si registra in corrispondenza della classe di età 45-64 anni.

L'analisi dei dati a livello regionale evidenzia dinamiche differenti per gli indici di stato fisico e psicologico (Tabella 2). Per le persone con limitazioni funzionali di 14 anni ed oltre, l'indice di stato psicologico presenta un maggiore gradiente territoriale, a tutto svantaggio del Mezzogiorno. Infatti, le regioni che hanno punteggi medi più elevati sono quelle del Nord-Est (PA di Bolzano 45,1 punti; PA di Trento 42,8 punti; Friuli Venezia Giulia 42,6 punti e Veneto 42,5 punti). Anche la Sardegna e il Molise presentano un valore dell'indice più alto del dato nazionale, mentre le regioni con i punteggi medi più bassi sono Abruzzo, Lazio, Valle d'Aosta e Campania con valori inferiori ai 38,8 punti.

Per l'indice di stato fisico i punteggi medi più elevati si rilevano nella PA di Bolzano (32,8 punti), in Basilicata (31,6 punti), Toscana e Abruzzo (con un punteggio per entrambe pari a 31,1 punti), mentre quelli più bassi in Valle d'Aosta, Molise e Sardegna (con punteggi medi che variano tra 28,9 e 27,4 punti). Per le persone senza limitazioni funzionali di pari età è l'indice di stato fisico che mostra il gradiente territoriale con la PA di Bolzano e la Toscana che presentano il punteggio medio più elevato (52,4 punti), Umbria e Lazio che mostrano puntegggi medi in linea con quello nazionale (52,0 punti) e la Calabria con il punteggio medio più basso (50,7 punti). L'indice di stato psicologico presenta una geografia meno netta e una variabilità contenuta intorno al dato nazionale con la PA di Bolzano, la PA di Trento, la Liguria, il Friuli Venezia Giulia e il Molise che presentano i punteggi medi più elevati (≥50 punti) e con la Campania e le Marche che presentano i punteggi medi più bassi (<49 punti).

Estendendo l'analisi alla tipologia di limitazione funzionale delle persone di 14 anni ed oltre, sono coloro che sperimentano il confinamento individuale e difficoltà nelle funzioni ad avere i punteggi medi più bassi dell'indice di stato fisico, pari a 27,0 e 27,1 punti, e di stato psicologico, pari a 36,6 e 38,3 punti; i punteggi medi più elevati degli indici di stato fisico e psicologico si registrano per le persone con difficoltà di vista, udito e parola (33 punti) e per le persone con difficoltà nel movimento (40 punti) (dati non presenti in tabella).

Tabella 1 - Punteggio medio dell'indice di stato fisico e dell'indice di stato psicologico delle persone di età 14 anni ed oltre senza o con limitazioni funzionali per genere e per classe di età - Anno 2013

Classi di età	Senza limitazioni funzionali		Con limitazioni funzionali	
	Indice di stato fisico	Indice di stato psicologico	Indice di stato fisico	Indice di stato psicologico
		Maschi		
14-24	55,9	52,5	40,8	47,5
25-44	54,7	51,0	39,0	42,2
45-64	52,4	49,5	34,7	39,3
65-74	48,9	50,2	32,7	40,8
75+	45,5	49,5	29,0	40,9
Totale	**52,7**	**50,5**	**31,6**	**40,9**
		Femmine		
14-24	55,8	50,6	46,8	47,2
25-44	54,0	49,3	40,2	42,0
45-64	51,0	47,9	33,4	38,2
65-74	46,7	47,6	29,8	38,6
75+	42,5	47,2	28,0	39,4
Totale	**51,2**	**48,6**	**29,4**	**39,4**

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari, 2012-2013". Anno 2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 204

Tabella 2 - Punteggio medio standardizzato dell'indice di stato fisico e dell'indice di stato psicologico delle persone di età 14 anni ed oltre senza o con limitazioni funzionali per regione - Anno 2013

Regioni	Senza limitazioni funzionali		Con limitazioni funzionali	
	Indice di stato fisico	Indice di stato psicologico	Indice di stato fisico	Indice di stato psicologico
Piemonte	52,2	49,3	30,8	40,3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	52,0	49,9	28,9	38,1
Lombardia	52,3	49,8	30,7	40,0
Bolzano-Bozen	52,4	51,3	32,8	45,1
Trento	52,2	50,1	30,6	42,8
Veneto	52,1	49,6	30,9	42,5
Friuli Venezia Giulia	52,2	50,0	29,2	42,6
Liguria	52,3	50,3	29,3	40,0
Emilia-Romagna	52,0	49,5	29,6	42,3
Toscana	52,4	49,3	31,1	40,3
Umbria	51,9	49,5	30,7	40,7
Marche	52,0	48,3	30,3	40,5
Lazio	51,9	49,9	29,9	38,6
Abruzzo	51,9	49,6	31,1	38,7
Molise	51,8	50,0	28,7	41,6
Campania	51,8	48,8	30,4	37,5
Puglia	51,7	49,3	29,8	39,1
Basilicata	51,1	49,4	31,6	39,1
Calabria	50,7	49,0	29,0	40,1
Sicilia	51,7	49,3	30,5	39,2
Sardegna	51,3	49,8	27,4	42,1
Italia	**52,0**	**49,5**	**30,2**	**39,9**

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari, 2012-2013". Anno 2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 205

Persone con limitazioni funzionali che accedono alla vaccinazione antinfluenzale

Significato. L'indicatore misura la proporzione di persone che accedono alla vaccinazione antifluenzale. La vaccinazione rappresenta il principale strumento di prevenzione contro i virus influenzali per tutta la popolazione. La vaccinazione viene offerta attivamente e gratuitamente ai soggetti che per le loro condizioni personali corrano un maggior rischio di andare incontro a complicanze nel caso contraggano l'influenza.
Da qui nasce l'importanza dell'indicatore per le persone con limitazioni funzionali che, essendo una popolazione più fragile, potrebbe richiedere un'assistenza maggiore rispetto alle persone senza limitazioni funzionali.

Quoziente standardizzato di persone con limitazioni funzionali che accedono alla vaccinazione antinfluenzale

$$TSD^i \frac{\sum_{x=1}^{n} T_x^i p_x}{\sum_{x=1}^{n} p_x} \times 100$$

Significato delle variabili: i=regione di residenza; x=classe di età; T^i_x=quoziente specifico relativo alla classe di età x nella regione i; p_x=popolazione standard relativa alla classe di età x.
La popolazione utilizzata come standard è quella totale Italia del campione dell'Istituto Nazionale di Statistica.

Validità e limiti. L'indagine dell'Istituto Nazionale di Statistica "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 2012-2013", al fine di mantenere la comparabilità dei dati con le Edizioni precedenti, ha riproposto, all'interno dell'indagine, tutti i quesiti predisposti dall'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico, sulla base dell'International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps (ICIDH). I quesiti della classificazione ICIDH valutano specifiche dimensioni e cioè la dimensione fisica, la sfera di autonomia nelle funzioni quotidiane e la dimensione della comunicazione.
Per l'analisi di questo indicatore viene considerata persona con disabilità una persona che ha una limitazione funzionale a causa della quale non è in grado di svolgere almeno una delle funzioni essenziali della vita quotidiana[1].
I quesiti utilizzati per rilevare le limitazioni funzionali non possono essere somministrati ai bambini di età <6 anni. Lo strumento, inoltre, non è perfettamente in grado di cogliere problemi di salute mentale a meno che questa non sia anche accompagnata da difficoltà di tipo funzionale e/o motorio.
Le quote regionali standardizzate sono state calcolate utilizzando come riferimento la struttura per età della popolazione nazionale del campione. Si consideri che anche dopo la standardizzazione può presentarsi un confondimento residuo per età se vengono utilizzate classi di età aperte nelle età estreme.

L'indicatore proposto considera tutte le persone che hanno accesso alla vaccinazione antinfluenzale, cioè sia quelle che si vaccinano all'interno del programma di immunizzazione contro l'influenza del Servizio Sanitario Nazionale e sia quelle che pagano la vaccinazione a proprie spese.

Valore di riferimento/Benchmark. Gli obiettivi di copertura stabiliti dalla circolare ministeriale[2], per tutti i gruppi target costituti dagli ultra 65enni e dai gruppi a rischio, sono il 75% come obiettivo minimo perseguibile e il 95% come obiettivo ottimale.
In un'ottica di non discriminazione, come valore target nell'analisi dei dati, si può prendere in considerazione quello della persone senza limitazioni funzionali ultra 65enni che, nel 2013, presentano una prevalenza del 55,4%[3].

Descrizione dei risultati

Circa i due terzi delle persone con limitazioni funzionali di 65 anni ed oltre accedono alla vaccinazione antinfluenzale, il 64,9% degli uomini e il 60,7% delle donne, mentre solo circa una persona su quattro con limitazioni funzionali di età compresa tra i 6-64 anni si vaccina (uomini: 24,0%; donne: 24,5%) (Tabella 1).
L'analisi dei dati regionali non evidenzia un particolare gradiente Nord-Sud ed Isole: gli uomini con limitazioni funzionali di 65 anni ed oltre che maggiormente si vaccinano sono quelli della PA di Trento (78,4%),

[1]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 e mangiare) e le difficoltà sensoriali (sentire, vedere e parlare).
[2]Ministero della Salute, Dipartimento della prevenzione e della comunicazione - Direzione generale della prevenzione sanitaria - Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2015-2016.
[3]Ministero della Salute - Istituto Superiore di Sanità, sulla base dei riepiloghi inviati da Regioni e PA.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 206

Toscana (77,4%), Basilicata (77,2%), Friuli Venezia Giulia (76,7%) e Molise (76,3%) rispetto a quelli dell'Abruzzo, Lazio e Puglia che presentano prevalenze più basse (rispettivamente, 51,3%, 55,9% e 59,4%); le donne con limitazioni funzionali di pari età che ricorrono maggiormente alla vaccinazione si osservano in Friuli Venezia Giulia (68,7%), Valle d'Aosta (68,3%), Veneto (67,0%) ed Emilia-Romagna (66,8%), mentre il minor ricorso si registra nelle PA di Bolzano e Trento (rispettivamente, 47,5% e 48,6%), Sicilia (54,9%) e Sardegna (55,4%).

Anche l'analisi delle persone con limitazioni funzionali di 6-64 anni conferma l'assenza di un gradiente territoriale. Per gli uomini le prevalenze maggiori si osservano nel Lazio (40,0%), Marche (38,6%), PA di Trento (34,9%) e Basilicata (34,0%), mentre per le donne le prevalenze maggiori si registrano in Molise (34,7%), Emilia-Romagna (33,4%) e Lazio, Liguria e Sicilia, che presentano valori pressochè simili (rispettivamente, 31,7%, 31,1% e 31,0%).

Osservando le differenze di genere nell'accesso alla vaccinazione, tra gli ultra 65enni con limitazioni funzionali si osserva un maggior ricorso del genere maschile. Solo nel Lazio, Valle d'Aosta, Abruzzo, Piemonte e Veneto le prevalenze delle donne sono maggiori con scostamenti assoluti compresi tra i 5-10 punti percentuali. Tra le persone con limitazioni funzionali di età compresa tra 6-64 anni le regioni in cui si vaccinano di più gli uomini sono le Marche, la Toscana, la PA di Trento, la Basilicata, il Lazio, la Puglia, la Calabria, l'Abruzzo e la PA di Bolzano.

Rispetto alla popolazione generale, gli ultra 65enni con disabilità ricorrono in maniera più frequente alla vaccinazione, soprattutto gli uomini. Va, tuttavia, considerato che la composizione anagrafica delle persone con disabilità di 65 anni ed oltre differisce da quella della popolazione generale, con un peso maggiore delle età più avanzate in cui il ricorso alla vaccinazione è ancor più consigliato.

Tabella 1 - Quoziente standardizzato (valori per 100 persone con le stesse caratteristiche) di persone con limitazioni funzionali che accedono alla vaccinazione antinfluenzale per genere, classe di età e per regione - Anno 2013

Regioni	Maschi		Femmine	
	6-64	65+	6-64	65+
Piemonte	17,0	60,0	20,4	65,6
Valle d'Aosta-Vallée d'Aosta	14,4	61,4	23,4	68,3
Lombardia	19,1	69,4	20,2	58,3
Bolzano-Bozen	8,1	61,6	7,8	47,5
Trento	34,9	78,4	21,1	48,6
Veneto	16,7	61,6	18,7	67,0
Friuli Venezia Giulia	11,5	76,7	16,8	68,7
Liguria	14,4	61,7	31,1	60,9
Emilia-Romagna	21,2	66,6	33,4	66,8
Toscana	33,4	77,4	16,0	62,2
Umbria	9,2	61,7	28,2	60,4
Marche	38,6	61,1	17,2	58,1
Lazio	40,0	55,9	31,7	65,7
Abruzzo	24,9	51,3	23,4	57,8
Molise	23,4	76,3	34,7	60,7
Campania	22,9	70,9	26,2	61,3
Puglia	28,4	59,4	22,5	57,1
Basilicata	34,0	77,2	21,7	56,5
Calabria	24,6	73,1	19,8	60,6
Sicilia	19,1	62,1	31,0	54,9
Sardegna	28,9	65,4	30,3	55,4
Italia	**24,0**	**64,9**	**24,5**	**60,7**

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari, 2012-2013". Anno 2015.

Raccomandazioni di Osservasalute

La copertura per la vaccinazione antinfluenzale è ancora inferiore all'obiettivo minimo perseguibile, specie in Abruzzo e nella PA di Bolzano. Si notano, inoltre, differenziali di genere non giustificati.

Campagne di sensibilizzazione alla vaccinazione con messaggi mirati verso le donne sarebbero ausipicabili. Le regioni con basse coperture dovrebbero analizzare criticamente le modalità di implementazione delle loro campagne vaccinali.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 207

Donne con limitazioni funzionali che accedono agli screening femminili

Significato. Gli indicatori analizzati forniscono informazioni sul numero di donne con limitazioni funzionali in età target che hanno eseguito più di un esame di screening femminile e la frequenza con la quale si sottopongono al controllo. Pap-test e mammografia rappresentano esami di prevenzione per il tumore del collo dell'utero e della mammella rivolti, rispettivamente, alle donne di età target 25-64 anni e 50-69 anni.

Percentuale di donne con limitazioni funzionali che accedono a un esame di screening

Numeratore: Donne con limitazioni funzionali in età target che hanno eseguito più di un esame di screening residenti nella regione i

Denominatore: Donne con limitazioni funzionali in età target residenti nella regione i

x 100

Percentuale di donne con limitazioni funzionali per frequenza di controllo

Numeratore: Donne con limitazioni funzionali in età target per frequenza di controllo residenti nella regione i

Denominatore: Donne con limitazioni funzionali in età target che hanno eseguito più di un esame di screening residenti nella regione i

x 100

Validità e limiti. L'indagine dell'Istituto Nazionale di Statistica "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 2012-2013", al fine di mantenere la comparabilità dei dati con le Edizioni precedenti, ha riproposto, all'interno dell'indagine, tutti i quesiti predisposti dall'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico, sulla base dell'International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps (ICIDH). I quesiti della classificazione ICIDH valutano specifiche dimensioni e cioè la dimensione fisica, la sfera di autonomia nelle funzioni quotidiane e la dimensione della comunicazione.
Per l'analisi di questo indicatore viene considerata persona con disabilità una persona che ha una limitazione funzionale a causa della quale non è in grado di svolgere almeno una delle funzioni essenziali della vita quotidiana[1].
Gli indicatori proposti considerano non solo coloro che hanno eseguito l'accertamento all'interno dei programmi di screening nazionali e locali, ma anche coloro che hanno eseguito l'accertamento pagandolo a proprie spese.

Valore di riferimento/Benchmark. L'obiettivo di un programma di screening mammografico è fissato al 50% della popolazione target per le regioni e le Aziende Sanitarie Locali (ASL) che non hanno un'offerta di screening mammografico e almeno il 90% della popolazione target per le regioni e le ASL che hanno un'offerta di screening mammografico.
L'obiettivo di un programma di screening cervicale è di far eseguire uno o più Pap-test ogni 3 anni ad almeno l'85% della popolazione bersaglio[2].
In un'ottica di non discriminazione, come valore target nell'analisi dei dati si può prendere in considerazione quello delle donne senza limitazioni funzionali in età target che si sottopongono a più di un esame di screening. Per il Pap-test e la mammografia le prevalenze sono, rispettivamente, pari al 67,5% e al 75,0% nel 2013.

Descrizione dei risultati

A livello nazionale, le donne con limitazioni funzionali di 25-64 anni che si sono sottoposte a più di un Pap-test nella loro vita sono il 52,3%, circa due donne su tre esegue il controllo con una periodicità inferiore a quella consigliata dei 3 anni (65,2%), il 18,9% ogni 3 anni ed il 15,8% con una cadenza >3 anni (Tabella 1); la percentuale di donne con limitazioni funzionali di 50-69 anni che si sono sottoposte a più di una mammografia è pari al 58,5%, una donna su quattro esegue il controllo con una cadenza inferiore a quella consigliata dei 2 anni (26,4%), il 48,3% ogni 2 anni ed il 25,4% con una cadenza >2 anni (Tabella 2).
L'analisi territoriale mostra un gradiente Nord-Sud ed Isole per entrambi gli indicatori proposti, ma con alcune eccezioni. In Abruzzo, nella PA di Bolzano, in Umbria e in Piemonte si osservano le prevalenze più

[1]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 e mangiare) e le difficoltà sensoriali (sentire, vedere e parlare). Si considerano, inoltre, il confinamento a letto, su una sedia (non a rotelle) o in casa.
[2]Disponibile sul sito: www.ccm-network.it/documenti_Ccm/pubblicazioni/Screening_oncologici.pdf.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 208

alte di donne con limitazioni funzionali di 25-64 anni che si sono sottoposte a più di un Pap-test (rispettivamente, 78,9%, 76,4%, 75,1% e 74,6%) invece le regioni "fanalino di coda" sono la Campania e la Sicilia (rispettivamente, 23,4% e 34,3%).
Riguardo alla frequenza con la quale le donne si sottopongono al Pap-test, si osserva che la totalità delle donne della Valle d'Aosta e della Basilicata e circa otto donne su dieci in Molise, Veneto, Friuli Venezia Giulia e Marche esegue il controllo con una frequenza inferiore al periodo consigliato dei 3 anni. La regione che, invece, presenta il dato maggiore riguardo la frequenza di controllo oltre i 3 anni è la Campania, dove quasi la metà delle donne con limitazioni funzionali esegue il controllo oltre il periodo consigliato.
La quota di donne con limitazioni funzionali di 50-69 anni che si è sottoposta a più di una mammografia è maggiore in Veneto (83,4%), Valle d'Aosta (82,9%) e Marche (80,2%) e minore in Sicilia (34,9), Calabria (35,8%), Campania (38,7%) e Basilicata (39,2%).
In merito alla frequenza con la quale le donne si sottopongono al controllo mammografico, si osserva che nella PA di Bolzano il 67,0% delle donne esegue i controlli con una frequenza inferiore al periodo consigliato dei 2 anni e che nelle PA di Bolzano e Trento, congiuntamente al Friuli Venezia Giulia, Toscana, Umbria e Basilicata, la totalità delle donne esegue i controlli entro il periodo consigliato. Infine, anche per la mammografia la regione che presenta il dato maggiore riguardo la frequenza di controllo oltre i 3 anni è la Campania, in cui la metà delle donne con limitazioni funzionali in età target esegue un controllo mammografico oltre il periodo consigliato (52,4%), seguita da Molise, Abruzzo e Puglia (rispettivamente, 52,0%, 47,4% e 47,2%).

Tabella 1 - Donne (valori percentuali) di età 25-64 anni con limitazioni funzionali che hanno eseguito più di un Pap-test e frequenza con la quale si sottopongono al controllo per regione - Anno 2013

Regioni	Hanno eseguito più di un Pap-test*	Frequenza controlli°		
		<3 anni	Ogni 3 anni	>3 anni
Piemonte	74,6	58,7	25,9	15,4
Valle d'Aosta-Vallée d'Aosta	55,3	100,0	0,0	0,0
Lombardia	69,4	70,3	21,8	7,8
Bolzano-Bozen	76,4	78,2	21,8	0,0
Trento	56,6	51,8	48,2	0,0
Veneto	73,0	80,7	19,3	0,0
Friuli Venezia Giulia	48,9	80,6	0,0	19,4
Liguria	41,2	48,4	30,1	21,5
Emilia-Romagna	69,2	59,7	19,3	21,0
Toscana	52,1	48,6	33,9	17,4
Umbria	75,1	46,1	53,9	0,0
Marche	52,6	79,6	11,9	8,6
Lazio	45,5	64,4	9,9	25,7
Abruzzo	78,9	47,8	34,0	18,2
Molise	69,2	85,2	0,0	14,8
Campania	23,4	55,2	0,0	44,8
Puglia	49,4	72,1	6,0	21,9
Basilicata	40,5	100,0	0,0	0,0
Calabria	44,7	72,3	9,4	18,2
Sicilia	34,3	63,0	21,6	15,4
Sardegna	48,6	51,7	23,9	24,4
Italia	**52,3**	**65,2**	**18,9**	**15,8**

*Per 100 donne di età compresa tra i 25-64 anni con limitazioni funzionali.
°Per 100 donne di età compresa tra i 25-64 anni con limitazioni funzionali che hanno eseguito un Pap-test più di una volta.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari, 2012-2013". Anno 2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 209

Tabella 2 - Donne (valori percentuali) di età 50-69 anni con limitazioni funzionali che hanno eseguito più di una mammografia e frequenza con la quale si sottopongono al controllo per regione - Anno 2013

Regioni	Hanno eseguito più di una mammografia*	Frequenza controlli°		
		<2 anni	Ogni 2 anni	>2 anni
Piemonte	73,8	15,0	49,1	35,9
Valle d'Aosta-Vallée d'Aosta	82,9	0,0	73,8	26,2
Lombardia	63,2	31,5	41,5	27,0
Bolzano-Bozen	76,0	67,0	33,0	0,0
Trento	58,3	0,0	100,0	0,0
Veneto	83,4	19,2	67,3	13,5
Friuli Venezia Giulia	68,6	38,6	61,4	0,0
Liguria	75,2	15,4	43,6	41,0
Emilia-Romagna	71,2	21,9	70,4	7,7
Toscana	56,1	22,4	77,6	0,0
Umbria	51,0	14,1	85,9	0,0
Marche	80,2	21,4	68,0	10,6
Lazio	76,8	36,4	55,9	7,8
Abruzzo	53,2	26,2	26,4	47,4
Molise	62,9	0,0	48,0	52,0
Campania	38,7	19,5	28,1	52,4
Puglia	65,2	26,5	26,4	47,2
Basilicata	39,2	28,4	71,6	0,0
Calabria	35,8	40,6	47,2	12,2
Sicilia	34,9	24,4	43,1	32,5
Sardegna	61,6	43,2	33,1	23,6
Italia	**58,5**	**26,4**	**48,3**	**25,4**

*Per 100 donne di età compresa tra i 50-69 anni con limitazioni funzionali.
°Per 100 donne di età compresa tra i 50-69 anni con limitazioni funzionali che hanno eseguito una mammografia più di una volta.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari, 2012-2013". Anno 2015.

Raccomandazioni di Osservasalute

La percentuale di donne con limitazioni funzionali che hanno eseguito più di un Pap-test e più di una mammografia è di oltre 15 punti inferiore rispetto a quelle raggiunte della popolazione generale.
Pertanto, vanno attentamente indagati i motivi di tale gap verificando l'accessibilità delle strutture, in particolare in regioni come Sicilia, Calabria e Campania che presentano percentuali particolarmente basse di donne con limitazioni che usufruiscono degli screening femminili.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 210

Persone con limitazioni funzionali che accedono allo screening del colon-retto

Significato. L'indicatore fornisce un quadro regionale delle persone con limitazioni funzionali di 50-69 anni che si sottopongono ad almeno uno degli esami di screening per i tumori del colon-retto compresi tra la ricerca del sangue occulto, la rettosigmoidoscopia e la colonscopia a scopo preventivo.
L'indicatore proposto non è un indicatore riferito ai programmi di screening organizzati dal Servizio Sanitario Nazionale.

Percentuale di persone con limitazioni funzionali che accedono allo screening del colon-retto

Numeratore: Persone con limitazioni funzionali che accedono allo screening del colon-retto per genere residenti nella regione i

Denominatore: Persone con limitazioni funzionali per genere residenti nella regione i

x 100

Validità e limiti. L'indagine dell'Istituto Nazionale di Statistica "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 2012-2013", al fine di mantenere la comparabilità dei dati con le Edizioni precedenti, ha riproposto, all'interno dell'indagine, tutti i quesiti predisposti dall'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico, sulla base dell'International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps (ICIDH). I quesiti della classificazione ICIDH valutano specifiche dimensioni e cioè la dimensione fisica, la sfera di autonomia nelle funzioni quotidiane e la dimensione della comunicazione.
Per l'analisi di questo indicatore viene considerata persona con disabilità una persona che ha una limitazione funzionale a causa della quale non è in grado di svolgere almeno una delle funzioni essenziali della vita quotidiana[1].
Gli indicatori proposti considerano non solo coloro che hanno fatto l'accertamento all'interno dei programmi di screening nazionali e locali, ma anche coloro che hanno fatto l'accertamento pagandolo a proprie spese.

Valore di riferimento/Benchmark. In un'ottica di non discriminazione, come valore target nell'analisi dei dati si può prendere in considerazione quello delle persone senza limitazioni funzionali di pari età che, nel 2013, presentano una prevalenza pari a 38,3% per gli uomini e a 36,5% per le donne.

Descrizione dei risultati

A livello nazionale, gli uomini con limitazioni funzionali di 50-69 anni che hanno eseguito almeno un test per la ricerca del sangue occulto oppure rettosigmoidoscopia o colonscopia a scopo preventivo presentano una prevalenza superiore a quella delle donne di pari età e condizione (37,3% vs 29,3%) (Tabella 1).
Nella PA di Trento, Molise e Friuli Venezia Giulia si registrano le maggiori prevalenze per gli uomini, rispettivamente pari al 77,9%, 74,5% e 72,2%, mentre in Abruzzo, Sardegna e PA di Bolzano solo il 9,2%, il 10,0% e il 14,0% si è sottoposto ad almeno uno dei test di screening del colon-retto.
Circa sei donne su dieci si sottopongono ad un test di screening in Emilia-Romagna, PA di Trento e Veneto (rispettivamente, 58,8%, 58,3% e 57,5%), mentre una sola donna su dieci in Calabria e circa una donna su sei in Sicilia, Molise e Puglia esegue i test a scopo preventivo.
Osservando le differenze di genere si registra, in Liguria, Emilia-Romagna, Abruzzo, Campania e Sardegna, un maggior ricorso ai test di screening del colon-retto a scopo preventivo delle donne.
Focalizzando l'attenzione al tipo di esame di screening, le prevalenze delle persone con limitazioni funzionali di 50-69 anni che si sottopongono alla rettosigmoidoscopia e colonscopia a scopo preventivo entro il periodo consigliato di 5 anni sono pari, rispettivamente, all'81,4% e all'84,2%, mentre solo il 73,8% si sottopone entro il periodo consigliato di 2 anni alla ricerca del sangue occulto (Grafico 1).

[1] 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 e mangiare) e le difficoltà sensoriali (sentire, vedere e parlare). Si considerano, inoltre, il confinamento a letto, su una sedia (non a rotelle) o in casa.

A. PUGLIESE

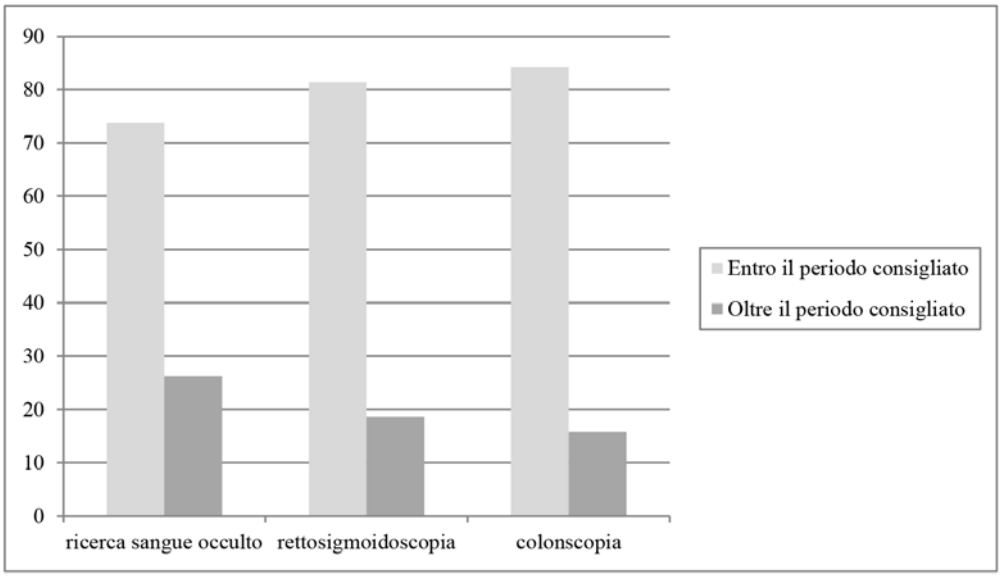
Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 211

Tabella 1 - Persone (valori percentuali) con limitazioni funzionali di età 50-69 anni che hanno eseguito almeno un test per la ricerca del sangue occulto oppure una rettosigmoidoscopia o colonscopia a scopo preventivo per genere e per regione - Anno 2013

Regioni	Maschi	Femmine
Piemonte	26,6	23,0
Valle d'Aosta-Vallée d'Aosta	66,2	53,2
Lombardia	54,0	36,7
Bolzano-Bozen	14,0	0,0
Trento	77,9	58,3
Veneto	61,1	57,5
Friuli Venezia Giulia	72,2	52,6
Liguria	15,9	36,4
Emilia-Romagna	53,3	58,8
Toscana	61,7	52,3
Umbria	55,8	45,2
Marche	61,4	42,2
Lazio	52,9	28,5
Abruzzo	9,2	24,0
Molise	74,5	15,5
Campania	15,5	20,0
Puglia	17,8	16,1
Basilicata	33,4	27,5
Calabria	15,8	11,1
Sicilia	27,1	14,0
Sardegna	10,0	21,3
Italia	**37,3**	**29,3**

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari, 2012-2013". Anno 2015.

Grafico 1 - Persone (valori percentuali) con limitazioni funzionali di età 50-69 anni che accedono allo screening del colon-retto a scopo preventivo per tipo di esame e periodicità consigliata per il controllo - Anno 2013



Nota: per l'esame di ricerca del sangue occulto si consiglia di eseguire il controllo ogni 2 anni, mentre per la rettosgmoidoscopia e colonscopia si consiglia il controllo ogni 5 anni.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari, 2012-2013". Anno 2015.

Raccomandazioni di Osservasalute

Si notano differenziali di genere non giustificati. Per gli uomini con limitazioni funzionali l'accesso allo screening del colon-retto non si differenzia da quello della popolazione generale, mentre per le donne vi è una netta differenza a svantaggio di quelle con limitazioni funzionali. Campagne di sensibilizzazione con messaggi mirati verso le donne sarebbero ausipicabili.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 212

Persone con limitazioni funzionali in sovrappeso o obese

Significato. L'indicatore fornisce, con dettaglio regionale, informazioni sulla composizione percentuale delle persone con limitazioni funzionali di 18 anni ed oltre per classe di eccesso ponderale e genere.
L'eccesso di peso ponderale è un fattore di rischio per la salute e comporta complicanze cardiovascolari e all'apparato muscolo-scheletrico. L'indicatore standardizzato permette di confrontare le realtà regionali eliminando gli effetti dovuti alle differenti strutture per età.

Percentuale di persone con limitazioni funzionali per classe di eccesso ponderale

Numeratore: Persone con limitazioni funzionali per classe di eccesso ponderale e genere residenti nella regione i

Denominatore: Persone con limitazioni funzionali per genere residenti nella regione i

x 100

Quoziente standardizzato di persone con limitazioni funzionali per classe di eccesso ponderale

$$TSD^i \quad \frac{\sum_{x=1}^{n} T_x^i p_x}{\sum_{x=1}^{n} p_x} \text{ x } 100$$

Significato delle variabili: i=regione di residenza; x=classe di età; T^i_x=quoziente specifico relativo alla classe di età x nella regione i; p_x=popolazione standard relativa alla classe di età x.
La popolazione utilizzata come standard è quella totale Italia del campione dell'Istituto Nazionale di Statistica.

Validità e limiti. L'indagine dell'Istituto Nazionale di Statistica "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 2012-2013", al fine di mantenere la comparabilità dei dati con le Edizioni precedenti, ha riproposto, all'interno dell'indagine, tutti i quesiti predisposti dall'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico, sulla base dell'International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps (ICIDH). I quesiti della classificazione ICIDH valutano specifiche dimensioni e cioè la dimensione fisica, la sfera di autonomia nelle funzioni quotidiane e la dimensione della comunicazione.
Per l'analisi di questo indicatore viene considerata persona con disabilità una persona che ha una limitazione funzionale a causa della quale non è in grado di svolgere almeno una delle funzioni essenziali della vita quotidiana[1] .
Le quote regionali standardizzate sono state calcolate utilizzando come riferimento la struttura per età della popolazione nazionale del campione.
Le classi di eccesso ponderale sono costruite sulla base del calcolo dell'Indice di Massa Corporea (IMC o Body Mass Index) che è dato dal rapporto tra peso corporeo di un individuo, espresso in chili, ed il quadrato della sua statura, espressa in metri. L'indice definisce come sovrappeso i valori dell'IMC compresi tra il 25,0-29,9 e come obeso i valori dell'IMC ≥30.
Valore di riferimento/Benchmark. Non sono concettualmente proponibili degli standard di riferimento. Come termine di confronto si possono prendere la prevalenze osservate nella popolazione generale: per gli uomini 44,1% in sovrappeso e 11,5% obesi; per le donne 27,5% in sovrappeso e 9,3% obese.

Descrizione dei risultati

A livello nazionale, il 44,0% degli uomini con limitazioni funzionali di 18 anni ed oltre è in sovrappeso ed il 15,5% è obeso (Tabella 1). Più elevata, rispetto a quella degli uomini, è la proporzione di donne di pari età obese (21,2%), mentre minore è la proporzione di donne di pari età in sovrappeso (34,7%). L'analisi dei dati regionali evidenzia un gradiente territoriale.
Infatti, per gli uomini, le regioni che presentano prevalenze di sovrappeso e obesità inferiori al dato nazionale sono la Valle d'Aosta, il Piemonte, l'Emilia-Romagna, la Lombardia, le Marche e la Basilicata; nella PA di Trento meno di una persona su dieci è obesa (6,7% contro il valore nazionale di 15,5%).
Condizioni di eccesso ponderale (sovrappeso o obesità) maggiori rispetto al dato nazionale, invece, si osservano sempre per gli uomini in Molise, Umbria, Sicilia, Puglia, Campania e Lazio.
Le regioni nelle quali le donne con limitazioni funzionali di 18 anni ed oltre registrano prevalenze di eccesso ponderale inferiori al dato nazionale sono il Friuli

[1]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 e mangiare) e le difficoltà sensoriali (sentire, vedere e parlare). Si considerano, inoltre, il confinamento a letto, su una sedia (non a rotelle) o in casa.

A. PUGLIESE

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 213

Venezia Giulia (in cui la prevalenza di obese è pari a 10,7%), la PA di Bolzano, il Piemonte, le Marche, la Lombardia e il Veneto. I valori maggiori di obesità si registrano in Molise e Campania dove circa una donna su quattro risulta obesa.
L'osservazione dei dati per genere e classe di età evidenzia, per le persone con limitazioni funzionali, prevalenze maggiori di sovrappeso per gli uomini in entrambe le classi di età, mentre sono le donne quelle che risultano maggiormente obese (Grafico 1).
Rispetto alla popolazione generale si evidenzia una maggior quota di obesi tra gli uomini e, soprattutto, una quota ben più alta di donne in sovrappeso (+7,2%) e obese (+11,9%) (dati non presenti in tabella).

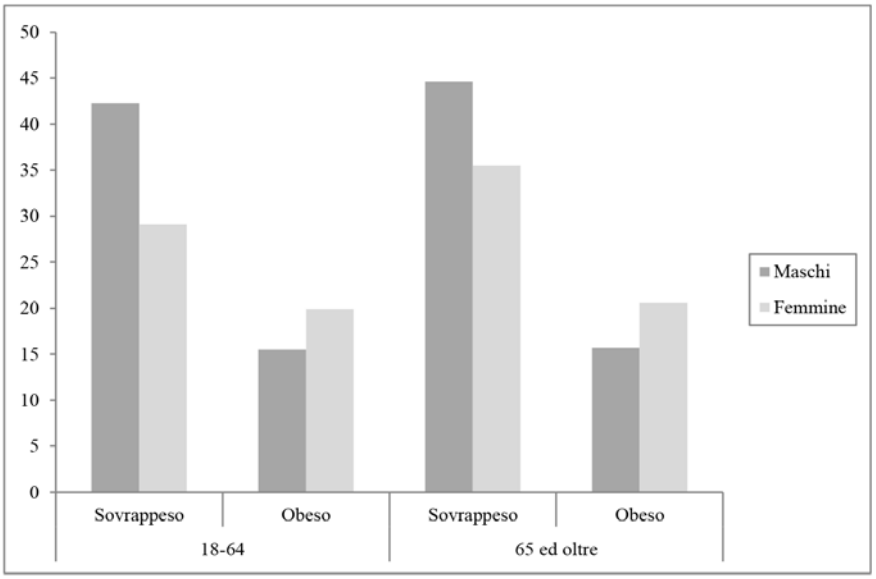
Tabella 1 - Persone (valori percentuali) con limitazioni funzionali di età 18 anni ed oltre per classe di eccesso ponderale per genere e per regione - Anno 2013

Regioni	Maschi		Femmine	
	Sovrappeso	Obeso	Sovrappeso	Obeso
Piemonte	36,6	13,6	32,3	16,4
Valle d'Aosta-Vallée d'Aosta	33,7	13,9	22,1	21,3
Lombardia	42,6	9,7	30,7	20,7
Bolzano-Bozen	35,1	19,6	24,6	19,1
Trento	49,7	6,7	37,5	13,5
Veneto	49,5	13,2	30,6	21,1
Friuli Venezia Giulia	45,4	12,1	31,0	10,7
Liguria	51,3	10,6	28,7	22,5
Emilia-Romagna	39,2	11,3	32,9	22,3
Toscana	39,3	16,8	37,7	15,7
Umbria	50,1	17,2	39,5	22,2
Marche	43,2	14,3	33,1	16,2
Lazio	44,2	15,7	31,4	22,5
Abruzzo	44,9	12,9	32,3	22,0
Molise	47,5	21,4	34,1	26,2
Campania	45,8	17,6	34,6	25,7
Puglia	45,6	20,5	42,3	21,9
Basilicata	38,4	14,6	45,3	20,9
Calabria	39,9	16,4	43,2	18,3
Sicilia	46,4	20,1	38,1	21,9
Sardegna	43,6	18,4	34,8	24,3
Italia	**44,0**	**15,5**	**34,7**	**21,2**

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari, 2012-2013". Anno 2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 214

Grafico 1 - Persone (valori percentuali) con limitazioni funzionali di età 18 anni ed oltre per classe di eccesso ponderale, classe di età e genere - Anno 2013



Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari, 2012-2013". Anno 2015.

Raccomandazioni di Osservasalute

Per questa sezione si rimanda all'Indicatore "Sovrappeso e obesità" presente nel Capitolo "Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione" del presente Rapporto Osservasalute.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 215

Inserimento lavorativo delle persone con disturbo psichico

Dott. Amedeo Spagnolo

Il 70% delle persone con disturbo mentale desidera lavorare (1). L'inserimento lavorativo è uno dei fattori principale per la "recovery", cioè per una ottimale ripresa del funzionamento e della qualità di vita del paziente psichiatrico. Nell'ambiente lavorativo la persona con disturbo psichico supera lo stato di isolamento e anche dal punto di vista psichiatrico il lavoro viene visto come l'elemento che garantisce quella reciprocità che permette all'individuo di emanciparsi.
L'inserimento lavorativo di persone con disabilità è tutelato dalla Legge n. 68/1999 che prevede, per le Aziende con più di 50 lavoratori occupati, la presenza di almeno il 7% di persone con disabilità, di almeno due lavoratori con disabilità per le Aziende con 36-50 dipendenti e di almeno una persona con disabilità per quelle con 15-35 occupati. Per le Aziende, sia pubbliche che private, che non rispettano la normativa sono previste sanzioni pecuniarie. Nonostante ciò, l'inserimento di persone con disabilità risulta, ancora oggi, estremamente difficile e molto spesso le Aziende preferiscono incorrere nelle sanzioni anziché rispettare le quote di inserimento previste.
Tra tutte le disabilità quella psichica è la maggiormente discriminata, spesso a causa dello stigma, ovvero della prevenzione a priori che spesso si nutre nei confronti delle persone affette da tali disturbi, mentre, proprio per queste persone, l'attività lavorativa può avere un vero e proprio effetto terapeutico, riducendo nel tempo l'uso di farmaci e migliorando sensibilmente la patologia.
Nell'attuale momento di crisi occupazionale generalizzata, sono proprio le persone con disabilità che stanno risentendo maggiormente della situazione e tra queste quelle con disturbo psichico risultano le più penalizzate. Uno studio campionario a livello nazionale tra le Aziende italiane profit (2), stratificata per area geografica e settore di attività, svolto in due riprese dall'Istituto per lo Sviluppo della Formazione professionale dei Lavoratori negli anni 2011 e 2013, ha descritto la situazione relativa agli inserimenti di persone con disabilità psichica. L'indagine ha evidenziato come, a distanza di 2 anni, la percentuale di Aziende profit che hanno occupato persone con una qualsiasi forma di disabilità sia notevolmente diminuita passando dal 6,2% al 2,2% con una riduzione del 51,6%, mentre la percentuale di Aziende che hanno occupato presone con disturbo psichico è passata dal 3,0% allo 0,6% con una riduzione del 72,7%.
Tra le motivazioni all'inserimento lavorativo risulta al primo posto l'obbligo di legge (65%), seguita dal fatto che la persona era già dipendente, con o senza retribuzione (16,7%), la solidarietà nei confronti dei disabili psichici (14,3%) o la conoscenza diretta della persona (10,1%) o la segnalazione da parte di terzi (8,3%).
L'assunzione della persona con disturbo psichico è stata accolta dagli altri lavoratori nel 78% dei casi senza alcun problema, nel 10% delle situazioni ha accresciuto la solidarietà tra i lavoratori e nel 5% ha migliorato il clima aziendale. Solo nel 7,5% dei casi c'è stata una preoccupazione per la possibilità di comportamenti imprevedibili e nel 5,5% preoccupazione per la gestione delle relazioni interpersonali o per la possibilità di un maggior carico di lavoro. Solo nel 35,7% delle Aziende con meno di 15 dipendenti e nel 65,8% di quelle con più di 15 dipendenti, si è riscontrata una buona conoscenza della normativa in tema di assunzioni di persone con disabilità (Legge n. 68/1999).
Il lavoro può aiutare le persone con disturbo psichico a migliorare la propria condizione di disagio e sofferenza mentale e consolidare la loro identità sociale, sviluppando l'autonomia e l'autostima: condizioni indispensabili per ottenere l'inclusione a pieno titolo nella società (3). Tra le attività lavorative, l'agricoltura sociale, sviluppata inizialmente nei Paesi anglosassoni e, successivamente, anche nel nostro Paese, rappresenta quella oggi maggiormente studiata per gli effetti benefici che può avere soprattutto sulla disabilità psichica. Le attività agricole presentano potenzialità curative nei confronti di soggetti con specifici problemi psichici o di adattamento sociale, assieme alle maggiori possibilità di integrazione sociale di soggetti altrimenti esclusi dal contesto sociale e civile (4).

Riferimenti bibliografici

(1) Drake R. et al.. Research on the Individual Placement and Support model of supported employment: Psychiatric Quarterly. 1999; 70, (4): 289-301.
(2) Le prospettive di impiego delle persone con disabilità psichica. Opportunità e barriere nei contesti aziendali; a cura di Ferri G., Pavoncello D., Spagnolo A. ISFOL, Roma, I libri del Fondo Sociale Europeo; n.197. 2014. pp 1-156.
(3) Charzynska K.et Al.. Does employment promote the process of recovery from schizophrenia? A review of the existing evidence. Int J Occ. Med and Environmental Health. 2015; 28 (3): 407-418.
(4) Milton A. et Al. The clinical profile of employees with mental health problems working in social firms in the UK. J Ment. Health. 2015; 24 (4): 242-8.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 216

Salute mentale e dipendenze

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la salute mentale come "uno stato di benessere in cui ogni individuo realizza il proprio potenziale, è in grado di far fronte agli eventi stressanti della vita, è in grado di lavorare in modo produttivo e fruttuoso ed è in grado di fornire un contributo alla comunità" (1). Salute, quindi, non solo come assenza di malattia, ma come capacità di sviluppare il proprio potenziale con ricadute positive sul contesto sociale nel quale il soggetto è inserito. L'attuale congiuntura economica, con l'aumento della disoccupazione e la riduzione degli investimenti pubblici, unitamente al processo di invecchiamento della popolazione, rende necessario focalizzare l'attenzione sulla massimizzazione del well-being in tutto l'arco della vita.

In quest'ottica, l'OMS ritiene essenziale un approccio di tipo multisettoriale e non limitato soltanto all'ambito sanitario (1, 2).

Gli indicatori presentati in questo Capitolo vogliono fornire un contributo, seppure parziale, al monitoraggio dello stato di benessere/disagio della popolazione del nostro Paese. Tra tutte le dimensioni possibili, per ragioni di economia e fattibilità, la scelta è caduta su tre core indicator: il numero di soggetti dimessi nel corso dell'anno con una diagnosi di "disturbo psichico", il consumo di farmaci antidepressivi e il numero di suicidi. Il secondo e il terzo indicatore erano presenti anche nelle passate Edizioni del Rapporto Osservasalute, mentre l'indicatore sui ricoveri per patologia psichiatrica viene introdotto, in questa forma, per la prima volta in questa Edizione. Per quanto concerne quest'ultimo indicatore, si è voluto monitorare il numero di soggetti che nel corso dell'anno hanno subito almeno un ricovero con una diagnosi (principale o secondaria) di disturbo psichico, anziché il numero di eventi.

A questi tre indicatori sono stati affiancati due Box, il primo dei quali riporta una esperienza a livello locale di attività di prevenzione del suicidio, che può fornire validi spunti per essere estesa ad altre realtà territoriali mentre il secondo fornisce un focus sui soggetti ricoverati con una diagnosi di uso di alcol (ricordiamo che la International Classification of Disease codifica le dipendenze nell'ambito dei disturbi psichici).

In sintesi, i risultati mettono in luce delle criticità in alcune realtà territoriali. Tra le aree di maggiore criticità segnaliamo, in particolare, la PA di Bolzano, la Valle d'Aosta e la Sardegna, che presentano valori particolarmente elevati (la Sardegna solo per il genere maschile) di soggetti ricoverati per disturbi psichici e per disturbi alcol-correlati, nonché di mortalità per suicidio. La PA di Bolzano presenta anche valori particolarmente elevati di consumo di antidepressivi, mentre per le altre 2 regioni summenzionate il consumo di questi farmaci è nella media (Valle d'Aosta) o solo di poco superiore (Sardegna).

In conclusione, è importante sottolineare che tutti gli indicatori qui proposti, sebbene forniscano in qualche modo una misura indiretta del livello di disagio, sono soggetti a variazioni legate, oltre che allo stato di well-being della popolazione, anche a cambiamenti nelle politiche sanitarie ed alla disponibilità di servizi. Le cause delle differenze regionali andrebbero, quindi, ricercate in un mix tra l'efficienza e la diffusione dei servizi sul territorio e la prevalenza del "disagio psichico", senza trascurare anche gli ambiti che trascendono l'aspetto puramente sanitario e che includono il contesto sociale ed economico.

Nonostante tutti i limiti evidenziati, le informazioni contenute nel presente Capitolo possono contribuire a fornire utili elementi di valutazione per i policy maker.

Riferimenti bibliografici

(1) World Health Organization. Mental health action plan 2013-2020.
Disponibile sul sito: www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/.
(2) World Health Organization. Mental health atlas 2014. Disponibile sul sito:
www.who.int/mental_health/evidence/atlasmnh/.
(3) World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. Disponibile sul sito:
www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/.
(4) European Union, Directorate general for Health and Consumers "European Pact for Mental health and Well-being", 2008.
Disponibile sul sito: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf.

S. GHIRINI, M. VICHI

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 218

Ospedalizzazione per disturbi psichici

Significato. Il tasso di pazienti dimessi almeno una volta, nell'ultimo anno di rilevazione (2013), con una diagnosi principale o secondaria di disturbo psichico (codici ICD-9-CM: 290-319), descrive la frequenza di ricoveri con necessità di assistenza psichiatrica in base alla fascia di età dei pazienti e alla regione di residenza.

Ai fini delle analisi seguenti sono stati considerati solo i ricoveri per acuti (escluse le lungodegenze e le riabilitazioni). Sono stati esclusi dalle analisi i ricoveri ripetuti relativi allo stesso paziente nel corso del 2013, per cui se un soggetto nel corso dell'anno è stato ricoverato più volte, viene contato una sola volta.

Tasso di dimissioni ospedaliere per disturbi psichici*°

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Dimissioni ospedaliere (non ripetute) con diagnosi principale o secondaria di disturbo psichico}}{\text{Popolazione media residente}} \times 10.000$$

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

°Tutte le elaborazioni sono state effettuate su dati del Ministero della Salute presso l'Ufficio di Statistica dell'Istituto Superiore di Sanità avvalendosi di un software ad hoc (Procedure per Analisi Territoriali di Epidemiologia Descrittiva) (1).

Validità e limiti. La copertura a livello nazionale del flusso delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) e l'uso di modalità standardizzate per la codifica dei dati rende gli indicatori, qui presentati, affidabili ed appropriati per confronti spazio-temporali. Inoltre, la standardizzazione dei tassi per classe di età permette di eliminare l'effetto esercitato dalle dinamiche di invecchiamento e dalla struttura demografica sui livelli di ospedalizzazione nelle diverse regioni. Ciò consente di confrontare il medesimo indicatore nel tempo e nello spazio (ossia tra aree diverse del Paese). Infine, va precisato che sono state escluse dall'analisi le SDO "non tracciabili", ossia quelle che non contenevano un identificativo (anonimo) affidabile che consentisse di identificare univocamente il paziente e, quindi, di escludere i ricoveri ripetuti relativi alla stessa persona, che peraltro rappresentano una percentuale trascurabile rispetto al totale (circa lo 0,1%).

Valore di riferimento/Benchmark. Il confronto tra territori differenti non è semplice perché la tipologia dei sistemi che regolano il trattamento dei disturbi psichici è, ancora oggi, difforme tra nazione e nazione e spesso tra le varie regioni. Il valore nazionale può essere ragionevolmente adottato come valore standard di riferimento.

Descrizione dei risultati

Relativamente all'anno 2013, il numero di persone dimesse almeno una volta con diagnosi principale o secondaria di disturbo psichico si è rilevato maggiore in alcune regioni come la PA di Bolzano, la Sardegna, la Liguria e la Valle d'Aosta, sia per gli uomini che per le donne (Tabella 1 e 2).

La fascia di età in cui l'evenienza di ricovero per disturbo psichico è risultata essere maggiormente frequente è quella dei soggetti di 75 anni ed oltre.

Considerando le altre classi di età gli uomini di 0-18 anni, residenti nel Lazio ed in Abruzzo risultano maggiormente interessati dall'occorrenza di ricoveri in acuzie con diagnosi principale o secondaria di disturbi psichici.

L'esame dell'andamento temporale dell'indicatore negli anni 2001-2013 mostra un costante ma lieve decremento, per entrambi i generi, maggiormente accentuato nella fascia di età più avanzata, con la sola eccezione dei soggetti in età infantile.

Infine, si registrano tassi più elevati per i soggetti di 65 anni ed oltre in tutti gli anni presi in considerazione (Grafico 1 e 2).

F. BERT, G. SCAIOLI, S. CONTI, M. VICHI, M. R. GUALANO

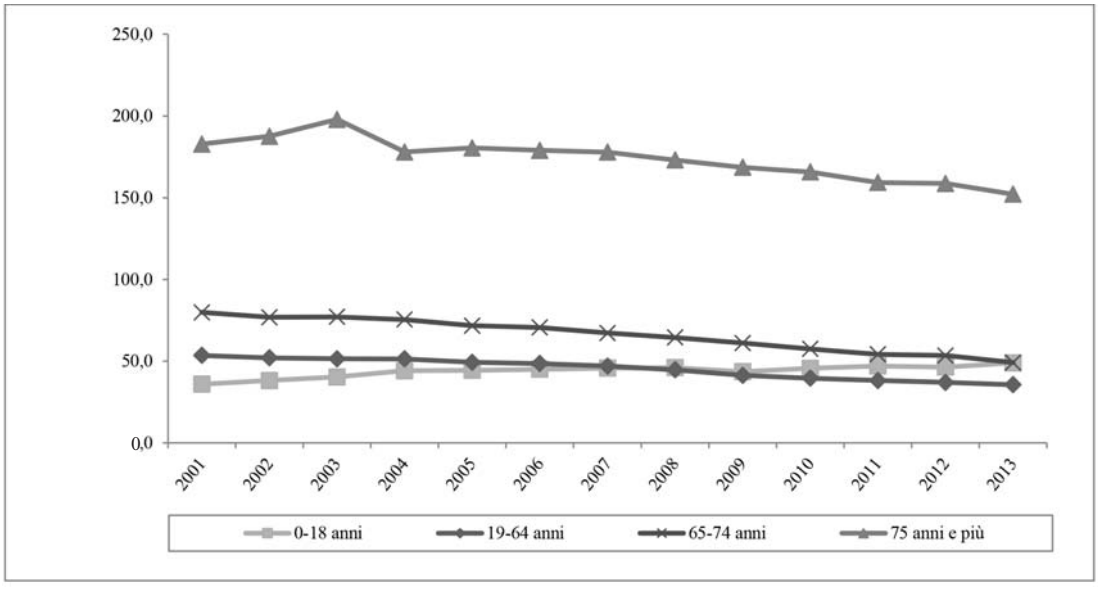
Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 219

Tabella 1 - Tasso (standardizzato e specifico per 10.000) di dimissioni ospedaliere (non ripetute) con diagnosi (principale o secondaria) per disturbo psichico per regione. Maschi - Anno 2013

Regioni	0-18	19-64	65-74	75+	Totale
Piemonte	19,80	35,75	51,35	158,84	47,75
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	25,27	48,51	80,22	251,33	69,66
Lombardia	28,79	29,93	35,92	117,28	39,46
Bolzano-Bozen	39,57	57,28	93,27	216,21	74,45
Trento	13,63	26,87	58,11	260,44	52,25
Veneto	14,18	25,30	38,54	166,84	39,35
Friuli Venezia Giulia	26,67	29,44	52,95	207,18	50,00
Liguria	55,70	51,17	66,66	201,87	69,70
Emilia-Romagna	25,06	34,60	58,53	243,66	57,25
Toscana	51,09	33,08	47,45	162,89	51,74
Umbria	52,07	34,85	60,51	210,50	59,22
Marche	47,76	43,57	59,05	142,35	56,22
Lazio	125,86	40,75	48,07	136,28	67,22
Abruzzo	100,05	41,46	70,80	159,95	68,41
Molise	40,84	42,31	64,80	157,47	57,87
Campania	52,27	29,42	37,98	77,33	39,82
Puglia	50,77	40,82	53,07	140,86	54,95
Basilicata	57,65	32,50	45,75	123,50	48,50
Calabria	39,16	34,29	53,50	114,13	46,16
Sicilia	66,30	45,31	54,40	108,42	57,17
Sardegna	69,86	46,75	64,72	216,89	70,93
Italia	**48,93**	**35,61**	**49,17**	**152,19**	**51,88**

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS sui dati del Ministero della Salute. Anno 2013.

Grafico 1 - Tasso (standardizzato e specifico per 10.000) di dimissioni ospedaliere (non ripetute) con diagnosi (principale o secondaria) per disturbo psichico. Maschi - Anni 2001-2013



Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS sui dati del Ministero della Salute. Anno 2013.

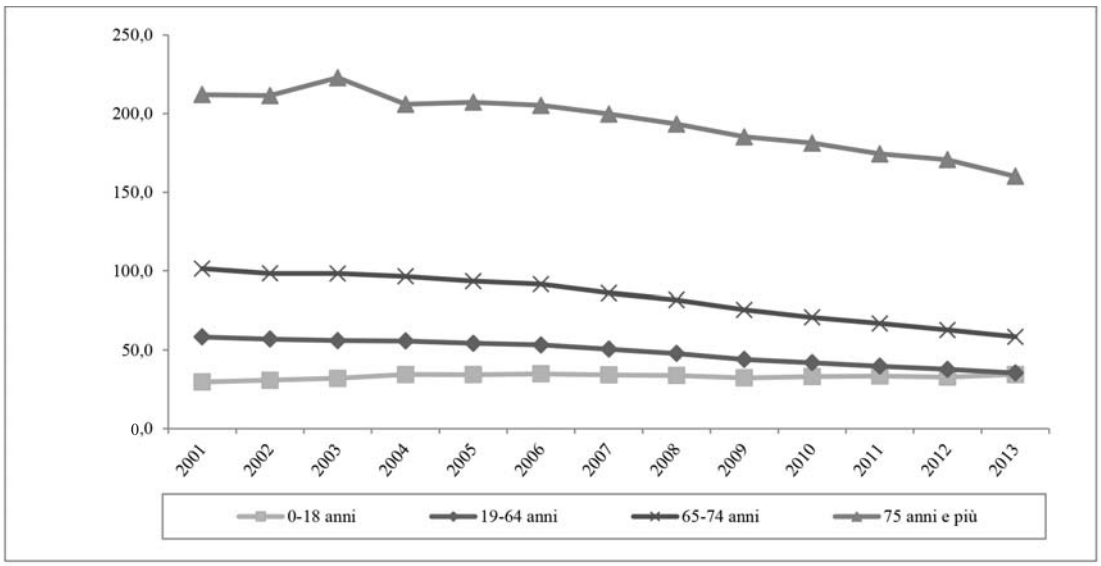
Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 220

Tabella 2 - Tasso (standardizzato e specifico per 10.000) di dimissioni ospedaliere (non ripetute) con diagnosi (principale o secondaria) per disturbo psichico per regione. Femmine - Anno 2013

Regioni	0-18	19-64	65-74	75+	Totale
Piemonte	16,55	38,23	58,23	149,53	48,33
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	13,34	44,73	102,15	280,74	70,51
Lombardia	28,22	29,39	40,76	110,61	38,46
Bolzano-Bozen	34,72	58,75	102,69	244,40	78,19
Trento	14,16	26,22	74,45	266,05	54,30
Veneto	13,99	28,36	48,15	159,23	41,49
Friuli Venezia Giulia	25,28	29,34	54,16	221,04	50,79
Liguria	37,12	51,84	81,28	226,13	70,87
Emilia-Romagna	24,21	36,82	70,37	264,36	61,59
Toscana	33,89	36,37	58,25	176,52	52,46
Umbria	33,10	45,79	81,07	240,46	67,22
Marche	27,11	37,85	57,99	150,76	49,61
Lazio	78,46	37,16	56,98	148,36	58,17
Abruzzo	55,25	40,29	74,65	157,84	59,81
Molise	24,47	48,69	65,83	157,66	58,33
Campania	35,27	28,46	46,24	83,66	37,60
Puglia	34,00	39,44	66,27	150,77	53,33
Basilicata	32,31	30,66	52,88	136,87	44,71
Calabria	27,98	33,56	62,21	122,99	45,55
Sicilia	42,18	41,51	68,54	125,25	53,70
Sardegna	46,52	43,51	85,14	265,73	71,76
Italia	**34,39**	**35,35**	**58,41**	**160,15**	**50,70**

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS sui dati del Ministero della Salute. Anno 2013.

Grafico 2 - Tasso (standardizzato e specifico per 10.000) di dimissioni ospedaliere (non ripetute) con diagnosi (principale o secondaria) per disturbo psichico. Femmine - Anni 2001-2013



Fonte dei dati: Elaborazioni dell'dell'ISS sui dati del Ministero della Salute. Anno 2013.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 221

Raccomandazioni di Osservasalute

I dati sui tassi standardizzati di soggetti dimessi con diagnosi principale o secondaria di disturbo psichico, relativi all'arco temporale 2001-2013, confermano la tendenza verso una positiva riduzione dei ricoveri. Negli ultimi anni, infatti, il numero di dimessi con diagnosi di disturbi psichici si è ridotto con un trend lievemente discendente, con la sola eccezione dei soggetti in età infantile. Questo risultato potrebbe certamente essere un effetto della riduzione complessiva del numero di ricoveri per tutte le cause, ma è anche possibile supporre che alcuni cambiamenti, verificatisi negli ultimi anni nell'ambito dell'organizzazione e della gestione della salute mentale, stiano raggiungendo gli obiettivi prioritari prefissati (2) (interventi di prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi mentali gravi direttamente a domicilio, scuola, luoghi di lavoro etc.). Alla luce di quanto detto, è probabile che, nelle regioni dove il tasso di ospedalizzazione è nettamente più elevato del dato nazionale, vi sia un livello di efficienza dei servizi esistenti non ancora ottimale.

Il Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 (3), poneva, ad esempio, attenzione alla disomogenea distribuzione dei servizi che si occupano di salute mentale e alla mancanza di un sistema informativo standardizzato per il monitoraggio qualitativo e quantitativo delle prestazioni erogate e dei bisogni di salute della popolazione. Ulteriori positivi risultati potrebbero derivare rafforzando i rapporti con la medicina generale e consentendo una maggiore integrazione tra i servizi sanitari e sociali mirati alla tutela della salute mentale, insieme ad una maggiore differenziazione dell'offerta sulla base dei bisogni dei pazienti.

Riferimenti bibliografici

(1) Minelli G, Manno V, D'Ottavi SM, Masocco M, Rago G, Vichi M, Crialesi R, Frova L, Demaria M, Conti S. La mortalità in Italia nell'anno 2006. (Rapporti ISTISAN 10/26). Appendice B.
(2) DPR 07.04.1994 "Progetto Obiettivo Tutela Salute Mentale 1994-1996". Gazzetta Ufficiale n. 93 del 22.04.1994. Disponibile sul sito:
www.salute.gov.it/imgs/C_22_pagineAree_48_paragrafi_paragrafo_0_listaFile_itemName_0_fileAllegato.pdf.
(3) Ministero della Salute. Piano sanitario Nazionale 2011-2013. Disponibile sul sito:
www.agenas.it/agenas_pdf/181110_per_PSN.pdf.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 222

Consumo di farmaci antidepressivi

Significato. Questo indicatore, pur riferendosi soltanto all'utilizzo di farmaci antidepressivi nella popolazione residente, intende descrivere, in maniera indiretta e con le limitazioni riportate nel paragrafo "Validità e limiti", la frequenza di alcuni disturbi della salute mentale e di eventuali variazioni nel consumo di farmaci antidepressivi prescritti dai professionisti sanitari afferenti al Servizio Sanitario Nazionale (SSN).
A completare il Capitolo, verrà evidenziato il trend temporale del consumo nel decennio 2004-2014.

Consumo di farmaci antidepressivi in Defined Daily Dose

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Consumo di farmaci antidepressivi in Defined Daily Dose*}}{\text{Popolazione residente pesata**} \times 365} \times 1.000$$

*Il calcolo del totale delle Defined Daily Dose (DDD) utilizzate (per principio attivo e per categoria terapeutica) è stato ottenuto sommando le DDD contenute in tutte le confezioni prescritte.
**È stato utilizzato il sistema di pesi organizzato su sette fasce di età predisposto dal Dipartimento della Programmazione del Ministero della Salute per la ripartizione della quota capitaria del Fondo Sanitario Nazionale.

Validità e limiti. Al fine di limitare l'influenza di alcune caratteristiche socio-demografiche della popolazione di riferimento, quali genere ed età, in fase di elaborazione dei dati è stato impiegato un adeguato sistema di pesi sui dati relativi al consumo di farmaci antidepressivi.
I risultati forniti dall'indicatore in studio vanno interpretati con cautela e tenendo in considerazione i seguenti limiti. Primo elemento da considerare è la possibilità che tali farmaci siano stati prescritti e/o utilizzati in base a indicazioni terapeutiche differenti e, pertanto, per patologie non strettamente psichiatriche.
Una seconda limitazione da riportare è legata ai dati disponibili per la valutazione dei consumi di farmaci antidepressivi. Infatti, solamente i farmaci prescritti da professionisti afferenti al SSN e, quindi, soggetti a rimborso, sono stati inclusi nell'analisi, mentre non è stato possibile quantificare variazioni del consumo relative alle prescrizioni out of pocket. La prescrizione di farmaci o categorie farmaceutiche viene misurata secondo una metodologia standard a livello internazionale, mediante la Defined Daily Dose (DDD) (1). Sebbene sia riconosciuto come metodo standard per confrontare i dati provenienti da diverse aree geografiche, la lettura epidemiologica deve tenere in considerazione alcuni elementi per l'interpretazione dei risultati: la DDD rappresenta, per le terapie di breve durata, uno strumento di comparazione dei consumi e non necessariamente un indicatore di patologia conclamata; inoltre, la DDD è utile a rappresentare la dose media di un farmaco assunta giornalmente da un paziente adulto (dose di mantenimento) e non quella di terapia iniziale. La DDD è, inoltre, soggetta a periodiche revisioni da parte del Nordic Council of Medicines di Uppsala (Svezia) e, pertanto, alcuni valori di riferimento possono variare da un anno all'altro.
I dati dei vari gruppi di farmaci, a partire dall'anno 2011, si riferiscono sia all'erogazione in regime di assistenza convenzionata, sia all'acquisto dei medicinali da parte delle strutture sanitarie pubbliche. Per questo motivo, tali dati non sono confrontabili con quelli relativi agli anni precedenti.

Valore di riferimento/Benchmark. Le medie nazionali di consumo di farmaci antidepressivi negli anni presi in considerazione rappresentano i valori di riferimento.

Descrizione dei risultati

Il trend del volume prescrittivo di farmaci antidepressivi, dopo l'aumento costante registrato nel decennio 2001-2011, sembrava aver raggiunto nel 2012 una fase di stabilità (38,50 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). I consumi più elevati per l'ultimo anno di riferimento si sono registrati in Toscana, nella PA di Bolzano, in Liguria, in Emilia-Romagna e in Umbria, mentre le regioni con minori consumi di antidepressivi sono la Basilicata, la Campania, la Puglia e la Sicilia. Il Lazio e l'Umbria sono le 2 regioni che hanno registrato il maggiore calo dei consumi nell'ultimo anno (Tabella 1).
Il trend in aumento su base nazionale nel corso degli anni (Grafico 1) si può attribuire a numerosi fattori: una diversa sensibilità della società nei confronti della patologia depressiva, con conseguente minore stigmatizzazione della malattia; una maggiore attenzione e consapevolezza del Medico di Medicina Generale (MMG) nei confronti della patologia, con conseguente miglioramento dell'accuratezza diagnostica; l'arricchimento della classe farmacologica di nuovi principi attivi utilizzati anche per il controllo di disturbi

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 223

psichiatrici non strettamente depressivi (ad esempio disturbi di ansia).
Infine, è opportuno ricordare che tali farmaci vengono utilizzati sempre più frequentemente come supporto alla terapia in soggetti affetti da gravi patologie oncologiche e cronico-degenerative e non si può prescindere dal considerare anche il possibile impatto dei mutamenti del contesto sociale, influenzati dalla crisi economica, che possono aver contribuito all'incremento dei consumi.

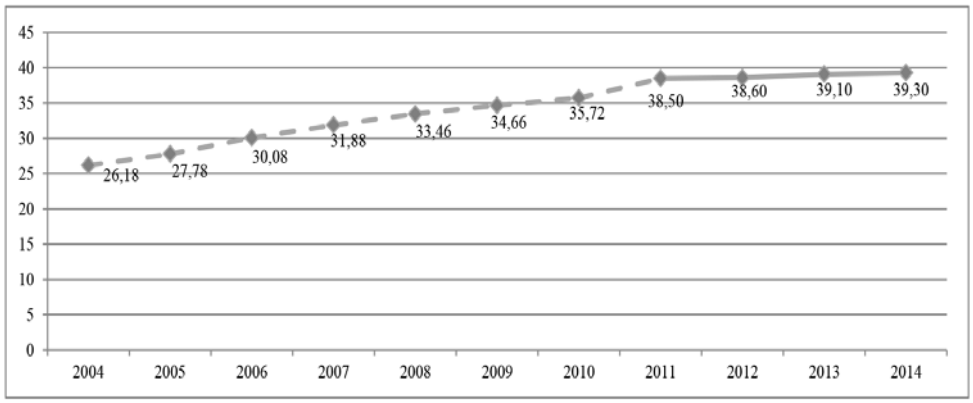
Tabella 1 - Consumo (DDD/1.000 ab die) di farmaci antidepressivi, pesato per età, per regione - Anni 2004-2014

Regioni	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Piemonte	25,95	27,97	31,09	33,46	35,53	37,43	39,10	41,90	42,40	43,30	43,60
Valle d'Aosta	25,50	26,07	27,86	29,62	31,33	32,58	33,96	37,40	36,60	37,90	38,70
Lombardia	23,78	25,12	26,94	28,45	29,96	31,21	32,43	34,90	35,50	36,20	36,80
Bolzano-Bozen	-	33,80	36,12	38,85	40,47	40,54	43,32	51,10	51,80	53,10	53,30
Trento	-	24,67	27,26	29,37	30,44	31,71	32,68	36,80	37,20	37,90	38,50
Veneto	24,46	25,83	27,79	29,58	30,82	32,00	33,04	36,50	37,00	37,40	37,50
Friuli Venezia Giulia	21,25	22,45	24,77	26,08	26,94	27,60	28,59	32,50	33,00	33,70	33,50
Liguria	36,95	39,52	42,31	44,42	46,19	47,28	48,13	51,10	50,60	51,40	51,30
Emilia-Romagna	31,43	32,84	35,26	37,40	39,13	40,64	41,70	48,50	48,90	49,50	49,40
Toscana	42,40	43,63	46,89	49,54	52,23	54,07	55,72	59,30	58,90	58,90	59,50
Umbria	27,16	28,98	32,62	35,71	38,28	40,13	42,18	49,40	50,00	50,20	49,40
Marche	26,85	28,89	31,16	33,52	35,34	36,70	37,36	39,70	39,20	40,20	40,60
Lazio	27,43	29,05	29,83	31,95	32,53	33,12	33,60	36,00	35,70	35,80	34,80
Abruzzo	24,96	26,52	30,24	31,67	33,25	33,95	34,77	35,60	35,50	35,90	36,40
Molise	20,48	20,97	24,48	26,18	28,47	29,37	30,00	30,60	30,50	30,50	32,60
Campania	20,39	22,00	23,97	24,88	26,25	27,30	28,20	29,30	29,20	29,80	30,50
Puglia	19,33	21,01	23,76	25,59	27,48	28,66	29,57	30,30	30,30	30,90	31,20
Basilicata	19,64	20,41	22,83	24,67	26,88	28,30	28,15	29,80	29,50	29,90	30,30
Calabria	21,22	23,84	26,71	27,97	30,92	31,76	32,56	34,90	35,50	36,40	37,00
Sicilia	23,28	24,82	27,18	28,42	29,39	30,08	30,91	32,10	31,50	31,40	31,20
Sardegna	31,66	33,75	36,30	38,09	39,58	41,26	42,44	44,30	44,10	43,80	44,00
Italia	**26,18**	**27,78**	**30,08**	**31,88**	**33,46**	**34,66**	**35,72**	**38,50**	**38,60**	**39,10**	**39,30**

- = non disponibile.

Fonte dei dati: OsMed. AIFA. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale. Anno 2014.

Grafico 1 - Trend nazionale del consumo (DDD/1.000 ab die) di farmaci antidepressivi pesato per età - Anni 2004-2014



Fonte dei dati: OsMed. AIFA. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale. Anno 2014.

Raccomandazioni di Osservasalute

La frequenza dei disturbi psichiatrici è quantificabile solo parzialmente attraverso l'indicatore proposto in quanto le DDD prescritte possono dipendere non solo dal numero di soggetti affetti da patologia, ma anche dalla capacità di attrazione del sistema socio-assistenziale regionale e dalle correlate e diversificate modalità di trattamento. L'aumento del volume di prescrizioni farmaceutiche per questa categoria di farmaci, con conseguente aumento della spesa, può essere in parte ascrivibile a una relativa facilità di utilizzo e di prescrizione di tale classe farmaceutica da parte dei MMG, senza che vi sia il supporto di uno specialista.
In ogni caso, va ribadito che le problematiche legate

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 224

allo stato di malattia depressiva, a causa del loro costante aumento a livello mondiale, rivestono sempre più un ruolo di maggiore rilievo e di prioritario interesse. L'Organizzazione Mondiale della Sanità include, infatti, tali patologie tra le principali cause di morte nei Paesi occidentali (2). L'opportunità di un miglioramento dei flussi informativi a livello nazionale e regionale, al fine di definire correttamente le dimensioni del fenomeno, sembra sempre più cogente. Parimenti, la valutazione in termini di qualità ed appropriatezza delle strutture territoriali che si occupano della diagnosi e della cura dei disturbi psichiatrici, va supportata allo scopo di limitare le problematiche legate all'inappropriatezza prescrittiva e alla spesa sanitaria associata al consumo di farmaci antidepressivi.

Riferimenti bibliografici

(1) WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, Guidelines for ATC classification and DDD assignment 2013. Oslo, 2012.
(2) Rapporto OsMed 2014. AIFA, Luglio 2014.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 225

Suicidi

Significato. Il suicidio è, indubbiamente, un fenomeno connesso alla salute mentale della popolazione, ma può anche essere letto come un indicatore di disagio e di mancata coesione ed integrazione sociale.
I principali fattori di rischio documentati nell'ideazione suicidaria sono rappresentati dal genere maschile, dall'età anziana, dalla presenza di un disturbo psichiatrico e dall'abuso di sostanze. L'aver attuato un precedente tentativo di suicidio risulta fortemente associato con il rischio di ripetizione dell'atto con esiti letali e, quindi, anche l'offerta e l'efficienza dei servizi territoriali di assistenza possono contribuire a determinare i livelli di questo indicatore.
I tassi di suicidio risultano essere più elevati tra i celibi e le nubili rispetto ai/alle coniugati/e per cui, anche i fattori di tipo culturale, ambientale e socio-demografico, giocano un ruolo nel determinare la variabilità degli stessi (1-3).

Tasso di mortalità per suicidio*

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Morti per suicidio di età 15 anni ed oltre}}{\text{Popolazione media residente di età 15 anni ed oltre}} \times 100.000$$

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

Validità e limiti. Il tasso di mortalità per suicidio è costruito a partire dai dati sui decessi raccolti dall'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) e classificati secondo l'International Classification of Disease (ICD-10-CM) (4) e dai dati, sempre di fonte Istat, della "Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile" e, per gli anni 2001-2011, della "Ricostruzione intercensuaria della popolazione" (5). Il primo limite di questo indicatore concerne la possibile sottostima dovuta all'eventuale errata attribuzione dei suicidi ad altre cause di morte, in particolare le "cause non determinate" e le "morti accidentali". Il secondo limite attiene, invece, al fatto che l'indicatore qui presentato è riferito, unicamente, alla popolazione residente nel nostro Paese (sia di cittadinanza italiana che straniera) e non tiene, quindi, conto dei suicidi commessi sul territorio italiano da stranieri non residenti (233 casi nel biennio 2011-2012). Infine, va ricordato che l'indicatore proposto non tiene conto del fenomeno del suicidio tra i bambini di età <15 anni che, seppure esiste, è estremamente raro (14 casi registrati nel biennio 2011-2012). Tuttavia, l'utilizzo di una modalità di classificazione dei decessi standardizzata e comparabile a livello territoriale, sia nazionale che internazionale, fa si che il tasso di mortalità per suicidio rappresenti un solido indicatore per i confronti interregionali e internazionali e per il monitoraggio dei trend temporali. Da sottolineare, inoltre, che il tasso standardizzato se da un lato consente di effettuare confronti spaziali e temporali al netto della struttura demografica della popolazione, dall'altro non fornisce una misura della "reale" dimensione del fenomeno; per ovviare a questo limite vengono presentati anche il tasso grezzo ed i tassi specifici per età.

Valore di riferimento/Benchmark. Poiché il suicidio rientra tra le cause di morte classificabili come "evitabili" con opportuni interventi di prevenzione primaria (6), il valore auspicabile dovrebbe corrispondere a 0 decessi.
Tuttavia, al fine di evidenziare aree di più spiccata criticità, è stato scelto come riferimento il valore nazionale (relativo al biennio 2011-2012, il più recente disponibile).

Descrizione dei risultati

Nel biennio 2011-2012, il tasso grezzo medio annuo di mortalità per suicidio è stato pari a 7,99 (per 100.000) residenti di 15 anni ed oltre (Tabella 1). Nel 78,4% dei casi il suicida è un uomo (dati non tabulati). Il tasso standardizzato di mortalità è pari a 13,61 (per 100.000) per gli uomini e a 3,25 (per 100.000) per le donne (Tabella 2).
Per entrambi i generi, la mortalità per suicidio cresce all'aumentare dell'età. Per gli uomini vi è un aumento esponenziale dopo i 65 anni di età e il tasso raggiunge il suo massimo nelle classi di età più anziane. Per le donne, invece, la mortalità per suicidio raggiunge il suo massimo nella classe di età 70-74 anni, dopo di che tende a ridursi lievemente nelle classi di età più anziane (Grafico 1 e 2).
L'indicatore presenta una marcata variabilità geografica, con tassi standardizzati, in generale, più elevati nelle regioni del Nord, con l'eccezione della Liguria che, insieme a Calabria e Campania, si colloca tra le 3 regioni con i livelli di suicidalità più bassi d'Italia. All'estremo opposto troviamo la Sardegna, con un tasso di mortalità più che doppio rispetto alle 3 regioni sopramenzionate, che si colloca al terzo posto nella graduatoria delle regioni con i livelli di suicidialità più alti, preceduta solo dalla Valle d'Aosta e dalla PA di Bolzano.
Il trend storico dell'indicatore a livello nazionale mostra una riduzione del tasso a partire dalla metà degli anni Ottanta che si accentua, soprattutto per gli uomini, a partire dal 1997; tuttavia, dopo il minimo storico raggiunto nel 2006 questa tendenza alla riduzione subisce un arresto (7). Dal confronto dei tassi spe-

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 226

cifici per età negli ultimi bienni si rileva, nell'ultimo biennio (2011-2012), un aumento della mortalità per suicidio che ha riguardato in modo quasi esclusivo gli uomini nella fascia di età 35-69 anni (Grafico 1 e 2).

Tabella 1 - Tasso medio (grezzo, standardizzato e specifico per 100.000) di mortalità per suicidio per regione - Anni 2011-2012

Regioni	Tassi grezzi					Tassi
	15-18	19-64	65-74	75+	Totale	std
Piemonte	2,40	9,86	13,54	16,09	10,90	10,60
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,00	9,00	22,78	29,97	13,28	13,06
Lombardia	2,34	7,44	9,48	11,40	7,93	7,90
Bolzano-Bozen	0,00	12,20	14,84	15,92	12,20	12,52
Trento	0,00	8,60	9,42	12,52	8,88	8,83
Veneto	2,27	9,10	11,54	12,30	9,47	9,41
Friuli Venezia Giulia	2,56	10,42	11,11	12,24	10,28	10,10
Liguria	1,02	5,34	6,83	9,55	6,09	5,64
Emilia-Romagna	2,50	8,57	12,88	20,37	10,55	10,23
Toscana	1,26	6,98	11,08	15,65	8,48	8,15
Umbria	0,00	8,96	15,44	16,77	10,67	10,37
Marche	1,83	7,16	10,85	18,94	9,06	8,80
Lazio	2,47	5,30	6,54	9,73	5,86	5,87
Abruzzo	1,02	8,14	11,63	16,90	9,49	9,42
Molise	0,00	6,76	11,39	19,46	8,74	8,68
Campania	0,54	3,79	6,08	7,95	4,24	4,51
Puglia	1,69	5,90	8,15	10,15	6,40	6,54
Basilicata	0,00	8,09	13,07	17,91	9,28	9,37
Calabria	2,91	4,84	8,05	8,74	5,50	5,60
Sicilia	2,21	6,88	8,21	10,69	7,18	7,35
Sardegna	1,69	11,67	10,77	12,49	11,33	11,31
Italia	**1,84**	**7,22**	**9,85**	**12,95**	**7,99**	**7,99**

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione italiana residente al Censimento del 2011.
Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS su dati Istat dell'"Indagine sulle cause di morte", della "Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile" e della "Ricostruzione Intercensuaria della popolazione". Anno 2015.

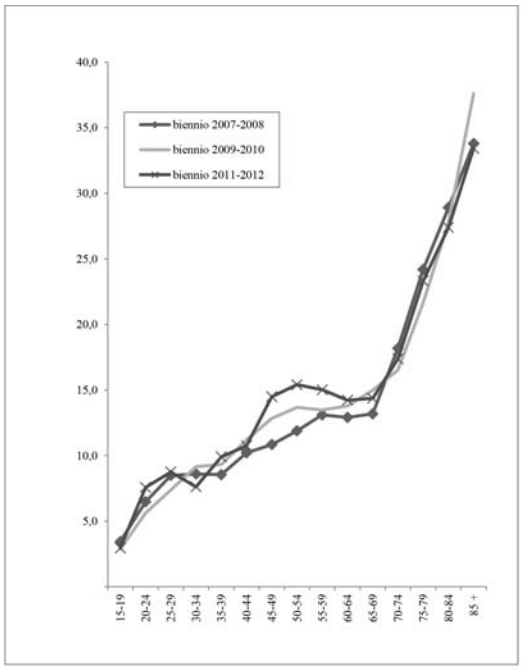
Tabella 2 - Tasso medio (standardizzato per 100.000) di mortalità per suicidio nella popolazione di età 15 anni ed oltre per genere e per regione - Anni 2011-2012

Regioni	Maschi	Femmine
Piemonte	16,99	5,15
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	21,29	5,70
Lombardia	13,35	3,31
Bolzano-Bozen	20,64	5,50
Trento	15,05	3,57
Veneto	15,44	4,08
Friuli Venezia Giulia	16,78	4,45
Liguria	9,58	2,56
Emilia-Romagna	17,40	4,34
Toscana	14,91	2,64
Umbria	17,17	4,59
Marche	14,50	3,90
Lazio	9,46	2,92
Abruzzo	16,42	3,39
Molise	16,89	1,92
Campania	7,54	2,03
Puglia	11,46	2,30
Basilicata	17,09	2,61
Calabria	9,86	1,93
Sicilia	12,85	2,57
Sardegna	21,06	2,50
Italia	**13,61**	**3,25**

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione italiana residente al Censimento del 2011.
Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS su dati Istat dell'"Indagine sulle cause di morte", della "Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile" e della "Ricostruzione Intercensuaria della popolazione". Anno 2015.

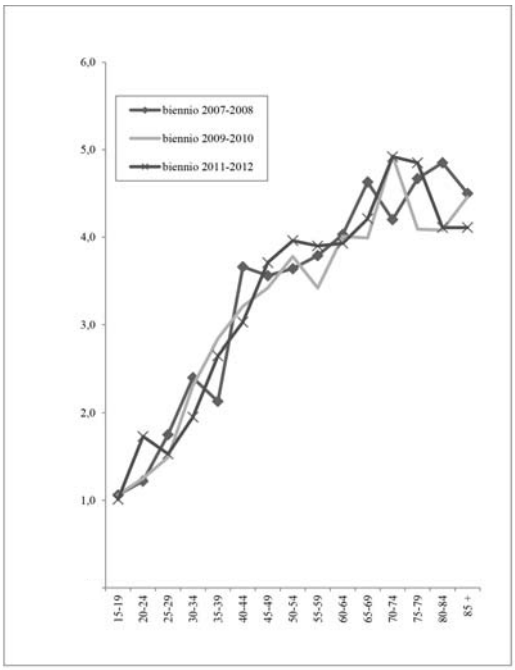
Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 227

Grafico 1 - Tasso (standardizzato e specifico per 100.000) di mortalità per suicidio. Maschi - Anni 2007-2008, 2009-2010, 2011-2012



Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS su dati Istat dell'"Indagine sulle cause di morte", della "Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile" e della "Ricostruzione Intercensuaria della popolazione". Anno 2015.

Grafico 2 - Tasso (standardizzato e specifico per 100.000) di mortalità per suicidio. Femmine - Anni 2007-2008, 2009-2010, 2011-2012



Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS su dati Istat dell'"Indagine sulle cause di morte", della "Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile" e della "Ricostruzione Intercensuaria della popolazione". Anno 2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 228

Raccomandazioni di Osservasalute

La prevenzione del suicidio è tra gli obiettivi prioritari sia a livello europeo che a livello mondiale. La Commissione Europea ha varato, nel 2008, l'European pact for mental health and well-being, che contempla la prevenzione del suicidio e della depressione tra le cinque aree prioritarie di intervento, e nel 2013 la Join Action su Mental Health and Well-being, con l'obiettivo di ridurre il carico sociale della depressione e il numero dei suicidi, promuovendo un approccio di tipo evidence-based (8).

Sempre nel 2013, l'Assemblea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) adotta il Mental health action plan 2013-2020 che indica, tra gli obiettivi da raggiungere entro il 2020, un aumento del 20% dei servizi per la cura dei disturbi psichiatrici gravi e la riduzione del 10% del tasso di suicidio, incoraggiando i Paesi membri a sviluppare strategie di prevenzione del suicidio che, sulla base delle evidenze, combinino un approccio universale con attività mirate a proteggere i gruppi più vulnerabili. Nel 2014 l'OMS pubblica il Report Preventing suicide. A global imperative, importante risorsa per lo sviluppo di una strategia multisettoriale globale per la prevenzione (1, 9, 10).

Tra le azioni efficaci per la prevenzione, l'OMS indica la restrizione della disponibilità ed accesso ai mezzi utilizzati per attuare il suicidio (come pesticidi, sostanze tossiche, armi da fuoco e accesso a luoghi elevati), l'implementazione di politiche per la riduzione dell'abuso alcolico e, non ultimo, la promozione di un atteggiamento responsabile da parte dei media per ciò che concerne le informazioni sui casi di suicidio come, ad esempio, evitare di usare un linguaggio sensazionalistico o presentare l'atto suicida come la soluzione di un problema, evitare di mostrare immagini e/o fornire una descrizione del metodo utilizzato e fornire, invece, informazioni su dove trovare aiuto in caso di bisogno (9, 10). A questo proposito, nel nostro Paese è attivo, presso l'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea di Roma, un "Servizio per la Prevenzione del Suicidio" (10), che ha l'obiettivo di offrire sostegno alle persone che vogliono tentare o hanno tentato in passato il suicidio, ma anche a quanti hanno perso un caro per suicidio.

Merita particolare attenzione l'aumento dei suicidi che si è registrato negli ultimi bienni tra gli uomini in età lavorativa. Come indicato anche dall'OMS, la malattia psichiatrica non è l'unico fattore di rischio per il suicidio che va, invece, visto come la risultante di molti fattori di tipo genetico, psico-sociali, biologici, individuali, culturali e ambientali. Ne consegue che le politiche di prevenzione del suicidio, per essere efficaci, non possono essere confinate al solo ambito sanitario, ma devono prevedere un approccio di tipo multisettoriale, che tenga conto dei potenziali fattori di rischio a livello di contesto sociale, economico e relazionale del soggetto. Inoltre, poiché il fenomeno è caratterizzato da un'elevata variabilità geografica, una strategia nazionale di prevenzione risulterà essere più efficace se implementata sulla base dell'individuazione dei principali fattori di rischio a livello locale con interventi e programmi mirati (1, 7, 11).

Riferimenti bibliografici

(1) World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. Disponibile sul sito: www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/.
(2) Vichi M, Masocco M, Pompili M, et al. "Suicide mortality in Italy from 1980 to 2002". Psychiatry Research 2010; 175: 89-97.
(3) Pompili M, Vichi M, Masocco M, et al. Il suicidio in Italia. Aspetti epidemiologici e socio demografici (Suicide in Italy. Epidemiologic and demographic features). Quaderni Italiani di Psichiatria 2010, 29 (2).
(4) Organizzazione mondiale della sanità. Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati. Decima revisione. 3 voll. Traduzione della prima edizione a cura del Ministero della Sanità, Roma: Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato; 2001.
(5) Istat. GeoDemo, Demografia in cifre. Disponibile sul sito: http://demo.istat.it/.
(6) ERA - Epidemiologia e Ricerca Applicata. Atlante 2007. Mortalità evitabile per genere e ASL.
(7) Pompili M, Vichi M, Innamorati M, et al. Suicide in Italy during a time of economic recession: some recent data related to age and gender based on a nationwide register study. Health Soc Care Community. 2014 Jul; 22 (4): 361-7. doi: 10.1111/hsc.12086.
(8) European Union, Directorate general for Health and Consumers "European Pact for Mental health and Well-being", 2008. Disponibile sul sito: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf.
(9) World Health Organization. Mental health action plan 2013-2020. Disponibile sul sito: www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/.
(10) Disponibile sul sito: www.prevenireilsuicidio.it/.
(11) Fountoulakis KN, Kawohl W, Theodorakis PN, et al. Relationship of suicide rates to economic variables in Europe: 2000-2011. Br J Psychiatry. 2014 Dec; 205 (6): 486-96. doi: 10.1192/bjp.bp.114.147454. Epub 2014 Oct 30.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 229

Servizio per la Prevenzione del Suicidio

Prof. Maurizio Pompili, Dott.ssa Denise Erbuto

Il Servizio per la Prevenzione del Suicidio (1), avente sede in Roma presso l'Unità Operativa Complessa di Psichiatria dell'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea - Cattedra di Psichiatria, Facoltà di Medicina e Psicologia, "Sapienza" Università di Roma - rappresenta un'esperienza unica di ricerca e prevenzione nel panorama nazionale ed internazionale. Fondato e diretto dal Prof. Maurizio Pompili, il Servizio porta avanti le sue attività grazie ad un team composto da medici, psicologi, tirocinanti, frequentatori scientifici e specializzandi, figure che, a titolo per lo più volontario, quotidianamente operano nella pratica clinica ed in iniziative collaterali. Le storie e le vicissitudini degli utenti rappresentano una sfida per gli operatori, oltre a costituire un importante background di definizione e perfezionamento dell'esperienza professionale e personale. I tanti progetti di ricerca e le iniziative scientifiche, insieme a tutte le attività cliniche, vengono coordinate dalla Dott.ssa Denise Erbuto, psicologo-psicoterapeuta.
Il Servizio muove i primi passi a partire dal modello statunitense messo a punto da Shneidman, Farberow e Litman, impostosi negli anni Cinquanta, nel panorama internazionale, come centro dedicato all'assistenza e prevenzione dei soggetti a rischio di suicidio.
Oltre ad offrire sostegno agli individui in crisi ed a quanti hanno perso un caro per suicidio, il Servizio si propone di agire da catalizzatore di risorse, promuovendo consapevolezza e responsabilità nella comunità. Far conoscere i luoghi in cui gli individui possono chiedere aiuto è, dunque, un primo target, ma diviene necessario anche provvedere a campagne divulgative che permettano a quanti più individui di apprendere i principi basilari per riconoscere una condizione di crisi. Non trascurabili sono, inoltre, i programmi divulgativi e di raccolta fondi a sostegno delle ricerche e delle continuità delle iniziative di prevenzione del Servizio.
Il Servizio collabora, inoltre, attivamente con importanti Istituzioni internazionali quali l'International Association for Suicide Prevention, l'American Association of Suicidology, l'International Academy of Suicide Research, l'Organizzazione Mondiale della Sanità, il McLean Hospital-Harvard Medical School (Stati Uniti d'America) e molte altre presenti in America, Asia e Australia.

Le attività del Servizio per la Prevenzione del Suicidio

Il Servizio si dedica all'attività assistenziale e formativa. Molti sono gli accessi presso l'ambulatorio con regolare pagamento del ticket previsto dal Servizio Sanitario Nazionale. Il Servizio è, ormai, conosciuto in tutta Italia e riceve richieste di assistenza da molte regioni.
Presso l'ambulatorio diversi sono i percorsi assistenziali a disposizione dell'utente:
- visite ambulatoriali specialistiche;
- psicoeducazione, psicoterapie individuali, familiari e di gruppo;
- opportunità di ricovero in case di cura selezionate;
- incontro con i familiari per la costruzione di una rete di sostegno.

Prima, e irrinunciabile attività del nostro Servizio, è la valutazione del rischio di suicidio attraverso l'utilizzo di test psicometrici standardizzati e costruiti ad hoc, cui segue la presa in carico del paziente sulla base delle Linee Guida internazionali condivise dalla comunità scientifica.
Il Servizio, intervenendo nell'ambito dei fattori protettivi per il rischio di suicidio, si propone, pertanto, di:
- garantire un terreno comune per tutte le figure che nel territorio operano nella prevenzione del suicidio;
- fornire formazione e collaborazione con i "moltiplicatori" (quali sacerdoti, insegnanti, forze dell'ordine, farmacisti etc.);
- organizzare training specialistici a persone selezionate nell'area della prevenzione del suicidio, in centri chiave di addestramento;
- riunire e integrare risorse già esistenti, favorendo la cooperazione fra persone, servizi e Istituzioni nel contesto di una crescente solidarietà;
- promuovere la formazione di gruppi di auto-aiuto;
- garantire un servizio di sostegno psicologico;
- istituire programmi ad hoc diretti a coloro che hanno perso una persona cara per suicidio.

Il Servizio per la Prevenzione del Suicidio organizza, tradizionalmente, la Giornata Mondiale per la Prevenzione del Suicidio, una iniziativa dell'International Association for Suicide Prevention.

Riferimenti bibliografici

(1) Disponibile sul sito: www.prevenireilsuicidio.it.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 230

Soggetti ospedalizzati con almeno una diagnosi (principale o secondaria) alla dimissione di disturbo psichico alcol-correlato

Dott. Emanuele Scafato, Dott.ssa Silvia Ghirini, Dott.ssa Monica Vichi

Il consumo di bevande alcoliche è, ormai, da molti anni segnalato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come un problema prioritario di Sanità Pubblica per i costi sociali che comporta, in quanto fattore di rischio per gravi patologie organiche (cirrosi epatica, tumori etc.), per gravi disturbi del comportamento sociale e sessuale (aggressività e violenza), per gravi quadri psico-patologici della sfera affettiva e cognitiva (depressione, suicidio, delirium, demenza etc.), per l'assenteismo sul lavoro ed i frequenti ricoveri ospedalieri, nonché per i numerosi e gravi incidenti stradali e sul lavoro connessi all'abuso anche solo occasionale delle bevande alcoliche (1-4).
La Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD-9-CM) è un sistema di classificazione che organizza le malattie ed i traumatismi in gruppi, sulla base di criteri definiti, e che permette una analisi delle dimissioni ospedaliere per categorie di malattie e traumatismi. All'interno del Capitolo 5, dedicato ai disturbi mentali (ICD-9-CM: 290-319) (5), sono presenti delle sottocategorie (ICD-9-CM: 291, ossia "Disturbi mentali indotti da alcool", e ICD-9-CM: 303, ossia "Sindrome di dipendenza da alcool") che permettono una valutazione dell'impatto dell'alcol sui ricoveri ospedalieri per disturbo mentale. Nell'ambito di questo Box sono state analizzate le dimissioni ospedaliere per acuti in regime di Ricovero Ordinario e di Day Hospital (escluse, quindi, le lungodegenze e le riabilitazioni) dei pazienti ricoverati almeno una volta nel corso dell'anno a causa di un disturbo psichico alcol-correlato; se un soggetto è stato, quindi, ricoverato più volte nel corso dell'anno, esso viene conteggiato una sola volta.

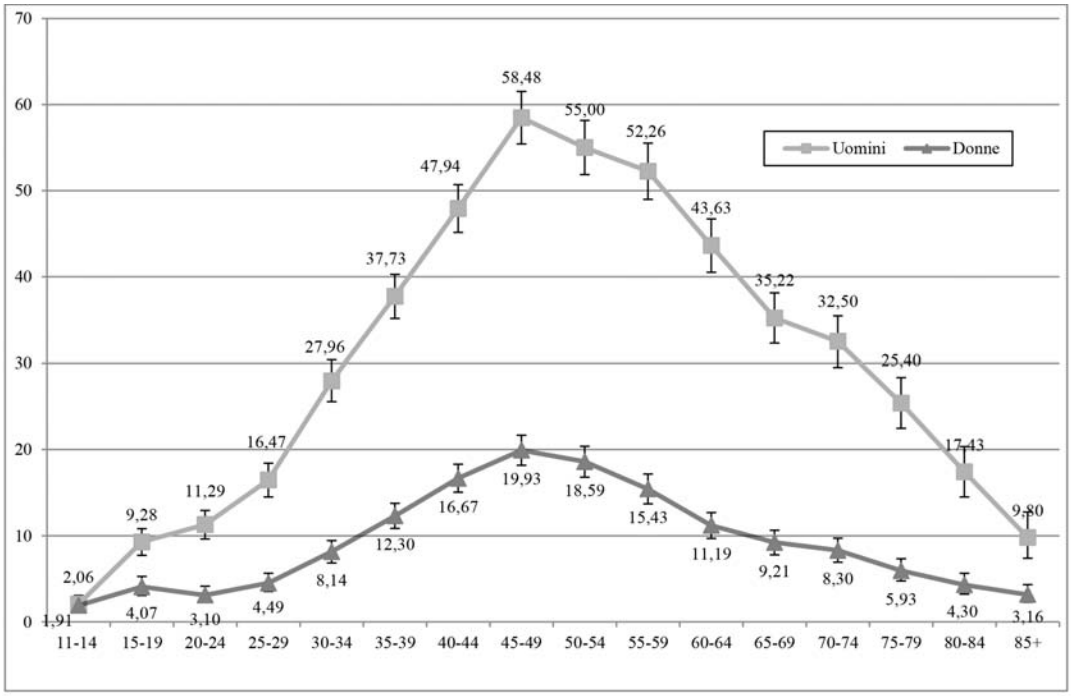
Risultati

In Italia, nel 2013, sono state compilate complessivamente oltre 8 milioni e 700 mila Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) riferite a persone di età ≥11 anni alla dimissione; di queste, 26.025 (0,3%) sono state quelle contenenti una diagnosi alla dimissione di disturbo psichico (ICD-9-CM: 290-319) ed hanno riguardato oltre 285 mila soggetti dimessi almeno una volta nel corso del 2013 (in regime "per acuti"), con una diagnosi (principale o secondaria) di disturbo psichico.
I soggetti che sono stati dimessi (in regime "per acuti") almeno una volta nel corso dell'anno, con diagnosi di disturbo psichico alcol-correlato, sono stati 11.901 ed hanno rappresentato il 4,17% del totale dei dimessi con una diagnosi (principale o secondaria) di disturbo psichico.
Nella fascia di età 11-14 anni, non si rileva una differenza di genere del tasso di dimessi almeno una volta nel corso dell'anno con diagnosi di disturbo psichico alcol-correlato , mentre per tutte le altre classi di età il tasso è superiore per il genere maschile (Grafico 1).
La distribuzione dei tassi specifici per età mostra che, per entrambi i generi, i valori aumentano al crescere dell'età, raggiungendo i valori massimi nella fascia di popolazione adulta (40-50 anni) e diminuiscono nuovamente tra gli anziani (Grafico 1) (le dimissioni da ricoveri in lungodegenze non sono considerate in questa analisi).
L'analisi dei tassi standardizzati dei soggetti dimessi almeno una volta nel corso dell'anno con diagnosi di disturbo psichico alcol-correlato evidenzia che i valori sono più elevati tra gli uomini rispetto alle donne in tutte le regioni con un gradiente Nord-Sud ed Isole. Si rilevano valori superiori al dato nazionale, per entrambi i generi, in tutte le regioni del Nord, ad eccezione del Veneto (che risulta, invece, al di sotto del valore nazionale e tra i più bassi di tutte le altre realtà territoriali), in Sardegna, in Molise e nel Lazio. Valori superiori si registrano anche in Abruzzo ed in Puglia per i soli uomini ed in Toscana e nelle Marche per le sole donne. Valori inferiori al dato nazionale si rilevano, invece, per entrambi i generi in Umbria, Campania, Basilicata, Calabria e Sicilia. Nella PA di Bolzano si registra in assoluto il tasso più elevato rispetto a tutte le altre realtà territoriali di soggetti dimessi almeno una volta nel corso dell'anno con diagnosi di disturbo psichico alcol correlato (uomini: 192,45 per 100.000; donne: 56,74 per 100.000).
L'analisi dei sottogruppi di popolazione per classi di età mostra che, a livello nazionale, per entrambi i generi la fascia di popolazione con il valore più elevato del tasso di soggetti dimessi almeno una volta nel corso dell'anno con diagnosi di disturbo psichico alcol-correlato è quella degli adulti, mentre il tasso più basso si registra tra i ragazzi di età 11-18 anni (Tabella 2). L'analisi delle singole realtà territoriali mostra, tuttavia, molte differenze legate alla classe di età di appartenenza. Tra i giovani di 11-18 anni, i valori sono superiori al dato nazionale in Abruzzo, Sardegna, PA di Bolzano e Liguria per entrambi i generi, in Molise, PA di Trento, Campania e Friuli Venezia Giulia per gli uomini e nel Lazio, Lombardia e Basilicata per le donne.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 231

Sono, invece, inferiori al dato nazionale i valori registrati in Sicilia, Marche, Calabria, Emilia-Romagna, Toscana, Piemonte e Puglia per entrambi i generi, in Veneto, Umbria, Lazio e Lombardia per gli uomini ed in Friuli Venezia Giulia e Campania per le donne. Nella fascia di età adulta (19-64 anni) sono superiori al valore nazionale i tassi registrati per entrambi i generi nella PA di Bolzano, Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Liguria, PA di Trento, Piemonte, Lazio, Molise, Emilia-Romagna, Lombardia e Toscana, oltre a Sardegna, Abruzzo e Puglia per i soli uomini e Marche per le donne. Risultano, invece, inferiori alla media molte delle regioni del Centro, del Meridione ed il Veneto. Infine, nelle fasce di popolazione anziana si mantiene il gradiente Nord-Sud ed Isole e le PA di Trento e Bolzano, insieme al Friuli Venezia Giulia, sono realtà territoriali con i valori più elevati mentre Calabria e Sicilia quelle con i valori più bassi.

Grafico 1 - Tasso (standardizzato e specifico per 100.000) e Intervalli di Confidenza al 95% di dimissioni ospedaliere (non ripetute) per disturbi psichici alcol-correlati per genere - Anno 2013



Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS su dati Ministero della Salute "SDO", della "Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile" e della "Ricostruzione Intercensuaria della popolazione". Anno 2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 232

Tabella 1 - Tasso (standardizzato per 100.000) di dimissioni ospedaliere (non ripetute) per disturbi psichici alcol-correlati per genere e per regione - Anno 2013

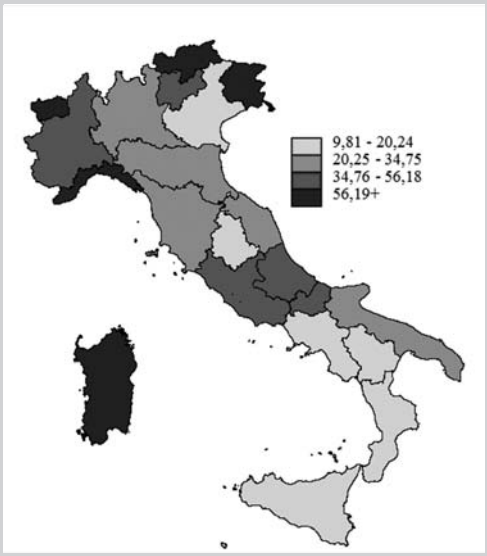
Regioni	Maschi	Femmine
Piemonte	40,01	13,38
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	108,84	23,08
Lombardia	34,74	13,00
Bolzano-Bozen	192,45	56,74
Trento	56,18	15,19
Veneto	9,94	3,89
Friuli Venezia Giulia	74,82	21,86
Liguria	64,50	26,03
Emilia-Romagna	34,52	13,64
Toscana	31,49	13,09
Umbria	9,81	2,26
Marche	31,35	11,72
Lazio	38,20	12,01
Abruzzo	44,29	9,98
Molise	35,99	12,22
Campania	20,23	3,26
Puglia	33,99	7,23
Basilicata	18,41	4,98
Calabria	19,37	4,14
Sicilia	19,71	3,94
Sardegna	59,66	10,75
Italia	**33,75**	**10,44**

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione italiana residente al Censimento del 2011.

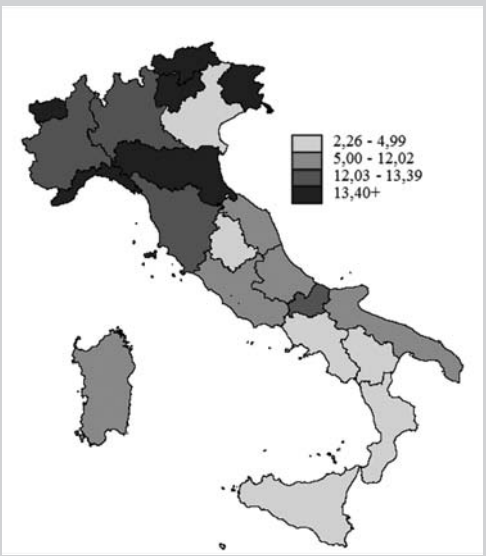
Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS su dati Ministero della Salute "SDO", della "Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile" e della "Ricostruzione Intercensuaria della popolazione". Anno 2015.

Tasso (standardizzato per 100.000) di dimissioni ospedaliere (non ripetute) per disturbi psichici alcol-correlati per regione. Anno 2013

Maschi



Femmine



Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 233

Tabella 2 - Tasso (specifico per 100.000) di dimissioni ospedaliere (non ripetute) per disturbi psichici alcol-correlati per genere e per regione - Anno 2013

Regioni	Maschi				Femmine			
	11-18	19-64	65-74	75+	11-18	19-64	65-74	75+
Piemonte	1,94	48,53	50,91	19,93	0,69	16,86	12,40	7,27
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	-	143,45	116,61	19,25	-	25,77	55,24	-
Lombardia	5,12	42,23	30,6	25,08	5,19	16,21	9,97	5,75
Bolzano-Bozen	29,74	200,42	320,23	163,02	4,49	64,80	72,00	35,81
Trento	8,96	52,38	104,45	71,34	-	14,31	35,31	11,77
Veneto	1,06	9,25	20,1	12,7	-	4,02	6,49	4,08
Friuli Venezia Giulia	7,15	79,57	106,8	90,59	2,56	23,87	34,65	20,29
Liguria	5,84	79,14	70,95	28,76	4,14	36,42	10,78	7,61
Emilia-Romagna	3,92	42,69	33,31	18,28	1,40	17,90	12,78	3,07
Toscana	4,72	40,71	24,44	11,61	1,68	17,71	8,96	2,11
Umbria	3,22	9,97	8,44	15,92	-	2,96	-	2,89
Marche	3,52	36,92	30,5	25,05	1,89	15,84	5,66	3,41
Lazio	4,26	48,52	31,37	14,18	7,04	15,17	8,38	3,39
Abruzzo	20,56	52,59	39,52	17,96	13,08	10,05	9,71	8,52
Molise	25,3	44,48	13,02	19,53	-	16,70	-	8,37
Campania	7,29	24,25	15,86	7,8	0,38	4,44	0,36	1,38
Puglia	5,11	42,13	21,16	16,26	1,80	9,27	3,64	2,55
Basilicata	-	21,24	11,52	22,35	4,57	4,48	6,84	5,10
Calabria	3,65	22,62	22,16	6,2	1,28	4,69	5,12	0,84
Sicilia	1,82	24,96	13	4,63	0,96	5,20	1,13	1,02
Sardegna	22,21	73,45	52,75	20,26	22,17	11,43	6,27	2,02
Italia	**5,36**	**40,3**	**34,22**	**19,5**	**3,10**	**12,89**	**8,80**	**4,56**

- = non disponibile.

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS su dati Ministero della Salute "SDO", della "Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile" e della "Ricostruzione Intercensuaria della popolazione". Anno 2015.

Riferimenti bibliografici

(1) Scafato E, Gandin C, Galluzzo L, Martire S, Ghirini S per il Gruppo di Lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol) (Ed.). Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol- CNESPS sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2014. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2014. (Rapporti ISTISAN 14/1).
(2) WHO. Global status report on alcohol and health 2014. Luxembourg: WHO; 2014. Disponibile sul sito: www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/; ultima consultazione 19/02/2015.
(3) Ministero della Salute, Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria. Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della Legge 30.3.2001 n. 125 "Legge Quadro in materia di alcol e problemi alcol-correlati", anno 2013. Roma: Ministero delle Salute; 2014. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1899_allegato.pdf; ultima consultazione 19/02/2015.
(4) World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. Disponibile sul sito: www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/.
(5) Classificazione 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" Anno 2017.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 234

Salute materno-infantile

La salute materno-infantile rappresenta, senza dubbio, un'area prioritaria della salute pubblica, sia perché la gravidanza e il parto in Italia sono la prima causa di ricovero per le donne e sia perché gli indicatori relativi a questa sfera della salute sono utilizzati a livello internazionale per valutare la qualità dell'assistenza sanitaria di un Paese.

Nel Capitolo sono presentati alcuni importanti indicatori di quest'area tematica, molti dei quali già presenti nelle precedenti Edizioni del Rapporto Osservasalute, selezionati in base alla loro specificità, nonché rilevanza ed utilità.

L'attività assistenziale nel percorso nascita è, ovviamente, oggetto di attenzione da parte del Ministero della Salute e nel 2010 è stato sancito l'Accordo Stato-Regioni contenente le "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo". Pertanto, l'attività dei punti nascita viene a delinearsi come fondamentale per il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate. La presenza di un Box redatto dal Ministero della Salute sintetizza chiaramente questo aspetto.

Nel 2013, la quota di parti avvenuti in strutture con numero di parti <1.000 ogni anno è risultata pari a 38%, sostanzialmente invariata rispetto al 2011, mentre c'è stata una positiva riduzione della quota di parti avvenuti nelle strutture con minore attività (<500 parti annui), probabilmente in seguito alla chiusura di alcuni di questi punti nascita.

Una Unità Operativa di Terapia Intensiva Neonatale (UOTIN) è presente in 128 dei 526 punti nascita analizzati e ben 107 UOTIN sono disposte nei punti nascita dove hanno luogo almeno 1.000 parti annui, in accordo con gli standard qualitativi riconosciuti.

Il ricorso al Taglio Cesareo (TC) in Italia, pur restando sempre elevato e tra i più alti in Europa, sembra essersi assestato da qualche anno intorno al 36% sul totale dei parti annui. Positiva è la diminuzione della quota dei TC primari, che passa dal 23,1% del 2011 al 21,6% del 2014. Permane il gradiente Nord-Sud ed Isole, con valori più elevati di TC primari in Campania (34,3%), Molise (26,9%) e Sardegna (26,7%).

Con riferimento alla Procreazione Medicalmente Assistita, nel 2013, si è assistito a un calo dell'offerta: sono stati iniziati 914 cicli a fresco per milione di abitanti rispetto ai 932 dell'anno precedente e permane la differenza sostanziale tra Nord e Sud ed Isole. La stabilità della percentuale di parti multipli (19,8% nel 2013 e 20,0% nel 2012) nasconde l'importante differenziazione riferita al numero di gemelli: c'è stato, infatti, un leggero aumento dei parti gemellari e una contemporanea riduzione dei parti trigemini, considerati più a rischio. Un aspetto positivo viene dal sistema di monitoraggio: la quota di gravidanze perse al follow-up risulta, infatti, in diminuzione ed è pari a 10,3%.

Con riferimento all'aborto volontario si segnala la persistente riduzione dei livelli iniziata ormai già da qualche anno: nel 2013, il tasso è ulteriormente diminuito arrivando a 7,1 casi di Interruzione Volontaria di Gravidanza ogni 1.000 donne di età 15-49 anni. Questa riduzione ha interessato tutte le regioni e tutte le classi di età. Con riferimento alle modalità di intervento risulta ancora molto utilizzata l'anestesia generale (76,6%), anche se il ricorso all'anestesia locale (presente solo nel 5,6% dei casi) sarebbe la pratica più raccomandata a livello internazionale, poiché minimizza i rischi per la salute della donna e presenta un impegno minore di personale sanitario e di infrastrutture (e, quindi, costi inferiori). Solo in 3 regioni si supera la soglia del 10%: Marche (42,9%), Lazio (13,8%) e Toscana (10,5%). Si osserva, inoltre, un aumento del ricorso all'aborto farmacologico.

Utilizzando i dati rilevati dall'Istituto Nazionale di Statistica dell'indagine campionaria sulle Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari, è stato redatto un Box sull'allattamento al seno, una pratica raccomandata dall'Organizzazione Mondiale di Sanità per tutto il 1° anno di vita e, da anni, supportata dal Ministero della Salute tramite le "Linee di indirizzo nazionali sulla protezione, la promozione ed il sostegno dell'allattamento al seno".

Un importante risultato è la quota di donne che ha allattato al seno l'ultimo nato: dal 70,3% nel 1994 all'85,5% nel 2013. Anche la durata complessiva dell'allattamento al seno mostra una tendenza crescente e linea-

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 236

re dal 2000 al 2013, aumentando, a livello nazionale, da 6,2 a 8,3 mesi. Come per molti altri fenomeni si osserva una disomogeneità tra le varie regioni.

Il Capitolo si conclude con un Box in cui vengono illustrate le attività ed i Progetti, finanziati dal Ministero della Salute e coordinati dall'Istituto Superiore di Sanità con alcune regioni, aventi l'obiettivo di raccogliere dati affidabili e di qualità sulla mortalità e grave morbosità materna, argomenti già affrontati nelle precedenti Edizioni del Rapporto Osservasalute.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 237

Parti effettuati nei punti nascita

Significato. L'indicatore intende descrivere l'organizzazione territoriale della rete dei punti nascita. In Italia l'assistenza alla gravidanza e al parto è, generalmente, buona (il rischio di natimortalità si è quasi dimezzato a partire dai primi anni Ottanta, la percentuale di donne assistite durante la gravidanza ha superato il 90%, la totalità dei parti è assistita da operatori sanitari e la percentuale di nati da parto pretermine e quella di nati di peso inferiore si è ridotta drasticamente) anche se la realtà del nostro Paese è ancora caratterizzata da un'eccessiva medicalizzazione dell'evento nascita, di cui il non appropriato ricorso al Taglio Cesareo (TC), e da una estrema parcellizzazione dei punti nascita.
Per migliorare questo sistema assistenziale è stato sancito, in Conferenza Unificata il 16 dicembre 2010, l'Accordo Stato-Regioni recante "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo" in cui si propone un programma nazionale, articolato in dieci linee di azione, per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del TC.
Le linee di indirizzo contengono specifiche indicazioni di politica sanitaria per migliorare la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni erogate durante il percorso nascita. Tra queste sono previste la razionalizzazione dei punti nascita nonché il miglioramento degli aspetti strutturali, tecnologici ed organizzativi delle strutture.
La riorganizzazione della rete assistenziale del percorso nascita prevede il numero di almeno 1.000 nascite/anno quale parametro standard a cui tendere, nel triennio, per il mantenimento/attivazione dei punti nascita. La possibilità di punti nascita con numerosità inferiore e, comunque, non <500 parti/anno, potrà essere prevista solo sulla base di motivate valutazioni legate alla specificità dei bisogni reali delle varie aree geografiche interessate, con rilevanti difficoltà di attivazione del Servizio Trasporto Assistito Materno.

Proporzione di parti secondo la classe di ampiezza

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Parti}_{\text{Classe i}}}{\text{Parti}} \times 100$$

$$\text{Denominatore}$$

Classe i=Classe 1, Classe 2, Classe 3, Classe 4, Classe 5.
Classe 1=<500 parti, Classe 2=500-799 parti, Classe 3=800-999 parti, Classe 4=1.000-2.499 parti, Classe 5=2.500 parti ed oltre.

Validità e limiti. L'indicatore evidenzia il rispetto di uno solo dei molteplici standard qualitativi per caratterizzare i livelli della rete di offerta dei servizi ostetrici e neonatologici ospedalieri.
La fonte utilizzata per il calcolo dell'indicatore è il Certificato Di Assistenza al Parto, relativo all'anno 2013. Nel caso di strutture ospedaliere articolate su più sedi (stabilimenti ospedalieri), a ciascun punto nascita è attribuita la specifica classe di ampiezza in funzione del volume di parti annui effettuati dallo stabilimento.

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono riferimenti normativi per questo indicatore. Per il confronto tra le regioni occorre considerare sia la diversa ampiezza dei territori regionali che le notevoli variabilità di densità abitativa e caratteristiche orografiche che impongono un'organizzazione dei servizi diversificata.

Descrizione dei risultati

La rete di offerta dei punti nascita risulta notevolmente diversificata sul territorio. Tra le regioni del Nord, quali Valle d'Aosta, Piemonte, Emilia-Romagna e Lombardia, oltre il 70% dei parti si svolge in punti nascita di grandi dimensioni (almeno 1.000 parti/anno) (Tabella 1 e Grafico 1). Tali strutture rappresentano, in ciascuna regione settentrionale, oltre il 40% dei punti nascita.
Un'organizzazione opposta della rete di offerta si presenta nell'area meridionale del Paese, dove oltre il 40% dei parti, nell'anno 2013, è avvenuto in punti nascita che hanno effettuato meno di 1.000 parti/anno. In particolare, in Basilicata tale percentuale ha raggiunto circa il 67%, con quasi il 44% dei parti effettuati in punti nascita con meno di 800 parti/anno. Occorre precisare che, nelle regioni meridionali e soprattutto in Campania e in Sicilia, i punti nascita sono per lo più dislocati in case di cura private accreditate, che hanno generalmente una dimensione inferiore rispetto alle strutture gestite direttamente dal Servizio Sanitario Nazionale. A livello nazionale, oltre il 62% dei parti dell'anno 2013 è avvenuto in punti nascita con un volume annuo di almeno 1.000 parti. Tra l'anno 2011 (oggetto di analisi nell'Edizione 2014 del Rapporto Osservasalute) e il 2013, molte regioni hanno effettuato interventi per la razionalizzazione della rete di offerta dei punti nascita, ma il processo di riordino previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 2010 appare ancora lento. C'è da segnalare, comunque, che diversi piccoli punti nascita (con volumi <800 parti annui), in particolare in Campania, Puglia, Calabria e Sicilia, sono stati chiusi.

M. CASCIELLO, C. TAMBURINI, F. BASILI, V. MONTORIO

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 238

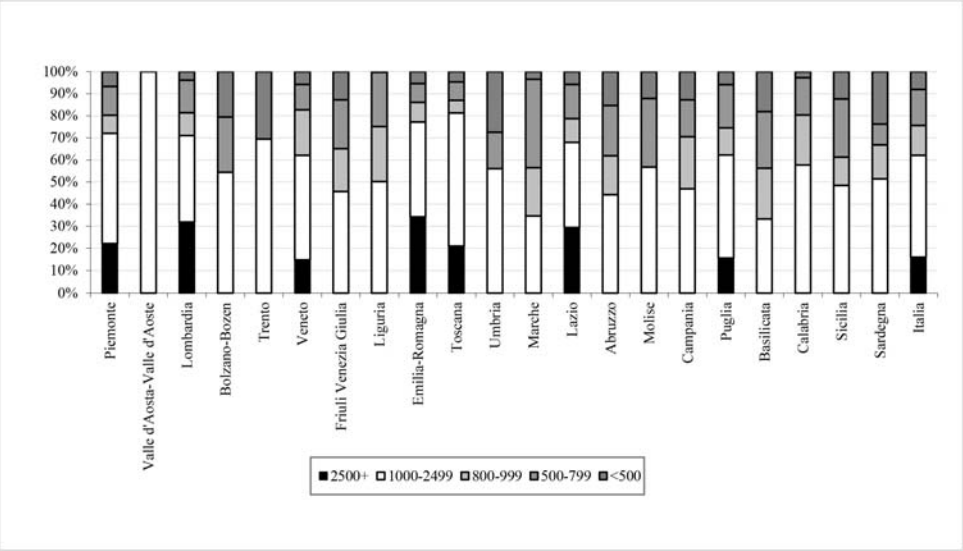
Tabella 1 - Parti (valori assoluti e valori percentuali) effettuati nei punti nascita secondo la classe di ampiezza per regione - Anno 2013

Regioni	<500		500-799		800-999		1.000-2.499		2.500+		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Piemonte	2.215	6,69	4.315	13,04	2.695	8,15	16.523	49,94	7.337	22,18	33.085	100,00
Valle d'Aosta	0	n.a.	0	n.a.	0	n.a.	1.127	100,00	0	n.a.	1.127	100,00
Lombardia	3.401	3,88	12.916	14,72	9.071	10,34	34.384	39,19	27.964	31,87	87.736	100,00
Bolzano-Bozen	1.119	20,52	1.363	25,00	0	n.a.	2.970	54,48	0	n.a.	5.452	100,00
Trento	1.400	30,45	0	n.a.	0	n.a.	3.197	69,55	0	n.a.	4.597	100,00
Veneto	2.357	5,77	4.688	11,48	8.409	20,60	19.333	47,35	6.043	14,80	40.830	100,00
Friuli Venezia Giulia	1.187	12,77	2.055	22,11	1.805	19,42	4.248	45,70	0	n.a.	9.295	100,00
Liguria	26	0,25	2.598	24,64	2.623	24,88	5.295	50,23	0	n.a.	10.542	100,00
Emilia-Romagna	1.999	5,37	3.151	8,47	3.346	8,99	15.992	42,97	12.728	34,20	37.216	100,00
Toscana	1.380	4,71	2.414	8,24	1.685	5,75	17.670	60,29	6.160	21,02	29.309	100,00
Umbria	2.049	27,38	1.239	16,56	0	n.a.	4.196	56,07	0	n.a.	7.484	100,00
Marche	419	3,42	4.903	40,07	2.669	21,81	4.245	34,69	0	n.a.	12.236	100,00
Lazio	2.908	5,80	7.742	15,44	5.392	10,76	19.360	38,62	14.730	29,38	50.132	100,00
Abruzzo	1.545	15,37	2.279	22,67	1.777	17,67	4.454	44,30	0	n.a.	10.055	100,00
Molise	218	12,17	555	30,99	0	n.a.	1.018	56,84	0	n.a.	1.791	100,00
Campania	6.810	12,77	8.901	16,69	12.605	23,63	25.024	46,91	0	n.a.	53.340	100,00
Puglia	1.993	5,90	6.595	19,54	4.159	12,32	15.757	46,68	5.254	15,56	33.758	100,00
Basilicata	735	18,04	1.046	25,68	937	23,00	1.356	33,28	0	n.a.	4.074	100,00
Calabria	436	2,73	2.699	16,90	3.612	22,62	9.219	57,74	0	n.a.	15.966	100,00
Sicilia	5.368	12,33	11.466	26,34	5.566	12,79	21.126	48,54	0	n.a.	43.526	100,00
Sardegna	2.698	23,76	1.066	9,39	1.743	15,35	5.847	51,50	0	n.a.	11.354	100,00
Italia	**40.263**	**8,01**	**81.991**	**16,30**	**68.094**	**13,54**	**232.341**	**46,20**	**80.216**	**15,95**	**502.905**	**100,00**

n.a. = non applicabile.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. Certificato Di Assistenza al Parto. Anno 2013.

Grafico 1 - Parti (valori percentuali) effettuati nei punti nascita secondo la classe di ampiezza per regione - Anno 2013



Fonte dei dati: Ministero della Salute. Certificato Di Assistenza al Parto. Anno 2013.

Raccomandazioni di Osservasalute

Le "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo" programmano la razionalizzazione/riduzione progressiva dei punti nascita con numero di parti <1.000/anno, prevedendo l'abbinamento per pari complessità di attività delle Unità Operative ostetrico-ginecologiche con quelle neonatologiche/pediatriche, riconducendo a due i pre-

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 239

cedenti tre livelli del Progetto Obiettivo Materno-Infantile del 24 aprile 2000 ed indicando standard operativi, di sicurezza e tecnologici rispetto alle specifiche funzioni collegate ai livelli assistenziali.
Le evidenze relative alla composizione percentuale dei parti secondo la classe di ampiezza dei punti nascita consentono di definire la situazione attuale ed i punti critici, fornendo un valido strumento a supporto della programmazione dei servizi di assistenza ostetrica e pediatrico-neonatologica e degli interventi di razionalizzazione della rete di offerta dei punti nascita, previsti per la sicurezza delle cure ed il contenimento della spesa sanitaria.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 240

Parti con Taglio Cesareo

Significato. Il numero di parti con Taglio Cesareo (TC) sul totale dei parti è considerato un importante indicatore di qualità dell'assistenza perinatale. Se per determinate condizioni cliniche di rischio (come, ad esempio, sofferenza fetale o placenta previa) il TC è considerato una procedura di provata efficacia salva vita per la madre e per il bambino, per altre condizioni (ad esempio precedente TC o gravidanza gemellare) il suo utilizzo sistematico risulta essere più dibattuto.
Dal 1985 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) considera, come ideale, una proporzione di TC del 10-15% ma, nonostante questa raccomandazione, le percentuali di TC presentano una grande variabilità, per lo più in continuo aumento nei Paesi ad alto e medio reddito e con valori al di sotto del 10% nei Paesi a basso reddito (1).
Sebbene una parte dell'aumento dei TC che si registra dagli anni Ottanta in poi possa essere attribuita a miglioramenti delle tecnologie sanitarie, importanti determinanti di questa crescita sembrerebbero essere attribuibili a fattori non clinici, come la percezione che il TC sia una procedura più sicura o ad incentivi economici (2).
La letteratura scientifica ha, inoltre, messo in evidenzia come il continuo aumento dei TC sia associato ad un aumentato rischio di placentazione anomala nelle successive gravidanze e ad altri esiti negativi per la salute della mamma e del bambino (2, 3).
L'Italia è, ormai, da tempo tra i Paesi che presentano le percentuali più elevate in Europa (2) e nel mondo, con un'enorme variabilità da regione a regione.
Per queste motivazioni la proporzione di TC sul totale dei parti continua ad essere uno degli indicatori di salute riproduttiva e di qualità dell'assistenza più utilizzati a livello internazionale e continuamente monitorati a livello nazionale.

Proporzione di parti con Taglio Cesareo

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Parti cesarei (DRG 370-371)}}{\text{Parti (DRG 370-375)}} \times 100$$

Proporzione di parti con Taglio Cesareo primario

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Parti cesarei in donne che non hanno subito un precedente cesareo (DRG 370-371 esclusi i codici di diagnosi 654.2)}}{\text{Parti (DRG 370-375)}} \times 100$$

Proporzione di parti con Taglio Cesareo ripetuto

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Parti cesarei (DRG 370-371 e codici di diagnosi 654.2)}}{\text{Parti (DRG 370-375)}} \times 100$$

Validità e limiti. La proporzione di TC è registrata con buona precisione e può essere stimata sia a partire dalle informazioni presenti nelle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) che attraverso i Certificati Di Assistenza al Parto.
L'indicatore stimato a partire dai DRG delle SDO è quello più facilmente calcolabile a livello nazionale. Per poter confrontare in modo più corretto strutture o regioni è necessario considerare la presenza di un precedente parto cesareo. Per questo vengono riportati e descritti altri due indicatori: "parti cesarei primari" e "parti cesarei ripetuti" (parti cesarei in donne in cui è stato eseguito un precedente cesareo). Per l'individuazione del precedente TC viene utilizzato il codice ICD-9-CM di diagnosi secondaria 654.2 riportato nella SDO della madre al momento del parto. Vengono, inoltre, riportati e descritti i tassi grezzi e standardizzati per età.

Valore di riferimento/Benchmark. Dal 1985 l'OMS raccomanda, come valore ideale, una proporzione di TC del 10-15% (1).
L'eccessivo ricorso al TC è una delle criticità evidenziate nel Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 che prevede una riorganizzazione strutturale dei punti nascita per facilitare la riduzione dei TC, in modo da portarli gradualmente al 20%.

Descrizione dei risultati

Nel 2014, in Italia, la proporzione di TC sul totale dei parti è variata da un minimo di 23,92%, registrato in Friuli Venezia Giulia, ad un massimo di 62,20%,

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 241

osservato in Campania, con un valore nazionale del 36,05% (Tabella 1).
Come negli anni precedenti, anche per il 2014 la Campania, il Molise, la Sicilia, il Lazio, la Puglia, la Sardegna, la Basilicata, l'Abruzzo e la Calabria presentano una percentuale di TC al di sopra del valore nazionale. Si continua, pertanto, a registrare per questo indicatore un importante gradiente Nord-Sud ed Isole (Grafico 1).
Si evidenzia, però, positivamente, come già osservato nelle precedenti Edizioni, come la maggior parte delle regioni presenti un trend in riduzione rispetto agli anni precedenti (Tabella 1). Questa tendenza è da imputare, per lo più e come negli anni passati, alla riduzione dei TC primari (Tabella 2). Si registra, comunque, un trend in lieve riduzione anche per i TC ripetuti (Tabella 3).
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 Italia, nel 2014, il 57,31% delle donne di 45 anni ha partorito con TC, con percentuali che variano a livello regionale dal 44,83% registrato in Puglia al 78,72% osservato in Abruzzo (dati non presenti in tabella).
La Tabella 4, infine, riporta la variazione dei tassi standardizzati per età dei TC totali nel 2014 rispetto al 2011 e mostra come, al netto dell'età materna, le proporzioni di TC presentino in tutte le regioni valori in diminuzione.

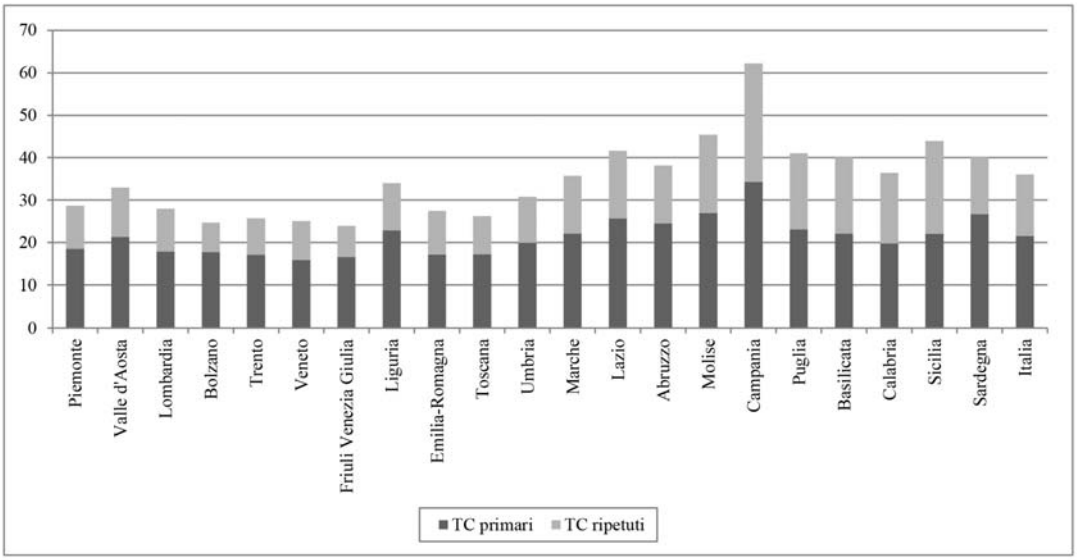
Tabella 1 - Proporzione (valori percentuali) e variazione percentuale di parti con Taglio Cesareo per regione - Anni 2011-2014

Regioni	2011	2012	2013	2014	Δ % (2011-2014)
Piemonte	30,41	30,53	29,84	28,67	-5,71
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	31,15	32,86	33,56	32,96	5,80
Lombardia	28,83	28,08	28,23	27,96	-3,00
Bolzano-Bozen	25,00	24,56	24,44	24,68	-1,29
Trento	26,91	26,36	25,22	25,74	-4,36
Veneto	27,04	26,75	26,40	25,11	-7,12
Friuli Venezia Giulia	24,65	22,95	24,38	23,92	-2,96
Liguria	34,66	33,95	35,26	34,02	-1,84
Emilia-Romagna	29,56	28,49	28,69	27,49	-7,01
Toscana	26,07	26,24	25,54	26,22	0,55
Umbria	31,19	32,15	31,30	30,79	-1,27
Marche	34,67	34,18	34,83	35,70	2,99
Lazio	44,06	43,35	42,68	41,62	-5,54
Abruzzo	42,85	39,07	39,48	38,16	-10,95
Molise	47,02	48,08	48,05	45,43	-3,40
Campania	62,51	61,15	61,41	62,20	-0,50
Puglia	46,59	42,24	41,02	41,08	-11,82
Basilicata	44,47	40,21	41,97	40,08	-9,88
Calabria	37,41	36,11	35,77	36,42	-2,65
Sicilia	46,60	44,71	44,54	43,92	-5,76
Sardegna	41,46	41,10	41,97	40,12	-3,24
Italia	**37,76**	**36,62**	**36,50**	**36,05**	**-4,53**

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 242

Grafico 1 - Proporzione (valori percentuali) di parti con Taglio Cesareo primario e ripetuto per regione - Anno 2014



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2015.

Tabella 2 - Proporzione (valori percentuali) e variazione percentuale di parti con Taglio Cesareo primario per regione - Anni 2011-2014

Regioni	2011	2012	2013	2014	Δ % (2011-2014)
Piemonte	19,50	19,64	19,41	18,54	-4,92
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	22,59	21,27	22,41	21,37	-5,36
Lombardia	18,41	18,17	17,96	17,92	-2,70
Bolzano-Bozen	16,90	17,50	17,79	17,79	5,24
Trento	16,94	16,06	16,49	17,14	1,14
Veneto	17,28	17,02	16,79	15,90	-7,99
Friuli Venezia Giulia	17,44	16,04	16,97	16,64	-4,58
Liguria	23,95	24,05	23,91	22,92	-4,29
Emilia-Romagna	18,92	17,89	18,55	17,23	-8,96
Toscana	17,43	17,55	17,00	17,24	-1,10
Umbria	20,99	20,91	20,24	19,95	-4,95
Marche	22,02	20,96	22,07	22,16	0,65
Lazio	27,98	27,36	26,69	25,68	-8,23
Abruzzo	28,86	25,09	26,05	24,49	-15,14
Molise	27,83	29,55	29,16	26,94	-3,17
Campania	34,58	33,52	33,54	34,34	-0,68
Puglia	27,74	24,54	23,46	23,13	-16,62
Basilicata	23,58	20,25	22,31	22,16	-6,01
Calabria	20,33	18,08	18,10	19,81	-2,58
Sicilia	25,77	23,20	22,15	22,05	-14,44
Sardegna	28,26	27,55	28,64	26,69	-5,54
Italia	**23,10**	**22,10**	**21,93**	**21,59**	**-6,55**

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 243

Tabella 3 - Proporzione (valori percentuali) e variazione percentuale di parti con Taglio Cesareo ripetuto per regione - Anni 2011-2014

Regioni	2011	2012	2013	2014	Δ % (2011-2014)
Piemonte	10,90	10,89	10,44	10,13	-7,11
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	8,56	11,60	11,15	11,58	35,24
Lombardia	10,41	9,92	10,27	10,04	-3,54
Bolzano-Bozen	8,10	7,06	6,64	6,91	-14,68
Trento	9,97	10,30	8,73	8,58	-13,94
Veneto	9,76	9,74	9,61	9,21	-5,58
Friuli Venezia Giulia	7,20	6,91	7,41	7,27	0,97
Liguria	10,71	9,90	11,35	11,10	3,63
Emilia-Romagna	10,64	10,60	10,14	10,26	-3,56
Toscana	8,65	8,69	8,53	8,98	3,87
Umbria	10,20	11,24	11,06	10,84	6,31
Marche	12,65	13,22	12,77	13,54	7,05
Lazio	16,08	15,98	15,99	15,94	-0,87
Abruzzo	13,99	13,98	13,43	13,67	-2,29
Molise	19,20	18,53	18,89	18,48	-3,73
Campania	27,93	27,63	27,87	27,85	-0,28
Puglia	18,85	17,70	17,56	17,95	-4,74
Basilicata	20,90	19,95	19,65	17,92	-14,25
Calabria	17,08	18,03	17,67	16,61	-2,74
Sicilia	20,82	21,51	22,39	21,86	4,99
Sardegna	13,20	13,55	13,33	13,42	1,67
Italia	**14,66**	**14,52**	**14,57**	**14,46**	**-1,34**

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2015.

Tabella 4 - Tasso (standardizzato per 10.000) e variazione percentuale di parti con Taglio Cesareo per regione - Anni 2011-2014

Regioni	2011	2012	2013	2014	Δ % (2011-2014)
Piemonte	62,25	62,07	58,30	54,46	-12,52
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	71,94	72,83	67,59	68,69	-4,52
Lombardia	63,98	61,68	59,16	57,26	-10,50
Bolzano	56,83	57,65	56,14	59,94	5,47
Trento	59,59	57,96	56,16	55,13	-7,47
Veneto	57,16	56,17	52,15	49,00	-14,28
Friuli Venezia Giulia	47,62	44,05	44,90	42,39	-10,98
Liguria	64,25	64,75	64,95	60,74	-5,46
Emilia-Romagna	64,03	60,81	58,71	54,09	-15,52
Toscana	52,01	52,33	48,12	48,82	-6,14
Umbria	64,34	65,90	60,70	57,49	-10,64
Marche	73,21	69,78	65,72	65,89	-10,00
Lazio	93,22	92,96	87,26	77,48	-16,89
Abruzzo	82,96	75,16	73,73	70,40	-15,14
Molise	83,25	86,62	83,69	77,88	-6,45
Campania	136,55	130,77	125,94	122,98	-9,94
Puglia	94,41	82,47	75,74	73,70	-21,93
Basilicata	79,00	71,21	69,06	66,22	-16,17
Calabria	73,65	71,18	67,62	68,95	-6,38
Sicilia	100,04	94,58	89,91	89,04	-11,00
Sardegna	72,28	67,30	63,49	61,72	-14,62
Italia	**79,19**	**76,57**	**72,70**	**69,92**	**-11,70**

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2015.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nonostante si continui a registrare un trend in riduzione, il ricorso al parto cesareo rimane alto in Italia e, in particolar modo, nelle regioni del Mezzogiorno.

A distanza di 30 anni, l'OMS continua a raccomandare come ideale una proporzione di TC pari al 10-15% per cui le iniziative intraprese nel nostro Paese per la sua riduzione devono continuare ed essere rafforzate. Come conclude l'OMS nel suo recente Rapporto WHO Statement on Caesarean Section Rates (1), più che sulla riduzione del tasso al di sotto di uno specifico valore, tutti gli sforzi devono essere tesi affinché ogni donna riceva un TC solo se clinicamente necessario.

Il contenimento dei TC inappropriati rappresenta, dun-

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 244

que, un importante strumento per la sicurezza della mamma e del neonato e può essere realizzato solo attraverso azioni da attuare a livello regionale, aziendale e dei singoli professionisti.

La proporzione di TC continua ad essere uno degli indicatori più frequentemente utilizzati per la valutazione della qualità dei servizi ostetrici. In questa sede, per un confronto più appropriato, è stato utilizzato anche il tasso standardizzato per età. Per operare confronti tra singole strutture si raccomanda, invece, di utilizzare modelli di risk adjustment che consentono di tener conto del diverso case-mix delle strutture o, in alternativa, di utilizzare la proporzione di TC in donne nullipare, con gravidanza singola, a termine e con presentazione cefalica, indicatore che studia un'ampia fascia di popolazione con gravidanze potenzialmente a basso rischio e che consente, pertanto, di valutare l'utilizzo inappropriato di questa procedure (4).

Riferimenti bibliografici

(1) WHO Statement on Cesarean Section Rates. Human Reproduction Programme April 2015, Geneva. Disponibile sul sito: www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/en/.

(2) Macfarlane AJ, Blondel B, Mohangoo AD, Cuttini M, Nijhuis J, Novak Z, Olafsdottir HS, Zeitlin J, the Euro-Peristat Scientific Committee. Wide differences in mode of delivery within Europe: risk-stratified analyses of aggregated routine data from the Euro-Peristat study. BJOG 2015; DOI: 10.1111/1471-0528.13284.

(3) Stivanello E, Knight M, Dallolio L, Frammartino B, Rizzo N, Fantini M.P (2010). Peripartum hysterectomy and cesarean delivery: a population-based study. Acta Obstet Gynecol Scand. Mar; 89 (3): 321-7.

(4) Stivanello E, Rucci P, Carretta E, Pieri G, Seghieri C, Nuti S, Declercq E, Taglioni M, Fantini MP. Risk adjustment for inter-hospital comparison of caesarean delivery rates in low-risk deliveries. PLoSOne. 2011; 6 (11): e28060.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 245

Unità Operative di Terapia Intensiva Neonatale presenti nei punti nascita

Significato. L'indicatore intende descrivere la rete di assistenza intensiva neonatale. Le "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo", approvate il 16 dicembre 2010 dalla Conferenza Unificata, prevedono che le Unità Operative neonatologiche di II livello assistano neonati fisiologici e neonati patologici, ivi inclusi quelli bisognosi di terapia intensiva.

Le funzioni collegate ai livelli assistenziali ricomprendono l'assistenza a soggetti "inborn" ed "outborn", necessitanti di assistenza intensiva, di qualsiasi peso o età gestazionale.
Fra gli standard qualitativi sono previsti non meno di 1.000 nati/anno nella struttura (Inborn) e la presenza di una Unità Operativa di neonatologia con Unità Operativa di Terapia Intensiva Neonatale (UOTIN) autonoma. Inoltre, la UOTIN dovrebbe essere attivata per un bacino di utenza di almeno 5.000 nati annui.

Percentuale di Unità Operative di Terapia Intensiva Neonatale

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Unità Operativa di Terapia Intensiva Neonatale}_{\text{Classe i}}}{\text{Denominatore} \quad \text{Unità Operative di Terapia Intensiva Neonatale}} \times 100$$

Classe i=Classe 1, Classe 2, Classe 3, Classe 4, Classe 5.
Classe 1=<500 parti, Classe 2=500-799 parti, Classe 3=800-999 parti, Classe 4=1.000-2.499 parti, Classe 5=2.500 parti ed oltre.

Validità e limiti. La fonte utilizzata per il calcolo dell'indicatore è il Certificato Di Assistenza al Parto, relativo all'anno 2013. Nel caso di strutture ospedaliere articolate su più sedi (stabilimenti ospedalieri), a ciascun punto nascita è attribuita la specifica classe di ampiezza in funzione del volume di parti annui effettuati dallo stabilimento.

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono riferimenti normativi per questo indicatore.
Per il confronto territoriale occorre considerare la diversa ampiezza regionale, nonché la notevole variabilità di densità abitativa e orografica che impone un'organizzazione dei servizi diversificata.

Descrizione dei risultati

La UOTIN è presente in 128 dei 526 punti nascita analizzati nel 2013; 107 delle UOTIN sono collocate in punti nascita dove hanno luogo almeno 1.000 parti annui. Delle restanti 21 UOTIN, 8 sono collocate in punti nascita con meno di 800 parti annui.
La corretta collocazione delle UOTIN, in relazione all'organizzazione della rete dei punti nascita per intensità di livello assistenziale, è determinante sia per limitare quanto più possibile il rischio che neonati patologici ricevano un'assistenza qualitativamente non adeguata e sia per un impiego appropriato delle risorse specialistiche e tecnologiche.

M. CASCIELLO, C. TAMBURINI, F. BASILI, V. MONTORIO

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 246

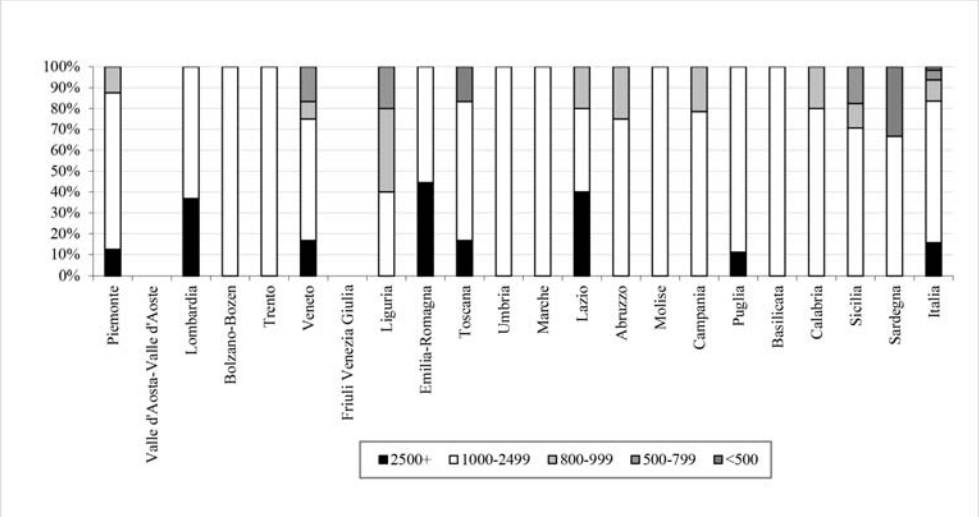
Tabella 1 - Punti nascita (valori assoluti e valori percentuali) con UOTIN per classe di ampiezza e per regione - Anno 2013

Regioni	<500		500-799		800-999		1.000-2.499		2.500+		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Piemonte	0	n.a.	0	n.a.	1	12,50	6	75,00	1	12,50	8	100,00
Valle d'Aosta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lombardia	0	n.a.	0	n.a.	0	n.a.	12	63,16	7	36,84	19	100,00
Bolzano-Bozen	0	n.a.	0	n.a.	0	n.a.	1	100,00	0	n.a.	1	100,00
Trento	0	n.a.	0	n.a.	0	n.a.	1	100,00	0	n.a.	1	100,00
Veneto	0	n.a.	2	16,67	1	8,33	7	58,33	2	16,67	12	100,00
Friuli Venezia Giulia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Liguria	0	n.a.	1	20,00	2	40,00	2	40,00	0	n.a.	5	100,00
Emilia-Romagna	0	n.a.	0	n.a.	0	n.a.	5	55,56	4	44,44	9	100,00
Toscana	1	16,67	0	n.a.	0	n.a.	4	66,67	1	16,67	6	100,00
Umbria	0	n.a.	0	n.a.	0	n.a.	2	100,00	0	n.a.	2	100,00
Marche	0	n.a.	0	n.a.	0	n.a.	1	100,00	0	n.a.	1	100,00
Lazio	0	n.a.	0	n.a.	2	20,00	4	40,00	4	40,00	10	100,00
Abruzzo	0	n.a.	0	n.a.	1	25,00	3	75,00	0	n.a.	4	100,00
Molise	0	n.a.	0	n.a.	0	n.a.	1	100,00	0	n.a.	1	100,00
Campania	0	n.a.	0	n.a.	3	21,43	11	78,57	0	n.a.	14	100,00
Puglia	0	n.a.	0	n.a.	0	n.a.	8	88,89	1	11,11	9	100,00
Basilicata	0	n.a.	0	n.a.	0	n.a.	1	100,00	0	n.a.	1	100,00
Calabria	0	n.a.	0	n.a.	1	20,00	4	80,00	0	n.a.	5	100,00
Sicilia	0	n.a.	3	17,65	2	11,76	12	70,59	0	n.a.	17	100,00
Sardegna	1	33,33	0	n.a.	0	n.a.	2	66,67	0	n.a.	3	100,00
Italia	**2**	**1,56**	**6**	**4,69**	**13**	**10,16**	**87**	**67,97**	**20**	**15,63**	**128**	**100,00**

n.a. = non applicabile.
- = non disponibile.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. Certificato Di Assistenza al Parto e modelli di rilevazione dei dati delle attività gestionali delle strutture sanitarie. Anno 2013.

Grafico 1 - Punti nascita (valori percentuali) con UOTIN per classe di ampiezza e regione - Anno 2013



Fonte dei dati: Ministero della Salute. Certificato Di Assistenza al Parto e modelli di rilevazione dei dati delle attività gestionali delle strutture sanitarie. Anno 2013.

Raccomandazioni di Osservasalute

Le Unità funzionali perinatali di II livello assistono gravidanze e parti a rischio elevato ed i nati patologici, ivi inclusi quelli che necessitano di terapia intensiva. La presenza di UOTIN all'interno delle strutture dove hanno luogo almeno 1.000 parti annui è, pertanto, uno degli standard qualitativi individuati dalle "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo".

L'analisi della distribuzione del numero di UOTIN, in

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 247

relazione alle classi di ampiezza dei punti nascita, unitamente alla distribuzione dei punti nascita per classi di ampiezza, consente di evidenziare ambiti di potenziale "non appropriatezza organizzativa" o di rischio per la sicurezza della madre e del neonato.
Poiché l'accesso alla terapia intensiva per i neonati fortemente pre-termine è determinante per la sopravvivenza e la futura qualità della vita del bambino, la presenza di UOTIN deve essere correlata anche all'età gestazionale in modo da evidenziare, in particolare, la percentuale dei parti fortemente pre-termine che hanno luogo in strutture prive di Terapia Intensiva Neonatale. Si ricorda, infine, che tale indicatore è tra quelli raccomandati dal Progetto Euro-PERISTAT ai fini del monitoraggio della salute perinatale a livello europeo.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 248

Procreazione Medicalmente Assistita

Significato. Il Registro Nazionale (RN) raccoglie i dati di tutti i centri che applicano tecniche di fecondazione assistita, sia di I che di II e III livello. Con tecniche di I livello ci si riferisce all'Inseminazione Semplice, con II e III livello si fa riferimento, invece, oltre che all'Inseminazione Semplice anche alle tecniche di fecondazione in vitro più complesse quali: il Gamete Intrafallopian Transfer o trasferimento intratubarico dei gameti (GIFT), tecnica quasi in disuso usata soltanto in pochissimi casi; la Fertilization In Vitro Embryo Transfer o fertilizzazione in vitro con trasferimento degli embrioni (FIVET); la Intracytoplasmic Sperm Injection (ICSI), tecnica di fecondazione che prevede l'iniezione nel citoplasma dell'ovocita di un singolo spermatozoo; il Frozen Embryo Replacement o trasferimento di embrioni crioconservati (FER); il Frozen Oocyte o trasferimento di embrioni ottenuti da ovociti crioconservati (FO); la crioconservazione degli embrioni e degli ovociti e tutte le tecniche chirurgiche di prelievo degli spermatozoi.
I centri di II e III livello si distinguono soltanto per il tipo di anestesia somministrata e per alcune differenze nelle tecniche di prelievo chirurgico di spermatozoi, ma dal punto di vista della lettura dei risultati vengono considerati un unico gruppo.
Per descrivere il fenomeno della Procreazione Medicalmente Assistita (PMA), sono stati utilizzati gli stessi indicatori presentati nelle precedenti Edizioni del Rapporto Osservasalute: un indicatore che definisce il quadro dell'offerta e domanda nel Paese, relativamente all'applicazione delle tecniche; uno che descrive la performance raggiunta dai centri operanti nel territorio nazionale che offrono tecniche di fecondazione assistita in termini di efficacia; uno che fornisce informazioni sulla sicurezza delle tecniche applicate; uno che determina l'efficienza del sistema di rilevazione dei dati.
Il primo indicatore utilizzato è dato dal numero di cicli a fresco iniziati (tecniche FIVET e ICSI) per milione di abitanti. Questo indicatore descrive la relazione tra domanda ed offerta relativamente all'applicazione delle tecniche nel territorio. In un certo senso descrive le dimensioni del fenomeno. Al denominatore viene usata la popolazione residente perché questo indicatore viene, generalmente, usato dal Registro Europeo (RE) e permette di operare i necessari confronti. Inoltre, la distribuzione regionale dell'indicatore fornisce informazioni sulla ricettività delle varie regioni.
Il secondo indicatore è rappresentato dal tasso di gravidanze ottenute. Questo indicatore può essere espresso rispetto a tre diversi momenti del ciclo di fecondazione assistita: all'inizio del ciclo, quindi al momento in cui alla paziente vengono somministrati farmaci per la stimolazione ovarica; al momento del prelievo, cioè quando si procede all'aspirazione degli ovociti; al momento del trasferimento in utero degli embrioni formati. Ovviamente, le probabilità di ottenere una gravidanza al momento del trasferimento embrionale è maggiore di quella calcolata all'inizio del ciclo. Si è deciso, comunque, di fornire il tasso di gravidanze rispetto al numero di cicli iniziati, limitatamente alle tecniche a fresco, in modo da quantificare le probabilità di ottenere una gravidanza per una paziente all'inizio della terapia di riproduzione assistita.
Il terzo indicatore è dato dal tasso di parti multipli. Per parto multiplo si intende un parto che dia alla luce due o più neonati. Questo tasso può essere utilizzato per descrivere il livello di sicurezza delle tecniche applicate poichè un parto gemellare o trigemino aumenta i rischi per la paziente e per il neonato.
Il quarto indicatore preso in considerazione è dato dalla percentuale di gravidanze perse al follow-up.
Questo indicatore fornisce un'informazione relativa al sistema di monitoraggio e raccolta dati dei centri dove si applicano le tecniche di fecondazione assistita. È, quindi, un indicatore di accuratezza e di qualità della raccolta dati operata dai centri e del monitoraggio del lavoro e dei risultati ottenuti dal centro stesso. Nella composizione di questo indicatore, pertanto, assume un ruolo importante anche la disponibilità di personale all'interno delle strutture. In molti centri, infatti, la carenza di personale costituisce un ostacolo all'ottenimento di livelli ottimali del monitoraggio delle gravidanze ottenute.

Cicli a fresco

Numeratore: Cicli a fresco (tecniche FIVET e ICSI) iniziati in 1 anno

Denominatore: Popolazione media residente

x 1.000.000

G. SCARAVELLI, V. VIGILIANO, R. DE LUCA, P. D'ALOJA, S. BOLLI, S. FIACCAVENTO, R. SPOLETINI. L. SPEZIALE

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 249

Tasso di gravidanze*

Numeratore: Gravidanze ottenute dall'applicazione di tecniche a fresco (FIVET e ICSI)
Denominatore: Cicli a fresco (tecniche FIVET e ICSI) iniziati in 1 anno
x 100

Tasso di parti multipli*

Numeratore: Parti multipli ottenuti dall'applicazione di tecniche di II e III livello
Denominatore: Parti ottenuti dall'applicazione di tecniche di II e III livello
x 100

Percentuale di gravidanze perse al follow-up

Numeratore: Gravidanze di cui non si conosce l'esito
Denominatore: Gravidanze ottenute dall'applicazione di tecniche a fresco e da scongelamento
x 100

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

Validità e limiti. I dati per l'elaborazione di questi indicatori vengono raccolti dall'Istituto Superiore di Sanità e, nello specifico, dal RN della PMA.
Le unità di rilevazione sono rappresentate dai centri che applicano le tecniche di fecondazione assistita, autorizzati dalle regioni ed iscritti al RN. A partire dalla raccolta dati relativa all'attività del 2006, la copertura dell'indagine è stata totale e tutti i trattamenti di riproduzione assistita effettuati in 1 anno vengono registrati e monitorati nella raccolta dati. Ogni anno, sui dati raccolti, vengono eseguiti una serie di controlli di congruenza e di validazione. Le procedure di validazione vengono eseguite attraverso controlli verticali, che approfondiscono l'esattezza dei dati quando questi appaiono fuori scala rispetto alle medie regionali e nazionali, e attraverso controlli orizzontali, che vengono realizzati sulla premessa che i dati comunicati da ogni centro debbano essere quantitativamente paragonabili da un anno all'altro.
Uno dei limiti di questi indicatori potrebbe risiedere nella circostanza che i dati comunicati al RN vengono raccolti in forma aggregata. In questo modo diventa più complicato collegare gli esiti delle terapie ad alcune caratteristiche delle coppie di pazienti. La probabilità di riuscita di un ciclo di fecondazione assistita è legato al tipo e al grado di infertilità della coppia. Utilizzando una raccolta dati basata su singolo ciclo, risulterebbe più semplice ed immediato giungere a considerazioni riguardo l'effetto delle differenze esistenti tra i pazienti relative alla diagnosi di infertilità.
Per quanto riguarda il terzo indicatore, il tasso di parti multipli, esiste il problema della perdita di informazioni relativamente agli esiti delle gravidanze. Infatti, per 1.314 gravidanze, ottenute nel 2013, corrispondenti al 10,3% del totale delle gravidanze ottenute con l'applicazione di tecniche di II e III livello, sia a fresco che da scongelamento, non è stato possibile raccogliere informazioni sugli esiti delle stesse.

Valore di riferimento/Benchmark. I valori di confronto dei quattro indicatori presentati fanno riferimento ad altri Paesi europei, in cui l'attività di fecondazione assistita è assimilabile all'attività in Italia. Inoltre, potrebbero essere presi in considerazione anche i valori medi europei, presentati ogni anno dall'European IVF Monitoring, sistema di raccolta ed analisi dei dati del RE, a cui l'Italia partecipa, ma i dati disponibili si riferiscono all'anno 2010.

Descrizione dei risultati

Gli indicatori presentati si riferiscono all'applicazione di tecniche a fresco di II e III livello (FIVET e ICSI).
Quando ci si riferisce ai parti multipli ed alle gravidanze perse al follow-up, cioè al terzo e al quarto indicatore, si prendono in considerazione anche le gravidanze ottenute con la tecnica GIFT e con le tecniche di scongelamento di embrioni e di ovociti (FER e FO).
I risultati che di seguito vengono presentati fanno riferimento all'attività del 2013, ovvero a tutti i cicli iniziati, con una stimolazione o uno scongelamento, nel periodo compreso tra il 1 gennaio-31 dicembre 2013.
I centri che nell'anno 2013 hanno svolto attività nel territorio nazionale sono 369. Di questi, 166 sono di I livello (Inseminazione Semplice) e 203 di II e III livello (GIFT, FIVET, ICSI ed altre tecniche).
Soltanto 307 centri hanno effettivamente effettuato tecniche su pazienti, in quanto in 44 centri, per motivi di varia natura, non si è svolta attività.
In generale, con l'applicazione di tutte le tecniche, sono state trattate 71.741 coppie di pazienti, su cui sono stati iniziati 91.556 cicli di trattamento. Le gravidanze ottenute sono state 15.550. Di queste è stato possibile monitorarne l'evolversi di 13.770. In 3.465 gravidanze si è registrato un esito negativo, mentre 10.305 sono arrivate al parto. I bambini nati vivi risultano 12.187. Questo significa che, in Italia, ogni 1.000

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 250

nati vivi, 23,7 nascono da gravidanze ottenute con l'applicazione di procedure di fecondazione assistita.
In particolare, per ciò che riguarda la tecnica di Inseminazione Semplice, le coppie trattate sono state 17.218 su cui sono stati iniziati 27.109 cicli di trattamento. Le gravidanze ottenute sono state 2.775, di cui monitorate 2.309, con una perdita di informazione pari al 16,8%. I nati vivi sono stati 1.970. Il tasso di gravidanza rispetto ai cicli iniziati è pari al 10,2%, mentre rispetto alle inseminazioni effettuate (escludendo i cicli sospesi) è pari all'11,1%.
Sono stati trattati, invece, con tecniche a fresco di II e III livello, 46.433 coppie di pazienti su cui sono stati iniziati 55.050 trattamenti. I cicli giunti alla fase del prelievo sono stati 50.174 e i trasferimenti di embrioni eseguiti sono stati 40.696. Le gravidanze ottenute con l'applicazione delle tecniche a fresco sono stati 10.712. Il tasso di gravidanza, rispetto ai cicli iniziati, è del 19,5% e rispetto ai prelievi effettuati del 21,3%, mentre rispetto ai trasferimenti eseguiti risulta pari al 26,3%.
Con tecniche da scongelamento sono state trattate 8.090 coppie di pazienti su cui sono stati iniziati 9.397 cicli di scongelamento di ovociti o di embrioni. Le gravidanze ottenute sono state 2.063. Per quanto riguarda la tecnica FO, il tasso di gravidanza rispetto agli scongelamenti effettuati è pari al 15,2%, mentre rispetto ai trasferimenti eseguiti è del 20,1%. Per la tecnica FER il tasso di gravidanze è pari al 23,7%, se rapportato agli scongelamenti effettuati, mentre, se rapportato ai trasferimenti eseguiti, è pari al 25,9%.
In totale si è registrato un numero di gravidanze perse al follow-up pari a 1.314, che rappresenta il 10,3% del totale delle gravidanze ottenute da tecniche di II e III livello. Il numero di nati vivi, grazie all'applicazione di queste tecniche, è pari a 10.217.
Nella Tabella 1 è riportata la distribuzione regionale dei valori conseguiti dai quattro indicatori proposti, il confronto con il precedente anno di rilevazione e la variazione percentuale.
Nella prima colonna è indicato il numero dei cicli a fresco effettuati dai centri in ogni regione, in modo da fornire la dimensione del fenomeno a livello di singola regione.
La seconda colonna della Tabella 1 mostra il valore del primo indicatore, ovvero il numero di cicli a fresco iniziati in ogni regione per milione di abitanti. A livello nazionale sono stati effettuati 914 cicli per milione di abitanti. Tale valore, costantemente in crescita a partire dal 2005, primo anno di rilevazione dati, per la prima volta fa registrare una flessione rispetto all'anno precedente (932 cicli iniziati per milione di abitanti). La distribuzione dell'indicatore a livello regionale assume carattere particolarmente eterogeneo, rispecchiando la capacità attrattiva di alcune regioni che svolgono un ruolo guida nel campo della fecondazione assistita. È il caso della Lombardia e dell'Emilia-Romagna, nel Nord del Paese, del Lazio e della Toscana nel Centro e della Sicilia e della Campania nel Meridione. Questo indicatore è fortemente condizionato dalla numerosità della popolazione residente nelle varie regioni: per questo, ad esempio, la PA di Bolzano e la Valle d'Aosta fanno registrare un valore particolarmente elevato dell'indicatore anche in presenza di un numero di cicli iniziati abbastanza modesto. Risulta evidente la differenza tra il dato delle regioni meridionali e il resto del Paese.
Nella colonna successiva è rappresentata la distribuzione per regione del tasso di gravidanze rispetto ai cicli iniziati con le tecniche a fresco FIVET e ICSI. I tassi sono stati calcolati per classi di età delle pazienti ed il tasso di gravidanza totale è stato standardizzato utilizzando come popolazione di riferimento la distribuzione nazionale dei cicli iniziati per classe di età. Il tasso di gravidanza standardizzato restituisce il valore del tasso grezzo, correggendo le differenze che esistono tra una regione ed un altra relativamente alla distribuzione dei cicli iniziati secondo l'età delle pazienti stratificate in classi. A parte il Piemonte, la Valle d'Aosta, la PA di Bolzano, l'Umbria, la Puglia, la Calabria e la Sicilia, in tutte le altre regioni il tasso di gravidanza standardizzato ha mostrato una flessione.
Tra le regioni con un più alto numero di procedure iniziate, le differenze più marcate del tasso standardizzato si possono osservare in positivo in Piemonte, con un incremento del 4,4% sul valore iniziale, nella PA di Bolzano (+4,9%) ed in Puglia (+14,4%). I decrementi più significativi si sono registrati in Emilia-Romagna (-10,5%), nel Lazio (-10,3%) ed in Friuli Venezia Giulia (-6,7%). Sempre tra le regioni con un numero consistente di cicli iniziati, si osserva come il Piemonte, la Sicilia e la Campania presentino valori del tasso di gravidanza standardizzato superiori alla media e, rispettivamente, pari a 26,3%, 25,1% e 24,7%.
Nella quarta colonna è rappresentata la distribuzione regionale della percentuale di parti multipli. Il valore di questo indicatore fornisce, in maniera indiretta, indicazioni rispetto alla sicurezza delle tecniche applicate. In generale, la quota di parti multipli sul totale di quelli ottenuti è del 19,8%, mentre nella precedente rilevazione era risultata pari al 20,0%. Rispetto al 2012, la variazione dell'indicatore è il risultato di un leggero aumento dei parti gemellari (dal 18,6% del 2012 al 18,9% del 2013) e di una contemporanea riduzione dei parti trigemini, che passano dall'1,3% del 2012 allo 0,9% del 2013. La relativa stabilità dell'indicatore a livello nazionale è, però, il risultato di notevoli oscillazioni di segno opposto che si sono osservate in ciascuna regione. Tra le regioni a più intensa attività, hanno fatto registrare una perdita in termini di sicurezza la Lombardia (+9,8% rispetto al 2012), il Veneto (+9,8%), il Friuli Venezia Giulia (+11,7%) e la Sardegna (+42,8%). Il dato della Campania, facendo registrare un incremento dei parti plurimi pari al 6,2%

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 251

rispetto al 2012, si attesta al 29,0% risultando la regione con la quota di parti multipli più elevata. Le regioni ad alta mole di attività che, invece, hanno mostrato una riduzione più marcata del valore dell'indicatore sono la Puglia (-25,5%), l'Emilia-Romagna (-16,3%) e la Sicilia (-14,2%). Un dato importante è che regioni ad alta mole di attività, come il Lazio e l'Emilia-Romagna, abbiano fatto entrambe registrare una quota di parti multipli pari a 15,7%, tra le più basse nel panorama nazionale. È importante sottolineare come questi dati possano essere condizionati dalla distribuzione delle gravidanze perse al follow-up, ovvero dalla perdita di informazioni relativamente all'esito delle gravidanze stesse. È ipotizzabile pensare, infatti, che il centro venga più facilmente a conoscenza di informazioni relativamente ad una gravidanza multipla, cioè ad un caso più particolare, mentre per una gravidanza a decorso normale reperire le informazioni può risultare più complesso.

Anche per questo è utile passare all'esame dell'indicatore successivo, riportato nell'ultima colonna della tabella, dove viene mostrata la percentuale di gravidanze di cui non si conosce l'esito sul totale di quelle ottenute. Si tratta di un indicatore di accuratezza e di qualità della raccolta dati operata dai centri e del monitoraggio del proprio lavoro.

In questo caso vengono prese in considerazione le gravidanze ottenute con tecniche di II e III livello, sia con tecniche a fresco che con tecniche di scongelamento.

La percentuale delle gravidanze di cui non si conosce l'esito è pari, nel 2013, al 10,3%, con un decremento della perdita di informazioni pari al 22,0%, visto che nell'indagine riferita all'attività del 2012 la perdita di informazione era maggiore, ovvero pari al 13,2%.

Tra le regioni con un numero di procedure significativo, quelle con una perdita più elevata di informazioni sono il Lazio (20,2%), che presenta il dato più preoccupante visto che la perdita di informazione rispetto alla rilevazione del 2012 è aumentata del 15,4%, la Campania (19,1%), la Puglia (17,5%) e la Sicilia (14,5%). Queste ultime 3 regioni mostrano, però, una riduzione della perdita di informazioni rispetto al precedente anno. È importante, vista la mole di attività, anche il dato della Lombardia, che fa registrare una diminuzione della perdita di informazioni rispetto al 2012, passando dal 14,4% al 12,1%.

Molte delle differenze regionali che questo indicatore mostra potrebbero essere spiegate dal tipo di utenza che si rivolge alle strutture che offrono tecniche di fecondazione assistita. Gioca un ruolo importante, infatti, il livello socio economico delle pazienti, nonché la nazionalità, caratteristiche che fanno si che le pazienti stesse che ottengono una gravidanza siano più o meno disposte a fornire informazioni sull'esito e sullo stato di salute di eventuali neonati.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 252

Tabella 1 - Cicli (valori assoluti) totali, cicli (valori assoluti per 1.000.000) iniziati con tecniche a fresco (FIVET ed ICSI), tasso (standardizzato per 100 cicli iniziati con tecniche a fresco) di gravidanza, parti (valori percentuali) multipli, gravidanze (valori percentuali) perse al follow-up e variazioni percentuali per regione - Anni 2012-2013

Regioni	Cicli totali	Cicli iniziati			Tasso std			Parti multipli			Gravidenze perse al follow-up		
	2013	2012	2013	Δ %	2012	2013	Δ %	2012	2013	Δ %	2012	2013	Δ %
Piemonte	2.948	701	669	-4,6	25,2	26,3	4,4	19,5	20,0	2,6	3,8	2,2	-42,1
Valle d'Aosta	297	1.289	2.316	79,7	13,8	19,4	40,6	31,6	26,8	-15,2	0,0	0,0	n.a.
Lombardia	13.934	1.382	1.410	2,0	18,3	17,9	-2,2	17,3	19,0	9,8	14,4	12,1	-16,0
Bolzano-Bozen	1.073	2.271	2.093	-7,8	18,2	19,1	4,9	26,6	27,3	2,6	0,9	1,2	33,3
Trento	596	1.078	1.118	3,7	20,0	18,3	-8,5	21,7	22,4	3,2	0,0	0,0	n.a.
Veneto	2.658	586	542	-7,5	17,4	17,0	-2,3	19,4	21,3	9,8	9,2	6,6	-28,3
Friuli Venezia Giulia	2.027	1.908	1.654	-13,3	17,8	16,6	-6,7	17,1	19,1	11,7	1,0	2,6	160,0
Liguria	548	291	347	19,2	19,4	16,7	-13,9	19,0	13,6	-28,4	0,0	1,7	n.a.
Emilia-Romagna	5.096	1.125	1.155	2,7	18,1	16,2	-10,5	18,8	15,7	-16,5	4,7	1,0	-78,7
Toscana	6.909	1.802	1.856	3,0	20,1	19,9	-1,0	20,3	20,0	-1,5	19,3	6,4	-66,8
Umbria	365	407	409	0,5	19,2	26,2	36,5	29,8	25,7	-13,8	1,3	3,0	130,8
Marche	223	135	144	6,7	14,0	12,2	-12,9	16,7	17,4	4,2	0,0	0,0	n.a.
Lazio	5.644	1.214	988	-18,6	20,3	18,2	-10,3	16,5	15,7	-4,8	17,5	20,2	15,4
Abruzzo	797	738	602	-18,4	19,1	14,9	-22,0	31,3	21,0	-32,9	1,7	1,7	0,0
Molise	0	0	0	n.a.	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Campania	4.828	809	830	2,6	25,3	24,7	-2,4	27,3	29,0	6,2	21,7	19,1	-12,0
Puglia	2.053	531	504	-5,0	19,5	22,3	14,4	21,8	16,2	-25,7	20,0	17,5	-12,5
Basilicata	394	376	682	81,4	26,4	23,4	-11,4	37,5	17,6	-53,1	0,0	0,0	n.a.
Calabria	284	145	144	-0,2	15,7	20,6	31,2	1,7	2,5	47,1	1,4	0,0	-100,0
Sicilia	3.318	663	657	-0,8	24,4	25,1	2,9	22,8	19,5	-14,5	18,9	14,5	-23,3
Sardegna	1.057	628	640	1,8	12,1	11,7	-3,3	17,3	24,7	42,8	10,1	7,1	-29,7
Totale	**55.049**	**932**	**914**	**-1,9**	**19,9**	**19,5**	**-2,0**	**20,0**	**19,8**	**-1,0**	**13,2**	**10,3**	**-22,0**

n.a. = non applicabile.
- = non disponibile.

Fonte dei dati: ISS. Registro Nazionale della PMA. Anni 2013, 2014.

Confronto internazionale

Gli ultimi dati disponibili pubblicati dal RE sono quelli riferiti all'attività del 2010. Il numero di trattamenti a fresco per milione di abitanti è pari a 1.153 in Francia, a 766 in Germania ed a 928 in Gran Bretagna. In Svezia, Paese all'avanguardia rispetto alla pratica della fecondazione assistita, il numero di cicli a fresco iniziati per milione di abitanti è pari a 1.943.

Globalmente, rispetto alla popolazione dei Paesi che aderiscono alla raccolta dati del RE, il numero di cicli a fresco per milione di abitanti è pari a 1.221.

Il tasso di gravidanze a fresco su cicli iniziati è pari a 29,2% in Spagna, 29,5% in Svezia e 29,2% in Gran Bretagna.

Per ciò che concerne il terzo indicatore, il tasso di parti multipli è del 22,5% in Spagna, 16,6% in Francia, 29,3% in Germania, 19,5% in Gran Bretagna e del 5,6% in Svezia.

Per la percentuale di gravidanze perse al follow-up, il RE raccomanda un livello non >10% sul totale delle gravidanze ottenute. Dei Paesi fin qui presi in esame, la Germania presenta una quota di gravidanze perse al follow-up del 13,2%; la Spagna fa registrare una perdita di informazione superiore a quella dell'Italia (21,7%); in Gran Bretagna la perdita di informazioni è del tutto trascurabile (1,7%), mentre in Svezia ed in Francia è stato possibile ottenere il follllow-up di tutte le gravidanze.

Raccomandazioni di Osservasalute

Gli indicatori, ad un livello medio generale, hanno evidenziato una certa staticità che sembra essere, però, il risultato medio di ampie oscillazioni che esistono tra una realtà regionale ed un'altra, o anche all'interno della stessa regione tra un anno di attività ed un altro.

Per la prima volta dal 2005, cioè il primo anno di rilevazione dati del RN della PMA, il numero di cicli a fresco iniziati per milione di abitanti subisce una flessione.

La percentuale di perdita di informazioni si riduce in maniera consistente, raggiungendo la soglia di qualità introdotta dal RE e la performance di altri registri a più consolidata tradizione come, ad esempio, quello della Germania. Alcune regioni continuano a rappresentare un punto critico per questo aspetto, ma anche un nodo cruciale di intervento del RN, nel tentativo di diminuire ulteriormente il numero di gravidanze di cui non si conosce l'esito.

La prossima rilevazione dei dati farà riferimento all'attività del 2014 e sarà arricchita dall'applicazione delle tecniche di fecondazione eterologa introdotta nel nostro Paese grazie alla sentenza della Corte Costituzionale n. 162/2014. Questa rilevazione costituirà una interessante valutazione del riallineamento dei piani terapeutici adottati dai centri operanti nel nostro Paese a quelli adottati dai centri esteri.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 253

Riferimenti bibliografici

(1) Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di Procreazione Medicalmente Assistita (Legge 19 Febbraio 2004, N. 40, Articolo 15). Anno 2004.
(2) Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di Procreazione Medicalmente Assistita (Legge 19 Febbraio 2004, N. 40, Articolo 15). Anno 2005.
(3) Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di Procreazione Medicalmente Assistita (Legge 19 Febbraio 2004, N. 40, Articolo 15). Anno 2006.
(4) Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di Procreazione Medicalmente Assistita (Legge 19 Febbraio 2004, N. 40, Articolo 15). Anno 2007.
(5) Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di Procreazione Medicalmente Assistita (Legge 19 Febbraio 2004, N. 40, Articolo 15). Anno 2008.
(6) Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di Procreazione Medicalmente Assistita (Legge 19 Febbraio 2004, N. 40, Articolo 15). Anno 2009.
(7) Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di Procreazione Medicalmente Assistita (Legge 19 Febbraio 2004, N. 40, Articolo 15). Anno 2010.
(8) Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di Procreazione Medicalmente Assistita (Legge 19 Febbraio 2004, N. 40, Articolo 15). Anno 2011.
(9) Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di Procreazione Medicalmente Assistita (Legge 19 Febbraio 2004, N. 40, Articolo 15). Anno 2012.
(10) Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di Procreazione Medicalmente Assistita (Legge 19 Febbraio 2004, N. 40, Articolo 15). Anno 2013.
(11) Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di Procreazione Medicalmente Assistita (Legge 19 Febbraio 2004, N. 40, Articolo 15). Anno 2014.
(12) Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di Procreazione Medicalmente Assistita (Legge 19 Febbraio 2004, N. 40, Articolo 15). Anno 2015.
(13) G. Scaravelli, V. Vigiliano, S. Bolli, J.M. Mayorga, S. Fiaccavento, M. Bucciarelli - Procreazione medicalmente assistita: risultati dell'indagine sull'applicazione delle tecniche nel 2003.
(14) G. Scaravelli, V. Vigiliano, S. Bolli, J.M. Mayorga, S. Fiaccavento, M. Bucciarelli - 1° Report Attività del Registro Nazionale della Procreazione Medicalmente Assistita 2005.
(15) G. Scaravelli, V. Vigiliano, S. Bolli, J.M. Mayorga, S. Fiaccavento, M. Bucciarelli, R. De Luca, R. Spoletini, E. Mancini- 2° Report Attività del Registro Nazionale della Procreazione Medicalmente Assistita 2006.
(16) G. Scaravelli, V. Vigiliano, S. Bolli, J.M. Mayorga, R. De Luca, P. D'Aloja, S. Fiaccavento, R. Spoletini, M. Bucciarelli, E. Mancini - 3° Report Attività del Registro Nazionale della Procreazione Medicalmente Assistita 2007.
(17) ESHRE - Human Reproduction Advance Access published February 18, 2009 - Assisted reproductive Tecnology and intrauterine insemination in Europe, 2005: results generated from European registers by ESHRE.
(18) ESHRE - Human Reproduction Advance Access publication on June 22, 2010 - Assisted reproductive Tecnology in Europe, 2006: results generated from European registers by ESHRE.
(19) ESHRE - Human Reproduction Advance Access publication on February 17, 2012 - Assisted reproductive Tecnology in Europe, 2007: results generated from European registers by ESHRE.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 254

Abortività volontaria

Significato. La Legge n. 194/1978 ("Norme per la tutela della maternità e sull'Interruzione Volontaria della Gravidanza") regola, in Italia, 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 solo per gravi problemi di salute fisica o psichica.
L'intervento può essere effettuato presso le strutture pubbliche del Servizio Sanitario Nazionale e le strutture private accreditate e autorizzate dalle regioni.
Il tasso di abortività volontaria è l'indicatore più frequentemente usato a livello internazionale (spesso utilizzando al denominatore la popolazione femminile di età 15-44 anni). Tale parametro consente di valutare l'incidenza del fenomeno che, in gran parte, dipende dalle scelte riproduttive, dall'uso di metodi contraccettivi 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 e cittadinanza. Si può, inoltre, utilizzare il tasso standardizzato per età al fine di eliminare l'effetto confondente di questa variabile.

Tasso di abortività volontaria*

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Interruzioni Volontarie di Gravidanza di donne di 15-49 anni}}{\text{Popolazione media residente di donne di 15-49 anni}} \times 1.000$$

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

Validità e limiti. L'indicatore viene elaborato con i dati raccolti, analizzati ed elaborati dall'Istituto Nazionale di Statistica (Istat), dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e dal Ministero della Salute. Per ogni IVG effettuata è obbligatorio compilare il modello Istat D.12 ed inviarlo al sistema informativo nazionale.
Successivamente, sulla base di questi dati, le regioni elaborano alcune tabelle che inviano al Sistema di Sorveglianza ministeriale coordinato dall'ISS. Ogni anno, il Ministro della Salute presenta al Parlamento una relazione sull'andamento del fenomeno (1) e l'Istat pubblica i dati sul proprio sito (2) e tramite altri canali di diffusione. Attualmente i dati italiani sono tra i più accurati ed aggiornati a livello internazionale.
I limiti di tale indicatore possono essere rappresentati dal fatto che, se viene calcolato utilizzando al numeratore tutte le IVG effettuate in regione (donne residenti e non) ed al denominatore le donne residenti si può avere una sovrastima o sottostima del fenomeno oppure se si utilizzano 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 3 regioni che presentano il valore dell'indicatore più basso.

Descrizione dei risultati

Le IVG notificate mediante il modello Istat D.12 nel 2013 risultano pari a 100.342, in calo rispetto al 2012 (103.191 casi). Questa differenza può dipendere anche della presenza di una sottonotifica dei dati in alcune regioni (Liguria, Campania, Puglia e Sardegna). I dati elaborati dal Sistema di Sorveglianza sull'IVG, coordinato dall'ISS e dal Ministero della Salute, che integra i dati raccolti dall'Istat con l'archivio delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) del Ministero della Salute e le informazioni fornite direttamente dalle Regioni, hanno rilevato 102.760 casi di IVG per il 2013 e un dato preliminare di 97.535 per il 2014 (1).
Utilizzando le SDO per la stima dei dati mancanti, l'Istat ha calcolato il tasso di abortività volontaria, che per l'anno 2013 è risultato essere pari a 7,1 casi di IVG ogni 1.000 donne residenti in età feconda (Tabella 1). Si conferma, quindi, il trend decrescente, iniziato nel 2004, a seguito di un periodo di sostanziale stabilità: infatti, nel 2012, il tasso era pari a 7,6 IVG ogni 1.000 donne residenti in età feconda e la diminuzione tra il 2004-2013 risulta circa del 25% (2).
Per il confronto tra le regioni viene utilizzato il tasso standardizzato che, analogamente al tasso grezzo, fa registrare una diminuzione a livello nazionale (-19%) tra il 2004-2013. Le regioni che presentano i valori più elevati rispetto al dato nazionale sono la Liguria, il Piemonte (con valori >10 per 1.000), la Valle d'Aosta e l'Emilia-Romagna, mentre valori più bassi si osservano per la PA di Bolzano, il Veneto, la Sardegna (con valori ≤6 per 1.000) e la Basilicata. Tra il 2004-2013 le riduzioni più consistenti si registrano per la Puglia e per l'Umbria (rispettivamente, -37,4% e -31,5%). La PA di Bolzano è la sola realtà territoriale che presenta una variazione di segno positivo pari a 10,2% (Grafico 1). In

A. D'ERRICO, M. LOGHI, A. SPINELLI, M. PEDICONI, F. TIMPERI, M. BUCCIARELLI, S. ANDREOZZI

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 255

ogni caso si registra una riduzione della variabilità territoriale verso valori più bassi.
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. Per tutte le fasce di età l'indicatore risulta in diminuzione rispetto al 2004, con la variazione massima (-27%) in corrispondenza della classe di età 20-24 anni.
Si conferma la diminuzione (seppur lieve) della quota di IVG da parte delle donne straniere, già presente nel 2012 rispetto al 2011: infatti, nel 2012, la percentuale è uguale a 34,1, mentre nel 2013 risulta pari a 33,5. Anche il tasso di abortività tra queste donne è in diminuzione (Indicatore "Abortività volontaria delle donne straniere" Capitolo "Salute della popolazione straniera").
L'indagine Istat e il Sistema di Sorveglianza rilevano, oltre alle informazioni sulle caratteristiche delle donne, anche informazioni relative alle modalità di svolgimento dell'intervento. Ulteriori informazioni sui consultori familiari, le strutture che effettuano IVG ed il personale sanitario obiettore vengono raccolte solo dall'ISS tramite il Sistema di Sorveglianza. Nella Tabella 2 e 3 sono riportate alcune di queste informazioni: tipo di anestesia, tipo di intervento, tempi di attesa, settimane di gestazione e ginecologi obiettori.
Nel 2013 resta molto elevato il ricorso all'anestesia generale (76,6%), anche se in diminuzione rispetto al 2012 (80,1%). Le regioni con la percentuale più alta di utilizzo dell'anestesia generale (in oltre il 90% degli interventi) risultano essere il Molise, la PA di Bolzano, l'Umbria e la Sicilia.
Il ricorso all'anestesia locale per effettuare l'IVG è la pratica più raccomandata a livello internazionale, poiché minimizza i rischi per la salute della donna e presenta un impegno minore di personale sanitario e di infrastrutture (e, quindi, costi inferiori). 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%). Nel 2012 è stata introdotta, nel modello Istat D.12, la voce "sedazione profonda" come possibile risposta per la domanda sul tipo di anestesia impiegata. La sedazione profonda è risultata essere adoperata nel 4,5% dei casi a livello nazionale, con un'ampia variabilità regionale, in parte imputabile alla possibilità che alcune strutture e regioni non abbiano ancora utilizzato questa nuova classificazione per il 2013. Negli ultimi anni, comunque, si è osservato un aumento del non uso di terapia antalgica.
Dal 2013, la scheda di rilevazione dell'Istat fornisce un'informazione più dettagliata del tipo di intervento, poiché suddivide l'aborto farmacologico nelle tre voci: "solo Mifepristone", "Mifepristone+Prostaglandina", "solo Prostaglandina". Con la possibilità di effettuare l'IVG anche tramite procedura farmacologica (consentita, in Italia, a partire da luglio 2009), la terapia antalgica può essere evitata. Risulta, infatti, una corrispondenza tra le regioni che utilizzano maggiormente le due combinazioni "solo Mifepristone" o "Mifepristone+Prostaglandina" (Liguria, Valle d'Aosta, Piemonte ed Emilia-Romagna) e quelle che presentano una quota più elevata di IVG effettuate senza alcuna terapia antalgica, con l'uso del solo analgesico o la sedazione profonda (Tabella 2).
La Legge n. 194/1978 prevede che per effettuare l'IVG occorra il rilascio di documentazione/certificazione da parte del personale preposto. Una valutazione dei tempi di attesa tra la consegna di questa documentazione e l'effettuazione dell'intervento può essere un indicatore di efficienza dei servizi: per esempio, un numero di giorni >21 può indicare difficoltà nell'applicazione della disposizione.
Dalla Tabella 3 si evince che, a livello nazionale, il 14,6% di IVG vengono effettuate dopo un'attesa >21 giorni.
Anche in questo caso è presente una rilevante variabilità territoriale: si passa da un gruppo di regioni che presenta una quota <10% (Basilicata, Campania, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia e Sardegna) a 3 regioni con una percentuale >20% (Calabria, Umbria e Veneto).
Anche la percentuale degli interventi effettuati a 11-12 settimane di gestazione può essere un indicatore della qualità dei servizi offerti poiché, per legge, il limite massimo per poter richiedere una IVG, in assenza di gravi motivi di salute, è di 90 giorni. In riferimento al totale Italia, il 14,5% dei casi di IVG viene effettuato ad un'epoca gestazionale al limite della soglia prevista per legge, anche se si registra una lieve diminuzione rispetto all'anno precedente (14,8%). Nel dettaglio regionale si evidenzia un gradiente Nord-Sud ed Isole, con la quota massima registrata nella PA di Bolzano (21,9%) e la minima in Molise (4,8%).
Sempre con riferimento all'efficienza dei servizi, la presenza di una quota consistente di personale obiettore (la cui possibilità è permessa dall'art. 9, Legge n. 194/1978) può inficiare l'espletamento dell'intervento. Nel 2013, la percentuale di ginecologi obiettori risulta pari a 70,0%, senza sostanziali differenze rispetto al 2012 (69,6%). Le regioni che superano ampiamente l'80% sono il Molise, la PA di Bolzano, la Basilicata, la Sicilia, la Puglia, la Campania, l'Abruzzo e il Lazio. La Valle d'Aosta presenta il valore più basso (13,3%). Nel 2012 il Ministero della Salute, in collaborazione con le Regioni, ha condotto un monitoraggio ad hoc. Sulla base dei dati raccolti, il Ministro della Salute nella sua Relazione al Parlamento ha concluso: "Si conferma, quindi, quanto già osservato nella scorsa relazione al Parlamento, relativa all'applicazione della Legge n.194/1978 - dati anno 2011: il numero di non obiettori è congruo rispetto alle IVG effettuate, e il numero degli obiettori di coscienza non impedisce ai non obiettori di svolgere anche altre attività oltre le IVG. Gli eventuali problemi nell'accesso al percorso IVG sono dovuti eventualmente ad una inadeguata organizzazione territoriale, che attualmente, dopo questo monitoraggio, sarà più facile individuare".

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 256

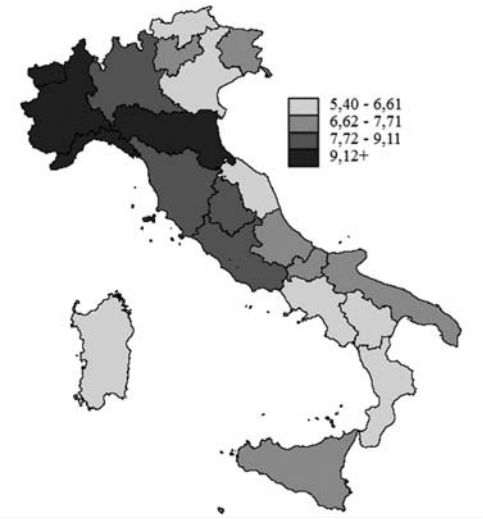
Tabella 1 - Tasso (grezzo, standardizzato e specifico per 1.000) di abortività volontaria per regione - Anno 2013

Regioni	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Tassi grezzi	Tassi std
Piemonte	7,3	15,3	15,5	14,6	11,2	4,9	0,4	8,9	10,1
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	5,2	12,6	15,8	14,7	12,4	4,6	0,9	8,7	9,9
Lombardia	6,1	12,5	13,1	11,6	9,2	4,0	0,3	7,4	8,3
Bolzano-Bozen	3,5	6,4	9,0	7,1	6,8	3,5	0,4	4,9	5,4
Trento	4,6	10,2	8,7	10,7	8,3	3,3	0,4	6,1	6,8
Veneto	3,8	8,2	9,2	8,7	7,1	3,2	0,3	5,3	6,0
Friuli-Venezia Giulia	5,8	11,3	10,9	11,0	7,7	3,5	0,4	6,4	7,4
Liguria*	9,4	16,5	17,4	15,8	10,8	5,2	0,5	9,3	11,0
Emilia-Romagna	6,1	14,3	15,6	13,8	11,1	4,7	0,5	8,6	9,7
Toscana	6,1	12,8	14,2	13,0	10,3	4,7	0,5	8,0	9,0
Umbria	5,1	11,4	13,1	12,1	10,4	4,4	0,3	7,6	8,4
Marche	4,5	8,8	9,4	10,2	8,4	3,2	0,4	6,0	6,6
Lazio	7,4	13,8	13,6	12,5	10,4	4,6	0,3	8,1	9,1
Abruzzo	5,2	9,5	10,9	9,1	8,7	4,0	0,4	6,4	7,0
Molise	5,8	8,4	13,5	10,3	9,3	4,5	0,2	7,1	7,7
Campania*	4,0	8,5	9,1	9,2	7,4	3,5	0,3	5,8	6,2
Puglia*	5,6	10,5	11,0	11,4	9,5	4,1	0,4	7,2	7,7
Basilicata	3,9	9,3	9,2	7,4	7,5	4,1	0,4	5,7	6,1
Calabria	3,9	7,6	9,0	8,8	8,3	3,6	0,4	5,8	6,2
Sicilia	5,3	9,6	9,9	9,4	8,0	3,3	0,3	6,3	6,7
Sardegna*	4,0	8,7	8,5	8,4	7,2	3,6	0,4	5,5	6,0
Italia	**5,5**	**11,1**	**11,8**	**11,2**	**9,1**	**4,0**	**0,4**	**7,1**	**7,8**

*A causa di incompletezza dei dati i tassi della Liguria, Campania, Puglia e Sardegna sono stati stimati.
Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione femminile residente in Italia al 2001.

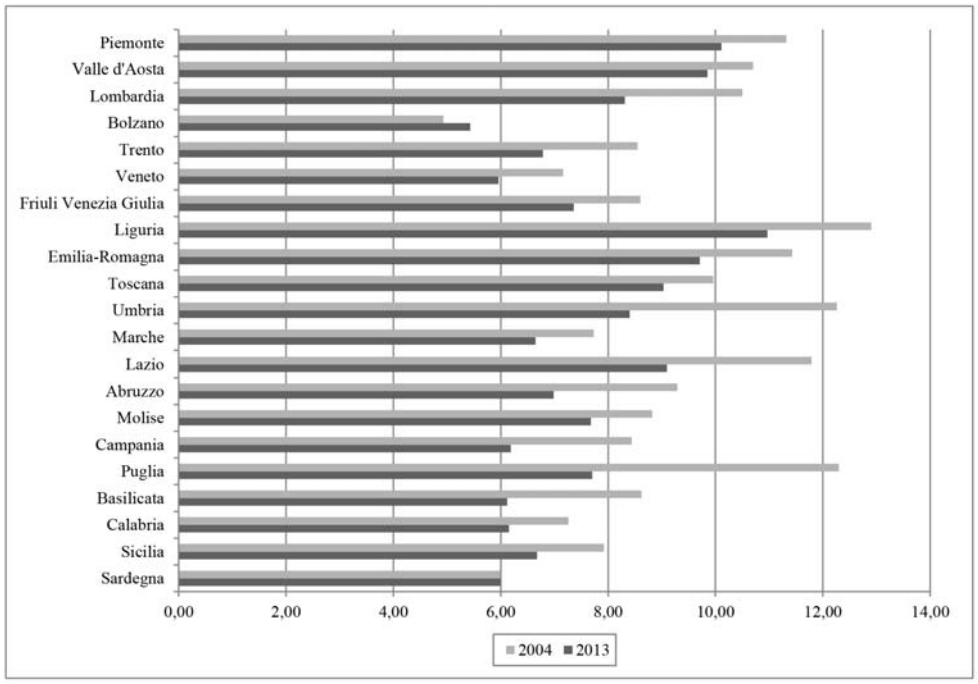
Fonte dei dati: Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anno 2013.

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



Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 257

Grafico 1 - Tasso (standardizzato per 1.000 donne di età 15-49 anni) di abortività volontaria per regione - Anni 2004, 2013



Nota: a causa di incompletezza dei dati i tassi della Liguria, Campania, Puglia e Sardegna sono stati stimati.

Fonti dei dati: Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anno 2013.

Tabella 2 - Abortività volontaria (valori percentuali) per terapia antalgica, terapia farmacologica (RU486) e per regione - Anno 2013

Regioni	Terapia antalgica					RU 486*°
	Generale	Locale	Analgesia e altro	Sedazione profonda	Nessuna	
Piemonte	70,5	0,4	3,6	2,2	23,3	26,3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	67,5	0,0	0,4	5,2	27,0	27,0
Lombardia	89,3	4,3	3,7	0,0	2,7	3,3
Bolzano-Bozen	96,7	0,2	0,7	0,8	1,6	2,1
Trento	88,0	0,0	0,2	7,1	4,6	3,6
Veneto	51,7	2,5	9,6	27,7	8,4	7,3
Friuli Venezia Giulia	80,2	1,2	1,9	11,2	5,6	6,0
Liguria	53,9	0,8	4,0	9,8	31,6	33,7
Emilia-Romagna	64,7	6,8	2,5	5,5	20,5	22,5
Toscana	66,0	10,5	1,0	7,5	15,0	13,1
Umbria	94,4	0,4	0,9	0,9	3,5	3,1
Marche	43,1	42,9	1,4	11,5	1,1	0,3
Lazio	77,3	13,8	0,2	1,9	6,9	5,3
Abruzzo	83,9	8,6	0,4	0,2	7,0	5,7
Molise	99,2	0,0	0,0	0,0	0,8	11,1
Campania	80,9	7,4	0,2	2,3	9,1	9,0
Puglia	82,0	0,7	0,8	0,2	16,4	10,7
Basilicata	71,3	1,6	10,2	10,7	6,2	7,2
Calabria	82,9	1,2	0,4	8,0	7,4	6,4
Sicilia	90,1	0,8	0,9	1,7	6,5	5,7
Sardegna	85,6	0,2	5,3	3,0	6,0	7,5
Italia	**76,6**	**5,6**	**2,3**	**4,5**	**10,9**	**12,1**

*I dati si riferiscono a "solo Mifepristone" e "Mifepristone+Prostagandina". Per la Lombardia il valore comprende anche la voce "solo Prostaglandina".
°IVG effettuate entro 7 settimane di gestazione.

Fonte dei dati: ISS. Sistema di Sorveglianza delle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anno 2013.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 258

Tabella 3 - Abortività volontaria (valori percentuali) per tempo di attesa, settimana di gestazione, ginecologi obiettori e per regione - Anno 2013

Regioni	Attesa >21 giorni	Settimana di gestazione 11-12	Ginecologi obiettori
Piemonte	10,8	14,3	67,4
Valle d'Aosta-Vallèe d'Aoste	12,7	12,2	13,3
Lombardia	18,2	18,6	63,6
Bolzano-Bozen	13,4	21,9	92,9
Trento	15,8	9,4	60,0
Veneto	25,7	20,6	76,2
Friuli Venezia Giulia	8,4	12,6	58,4
Liguria	10,8	11,9	65,4
Emilia-Romagna	6,7	11,4	51,8
Toscana	16,1	15,4	56,2
Umbria	25,6	16,3	65,6
Marche	12,2	15,6	68,8
Lazio	17,7	17,3	80,7
Abruzzo	12,6	13,0	80,7
Molise	14,4	4,8	93,3
Campania	6,0	7,5	81,8
Puglia	12,8	10,7	86,1
Basilicata	3,7	7,8	90,2
Calabria	22,0	10,3	72,9
Sicilia	19,7	16,4	87,6
Sardegna	9,4	12,8	49,7
Italia	**14,6**	**14,5**	**70,0**

Fonte dei dati: Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anno 2013.

Raccomandazioni di Osservasalute

I dati 2013-2014 confermano l'andamento in diminuzione dell'IVG in Italia, tendenza che ormai coinvolge anche le cittadine straniere, gruppo a maggior rischio di ricorrere all'aborto (Capitolo "Salute della popolazione straniera"). Nella gran parte dei casi, l'interruzione della gravidanza non è una scelta di elezione, ma la conseguenza estrema del fallimento dei metodi di procreazione responsabile impiegati per il controllo della fecondità, fallimento dovuto all'impiego frequente di metodi con più alta probabilità di insuccesso e/o al loro uso scorretto.

Negli anni, anche grazie alla legalizzazione dell'aborto e all'istituzione dei consultori familiari, vi sono stati dei miglioramenti nelle conoscenze e uso dei metodi di procreazione responsabile. Le donne con più competenze (le più istruite, coniugate e lavoratrici) hanno maggiormente e più rapidamente beneficiato dell'aumentata circolazione dell'informazione sulla procreazione responsabile e dell'attività dei servizi.

Un'attenzione particolare va, quindi, rivolta alle donne in condizioni sociali svantaggiate ed alle straniere attraverso programmi di prevenzione che devono fondarsi sul modello dell'empowerment (promozione della riflessione sui vissuti e sviluppo di consapevolezze e competenze per scelte autonome), come viene delineato dalla Carta di Ottawa e dal Progetto Obiettivo Materno-Infantile.

I dati sulle procedure dell'intervento e sulla disponibilità di servizi e operatori sottolineano la necessità di un attento monitoraggio a livello locale che favorisca la piena applicazione della Legge n. 194/1978.

Riferimenti bibliografici

(1) Ministero della Salute (2015), Relazione sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione della gravidanza. Dati definitivi 2013. Dati provvisori 2014. Roma: Ministero della Salute, 2014. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2428.

(2) Istat, L'interruzione volontaria di gravidanza in Italia. Anno 2013. Disponibile sul sito: http://dati.istat.it.

(3) Ngo TD, Park MH, Shakur H, Free C. Comparative effectiveness, safety and acceptability of medical abortion at home and in a clinic: a systematic review. Bull World Health Organ. 2011.89 (5): 360-70.

(4) WHO. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Geneva, 2012. Disponibile sul sito: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/1/9789241548434_eng.pdf.

(5) Ministero della Salute. Interruzione volontaria di gravidanza con mifepristone e prostaglandine - anni 2010-2011. 28 febbraio 2013. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1938_allegato.pdf.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 259

Riorganizzazione dei punti nascita

Dott. Raniero Guerra, Dott.ssa Serena Battilomo, Dott.ssa Sara Terenzi

L'Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010, recante "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo", prevede la realizzazione di dieci linee di azione sotto attento monitoraggio del Comitato Percorso Nascita nazionale. Tale Comitato sta coordinando e verificando l'attuazione dei contenuti dell'Accordo stesso, fornendo consulenza alle Regioni per garantire la sicurezza dei punti nascita e l'implementazione della qualità dello stesso percorso.
La prima di queste azioni prevede "Misure di politica sanitaria e di accreditamento", con le quali si vuole razionalizzare/ridurre, progressivamente, i punti nascita con numero di parti <1.000 per anno, prevedendo l'abbinamento, per pari complessità di attività, delle Unità Operative ostetrico-ginecologiche con quelle neonatologiche/pediatriche, riconducendo a due i precedenti tre livelli assistenziali e mettendo a regime, contemporaneamente, il sistema di trasposto assistito materno e neonatale di urgenza, a garanzia della rete assistenziale. In seguito a tale Accordo, sono stati costituiti i Comitati Percorso Nascita regionali, che stanno procedendo alla riorganizzazione dei punti nascita regionali.
Le strutture dovranno essere autorizzate ed accreditate sulla base di standard previsti anche nella riorganizzazione della rete ospedaliera.
Ad oggi, tale riorganizzazione è stata avviata e molti punti nascita con meno di 500 parti l'anno sono stati chiusi. Tuttavia, la riorganizzazione deve essere completata e nel nostro Paese vi sono ancora numerose deroghe che consentono l'operatività di punti nascita con casistica bassa. Ciò, se da un lato consente di garantire una presenza nel territorio, dall'altro non assicura la crescita ed il mantenimento dei livelli di competenza professionali. Fondamentale è anche che la popolazione acquisisca la consapevolezza di quest'ultimo aspetto.
In tal senso, e a garanzia di una tematica di grande sensibilità nell'opinione pubblica, è stato rinnovato il Comitato Percorso Nascita nazionale, che assicura il monitoraggio sulla piena applicazione dell'Accordo del 16 dicembre 2010 e sostiene le regioni nell'arduo compito di riorganizzare i punti nascita. Il Comitato Percorso Nascita nazionale ha anche predisposto, per le Regioni e le Aziende, dei percorsi di buone pratiche che potranno essere implementati nelle diverse realtà locali.
Inoltre, grazie al sistema di sorveglianza della mortalità e della grave morbosità materna coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità, è stata istituita una rete di referenti nei Presidi ospedalieri dotati di reparti di ostetricia delle regioni partecipanti (che coprono il 49% dei nati a livello nazionale), che rappresenta una facilitazione operativa per l'implementazione dei percorsi di buone pratiche. Insomma, sono stati messi a punto e resi disponibili diversi strumenti operativi che le Regioni e le Aziende possono utilizzare per migliorare l'assistenza al percorso nascita.

Riferimenti bibliografici

(1) Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 260

Allattamento al seno: in aumento prevalenza e durata negli ultimi 20 anni

Dott.ssa Lisa Francovich, Dott.ssa Lidia Gargiulo, Dott.ssa Laura Iannucci

Numerosi studi mostrano i vantaggi dell'allattamento al seno per la salute del bambino e della mamma e l'importanza che il neonato sia allattato esclusivamente al seno per i primi mesi di vita, come raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). L'OMS raccomanda, inoltre, l'allattamento al seno almeno per tutto il 1° anno di vita, evidenziando come il latte materno sia un alimento naturale ed ideale per il neonato e come l'allattamento sia un naturale prolungamento della relazione tra madre e figlio iniziata con la gravidanza e fornisce anche precise indicazioni per la promozione della pratica dell'allattamento dalla nascita alla dimissione dall'ospedale o dalla clinica ("10 passi per allattare al seno con successo"). Il Ministero della Salute, da diversi anni, ha accolto le raccomandazioni dell'OMS diffondendo le "Linee di indirizzo nazionali sulla protezione, la promozione ed il sostegno dell'allattamento al seno".

Con le informazioni raccolte nell'ambito dell'indagine campionaria dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) sulle Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari, è stato possibile seguire nel tempo l'evoluzione dell'allattamento al seno in Italia, evidenziandone le differenze territoriali. I dati vengono raccolti dal 1994 e si riferiscono all'ultimo figlio che le donne hanno avuto nei 5 anni precedenti la rilevazione.

La quota di donne che ha allattato al seno[1] l'ultimo nato è cresciuta di circa 15 punti percentuali in 20 anni (pari ad un incremento relativo del 21,6%), passando dal 70,3% (nel 1994) all'85,5% (nel 2013). La crescita non è stata costante nel tempo: una buona crescita si è avuta alla fine degli anni Novanta (circa 5 punti percentuali) e dopo il 2005 (circa 4 punti percentuali), mentre all'inizio del millennio si osserva una sostanziale stabilità intorno ad un tasso dell'81% (Grafico 1).

I dati nazionali nascondono notevoli differenze territoriali, sia in termini di livelli che in termini di evoluzione temporale. Le prevalenze di allattamento osservate nel 1994 sono caratterizzate da una forbice di ben 38,4 punti percentuali tra le regioni, con i più alti tassi di allattamento nella PA di Bolzano (89,3%) e Sardegna (83,9%) e i più bassi in Sicilia (50,9%), seguita da Liguria (62,1%) e Lombardia (66,5%) (Tabella 1).

Le differenze regionali si sono progressivamente ridotte negli ultimi 20 anni. Le prevalenze dell'allattamento sono aumentate soprattutto in quelle regioni che registravano livelli più bassi, quali Sicilia (+39,7%) e Liguria (+40,4%), a fronte di una sostanziale stabilità nella PA di Bolzano ed in Sardegna.

Le restanti regioni hanno incrementato i livelli di allattamento al punto che, nel 2013, in alcune di esse (Valle d'Aosta, Calabria, Molise, Basilicata, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia e Toscana) circa il 90% delle donne ha allattato al seno l'ultimo bambino. La Sicilia, invece, resta caratterizzata da un ritardo "storico" rispetto alle altre regioni che non è riuscita a colmare nei 20 anni successivi.

I motivi di queste differenze territoriali sono dovuti, in buona parte, alle diversità territoriali che si osservano nelle pratiche di assistenza alla gravidanza e al parto, poiché queste sono molto importanti nel determinare la possibilità di allattare il neonato. L'applicazione di un modello di regressione logistica sui dati dell'ultimo anno disponibile, infatti, ha confermato che, controllando per le caratteristiche socio-demografiche (istruzione, cittadinanza, ripartizione geografica etc[2]), alcune pratiche post-parto sono cruciali nel favorire o svantaggiare l'allattamento materno. In particolare, il fatto di non somministrare al bambino soluzione glucosata o latte artificiale nei 3 giorni successivi al parto (Odds Ratio-R=7,93-6,54; 9,62) moltiplica per otto la probabilità di allattare; seconda per importanza, è la possibilità di attaccare il bambino al seno entro la prima ora (OR=2,26-1,78; 2,88) che raddoppia la probabilità di allattare. Fondamentale è anche l'atteggiamento della madre riguardo alla tutela della salute, con l'analisi di indicatori sull'abitudine al fumo (se fuma attualmente e se fumava prima della gravidanza), che raddoppia la propensione ad allattare in caso di stili di vita più salutari. A questi si aggiungono molti altri fattori: il fatto di avere la cittadinanza straniera, di avere un lavoro prima della gravidanza, di aver avuto un bambino nato "a termine" (oltre la 36° settimana di gestazione) e un parto non medicalizzato, di aver usufruito del rooming in 24 ore su 24, e, infine, di avere una buona istruzione, che contribuiscono in maniera statisticamente significativa ad aumentare la probabilità che un bambino sia allattato al seno.

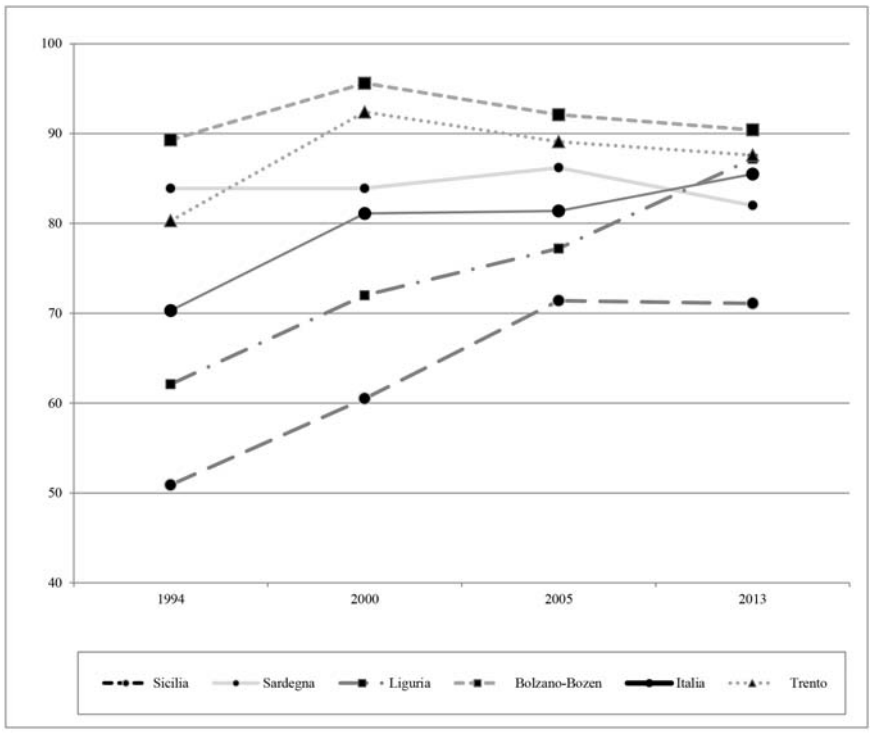
[1] Si ammette che possano essere assunti anche altri alimenti nutritivi liquidi (incluso latte liquido o in polvere), semiliquidi e solidi. L'informazione è disponibile dal 1994 e si riferisce alle donne con l'ultimo figlio con meno di 6 anni di età.

[2] La lista completa delle covariate usate nel modello logistico, stimato con il metodo forward, comprende: cittadinanza, regione, livello di istruzione, valutazione sulle risorse economiche familiari, Indice di Massa Corporea, abitudine al fumo e fumo prima della gravidanza, disturbi in gravidanza, ginecologo che ha seguito la gravidanza, lavoro prima della gravidanza, tipo di parto, parto prematuro, peso del figlio alla nascita, struttura del parto, parto medicalizzato, attacco precoce o meno al seno dopo il parto, somministrazione di glucosata o latte artificiale nei primi 3 giorni dopo il parto, rooming in.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 261

Anche la durata complessiva dell'allattamento al seno mostra una tendenza crescente e lineare dal 2000 al 2013, aumentando a livello nazionale da 6,2 a 8,3 mesi (Tabella 1). La durata in mesi dell'allattamento ha anch'essa una forte variabilità sul territorio con una distribuzione a macchia di leopardo; infatti, le differenze tra ripartizioni nel 2013 non sono elevate e non lo erano nemmeno nel 2000 e nel 2005. La Sicilia si distingue, oltre che per la bassa prevalenza, come sopra rilevato, anche per la più bassa durata media dell'allattamento.
Dal Grafico 2, dove sono rappresentate alcune regioni che si distinguono per le dinamiche nel tempo rispetto al dato nazionale, si evince che la durata media in Sicilia mostra sicuramente un aumento tra il 2000-2013, in linea con altre regioni virtuose che evidenziano un progressivo aumento della durata, ma senza recuperare il pregresso divario. La PA di Trento mostra uno degli incrementi maggiori dal 2000, passando da una durata media di soli 5,9 mesi (inferiore al valore nazionale) nel 2000, ad una durata media tra le più elevate (insieme a Umbria e Valle d'Aosta).
Grazie ai più recenti dati rilevati nell'indagine su Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari del 2013 è stato possibile stimare la prevalenza dell'allattamento esclusivo in Italia nei primi 6 mesi di vita del bambino (Exclusive breastfeeding under 6 months[3]), così come richiesto dall'OMS per la comparazione internazionale.
Tale prevalenza è pari al 42,7%[4] in Italia, mentre nel Mezzogiorno scende al 37,9%. Per dare un'informazione più dettagliata a livello territoriale della diffusione dell'allattamento, è stato considerato l'indicatore sulla durata dell'allattamento esclusivo, basato su domande retrospettive, al fine di avere un contingente più numeroso di osservazioni. Tale indicatore, calcolato su tutti i bambini di età <3 anni, varia da un minimo di 3,5 mesi per la Sicilia ad un massimo di 4,8 mesi in Valle d'Aosta e 5 mesi nella PA di Trento, a fronte di un dato nazionale di 4,1 mesi. Nessuna regione, in media, raggiunge i 6 mesi e nel Mezzogiorno in alcune regioni la metà delle donne smette di allattare esclusivamente al seno al 3° mese (Abruzzo, Molise, Calabria, Sicilia e Sardegna).

Grafico 1 - Donne (valori percentuali) che hanno allattato al seno nelle PA di Bolzano e Trento, Liguria, Sicilia e Sardegna - Anni 1994, 2000, 2005, 2013



Fonte dei dati: Istat. Indagine su Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Anni 1994, 2000, 2005 e 2013.

[3]L'indicatore sull'allattamento esclusivo è costruito sulla base della definizione dell'organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) di Exclusive breast feeding, vale a dire alimentazione composta solo con latte materno, senza l'integrazione né di liquidi nutritivi (latte in formula) né di liquidi non nutritivi (acqua, tè, camomilla etc. nelle ultime 24 ore), in adempimento alle indicazioni OMS e del Comitato multisettoriale per l'allattamento materno 2010, sui bambini di 0-5 mesi.
[4]Istat. Gravidanza, parto e allattamento al seno. Statistiche Report. Anno 2014.

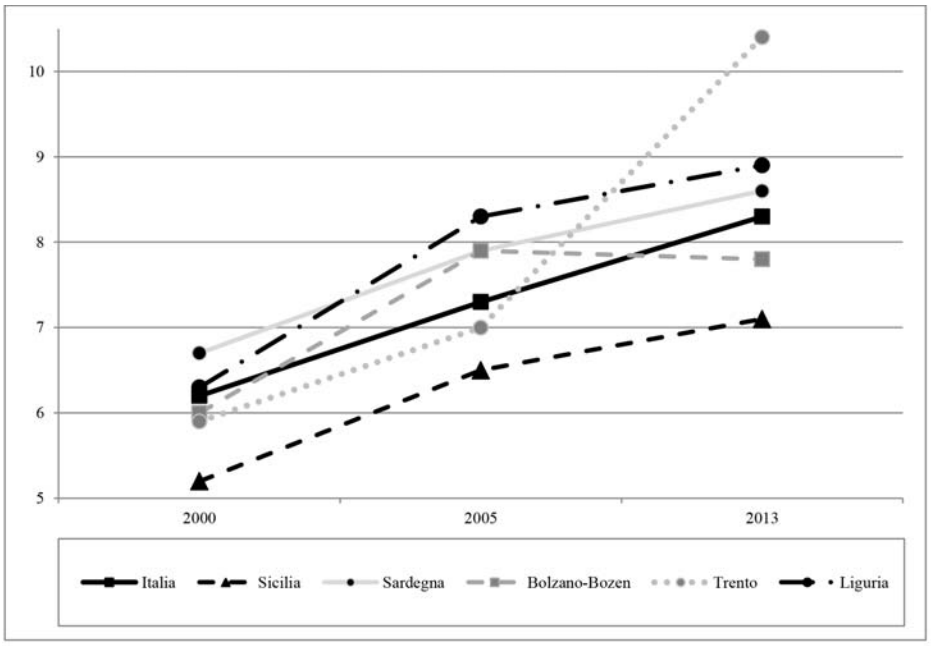
Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 262

Tabella 1 - Proporzione (valori percentuali) e variazione percentuale di donne che hanno allattato al seno e durata media (mesi) dell'allattamento al seno e dell'allattamento esclusivo al seno per regione - Anni 1994, 2000, 2005, 2013

Regioni	Donne che hanno allattato al seno					Mesi di allattamento al seno			Mesi di allattamento esclusivo al seno
	1994	2000	2005	2013	Δ % (1994-2013)	2000	2005	2013	2013
Piemonte	73,8	85,5	82,4	87,2	18,2	6,1	8,2	8,8	4,4
Valle d'Aosta	70,8	85,1	93,0	90,9	28,4	5,9	8,8	10,5	4,8
Lombardia	66,5	80,4	79,7	85,2	28,1	5,7	7,1	8,6	4,6
Bolzano-Bozen	89,3	95,6	92,1	90,4	1,2	6,0	7,9	7,8	5,0
Trento	80,3	92,4	89,1	87,6	9,1	5,9	7,0	10,4	4,3
Veneto	75,0	83,9	85,7	87,3	16,4	6,8	7,0	9,0	4,3
Friuli Venezia Giulia	76,3	85,1	88,9	89,2	16,9	6,9	7,5	9,4	4,0
Liguria	62,1	72,0	77,2	87,2	40,4	6,3	8,3	8,9	4,1
Emilia-Romagna	69,6	88,0	84,2	89,5	28,6	6,8	7,4	8,4	4,1
Toscana	73,4	80,2	81,8	89,2	21,5	7,5	7,9	9,9	4,6
Umbria	80,9	83,5	86,7	87,7	8,4	5,7	8,5	12,1	4,0
Marche	75,3	87,2	84,8	86,0	14,2	5,5	5,9	9,3	4,3
Lazio	76,7	87,0	80,4	85,1	11,0	6,1	7,7	9,2	4,0
Abruzzo	73,0	83,8	84,6	88,0	20,5	5,9	6,4	7,3	3,6
Molise	74,9	81,2	77,3	90,0	20,2	6,2	7,7	10,0	3,6
Campania	71,7	86,4	81,6	86,0	19,9	6,2	6,9	8,5	4,2
Puglia	72,8	81,0	81,8	87,0	19,5	6,2	7,6	8,2	4,2
Basilicata	73,6	83,9	87,2	90,1	22,4	6,7	8,4	8,8	4,2
Calabria	73,0	73,4	80,7	90,0	23,3	6,5	6,2	9,2	3,6
Sicilia	50,9	60,5	71,4	71,1	39,7	5,2	6,5	7,1	3,5
Sardegna	83,9	83,9	86,2	82,0	-2,3	6,7	7,9	8,6	3,7
Italia	**70,3**	**81,1**	**81,4**	**85,5**	**21,6**	**6,2**	**7,3**	**8,3**	**4,1**

Fonte dei dati: Istat. Indagine sulle Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Anni 1994, 2000, 2005, 2013.

Grafico 2 - Durata media (mesi) dell'allattamento al seno nelle PA di Bolzano e Trento, Liguria, Sicilia e Sardegna - Anni 2000, 2005, 2013



Fonte dei dati: Istat. Indagine su Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Anni 2000, 2005, 2013.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 263

Riferimenti bibliografici

(1) World Health Organization. 1989. "Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding: The Special Role of Maternity Services" A JointWHO/UNICEF Statment. Ginevra, WHO Press.
(2) World Health Organization. 2010. "Indicators for assessing infant and young child feeding practices part 3: country profiles". Ginevra, WHO Press.
(3) Lauria L. et alii. 2012. "Allattamento al seno: prevalenze, durata e fattori associate in due indagini condotte dall'Istituto Superiore di Sanità", Not Ist Super Sanità, 25 (11), pag: i-iii.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 264

Attività della sorveglianza ostetrica: l'Istituto Superiore di Sanità-Regioni per la gestione della grave morbosità materna da emorragia del post partum

Dott.ssa Serena Donati, Dott.ssa Alice Maraschini, Dott.ssa Marta Buoncristiano, Dott.ssa Ilaria Lega, Dott. Mauro Bucciarelli, Dott.ssa Silvia Andreozzi, Gruppo di lavoro Istituto Superiore di Sanità-Regioni

Il Ministero della Salute ha sostenuto con continuità, attraverso finanziamenti del Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM), una serie di Progetti multiregionali coordinati dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), con l'obiettivo di raccogliere dati affidabili e di qualità sulla mortalità e grave morbosità materna. Nell'ambito di tali Progetti è stato validato un sistema pilota population-based di sorveglianza della mortalità materna che, grazie all'istituzione di una rete di tutti i punti nascita ed al coinvolgimento attivo e partecipato dei professionisti sanitari, promuove e facilita la diffusione di pratiche cliniche di comprovata efficacia e appropriatezza e la realizzazione di Progetti di ricerca sui near miss ostetrici.

Dalla sorveglianza ostetrica è emerso che l'Emorragia del Post Partum (EPP) è la prima causa di mortalità e grave morbosità in Italia (1, 2). Nei Paesi occidentali l'emorragia ostetrica, principalmente dovuta a EPP, è responsabile del 13% delle morti materne. Si tratta di una condizione grave che, se non letale, può esitare in insufficienza di organo, shock, trombosi, sepsi, ospedalizzazione protratta e compromissione della fertilità (3).

L'ISS ha, pertanto, programmato una serie di attività di ricerca ed intervento incardinate nella sorveglianza ostetrica, la cui filosofia è descritta nella Figura 1, in collaborazione con il Piemonte, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio, Campania e Sicilia. Grazie a due finanziamenti CCM del Ministero della Salute, sono stati avviati diversi Progetti che prevedono: una raccolta prospettica dei casi di near miss da EPP, un piano di formazione a distanza rivolto a medici e ostetriche e una Linea Guida sotto l'egida del Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG) dell'ISS.

Il 1 settembre 2014 è stata avviata la raccolta prospettica population-based dei casi incidenti di near miss da EPP grave e/o da rottura d'utero e/o da placentazione anomala invasiva e/o con isterectomia del post partum, il cui protocollo è stato pubblicato nell'Edizione 2014 del Rapporto Osservasalute. Ad oggi, nelle 6 regioni partecipanti che coprono il 49% dei nati del Paese, sono stati segnalati 347 near miss ostetrici di cui 181 EPP gravi, 122 placentazioni anomale, 31 isterectomie e 12 rotture d'utero. La raccolta dei casi è ancora in corso e la completezza delle segnalazioni da parte dei 241 Presidi sanitari partecipanti al Progetto e la qualità dei dati inseriti on-line da parte dei referenti dei singoli Presidi è monitorata in itinere dall'ISS e dalle regioni partecipanti.

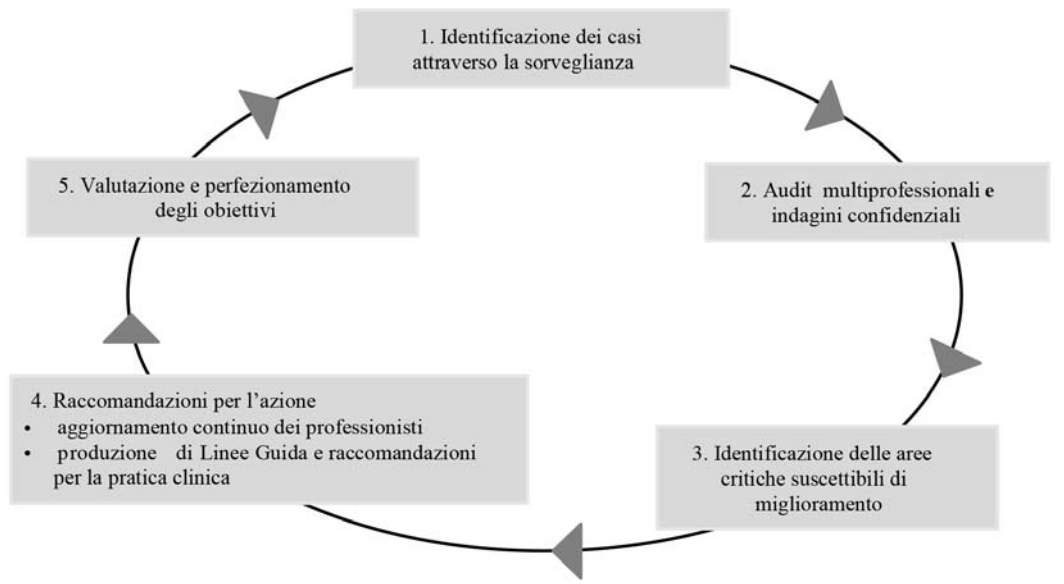
Dal 31 marzo 2014 al 30 marzo 2015 è stata preparata dall'ISS, in collaborazione con l'Agenzia di editoria scientifica Zadig, una formazione a distanza sull'EPP, accreditata ECM (Educazione Continua in Medicina) e offerta gratuitamente a tutti i medici e ostetriche del Paese. Il metodo didattico è basato sulla simulazione di casi clinici, che permettono al partecipante di cimentarsi con la gestione di problemi abituali e di valutare la propria capacità di applicazione delle nozioni acquisite nella pratica quotidiana. Hanno acquisito i crediti ECM 5.596 professionisti sanitari residenti in tutto il Paese (cartogramma). Il giudizio di rilevanza, qualità ed efficacia del corso espresso da parte dei partecipanti è risultato positivo nel 99% dei casi (Grafico 1).

La terza attività, coordinata dall'ISS, è una Linea Guida specifica, sotto l'egida del Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG), che prevede di passare in rassegna le prove di efficacia relative alla prevenzione e al trattamento dell'EPP. Nel rispetto della metodologia del SNLG si tratta di una Linea Guida evidence-based, per la quale è stato istituito un panel multidisciplinare di esperti composto da undici professionisti individuati tra quelli indicati dalle società scientifiche/federazioni, cinque esperti indicati dal gruppo di sviluppo, un rappresentante dei cittadini ed un rappresentante del Ministero della Salute.

I near miss ostetrici, al contrario delle morti materne, rappresentano dei successi terapeutici e come tali sono un'occasione preziosa per facilitare la diffusione della pratica del confronto tra pari mediante audit e la costruzione di una cultura "no blame", intesa come mancato biasimo dei professionisti, che è ancora troppo giovane nel nostro Paese. Inoltre, l'analisi di questi eventi, più frequenti delle morti materne, permette di produrre stime affidabili in tempi molto più rapidi e di evidenziare le eventuali criticità organizzative e cliniche dei percorsi assistenziali presi in esame per migliorare l'appropriatezza clinica nell'assistenza offerta alle donne in gravidanza e al parto.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 265

Figura 1 - Sistema di sorveglianza ostetrica dell'Istituto Superiore di Sanità-Regioni



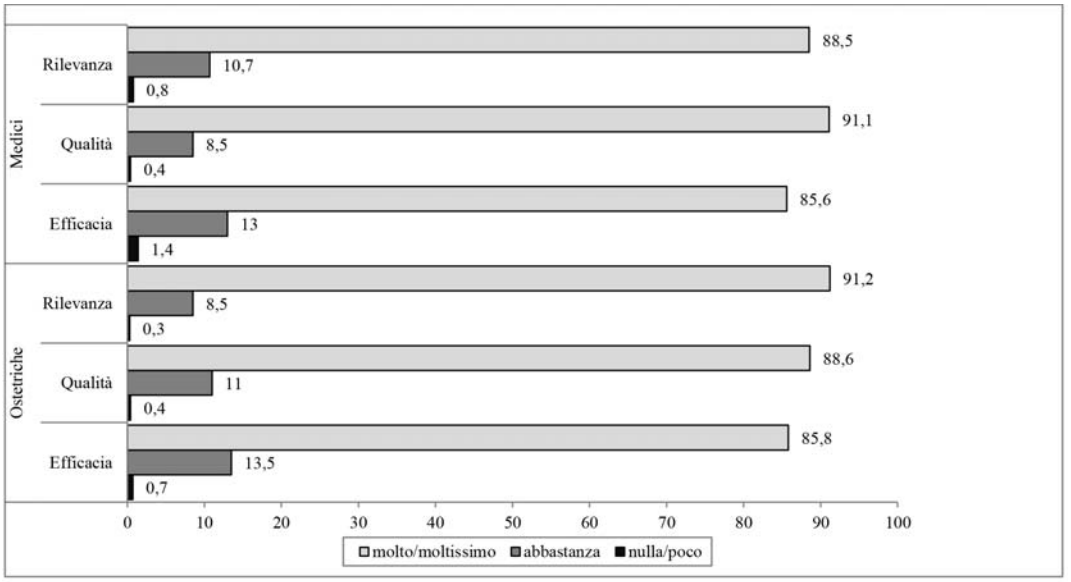
Fonte dei dati: Italian Obstetric Surveillance system (ItOSS). Anno 2014.

Distribuzione geografica dei professionisti sanitari (valori assoluti) che hanno acquisito i crediti formativi ECM per regione

Fonte dei dati: Italian Obstetric Surveillance system (ItOSS). Anno 2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 266

Grafico 1 - Giudizio di rilevanza, qualità ed efficacia riportato dai professionisti sanitari (medici e ostetriche) che hanno acquisito i crediti formativi ECM in Italia



Fonte dei dati: Italian Obstetric Surveillance system (ItOSS). Anno 2015.

Riferimenti bibliografici

(1) Donati S, Senatore S, Ronconi A and the Regional Maternal Mortality group. Maternal mortality in Italy: a record-linkage study. BJOG 2011; 118: 872-9.
(2) Donati S, Senatore S, Ronconi A, and the regional maternal mortality working group. Obstetric near-miss cases among women admitted to intensive care units in Italy. Acta Obstet Gynecol Scand 2012, 91 (4): 452-7.
(3) Likis FE, Sathe NA, Morgans AK et al. Management of post partum hemorrhage. Comparative effectiveness Review NO. 151. AHRQ publication N. 15-EHCO13-EF. Rockwille, MD: Agency for Health care Research and Quality; April 2015. Disponibile sul sito: www. effectivehealthcare.ahrq.gov/reports/final/cfm.

Gruppo di lavoro "Istituto Superiore di Sanità-Regioni"

Vittorio Basevi, Monica Da Frè, Gabriella Dardanoni, Valeria Dubini, Camilla Lupi, Luisa Mondo, Marcello Pezzella, Renato Pizzuti, Raffaella Rusciani, Daniela Spettoli, Fabio Voller

Salute della popolazione straniera

Nonostante la crisi economica globale, i flussi migratori a livello mondiale continuano a intensificarsi.

Nel 2014, i migranti nel mondo sono stati 240 milioni, più del 3% della popolazione del pianeta: tra questi, 20 milioni di rifugiati, 1,8 milioni di richiedenti asilo e in totale 60 milioni di "migranti forzati", compresi gli sfollati interni a causa di una crescente instabilità internazionale (33 conflitti in corso, 11 situazioni di crisi, 16 missioni dell'Organizzazione delle Nazioni Unite attive). Peraltro, la distinzione solo apparente tra coloro che "scelgono" di partire sotto la spinta di molteplici fattori in cerca di condizioni di vita migliori (i cosiddetti migranti economici) e coloro che, invece, sono costretti a scappare da conflitti e persecuzioni (i richiedenti protezione internazionale) nasconde in realtà una fragilità diffusa e una crisi epocale del modello di sviluppo globale.

Nell'Unione Europea (UE), a gennaio 2014, i residenti stranieri erano 33,9 milioni, pari al 6,7% della popolazione totale: 20 milioni di cittadini provenienti da Paesi terzi e 14 milioni da altri Stati membri.

L'Italia è a suo modo protagonista del fenomeno migratorio, sia per una presenza straniera sempre più stabile e consolidata, sia per essere diventata terra di accoglienza di persone in fuga; a questo va ad aggiungersi la riscoperta di una "vocazione emigratoria", in verità mai del tutto sopita, che vede oggi una significativa comunità di italiani all'estero, composta da oltre 4 milioni e 600 mila nostri connazionali.

Sono passati circa 40 anni da quando l'Italia ha cominciato a misurarsi con l'immigrazione e da allora la presenza di cittadini non italiani è stata in costante aumento (circa 200 mila nel 1980, 500 mila nel 1990, poco più di 1 milione e 600 mila nel 2000, circa 4 milioni e 500 mila nel 2010). Negli ultimi anni (quelli della crisi economica), però, il numero di stranieri presenti è rimasto pressoché costante, intorno ai 5 milioni: al 1 gennaio 2015, i residenti stimati erano 5.014.037, quelli effettivamente presenti 5 milioni 421 mila (con un impatto dell'8,2% sulla popolazione italiana). L'incremento rispetto all'anno precedente è stato solo del 2%.

Il 2014 verrà anche ricordato come l'anno record degli sbarchi: secondo i dati del Ministero dell'Interno, oltre 170 mila arrivi, più della somma dei 3 anni precedenti e quasi il triplo del 2011 (l'anno dell'emergenza Nord Africa seguita alla "rivoluzione dei gelsomini, primavera araba"). Tutto questo è l'effetto diretto della situazione geopolitica internazionale che ha visto intensificarsi numerosi focolai di crisi a Sud del Mediterraneo e ha prodotto, conseguentemente, un aumento delle richieste di asilo in Italia e in altri Paesi europei. Tali richieste verso l'Europa hanno superato nel 2014 quota 626 mila, segnando un +44,7% rispetto all'anno precedente. L'Italia è il terzo Paese dell'UE per numero di richiedenti asilo (dopo Germania e Svezia), ma anche quello che ha registrato il maggior incremento nell'ultimo anno (+142,8%). Osservando la composizione dei richiedenti asilo per genere ed età, appare evidente come l'Italia presenti una situazione del tutto singolare a livello europeo, con una ridottissima presenza di donne (7,6%) e di minori (6,8%), nettamente inferiore rispetto alla media. Per quanto riguarda la provenienza, prevalgono i cittadini di origine africana: 4 Paesi tra i primi 5 per numero di arrivi, in particolare Eritrea, Mali, Nigeria e Gambia. Anche nel 2015, gli sbarchi sono proseguiti in Italia, seppur con una leggera flessione (circa il 7% in meno) e con un significativo cambiamento di popolazione, dovuto a una modifica della rotta di fuga, in particolare della componente siriana (direttamente dalla Turchia in Grecia e poi attraverso la penisola balcanica per arrivare nel Centro-Nord Europa). Non a caso, nel 2014 il Paese di provenienza più rappresentato era costituito dalla Siria con 42.323 persone (circa il 25% del totale), seguito dall'Eritrea (20%); nei primi 10 mesi del 2015, invece, i dati indicano al primo posto l'Eritrea (27%), seguita dalla Nigeria (14%) e dalla Somalia (8%), mentre la Siria è presente con circa il 5% delle persone sbarcate.

Il sistema dell'accoglienza, in Italia, si regge su diverse tipologie di strutture: i centri di accoglienza governativi, le strutture temporanee e la rete del Sistema di Protezione dei Richiedenti Asilo e Rifugiati che, in ragione delle differenti funzioni, esprimono modelli organizzativi, voci di costo e tempi di permanenza diversificati. Sono 3.090 le strutture che accolgono poco meno di 100.000 profughi, distribuite in tutte le regioni. Al primo posto per numero di presenze troviamo la Lombardia e la Sicilia, nei cui centri vengono ospitati, rispettivamente, il 13% e l'11% degli immigrati; seguono Lazio, Campania, Piemonte e Veneto con circa l'8%.

Un aspetto specifico di questo complesso fenomeno è rappresentato dai minori non accompagnati: secondo i dati del Dipartimento della Pubblica sicurezza, nel 2014 i minori stranieri (e coloro che si dichiarano tali) senza accompagnamento da parte di un adulto responsabile sono risultati 13.026, pari al 50% di tutti i minori sbarcati. Nel 2015, il numero di minori si è marcatamente ridotto, circa 10.000 in meno rispetto all'anno precedente, e ciò è dovuto, in particolare, alla drastica diminuzione della componente siriana che è una migrazione di interi nuclei familiari, mentre proporzionalmente si è accresciuta la percentuale di minori non accompagnati (oltre il

S. GERACI, G. BAGLIO, A. BURGIO

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 268

73% del totale dei minori soccorsi) concentrati per circa un terzo sul territorio siciliano. Sono quasi 5.500 i minori registrati come tali in una prima fase dell'accoglienza e successivamente dichiarati irreperibili.

Il perdurare della pressione migratoria da parte di persone prevalentemente in fuga verso l'Europa (quasi un milione solo nel 2015) ha polarizzato il dibattito sociale e politico internazionale e nazionale su alcune questioni spinose che vanno dalla capacità di accoglienza alle responsabilità in capo ai vari Stati europei, dal rapporto con i territori ai costi da sostenere in questo momento di crisi e alla sicurezza in una fase storica caratterizzata da incertezze e paura.

Tuttavia, i dati possono aiutarci a definire meglio le problematiche e, soprattutto, ad attribuire pesi e priorità, riportando l'attenzione sugli aspetti di strutturalità e stabilità dell'immigrazione, al di là degli sbarchi (le persone sbarcate e accolte in Italia sono state, nel 2014, meno dell'1,3% delle presenze effettive). Un primo punto è che, sia sul piano demografico che economico, l'immigrazione in Italia appare assolutamente necessaria. Su un totale di 502.596 bambini nati nel corso del 2014, quelli con genitori entrambi stranieri sono stati 75.067 (14,9% del totale); nel complesso i minori stranieri sono quasi 1 milione e 100.000, pari al 21,6% dei residenti stranieri, e per oltre il 70% si tratta di seconde generazioni, cioè di bambini nati e cresciuti in Italia. Questi dati sono particolarmente significativi dal punto di vista demografico, se si considera che in Italia l'indice di sostituzione (numero di figli per coppia sufficiente a mantenere costante la popolazione in un determinato Paese) è di 2,1: gli ultimi dati dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) evidenziano che, nel 2014, il tasso di fecondità delle donne italiane è stato pari a 1,27 vs 2,20 delle immigrate; l'apporto di quest'ultime risulta, quindi, indispensabile, anche se non sufficiente a invertire il trend di decrescita demografica nel nostro Paese.

Dal punto di vista economico-produttivo, i dati Istat indicano che gli occupati stranieri nel 2014 erano 2 milioni e 294 mila (1 milione e 238 mila uomini e 1 milione e 56.000 donne), pari a più di un decimo dei lavoratori complessivi (10,3%), con un tasso di occupazione in leggero aumento. Secondo una stima riportata nel Dossier Statistico Immigrazione 2015, le entrate fiscali e previdenziali ricollegabili ai lavoratori immigrati sono state, nel 2013, pari a 16,6 miliardi di euro, mentre il totale delle uscite sostenute per loro è stato di 13,5 miliardi di euro (saldo positivo di 3,1 miliardi di euro). Peraltro, nel 2013 il contributo al Prodotto Interno Lordo nazionale assicurato dagli occupati stranieri è stato di 123.072 milioni di euro (8,8% del totale). In particolare, essi versano, in media, 7-8 miliardi di euro di contributi l'anno ma, non riuscendo tutti a maturare il diritto alla pensione, lasciano nelle casse previdenziali secondo le stime dell'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale oltre 3 miliardi di euro improduttivi di prestazioni. Attualmente, i cittadini non comunitari beneficiari di pensioni previdenziali per invalidità, vecchiaia e superstiti sono 35.740 (lo 0,2% di tutti i beneficiari), mentre i titolari di pensioni assistenziali sono 51.361 (l'1,4% del totale).

Anche i temi sanitari sono emersi drammaticamente nell'ambito del dibattito pubblico, tra tutele mancate e timori infondati. Nonostante alcune incertezze l'Italia, grazie a una normativa favorevole e a un sistema sanitario universalistico, è riuscita a garantire percorsi di inclusione sanitaria anche in condizioni di grande complessità organizzativa come, ad esempio, è avvenuto per i migranti in transito. I dati sulle malattie infettive riportati nel presente Capitolo, seppure non allineati temporalmente a quanto è accaduto nel 2014, non mostrano trend allarmanti, anzi rassicurano sulla tenuta del sistema rispetto all'impatto di consistenti arrivi di immigrati.

Il Capitolo di quest'anno, arricchito di specifiche esperienze di best practice (Box), consolida quanto già descritto nelle precedenti Edizioni del Rapporto Osservasalute: gli immigrati sono una popolazione che dimostra di avere ancora problemi nell'accesso ordinario ai servizi sanitari, ma che progressivamente tende a utilizzarli, anche se tale utilizzo riguarda soprattutto gli aspetti della cura e meno quelli della prevenzione. In ambito sanitario, inoltre, non si può parlare di immigrati come di una popolazione omogenea, in quanto sia l'accesso che l'occorrenza di specifiche problematiche di salute sono condizionate dall'appartenenza culturale e, più specificatamente, dalla competenza linguistica, dalla condizione sociale e dall'approccio delle persone alla salute e alla malattia.

Ci sono, infine, delle differenze geografiche evidenziate da alcuni indicatori, non spiegabili alla luce della sola distribuzione territoriale delle comunità di stranieri, ma legate, soprattutto, all'eterogeneità delle politiche locali di tutela sanitaria e accesso ai servizi. A distanza di 3 anni dall'entrata in vigore dell'Accordo tra Stato e Regioni e Province Autonome (n. 255/2012) contenente indicazioni per la corretta applicazione della normativa sull'assistenza sanitaria alla popolazione straniera, persistono ancora differenze interpretative e disparità di trattamento.

Riferimenti bibliografici

(1) AAVV. Dossier Statistico Immigrazione 2015. Idos, 2015.
(2) AAVV. Rapporto Osservasalute - parte relativa agli immigrati (dal 2006 al 2015). Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane. Università Cattolica del Sacro Cuore. Prex SpA. Milano.
(3) AAVV. Rapporto sulla protezione internazionale in Italia 2014. Anci, Caritas Italiana, Cittalia, Fondazione Migrantes, Sprar. In collaborazione con Unhcr, Roma, 2014.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 269

(4) AAVV. Rapporto sulla protezione internazionale in Italia 2015. Anci, Caritas Italiana, Cittalia, Fondazione Migrantes, Sprar. In collaborazione con Unhcr, Roma, 2015.
(5) AAVV. XXIV Rapporto Immigrazione 2014. Migranti, attori di sviluppo. Caritas, Migrantes. Tau editrice srl - Todi (Pg), maggio 2015.
(6) Istat: Natalità e fecondità della popolazione residente, anno 2014. Roma, 27 novembre 2015.
(7) Istat: Cittadini non comunitari: presenza,nuovi ingressi e acquisizioni di cittadinanza, anni 2014-2015. Roma, 22 ottobre 2015.
(8) Ministero dell'Interno: Rapporto sull'accoglienza di migranti e rifugiati in Italia. Aspetti, procedure, problemi. Roma, ottobre 2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 270

Stranieri in Italia

Significato. L'impatto della popolazione straniera residente nella determinazione dei principali indicatori demografici è andato crescendo in modo significativo negli ultimi decenni.
L'analisi dei dati relativi ai cittadini stranieri iscritti in Anagrafe consente, tra le altre cose, di quantificare il peso di tale segmento di popolazione sul totale dei residenti in Italia. Particolare attenzione è data alla distribuzione della popolazione straniera per area di provenienza nelle diverse regioni e PA.

Percentuale della popolazione straniera residente per macroarea di provenienza

Numeratore: Popolazione straniera residente per macroarea di residenza

Denominatore: Popolazione straniera residente

$$\frac{\text{Popolazione straniera residente per macroarea di residenza}}{\text{Popolazione straniera residente}} \times 100$$

Validità e limiti. L'analisi della presenza straniera risente dei limiti propri delle fonti delle statistiche ufficiali a disposizione. Innanzitutto non viene rilevata la presenza straniera irregolare. Occorre, inoltre, notare come vengano considerati stranieri esclusivamente coloro che hanno una cittadinanza diversa da quella italiana. Sono, quindi, esclusi da questo contingente coloro che, pur non essendo italiani per nascita, hanno concluso il processo di naturalizzazione, mentre sono inclusi tra gli stranieri le "seconde generazioni", ossia coloro che, pur se nati sul territorio nazionale, non hanno la cittadinanza italiana.

Descrizione dei risultati

Dall'analisi dei dati provenienti dalla rilevazione STRASA, relativa alla "Popolazione residente comunale straniera per sesso e anno di nascita", emerge che, alla data del 1 gennaio 2015, i residenti in Italia con cittadinanza diversa da quella italiana superano di poco i 5 milioni di unità e rappresentano l'8,2% del totale della popolazione residente (Tabella 1).
Nella Tabella 1 sono riportati, per regione, l'ammontare in migliaia della popolazione straniera residente e la composizione percentuale per macroarea di cittadinanza secondo i dati rilevati con il Bilancio demografico della popolazione residente straniera per sesso e cittadinanza.
A livello nazionale, oltre la metà dei residenti stranieri (52,4%), proviene da un Paese del continente europeo. La quota di cittadini provenienti dall'Africa è pari al 20,5% (in particolare, circa due africani residenti su tre provengono da un Paese del Nord Africa), il 19,3% dei residenti proviene dall'area asiatica e solo il 7,7% ha la cittadinanza di un Paese dell'America.
La distribuzione della presenza straniera regolare per macroarea di provenienza non è omogenea nelle diverse regioni: la presenza di residenti con cittadinanza di Paesi europei, ad esempio, è particolarmente elevata in Abruzzo (72,3%), Friuli Venezia Giulia e Basilicata (poco meno del 70% in entrambe le regioni), mentre quella di residenti con cittadinanza di Paesi dell'America è decisamente più elevata in Liguria che nel resto d'Italia (26,2% contro un valore nazionale del 7,7%).
La Tabella 2 permette di analizzare la presenza straniera nelle diverse regioni per singolo Paese di cittadinanza e per genere. In particolare, vengono indicate per ciascuna regione le prime tre comunità straniere per presenza e il peso percentuale di ciascuna di queste sul totale degli stranieri residenti.
Rumeni, albanesi e marocchini costituiscono, ormai da anni, le tre comunità più numerose in termini di stranieri residenti in Italia, sia se si considerano gli uomini che le donne. Le differenze regionali nella distribuzione degli stranieri residenti per Paese di provenienza non sono molto marcate, ma ci sono delle eccezioni. Da un lato, emerge la forte presenza femminile della comunità tedesca nella PA di Bolzano, dall'altro spicca la presenza delle donne ucraine e polacche in molte delle regioni del Mezzogiorno, degli stranieri provenienti dall'Ecuador (sia donne che uomini) in Liguria, dei tunisini in Sicilia, dei serbi in Friuli Venezia Giulia, dei filippini e dei bengalesi nel Lazio e dei cinesi in Toscana.
Dalla Tabella 2 emerge, inoltre, come in alcune regioni le prime tre comunità rappresentino una grossa fetta del totale degli stranieri residenti, mentre in altre realtà territoriali si osserva una maggiore eterogeneità. A livello nazionale, le prime tre comunità (rumeni, albanesi e marocchini) rappresentano oltre il 40% del totale degli stranieri residenti. Tale percentuale è, invece, superiore o prossima al 60% in Piemonte, Valle d'Aosta, Molise e Basilicata. Nella PA di Bolzano, le tedesche, le albanesi e le marocchine, pur essendo le tre comunità più importanti per numero di residenti, costituiscono "solo" il 27,7% delle straniere. Anche la Lombardia si caratterizza per una spiccata eterogeneità nella presenza straniera per Paese di cittadinanza. Le prime tre comunità (rumeni, marocchini e albanesi) rappresentano "solo" il 32,2% degli stranieri residenti di genere maschile ed il 31,7% degli stranieri residenti di genere femminile.

F. RINESI, G. DI GIORGIO

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 271

Tabella 1 - Stranieri (valori assoluti in migliaia) residenti, quota (valori percentuali) di stranieri per macroarea di cittadinanza e stranieri (valori percentuali) residenti sul totale dei residenti per regione - Anno 2015

Regioni	Stranieri residenti	Presenza straniera per macroarea di cittadinanza					Stranieri residenti/ totale residenti
		Europa	Africa	Asia	America	Altro	
Piemonte	425,4	59,9	22,9	9,5	7,7	0,0	9,6
Valle d'Aosta	9,1	56,3	30,8	5,7	7,1	0,1	7,1
Lombardia	1.152,3	38,0	25,0	24,2	12,8	0,0	11,5
Bolzano-Bozen	46,0	65,7	12,4	17,4	4,4	0,1	8,9
Trento	50,1	66,4	16,5	11,3	5,7	0,0	9,3
Veneto	511,6	57,3	21,2	18,1	3,4	0,0	10,4
Friuli Venezia Giulia	107,6	69,6	14,8	11,6	3,9	0,1	8,8
Liguria	138,7	46,9	16,7	10,1	26,2	0,1	8,8
Emilia-Romagna	536,7	50,1	26,9	19,0	3,9	0,0	12,1
Toscana	395,6	56,4	14,6	22,3	6,6	0,1	10,5
Umbria	98,6	66,1	17,7	8,0	8,1	0,1	11,0
Marche	145,1	56,6	19,1	18,8	5,5	0,0	9,4
Lazio	636,5	57,2	10,8	23,6	8,3	0,1	10,8
Abruzzo	86,2	72,3	13,8	9,2	4,6	0,1	6,5
Molise	10,8	67,5	17,8	9,6	5,0	0,1	3,4
Campania	217,5	54,0	19,1	22,5	4,3	0,1	3,7
Puglia	117,7	63,0	17,2	16,7	3,0	0,0	2,9
Basilicata	18,2	69,0	16,4	12,0	2,6	0,0	3,2
Calabria	91,4	61,3	21,0	15,3	2,3	0,1	4,6
Sicilia	174,1	44,0	30,4	22,8	2,7	0,1	3,4
Sardegna	45,1	54,3	22,5	18,4	4,6	0,1	2,7
Italia	**5.014,4**	**52,4**	**20,5**	**19,3**	**7,7**	**0,1**	**8,2**

Fonte dei dati: Elaborazione di dati Istat - Demografia in cifre. Anno 2015.

Tabella 2 - Stranieri (valori assoluti in migliaia) residenti e quota (valori percentuali) delle prime tre cittadinanze per genere e per regione - Anno 2015

Regioni	Maschi							Femmine						
	Residenti stranieri	Cittadinanza Prima		Seconda		Terza		Residenti stranieri	Cittadinanza Prima		Seconda		Terza	
Piemonte	198,2	Rom.	33,7	Mar.	15,7	Alb.	12,0	227,3	Rom.	36,8	Mar.	12,9	Alb.	10,0
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	3,9	Mar.	26,3	Rom.	25,3	Alb.	12,5	5,2	Rom.	31,2	Mar.	19,7	Alb.	9,1
Lombardia	563,4	Rom.	13,0	Mar.	9,8	Alb.	9,4	588,9	Rom.	14,7	Alb.	8,5	Mar.	8,5
Bolzano-Bozen	21,4	Alb.	14,0	Pak.	8,8	Mar.	8,7	24,7	Alb.	10,4	Ger.	10,2	Mar.	7,1
Trento	23,3	Rom.	19,2	Alb.	15,2	Mar.	9,5	26,8	Rom.	21,8	Alb.	12,3	Mar.	8,0
Veneto	243,4	Rom.	21,3	Mar.	11,6	Alb.	8,4	268,2	Rom.	23,9	Mol.	9,5	Mar.	9,3
Friuli Venezia Giulia	50,9	Rom.	20,2	Alb.	11,5	Ser.	8,0	56,6	Rom.	23,2	Alb.	10,4	Ucr.	7,3
Liguria	63,9	Alb.	19,7	Ecu.	15,4	Rom.	12,1	74,8	Ecu.	17,0	Rom.	15,1	Alb.	14,6
Emilia-Romagna	250,8	Mar.	14,1	Rom.	13,7	Alb.	13,0	286,0	Rom.	16,9	Mar.	11,4	Alb.	10,5
Toscana	182,6	Alb.	20,1	Rom.	17,7	Cin.	12,2	212,9	Rom.	23,9	Alb.	15,7	Cin.	9,9
Umbria	43,2	Rom.	22,6	Alb.	19,3	Mar.	12,5	55,4	Rom.	29,4	Alb.	14,1	Mar.	8,4
Marche	65,9	Alb.	15,6	Rom.	13,7	Mar.	9,6	79,3	Rom.	21,1	Alb.	12,4	Mar.	7,9
Lazio	304,1	Rom.	33,8	Ban.	8,0	Fil.	6,1	332,4	Rom.	36,7	Fil.	7,9	Ucr.	5,3
Abruzzo	39,1	Rom.	28,4	Alb.	18,3	Mar.	10,4	47,1	Rom.	33,8	Alb.	13,9	Mar.	6,5
Molise	4,8	Rom.	34,7	Mar.	15,1	Alb.	9,5	6,0	Rom.	42,3	Mar.	9,3	Pol.	6,7
Campania	99,5	Rom.	15,9	Mar.	13,4	Ucr.	10,2	118,0	Ucr.	27,4	Rom.	18,7	Pol.	6,3
Puglia	54,7	Rom.	22,3	Alb.	22,0	Mar.	10,1	63,0	Rom.	31,8	Alb.	17,9	Mar.	5,8
Basilicata	8,2	Rom.	39,4	Alb.	11,0	Mar.	10,8	10,0	Rom.	49,7	Alb.	7,9	Mar.	7,0
Calabria	43,0	Rom.	31,9	Mar.	19,0	Ind.	7,3	48,4	Rom.	36,8	Mar.	12,2	Ucr.	9,6
Sicilia	88,8	Rom.	23,2	Tun.	13,8	Mar.	7,1	85,4	Rom.	35,3	Sri Lanka	7,3	Mar.	7,1
Sardegna	19,9	Rom.	22,1	Sen.	16,0	Mar.	12,5	25,2	Rom.	35,9	Ucr.	7,3	Mar.	7,3
Italia	**2.372,8**	**Rom.**	**20,5**	**Alb.**	**10,7**	**Mar.**	**10,2**	**2.641,6**	**Rom.**	**24,4**	**Alb.**	**8,9**	**Mar.**	**7,8**

Legenda: Alb. = Albania; Ban. = Bangladesh; Cin. = Repubblica popolare cinese; Ecu. = Ecuador; Fil. = Filippine; Ger. = Germania; Ind. = India; Mar. = Marocco; Mol. = Moldavia; Pak. = Pakistan; Pol. = Polonia; Rom. = Romania; Sen. = Senegal; Ser. = Serbia; Tun. = Tunisia; Ucr. = Ucraina.

Fonte dei dati: Elaborazione di dati Istat - Demografia in cifre. Anno 2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 272

Raccomandazioni di Osservasalute

La composizione per macroarea di cittadinanza degli stranieri residenti è mutata notevolmente nel tempo. Parallelamente, il numero di stranieri residenti è andato aumentando sensibilmente e ci si aspetta che tale trend proseguirà nei prossimi anni.

Occorre sottolineare che gli stranieri presentano una struttura per età che ben si differenzia da quella che caratterizza i residenti italiani, con evidenti conseguenze sui bisogni e sulla domanda di servizi sanitari. È, quindi, opportuno che l'offerta di servizi sanitari a livello regionale tenga conto anche delle esigenze di cui tale eterogeneo segmento della popolazione è portatore.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 273

Nati da cittadini stranieri in Italia

Significato. Gli indicatori proposti permettono di evidenziare il contributo dei cittadini stranieri alla natalità in Italia. In particolare, viene analizzata l'incidenza dei nati con un genitore straniero (distinguendo se questo sia il padre o la madre) e quella dei nati da entrambi i genitori stranieri. Con riferimento a quest'ultimo contingente, viene proposta l'analisi delle macroaree di cittadinanza del nato.
Per ulteriori approfondimenti su questo tema si rimanda all'Indicatore "Fecondità" (Capitolo "Popolazione"), dove i principali indicatori di fecondità (numero medio di figli per donna ed età media al parto) sono stati calcolati distintamente per le donne italiane, straniere e per il totale della popolazione femminile residente.

Percentuale di nati da un solo genitore cittadino straniero

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Iscritti in Anagrafe per nascita con un genitore straniero}}{\text{Iscritti in Anagrafe per nascita}} \times 100$$

Percentuale di nati con entrambi i genitori cittadini stranieri

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Iscritti in Anagrafe per nascita con entrambi i genitori stranieri}}{\text{Iscritti in Anagrafe per nascita}} \times 100$$

Validità e limiti. Il "genitore straniero" è colui/colei che al momento dell'iscrizione in Anagrafe per nascita del figlio ha una cittadinanza diversa da quella italiana. Non fanno, quindi, parte di questo collettivo coloro che, pur essendo nati all'estero, sono cittadini italiani dalla nascita, né coloro che, pur non essendo italiani dalla nascita, hanno, nel corso del tempo, acquisito la cittadinanza italiana per matrimonio o altro motivo.
La "Rilevazione degli iscritti in Anagrafe per nascita" registra, tra le altre informazioni demografiche, anche la cittadinanza del nato. Questa risulta essere straniera (o italiana) se entrambi i genitori hanno cittadinanza straniera (o italiana), come 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 sul suolo italiano, come avviene in altri Paesi, ma chi è figlio di almeno un genitore italiano.

Descrizione dei risultati

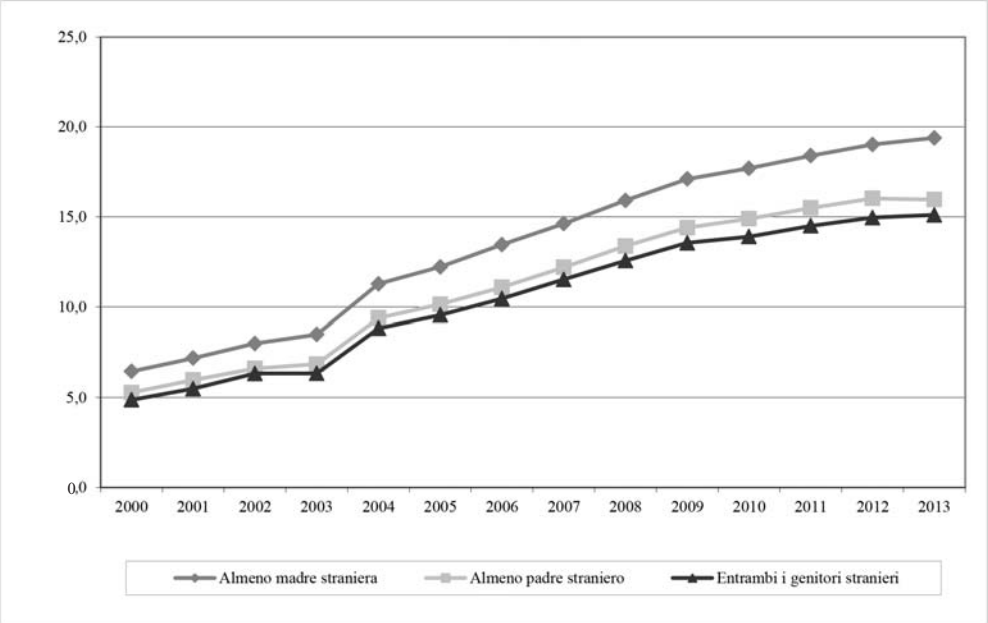
Nell'ultimo decennio si è assistito ad un notevole aumento della quota dei nati da almeno un genitore straniero sul totale degli iscritti in Anagrafe per nascita (1). In particolare, nel 2013, poco più del 19% dei nati, ossia quasi un nato ogni cinque, è nato da una madre straniera, indipendentemente dalla cittadinanza del padre (Grafico 1). Questo indicatore risulta in forte crescita nell'ultimo decennio. Infatti, dal 2000 il suo valore è quasi triplicato, essendo in quell'anno pari a 6,4%. È possibile osservare un analogo ritmo di crescita anche quando si considerano i nati da almeno il padre straniero ed i nati da entrambi i genitori stranieri. Questi ultimi rappresentano circa il 15% dei nati.
La quota di nati da cittadini stranieri è aumentata, quindi, anche negli ultimissimi anni, caratterizzati da una generale contrazione dei livelli di natalità osservati in Italia, ma il ritmo di crescita è stato più contenuto.
Le differenze regionali sono notevoli e ricalcano, sostanzialmente, la distribuzione territoriale della presenza straniera in Italia: in altre parole, laddove la presenza straniera è più consistente, più elevata risulta l'incidenza dei nati da entrambi i genitori stranieri (o da un genitore straniero) sul totale degli iscritti in Anagrafe per nascita (Tabella 1).
Le regioni dove la quota di nati stranieri sul totale delle nascite è più elevata sono quelle del Nord ed, in particolare, l'Emilia-Romagna (24,6%), la Lombardia (22,6%) ed il Veneto (21,9%). Al contrario, nelle regioni del Mezzogiorno la quota di nati da genitori stranieri appare non solo inferiore al dato nazionale, ma estremamente contenuta. Nello specifico, tale indicatore raggiunge il suo minimo in Sardegna (3,6%).
A livello nazionale, il 4,3% dei nati ha la madre straniera ed il padre italiano, mentre più contenuta è la quota di nati da madre italiana e padre straniero (0,9%).
Nella Tabella 2 è riportata la composizione percentuale dei nati stranieri per macroarea geografica di cittadinanza. A livello nazionale, la macroarea di provenienza degli stranieri che contribuiscono maggiormente alla natalità nel nostro Paese è quella europea: il 22,6% dei nati stranieri ha la cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea (UE) (Romania in testa), mentre il 21,2% dei nati stranieri ha la cittadinanza di uno tra gli altri Paesi dell'Europa (specie Albania). Anche l'apporto del Nord-Africa alle nascite registrate in Italia è notevole (21,1% del totale dei nati stranieri) così come quello dell'Asia (21,5%). Il contributo alla

F. RINESI, G. DI GIORGIO

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 274

natalità dei cittadini stranieri provenienti dalle altre macroaree è, a livello nazionale, assai ridotto.
Tuttavia, il dato relativo all'Italia nel suo complesso non tiene conto della variabilità territoriale del fenomeno che, invece, emerge in maniera netta quando si analizzano i dati a livello regionale. Ad esempio, la quota di nati stranieri con cittadinanza di uno dei Paesi dell'UE sul totale dei nati stranieri è particolarmente rilevante in Calabria e nel Lazio (47,0% e 43,4%, rispettivamente), mentre in Liguria, così come accadeva negli anni precedenti, è estremamente elevata la presenza di nati con cittadinanza di uno dei Paesi dell'America centro-meridionale (22,3%), specie se confrontata con il dato nazionale (5,0%). Occorre sottolineare, inoltre, come i dati relativi alle macroaree geografiche di provenienza siano anch'essi il frutto di un'operazione di sintesi dei comportamenti delle singole comunità che le compongono. Non di rado, infatti, si possono riscontrare comportamenti riproduttivi divergenti da parte di stranieri il cui Paese di origine afferisce ad una stessa macroarea geografica.
La Tabella 3 evidenzia il diverso contributo alla natalità delle comunità maggiormente presenti in Italia. Le prime dieci comunità per presenza sul territorio nazionale rappresentano, da sole, il 64,7% di tutti gli stranieri residenti e proprio a queste comunità è imputabile il 65,9% dei nati stranieri in Italia.
Poco più di un nato straniero ogni cinque ha cittadinanza rumena perchè i residenti provenienti dalla Romania rappresentano la prima comunità per presenza sul territorio nazionale (21,3% del totale degli stranieri). Al contrario, la comunità degli ucraini si caratterizza per il numero esiguo di nati (1,5% del totale), se confrontato con la numerosità della collettività residente sul territorio (4,4% del totale degli stranieri). I marocchini, all'opposto, pur rappresentando il 9,7% degli stranieri residenti, contribuiscono fortemente alla natalità degli stranieri: sono marocchini, infatti, il 14,9% dei nati stranieri.
Se si guarda alla variazione percentuale della stima del numero di nati stranieri tra il 2010-2013 emerge come la comunità che ha visto incrementare maggiormente le nascite è quella ucraina (+18,9%) seguita da quella moldava (+17,0%). Al contrario, sono diminuite, nel triennio considerato, le nascite da cittadini della comunità polacca (-30,9%), marocchina (-10,3%) e indiana (-7,1%). Occorre, però, sottolineare come tale indicatore risenta delle dinamiche migratorie e della struttura per età e genere della popolazione in relazione alla quale questo viene costruito e possa, per sua stessa costruzione, "sfavorire" alcune cittadinanze (ad esempio, quelle dove la struttura per età è più invecchiata o la distribuzione per genere particolarmente sbilanciata) rispetto ad altre.

Grafico 1 - Nati (valori percentuali) da cittadini stranieri - Anni 2000-2013



Fonte dei dati: Elaborazione di dati Istat - Demografia in cifre. Anno 2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 275

Tabella 1 - Stima (valori percentuali) di nati con un genitore straniero e da genitori entrambi stranieri per regione - Anno 2013

Regioni	Padre italiano e madre straniera	Padre straniero e madre italiana	Genitori entrambi stranieri
Piemonte	5,2	1,5	19,7
Valle d'Aosta-Vallèe d'Aoste	5,9	2,2	13,6
Lombardia	5,2	1,0	22,6
Bolzano-Bozen	7,4	2,6	14,1
Trento	5,6	1,7	17,9
Veneto	5,0	0,8	21,9
Friuli Venezia Giulia	5,3	1,1	17,4
Liguria	5,2	1,3	19,6
Emilia-Romagna	5,9	1,3	24,6
Toscana	5,0	0,8	19,9
Umbria	6,1	1,0	19,6
Marche	5,2	0,7	17,4
Lazio	4,5	1,2	15,7
Abruzzo	4,1	0,4	11,0
Molise	3,7	0,3	5,4
Campania	2,3	0,2	4,2
Puglia	2,2	0,4	4,3
Basilicata	3,1	0,4	4,5
Calabria	3,4	0,3	6,9
Sicilia	2,1	0,4	4,7
Sardegna	3,0	0,4	3,6
Italia	**4,3**	**0,9**	**15,1**

Nota: i valori assoluti stimati dei nati stranieri sono rapportati al totale dei nati desunti dal "Movimento e calcolo della popolazione anagrafica residente".

Fonte dei dati: Elaborazione di dati Istat - Demografia in cifre. Anno 2015.

Tabella 2 - Distribuzione di nati (valori percentuali) stranieri per macroarea di cittadinanza e per regione - Anno 2013

Regioni	Unione Europea	Altra Europa	Africa settentrionale	Altra Africa	Asia	America centro-meridionale	Altro
Piemonte	32,1	18,9	27,4	7,3	9,7	4,5	0,1
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	25,7	14,6	50,0	0,7	3,5	5,6	0,0
Lombardia	14,1	16,9	25,3	9,2	25,3	9,2	0,1
Bolzano-Bozen	18,5	34,2	18,0	2,1	23,6	3,2	0,3
Trento	21,3	36,6	21,2	4,7	14,1	2,2	0,0
Veneto	21,2	25,3	18,1	12,2	22,0	1,1	0,1
Friuli Venezia Giulia	23,5	33,8	12,5	12,6	15,7	1,3	0,7
Liguria	13,1	26,4	22,4	5,2	10,5	22,3	0,1
Emilia-Romagna	14,3	23,2	27,2	12,1	21,3	1,8	0,1
Toscana	17,7	30,9	14,7	6,0	26,3	4,1	0,3
Umbria	23,3	31,9	22,0	7,3	10,2	5,0	0,3
Marche	14,2	29,0	20,0	9,9	24,4	2,4	0,0
Lazio	43,4	12,6	8,1	4,5	25,8	5,5	0,1
Abruzzo	29,5	35,7	16,4	4,8	12,3	1,3	0,0
Molise	39,3	16,4	22,1	5,7	14,8	1,6	0,0
Campania	26,2	19,3	18,5	6,9	27,0	2,0	0,1
Puglia	31,4	27,1	16,1	7,3	17,4	0,8	0,1
Basilicata	39,5	17,8	22,2	3,2	17,3	0,0	0,0
Calabria	47,0	8,9	28,9	1,4	13,1	0,4	0,3
Sicilia	35,7	7,3	23,9	7,4	25,2	0,4	0,1
Sardegna	28,2	12,4	21,6	12,4	23,9	0,9	0,5
Italia	**22,6**	**21,2**	**21,1**	**8,5**	**21,5**	**5,0**	**0,1**

Nota: le stime dei nati stranieri per cittadinanza sono ottenute applicando la struttura per cittadinanza dei nati desunta dalla "Rilevazione degli iscritti in Anagrafe per nascita" all'ammontare dei nati vivi desunti dalla "Rilevazione dei cittadini stranieri iscritti in Anagrafe".

Fonte dei dati: Elaborazione di dati Istat - Demografia in cifre. Anno 2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 276

Tabella 3 - Stranieri (valori percentuali) residenti, stima (valori assoluti) di nati stranieri, nati (valori percentuali) stranieri e variazione percentuale della stima del numero di nati stranieri (2010-2013) per le prime dieci cittadinanze - Anno 2013

Cittadinanze	Stranieri residenti	Stima di nati stranieri	Nati stranieri	Δ % della stima del numero di nati stranieri (2010-2013)
Romania	21,3	15.920	20,5	11,1
Albania	10,6	9.218	11,9	0,0
Marocco	9,7	11.547	14,9	-10,3
Cina Repubblica Popolare	5,1	5.166	6,6	0,3
Ucraina	4,4	1.173	1,5	18,9
Moldova	3,2	1.790	2,3	17,0
Filippine	3,2	1.859	2,4	12,1
India	2,9	2.654	3,4	-7,1
Perù	2,3	1.382	1,8	8,0
Polonia	2,1	469	0,6	-30,9
Altra	35,3	26.527	34,1	-3,6
Totale	**100**	**77.705**	**100,0**	**-0,5**

Nota: la distribuzione degli stranieri residenti per cittadinanza è al 31 dicembre 2012 ed è tratta dal Bilancio Demografico e popolazione residente per genere e cittadinanza. Le stime dei nati stranieri per cittadinanza sono ottenute applicando la struttura per cittadinanza dei nati desunta dalla "Rilevazione degli iscritti in Anagrafe per nascita" all'ammontare dei nati vivi desunti dalla "Rilevazione dei cittadini stranieri iscritti in Anagrafe".

Fonte dei dati: Elaborazione di dati Istat - Demografia in cifre. Anno 2015.

Raccomandazioni di Osservasalute

La crescita del numero di parti da donne con cittadinanza diversa da quella italiana non può essere trascurata in sede di programmazione sanitaria.

In diversi studi è emerso, infatti, che sussistono delle differenze in termini di assistenza in gravidanza ed esiti alla nascita a seconda della cittadinanza o del luogo di nascita delle donne (2).

Riferimenti bibliografici

(1) Istat. Natalità e fecondità della popolazione residente. Anno 2013. Statistiche. Report, 2014.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 277

Ospedalizzazione tra gli stranieri in Italia

Significato. L'ospedalizzazione degli stranieri rappresenta uno degli ambiti assistenziali più studiati e di maggiore interesse per descrivere il profilo di salute e di assistenza sanitaria della popolazione immigrata, potendo contare su un elevato livello qualitativo dei dati provenienti dalle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO).
L'indicatore utilizzato è il tasso di ospedalizzazione, che consente di monitorare l'impatto del fenomeno migratorio sui servizi ospedalieri e la variabilità temporale e geografica.
Ai fini del calcolo, vengono considerati (sia al numeratore che al denominatore) solo i cittadini stranieri provenienti da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM)[1] e residenti in Italia, secondo il criterio della cittadinanza. I tassi sono standardizzati per età con il metodo diretto (utilizzando come popolazione standard quella residente in Italia alla data del Censimento 2001) e calcolati separatamente per anno di dimissione, genere, regime di ricovero, regione di erogazione e raggruppamento di diagnosi principale. I dati vengono presentati, oltre che per grandi gruppi diagnostici, anche per specifiche categorie di Aggregati Clinici di Codici (ACC). Il sistema di classificazione degli ACC è stato sviluppato negli Stati Uniti dall'Agency for Healthcare Quality and Research, allo scopo di raggruppare i codici ICD-9-CM in un set ristretto di classi omogenee.
La fonte dei dati sui ricoveri (numeratore) è rappresentata dall'archivio nazionale delle SDO del Ministero della Salute. L'archivio contiene i dati di tutti gli episodi di ricovero avvenuti in Italia presso strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate.
La stima del numero di stranieri residenti in Italia (denominatore), invece, è fornita dall'Istituto Nazionale di Statistica. I denominatori sono riferiti alla media della popolazione residente al 1 gennaio dell'anno t e al 1 gennaio dell'anno t+1, con una eccezione per il 2012 per cui la media è calcolata utilizzando i dati al Censimento 2011 (riferiti al mese di ottobre) e al 1 gennaio 2013.

Tasso di dimissioni ospedaliere tra gli stranieri*

$$\text{Numeratore} = \frac{\text{Dimissioni ospedaliere di stranieri da Paesi a Forte Pressione Migratoria residenti in Italia}}{\text{Popolazione media straniera da Paesi a Forte Pressione Migratoria residente in Italia}} \times 1.000$$

$$\text{Denominatore}$$

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

Validità e limiti. I dati relativi ai ricoveri, sebbene siano costantemente migliorati nel tempo in termini di qualità, presentano ancora qualche inaccuratezza per alcune variabili socio-demografiche. In particolare, l'informazione sulla cittadinanza, utilizzata come criterio identificativo degli stranieri nell'archivio delle SDO, non viene sempre rilevata correttamente. Anche la variabile relativa al luogo di residenza non é sempre riportata in modo accurato, potendo in alcuni casi essere confusa con l'effettivo domicilio.
Per quanto riguarda i denominatori, il trend dell'ammontare dei ricoveri risente chiaramente dell'incremento della popolazione immigrata residente. Infine, è necessario ricordare che i tassi di ospedalizzazione sono calcolabili considerando solo le persone straniere iscritte nelle liste anagrafiche comunali (residenti). Sono, pertanto, esclusi gli stranieri presenti non residenti e gli irregolari. I residenti, comunque, sono la componente largamente maggioritaria tra gli immigrati, ancorché la più stabile in termini di permanenza sul territorio, seppur con diversi livelli di integrazione nel tessuto socio-demografico del nostro Paese.

Valore di riferimento/Benchmark. I tassi di ospedalizzazione dei cittadini stranieri provenienti dai PFPM, standardizzati per età, vengono confrontati con quelli dei cittadini italiani residenti, al fine di evidenziare possibili differenze nell'utilizzo dei servizi ospedalieri (al netto della diversa struttura per età delle due popolazioni) e di individuare alcune condizioni patologiche particolarmente rilevanti o critiche.

Descrizione dei risultati

Nel 2013, si sono registrati circa 543 mila ricoveri di cittadini stranieri (erano quasi 559 mila nel 2009), pari al 5,7% dell'ospedalizzazione complessiva nel nostro Paese (circa il 5% nel 2009). I cittadini provenienti dai PFPM costituiscono la quasi totalità di questi ricoveri (93,1%) (Tabella 1).
Oltre due terzi dei ricoveri di cittadini dei PFPM sono in regime di Ricovero Ordinario (RO). Nel quinquennio 2009-2013 si sono mantenuti sostanzialmente stabili a fronte di una riduzione media annua dell'ospedalizzazione complessiva pari a -3%.
Anche per quanto riguarda il Day Hospital (DH), la

[1]Si considerano a Forte Pressione Migratoria i Paesi dell'Europa centro-orientale (inclusi quelli appartenenti all'Unione Europea) e Malta, i Paesi dell'Africa, dell'Asia (esclusi Corea del Sud, Israele e Giappone), dell'America centro-meridionale e dell'Oceania (ad eccezione di Australia e Nuova Zelanda).

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 278

diminuzione dei ricoveri di cittadini dei PFPM nello stesso quinquennio è stata più contenuta (-2% media annua) rispetto ai ricoveri totali (-7%).
Il progressivo trasferimento dei ricoveri dal RO al DH e da quest'ultimo verso il setting ambulatoriale, per effetto della riorganizzazione dei servizi sanitari in un'ottica di miglioramento dell'appropriatezza organizzativa, ha riguardato pertanto in misura minore i cittadini PFPM, almeno in parte per l'incremento di questo gruppo di popolazione nel periodo di osservazione.
I tassi di ospedalizzazione standardizzati per età sono in diminuzione sia per gli stranieri che per gli italiani in entrambi i generi e per entrambi i regimi di ricovero (Tabella 2). Inoltre, nel RO, i valori osservati per i cittadini dei PFPM sono sempre più bassi di quelli degli italiani residenti: lo scarto è più ampio per gli uomini (-27% nel 2013) e più contenuto per le donne (-12% nel 2013). Anche rispetto ai DH i tassi dei cittadini provenienti dai PFPM si mantengono molto più bassi rispetto a quelli degli italiani residenti, per entrambi i generi, ma con divari più marcati tra gli uomini. La maggiore ospedalizzazione delle donne dei PFPM rispetto agli uomini dipende da motivi legati alla riproduzione (gravidanza, parto e abortività volontaria).
I dati relativi ai cittadini provenienti dai PFPM riferiti al 2013 confermano, come in passato, un'elevata variabilità dei ricoveri nelle diverse regioni, legata anche alla diversa distribuzione di questi cittadini nel territorio italiano (Tabella 3). La percentuale di dimissioni ospedaliere di pazienti provenienti dai PFPM, rispetto al totale delle dimissioni, è più elevata del valore nazionale in tutte le regioni del Nord e del Centro e inferiore, invece, nel Meridione, sia per i RO che per i DH. Anche i tassi standardizzati per i RO risultano più elevati del dato nazionale nel Centro-Nord, ad eccezione del Veneto, Toscana, Marche, Liguria e Friuli Venezia Giulia; per il DH i tassi più elevati si osservano nel Lazio, nella PA di Trento, in Valle d'Aosta e in Liguria.
L'analisi della diagnosi principale alla dimissione conferma che i tassi di ospedalizzazione dei cittadini provenienti dai PFPM sono inferiori a quelli degli italiani, con l'eccezione delle malattie infettive in RO in entrambi i generi ed in DH per le sole donne e, per le donne, delle complicazioni della gravidanza, parto e puerperio sia per il RO che per il DH (Tabella 4 e 5).
I motivi del ricovero legati alla riproduzione spiegano quasi la metà dei ricoveri delle donne provenienti dai PFPM in RO e il tasso di ospedalizzazione standardizzato risulta circa 1,5 volte più elevato rispetto alle donne italiane (36,3 per 1.000 vs 24,5 per 1.000). In DH il divario tra le donne dei PFPM e le italiane è ancora più elevato, ma i tassi sono molto più bassi (10,2 per 1.000 vs 4,5 per 1.000). La maggior parte di questi ricoveri in DH sono dovuti a patologie correlate ad aborto.
Escludendo le complicazioni della gravidanza, parto e puerperio, per le donne dei PFPM in RO i tassi sono più elevati per le malattie del sistema circolatorio (in particolare le malattie del cuore), per le malattie dell'apparato digerente e per i tumori; in DH i tassi sono più elevati per le malattie dell'apparato genito-urinario e per i fattori che influenzano lo stato di salute.
Tra gli uomini dei PFPM il quadro nosologico rimane sostanzialmente immutato rispetto al passato, con i traumatismi che continuano a rappresentare la diagnosi principale più frequente in RO, seguiti dalle malattie dell'apparato digerente e dalle malattie del sistema respiratorio (in particolare le infezioni respiratorie). In DH, a parte i fattori che influenzano lo stato di salute, troviamo le malattie dell'apparato digerente (12,4%) e le malattie del sistema nervoso e degli organi di senso (8,9%).

Tabella 1 - Dimissioni ospedaliere (valori assoluti e valori percentuali) per regime di ricovero e per provenienza - Anni 2009-2013

Provenienza	Ricoveri Ordinari					Day Hospital				
	2009	2010	2011	2012	2013	2009	2010	2011	2012	2013
Stranieri da PSA	33.497	32.884	32.765	31.201	30.523	8.710	8.112	7.890	7.368	7.218
di cui residenti										
In Italia (%)	59,4	59,3	58,9	59,6	59,8	87,6	88,0	87,5	86,7	86,8
% sul totale	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Stranieri da PFPM	385.541	385.492	395.528	393.557	385.210	130.973	130.631	130.610	125.184	120.087
di cui residenti										
in Italia (%)	87,3	88,3	88,0	88,5	88,9	87,9	89,6	89,8	90,0	91,1
% sul totale	4,8	5,0	5,3	5,4	5,5	4,0	4,2	4,5	4,8	5,0
Totale ricoveri	**7.995.951**	**7.784.364**	**7.459.466**	**7.261.942**	**7.063.470**	**3.257.001**	**3.093.053**	**2.888.162**	**2.590.232**	**2.387.533**
di cui residenti										
in Italia (%)	99,2	99,2	99,1	99,1	99,1	99,5	99,5	99,5	99,4	99,5
% sul totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 279

Tabella 2 - Dimissioni ospedaliere (valori assoluti e tasso standardizzato per 1.000) di stranieri provenienti dai PFPM e degli italiani per regime di ricovero e genere - Anni 2009, 2011-2013*

Anni	Ricoveri Ordinari						Day Hospital					
	Maschi			Femmine			Maschi			Femmine		
	Dimessi PFPM	Tassi std PFPM	Tassi std italiani	Dimessi PFPM	Tassi std PFPM	Tassi std italiani	Dimessi PFPM	Tassi std PFPM	Tassi std italiani	Dimessi PFPM	Tassi std PFPM	Tassi std italiani
2009	130.340	86,9	129,8	255.201	117,8	130,0	38.530	24,9	52,8	92.443	39,1	55,2
2011	132.909	79,9	120,4	262.619	101,1	124,3	38.952	22,5	47,8	91.658	32,2	49,8
2012	131.320	82,8	115,8	262.237	104,1	119,9	37.152	21,0	42,4	88.032	31,9	44,6
2013	129.228	80,7	110,9	255.982	101,1	114,7	35.172	19,7	38,5	84.915	30,8	40,7

*Dati non disponibili per l'anno 2010 per mancanza di dati per i denominatori dei tassi standardizzati.
Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione italiana residente al Censimento del 2011.

Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2015.

Tabella 3 - Dimissioni ospedaliere (valori assoluti, valori percentuali e tasso standardizzato per 1.000) di stranieri provenienti dai PFPM per regime di ricovero e per regione - Anno 2013

Regioni	Ricoveri Ordinari			Day Hospital		
	Dimessi	%	Tassi std	Dimessi	%	Tassi std
Piemonte	33.416	6,6	89,0	10.360	7,0	27,1
Valle d'Aosta-Vallèe d'Aoste	963	5,8	104,7	362	5,2	39,1
Lombardia	88.932	7,1	90,2	18.346	8,7	14,8
Bolzano-Bozen	4.235	5,9	117,4	1.315	6,7	31,9
Trento	4.209	7,1	96,5	1.932	7,5	40,7
Veneto	37.826	7,5	81,8	10.902	7,1	21,9
Friuli Venezia Giulia	8.652	5,9	85,1	3.352	6,9	27,4
Liguria	11.474	6,1	88,4	5.182	5,5	36,1
Emilia-Romagna	48.588	7,9	96,8	15.375	8,6	28,5
Toscana	28.363	6,5	78,0	10.555	7,7	25,7
Umbria	9.488	7,9	102,9	2.337	8,6	24,1
Marche	10.858	6,0	81,0	2.758	5,1	21,1
Lazio	48.167	7,1	116,6	21.423	6,5	44,9
Abruzzo	6.172	4,0	88,6	2.107	3,7	28,8
Molise*	320	0,7	41,3	197	1,0	27,2
Campania	13.223	2,1	67,8	5.232	1,4	25,9
Puglia*	11.432	2,2	79,1	2.279	1,7	15,4
Basilicata*	119	0,2	12,3	22	0,1	4,5
Calabria	5.705	3,3	67,5	1.768	2,5	22,0
Sicilia	10.285	2,0	68,3	3.538	1,7	21,5
Sardegna	2.783	1,5	78,6	745	1,0	21,2
Italia	**385.210**	**5,5**	**88,9**	**120.087**	**5,0**	**25,1**

*I tassi di queste regioni presentano degli scostamenti rilevanti dal dato medio e dai valori delle altre regioni, probabilmente per problemi di qualità dei dati SDO.
Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione italiana residente al Censimento del 2011.

Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 280

Tabella 4 - Dimissioni ospedaliere (valori percentuali e tasso standardizzato per 1.000) degli stranieri provenienti dai PFPM e degli italiani in regime di Ricovero Ordinario per genere e per diagnosi principale alla dimissione - Anno 2013

Diagnosi principale alla dimissione	Maschi %	Maschi Tassi std residenti PFPM	Maschi Tassi std italiani	Femmine %	Femmine Tassi std residenti PFPM	Femmine Tassi std italiani
Non indicato	0,0	n.a.	n.a.	0,0	n.a.	n.a.
I - Malattie infettive e parassitarie	5,1	2,7	2,2	1,9	1,9	1,7
II - Tumori	4,9	7,2	11,5	5,8	7,4	10,2
III - Malattie endocrine, metaboliche e immunitarie	2,2	1,7	2,2	1,5	2,0	3,1
IV - Malattie sangue e organi ematopoietici	1,1	0,7	1,0	0,8	0,8	1,0
IV.1 - Anemie	0,6	0,5	0,6	0,5	0,6	0,7
V - Disturbi psichici	3,8	1,7	3,2	2,0	1,8	2,9
VI - Malattie sistema nervoso e organi di senso	4,6	3,5	4,7	2,2	2,7	4,0
VI.4 - Epilessia	1,3	0,6	0,7	0,5	0,4	0,6
VI.7 - Malattie dell'occhio	1,1	1,1	1,4	0,5	0,8	1,1
VI.8 - Malattie dell'orecchio	1,0	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6
VII - Malattie sistema circolatorio	10,1	16,3	23,1	3,6	8,6	13,8
VII.2 - Malattie del cuore	6,7	10,8	15,4	2,1	5,3	8,5
VIII - Malattie dell'apparato respiratorio	11,5	8,7	11,4	4,2	5,3	7,6
VIII.1 - Infezioni respiratorie	6,7	4,1	4,5	2,6	2,7	3,4
VIII.2 - BPCO	0,4	0,8	1,1	0,2	0,4	0,6
VIII.3 - Asma	0,6	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2
IX - Malattie apparato digerente	11,9	9,4	12,1	6,6	8,3	9,1
IX.6 - Disturbi del tratto intestinale inferiore (incluso appendicite)	4,2	2,5	3,1	1,8	1,9	2,7
X - Malattie apparato genito-urinario	5,0	5,3	7,1	6,0	6,1	7,1
XI - Complicazioni della gravidanza, parto e puerperio	-	-	-	48,5	36,3	24,5
XII - Malattie cute e tessuto sottocutaneo	1,3	0,8	1,1	0,4	0,5	0,8
XIII - Malattie sistema osteomuscolare e connettivo	5,1	4,3	7,2	3,0	4,9	7,7
XIV - Malformazioni congenite	2,2	0,8	1,3	0,9	0,7	1,1
XV - Condizioni generate in epoca perinatale	4,0	1,2	1,2	1,6	1,0	1,0
XVI - Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	5,1	3,8	5,1	2,8	3,2	4,3
XVII - Traumatismi ed avvelenamenti	14,3	7,6	10,4	3,6	4,7	8,7
XVIII - Fattori che influenzano lo stato di salute	7,7	4,8	6,0	4,5	4,8	6,1
Totale	**100,0**	**80,7**	**110,9**	**100,0**	**101,1**	**114,7**

n.a. = non applicabile.
- = non disponibile.

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione italiana residente al Censimento del 2011.

Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 281

Tabella 5 - Dimissioni ospedaliere (valori percentuali e tasso standardizzato per 1.000) degli stranieri provenienti dai PFPM e degli italiani in regime di Day Hospital per genere e per diagnosi principale alla dimissione - Anno 2013

Diagnosi principale alla dimissione	Maschi %	Maschi Tassi std residenti PFPM	Maschi Tassi std italiani	Femmine %	Femmine Tassi std residenti PFPM	Femmine Tassi std italiani
Non indicato	0,0	n.a.	n.a.	0,0	n.a.	n.a.
I - Malattie infettive e parassitarie	5,1	0,6	0,7	2,2	0,6	0,5
II - Tumori	7,0	2,3	4,6	6,3	2,4	4,3
III - Malattie endocrine, metaboliche e immunitarie	4,0	0,6	1,5	2,1	0,8	1,8
IV - Malattie sangue e organi ematopoietici	2,1	0,4	0,6	1,1	0,4	0,6
IV.1 - Anemie	1,5	0,3	0,4	0,9	0,3	0,5
V - Disturbi psichici	2,7	0,3	1,0	0,9	0,3	0,8
VI - Malattie sistema nervoso e organi di senso	8,9	2,2	4,1	3,9	1,9	3,9
VI.7 - Malattie dell'occhio	3,8	1,4	2,5	1,6	1,1	2,1
VII - Malattie sistema circolatorio	5,5	1,4	3,0	3,5	1,4	2,0
VII.5 - Malattie delle vene e organi linfatici	3,4	0,6	1,2	2,7	1,0	1,0
VIII - Malattie dell'apparato respiratorio	5,4	0,7	1,7	1,9	0,6	1,2
VIII.1 - Infezioni respiratorie	2,6	0,3	0,6	0,9	0,3	0,5
IX - Malattie apparato digerente	12,4	2,4	4,7	3,7	1,3	2,6
IX.5 - Ernia addominale	5,2	1,3	2,3	0,8	0,3	0,4
X - Malattie apparato genito-urinario	8,5	1,6	3,4	13,1	3,9	6,5
XI - Complicazioni della gravidanza, parto e puerperio	-	-	-	42,9	10,2	4,5
XI.2 - Patologie correlate ad aborto	-	-	-	36,4	8,6	3,0
XII - Malattie cute e tessuto sottocutaneo	3,1	0,4	1,3	1,0	0,4	0,8
XIII - Malattie sistema osteomuscolare e connettivo	6,7	1,2	2,9	4,1	1,7	3,4
XIV - Malformazioni congenite	5,1	0,5	1,0	1,4	0,4	0,7
XV - Condizioni generate in epoca perinatale	0,3	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
XVI - Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	2,4	0,4	1,0	1,0	0,3	0,8
XVII - Traumatismi ed avvelenamenti	6,8	0,9	1,5	1,6	0,6	1,0
XVIII - Fattori che influenzano lo stato di salute	13,9	3,6	5,5	9,1	3,7	5,4
Totale	**100,0**	**19,7**	**38,5**	**100,0**	**30,8**	**40,7**

n.a. = non applicabile.
- = non disponibile.
Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione italiana residente al Censimento del 2011.

Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2015.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'analisi dei ricoveri conferma la tendenza degli immigrati ad utilizzare i servizi ospedalieri in modo più contenuto rispetto agli italiani e per motivi legati, essenzialmente, alla fisiologia della riproduzione e/o a cause accidentali come i traumi.
Tale divario potrebbe essere la risultante di un mix di fattori, costituito da un lato dal migliore stato di salute della popolazione immigrata (effetto "migrante sano"), che opera come selettore naturale sulle persone al momento della partenza, e dall'altro dall'effetto di barriere burocratiche e linguistico-culturali all'accesso. La valutazione del peso specifico delle due componenti deve essere oggetto di approfondimenti analitici.
In generale, persistono situazioni di grave criticità, come ad esempio l'elevato ricorso alle Interruzioni Volontarie di Gravidanza, seppure con una tendenza alla diminuzione, verso cui sarebbe fondamentale orientare interventi di Sanità Pubblica a sostegno di scelte per una procreazione responsabile.
Un'altra criticità è rappresentata dalla compilazione della cittadinanza nelle SDO in alcune regioni.
Va, infine, segnalato che, allo stato attuale, risulta difficile quantificare i ricoveri degli stranieri irregolari a causa della insufficiente e scarsa qualità di compilazione dei campi necessari alla loro individuazione. Dati su questo sottogruppo di popolazione sarebbero estremamente importanti per finalità di salute pubblica.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 282

Abortività volontaria delle donne straniere in Italia

Significato. Monitorare il ricorso all'Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) da parte di donne straniere immigrate può sicuramente essere utile per elaborare opportune politiche di prevenzione che tengano conto dei diversi aspetti socio-culturali.
Il numero delle IVG effettuato in Italia da donne straniere è sempre andato aumentando nel corso degli anni, anche se con una lieve flessione nell'ultimo periodo. La percentuale di IVG di donne straniere permette di comprendere il contributo di questa popolazione a tutto il fenomeno dell'IVG in Italia, mentre il tasso di abortività permette di valutare l'incidenza del fenomeno nelle donne straniere, anche in considerazione delle notevoli modifiche della popolazione straniera in Italia (aumento nel tempo, cambiamenti della struttura per provenienza, età etc.).
La disponibilità delle stime della popolazione residente con cittadinanza straniera permette di calcolare i tassi che esprimono la reale propensione all'aborto.

Percentuale di Interruzioni Volontarie di Gravidanze effettuate da donne straniere

$$\text{Numeratore} = \frac{\text{Interruzioni Volontarie di Gravidanza effettuate da donne con cittadinanza straniera provenienti dai Paesi a Forte Pressione Migratoria}}{\text{Denominatore = Interruzioni Volontarie di Gravidanza}} \times 100$$

Tasso di abortività volontaria di donne straniere*

$$\text{Numeratore} = \frac{\text{Interruzioni Volontarie di Gravidanza effettuate da donne residenti in Italia con cittadinanza straniera}}{\text{Denominatore = Popolazione media femminile residente in Italia con cittadinanza straniera}} \times 1.000$$

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

Validità e limiti. Ci sono almeno due modi per identificare una donna come straniera. L'utilizzo della cittadinanza, se da una parte ha il vantaggio di non includere le donne nate all'estero dalle cittadine italiane e figlie di italiani, dall'altra può non conteggiare le donne immigrate in Italia che hanno acquisito, in seguito a matrimonio con cittadino italiano o altra motivazione, la cittadinanza italiana. L'alternativa può essere data dal luogo di nascita che, tuttavia, presenta anch'esso degli svantaggi (ad esempio include le cittadine italiane, figlie di genitori italiani, nate all'estero).
I tassi di abortività sono stati calcolati per gli anni 2003-2009, 2011 e 2013, in quanto la popolazione residente per genere, età e cittadinanza non è disponibile nelle statistiche correnti dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat). Sono state effettuate delle stime al 1 gennaio degli anni 2003-2010 e 2013-2014, da cui si ricavano le popolazioni medie degli anni 2003-2009 e 2013. Per il 2011 è stata considerata la popolazione rilevata al Censimento 2011.

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono dei valori di riferimento riconosciuti riguardo la percentuale di IVG effettuata da donne straniere perchè dipende molto dalla presenza della popolazione straniera nella zona considerata.
Per il tasso di abortività, invece, si può considerare come valore di riferimento quello relativo alle donne italiane, supponendo che la situazione ottimale sia l'assenza di differenze nel ricorso ai servizi sanitari tra i due gruppi di donne.

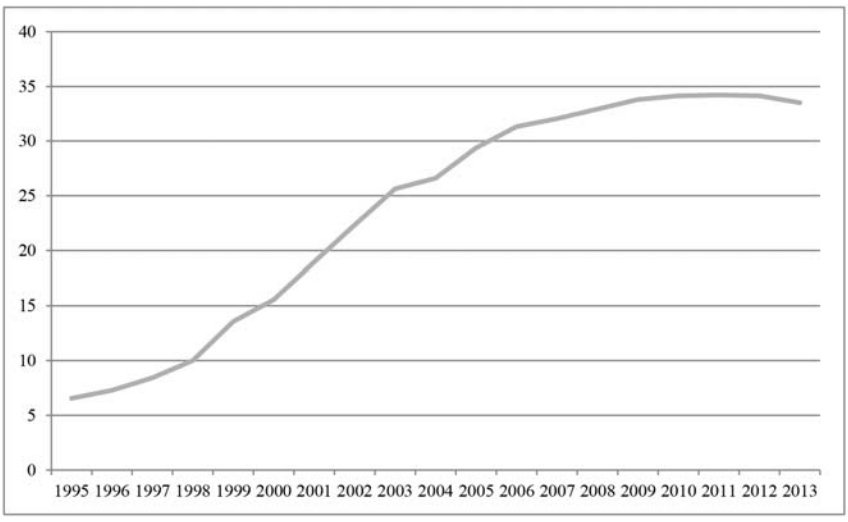
Descrizione dei risultati

Nel 2013, l'Istat ha rilevato 100.342 IVG a livello nazionale, con una sottonotifica dei dati in alcune regioni (Indicatore "Abortività volontaria" Capitolo "Salute materno-infantile"). Il 33,5% delle IVG ha riguardato donne con cittadinanza straniera: si conferma la diminuzione (seppur lieve) iniziata nel 2012 di questa quota di IVG (Grafico 1).
L'aumento percentuale osservato fino al 2009 è, in gran parte, giustificato dall'aumento della popolazione straniera in Italia. La maggioranza di queste donne proviene da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM). A livello territoriale (Tabella 1) la percentuale di IVG da donne provenienti dai PFPM è più elevata nelle regioni del Nord e del Centro, dove risiede una più consistente fetta della popolazione straniera in Italia: in particolare, nel 2013, valori superiori al 40% si osservano in Veneto (43,8%), Emilia-Romagna (43,1%) e Umbria (44,5%).
Come già anticipato, grazie alla disponibilità di stime ufficiali fino al 2014 e dei dati del Censimento 2011 relativi alla popolazione straniera residente in Italia, è

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 283

stato possibile calcolare gli indicatori separatamente per le diverse cittadinanze e misurare, quindi, il fenomeno in alcuni sottogruppi di donne, distinte per età e per area geografica di cittadinanza.
In particolare, sono stati considerati tre raggruppamenti: donne provenienti dai PFPM, donne provenienti dai Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA) e donne con cittadinanza italiana. Il confronto tra questi gruppi disomogenei impone il ricorso al tasso standardizzato per eliminare le differenze dovute alle diverse strutture per età dei gruppi (Grafico 2).
In generale, si osserva nel corso del tempo una diminuzione dei tassi di IVG per tutti i gruppi di donne: per le donne provenienti dai PFPM, che presentano comunque da sempre i livelli più alti, la riduzione risulta più evidente e pari al 53% rispetto al 2003. Un elemento positivo è l'ulteriore diminuzione riferita alle cittadine italiane, che passano da 7,6 IVG (per 1.000) nel 2003 a 6,2 (per 1.000) nel 2013 (-18,0%).
Infine, per quanto riguarda le donne provenienti dai PSA, si conferma un andamento irregolare nel tempo dovuto alla esigua numerosità dei casi (nel 2013 sono pari a 472). Si noti come, nel tempo, diminuiscono le distanze dell'indicatore tra le donne italiane e le donne straniere dei PFPM; poiché nel calcolo dei tassi si fa riferimento alle sole donne residenti, si può ipotizzare che le straniere siano sempre più integrate e tendano, quindi, ad assumere comportamenti simili alle donne italiane e ad avere più conoscenza dell'offerta di servizi sanitari.
Osservando il fenomeno per età risulta evidente che la classe di età alla quale corrispondono i valori più elevati dei tassi è la classe 20-24 anni, indifferentemente dalla cittadinanza (Grafico 3). In corrispondenza di questa fascia di età, i valori dell'indicatore sono pari a 32,7 (per 1.000) per le donne dai PFPM, 27,7 (per 1.000) per le donne dei PSA e 8,7 (per 1.000) per le donne italiane (per quest'ultime il valore resta sostanzialmente invariato nelle due classi di età successive).
Per le cittadinanze cui corrisponde un elevato numero di IVG è stato effettuato un approfondimento (calcolando il tasso standardizzato è stato possibile fare un confronto al netto delle eventuali differenze nella struttura per età) (Tabella 2).
Nel 2013, le cittadinanze che hanno fatto registrare un numero di IVG superiore ai 2.000 casi sono, nell'ordine: Romania, Repubblica Popolare Cinese, Albania e Marocco (che sono anche i Paesi da cui proviene la maggior parte delle donne straniere residenti in Italia).
In tutti i casi la quota di IVG è aumentata nel 2013 rispetto al 2011, con la sola eccezione della Romania, che comunque presenta la percentuale più elevata (28,7%) tra le IVG effettuate da donne con cittadinanza straniera. È ben noto che il valore percentuale risente della presenza straniera sul territorio, per cui si utilizza il tasso di abortività come indicatore più idoneo per valutare la propensione all'aborto.
La diminuzione dei livelli di abortività viene confermata anche in queste quattro sotto-popolazioni di donne straniere. Rispetto al 2003, le donne rumene hanno visto ridursi del 71% il tasso di abortività, ma è anche vero che sono partite da livelli esageratamente elevati; a seguire le albanesi mostrano una riduzione del 41%, le marocchine del 32% e le cinesi del 25%. Pur essendo comparse di recente nel fenomeno dell'abortività volontaria, queste ultime stanno comunque adeguandosi ai comportamenti più 'virtuosi' delle donne straniere in generale.

Grafico 1 - Interruzione Volontaria di Gravidanza (valori percentuali) di donne straniere in Italia - Anni 1995-2013



Fonte dei dati: Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anni 1995-2013.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 284

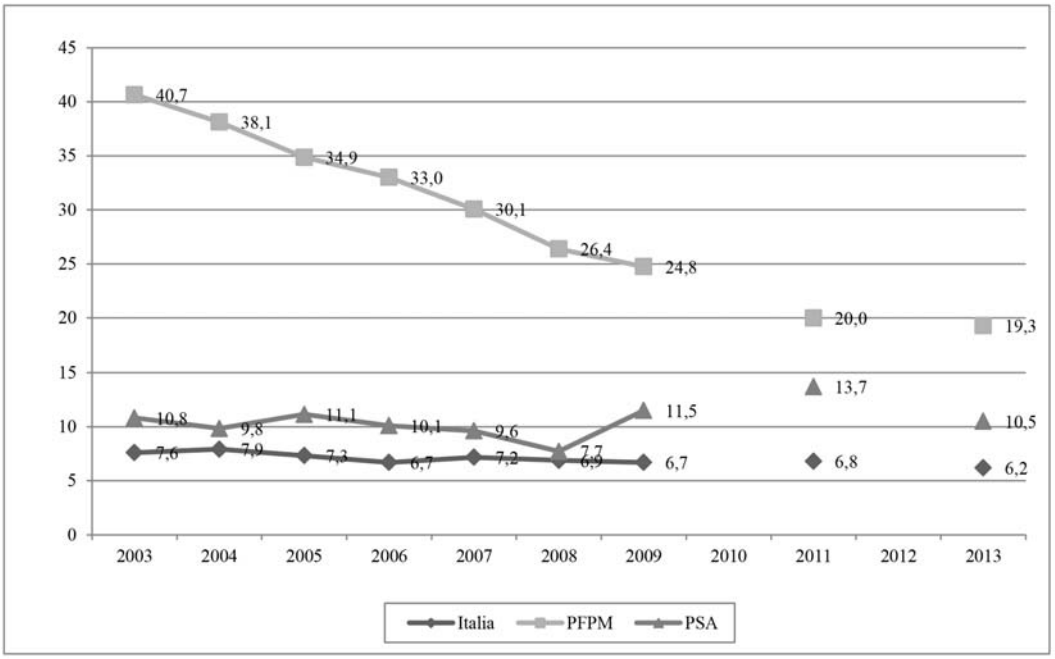
Tabella 1 - Interruzione Volontaria di Gravidanza (valori percentuali) di donne straniere provenienti dai PFPM per regione - Anni 2003, 2009, 2011, 2013

Regioni	2003	2009	2011	2013
Piemonte	23,2	36,2	38,0	37,4
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	8,1	24,1	27,3	23,2
Lombardia	33,7	39,6	40,9	39,5
Trentino-Alto Adige*	18,4	35,5	38,9	37,8
Veneto	30,6	42,9	44,4	43,8
Friuli Venezia Giulia	23,2	33,7	34,0	36,3
Liguria	26,4	36,7	38,7	38,6
Emilia-Romagna	29,7	41,6	42,5	43,1
Toscana	23,8	37,5	41,6	39,8
Umbria	34,9	44,2	44,0	44,5
Marche	28,0	42,5	37,1	37,9
Lazio	23,1	30,0	32,8	32,8
Abruzzo	15,5	25,2	25,2	27,2
Molise	5,1	6,4	16,7	18,0
Campania	12,0	14,5	14,2	13,2
Puglia	3,3	11,7	12,3	11,0
Basilicata	4,0	13,0	14,5	12,9
Calabria	7,9	18,2	21,1	17,6
Sicilia	5,0	14,5	15,9	15,3
Sardegna	4,0	10,3	12,9	13,1
Italia	**21,2**	**30,0**	**31,6**	**31,1**

*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

Fonte dei dati: Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anni 2003, 2009, 2011 e 2013.

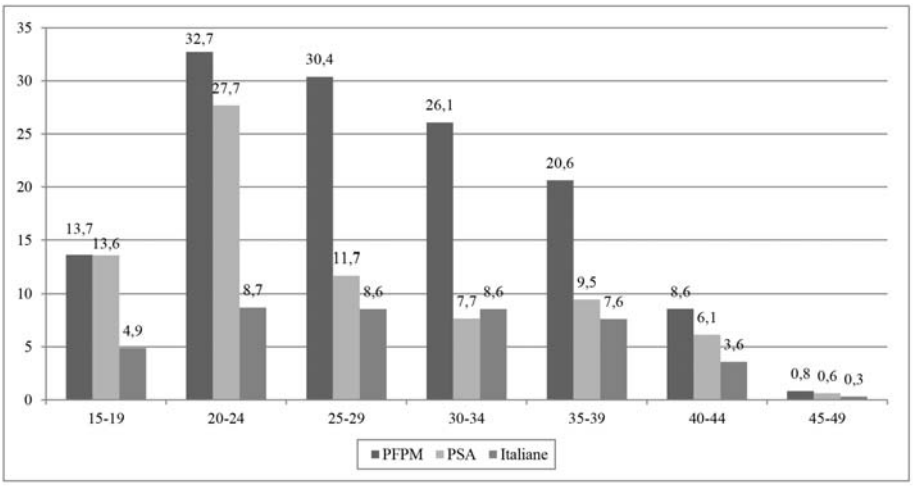
Grafico 2 - Tasso (standardizzato per 1.000) di abortività volontaria per gruppo di cittadinanza - Anni 2003-2009, 2011, 2013



Fonte dei dati: Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anni 2003-2009, 2011 e 2013.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 285

Grafico 3 - Tasso (specifico per 1.000) di abortività volontaria per gruppo di cittadinanza - Anno 2013



Fonte dei dati: Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anno 2013.

Tabella 2 - Interruzione Volontaria di Gravidanza (valori assoluti, valori percentuali e tasso standardizzato per 1.000) di donne residenti in Italia per alcune cittadinanze - Anni 2003, 2009, 2011, 2013

Cittadinanze	Anni	IVG	%	Tassi std
Romania	2003	7.147	22,5	72,0
	2009	11.049	28,5	26,5
	2011	10.844	28,9	27,3
	2013	9.642	28,7	20,8
Albania	2003	2.278	7,2	25,5
	2009	2.555	6,6	20,8
	2011	2.598	6,9	17,6
	2013	2.386	7,1	15,1
Marocco	2003	1.778	5,6	23,8
	2009	2.372	6,1	20,1
	2011	2.312	6,2	17,9
	2013	2.191	6,5	16,3
Cina	2003	1.309	4,1	40,7
	2009	2.308	5,9	30,6
	2011	2.552	6,8	34,9
	2013	2.610	7,8	30,7

Nota: la percentuale di IVG è calcolata sul totale delle IVG effettuate da donne con cittadinanza straniera.

Fonte dei dati: Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anni 2003, 2009, 2011 e 2013.

Raccomandazioni di Osservasalute

Il decremento osservato negli ultimi anni dei tassi di abortività tra le donne immigrate riduce il divario rispetto ai livelli delle donne italiane. Inoltre, la diminuzione rilevata anche tra queste ultime sembra rafforzare l'idea di un'efficacia delle attività messe in campo, specie dai consultori familiari, sulla prevenzione delle gravidanze indesiderate ed il ricorso all'IVG.

Si conferma, quindi, come la promozione delle competenze e delle consapevolezze delle donne e delle coppie sia l'obiettivo più importante da raggiungere per un ulteriore contenimento del fenomeno. Nonostante ciò, però, i tassi di abortività volontaria tra le donne con cittadinanza straniera restano ancora elevati (circa il triplo rispetto alle donne italiane). Per questo motivo non bisogna distogliere l'attenzione dal fenomeno, ma continuare ad analizzare i suoi mutamenti nel tempo con riferimento alle diverse nazionalità, ai diversi comportamenti riproduttivi e alla diversa utilizzazione dei servizi.

Riferimenti bibliografici

(1) Ministero della Salute (2015), Relazione sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternita e sull'interruzione della gravidanza. Dati definitivi 2013. Dati provvisori 2014. Roma: Ministero della Salute, 2015. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2428_allegato.pdf.

(2) Istat, L'interruzione volontaria di gravidanza in Italia. Anno 2013. Disponibile sul sito: http://dati.istat.it.

(3) Loghi M., Spinelli A., D'Errico A. (2013), "Il declino dell'aborto volontario", in De Rose A., Dalla Zuanna G. (a cura di), Rapporto sulla popolazione. Sessualità e riproduzione nell'Italia contemporanea, Il Mulino, pp. 97-116.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 286

Epatite virale acuta tra gli stranieri in Italia

Significato. Le epatiti virali sono le malattie del fegato più diffuse e costituiscono un rilevante problema di Sanità Pubblica. Si tratta di processi infiammatori del fegato causati da agenti etiologici diversi, fra i quali i più comuni sono i cosiddetti virus epatitici maggiori, ovvero i virus A (HAV), B (HBV), C (HCV), Delta (HDV) ed E (HEV). Più raramente, invece, l'epatite può essere causata da altri virus, definiti virus epatitici minori, che insieme alla malattia di base possono, a volte, causare un quadro di epatite di varia gravità: citomegalovirus, virus di Epstein-Barr, virus Coxsackie ed herpesvirus.

Le epatiti virali presentano quadri clinici simili, ma differiscono nelle caratteristiche epidemiologiche, immunologiche e patologiche. La trasmissione del virus A ed E avviene da persona a persona per via orofecale, mentre i virus B, C e Delta si trasmettono per via parenterale (sessuale, perinatale, endovenosa, intradermica o intramuscolo). Il quadro clinico inizia bruscamente ed è spesso asintomatico; se il decorso è senza complicazioni i sintomi generali si attenuano gradatamente con completa guarigione. Le epatiti B, C e Delta tendono a cronicizzare. L'epatite cronica può evolvere, a distanza di tempo (20-30 anni circa), in cirrosi ed epatocarcinoma. L'epatite virale risulta, così, essere la principale causa di cirrosi e di tumore del fegato.

Le epatiti virali sono diffuse in tutto il mondo.

Tuttavia, i diversi virus presentano una diffusione geografica diversa: la loro frequenza varia da Paese a Paese ed è principalmente correlata alle condizioni igienico-sanitarie, economiche e ambientali.

In Italia, negli ultimi 30 anni, la circolazione dei virus epatitici è progressivamente diminuita, anche se periodiche epidemie di epatite A si sono verificate soprattutto in specifiche aree geografiche. Nel 2014, il tasso di incidenza è risultato di 0,9 (per 100.000). Anche l'impatto dei virus B e C si è ridotto, con un'incidenza, nel 2014, pari a 0,8 (per 100.000) e 0,2 (per 100.000), rispettivamente (1). Gli altri virus (Delta ed E) hanno una diffusione molto limitata e la loro incidenza è stata, nel 2014, inferiore a 1,0 (per 1.000.000) (Sistema Epidemiologico Integrato dell'Epatite Virale Acuta - SEIEVA - dato non pubblicato). Alla luce di questi dati, l'aumento della popolazione immigrata in Italia, e, in particolare, la continua migrazione di individui da Paesi ad alta e intermedia endemia di epatite rendono le attività di sorveglianza epidemiologica ancor più necessarie e interessanti allo scopo di studiarne la diffusione in Italia anche tra la popolazione straniera, identificare possibili aree di intervento e favorire interventi di prevenzione e assistenza sanitaria nell'interesse della Sanità Pubblica. All'ultima rilevazione censuaria risultavano residenti in Italia oltre 5 milioni di stranieri, pari all'8,2% della popolazione totale (2), cui si aggiunge una quota di irregolari stimata intorno al 6% (3); nell'ultimo decennio la presenza di immigrati in Italia è più che raddoppiata (2).

In Italia, le epatiti sono comprese tra le malattie per cui è prevista la notifica obbligatoria (Classe II, malattie rilevanti perché ad elevata frequenza e passibili di interventi di controllo). Tuttavia, al fine di approfondire gli aspetti epidemiologici associati alla malattia, dal 1985 è attivo in Italia il SEIEVA (4) che raccoglie le segnalazioni da una rete di Aziende Sanitarie Locali (ASL), distribuite su tutto il territorio nazionale, partecipanti su base volontaria. A partire dal 2004 il SEIEVA raccoglie, routinariamente, anche informazioni sulla cittadinanza del caso.

L'indicatore utilizzato è il tasso annuale di incidenza di epatite virale acuta calcolato separatamente per le principali tipologie di infezione virale (A, B, C, non classificata).

Il numeratore è basato sui dati del SEIEVA, limitatamente ai casi segalati nelle 10 regioni interamente sotto sorveglianza SEIEVA (copertura del 100%): Valle d'Aosta, Piemonte, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Marche, Umbria, Lazio e Puglia (1).

La stima del numero di stranieri residenti in Italia (denominatore) è fornita dall'Istituto Nazionale di Statistica. I denominatori sono riferiti alla media della popolazione residente al 1 gennaio dell'anno t e al 1 gennaio dell'anno t+1, con una eccezione per il 2012 per cui la media è calcolata utilizzando i dati al Censimento 2011 (riferiti al mese di ottobre) e al 1 gennaio 2013.

L'analisi è stata effettuata separatamente per gli stranieri provenienti dai Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM)[1] e dai Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA).

I tassi sono stati standardizzati per età, utilizzando come standard la popolazione italiana nelle regioni selezionate (relativa all'anno 2009).

[1]Si considerano a Forte Pressione Migratoria i Paesi dell'Europa centro-orientale (inclusi quelli appartenenti all'Unione Europea) e Malta, i Paesi dell'Africa, dell'Asia (esclusi Corea del Sud, Israele e Giappone), dell'America centro-meridionale e dell'Oceania (a eccezione di Australia e Nuova Zelanda).

M.E. TOSTI, V. ALFONSI, L. FERRIGNO, G. BAGLIO

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 287

Tasso di incidenza di Epatite virale tra gli stranieri*

$$\text{Numeratore} = \frac{\text{Nuovi casi di Epatite virale diagnosticati a cittadini stranieri}}{\text{Popolazione straniera media residente}} \times 100.000$$

Denominatore

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

Validità e limiti. La validità dello studio e la trasferibilità dei risultati sono garantite dal fatto che il sistema di sorveglianza SEIEVA fornisce dati sui casi di epatite virale acuta in Italia da 30 anni, senza modifiche sostanziali: pertanto, fornisce una valutazione non distorta dei trend temporali nel corso degli anni.
Inoltre, nonostante la natura volontaria del SEIEVA, aderisce alla sorveglianza un'alta percentuale di ASL (circa l'80%), corrispondente al 76% della popolazione. Ciò costituisce un importante punto di forza dello studio che permette di ottenere stime consistenti (1).
Fra i punti di maggiore criticità emerge la difficoltà di quantificare, precisamente, la popolazione straniera da utilizzare come denominatore per il calcolo dei tassi. La presenza straniera risulta, infatti, sottostimata, poiché dalle fonti di rilevazione ufficiali non è possibile individuare la quota di persone che vivono irregolarmente nel nostro Paese. Inoltre, i denominatori si riferiscono solo alla popolazione residente (non includono, quindi, tutti i presenti sul territorio italiano), mentre il SEIEVA raccoglie tutti i casi di epatite virale acuta diagnosticati sul territorio, indipendentemente dallo status giuridico e dall'iscrizione in Anagrafe. Questo disallineamento tra numeratore e denominatore si traduce, presumibilmente, in una sovrastima dei tassi di incidenza relativi alla popolazione immigrata.

Valore di riferimento/Benchmark. Lo studio propone un confronto dei tassi di incidenza di epatite virale acuta nella popolazione straniera in Italia con i tassi nella popolazione di nazionalità italiana, segnalati al SEIEVA.

Descrizione dei risultati

Nel periodo 2004-2013 sono stati notificati al SEIEVA 10.591 casi di epatite virale acuta: il 15,0% (1.589 casi) riguardava cittadini di nazionalità non italiana (PSA+PFPM). Questa percentuale è progressivamente aumentata negli anni, passando dal 10,9% nel 2004 al 22,4% nel 2012, mentre risulta diminuita nel 2013 (13,6%) (Tabella 1).
L'analisi, condotta in base alle diverse eziologie virali, evidenzia che la maggior parte dei casi di epatite virale acuta è attribuibile ai virus A e B, sia nella popolazione italiana che in quella straniera. La percentuale di stranieri tra i casi varia per i diversi tipi di epatite: la percentuale più elevata si riscontra per l'epatite NonA-NonC e di origine sconosciuta (24,4%), mentre per le epatiti A e B le percentuali di cittadini stranieri sono, rispettivamente, il 13,6% ed il 16,4%.
La Tabella 2 riporta la distribuzione dei casi osservati in cittadini stranieri per tipo di epatite e per livello di sviluppo del Paese di origine, area geografica di provenienza, genere ed età. Nel complesso, la maggior parte dei casi di epatite virale acuta osservati in stranieri ha riguardato cittadini provenienti dai PFPM (97,0%), mentre solo 47 casi sono stati diagnosticati in cittadini provenienti dai PSA, tra cui 32 casi di epatite A acuta. Per quanto riguarda l'area geografica, la maggior parte delle diagnosi ha riguardato cittadini dell'Europa dell'Est (40,5%) e dell'Africa (30,4%), aree dalle quali è più forte la pressione migratoria verso l'Italia. Oltre il 50% dei casi di epatite B e C provenivano dall'Europa orientale, dove si registra il livello endemico più alto in Europa e tra i più alti nel mondo, specialmente per quanto riguarda l'epatite B (5). La principale area di provenienza dei casi di epatite A è stata l'Africa, mentre tra i casi NonA-NonC o con eziologia non nota, circa il 50% proveniva dall'Asia.
Le distribuzioni per genere ed età risultano quelle attese in base alle caratteristiche epidemiologiche dell'epatite virale acuta e alle caratteristiche demografiche degli stranieri presenti in Italia; ne consegue una prevalenza di casi di genere maschile (meno accentuata, però, rispetto ai casi di nazionalità italiana) e un'età tendenzialmente più giovane di quella registrata tra i casi italiani.
Un'interessante informazione riguarda il periodo di presenza in Italia, dato raccolto dalla sorveglianza SEIEVA dal 2009. Dei 332 casi per i quali è nota l'informazione, circa l'84% erano presenti nel nostro Paese da più di 1 anno, indice questo del fatto che l'infezione è stata contratta durante il periodo di residenza in Italia.
Nelle sezioni successive vengono presentati i dati separatamente per tipo di epatite. In particolare, si riporta il confronto dei tassi di incidenza standardizzati riscontrati tra i cittadini italiani e quelli provenienti dai PFPM. Sono, invece, esclusi da questo confronto i casi riferiti a soggetti provenienti dai PSA, in quanto i tassi sarebbero poco stabili a causa dell'esiguità numerica.

Epatite A

Durante il periodo di osservazione, sono stati notificati al SEIEVA 4.880 casi di epatite A acuta, di cui 665

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 288

(13,6%) in soggetti stranieri (Tabella 1). Quasi la metà di questi casi era in soggetti di origine africana (Tabella 2), in particolare 266 casi erano di origine marocchina (dati non presenti in tabella). Trentadue casi sono stati diagnosticati in persone provenienti dai PSA e costituiscono circa il 68% dei casi di epatite virale acuta diagnosticati in questo gruppo.
Il Grafico 1 presenta il confronto dei tassi di incidenza 2004-2013 tra cittadini italiani e stranieri provenienti dai PFPM. Durante tutto il periodo di osservazione i tassi registrati tra gli stranieri sono stati più alti di quelli registrati tra gli italiani, anche se la differenza osservata non è molto ampia (se si esclude il 2006) ed è progressivamente diminuita.
Nel corso del 2013 si è verificata, in Italia, una epidemia di epatite A legata al consumo di frutti di bosco (6) per cui, mentre i tassi di incidenza negli stranieri (PFPM) sono rimasti costanti (2,1 per 100.000 rispetto a 2,0 per 100.000 nel 2012), negli italiani i valori hanno mostrato una inversione del trend (2,5 per 100.000 rispetto allo 0,6 per 100.000 nel 2012).

Epatite B

Per quanto riguarda l'epatite B acuta, sono stati notificati al SEIEVA 3.915 casi, di questi il 16,4% (643 casi) in cittadini stranieri (Tabella 1). Il 55,7% degli stranieri proveniva dall'Europa dell'Est (Tabella 2), in particolare 173 casi erano rumeni e 57 albanesi (dati non presenti in tabella). Trentanove dei casi di epatite B osservati provenivano dalla Cina (dati non presenti in tabella).
Il Grafico 2 mostra differenze rilevanti nei tassi di incidenza, almeno fino al 2008, con valori fino a quattro volte più elevati negli stranieri provenienti dai PFPM rispetto agli italiani. Dal 2009 in poi, questa differenza è progressivamente diminuita tanto che, nel 2011, i tassi standardizzati di incidenza sono stati 1,0 (per 100.000) tra gli italiani e 1,4 (per 100.000) tra gli stranieri. Negli ultimi 2 anni di osservazione (2012-2013) la differenza è di nuovo lievemente aumentata, ma i dati sono ancora insufficienti per consentire di formulare ipotesi sulle possibili cause.
Il maggiore calo di incidenza tra gli italiani si è verificato prima del 2004 (1) ed è prevalentemente legato alla strategia vaccinale contro l'epatite B. L'Italia, infatti, in anticipo rispetto a molti Paesi, ha introdotto la vaccinazione universale obbligatoria già nel 1991, secondo una strategia innovativa che prevedeva di vaccinare sia i neonati che i ragazzi 12enni. In tal modo, nell'arco dei primi 12 anni dall'introduzione della vaccinazione obbligatoria, sono state coperte 24 coorti di nascita. Attualmente, tutta la popolazione di età <34 anni è stata immunizzata. Inoltre, la strategia vaccinale attuata in Italia ha indotto un'importante immunità di gregge (herd immunity) per cui anche gli individui non venuti in contatto con il patogeno vengono protetti interrompendo la catena di infezione.
Al contrario, l'inizio posticipato del programma vaccinale nei Paesi di origine della popolazione straniera può aver ritardato l'effetto della vaccinazione e la strategia di vaccinare solo i neonati potrebbe avere condizionato l'andamento della malattia fra gli immigrati. Tuttavia, un certo numero di stranieri che si trova in Italia dalla nascita o, comunque, dall'età di 12 anni, può avere beneficiato della vaccinazione obbligatoria. Si tratta di ipotesi da considerare con cautela.
Un altro evento che può avere favorito il trend in diminuzione dell'incidenza di epatite B tra gli stranieri è costituito dal fatto che, nel 2007, la Romania e la Bulgaria sono entrate a far parte dell'Unione Europea. Questo ha fatto sì che un gran numero di migranti provenienti da questi Paesi sia entrato in Italia negli anni successivi. Probabilmente, questo flusso ha coinvolto persone tendenzialmente giovani e con una copertura vaccinale più alta di quella dei flussi migratori degli anni precedenti (in Romania la vaccinazione dei nuovi nati è stata introdotta nel 1995).
Al di là dei reali motivi del calo di incidenza tra gli stranieri, analizzando il Grafico 2 si può concludere che le strategie preventive messe in atto hanno prodotto risultati positivi, anche se i dati degli ultimi 2 anni impongono cautela.

Epatite C

Nel periodo 2004-2013, sono stati notificati al SEIEVA 911 casi di epatite C acuta, di cui 65 (7,1%) relativi a stranieri. Il 58,5% dei casi in stranieri proveniva dall'Europa dell'Est (Tabella 2), mentre il 24,6% (16 casi) proveniva dall'Africa: i Paesi più rappresentati sono stati la Romania (12 casi) ed il Marocco (11 casi) (dati non presenti in tabella).
La percentuale di stranieri tra i casi di epatite C acuta è in linea con la percentuale di stranieri residenti in Italia, indice del fatto che gli stranieri residenti nel nostro Paese non sembrano maggiormente a rischio degli Italiani di contrarre l'epatite C.
Una analisi più approfondita è fornita dal Grafico 3 che presenta il confronto tra i tassi di incidenza standardizzati di epatite acuta C. Dal 2004 al 2007, le due curve sono quasi sovrapposte (con i tassi standardizzati tra gli stranieri leggermente più alti di quelli tra gli Italiani). Negli anni successivi, invece, si osserva un andamento altalenante dei tassi standardizzati relativi agli stranieri. Nel 2013, il tasso tra gli stranieri è risultato inferiore a quello osservato tra gli italiani, ma va comunque sottolineato che il numero annuo di casi di epatite C acuta registrato tra gli stranieri è molto basso, tanto da rendere le stime dei tassi standardizzati poco stabili.
Dai dati disponibili non sembra, comunque, che, nel periodo considerato, ci sia un significativo eccesso di rischio di contrarre l'epatite C per gli stranieri rispetto agli italiani.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 289

Epatiti NonA-NonC e di origine sconosciuta

Dal 2004 al 2013, sono state notificate 216 epatiti acute negative ai test per la ricerca dei virus dell'epatite A, B e C (NonA-NonC) o di origine ignota, in cittadini stranieri. Poiché si tratta di un gruppo disomogeneo non sono stati calcolati i tassi standardizzati di incidenza.

I casi attribuibili al virus dell'epatite E risultano un numero rilevante (pari al 24,5%) e per la quasi totalità i casi sono stati notificati in soggetti di provenienza dal Sud-Est asiatico (Bangladesh, India e Pakistan), ovvero la zona con la più alta endemia di tale virus al mondo (Tabella 3). Considerato che pochi centri clinici italiani eseguono indagini sierologiche specifiche per il virus dell'epatite E, è verosimile una sottostima dell'andamento e che molte delle infezioni attualmente classificate come NonA-NonC o sconosciute, possano essere casi di epatite E acuta. La provenienza geografica di molti dei casi segnalati avvalora questa ipotesi. In particolare, 21 casi di epatite NonA-NonC e 21 casi ad eziologia non nota provenivano da Bangladesh, India o Pakistan.

Nel periodo considerato sono stati, inoltre, segnalati 10 casi di epatite acuta di tipo Delta, 9 dei quali di provenienza dall'Europa dell'Est (Moldavia, Romania e Albania).

Tabella 1 - Casi (valori assoluti e valori percentuali) di epatite virale acuta nella popolazione straniera per tipo di epatite - Anni 2004-2013

Anni	Epatite A	Epatite B	Epatite C	Epatite NonA-NonC	Totale casi
2004	53/635 (8,3)	62/486 (12,8)	7/111 (6,3)	25/120 (20,8)	147/1.352 (10,9)
2005	41/368 (11,1)	56/366 (15,3)	4/96 (4,2)	19/103 (18,4)	120/933 (12,9)
2006	82/397 (20,7)	69/462 (14,9)	7/106 (6,6)	37/124 (29,8)	195/1.089 (17,9)
2007	55/347 (15,9)	85/485 (17,5)	6/101 (5,9)	22/97 (22,7)	168/1.030 (16,3)
2008	71/742 (9,6)	68/451 (15,1)	6/74 (8,1)	22/102 (21,6)	167/1.369 (12,2)
2009	83/751 (11,0)	52/389 (13,4)	8/83 (9,6)	20/76 (26,3)	163/1.299 (12,6)
2010	62/371 (16,7)	63/326 (19,3)	5/75 (6,7)	18/54 (33,3)	148/826 (17,9)
2011	58/244 (23,8)	61/333 (18,3)	10/88 (11,4)	24/78 (30,8)	153/743 (20,6)
2012	70/249 (28,1)	62/303 (20,5)	9/84 (10,7)	17/68 (25,0)	158/704 (22,4)
2013	90/776 (11,6)	65/314 (20,7	3/93 (3,2)	12/63 (19,1)	170/1.246 (13,6)
Totale	**665/4.880 (13,6)**	**643/3.915 (16,4)**	**65/911 (7,1)**	**216/885 (24,4)**	**1.589/10.591 (15,0)**

Fonte dei dati: SEIEVA. Anni 2004-2013.

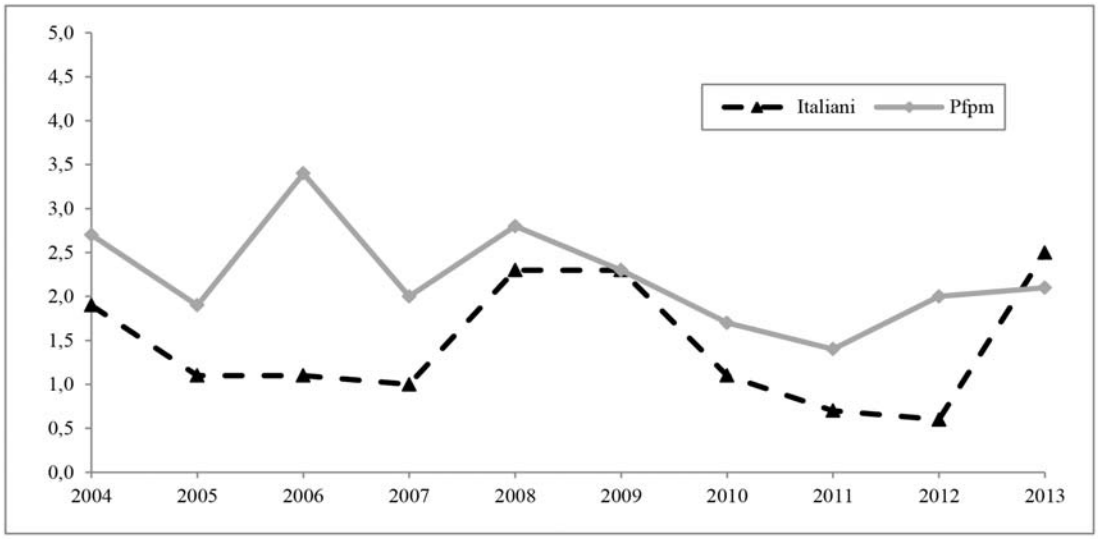
Tabella 2 - Casi (valori assoluti e valori percentuali) di epatite virale acuta nella popolazione straniera per tipo di epatite e per area di provenienza, genere e classe di età - Anni 2004-2013

Aree di provenienza, genere e classi di età	Epatite A	Epatite B	Epatite C	Epatite NonA-NonC	Totale casi
Livello di sviluppo					
PFPM	633 (95,2)	631 (98,1)	64 (98,5)	214 (99,1)	1.542 (97,0)
PSA	32 (4,8)	12 (1,9)	1 (1,5)	2 (0,9)	47 (3,0)
Area geografica					
Africa	321 (48,3)	124 (19,3)	16 (24,6)	22 (10,2)	483 (30,4)
America centro-meridionale	59 (8,9)	59 (9,2)	4 (6,2)	11 (5,1)	133 (8,4)
Asia	83 (12,5)	91 (14,2)	6 (9,2)	107 (49,5)	287 (18,1)
Europa dell'Est	174 (26,2)	358 (55,7)	38 (58,5)	74 (34,3)	644 (40,5)
Europa occidentale	25 (3,8)	10 (1,6)	1 (1,5)	1 (0,5)	37 (2,3)
Nord America	2 (0,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,5)	3 (0,2)
Oceania	1 (0,2)	1 (0,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (0,1)
Genere					
Maschi	361 (54,3)	412 (64,1)	39 (60,0)	158 (73,1)	970 (61,0)
Femmine	304 (45,7)	231 (35,9)	26 (40,0)	58 (26,9)	619 (39,0)
Classi di età					
0-14	417 (62,7)	10 (1,6)	4 (6,2)	15 (6,9)	446 (28,1)
15-24	106 (15,9)	157 (24,4)	12 (18,4)	45 (20,8)	320 (20,1)
25-34	63 (9,5)	270 (42,0)	24 (36,9)	89 (41,2)	446 (28,1)
35-54	75 (11,3)	194 (30,2)	22 (33,9)	61 (28,2)	352 (22,2)
55+	4 (0,6)	12 (1,9)	3 (4,6)	6 (2,8)	25 (1,6)
Totale	**665 (100,0)**	**643 (100,0)**	**65 (100,0)**	**216 (100,0)**	**1.589 (100,0)**

Fonte dei dati: SEIEVA. Anni 2004-2013.

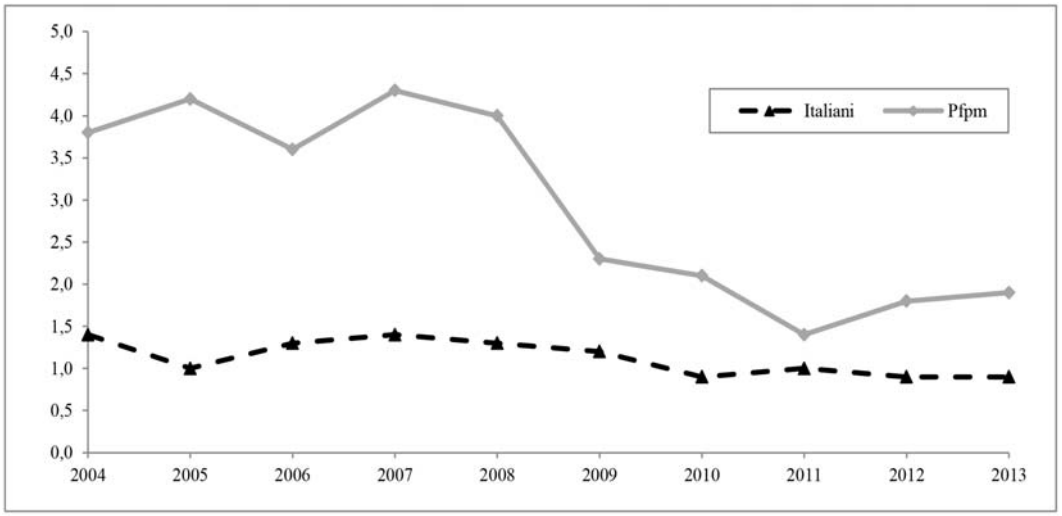
Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 290

Grafico 1 - Tasso (standardizzato per 100.000) di incidenza di epatite virale A nella popolazione straniera proveniente dai PFPM e negli italiani - Anni 2004-2013



Fonte dei dati: SEIEVA. Anni 2004-2013.

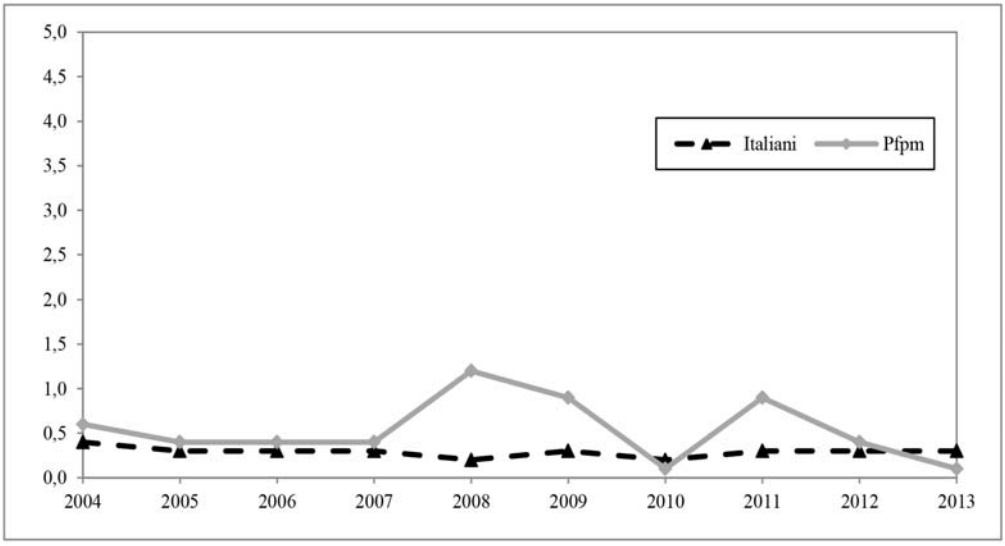
Grafico 2 - Tasso (standardizzato per 100.000) di incidenza di epatite virale B nella popolazione straniera proveniente dai PFPM e negli italiani - Anni 2004-2013



Fonte dei dati: SEIEVA. Anni 2004-2013.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 291

Grafico 3 - Tasso (standardizzato per 100.000) di incidenza di epatite virale C nella popolazione straniera proveniente dai PFPM e negli italiani - Anni 2004-2013



Fonte dei dati: SEIEVA. Anni 2004-2013.

Tabella 3 - Casi (valori assoluti e valori percentuali) di epatite virale acuta NonA-NonC o sconosciuta per area di provenienza (valori assoluti) e per agente eziologico - Anni 2004-2013

Agente eziologico	Casi	Area di provenienza (N)
Delta	10 (4,6)	Europa dell'Est (9), Africa (1)
E	53 (24,5)	Asia (47 - Bangladesh, India e Pakistan; 1 - Cina), Africa (1), Europa dell'Est e America centro-meridionale (2)
NonA-NonC*	52 (24,1)	Asia (24), Europa dell'Est (19), Africa (5) e America centro-meridionale (4)
NonA-NonE**	8 (3,7)	Africa e Asia (4)
Sconosciuta	93 (43,1)	Europa dell'Est (44), Asia (31), Africa (11), America centro-meridionale (5), Europa occidentale e America settentrionale (1)
Totale	**216 (100,0)**	

*Casi negativi ai test per HAV, HBV, Delta e HCV e non testati per rilevare la presenza di anticorpi anti-HEV e anti-Delta.
**Casi negativi ai test per HAV, HBV, Delta, HCV e HEV.

Fonte dei dati: SEIEVA. Anni 2004-2013.

Raccomandazioni di Osservasalute

In Italia l'epidemiologia delle epatiti virali è cambiata positivamente negli ultimi anni, con un trend di incidenza in diminuzione per tutti i tipi di epatite, seppure con modalità diverse: infatti, per le epatiti a trasmissione parenterale la diminuzione è stata costante, mentre per quanto riguarda l'epatite A si osserva un andamento altalenante con diversi picchi epidemici verificatisi negli ultimi decenni. Nel nostro Paese, la malattia acuta del fegato rimane un importante problema per la Sanità Pubblica così come la questione se i crescenti flussi migratori, di soggetti provenienti da aree a endemia medio-alta per virus epatitici, soprattutto per le epatiti B e C, possano modificare l'attuale quadro epidemiologico.

In base ai dati disponibili, attualmente circa l'8% della popolazione residente italiana è rappresentata da cittadini stranieri (2). Tuttavia, i dati a disposizione non ci permettono di definire con precisione il numero di immigrati presenti in Italia ed è possibile affermare che tali dati rappresentino una sottostima del fenomeno migratorio, poichè non tengono conto dalla quota di immigrazione non rilevata ufficialmente e/o non residente. Questa possibile sottostima della popolazione immigrata presente nel nostro Paese si traduce in una possibile sovrastima dei tassi di incidenza e, quindi, le differenze osservate tra italiani e stranieri potrebbero essere, nella realtà, un po' inferiori.

La presente analisi ha evidenziato come un eccesso di rischio tra gli stranieri (in particolare quelli provenienti dai PFPM) sia presente soprattutto per l'epatite B, mentre non sembrano esserci differenze significative tra italiani e stranieri residenti per quanto riguarda le epatiti A e C.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 292

Tuttavia, trarre conclusioni sulla relazione fra epatiti virali e popolazione migrante in Italia è complesso, in quanto i pattern e i trend variano da malattia a malattia e dipendono anche da fattori e dinamiche di tipo sociale. A fronte di questa situazione e a partire dai dati epidemiologici a nostra disposizione, si ritiene necessario rafforzare il sistema di sorveglianza, in particolare la raccolta di dati su cittadinanza, Paese di provenienza e tempo di permanenza in Italia, informazione quest'ultima molto utile per comprendere se l'infezione sia stata acquisita in Italia o all'estero.

Dati i molti fattori che condizionano il profilo di salute dei migranti (bassa adesione alle vaccinazioni per scarsa compliance legata alla poca conoscenza dei diritti e dei percorsi di accesso ai servizi, differenti ambiti culturali di provenienza, diffidenza nei confronti dei servizi di prevenzione etc.), appare essenziale garantire alle popolazioni migranti presenti nel nostro territorio livelli di immunizzazione assimilabili a quelli della popolazione residente, a salvaguardia della salute individuale e collettiva: in particolare, rafforzare l'offerta attiva della vaccinazione anti-epatite B a tutti gli immigrati non immuni e della vaccinazione anti-epatite A ai viaggiatori internazionali e migranti che si recano in aree di endemia. È, inoltre, importante che tali soggetti, che periodicamente rientrano nelle terre di origine, siano informati delle misure preventive atte a evitare l'infezione.

Al fine di supportare indirizzi normativi e fornire il razionale per formulare piani sanitari, è anche necessario produrre maggiori evidenze scientifiche per approfondire ciò che non è possibile rilevare routinariamente, attraverso studi di sieroprevalenza, monitoraggio microbiologico dei ceppi circolanti, studi di farmaco-economia sull'impatto di malattia e vaccino e indagini ad hoc.

Riferimenti bibliografici

(1) SEIEVA: Tassi di incidenza (x100.000) dell'epatite virale acuta per tipo e anno di notifica. Anni 1985-2014. Disponibile sul sito: www.iss.it/binary/seie2/cont/Tassi_complessivi_2014.pdf.
(2) Istat. Demografia in cifre. Disponibile sul sito: www.demo.istat.it/.
(3) Fondazione Ismu. Diciottesimo Rapporto sulle migrazioni. Franco Angeli, 2012.
(4) Mele A, Rosmini F, Zampieri A, Gill ON. Integrated epidemiological system for acute viral hepatitis in Italy (SEIEVA): description and preliminary results. Eur J Epidemiol 1986; 2 (4): 300-304.
(5) Worl Health Organization. Hepatitis B. Disponibile sul sito: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/en/.
(6) Severi E, Verhoef L, Thornton L, et al. Large and prolonged food-borne multistate hepatitis A outbreak in Europe associated with consumption of frozen berries, 2013 to 2014. Eurosurveillance 2015; 20 (29): 21192.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 293

Mortalità per causa tra gli stranieri in Italia

Significato. L'analisi della mortalità per causa tra gli stranieri residenti in Italia è stata condotta utilizzando come indicatore per l'analisi del fenomeno, principalmente, il tasso di mortalità standardizzato per tutte le età oltre il 1° anno di vita ed isolatamente alla sola classe di età 18-64 anni. Sono state considerate, a tale scopo, disaggregazioni per genere, aree di cittadinanza e principali gruppi di cause di morte.
Il tasso di mortalità, ampiamente utilizzato in letteratura, rappresenta, infatti, una misura indiretta del livello di salute della popolazione e, come conseguenza, una misura del grado di integrazione degli stranieri nella società ospitante. Al fine di raggiungere un adeguato grado di comparabilità, a fronte di un universo di riferimento fortemente differenziato, il tasso considerato è stato standardizzato attraverso il metodo diretto o della popolazione tipo, individuata nella popolazione standard mondiale.

Tasso di mortalità della popolazione straniera residente in Italia*

$$\frac{\text{Numeratore: Decessi di stranieri residenti in Italia oltre il 1° anno di vita e di 18-64 anni}}{\text{Denominatore: Popolazione media straniera residente in Italia oltre il 1° anno di vita e di 18-64 anni}} \times 10.000$$

*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 la costruzione degli indicatori è l'indagine su "Decessi e cause di morte", condotta correntemente dall'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) e basata sulle informazioni raccolte mediante la "scheda di morte" (Istat D4 e D4bis). Tale rilevazione è a carattere totale e si riferisce ad un campo di osservazione costituito dall'insieme esaustivo dei decessi che si verificano sul territorio italiano in 1 anno di calendario; ciò permette analisi disaggregate per aree di cittadinanza, genere e gruppi di cause di morte, oltre ad altre caratteristiche. Per le elaborazioni dei tassi di mortalità è stata considerata la sola popolazione straniera residente in Italia: solo per questo universo, infatti, si dispone dei corretti denominatori per il calcolo dei tassi. In effetti, se per il numeratore di tali tassi la fonte ufficiale sui decessi 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 tale 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.
A partire dall'analisi dei dati riferiti all'anno 2008, pubblicata nell'Edizione del Rapporto Osservasalute 2011, è stato possibile utilizzare la stima della popolazione straniera media residente, dettagliata per singolo anno di età, genere e singolo Paese di cittadinanza, predisposte ad hoc da un gruppo di lavoro di esperti incaricato per la realizzazione di questo specifico Progetto e prodotte per il periodo 2003-2010. Per le analisi riferite ai dati per l'anno 2011 è stato, invece, deciso di utilizzare i dati Istat del Censimento generale della popolazione e delle abitazioni in Italia 2011, in particolare la distribuzione della "Popolazione straniera residente per sesso, età e paese di cittadinanza".
La popolazione straniera residente al Censimento 2011, consultabile sul Datawarehouse dell'Istat su Censimento della Popolazione e Abitazioni, è disponibile per classi di età quinquennali da 0-4 anni fino a 75 anni ed oltre e per i minorenni fino a 17 anni di età. Per il calcolo dei tassi standardizzati e specifici di mortalità per gli stranieri residenti oltre il 1° anno di vita è stata utilizzata, al denominatore, la popolazione sopra citata, applicando un riproporzionamento per la prima classe di età disponibile (0-4 anni) e scorporando l'ammontare degli individui nel 1° anno di vita. La proporzione di individui di 0 anni per singola cittadinanza è stata ricavata dalla corrispondente popolazione straniera residente disponibile per il 2010. L'ammontare degli individui stranieri residenti in Italia nella fascia di età 18-24 anni, invece, è stato calcolato sottraendo al totale di 0-24 anni il contingente fino a 17 anni di età. Per il calcolo della popolazione Italiana al Censimento 2011, infine, per le fasce di età 1-4 anni e 18-24 anni, non direttamente fornite, è stato effettuato un riproporzionamento a partire dalla distribuzione per età registrata per l'anno 2010.
L'esigenza di elaborare stime ufficiali della popolazione straniera residente in Italia per età, genere e cittadinanza nasce, principalmente, a seguito dell'allargamento dell'Unione Europea (UE), prima a 25 Paesi nel 2004, successivamente a 27 Paesi nel 2007 e a 28 nel 2013. Dopo l'inclusione dei nuovi 13 Paesi, allargamento completato nel gennaio 2007, con l'inclusione dei primi 12 Paesi e nel 2013 con l'ultima annessione della Croazia, si sono notevolmente modificate le statistiche sui permessi di soggiorno, rilasciati annual-

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 294

mente dal Ministero dell'Interno a cittadini extracomunitari e utilizzate in passato per ricavare la struttura per età dei cittadini stranieri residenti in Italia.
Prima della diffusione delle stime sopra citate e della disponibilità dei dati censuari, si poteva contare esclusivamente su alcune fonti, da combinare per poter essere utilizzate nel calcolo di indicatori. Erano disponibili, infatti, soltanto la popolazione straniera residente per genere e Paese di cittadinanza (bilancio demografico), la popolazione straniera residente nel complesso per genere e singolo anno di età, ma senza distinzione per Paese di cittadinanza, e i permessi di soggiorno per genere, età e Paese di cittadinanza. Per il calcolo dei tassi veniva utilizzata al denominatore una popolazione straniera residente ottenuta come riproporzionamento per classi di età sulla base della struttura ottenuta dalla fonte dei permessi di soggiorno dei cittadini stranieri. Tale ipotesi era 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. Tale operazione poteva essere effettuata, ad ogni modo, con riferimento ai soli maggiorenni.
È opportuno segnalare, inoltre, che il numero dei cittadini stranieri deceduti in Italia, desunto dall'indagine Istat su "Decessi e cause di morte", include solo i casi per i quali era indicata la condizione di cittadinanza straniera; sono stati esclusi i decessi per i quali non era riportato se si trattasse di cittadino straniero o italiano.
Per una corretta interpretazione dei risultati si sottolinea, infine, l'importanza di due aspetti che rendono 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 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.
Nell'insieme, ad ogni modo, emerge la necessità di armonizzare i contenuti delle diverse fonti informative disponibili e la modalità di calcolo degli indicatori; proprio per tale ragione, alcune analisi sono state limitate ai soli stranieri residenti in età 18-64 anni, classe di età per la quale la presenza in Italia è più stabile e la propensione al ritorno nel Paese di origine, per motivi di salute, è più bassa.

Valore di riferimento/Benchmark. I confronti sono effettuati tra i risultati a livello regionale/ripartizionale e il dato italiano per i tassi complessivi, tra genere e aree di cittadinanza per i tassi per gruppi di cause.

Descrizione dei risultati

Nel periodo di osservazione 1992-2012, l'ammontare complessivo dei decessi tra gli stranieri oltre il 1° anno di vita in Italia è pari a 85.767 unità, con un andamento crescente degli eventi che fa registrare una variazione percentuale media annua[1] del +8,3% per i residenti, del +3,6% per i non residenti e del +6,3% nel complesso. Tali aumenti sono decisamente più significativi, considerando i decessi degli stranieri dei Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM): +12,0% tra i residenti, +7,1% tra i non residenti e +10,1% per il totale (Tabella 1 e Grafico 1). Nel 2012, si sono verificati 6.748 decessi di cittadini stranieri in Italia di cui 4.587 residenti e 2.161 non residenti. Di questi, la quota di cittadini dei PFPM rappresenta la maggioranza: 5.321 sono gli stranieri con cittadinanza dei PFPM di cui 3.795 residenti e 1.526 non residenti.
La proporzione di non residenti risulta più consistente rispetto ai residenti per tutto il decennio 1992-2002, mentre la tendenza si inverte a partire dal 2003 (la quota degli stranieri residenti per il 2012, in costante aumento, è pari al 71,32% e al 28,68% per i non residenti). Tale cambiamento è, sicuramente, spiegato dall'allargamento UE, avvenuto nel 2004 con l'entrata di 10 nuovi Paesi e nel 2007 di Romania e Bulgaria e alla conseguente emigrazione verso l'Italia. Nel 2013, infine, anche la Croazia, non inclusa nell'UE per i dati analizzati (2012), è entrata a farne parte (UE-28).
L'allargamento dell'UE e l'ingresso dei 12 Paesi candidati ha dato origine a un effetto moltiplicatore favorendo un vero e proprio passaggio di poste, dal sottogruppo dei non residenti a quello dei residenti, e provocando, nell'ambito di quest'ultimo, l'aumento dei cittadini stranieri dei PFPM. In effetti, l'appartenenza all'UE, 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 che 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

[1] La variazione % media annua dei tassi di mortalità nel periodo 1992-2012 è stata calcolata con la seguente formula: $20\sqrt{\frac{M_{2012}}{M_{1992}}} - 1 * 100$

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 295

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 (PSA), caratterizzati da una struttura per età più anziana, e a quelli degli stranieri non residenti dei PFPM, in condizioni più disagiate (Grafico 1).

Esaminando i tassi standardizzati di mortalità tra gli stranieri per regione di residenza, anche per il 2012 si osserva come esista un effetto discriminante dato dalla regione di residenza. I valori più alti si registrano, per il 2012, in particolare per la Puglia, Sicilia, Lazio, Basilicata, PA di Bolzano, ma anche Friuli Venezia Giulia, Campania e PA di Trento, con tassi compresi tra 19,6 e 17,1 per 10.000 residenti. I valori più bassi si registrano, invece, in Sardegna, Emilia-Romagna e Toscana (valori compresi, in ordine crescente, tra 13,0 e 14,1 per 10.000) (Tabella 2). Questa situazione è, sicuramente, connessa alla geografia dell'immigrazione e a quella del lavoro degli immigrati in Italia, strettamente legata all'elevata mortalità per cause accidentali e violente, ancora oggi elemento discriminante tra i cittadini stranieri.

Gli uomini, per i quali il numero dei morti pesa per circa il 55% sul totale decessi della popolazione immigrata residente, presentano valori dei tassi di mortalità superiori al valore nazionale (20,5 decessi per 10.000 stranieri residenti) nel Lazio (24,3 per 10.000), in Friuli Venezia Giulia (22,2 per 10.000), in Puglia (21,3 per 10.000), Sicilia (21,3 per 10.000) e Campania (21,2 per 10.000).

Per le donne, per le quali i livelli di mortalità sono più bassi rispetto a quelli degli uomini, il tasso standardizzato a livello Italia è pari a 13,8 decessi per 10.000 straniere residenti. Per il contingente femminile si registrano livelli più alti del valore nazionale per Basilicata (20,1 per 10.000), Puglia (18,5 per 10.000), PA di Bolzano (17,2 per 10.000), Sicilia (16,9 per 10.000), Campania (16,1 per 10.000), Calabria (15,7 per 10.000), PA di Trento (15,1 per 10.000), Friuli Venezia Giulia (15,1 per 10.000), Lazio (15,0 per 10.000), Veneto (14,5 per 10.000) e Abruzzo e Molise (14,0 per 10.000) (Tabella 2).

Per poter condurre analisi più robuste, nel caso di maggior dettaglio delle variabili introdotte per la costruzione dei tassi di mortalità standardizzati (area di cittadinanza, genere e cause di morte), è stato deciso di circoscrivere la popolazione di interesse ai soli stranieri residenti in età 18-64 anni. Per il calcolo dei tassi di mortalità, per gli anni 2006-2009, è stata utilizzata, al denominatore, la popolazione media straniera residente da fonte anagrafica e stato civile per gli anni 2010 e 2012, la media tra la Popolazione straniera residente da fonte anagrafica e stato civile, rispettivamente al 1 gennaio 2010 e 2013, e la popolazione straniera residente al Censimento 2011 (Tabella 3 e 4).

Per entrambe le analisi, nel complesso in serie storica e per causa di morte con focus per l'anno 2012, sono stati calcolati anche i tassi di mortalità isolatamente per gli italiani. Il calcolo dell'ammontare della Popolazione residente dei soli italiani è stato rielaborato sottraendo, dalle poste della Popolazione totale residente in Italia, l'ammontare per età dei cittadini stranieri residenti. Tali indicatori sono stati utilizzati come categoria di riferimento per il calcolo dei Rischi Relativi (RR) per ciascuna area di cittadinanza (RR: Tassi popolazione straniera/Tassi popolazione italiana).

Il confronto tra gli anni, del periodo 2006-2012, fa emergere un netto vantaggio delle donne rispetto agli uomini, indipendentemente dall'area di cittadinanza, e un andamento differenziato dei tassi di mortalità standardizzati, isolatamente per la classe 18-64 anni nel periodo considerato (Tabella 3). Gli uomini dei PFPM sono, nel complesso, caratterizzati da una tendenza alla diminuzione dei tassi di mortalità nel periodo 2006-2009, da una stabilità tra il 2009-2011 e da un lieve aumento nel 2012. La variazione percentuale media annua, tra il 2006-2012, risulta nel complesso pari a -1,0%. Isolando il gruppo dei Paesi di nuova adesione UE, esclusi Malta e Cipro, si rileva un andamento oscillatorio nel periodo considerato, contraddistinto da un livello del tasso più elevato nel 2006, da una diminuzione tra il 2007-2009, da una ripresa all'aumento nel 2010 e 2011 e da una nuova diminuzione nel 2012. Anche gli stranieri provenienti dai PSA presentano un andamento oscillatorio del valore dei tassi, con un livello particolarmente elevato nel 2011. Molto probabilmente tale situazione è dovuta anche ai valori esigui del numero di decessi per individui appartenenti a questa area di cittadinanza. Per gli italiani i tassi di mortalità diminuiscono costantemente nel periodo 2006-2012 (-2,2%).

Per quanto riguarda le donne, sempre nel periodo 2006-2012, si registra una variazione percentuale media annua, con riferimento alle straniere dei PFPM, pari a -1,1%, e con riferimento alle straniere dei PSA, pari a -0,7%. Per i Paesi di nuova adesione UE si registra, invece, un aumento pari a +6,0%. Per le italiane si registra, infine, una diminuzione pari a -0,7%, più contenuta rispetto a quella registrata per gli uomini nello stesso periodo. Si sottolinea, inoltre, che i tassi standardizzati di mortalità calcolati per i singoli anni del periodo 2006-2012 presentano un andamento oscillatorio nel tempo; diminuiscono, infatti, per PSA e Paesi di nuova adesione UE, tra il 2006-2009, per poi aumentare tra il 2010-2011 e diminuire nuovamente nel 2012. Per i PFPM l'andamento è variabile, con alcuni picchi nel 2006, 2008 e 2012. Analizzando i RR, calcolati per ciascuna area di cittadinanza, emerge come i tassi di mortalità per i cittadini stranieri, sia per gli uomini che per le donne, per tutto il periodo considerato (2006-2012) e per le diverse aree di cittadinanza, siano quasi sempre al di sotto dell'unità. Tale

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 296

indicatore, infatti, è pari, per gli uomini e per tutto il periodo, a 0,7 per i PFPM e compreso tra 0,4-0,8 per i PSA. Se si considerano, invece, i soli Paesi di nuova adesione UE, esclusi Malta e Cipro, il RR per gli uomini assume valori più fluttuanti nel tempo, con picchi di 1,1 nel 2005, 1,3 nel 2011 e 1,0 nel 2012.
Tale fenomeno potrebbe essere legato ad una massiccia emigrazione verso l'Italia, dopo il primo allargamento del 2004, dei cittadini appartenenti ai Paesi di nuova adesione UE e ad una conseguente modifica nel pattern di mortalità. Un notevole vantaggio, come detto in precedenza, si registra per le donne nei confronti degli uomini, rilevato anche tra i livelli del RR.
Per quanto concerne l'analisi per causa di morte e area di cittadinanza, l'analisi è stata focalizzata sui dati del 2012, i tassi sono stati standardizzati per la classe di età 18-64 anni ed i gruppi di cause interessati sono Malattie infettive e parassitarie, Tumori, Malattie del Sistema Circolatorio, Malattie del Sistema Respiratorio, Cause esterne di morbosità e mortalità, Altre malattie. Sembra utile ricordare che, a partire dal 2003, la Classificazione Internazionale delle Malattie di riferimento segue la 10° revisione (ICD-10) ed i codici ICD selezionati per la definizione dei gruppi di cause sono riportati in nota della Tabella 4.
Per gli stranieri con cittadinanza dei PSA si rileva che i Tumori, le Malattie del Sistema Circolatorio e le Cause esterne rappresentano le prime cause di morte nel gruppo di età considerato (tassi pari, rispettivamente, a 3,92, 1,61 e 1,26 per 10.000). Il livello del tasso standardizzato raggiunge per gli uomini i livelli più elevati. Sia per le Malattie del Sistema Circolatorio, sia per le Cause violente si registra per gli stranieri provenienti dai PSA un netto svantaggio per gli uomini.
Anche per i PFPM le cause di morte più frequenti sono Tumori, Cause esterne e Malattie del Sistema Circolatorio; palese, come per le altre aree di cittadinanza, lo svantaggio del genere maschile, meno marcato, però, per il gruppo dei Tumori. Proprio per i Tumori risulta evidente il netto aumento, nel 2012 rispetto al 2011, del livello del tasso di mortalità per i cittadini dei PFPM passato, per gli uomini, da 4,58 a 5,45 per 10.000 e per le donne da 2,69 a 3,44 per 10.000 (Tabella 4).
Per il sottoinsieme dei Paesi di nuova adesione UE si registrano tassi standardizzati particolarmente elevati per Tumori, per le Malattie del Sistema Circolatorio e per le Cause esterne di morbosità e mortalità per entrambi i generi.
I livelli dei RR degli stranieri, rispetto agli italiani, sono generalmente inferiori all'unità, sia per gli uomini che per le donne. Livelli superiori all'unità del RR si registrano per gli uomini dei PFPM e dei Paesi di nuova adesione UE per le Cause esterne (1,1 e 1,9).
Dall'analisi della mortalità per causa dei cittadini stranieri residenti, negli anni più recenti si registra, comunque, la tendenza ad un pattern di mortalità più simile a quello degli italiani, orientamento più evidente per i cittadini dei Paesi di nuova adesione UE, con riferimento soprattutto ai Tumori e alle Malattie del Sistema Circolatorio. Anche la proporzione di cittadini stranieri residenti oltre i 65 anni di età deceduti in Italia, più contenuta nel passato, risulta in aumento nel corso degli ultimi anni, soprattutto per il genere maschile, denotando una tendenza ad un generale invecchiamento della popolazione straniera residente in Italia. Tra i deceduti uomini maggiorenni (18 anni ed oltre), infatti, la quota di ultra 75enni passa dal 26,4% nel 2006 a 28,9% nel 2012; per le donne tale proporzione rimane, invece, stabile e pari a 45,2%.
Nella popolazione straniera residente, la quota degli ultra 65enni uomini passa, tra il 2006 al 2013, dal 2,6% al 2,9%; per le donne, per la stessa classe di età, passa, invece, da 3,1 a 3,9% (dati non riportati in tabella).

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 297

Tabella 1 - Decessi (valori assoluti e valori percentuali) della popolazione straniera oltre il 1° anno di vita residente e non in Italia - Anni 1992-2012*

Anni	Stranieri deceduti in Italia			% stranieri deceduti in Italia	
	Residenti	Non residenti	Totale	Residenti	Non residenti
1992	926	1.071	1.997	46,37	53,63
1993	862	1.091	1.953	44,14	55,86
1994	1.024	1.422	2.446	41,86	58,14
1995	1.004	1.525	2.529	39,70	60,30
1996	1.045	1.434	2.479	42,15	57,85
1997	1.289	1.563	2.852	45,20	54,80
1998	1.336	1.639	2.975	44,91	55,09
1999	1.702	1.990	3.692	46,10	53,90
2000	1.665	1.875	3.540	47,03	52,97
2001	1.938	2.112	4.050	47,85	52,15
2002	1.945	2.120	4.065	47,85	52,15
2003	2.098	2.060	4.158	50,46	49,54
2004	2.172	2.133	4.305	50,45	49,55
2005	2.391	2.176	4.567	52,35	47,65
2006	2.753	2.116	4.869	56,54	43,46
2007	2.877	2.287	5.164	55,71	44,29
2008	3.247	2.133	5.380	60,35	39,65
2009	3.457	2.039	5.496	62,90	37,10
2010	3.949	2.060	6.009	65,72	34,28
2011	4.287	2.206	6.493	66,02	33,98
2012	4.587	2.161	6.748	67,98	32,02
Totale	**46.554**	**39.213**	**85.767**	**54,28**	**45,72**
	Di cui con cittadinanza dei Paesi a Forte Pressione Migratoria**				
1992	390	389	779	50,06	49,94
1993	348	438	786	44,27	55,73
1994	467	598	1.065	43,85	56,15
1995	490	687	1.177	41,63	58,37
1996	517	625	1.142	45,27	54,73
1997	658	679	1.337	49,21	50,79
1998	747	807	1.554	48,07	51,93
1999	954	868	1.822	52,36	47,64
2000	845	1.015	1.860	45,43	54,57
2001	1.055	1.156	2.211	47,72	52,28
2002	1.134	1.240	2.374	47,77	52,23
2003	1.293	1.372	2.665	48,50	51,50
2004	1.575	1.351	2.926	53,83	46,17
2005	1.758	1.459	3.217	54,65	45,35
2006	2.070	1.391	3.461	59,81	40,19
2007	2.216	1.587	3.803	58,27	41,73
2008	2.546	1.495	4.041	63,00	37,00
2009	2.772	1.403	4.175	66,40	33,60
2010	3.217	1.441	4.658	69,06	30,94
2011	3.535	1.549	5.084	69,53	30,47
2012	3.795	1.526	5.321	71,32	28,68
Totale	**32.382**	**23.076**	**55.458**	**58,39**	**41,61**

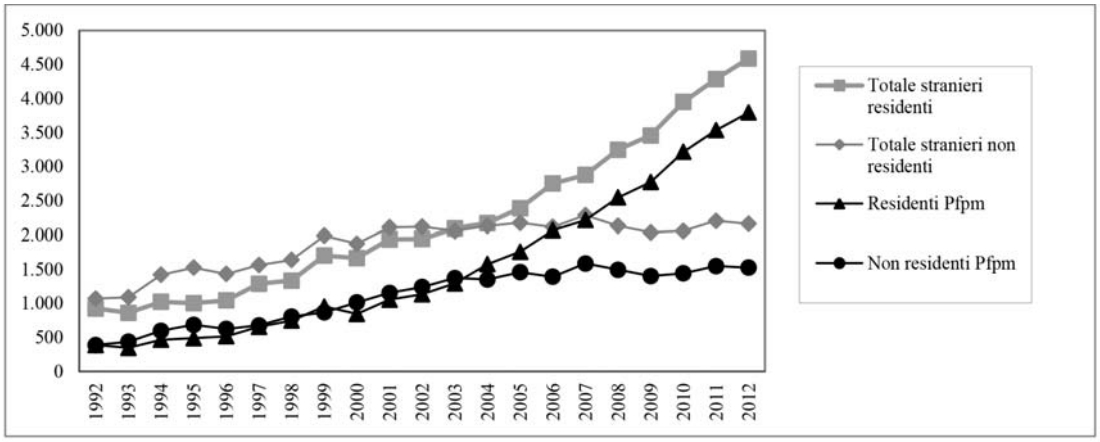
*Il numero dei cittadini stranieri deceduti in Italia è desunto dall'indagine Istat sui decessi e cause di morte, considerando solo i casi per i quali è indicata la condizione di "cittadinanza straniera"; sono stati esclusi i decessi per i quali non era riportato se si trattasse di cittadino straniero o italiano.

**Il gruppo dei PFPM include tutti i Paesi africani, quelli dell'America centro-meridionale, l'Asia (a esclusione del Giappone e di Israele), l'Oceania (a esclusione di Australia e Nuova Zelanda), i Paesi entrati nell'Unione Europea a partire da maggio 2004 e gennaio 2007 (a esclusione di Malta e Cipro) e, quindi, Repubblica Ceca, Estonia, Ungheria, Lettonia, Lituania, Polonia, Slovacchia, Slovenia, Bulgaria e Romania; tutti i restanti Paesi dell'Europa orientale non inclusi nei Paesi di nuova adesione UE. Gli Apolidi sono stati considerati separatamente. I cittadini di San Marino e Città del Vaticano non sono stati inclusi nell'analisi.

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Istat "Indagine su decessi e cause di morte". Anno 2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 298

Grafico 1 - Decessi (valori assoluti) della popolazione straniera oltre il 1° anno di vita residente e non residente in Italia - Anni 1992-2012



Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Istat "Indagine su decessi e cause di morte". Anno 2015.

Tabella 2 - Decessi (valori assoluti e tasso standardizzato per 10.000) della popolazione straniera oltre il 1° anno di vita residente in Italia per genere e per regione - Anno 2012

Regioni	Decessi di stranieri residenti			Tassi std di mortalità		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte e Valle d'Aosta	217	187	404	20,1	13,8	16,2
Lombardia	510	362	872	18,1	12,0	14,5
Bolzano-Bozen	35	34	69	18,9	17,2	18,3
Trento	24	25	49	20,2	15,1	17,1
Veneto	222	186	408	18,3	14,5	16,0
Friuli Venezia Giulia	70	58	128	22,2	15,1	18,0
Liguria	73	70	143	19,4	13,3	15,6
Emilia-Romagna	252	167	419	19,5	10,1	13,7
Toscana	166	166	332	16,1	12,8	14,1
Umbria	60	46	106	19,7	11,6	14,5
Marche	79	75	154	19,4	12,9	15,4
Lazio	294	259	553	24,3	15,0	18,4
Abruzzo e Molise	45	52	97	18,0	14,0	15,4
Campania	96	92	188	21,2	16,1	17,8
Puglia	59	61	120	21,3	18,5	19,6
Basilicata	7	6	13	15,8	20,1	18,4
Calabria	38	38	76	14,2	15,7	14,8
Sicilia	85	83	168	21,3	16,9	18,9
Sardegna	24	14	38	18,3	9,2	13,0
Regione non indicata	185	65	250	-	-	-
Italia	**2.541**	**2.046**	**4.587**	**20,5**	**13,8**	**16,5**

- = il numero di decessi è troppo esiguo per consentire il calcolo di indicatori.

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Istat "Indagine su decessi e cause di morte" - Stima del numero di stranieri residenti in Italia (al denominatore dei tassi) fornita dall'Istituto Nazionale di Statistica. Anno 2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 299

Tabella 3 - Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità della popolazione straniera residente in Italia e della popolazione italiana di età 18-64 anni e Rischio Relativo per genere e per area di cittadinanza - Anni 2006-2012

Aree di cittadinanza*	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
				Maschi			
				Tassi std (per 10.000) - età 18-64 anni			
Paesi a Sviluppo Avanzato	10,6	8,5	9,2	8,7	10,7	17,2	11,4
Paesi a Forte Pressione Migratoria	16,1	15,5	15,5	14,5	14,0	14,5	15,2
Paesi di nuova adesione UE	20,8	19,6	15,7	15,0	19,7	26,6	21,4
Italiani	**23,6**	**23,0**	**22,3**	**21,8**	**21,1**	**21,0**	**20,6**
				Rischi Relativi			
				Tassi popolazione straniera/Tassi popolazione italiana			
Paesi a Sviluppo Avanzato	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,8	0,6
Paesi a Forte Pressione Migratoria	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7
Paesi di nuova adesione UE	0,9	0,9	0,7	0,7	0,9	1,3	1,0
				Femmine			
				Tassi std (per 10.000) - età 18-64 anni			
Paesi a Sviluppo Avanzato	7,7	7,7	5,1	4,6	7,0	7,8	7,2
Paesi a Forte Pressione Migratoria	6,9	5,6	6,8	5,7	5,6	5,9	6,6
Paesi di nuova adesione UE	6,0	6,5	7,2	5,6	6,8	8,9	8,5
Italiane	**11,8**	**11,7**	**11,5**	**11,7**	**11,2**	**11,4**	**11,3**
				Rischi Relativi			
				Tassi popolazione straniera/Tassi popolazione italiana			
Paesi a Sviluppo Avanzato	0,6	0,7	0,4	0,4	0,3	0,4	0,6
Paesi a Forte Pressione Migratoria	0,6	0,5	0,6	0,5	0,3	0,3	0,6
Paesi di nuova adesione UE	0,5	0,6	0,6	0,5	0,3	0,4	0,8
				Totale			
				Tassi std (per 10.000) - età 18-64 anni			
Paesi a Sviluppo Avanzato	9,0	11,8	6,9	6,4	8,6	11,2	8,8
Paesi a Forte Pressione Migratoria	11,2	10,0	10,6	9,4	9,0	9,3	10,1
Paesi di nuova adesione UE	11,5	7,4	10,3	8,6	11,0	14,4	12,6
Italiani	**17,6**	**17,2**	**16,8**	**16,7**	**16,1**	**16,2**	**15,9**
				Rischi Relativi			
				Tassi popolazione straniera/Tassi popolazione italiana			
Paesi a Sviluppo Avanzato	0,5	0,7	0,4	0,4	0,4	0,5	0,6
Paesi a Forte Pressione Migratoria	0,6	0,6	0,6	0,6	0,4	0,4	0,6
Paesi di nuova adesione UE	0,7	0,4	0,6	0,5	0,5	0,7	0,8

*Il gruppo dei PFPM include tutti i Paesi africani, quelli dell'America centro-meridionale, l'Asia (a esclusione del Giappone e di Israele), l'Oceania (a esclusione di Australia e Nuova Zelanda), i Paesi di nuova adesione UE entrati nell'Unione Europea a partire da maggio 2004 e gennaio 2007 (a esclusione di Malta e Cipro) e, quindi, Repubblica Ceca, Estonia, Ungheria, Lettonia, Lituania, Polonia, Slovacchia, Slovenia, Bulgaria e Romania; tutti i restanti Paesi dell'Europa orientale non inclusi nei Paesi di nuova adesione UE. Gli Apolidi sono stati considerati separatamente. I cittadini di San Marino e Città del Vaticano non sono stati inclusi nell'analisi. I PSA includono i Paesi della UE-15, gli altri Paesi Europei, Giappone e Israele, Australia e Nuova Zelanda, Canada e Stati Uniti d'America.

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Istat "Indagine su decessi e cause di morte" - Stima del numero di stranieri residenti in Italia (al denominatore dei tassi) fornita dall'Istituto Nazionale di Statistica. Anno 2015. I denominatori sono riferiti alla media della popolazione residente al 1 gennaio dell'anno t e al 1 gennaio dell'anno t+1; per gli anni 2010 e 2012 la media è calcolata utilizzando i dati al Censimento 2011 (riferiti al mese di ottobre) e della popolazione straniera residente rispettivamente al 1 gennaio 2010 e 2013.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 300

Tabella 4 - Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità della popolazione straniera residente in Italia e della popolazione italiana di età 18-64 anni e Rischio Relativo per genere, causa di decesso e per area di cittadinanza - Anno 2012

Aree di cittadinanza	Cause di decesso*	Tassi std**			Rischi Relativi: Tassi popolazione straniera/ Tassi popolazione italiana		
		Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Paesi a Sviluppo Avanzato	Malattie infettive	0,15	0,08	0,10	0,2	0,1	0,1
	Tumori	3,92	3,86	3,92	0,5	0,5	0,5
	Malattie del Sistema Circolatorio	2,62	0,98	1,61	0,6	0,2	0,4
	Malattie del Sistema Respiratorio	0,43	0,09	0,22	0,8	0,2	0,4
	Cause esterne di morbosità e mortalità	2,71	0,46	1,26	0,8	0,1	0,4
	Altre malattie	1,63	1,73	1,65	0,5	0,5	0,5
	Tasso std totale	**11,45**	**7,20**	**8,76**	**0,6**	**0,3**	**0,4**
Paesi a Forte Pressione Migratoria	Malattie infettive e parassitarie	0,62	0,28	0,42	0,9	0,4	0,6
	Tumori	5,45	3,44	4,13	0,7	0,4	0,5
	Malattie del Sistema Circolatorio	3,05	1,10	1,85	0,7	0,3	0,4
	Malattie del Sistema Respiratorio	0,37	0,05	0,18	0,7	0,1	0,3
	Cause esterne di morbosità e mortalità	3,44	0,85	2,01	1,1	0,3	0,6
	Altre malattie	2,31	0,91	1,47	0,6	0,3	0,4
	Tasso std totale	**15,23**	**6,63**	**10,06**	**0,7**	**0,3**	**0,5**
Paesi di nuova adesione UE	Malattie infettive e parassitarie	0,70	0,26	0,39	1,0	0,4	0,6
	Tumori	7,28	4,74	5,35	0,9	0,6	0,6
	Malattie del Sistema Circolatorio	4,05	1,24	2,07	0,9	0,3	0,5
	Malattie del Sistema Respiratorio	0,48	0,03	0,17	0,9	0,1	0,3
	Cause esterne di morbosità e mortalità	6,17	1,24	2,99	1,9	0,4	0,9
	Altre malattie	2,71	1,03	1,61	0,8	0,3	0,4
	Tasso std totale	**21,40**	**8,55**	**12,57**	**1,0**	**0,4**	**0,6**
Italia	Malattie infettive e parassitarie	0,69	0,25	0,47	1,0	1,0	1,0
	Tumori	8,28	6,68	7,46	1,0	1,0	1,0
	Malattie del Sistema Circolatorio	4,34	1,57	2,93	1,0	1,0	1,0
	Malattie del Sistema Respiratorio	0,54	0,28	0,40	1,0	1,0	1,0
	Cause esterne di morbosità e mortalità	3,20	0,72	1,96	1,0	1,0	1,0
	Altre malattie	3,58	1,75	2,66	1,0	1,0	1,0
	Tasso std totale	**20,63**	**11,26**	**15,89**	**1,0**	**1,0**	**1,0**

*I gruppi di cause di morte sono riferiti alla 10° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie: Malattie infettive e parassitarie (A00-B99), Tumori (C00-D48), Malattie del Sistema Circolatorio (I00-I99); Malattie del Sistema Respiratorio (J00-J99); Cause esterne di morbosità e mortalità (V01-Y98); Altre malattie (D50-H95; K00-K93; L00-Q99; R00-R99).
**Popolazione standard utilizzata: Popolazione mondiale - Waterhouse J. (1976) (7).

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Istat "Indagine su decessi e cause di morte" - Stima del numero di stranieri residenti in Italia (al denominatore dei tassi) fornita dall'Istituto Nazionale di Statistica. Anno 2015.

Raccomandazioni di Osservasalute

Lo studio della mortalità degli stranieri in Italia ha consentito di porre l'attenzione sulle specificità dei diversi gruppi di popolazione, peculiarità spesso legate a situazioni preesistenti e osservate già nei Paesi di origine. D'altro canto, gli effetti delle possibili discriminazioni all'interno del Paese di arrivo quali, ad esempio, quelle sul mercato del lavoro e la mancata integrazione sociale ed economica, costituiscono il principale determinate dello stato di salute della popolazione immigrata. Disagio sociale e privazioni, infatti, contribuiscono anche ad aumentare i rischi di morte per cause specifiche, in particolare cause accidentali e violente.

Le criticità emergenti dalle questioni sui diritti sociali dei cittadini stranieri sono, senza dubbio, sentinella di politiche non sempre adeguate e segnalano l'urgenza di miglioramento della capacità di presa in carico dei bisogni di salute di questa fascia di popolazione. Da considerare, inoltre, come ulteriore fattore discriminante, l'eterogeneità nelle normative vigenti a livello locale, in tema di accesso ai servizi sanitari e tutela della salute degli immigrati.

Non in ultimo, le difficoltà linguistiche e culturali possono agire negativamente sulla possibilità di accesso ai servizi e sulla comprensione delle comunicazioni da parte dei medici e del personale sanitario.

Proprio in tale ottica, sta ricoprendo un ruolo sempre più importante il mediatore culturale, sempre più spesso figura di riferimento per i cittadini stranieri e per gli operatori sanitari, il cui compito principale è quello di facilitare la comunicazione e l'accesso ai

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 301

servizi. Per una corretta interpretazione dei risultati si ribadisce, infine, l'importanza di due aspetti relativi alla salute degli stranieri in Italia. Il primo è quello legato alla particolare selezione della popolazione straniera che decide di migrare in un altro Paese rispetto a quello di origine, effetto del migrante sano. Questo si traduce in una condizione di salute generalmente buona. Il secondo è il fenomeno del "salmon bias", caratterizzato dal possibile ritorno nel Paese di origine di chi, soprattutto se in età avanzata, ha sviluppato una malattia di lunga durata.

Quest'ultimo aspetto si può considerare, però, meno rilevante rispetto al passato a fronte del crescente livello di stabilità soprattutto di alcune popolazioni straniere, più radicate e presenti in Italia.

Riferimenti bibliografici

(1) Bruzzone S., Mignolli N. (2003), La mortalità per causa degli immigrati nell'Unione Europea e nei Paesi Candidati: documentazione e criteri di misura, in Natale M., Moretti E. (a cura di), Siamo pochi o siamo troppi? Alcuni aspetti delle relazioni tra evoluzione demografica e sviluppo economico e sociale, Franco Angeli, Milano, pp. 412-433.

(2) Maccheroni C., Bruzzone S., Mignolli N. (2007), La mortalità degli stranieri in Italia: metodi di misura a confronto, Collana "Quaderni del Dipartimento per lo studio delle società del Mediterraneo", Cacucci Editore, Bari.

(3) Maccheroni C., Bruzzone S. e Mignolli N. (2004), La nuova unione europea dei 25: le differenze delle condizioni di salute anche alla luce dei flussi migratori 2005; in "Rivista Italiana di Economia, Demografia e Statistica", Volume LVIII nn. 1-2, Gennaio - Giugno, pp. 97-120.

(4) Meslé F., Hertrich V. (1997), Évolution de la mortalité en Europe: la divergence s'accentue entre l'Est et l'Ouest, in Congrès international de la population, Bejing.

(5) Meslé F. (1991), 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. (1976), Cancer in Five Continents, IARC, Scientific Publication, Lyon, Vol. 3, 15.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 302

Prevenzione dei tumori femminili nelle donne straniere

Dott.ssa Lisa Francovich, Dott.ssa Lidia Gargiulo, Dott.ssa Barbara Giordani, Dott. Paolo Giorgi Rossi, Dott. Alessio Petrelli

Quadro epidemiologico

Nel mondo si stimano, ogni anno, 528 mila nuovi casi e 266 mila morti per tumore del collo dell'utero, sebbene ci sia stata una significativa riduzione nell'incidenza e nella mortalità per cervicocarcinoma. Si osservano forti eterogeneità geografiche nei tassi di incidenza e mortalità standardizzati per età, rispettivamente stimati a 9,9 e 3,3 per 100.000 donne dei Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA) e a 15,7 e 8,3 per 100.000 donne dei Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM); in particolare, si registra un'elevata incidenza nelle regioni dell'Africa dell'Est (42,7 per 100.000) (1).

Le variazioni nell'incidenza del cervicocarcinoma dipendono da due fattori: la prevalenza dell'infezione da Human Papilloma Virus (HPV) che è la causa necessaria, anche se non sufficiente, del cancro della cervice uterina, e la diffusione del test di Papanicolaou (Pap-test) e dei programmi di screening. Il maggior rischio nelle popolazioni immigrate da Paesi ad alta prevalenza di infezione con HPV permane per molti anni dopo l'arrivo nei Paesi industrializzati.

L'occorrenza del tumore alla mammella risulta notevolmente più elevata: i tassi di incidenza standardizzati per età sono stimati in 73,4 per 100.000 donne dei PSA e in 31,3 per 100.000 donne dei PFPM (per la mortalità i tassi sono, rispettivamente, pari a 14,9 e 11,5 per 100.000). I tassi di incidenza per tumore della mammella più elevati si registrano negli Stati Uniti d'America, in Canada e nell'Unione Europea a 28 Paesi, mentre quelli più bassi sono rilevati nei Paesi dell'Asia orientale.

Le differenze di incidenza fra Paesi sembrano dovute a fattori di background genetico, che a loro volta determinano una minore o maggiore componente ghiandolare del seno, da fattori legati agli stili di vita, come alimentazione, allattamento, età al primo figlio, ma anche dalla diffusione della mammografia come test di screening che, specialmente se protratta oltre i 70-74 anni, può determinare una quota di sovra diagnosi, cioè l'individuazione di cancri che, o perché a crescita lenta o perché la donna sarebbe morta di altre cause, non avrebbero mai dato luogo a una malattia sintomatica in assenza di screening.

I dati riportati nella Tabella 1 mostrano una forte variabilità territoriale nell'incidenza del cervicocarcinoma e del tumore della mammella.

Indicazioni nazionali e regionali puntano fortemente a rimuovere eventuali barriere all'accesso e ad aumentare la prevenzione dei tumori femminili per le cittadine straniere che vivono in Italia, anche attraverso programmi di screening organizzati rivolti in modo attivo a tutta la popolazione.

Nel 2001, gli screening oncologici mammografici, citologici e del colon-retto sono stati inseriti tra i Livelli Essenziali di Assistenza, imponendo al Servizio Sanitario Regionale l'attivazione di programmi di screening per garantire a tutta la popolazione femminile in fascia target (25-64 anni per il cervicocarcinoma e 50-69 anni per il tumore della mammella) un test di prevenzione con rigorosi controlli di qualità. Questo obbligo è ribadito dalla raccomandazione della Commissione Europea del 2003.

I programmi organizzati di screening, basati sull'invito attivo di tutta la popolazione target, hanno dimostrato di ridurre le differenze di accesso ai test e di aumentarne l'uso appropriato in Italia e a livello internazionale.

Il ricorso al Pap-test o al test HPV DNA con l'adeguata cadenza, permette di identificare e trattare lesioni preinvasive, comportando una drastica riduzione dell'incidenza, oltre che della mortalità per tumore della cervice uterina. Attraverso la mammografia è possibile identificare lesioni invasive in fase precoce, ottenendo una riduzione della mortalità specifica per cancro della mammella nella popolazione, ma non dell'incidenza. La diagnosi precoce del tumore della mammella favorisce, inoltre, anche la diffusione di trattamenti di tipo conservativo[1].

Ciononostante, alcune indagini italiane (2) e studi internazionali (3) dimostrano l'esistenza di disuguaglianze nell'accesso alla prevenzione secondaria fra le cittadine straniere e quelle italiane.

Obiettivo

Analizzare le differenze territoriali e sociali nell'accesso alla prevenzione oncologica femminile delle donne straniere, in confronto alle donne italiane, e la loro evoluzione nel tempo.

[1] 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 Direzione Generale della Prevenzione.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 303

Materiali e metodi

Attraverso l'indagine dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) sulle "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", che si avvale di un campione casuale rappresentativo dell'intera popolazione, è possibile analizzare i comportamenti di prevenzione oncologica femminile nella popolazione straniera residente nel territorio italiano in relazione a covariate territoriali e sociali, comparandoli con quelli delle donne italiane, nonché osservarne l'evoluzione nel tempo grazie al confronto delle due ultime Edizioni dell'indagine 2005 e 2013.
L'analisi del ricorso al test di prevenzione del tumore della cervice uterina e alla diagnosi precoce del tumore della mammella, è stata svolta mettendo a confronto i due gruppi di popolazione: donne italiane e straniere[3], distinguendo l'area di provenienza, ove possibile. Sono stati calcolati tassi di prevalenza standardizzati per ripartizione territoriale, finalizzati a evidenziare la variabilità territoriale dei livelli di copertura degli screening nel tempo. Per ogni sottogruppo di popolazione sono stati utilizzati i seguenti indicatori:
- percentuale di donne in fascia target[4]che dichiarano di aver fatto ricorso almeno una volta nella vita al test di prevenzione;
- copertura citologica: percentuale di donne in fascia target che hanno dichiarato il ricorso ad almeno un Pap-test in assenza di sintomi negli ultimi 3 anni;
- copertura mammografica[5]: percentuale di donne in fascia target che hanno dichiarato il ricorso ad almeno una mammografia in assenza di sintomi negli ultimi 2 anni.
Inoltre, è stato testato un modello di regressione log-binomiale per analizzare le differenze nell'utilizzo degli screening femminili nei due gruppi di popolazione, utilizzando il ricorso al Pap-test negli ultimi 3 anni come variabile di esito e aggiustando per età, ripartizione geografica, titolo di studio, stato civile, giudizio sulle risorse economiche e condizione abitativa.

Risultati

Come premessa, vale la pena osservare che nel 2013 la distribuzione sul territorio nazionale delle donne straniere, di età compresa fra i 25-64 anni, mostra una maggiore concentrazione al Nord (intorno al 58%) e minore al Sud ed Isole (15%), mentre la quota delle cittadine straniere fra i 50-69 anni sale al 17% nel Mezzogiorno (dati non riportati in tabella).
Tra il 2005 ed il 2013 si osserva un evidente incremento nel ricorso al Pap-test e alla mammografia secondo la cadenza stabilita dalle Linee Guida nazionali per la fascia target, sia tra le straniere (rispettivamente, +20,4% e +13,5%) sia tra le italiane (+13,0% e +16,2%, rispettivamente). Il diverso incremento comporta una lieve riduzione nel divario fra le donne italiane e straniere per il ricorso al Pap-test, ma determina l'ampliamento della distanza nell'accesso alla mammografia (Tabella 2). L'analisi territoriale evidenzia, per il Pap-test, un forte incremento della prevalenza al Nord (+26,4% e +16,0%, rispettivamente per il Nord-Est e Nord-Ovest) e al Centro (+28,9%) per le donne straniere, molto più contenuto invece nel Mezzogiorno (+11,7%), oltre ad essere inferiore a quello osservato per le italiane in quest'area (+22,5%). La situazione è diversa per il ricorso alla mammografia eseguita negli ultimi 2 anni: al Nord il tasso di copertura per le donne straniere si mantiene stabile nel tempo, mentre aumenta notevolmente nelle regioni centrali (+32,6%), al punto da superare il dato rilevato nel Mezzogiorno per le donne italiane, nonostante anch'esso in notevole aumento (+29,3%).
I tassi standardizzati di ricorso al Pap-test negli ultimi 3 anni evidenziano una forte eterogeneità territoriale con un trend decrescente da Nord al Sud ed Isole e con livelli di utilizzo tra le straniere sempre inferiori rispetto alle italiane, soprattutto in alcune regioni del Meridione (Grafico 1). Lo stesso andamento è osservabile per la mammografia (Grafico 2). Nonostante il miglioramento rispetto al 2005, le stime derivanti dall'indagine[6] dei livelli di copertura per il Pap-test nelle regioni del Mezzogiorno rimangono inferiori al dato nazionale e alla soglia di accettabilità stabilita dal Gruppo Italiano Screening del Cervicocarcinoma, sia per le donne italiane che per le donne straniere (dati non riportati in tabella). Anche per il ricorso alla mammografia, si evidenzia come tutte le regioni del Mezzogiorno presentano livelli di copertura inferiori al valore nazionale.

[2]Le ultime tre Edizioni dell'indagine (2000, 2005 e 2013) si avvalgono di un campione ampliato a 60.000 famiglie, grazie al contributo del Fondo Sanitario Nazionale, messo a disposizione dalle Regioni e dal Ministero della Salute.

[3]Cittadini stranieri: persone, nate in Italia o all'estero, di cittadinanza straniera o apolide.

[4]Per fascia target si intende la fascia di età 25-64 anni per la prevenzione del cervicocarcinoma e 50-69 anni per la diagnosi precoce del tumore della mammella.

[5]Poiché la cadenza consigliata dei controlli per le donne nelle fasce target è di 2 anni per la diagnosi precoce del tumore della mammella e di 3 anni per la prevenzione del tumore della cervice uterina, l'indicatore di copertura intende misurare non solo la quota di donne che fanno prevenzione, ma anche che sia rispettata la cadenza raccomandata. Si tratta di una stima ottenuta dalle dichiarazioni delle donne intervistate, calcolando il periodo temporale (3/2 anni degli screening considerati) con riferimento alla data dell'ultimo controllo eseguito e la data dell'intervista.

[6]Si precisa che la stima di prevalenza del ricorso al Pap-test non considera il test HPV, che più di recente in qualche caso sostituisce il Pap-test. In tal senso il tasso di copertura potrebbe essere sottostimato.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 304

Tra le straniere, emerge come le donne provenienti dall'America centro-meridionale (Tabella 3) siano più sensibili al tema della prevenzione oncologica: è più diffuso, infatti, il ricorso ad entrambi i test di screening e anche più precoce è l'accesso rispetto alle donne di altre aree geografiche. Le donne africane, invece, presentano le prevalenze più basse tra le donne straniere nel ricorso allo screening citologico e, similmente alle donne asiatiche, accedono con maggiore ritardo. Tra le donne asiatiche residenti in Italia si registra, inoltre, la più bassa prevalenza di ricorso alla mammografia (28,6%). Per entrambi gli screening si osserva un'associazione diretta fra gli anni di permanenza in Italia e il ricorso alla prevenzione: risulta, infatti, evidente che all'aumentare del tempo vissuto in Italia cresce il ricorso agli screening (Tabella 3). Ciò avvalora l'ipotesi che il processo di integrazione, l'inclusione nei programmi di screening attivati in tutte le regioni e specifici interventi per il coinvolgimento delle donne straniere, favoriscono l'accesso ai servizi sanitari, in particolare per quelle provenienti dai Paesi a Forte Pressione Migratoria. L'effetto positivo dell'integrazione si evidenzia anche osservando come il ricorso a test di screening sia significativamente più elevato tra le donne che hanno un partner italiano. I risultati del modello di regressione (Grafico 3) mostrano, per entrambi i gruppi di donne, una forte associazione del ricorso al Pap-test nei 3 anni precedenti con l'area geografica di residenza. La propensione nel ricorso al Pap-test risulta maggiore al Nord e al Centro rispetto al Mezzogiorno, sia per le italiane che per le straniere. In particolare, le donne straniere del Nord-Est presentano una probabilità di accesso al Pap-test due volte superiore rispetto a quelle del Mezzogiorno. È forte anche l'effetto del titolo di studio: le donne straniere laureate presentano una maggiore probabilità (+35%) di eseguire un Pap-test rispetto alle straniere che hanno conseguito solo la licenza media inferiore. Per le donne italiane, l'effetto della laurea rispetto alla scuola dell'obbligo risulta meno marcato (+10%) nel ricorso al Pap-test. Differenze significative si evidenziano per lo stato civile: diversamente dalle straniere, le donne italiane coniugate o non coabitanti di fatto (vedove, divorziate/separate etc.) presentano una maggiore probabilità di ricorrere al Pap-test rispetto alle nubili. La presenza di un partner coabitante per le donne straniere ha solo un leggero effetto sul ricorso al Pap-test (+14%) rispetto alle straniere nubili.

Tabella 1 - Tasso (standardizzato per 100.000) di incidenza e mortalità per tumore della cervice uterina e della mammella per OMS Regioni - Anno 2012

OMS Regioni	Cervice uterina		Mammella	
	Incidenza	Mortalità	Incidenza	Mortalità
OMS Regione dell'Africa	33,4	21,5	34,5	17,2
OMS Regione dell'America	14,9	5,9	67,6	14,0
OMS Regione del Mediterraneo Orientale	6,4	3,6	41,9	18,6
OMS Regione dell'Europa	11,2	3,8	66,5	16,0
OMS Regione del Sud-Est Asiatico	20,5	11,3	27,8	12,9
OMS Regione del Pacifico Occidentale	8,5	3,6	28,6	7,0

Fonte dei dati: GLOBOCAN. Anno 2012.

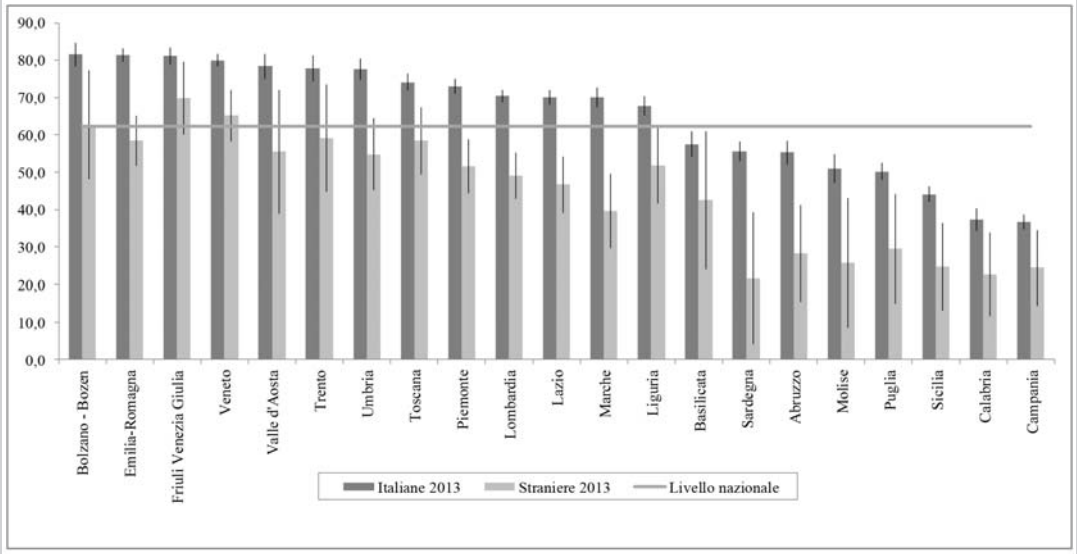
Tabella 2 - Tasso (standardizzato per 100) e variazioni percentuali di cittadine italiane e straniere di età 25-64 e 50-69 anni che dichiarano di aver fatto ricorso al Pap-test e alla mammografia in assenza di sintomi o disturbi per macroarea - Anni 2005, 2013*

Macroaree	Cittadinanze	Pap-test (25-64 anni)					Mammografia (50-69 anni)				
		Almeno una volta nella vita		Negli ultimi 3 anni			Almeno una volta nella vita		Negli ultimi 2 anni		
		2005	2013	2005	2013	Δ % (2005–2013)	2005	2013	2005	2013	Δ % (2005–2013)
Nord-Ovest	Italiane	82,1	87,6	64,4	70,9	10,1	80,3	88,6	59,4	67,0	12,8
	Straniere	54,1	65,9	43,1	50,0	16,0	45,0	56,6	35,0	34,9	-0,3
Nord-Est	Italiane	87,1	92,5	75,3	80,6	7,0	86,2	92,3	65,5	72,5	10,7
	Straniere	60,1	76,3	49,3	62,3	26,4	61,3	69,6	50,0	49,9	-0,2
Centro	Italiane	80,1	86,6	63,7	71,8	12,7	78,6	85,4	55,2	62,1	12,5
	Straniere	58,8	66,7	38,8	50,0	28,9	50,4	57,2	30,4	40,3	32,6
Mezzogiorno	Italiane	54,2	65,0	36,5	44,7	22,5	51,5	67,3	30,0	38,8	29,3
	Straniere	30,4	43,3	23,1	25,8	11,7	-	31,5	-	12,5	-
Italia	**Italiane**	**72,4**	**80,1**	**56,1**	**63,4**	**13,0**	**70,5**	**80,9**	**48,9**	**56,8**	**16,2**
	Straniere	**53,9**	**65,5**	**41,2**	**49,6**	**20,4**	**44,7**	**56,7**	**32,7**	**37,1**	**13,5**

*La popolazione standard considerata corrisponde a quella derivante dal Censimento 2011.
- = insufficiente numerosità campionaria.
Fonte dei dati: Istat. Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" Anni 2005 e 2013.

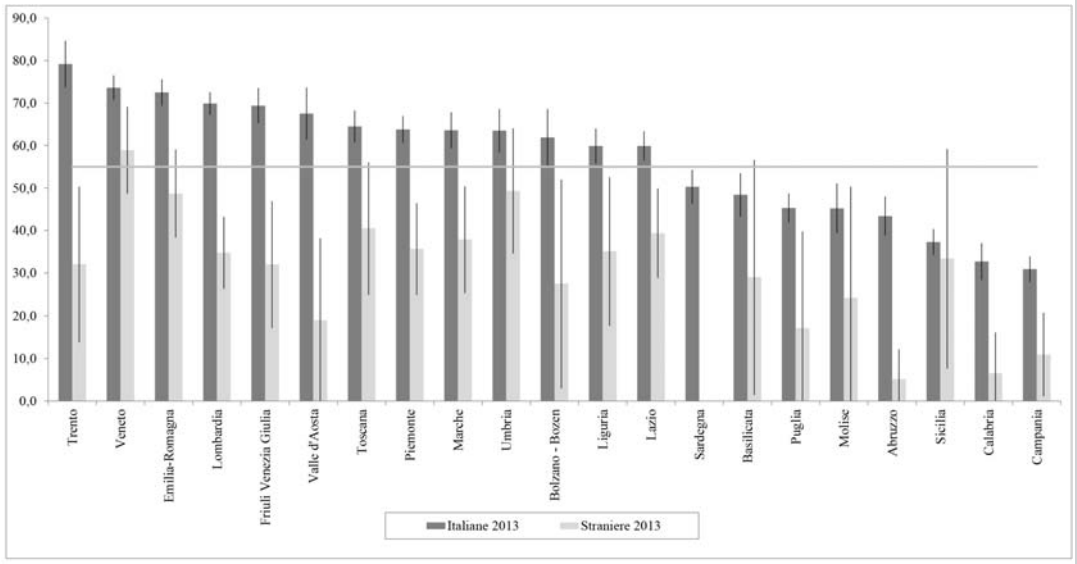
Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 305

Grafico 1 - Tasso (standardizzato per 100) di cittadine italiane e straniere di età 25-64 anni che dichiarano di aver fatto ricorso al Pap-test negli ultimi 3 anni in assenza di sintomi o disturbi per regione - Anno 2013



Fonte dei dati: Istat. Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anno 2013.

Grafico 2 - Tasso (standardizzato per 100) di cittadine italiane e straniere di età 50-69 anni che dichiarano di aver fatto ricorso alla mammografia negli ultimi 2 anni in assenza di sintomi o disturbi per regione - Anno 2013



Fonte dei dati: Istat. Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anno 2013.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 306

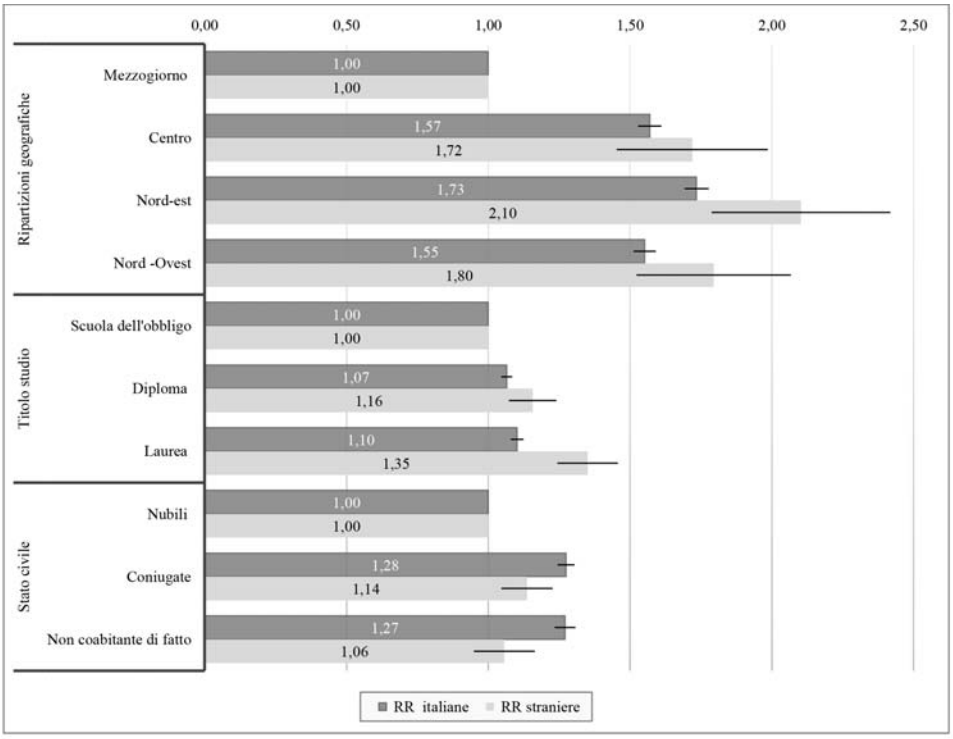
Tabella 3 - Tasso (standardizzato per 100) di cittadine straniere di età 25-64 e 50-69 anni che hanno fatto ricorso al Pap-test e alla mammografia in assenza di sintomi o disturbi per alcune variabili - Anno 2013

	Pap-test (25-64 anni)			Mammografia (50-69 anni)		
	Almeno una volta nella vita	Negli ultimi 3 anni	Età media al primo Pap-test	Almeno una volta nella vita	Negli ultimi 2 anni	Età media alla prima mammografia
Area di provenienza						
Africa	51,7	39,4	34,6	55,1	39,7	50,3
America centro-meridionale	75,2	58,2	29,6	65,8	41,3	48,5
Asia	58,8	42,2	34,8	54,2	28,6	43,3
Europa centro-orientale	66,1	50,5	33,2	53,1	35,6	50,3
Anni di permanenza*						
<5	51,2	39,6		39,1	28,0	
6-8	64,5	47,8		48,7	29,5	
9-11	69,0	54,5		59,1	41,3	
>12	72,4	53,5		65,9	41,5	
Cittadinanza partner*						
Italiana	77,2	67,4		69,4	48,6	
Straniera	63,3	48,8		55,2	37,1	
Totale donne straniere	**65,5**	**49,6**	**33,0**	**56,7**	**37,1**	**48,8**
Totale donne italiane	**80,1**	**63,4**	**29,7**	**80,9**	**56,8**	**43,8**

*Test for trend p<0.001.

Fonte dei dati: Istat. Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anno 2013.

Grafico 3 - Rischio Relativo e Intervalli di Confidenza del ricorso al Pap-test nei 3 anni precedenti l'intervista di cittadine italiane e straniere di età 25-64 anni per ripartizione geografica, titolo di studio e stato civile - Anno 2013



°RR aggiustato per età, risorse economiche e condizione abitativa.
*Non coabitante di fatto include la donna coniugata non coabitante con il coniuge, separata legalmente, divorziata e vedova.

Fonte dei dati: Istat. Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anno 2013.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 307

Discussione

L'apprezzabile incremento dei livelli di copertura, rispetto al 2005, sembra principalmente attribuibile ad una offerta pubblica sempre più efficace in campo di prevenzione oncologica. Lo testimonierebbe la relazione tra diffusione degli screening sul territorio e il corrispondente consolidamento o avvio di programmi di screening, in particolare riguardo alle donne straniere e alle donne in condizioni socio-economiche meno agiate. Il coinvolgimento delle donne straniere è, infatti, particolarmente basso laddove è più carente l'offerta pubblica. La situazione del Mezzogiorno esemplifica bene la relazione fra attivazione dei programmi organizzati e livello di copertura: nel Sud ed Isole i programmi, anche quando attivati, mostrano una cronica difficoltà a invitare tutta la popolazione bersaglio nei tempi raccomandati (l'estensione effettiva al Meridione è del 61% per la cervice e del 35% per la mammella, mentre al Nord questo indicatore per entrambi gli screening supera il 90%) e ottengono una minore adesione all'invito (32% per la cervice uterina e 46% per la mammella al Sud, mentre al Nord 52% e 69%, rispettivamente).

Ad oggi, i livelli di copertura sono ben lontani da quelli desiderabili in diverse regioni, in particolare nel Meridione e si sono acuite le disuguaglianze territoriali nel tempo, per il recupero troppo lento del Sud e delle Isole.

Il gruppo delle straniere, benché eterogeneo al suo interno, è maggiormente coperto in termini di prevenzione oncologica se appartiene al Centro-Nord, se ha un'istruzione elevata o è di provenienza europea o Sud americana.

I coordinamenti screening di alcune Aziende Sanitarie Locali, sulla scorta di indicazioni regionali, hanno attivato interventi community-based differenziati per favorire il coinvolgimento dei gruppi di popolazione che sfuggono o si sottraggono all'invito. Permangono, tuttavia, differenziali di accesso significativi tra le donne italiane e le straniere a svantaggio di queste ultime. Una maggiore offerta del test di prevenzione da parte delle strutture pubbliche, ed in particolare dai programmi di screening, potrebbe contribuire a ridurre le disuguaglianze di accesso alla prevenzione fra le donne italiane e straniere, eventualmente accompagnata da campagne proattive di informazione mirate a raggiungere i gruppi di popolazione maggiormente hard to reach.

Riferimenti bibliografici

(1) Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray, F.GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013. Disponibile sul sito: http://globocan.iarc.fr, accessed on day/month/year.

(2) Campari C, Fedato C, Iossa A, Petrelli A, Zorzi M, Giorgi Rossi P, et al. Cervical cancer screening in immigrant women in Italy: a survey on participation, cytology and histology results. European Journal Of Cancer Prevention: The Official Journal Of The European Cancer Prevention Organisation (ECP). (2015, July 22).

(3) Xiong H, Murphy M, Mathews M, Gadag V, Wang P. Cervical cancer screening among Asian Canadian immigrant and nonimmigrant women. American Journal Of Health Behavior. March 2010; 34 (2): 131-143.

(4) Disponibile sul sito: www.osservatorionazinalescreening.it.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 308

Ricorso alle visite mediche come forma di prevenzione primaria nella popolazione straniera

Dott.ssa Monica Perez, Dott. Alessio Petrelli, Dott.ssa Donatella Mandolini, Dott. Daniele Spizzichino

Contesto

Il continuo aumento della popolazione straniera residente in Italia, cui si aggiungono quanti vivono abitualmente nel Paese senza essere registrati in Anagrafe, e la situazione internazionale che genera flussi di persone in fuga dai Paesi nativi e diretti verso l'Italia e gli altri Paesi europei, fanno da cornice alla questione centrale della promozione della salute degli immigrati. Il tema richiede di essere affrontato sia sul piano delle politiche sanitarie che su quello dell'accoglienza e dell'integrazione, in un approccio multidisciplinare. La promozione della salute degli immigrati assume un ruolo centrale nel più ampio panorama delle politiche sanitarie, anche tenendo conto che le previsioni demografiche evidenziano come la popolazione straniera nel nostro Paese continuerà ad aumentare anche nei prossimi decenni, fino a superare i 14 milioni di persone nel 2065[1], corrispondenti al 23% della popolazione presunta residente alla stessa data (stimata in 61,3 milioni di persone) (1).
Per garantire percorsi di tutela della salute degli immigrati, oltre alle azioni rivolte alla cura della popolazione immigrata e all'accessibilità alle strutture e ai servizi sanitari si devono, quindi, affiancare azioni rivolte a prevenire l'insorgenza di patologie. Seppure più giovani e più sani degli italiani, gli immigrati sono maggiormente esposti al rischio di alcune malattie, come quelle a trasmissione sessuale e ad alcune forme tumorali, in particolare quelle di natura infettiva, come il tumore della cervice uterina, dello stomaco, del fegato e del pancreas. Inoltre, la popolazione immigrata tende, con il crescere della durata della permanenza in Italia, ad adottare stili di vita maggiormente insalubri, assimilabili a quelli degli strati socio-economici più svantaggiati della popolazione residente (dieta alimentare povera di vegetali e frutta, fumo, abuso di alcol etc.), determinando situazioni di maggiore esposizione a problemi di salute (2, 3). La pluralità di nazionalità che caratterizza la presenza straniera in Italia evidenzia, inoltre, che le singole comunità possono essere esposte in modo diverso a specifici rischi per la salute, in relazione alle abitudini e ai comportamenti che assumono non soltanto sul piano degli stili di vita, ma anche dei consumi sanitari. Tali differenze possono essere spiegate sia in relazione alla diversa distribuzione dei fattori di rischio dei Paesi di origine, sia alla presenza di fattori culturali e linguistici che possono costituire barriere a corretti stili di vita o all'accesso ai servizi sanitari.
Un campanello di allarme è stato dato anche dal World Cancer Report 2014 dell'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (4). Dal Report, si evince come i nuovi casi di tumore sono destinati ad aumentare, passando da 14 milioni del 2012 a 22 milioni nel 2030, con gli immigrati che risultano più a rischio rispetto agli italiani. Ai comportamenti più a rischio che questi assumono, si aggiunge la minore adesione ai programmi di screening, sia nei Paesi di provenienza che in Italia, soprattutto nelle aree non coperte da programmi di screening organizzati. Il ritardo nella diagnosi delle patologie tumorali contribuisce a determinare una mortalità per tumore del 20% superiore tra gli stranieri residenti rispetto agli italiani.
Tuttavia, al fine di guadagnare salute, risulta fondamentale la prevenzione primaria, tra cui un ricorso appropriato a visite mediche effettuate in assenza di disturbi o sintomi, al fine di orientare la popolazione straniera verso comportamenti e stili di vita corretti.

Materiali e Metodi

I dati utilizzati per analizzare il ricorso a visite mediche effettuate in assenza di disturbi o sintomi della popolazione straniera provengono dall'indagine dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) "Condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri", condotta nel 2011-2012[2] su un campione nazionale di circa 9.600 famiglie con almeno un cittadino straniero, residenti in 830 Comuni, per un totale di oltre 20.000 stranieri residenti intervistati.

[1]Le previsioni demografiche dell'Istat sono realizzate utilizzando standard metodologici riconosciuti in campo internazionale. L'ammontare della popolazione si modifica di anno in anno sulla base del saldo naturale (differenza tra nascite e decessi) e del saldo migratorio (differenza tra movimenti migratori in entrata e in uscita). Le previsioni sono articolate secondo tre distinti scenari. Lo scenario centrale fornisce un set di stime puntuali ritenute "verosimili" che, costruite in base alle recenti tendenze demografiche, rappresentano quelle di maggiore interesse per gli utilizzatori. Oltre a questo scenario, definito come il più "probabile", ne vengono definiti altri due alternativi (detti alto e basso). Nello scenario centrale di previsione si riscontrerebbe un costante incremento, pur a ritmi decrescenti nel tempo, della popolazione straniera, che raggiungerebbe i 14,1 milioni entro il 2065. Rispetto a questo dato i margini d'incertezza finali sono dell'ordine del milione e mezzo in più o in meno, a seconda delle ipotesi considerate nel metodo di previsione utilizzato: margini importanti, ma che non riducono la portata del fenomeno legato alla crescita degli stranieri sul territorio nazionale..

[2]L'indagine è stata supportata dall'interesse e il contributo finanziario di varie Istituzioni quali: il Dipartimento per le Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri, il Ministero della Salute e il Dipartimento per le Libertà Civili e l'Immigrazione del Ministero dell'Interno. Il Ministero della Salute, in particolare, ha finanziato un modulo specifico dedicato alle condizioni di salute e l'accesso ai servizi sanitari della popolazione straniera.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 309

Dall'indagine sono disponibili numerose informazioni inerenti diversi aspetti delle condizioni di vita e del processo di integrazione dei cittadini stranieri. Tra queste, grande importanza rivestono le condizioni di salute, l'utilizzo e l'accessibilità ai servizi sanitari. Grazie alle informazioni disponibili è possibile definire il profilo socio-sanitario delle principali comunità straniere presenti in Italia e analizzare lo stato di salute e i comportamenti in campo sanitario della popolazione straniera, non soltanto rispetto ai più consueti fattori socio-demografici, ma anche in relazione a numerosi altri fattori del profilo socio-culturale dell'individuo e del suo livello di integrazione in Italia.
Nello specifico, nel presente lavoro, è stato studiato[3] il ricorso a visite mediche, generiche o specialistiche, fatte in assenza di disturbi o sintomi come forma di prevenzione primaria.
Per poter analizzare, congiuntamente, i fattori associati con la prevenzione è stato utilizzato un modello di regressione logistica. Tale metodologia consente di analizzare le associazioni di più variabili (indipendenti) con una variabile risposta, rappresentata dal ricorso a visite mediche, generiche o specialistiche, effettuate in assenza di disturbi o sintomi. Nel modello, l'associazione di ogni singola variabile indipendente con la variabile risposta è valutata controllando, simultaneamente, gli effetti di tutte le altre variabili indipendenti considerate. Il modello esprime la probabilità di effettuare visite mediche in assenza di disturbi o sintomi contrapposta alla probabilità di non farne: quindi, a valori >1 dell'Odds Ratio (OR) corrisponde una maggiore probabilità di ricorso a visite mediche, mentre a valori <1 corrisponde una probabilità minore. Come fattori indipendenti sono state scelte le seguenti variabili relative a caratteristiche socio-demografiche e di condizione di salute dell'intervistato: genere, età, cittadinanza, anni di permanenza, stato civile, famiglia mista, titolo di studio, condizione occupazionale, condizioni di salute percepita, presenza di malattie croniche, indici sintetici di salute fisica e psicologica, Indice di Massa Corporea, consumo di alcol e discriminazione.

Risultati

Poco meno dell'11% dei cittadini stranieri di età 18-64 anni ha effettuato visite mediche per controllare il proprio stato di salute in assenza di disturbi o sintomi nelle 4 settimane precedenti l'intervista (Tabella 1). Le donne ricorrono più degli uomini a questa forma di prevenzione primaria (14,1% vs 6,7%, rispettivamente), confermando quanto si osserva per i cittadini italiani: risulta, infatti, che le donne sono più attive e sensibili rispetto alla propria salute, anche attuando maggiori forme di prevenzione (5). Per gli uomini la prevenzione primaria aumenta con il crescere dell'età, probabilmente perché legata al peggioramento delle condizioni di salute.
Per le donne si fanno più visite in età 25-34 anni, probabilmente in corrispondenza della fase riproduttiva, diminuendo poi nelle classi di età più avanzate.
La Tabella 2 mostra i risultati del modello di regressione logistica: la propensione alla prevenzione da parte delle donne straniere è 1,7 volte superiore rispetto a quella degli uomini. Si evidenzia, inoltre, un'omogeneità di comportamento tra le diverse comunità straniere, fatta eccezione per alcune comunità asiatiche (Cina e Filippine), per le quali è noto il minor accesso all'assistenza sanitaria, ma anche per la comunità polacca ed ucraina, tra le quali la probabilità di ricorrere alla prevenzione primaria è significativamente inferiore rispetto agli stranieri che provengono dalla Romania. L'essere celibe/nubile rispetto all'essere coniugati determina una minore probabilità di prevenzione da parte dei primi (OR=0,787); la coabitazione con un partner, infatti, è riconosciuta avere effetti positivi per la salute, sia per le maggiori risorse materiali che la convivenza mette a disposizione, sia come fattore di controllo sociale verso i comportamenti dannosi per la salute (Tabella 2). Anche il vivere in una famiglia mista, quindi, con la presenza di almeno un italiano, è associato ad una maggiore prevenzione.
La propensione verso la prevenzione è maggiore anche tra chi ha un titolo di studio elevato, con una probabilità che è del 26% superiore rispetto a chi ha un titolo basso (OR=1,264). È noto, infatti, come il livello di istruzione rappresenti un importante determinante sociale delle condizioni di salute. Generalmente, un grado di scolarizzazione più elevato ha un impatto positivo sullo stile di vita degli individui, favorendo la consapevolezza dei benefici che possono derivare dall'adottare stili di vita più salutari e forme di prevenzione per la salute appropriate (6).
Un ruolo importante viene giocato dalle condizioni di salute: gli stranieri con una salute peggiore effettuano maggiore prevenzione, forse per non vedere ulteriormente compromesse le proprie condizioni di salute già instabili. Al peggiorare della salute percepita aumenta la probabilità di effettuare visite mediche anche in assenza di disturbi o sintomi. In particolare, chi dichiara di stare "molto male" ha un rischio doppio rispetto a chi sta "molto bene" (OR=2,226). Stessi risultati si osservano se si prendono in considerazione gli indicatori sintetici di salute fisica e psicologia, così come anche la presenza di malattie croniche, che evidenzia la maggiore propensione ad accedere alla prevenzione (OR=1,819).

[3] Il quesito utilizzato è stato: "In Italia, nelle ultime 4 settimane, hai fatto visite mediche per controllare il tuo stato di salute in assenza di disturbi o sintomi?".

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 310

Tra i fattori considerati emerge anche l'aver subito discriminazioni. L'essere stato vittima di un evento di discriminazione sembra risultare un fattore che aumenta la propensione ad effettuare visite mediche in assenza di disturbi o sintomi (OR=1,199). Questa esperienza, probabilmente, si lega in via indiretta al ricorso alle visite mediche: l'aver subito discriminazioni si associa a un peggiore stato di salute mentale percepito (7, 8); poiché, come si è osservato, la presenza di cattive condizioni di salute aumenta la propensione al ricorso a visite mediche anche senza disturbi o sintomi, l'essere stati vittima di discriminazione può, dunque, rappresentare una spinta ulteriore ad intraprendere comportamenti orientati a forme di prevenzione per la salute.

Tabella 1 - Stranieri (valori percentuali) che hanno effettuato visite mediche in assenza di disturbi o sintomi nelle 4 settimane precedenti l'intervista per genere e per classe di età - Anni 2011-2012

Classi di età	Visite mediche in assenza di disturbi o sintomi	
	No	Si
	Maschi	
18-24	95,4	4,6
25-34	93,9	6,1
35-44	93,7	6,3
45-54	91,0	9,0
55-64	89,7	10,3
Totale	**93,3**	**6,7**
	Femmine	
18-24	85,6	14,4
25-34	82,6	17,4
35-44	87,6	12,4
45-54	87,2	12,8
55-64	88,8	11,2
Totale	**85,9**	**14,1**
	Totale	
18-24	90,3	9,7
25-34	87,7	12,3
35-44	90,5	9,5
45-54	88,8	11,2
55-64	89,1	10,9
Totale	**89,2**	**10,8**

Fonte dei dati: Istat. Condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri. Anno 2011-2012.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 311

Tabella 2 - Probabilità (Odds Ratio) per gli stranieri di età 18-64 anni e significatività di effettuare visite mediche in assenza di disturbi o sintomi per alcune variabili - Anni 2011-2012

Variabili	*Odds Ratio*	Significatività
Genere		
Maschio*		
Femmina	1.724	0.000
Età		
14-24*		
25-34	1.169	0.155
35-44	0.867	0.226
45-54	0.961	0.755
55-64	0.811	0.156
Cittadinanza		
Romania*		
Albania	1.092	0.372
Marocco	0.926	0.494
Cina	0.363	0.000
Ucraina	0.758	0.039
Filippine	0.643	0.033
Tunisia	1.139	0.447
Polonia	0.718	0.038
India	0.958	0.850
Moldavia	1.003	0.985
Altra cittadinanza	1.000	0.998
Anni di permanenza in Italia		
Nato/a in Italia	1.145	0.801
≤4 anni*		
5-10 anni	1.043	0.610
≥11 anni	1.065	0.474
Stato civile		
Coniugato/a*		
Celibe/nubile	0.787	0.001
Separato/a di fatto	0.932	0.500
Separato/a legalmente	1.450	0.068
Divorziato/a	0.826	0.128
Vedovo/a	0.804	0.182
Famiglia mista		
No*		
Sì	1.327	0.000
Istruzione		
Medio-Bassa*		
Alta	1.264	0.000
Condizione occupazionale		
Occupato alle dipendenze*		
Occupato co.co.co etc.	0.961	0.867
Occupato autonomo	0.925	0.523
In cerca di occupazione	0.829	0.064
Inattivo	1.190	0.016
Salute percepita		
Molto bene*		
Bene	1.339	0.000
Né bene né male	1.430	0.001
Male	1.764	0.001
Molto male	2.226	0.010
Malattie croniche		
No*		
Sì	1.819	0.000
Indice di stato fisico		
Buono*		
Cattivo	1.800	0.000
Indice di stato psicologico		
Buono*		
Cattivo	1.350	0.000

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 312

Tabella 2 - (segue) Probabilità (Odds Ratio) per gli stranieri di età 18-64 anni e significatività di effettuare visite mediche in assenza di disturbi o sintomi per alcune variabili - Anni 2011-2012

Variabili	Odds Ratio	Significatività
Indice di massa corporea		
Normopeso-Sottopeso*		
Sovrappeso-Obeso	1.120	0.054
Unità alcoliche giornaliere		
0*		
1-2	0.872	0.158
3-4	0.706	0.036
≥5	0.731	0.205
Discriminazione		
No*		
Sì	1.199	0.003

*Modalità di riferimento.

Fonte dei dati: Istat. Condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri. Anno 2011-2012.

Conclusioni

I risultati dello studio evidenziano come lo stato di salute sia il principale determinante del ricorso a visite mediche in assenza di disturbi o sintomi. Peggiori condizioni di salute, percepita e cronica, fisica e psicologica, sono associate con un significativo maggior ricorso all'assistenza primaria tra gli stranieri residenti in Italia. Pur con i limiti dovuti alla natura trasversale dell'indagine, sembrerebbe che l'attenzione verso la prevenzione primaria si manifesti, principalmente, in presenza di cattive condizioni di salute. Azioni efficaci di promozione della salute dovrebbero, quindi, essere attivate al fine di favorire un uso dell'assistenza primaria maggiormente orientato alla prevenzione.

Minore accesso all'assistenza primaria si osserva per la popolazione di cittadinanza cinese, filippina, polacca e ucraina, rispetto a quella romena. La natura di queste differenze è, probabilmente, diversa: per le comunità asiatiche risulta necessario introdurre policy e programmare azioni per contrastare le barriere culturali e linguistiche, cui si aggiungono, talvolta, quelle amministrative che possono inibire un corretto accesso alla prevenzione, mentre, probabilmente, per le popolazioni provenienti dall'Europa orientale lo sforzo principale dovrebbe essere incentrato nella comunicazione dei benefici derivanti da un corretto ricorso alle visite mediche, che possa stimolare ad un maggiore accesso ai servizi sanitari. Il livello socio-conomico si conferma un determinante dell'accesso all'assistenza sanitaria. Anche per gli stranieri, quindi, maggiore attenzione deve essere dedicata alle fasce di popolazione più svantaggiate.

Riferimenti bibliografici

(1) Istat, Il futuro demografico del Paese: previsioni regionali della popolazione residente al 2065, Dicembre 2011.
(2) Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM), Problematiche oncologiche nei migranti: dall'emergenza alla gestione, Congresso Nazionale AIOM, Bologna, Novembre 2011.
(3) Mandolini D, Di Napoli A, Costanzo G, Perez M, Petrelli A. Sovrappeso e obesità tra gli immigrati in Italia: evidenze dall'indagine multiscopo ISTAT sugli stranieri. XXXIX Congresso dell'Associazione Italiana di Epidemiologia. Milano, 27-30/10/2015. Atti: 204(O).
(4) International Agency for Research on Cancer, WHO, World cancer Report 2014, B.W. Stewart and C.P. Wild (edited by), 2014.
(5) Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna, La salute della donna. Stato di salute e assistenza nelle regioni italiane. Libro bianco 2009. Franco Angeli, 2009.
(6) Grossman M. e Kaestner R., Effects of education on health, in Behrman J.R. e Stacey N., The Social benefits of education, Michigan, MA: University of Michigan Press, 1997.
(7) World Health Organization (WHO), Commission of social determinants of health, A conceptual framework for action on social determinants of health, 2007. Disponibile sul sito: www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf.
(8) Petrelli A, Di Napoli A, Mandolini D, Rossi A, Gatta R, Costanzo G, Perez M. Discrimination, integration and self-perceived mental health among immigrants in Italy. 8th European Public Health Association Conference. Milan, 14-17/10/2015. European Journal of Public Health 2015; 25 (suppl.3): 28.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 313

Esperienza di rete per l'assistenza socio-sanitaria ai migranti in transito a Roma

Dott. Giovanni Baglio, Dott.ssa Chiara Pajno, Dott.ssa Giorgia Mazzarini, Dott.ssa Pierangela Napoli, Dott. Antonio Fortino, Gruppo di lavoro "Selam Palace e insediamenti Via delle Messi d'Oro e Via Collatina"

Nel corso del 2014, a seguito dell'intensificarsi degli sbarchi in concomitanza dell'operazione militare e umanitaria "Mare Nostrum" attuata dal Governo italiano, sono approdati sulle nostre coste più di 170 mila migranti in fuga dal proprio Paese. Di questi, un cospicuo numero ha percorso l'Italia diretto altrove, con l'intenzione di richiedere asilo in altri Paesi dell'Unione Europea: una popolazione in transito, proveniente prevalentemente da Siria, Eritrea, Afghanistan, Somalia e Etiopia, di cui il 15% costituito da minori, per metà non accompagnati. Considerando che circa 63.000 sono state le richieste di protezione internazionale inoltrate alle Commissioni Territoriali italiane nel 2014, è possibile stimare la quota di migranti in transito intorno alle 100.000 unità (1).

Questo fenomeno, relativamente nuovo per il nostro Paese, è connotato da una notevole complessità: si tratta, infatti, di persone che fuggono dal proprio contesto di vita e, per quanto vi sia una selezione determinata dall'effetto migrante sano, il loro stato di salute risente gravemente della precarietà e dell'instabilità dei contesti di provenienza e, soprattutto, delle condizioni di viaggio (2). Inoltre, queste persone, che transitano per brevi periodi (di solito alcuni giorni), sfuggono all'identificazione, non vengono inserite all'interno di programmi di accoglienza per richiedenti protezione internazionale, non godono di copertura sanitaria e non si rivolgono spontaneamente ai servizi per gli Stranieri Temporaneamente Presenti.

Per tali ragioni, il fenomeno dei migranti in transito ha finito per assumere un impatto rilevante sulle strategie di Sanità Pubblica e sui modelli socio-sanitari di presa in carico (3).

Nel 2014, a Roma è stato realizzato un piano di intervento socio-sanitario che ha coinvolto diverse Istituzioni pubbliche (l'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà e l'Azienda Sanitaria Locale-ASL Roma B) e Associazioni del privato sociale (Caritas diocesana di Roma, Cittadini del Mondo, Croce Rossa Italiana - Comitato Provinciale di Roma, Medici per i Diritti Umani e Medici Senza Frontiere), nella creazione di una rete territoriale di prossimità per l'offerta attiva di prestazioni sanitarie di primo livello (medicina generale) e di secondo livello (medicina specialistica, soprattutto dermatologica), all'interno di due edifici occupati (via Collatina e Selam Palace) e di un insediamento spontaneo (via delle Messi d'Oro) sul territorio della ASL RM B (4).

All'azione sanitaria è stato affiancato un supporto di tipo sociale, che ha previsto la raccolta e la distribuzione di beni di prima necessità (vestiario, cibo e kit per l'igiene personale).

Durante i 5 mesi di attività (18 giugno-6 novembre 2014), le équipe sanitarie operanti sulle unità mobili hanno assistito 3.870 persone, in 130 interventi di outreaching. Si è trattato, principalmente, di prime visite (88%). I pazienti visitati sono risultati in prevalenza eritrei, uomini (84%) e con età mediana di 23 anni; i minori sono stati il 14%, gli ultra 50enni tra l'1-2%.

Sono state riscontrate, prevalentemente, patologie dermatologiche (55%), soprattutto scabbia, pediculosi e impetigine. A seguire le malattie del sistema respiratorio (20%), quali infezioni delle prime vie aeree, bronchiti e sindromi influenzali, e le patologie del digerente (9%), con diarrea, dolori addominali e gastriti.

Sono stati 21 i casi di malattie infettive sistemiche (lo 0,5% della casistica totale): 7 persone con sospetta tubercolosi polmonare, inviate presso strutture ospedaliere per accertamenti, per nessuna delle quali è stata confermata la diagnosi; 8 casi sospetti di malaria e 5 di varicella.

L'intervento del 118 è stato richiesto in 20 casi, per condizioni generali particolarmente compromesse, ferite e 1 caso di aborto spontaneo.

Questi dati non differiscono, sostanzialmente, da quelli della sorveglianza sindromica effettuata dall'Istituto Superiore di Sanità tra maggio 2011 e giugno 2013 su circa 5.000 persone ospiti di 139 centri di accoglienza in 13 regioni, che non ha evidenziato situazioni critiche dal punto di vista sanitario: le indagini epidemiologiche avviate in seguito alle allerte non hanno messo in evidenza cluster epidemici, ad eccezione di tre allarmi statistici per casi di "infestazione", confermati poi come focolai di scabbia (5).

L'esperienza pilota, condotta a Roma, ha permesso di sperimentare e consolidare nuove modalità operative e forme integrate di collaborazione in cui le Istituzioni sanitarie pubbliche esercitano un ruolo di stewardship rispetto alle organizzazioni umanitarie e del privato sociale che operano in rete.

Tale modello è stato ripreso dalla Direzione Salute e Integrazione Socio Sanitaria della Regione Lazio in una nota dell'8 agosto 2014 (6), recante indicazioni alle Aziende sanitarie territoriali e ospedaliere per garantire assistenza ai migranti in transito, in un'ottica di medicina di prossimità rivolta a popolazioni caratterizzate da particolare "distanza" dai servizi.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 314

A supporto della validità di tale esperienza, una recente revisione della letteratura pubblicata sul Journal of Community Health, ha fatto emergere la potenziale efficacia degli interventi basati sull'impiego di mobile clinic nell'ottenere significativi impatti sulla salute di migranti ad alto rischio, a condizione che sia forte la partnership tra attori sanitari, sociali e l'intera comunità (7).

Riferimenti bibliografici

(1) Geraci S. Oltre gli sbarchi. Per un Piano nazionale dell'accoglienza. SaluteInternazionale.info, 17 luglio 2014. Disponibile sul sito: www.saluteinternazionale.info/2014/07/oltre-gli-sbarchi-per-un-piano-nazionale-dellaccoglienza/.
(2) Baglio G. Tubercolosi e immigrazione: le risposte che l'epidemiologia può dare (e che la società attende). Epidemiol Prev 2015; 39 (2): 73-4.
(3) Baglio G., Fortino A. I migranti invisibili nelle città-ragnatela. Blog Salute Internazionale.info - 17/6/2015. Disponibile sul sito: www.saluteinternazionale.info/2015/06/i-migranti-invisibili-nelle-citta-ragnatela/.
(4) Rapporto INMP/ASL Roma B. Salute e prevenzione tra i migranti invisibili. Roma, 2015. Disponibile sul sito: www.inmp.it/index.php/ita/Eventi-e-Formazione/Eventi-INMP/Eventi-Nazionali/Convegno-INMP-Salute-e-prevenzione-tra-i-migranti-invisibili.
(5) Bella A., Napoli C., Riccardo F., et al. Immigrazione ed emergenze sanitarie: utilizzo della sorveglianza sindromica nei Centri per Immigrati in Italia negli anni 2011-2013. Rapporto Osservasalute 2014. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Milano: Prex, 2014: 319-20. Disponibile sul sito: www.osservasalute.it/index.php/rapporto.
(6) Regione Lazio. Progetto "Salute senza esclusioni: per un Servizio sanitario attivo contro le disuguaglianze". Determinazione n.G04855 del 16/12/2013.
(7) Luque JS., Castaneda H. Delivery of mobile clinic services to migrant and seasonal farmworkers: a review of practice models for community-academic partnerships. J Community Health, 2013; 38 (2): 397-407.

Gruppo di lavoro "Selam Palace e insediamenti Via delle Messi d'Oro e Via Collatina"

Coordinamento: G. Baglio (INMP), P.A. Napoli (ASL RM B). Componenti: A. Al Rousan (Medici Senza Frontiere), G. Alcaro (ASL RM B), A. Barbieri (Medici per i Diritti Umani), M. Bonizzi (CRI), A. Patriarca (Associazione Cittadini del Mondo), F. Ciaralli (ASL RM B), D. D'Angelo (Associazione Cittadini del Mondo), G. De Acutis (CRI), S. Di Carlo (Medici Senza Frontiere), M. Di Marzio (ASL RM B), A. Di Vincenzo (ASL RM B), A. Fortino (INMP), E. Gati (CRI), S. Geraci (Caritas Diocesana di Roma), C. Ippoliti (ASL RM B), M. Maio (ASL RM B), M. Moscatelli (Delegato del Sindaco per ASL RM B), F. Motta (Caritas Diocesana di Roma), Chiara Pajno (INMP)

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 315

Migranti cinesi in gravidanza: stato sierologico relativo alle principali malattie infettive ed accesso ai servizi sanitari. L'esperienza nelle comunità di Roma e Prato

Dott.ssa Eugenia Di Meco, Dott. Salvatore Geraci, Prof.ssa Enrica Tamburrini, Dott.ssa J-Jade King, Dott.ssa Giulia Silvestrini, Prof. Federico Bruno, Dott. Francesco Di Nardo, Dott.ssa Maria Cristina Epifani, Dott.ssa Anna Di Nicola, Prof. Gianfranco Damiani

Introduzione

La comunità di migranti cinesi è, da sempre, considerata una popolazione chiusa, sconosciuta, una cosiddetta "black box" di cui pochi sono i dati a disposizione. Molto è già stato scritto riguardo alle difficoltà di accesso ai servizi sanitari, dettate principalmente da problematiche di natura linguistica, ma ben poche sono le evidenze disponibili riguardo gli aspetti sanitari e ancor meno riguardo lo stato sierologico delle donne in gravidanza.

I cinesi rappresentano la terza comunità tra i cittadini non comunitari regolarmente soggiornanti in Italia e la prima comunità proveniente dal continente asiatico. Degli oltre 260 mila residenti, il 49% sono donne. Sono quasi 49.000 i nuovi nati di cittadinanza cinese tra il 2002-2012 in Italia.

Questo Box presenta i risultati ricavati da due ricerche condotte nelle città di Roma e Prato, dove esistono due tra le più grandi comunità cinesi d'Italia (rispettivamente, 18.523 e 15.957 cinesi residenti, nel 2014).

Entrambi gli studi sono stati condotti con l'obiettivo generale di ampliare la conoscenza dei possibili ambiti primari di intervento in materia di protezione della salute riproduttiva delle migranti cinesi, attraverso la valutazione dello stato sierologico per determinate infezioni rilevanti in gravidanza. A questo si è voluto associare un'indagine delle caratteristiche socio-demografiche della popolazione in esame e di alcuni indicatori di accesso ai servizi sanitari, la conoscenza dei quali è presupposto per l'elaborazione di strategie volte ad implementare tanto una capacità comunicativa efficiente tra medico ginecologo e paziente, quanto l'offerta di modelli e strumenti assistenziali appropriati al percorso di salute delle pazienti.

Materiali e Metodi

Nello studio condotto nella comunità di Roma sono stati presi in considerazione, dalla revisione retrospettiva delle cartelle cliniche, i dati sierologici relativi a tutte le pazienti cinesi seguite per gravidanza negli anni 2001-2013 presso lo studio di una ginecologa cinese che esercita privatamente nella capitale, mentre i dati socio-demografici, correlati allo status migratorio e all'accesso ai servizi sanitari, sono stati ricavati e messi a confronto in due distinte popolazioni di pazienti: tutte le donne seguite per gravidanza presso il Poliambulatorio Caritas nel periodo 2008-2013 ed un campione di donne seguite per gravidanza presso lo studio ginecologico privato sopracitato nel periodo dicembre 2013-febbraio 2014. Nel primo caso si è proceduto alla consultazione retrospettiva delle cartelle cliniche e del database del Poliambulatorio; nel secondo, invece, la raccolta delle informazioni è avvenuta mediante la somministrazione di un questionario redatto in lingua italiana e cinese.

La ricerca condotta nella città di Prato si è incentrata su tutte le donne di nazionalità cinese che hanno partorito nel 2014 presso l'Azienda Unità Sanitaria Locale 4 della Provincia di Prato (comprendente il territorio dei Comuni di Cantagallo, Carmigliano, Montemurlo, Poggio a Caiano, Prato, Vaiano e Vernio) e che sono state seguite nel corso di tutta o parte della gravidanza presso il consultorio "Centro Salute Donna" del Comune di Prato, il quale fornisce specifici percorsi assistenziali per le donne migranti grazie ad un servizio di mediazione culturale.

Risultati

La Tabella 1 mostra i risultati riguardo i dati sierologici delle coorti di pazienti in studio.

Per quanto riguarda la raccolta dei dati sierologici, lo studio condotto a Roma ha interessato 1.259 pazienti, mentre lo studio di Prato 686 pazienti. La mediana dell'età è di 28 anni per entrambi i gruppi ed i dati di sieroprevalenza ottenuti mostrano sostanziale sovrapposizione tra le due città: nessuna infezione da Human Immunodeficency Virus, bassa prevalenza per infezione da Hepatitis C Virus (0,6% sia per Roma che per Prato) e per Sifilide (positività alla Veneral Disease Research Laboratory 0,7% e 0,6%, rispettivamente per Roma e Prato), bassa condizione di immunoprotezione per Toxoplasma (3,1% in entrambi i gruppi) e mediocre livello di immunoprotezione per Rosolia (81,0% per Roma e 73,4% per Prato). Un solo caso di infezione acuta da Toxoplasma è stato registrato nella coorte romana e nessun caso di infezione acuta da virus della Rosolia (dati non riportati in tabella). Significativo è il dato riguardante l'infezione da Hepatitis B Virus (HBV): il 13,9% delle donne cinesi residenti a Roma e l'8,3% delle donne cinesi residenti a Prato è risultato positivo alla ricerca di Hepatitis B surface Antigen (HBsAg).

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 316

La Tabella 2 mostra le caratteristiche socio-demografiche e i dati di accesso al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) delle due coorti romane, di 123 e 31 pazienti, rispettivamente per l'Ambulatorio Caritas e lo studio privato. Dai numeri si evince una condizione di maggiore "fragilità" per le pazienti che si rivolgono all'Ambulatorio Caritas, indicata da più elevate percentuali di donne disoccupate e non in regola con il permesso di soggiorno, mentre le difficoltà di accesso e di fruizione del Servizio Sanitario pubblico sono caratteristiche di entrambi i gruppi in studio, dal momento che in entrambi i casi oltre il 40% delle aventi diritto non è regolarmente iscritta al SSN.
I dati socio-demografici, relativi alla coorte di Prato, mostrano un contesto in parte differente, con un più alto livello di occupazione (percentuale di disoccupate pari al 6,9%) ed una migliore condizione di integrazione sociale (92,4% delle pazienti in possesso di regolare permesso di soggiorno e di queste il 100% regolarmente iscritta al SSN). Unico dato aggiuntivo è la mediana delle settimane gestazionali al primo accesso alle strutture del Consultorio Pubblico, pari a 15 settimane (dati non presenti in tabella).

Tabella 1 - Casi (valori assoluti e valori percentuali) totali e casi (valori assoluti e valori percentuali) positivi nelle coorti di pazienti di Roma e di Prato per indagine sierologica

Indagini sierologiche	Roma		Prato	
	Casi	Positivi	Casi	Positivi
HIV (Ab)	335 (26,6)	0	681 (99,3)	0
Sifilide (VDRL)	435 (34,5)	3 (0,7)	683 (99,6)	4 (0,6)
HCV (Ab)	512 (40,7)	3 (0,6)	677 (98,7)	4 (0,6)
HBV (HBsAg)	685 (54,4)	95 (13,9)	650 (94,7)	54 (8,3)
Rosolia (IgG)	911 (72,4)	738 (81,0)	683 (99,6)	501 (73,4)
Toxoplasmosi (IgG)	1.123 (89,2)	35 (3,1)	682 (99,4)	21 (3,1)

Tabella 2 - Rispondenti (valori assoluti e valori percentuali) e casi (valori assoluti e valori percentuali) di accesso ai servizi sanitari delle coorti di pazienti di Roma e di Prato per alcune variabili

Variabili	Roma				Prato	
	Ambulatorio Caritas		Studio privato		Consultorio pubblico	
	Rispondenti	Casi	Rispondenti	Casi	Rispondenti	Casi
Coniugata	123 (100,0)	94 (76,4)	31 (100,0)	25 (80,6)	-	-
Permesso di soggiorno	123 (100,0)	56 (45,5)	31 (100,0)	31 (100,0)	683 (99,6)	631 (92,4)
Iscrizione SSN	123 (100,0)	8 (6,5)	31 (100,0)	17 (54,8)	683 (99,6)	631 (92,4)
Impiego						
Senza occupazione	123 (100,0)	81 (65,9)	31 (100,0)	5 (16,1)	521 (75,9)	36 (6,9)
Impiegata ristorazione	123 (100,0)	12 (9,8)	31 (100,0)	2 (6,4)	521 (75,9)	15 (2,9)
Operaia	123 (100,0)	8 (6,5)	31 (100,0)	4 (12,9)	521 (75,9)	353 (67,8)
Lavoratrice autonoma	123 (100,0)	9 (7,3)	31 (100,0)	9 (29,0)	521 (75,9)	16 (3,1)
Casalinga	123 (100,0)	3 (2,4)	31 (100,0)	6 (19,3)	521 (75,9)	68 (13,1)
Situazione abitativa						
Affitto	87 (70,7)	70 (80,5)	31 (100,0)	21 (67,7)	-	-
Casa del datore di lavoro	87 (70,7)	6 (6,9)	31 (100,0)	2 (6,4)	-	-
Luogo di lavoro	87 (70,7)	4 (4,6)	31 (100,0)	3 (9,7)	-	-
Proprietà	87 (70,7)	2 (2,3	31 (100,0)	5 (16,1)	-	-

- = non disponibile.

Conclusioni

I dati sierologici mostrano una situazione in linea con quanto già riportato in letteratura, confermando come la prevalenza di determinate infezioni nelle comunità migranti rispecchi quella dei Paesi di origine.
L'immunoprotezione per infezione da Toxoplasma è molto inferiore a quella italiana (20-40%) e coerente con quanto riportato sulla popolazione cinese in patria. Bassa l'immunoprotezione per Rosolia, se confrontata con le percentuali riportate nei Paesi, tra i quali l'Italia, dove esistono piani nazionali di vaccinazione ed eliminazione del rischio di Rosolia congenita e dove i livelli di immunoprotezione sono superiori al 95% nella popolazione autoctona; il dato è, tuttavia, sovrapponibile alla sieroprevalenza riscontrata in Cina in molti studi (fino al 78%). Di particolare rilievo è il riscontro di una elevata percentuale di donne positive per HBsAg, che arriva quasi al 14% nella coorte romana (prevalenza italiana 0,4%). Tale dato impone delle riflessioni e motiva ad ulteriori indagini ed approfondimenti, quali ad esempio la valutazione degli altri marker di infezione

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 317

(in particolare l'HBeAg, la cui presenza è correlata con un maggior rischio di trasmissione verticale dell'infezione e di fallimento delle misure di immunizzazione attiva e passiva nel nascituro). La popolazione cinese deve essere considerata ad alto rischio di infezione cronica da HBV, dato che non può essere ignorato nell'ambito della programmazione e gestione dei programmi di protezione della vita nascente. Necessario è, pertanto, potenziare lo screening, il counselling e le offerte attive di vaccinazione, sia nell'adulto che nei neonati. Sulla base di un così vasto panorama di nazionalità e gruppi etnici differenti presenti nel nostro Paese si potrebbero, inoltre, ipotizzare programmi di screening personalizzati sulla base dei diversi profili di rischio delle gestanti: nel caso dell'HBV e delle donne cinesi, lo screening effettuato al primo trimestre potrebbe permettere una più facile individuazione delle donne a maggior rischio di trasmissione verticale e, quindi, l'eventuale di applicazione di un algoritmo terapeutico adeguato.

L'analisi dei dati socio-demografici e di accesso alle strutture sanitarie pubbliche rivela degli aspetti interessanti: lo studio di Prato ha compreso un campione di 686 donne cinesi estratto dal totale di 773 parti avvenuti da donne cinesi nel 2014 nell'Ospedale Santo Stefano della città di Prato, cui fanno riferimento tutti i Comuni appartenenti alla provincia omonima. Dato interessante è che, del totale delle partorienti, più del 95% (731) hanno eseguito i controlli necessari in gravidanza presso la struttura pubblica del Consultorio. Questi dati mostrano una corretta condizione di integrazione della comunità migrante cinese all'interno della rete dei servizi sanitari offerti dal territorio. La popolazione presa in esame è una popolazione giovane, composta da donne lavoratrici ed impiegate prevalentemente nel settore industriale. Nella quasi totalità del campione si è riscontrata una condizione di regolarità giuridica; oltre il 93% è risultata, infatti, in possesso di permesso di soggiorno e di regolare iscrizione al SSN.

Per quanto riguarda gli indicatori di accesso, si è riscontrata una mediana di 15 settimane di gestazione alla prima visita ostetrica, maggiore del limite di 12 settimane normalmente raccomandato. Tale rilevazione è in linea con quanto già ampiamente riportato in letteratura e dalle statistiche nazionali in merito alle disuguaglianze di accesso tra popolazione autoctona e popolazione immigrata ai servizi di tutela della salute materna (in termini di precocità di accesso, numero di controlli effettuati e outcome ostetrici). Tuttavia, è opportuno sottolineare, comunque, una buona compliance ai follow-up prescritti (85% e 90% delle donne ha effettuato i regolari controlli, rispettivamente, al secondo ed al terzo trimestre). Questi dati testimoniano sia la buona organizzazione del Servizio di Consultorio sia la sua accettabilità da parte delle pazienti che si "fidelizzano" ad un servizio in grado di rispondere, almeno in parte, alle proprie esigenze.

Le due coorti di pazienti in studio nella comunità di Roma presentano diversi profili socio-economici (maggiore "fragilità" per le pazienti che si rivolgono all'Ambulatorio Caritas indicata da più elevate percentuali di donne disoccupate e non in regola con il permesso di soggiorno), ma sono accumunate dalle stesse difficoltà di accesso e di fruizione del servizio sanitario pubblico. Nel gruppo delle donne che ha fatto ricorso alle prestazioni ginecologiche a pagamento, tutte iscrivibili al SSN, quasi il 50% non ne risultava iscritto (per mancanza di informazioni e/o difficoltà amministrativo-burocratiche); riguardo, invece, alla scelta del privato sul pubblico, le donne hanno dichiarato prevalentemente motivazioni di natura linguistica (la ginecologa privata era, infatti, di origini cinesi) o difficoltà di accesso agli ambulatori pubblici per mancanza di informazioni o tempi di attesa troppo lunghi.

La percezione di "chiusura sociale", caratteristica delle comunità cinesi presenti nelle nostre città, può spesso portare a misinterpretazioni circa le ragioni del loro mancato accesso ai servizi sanitari pubblici. I dati finora a disposizione inducono, infatti, a ritenere che non si tratti di una questione "culturale", ma di comunicazione. Il paziente cinese, infatti, non si rivolge all'ambulatorio pubblico perché non riesce a comunicare (non ci sono mediatori ne interpreti), non sa come fare e non ha gli strumenti adeguati a reperire le informazioni necessarie; in breve, se pur i servizi sono accessibili, essi sono poco fruibili.

In conclusione, i dati romani e pratesi confermano che, laddove il servizio sanitario pubblico si dimostra in grado di rispondere adeguatamente alle molteplici esigenze dei suoi "clienti", le problematiche di accesso diminuiscono significativamente: quasi la totalità delle donne cinesi, che hanno partorito nella città di Prato nel 2014, ha eseguito i controlli ginecologici presso la struttura pubblica del Consultorio.

La citta di Prato, quindi, grazie alla presenza di un'efficiente attività di mediazione culturale e linguistica, è in grado di fornire un servizio competente, accettabile e aperto non solo alle pazienti cinesi, ma anche a tutte le altre comunità straniere presenti nel territorio.

Riferimenti bibliografici

(1) Rossi, C., Shrier, I., Marshall, L., Cnossen, S., Schwartzman, K., Klein, M. B. Greenaway, C. (2012). Seroprevalence of Chronic Hepatitis B Virus Infection and Prior Immunity in Immigrants and Refugees: A Systematic Review and Meta Analysis. PLoS ONE, 7 (9).

(2) Santiago B., Blázquez D., López G., Sainz T., Muñoz M., Alonso T., Moro M.Serological profile of immigrant pregnant

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 318

women against HIV, HBV, HCV, rubella, Toxoplasma gondii, Treponema pallidum, and Trypanosoma cruzi. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2012 Feb; 30 (2): 64-9.
(3) Ungaro D., Il black box cinese. La comunità etnica ed organizzazione economica. Failla A., Lombardi M., Immigrazione, Lavoro e Tecnologia. Etaslibri.
(4) Maisano B., Geraci S., Porte aperte per la salute dei cinesi a Roma. Asia-Italia Scenari migratori, edizione IDOS, Area sanitaria Caritas di Roma, 2012.
(5) Bollini P., Pampallona S., Wanner P., Kupelnick B. Pregnancy out come of migrant women and integration policy: A systematic review of the international literature. Social Science & Medicine 2009; 68: 452-461.
(6) Geraci S., Issa E.H., Migranti e accessibilità ai servizi sanitari: luci e ombre. IJPH - Year 9, Volume 8, Number 3, Suppl. 3, 2011.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 319

Tavole di mortalità degli stranieri in Italia: primi risultati per le cittadinanze più significative

Dott.ssa Silvia Bruzzone, Prof. Carlo Maccheroni, Prof.ssa Roberta Pace, Dott.ssa Nadia Mignolli

Contesto

Nell'ambito delle analisi volte ad approfondire le caratteristiche della mortalità degli stranieri, essenzialmente basate sul tasso di mortalità standardizzato con il metodo diretto, dopo un lungo periodo di sperimentazioni, per la prima volta in Italia sono state prodotte le tavole di mortalità per i residenti di alcune specifiche cittadinanze, particolarmente rappresentative in termini di entità della presenza sul territorio e di stabilità. Il tasso di mortalità standardizzato con il metodo diretto può essere considerato una proxy dello stato di salute della popolazione e, di conseguenza, del grado di integrazione raggiunto dagli stranieri nel Paese di arrivo, ma è affetto da alcuni limiti legati, soprattutto, alla popolazione scelta come riferimento. Tale indicatore, pur svolgendo un ruolo importante, ha esclusivamente valore comparativo nel contesto degli studi condotti poichè privo di un significato intrinseco, proprio perché condizionato dallo standard utilizzato di volta in volta. Le tavole di mortalità, invece, costituiscono lo strumento più completo per l'analisi statistica della mortalità e della sua incidenza per età e genere e possono essere applicate a popolazioni che hanno precise caratteristiche demografiche, come nel caso di alcune collettività di residenti di cittadinanza straniera, più stabili sul territorio e numericamente più consistenti.

Per la costruzione di queste tavole (come pure per i tassi di mortalità) sono state utilizzate come fonti di riferimento:

- la "Rilevazione su decessi e cause di morte", condotta correntemente dall'Istituto Nazionale di Statistica (Istat), per i decessi degli stranieri residenti in Italia;
- il 15° Censimento generale della Popolazione e delle Abitazioni del 2011, per l'ammontare della popolazione straniera residente disaggregato per età e cittadinanza, utilizzato per i denominatori.

Al fine di calcolare le funzioni biometriche delle tavole di mortalità, che necessitano di aggregati demografici di numerosità consistente, sono state condotte analisi sia sui decessi e sia sulle popolazioni di riferimento e sono state effettuate diverse sperimentazioni che hanno portato all'individuazione di tre cittadinanze, rispetto alle quali sono stati prodotti i risultati definitivi: Romania (357.315 uomini e 465.785 donne; nel complesso il 20,4% dei residenti di cittadinanza straniera al Censimento), Albania (235.616 uomini e 215.741 donne; nel complesso l'11,2% dei residenti di cittadinanza straniera al Censimento) e Marocco (220.421 uomini e 186.676 donne; nel complesso il 10,1% dei residenti di cittadinanza straniera al Censimento).

Come di prassi, le tavole di mortalità sono state costruite separatamente per uomini e donne; nel caso del Marocco, tuttavia, vengono qui illustrati solo i risultati relativi agli uomini poiché questa cittadinanza è caratterizzata da una presenza del genere maschile molto più consistente: l'indice di mascolinità (numero di uomini per 100 donne) registrato in Italia al Censimento 2011, infatti, per questa cittadinanza era pari a 118,1 rispetto a 109,2 dell'Albania e a 76,7 della Romania. Il progetto migratorio dei residenti in Italia di cittadinanza marocchina, inoltre, si caratterizza per ricongiungimenti familiari più limitati, che avvengono in tempi successivi e dilazionati, e per ritorni nel Paese di origine più diffusi, specie sul finire delle età adulte.

L'ammontare delle donne marocchine in Italia, di conseguenza, è significativamente più ridotto, soprattutto tra i decessi, il cui numero risulta troppo esiguo e, almeno per il triennio di interesse (2010-2012), eccessivamente variabile per poter essere preso in considerazione.

Gli indicatori prodotti hanno consentito, inoltre, analisi comparative non solo rispetto alla situazione nei Paesi di cittadinanza, ma anche rispetto al complesso dei residenti in Italia.

Metodi e indicatori

Con l'obiettivo di confrontare i risultati con i Paesi di cittadinanza, per i quali sono disponibili i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), le tavole di mortalità costruite in questa occasione sono in forma abbreviata, proprio come quelle di fonte OMS, e descrivono il processo di eliminazione per morte tra intervalli successivi di ampiezza quinquennale, anziché tra compleanni consecutivi, con l'eccezione delle prime due classi di età (0 e 1 anno) e di quella finale aperta di 90 anni ed oltre.

Per attenuare le oscillazioni dovute alle dimensioni annuali dei dati, è stata calcolata la media triennale dei decessi degli stranieri residenti per gli anni 2010-2012, mentre per la popolazione dei denominatori è stato preso come riferimento l'anno 2011, centrale rispetto al periodo analizzato, attraverso l'ultimo Censimento che garantisce dati controllati e più in grado di individuare gli stranieri stabilmente presenti in Italia, superando anche le rigidità di aggiornamento dei registri anagrafici.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 320

Con queste informazioni sono stati calcolati, in prima battuta, i tassi specifici di mortalità[1] per i Paesi di cittadinanza oggetto dell'analisi (Romania, Albania e Marocco), il genere e le classi di età quinquennali; da questi tassi sono state ricavate le probabilità di morte[2]. Al fine di attenuare i fattori perturbativi accidentali o contingenti, che incidono sulla mortalità alle età adulte e senili e di dare più regolarità al profilo delle probabilità di morte, si è proceduto a una loro perequazione a partire dai 40 anni; a partire dai 65 anni, ancora su queste probabilità, è stata adattata ed estrapolata una funzione del tipo Gompertz-Makeham, che ha consentito la chiusura delle tavole di mortalità.
Tale scelta è dovuta alla presenza di irregolarità nel profilo per età delle probabilità di morte grezze legate alla particolare mobilità degli stranieri, che si accentua soprattutto alle età anziane ed è connessa al loro ritorno nei Paesi di origine. Ciò è stato riscontrato, soprattutto, per i residenti di cittadinanza albanese e marocchina, in misura inferiore per i romeni che, anche in quanto appartenenti all'Unione Europea, presentano comportamenti molto diversi rispetto al rientro e una maggiore tendenza alla stabilizzazione in Italia. Ne consegue una sensibile diminuzione sia delle popolazioni e sia dei decessi, che in questo caso condiziona i profili del rischio di morte rispetto all'andamento crescente a queste età che normalmente si riscontra.
Per questi motivi, come perno dell'analisi comparativa condotta in questo lavoro, è stato utilizzato l'indice sintetico di mortalità, rappresentato dal numero medio di anni vissuti dai sopravviventi a partire dall'età di 25 anni e per ogni età successiva della tavola fino a 65 anni, indice particolarmente robusto e rispetto al quale la funzione utilizzata non incide[3].

Risultati

I rapporti tra le probabilità di morte registrate nei Paesi di cittadinanza e quelle registrate in Italia sono stati calcolati, dalla nascita fino a 65 anni, utilizzando i dati resi disponibili dall'OMS nel 2012. I dati hanno messo in evidenza il generale vantaggio degli stranieri residenti in Italia (Grafico 1) per le nazionalità considerate e per entrambi i generi: essi costituiscono senz'altro un gruppo selezionato rispetto ai propri connazionali rimasti a casa e presentano rischi di morte molto più bassi. Più in particolare, la probabilità di morte dei maschi a 0 anni registrata in Marocco è di 11,8 volte superiore rispetto a quella di coloro che si sono trasferiti in Italia; tale differenza si riduce a 4,2 a 1 anno per poi risalire a 11,7 a 5 anni. A 35 anni e a 50 anni lo svantaggio dei marocchini nel proprio Paese è indicato da probabilità di morte che sono di circa 4,7 volte superiori a quelle rilevate in Italia, come avviene anche a 65 anni. In generale, i marocchini presentano una variabilità maggiore nei rapporti tra le probabilità di morte nel proprio Paese e in Italia rispetto alle altre cittadinanze, dovuta anche al fatto che nel 2012 in Marocco si è registrato un significativo rialzo della mortalità, soprattutto a carico delle età infantili. Rispetto al genere, come indicato in precedenza, non è stato possibile analizzare la situazione delle donne marocchine a causa della poca significatività dei dati a disposizione.
Per quanto riguarda la Romania e l'Albania, la situazione in questi Paesi fa emergere importanti differenze rispetto alla mortalità, con condizioni peggiori in Romania soprattutto alle età giovanili che, espresse in termini di speranza di vita alla nascita, si traducono in 70,5 anni per gli uomini e 78,1 anni per le donne nel 2012, contro 72,6 degli uomini albanesi e 75,3 anni delle donne, che registrano una vita media più bassa rispetto alle romene.
Nonostante ciò, i rapporti tra le probabilità di morte presentano profili simili per le due cittadinanze, con guadagni maggiori per gli uomini albanesi residenti in Italia almeno fino all'età di 20 anni: alla nascita la probabilità di morte degli uomini è di 6,4 volte più alta in Albania rispetto a quella in Italia, contro 3,7 della Romania, mentre a 5 anni tale differenza si riduce a 5,2 per gli albanesi e a 1,3 per i romeni.
Le differenze di genere nei rapporti tra le probabilità di morte evidenziano un vantaggio più accentuato delle donne albanesi residenti in Italia sia rispetto agli uomini della stessa cittadinanza (a tutte le età con l'eccezione di 15 anni), sia rispetto alle romene, con la probabilità di morte alla nascita di 6,8 volte più alta in Albania rispetto all'Italia, di 5,5 a 5 anni e addirittura di 9,0 a 10 anni. Per le romene, il valore più alto si registra all'età di 5 anni, quando la probabilità di morte in Romania è di 4,8 volte più alta di quella delle romene residenti in Italia.

---

[1] $m_{x,x+n}$ (x=0 n=1; x=1 n=4; x=5, 10, 15, …, 85 n=5), dato dal rapporto tra il numero medio dei decessi dei cittadini stranieri residenti in Italia nel triennio 2010-2012 e la popolazione straniera residente al Censimento del 2011.

[2] $${}_nq_x = \frac{2n\, m_{x,x+n}}{2+n\, m_{x,x+n}}$$

[3] Più in particolare, l'indicatore in questione è $e_{x,y} = \frac{T_x - T_y}{l_x}$, ovvero la speranza di vita tra le età x e y (x<y; x=25, 30, 35,…, 60; y=65) (Livi Bacci, 2004).

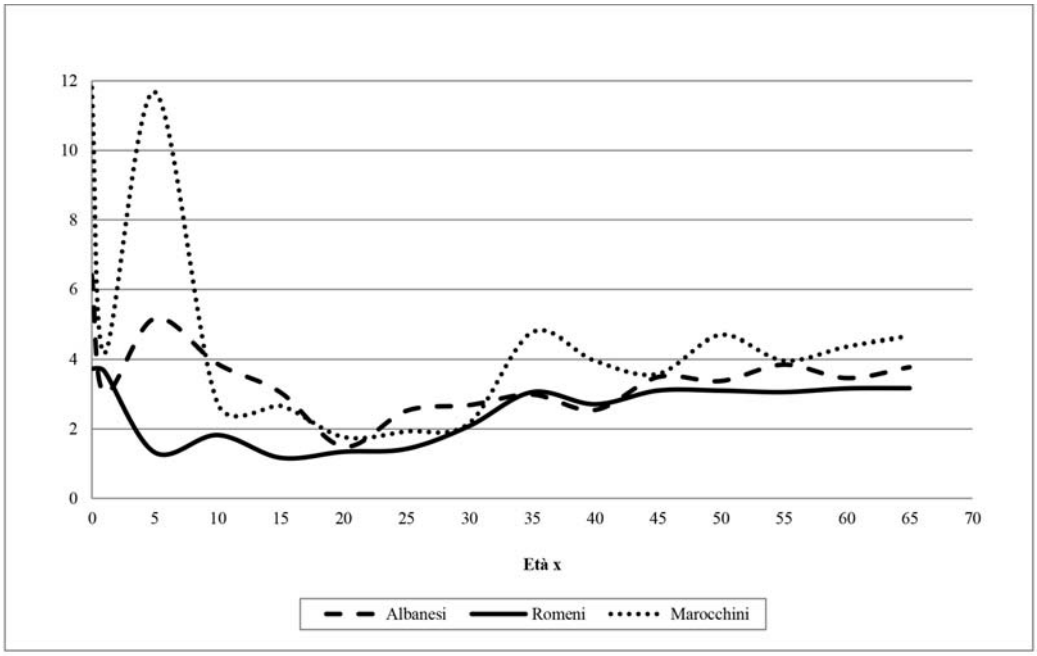
Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 321

Focalizzando l'attenzione sulle età centrali, che caratterizzano la presenza dei cittadini stranieri residenti in Italia più legata all'inserimento e all'integrazione nel mercato del lavoro, il numero medio di anni vissuti dai sopravviventi a partire dall'età di 25 anni e per ogni età successiva delle tavole di mortalità analizzate fino ai 65 anni conferma che i livelli di mortalità nei Paesi di cittadinanza sono più elevati rispetto a quelli che si riscontrano in Italia (Tabella 1).
Il numero medio di anni, infatti, che queste popolazioni si possono attendere di vivere tra ogni età giovanile-adulta e la soglia della vecchiaia (65 anni) è inferiore nel proprio Paese rispetto a quello di cui beneficiano in Italia.
La speranza di vita tra l'età di 25-65 anni degli uomini di cittadinanza albanese residenti in Italia è pari a 39,3 anni, 1,3 anni in più rispetto alla popolazione rimasta in Albania (38 anni); tale guadagno rimane superiore a 1 anno fino a 30 anni, per poi ridursi progressivamente al crescere dell'età fino a 0,1 tra i 60-65 anni. Per i romeni il vantaggio in termini di anni mediamente vissuti si attesta su livelli maggiori rispetto alle altre cittadinanze a tutte le età considerate, partendo da 1,9 anni in più per gli uomini residenti in Italia sopravviventi ai 25 anni rispetto ai residenti in Romania e rimanendo superiore a 1 anno fino a 45 anni. Anche gli uomini di cittadinanza marocchina residenti in Italia, al confronto con i residenti in Marocco, registrano un vantaggio in termini di anni mediamente vissuti tra le età di 25-65 anni, che si mantiene superiore a 1 anno fino a 45 anni, partendo con una differenza di 1,9 anni all'età di 25 anni.
La selezione positiva data dal genere si conferma anche per le albanesi e le romene residenti nei rispettivi Paesi di cittadinanza, che registrano valori più elevati degli uomini della speranza di vita tra le età considerate, in modo lieve per le albanesi e decisamente più marcato per le romene, la cui differenza rispetto agli uomini parte da 1,9 anni in più tra 25-65 anni e si mantiene sopra 1 anno fino a 45 anni. Il numero di anni mediamente vissuti dalle sopravviventi tra 25-65 anni di queste due nazionalità è leggermente superiore rispetto a quello degli uomini anche facendo una comparazione tra i residenti in Italia.
I differenziali con le residenti in Albania ed in Romania, inoltre, mettono in luce miglioramenti più significativi sia per le donne albanesi residenti in Italia, che registrano una speranza di vita tra 25-65 anni più alta rispetto sia a quella delle residenti in Albania, sia per le donne romene residenti in Italia, almeno fino a 45 anni (Tabella 1). Questo denota una situazione più sfavorevole della Romania, soprattutto a carico degli uomini, e una generale tendenza per i residenti in Italia di questa nazionalità a mantenere stili di vita molto simili a quelli del Paese di cittadinanza, che ne comprime i possibili vantaggi. Ciò si può evincere anche attraverso i numeri indice che confrontano, rispettivamente, gli anni mediamente vissuti nei Paesi di cittadinanza e quelli degli stranieri residenti in Italia con il totale dei residenti in Italia (italiani e stranieri) (Tabella 2). Gli uomini di cittadinanza romena residenti in Italia si attestano su valori inferiori a 100 e su valori significativamente più bassi delle altre cittadinanze anche nel proprio Paese di residenza. Gli uomini albanesi, invece, sono caratterizzati da una situazione più favorevole sia nel proprio Paese che in Italia, mentre le donne residenti in Italia di cittadinanza albanese e romena si attestano su livelli solo di poco superiori a quelli del totale delle residenti.

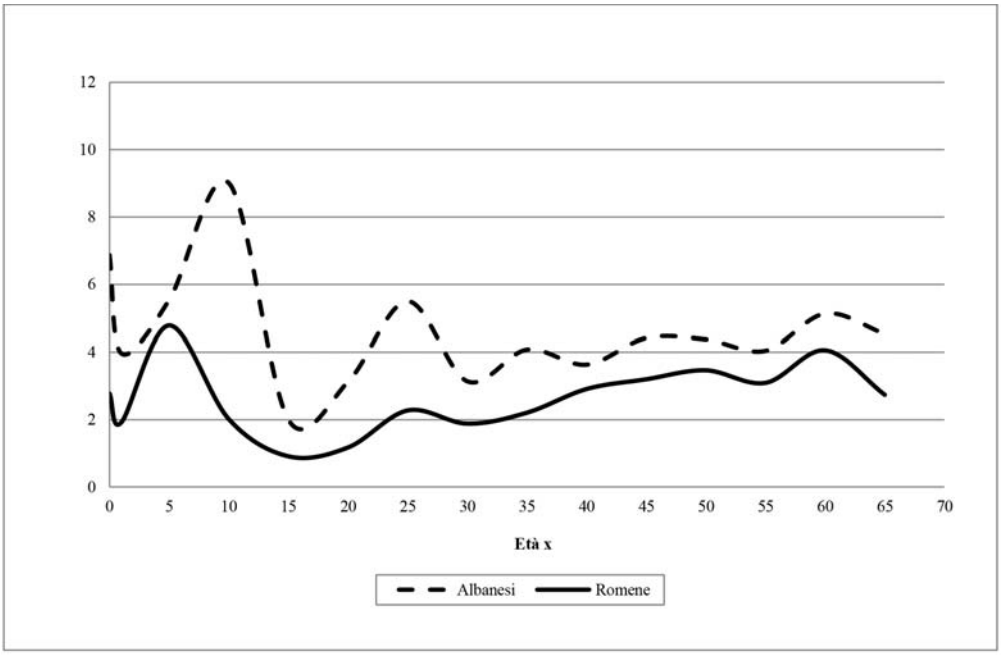
Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 322

Grafico 1 - Rapporto tra le probabilità di morte (${}_nq_x$) registrate nei Paesi di cittadinanza e quelle registrate in Italia per genere e classi di età quinquennali - Anni 2010-2012

Maschi



Femmine



Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Istat - Indagine su decessi e cause di morte; 15° Censimento generale della popolazione e delle abitazioni in Italia 2011: Popolazione straniera residente per genere, età e Paese di cittadinanza; World Health Organisation (WHO) - Global Health Observatory (GHO) data - Life Tables. Year 2012. Anno 2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 323

Tabella 1 - Anni mediamente vissuti tra l'età x e 65 anni dai residenti in Albania, Romania e Marocco e dagli stranieri residenti in Italia di cittadinanza albanese, romena e marocchina - Anni 2010-2012

Età x	Albanesi		Romeni		Marocchini	
	In Albania	In Italia	In Romania	In Italia	In Marocco	In Italia
			Maschi			
25	38,0	39,3	36,9	38,8	37,3	39,2
30	33,2	34,4	32,1	33,9	32,6	34,3
35	28,5	29,5	27,3	29,0	27,8	29,4
40	23,7	24,6	22,5	24,1	23,1	24,5
45	18,9	19,7	17,9	19,3	18,4	19,6
50	14,2	14,8	13,5	14,5	13,8	14,7
55	9,5	9,9	9,1	9,7	9,3	9,8
60	4,8	4,9	4,7	4,9	4,8	4,9
			Femmine			
25	38,6	39,7	38,8	39,5	-	-
30	33,7	34,7	33,8	34,6	-	-
35	28,9	29,7	28,9	29,6	-	-
40	24,0	24,8	24,0	24,7	-	-
45	19,2	19,8	19,2	19,7	-	-
50	14,5	14,9	14,4	14,8	-	-
55	9,7	9,9	9,7	9,9	-	-
60	4,9	5,0	4,9	5,0	-	-

- = non disponibile

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Istat - Indagine su decessi e cause di morte; 15° Censimento generale della popolazione e delle abitazioni in Italia 2011: Popolazione straniera residente per genere, età e Paese di cittadinanza; World Health Organisation (WHO) - Global Health Observatory (GHO) data - Life Tables. Year 2012. Anno 2015.

Tabella 2 - Numeri indice degli anni mediamente vissuti tra l'età x e 65 anni: un confronto tra i residenti in Albania, Romania e Marocco e gli stranieri residenti in Italia di cittadinanza albanese, romena e marocchina sul totale dei residenti in Italia (100) - Anni 2010-2012

Età x	Albanesi		Romeni		Marocchini	
	In Albania	In Italia	In Romania	In Italia	In Marocco	In Italia
			Maschi			
25	97,7	101,1	94,9	99,8	96,0	100,7
30	97,7	101,2	94,3	99,8	95,8	100,9
35	97,8	101,4	93,7	99,8	95,6	101,1
40	97,8	101,6	93,2	99,7	95,4	101,2
45	97,8	101,8	92,7	99,7	95,3	101,2
50	97,9	101,8	92,9	99,7	95,4	101,3
55	98,4	101,7	94,3	99,8	95,9	101,2
60	98,5	100,9	96,7	99,9	97,3	100,9
			Femmine			
25	98,0	100,6	98,4	100,4	-	-
30	98,0	100,7	98,3	100,4	-	-
35	97,9	100,8	98,1	100,5	-	-
40	97,9	100,9	97,9	100,6	-	-
45	98,0	101,0	97,9	100,6	-	-
50	98,2	101,0	97,9	100,6	-	-
55	98,5	100,9	98,2	100,4	-	-
60	98,9	100,6	98,9	100,2	-	-

- = non disponibile

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Istat - Indagine su decessi e cause di morte; 15° Censimento generale della popolazione e delle abitazioni in Italia 2011: Popolazione straniera residente per genere, età e Paese di cittadinanza; World Health Organisation (WHO) - Global Health Observatory (GHO) data - Life Tables. Year 2012. Anno 2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 324

Considerazioni conclusive

La costruzione delle tavole di mortalità per alcune cittadinanze da un lato ha rappresentato un'importante sperimentazione che ha permesso di perfezionare strumenti metodologici robusti e replicabili, dall'altro ha reso disponibile un ampio ventaglio di informazioni indispensabili al fine di approfondire, ulteriormente, gli aspetti legati alla salute dei cittadini stranieri residenti in Italia, anche in un'ottica comparativa rispetto alla situazione nei rispettivi Paesi di riferimento e a quella del complesso dei residenti in Italia.

Riferimenti bibliografici

(1) Maccheroni C., Bruzzone S., Mignolli N. (2007), La mortalità degli stranieri in Italia: metodi di misura a confronto, Collana "Quaderni del Dipartimento per lo studio delle società del Mediterraneo", Cacucci Editore, Bari.
(2) Livi Bacci M., 2004, "Introduzione alla demografia", Loescher Editore, Torino.
(3) World Health Organization (WHO) - Global Health Observatory (GHO) data - Life Tables. Disponibile sul sito: www.who.int/gho/mortality_burden_disease/life_tables/life_tables/en/.
(4) Istat - Tavole di Mortalità della popolazione per provincia e regione di residenza. Disponibile sul sito: http://demo.istat.it.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 325

PARTE SECONDA

Sistemi Sanitari Regionali e qualità dei servizi

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 326

Assetto economico-finanziario

Il Capitolo dedicato all'assetto economico-finanziario presenta anche quest'anno l'intera gamma dei tradizionali indicatori, ossia: 1. spesa sanitaria pubblica corrente per funzione in rapporto al Prodotto Interno Lordo (PIL); 2. spesa sanitaria pubblica pro capite; 3. disavanzo/avanzo sanitario pubblico pro capite. Ripropone, inoltre, la progressiva scomposizione del rapporto tra spesa sanitaria pubblica e PIL, dapprima distinguendo tra costi per servizi prodotti direttamente dalle aziende pubbliche e costi per servizi acquisiti da soggetti privati accreditati e convenzionati e successivamente disaggregando questi ultimi per tipologia (farmaceutica; medicina generale; specialistica ambulatoriale; ricovero; riabilitativa, integrativa e protesica; altre prestazioni). Introduce, infine, un Box relativo alle perdite accumulate nel tempo dalle Aziende Sanitarie pubbliche e alle relative misure di copertura.

Come sempre, è necessario premettere che i dati contabili del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) non sono ancora pienamente attendibili. In prospettiva, miglioramenti dovrebbero derivare dalle recenti disposizioni in tema di armonizzazione contabile da un lato (D. Lgs. n. 118/2011 e successivi provvedimenti integrativi e attuativi), di "certificabilità" dei bilanci aziendali e consolidati dall'altro (Patto per la Salute 2010-2012 e successivi provvedimenti attuativi tra cui, in particolare, la definizione in ogni regione di un "Percorso Attuativo della Certificabilità"). L'armonizzazione dovrebbe consentire: un trattamento contabile univoco a livello nazionale dei fatti gestionali relativi al settore sanitario; una maggiore trasparenza dei flussi finanziari connessi alla gestione sanitaria, attraverso l'istituzione di appositi conti di tesoreria (separati da quelli relativi alle attività "non sanitarie" della regione) nonché la rilevazione delle operazioni poste in essere dalla cosiddetta "gestione sanitaria accentrata" regionale; una redazione di bilanci consolidati che forniscano una rappresentazione comparabile nello spazio e nel tempo della situazione economica, patrimoniale e finanziaria di ciascun Servizio Sanitario Regionale (SSR).

La "certificabilità", d'altra parte, dovrebbe garantire l'attendibilità dei bilanci (aziendali e consolidati) della Sanità Pubblica attraverso un adeguamento delle procedure di rilevazione e un ridisegno del correlato sistema di controlli contabili interni ed esterni.

Nel frattempo, i dati disponibili confermano, anche per quest'anno, l'efficacia delle iniziative di contenimento della spesa. Evidenziano, inoltre, come le criticità derivanti dagli ingenti disavanzi pregressi siano state quasi interamente sanate da un notevole trasferimento di liquidità da parte dello Stato.

A livello nazionale, la spesa sanitaria pubblica pro capite è rimasta pressoché invariata tra il 2013 e il 2014, attestandosi a 1.817€, ossia a un livello tra i più bassi nei Paesi dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico. Nel periodo 2010-2014, il tasso medio composto annuo di variazione della spesa sanitaria pubblica pro capite è stato negativo e pari a -0,58%. Coerentemente, il rapporto spesa pubblica/PIL si è mantenuto al 6,8% (dato 2013). Quanto al disavanzo (864 milioni di euro nel 2014, pari a 14€ pro capite), si conferma il trend di sistematica riduzione avviato dopo il picco raggiunto nel 2004, pur in presenza di tassi sempre più contenuti di incremento dei ricavi, nonché di nuove metodologie di calcolo del disavanzo stesso che, ceteris paribus, ne accrescono l'entità.

A livello regionale, nel corso del 2014, la spesa sanitaria pubblica pro capite si è ridotta in 12 delle 21 regioni e PA. Considerando il periodo 2010-2014, la riduzione è stata ancora più diffusa: variazioni complessivamente positive si sono rilevate, infatti, solo in Lombardia, PA di Trento, Emilia-Romagna, Umbria, Molise e Sardegna. Sempre nel periodo 2010-2014, d'altra parte, riduzioni di spesa superiori al valore nazionale si sono registrate in molte regioni centro-meridionali (Lazio, Campania, Puglia, Calabria e Sicilia), ma anche in alcune regioni centro-settentrionali (Piemonte, Valle d'Aosta, Liguria, Toscana e Marche). Nel 2014, tutte le regioni a statuto ordinario hanno così raggiunto l'equilibrio economico-finanziario, con 4 sole eccezioni: Liguria (che presenta un disavanzo pari a 46€ pro capite), Lazio (70€), Molise (183€) e Calabria (21€).

La scomposizione del rapporto regionale tra spesa pubblica e PIL, oltre a evidenziare distanze interregionali molto ampie e in ulteriore crescita (dal 4,96% della Lombardia all'11,12% del Molise), conferma anche una forte differenziazione nel mix tra produzione interna alle aziende pubbliche e ricorso ad erogatori privati accreditati e convenzionati. Il peso della produzione esterna, in particolare, supera il 40% in Lombardia, Lazio, Molise e Campania. L'analisi delle performance economico-finanziarie delle diverse regioni non indica quale dovrebbe essere il livello ottimale di tale mix; suggerisce, al contrario, che buone performance si possano conseguire con mix anche molto diversi. In alcuni contesti, però, emerge con chiarezza la necessità di meglio programmare le modalità di erogazione delle prestazioni al fine di non duplicare l'offerta finanziando strutture pubbliche e pagando contemporaneamente anche strutture private.

Nel frattempo, regioni e aziende hanno beneficiato di un'ingente iniezione di liquidità da parte dello

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 328

Stato, che ha consentito la copertura di pressoché tutte le perdite pregresse. Alla fine del 2008, si rilevavano 38,7 miliardi di euro di perdite accumulate dalle aziende, di cui 24,7 miliardi di euro coperti da contributi assegnati, ma non ancora erogati, e i rimanenti 14 miliardi di euro non ancora coperti nemmeno in termini di assegnazione.

Di qui, tra l'altro, le ben note difficoltà incontrate dalle aziende nel pagamento dei fornitori e nel rinnovo dei cespiti. A fine 2014, per contro, tutti i disavanzi risultavano essere stati coperti, almeno in termini di assegnazione, sia per il complesso del SSN sia per la maggioranza dei SSR individualmente considerati.

In sintesi, la generalizzata riduzione dei disavanzi, il miglioramento della situazione nella maggior parte delle regioni assoggettate a Piano di Rientro e la presenza di numerose regioni in equilibrio inducono anche quest'anno, per quanto riguarda la dimensione economico-finanziaria, a un cauto ottimismo. I dati confermano, infatti, che il SSN è riuscito a bloccare la tradizionale dinamica espansiva della spesa e ad allinearsi alle limitate disponibilità finanziarie dello Stato, malgrado l'invecchiamento della popolazione, i costi indotti dal progresso tecnologico e le forme di deprivazione socio-economica prodotte dalla crisi. In più, la copertura delle perdite pregresse dovrebbe consentire alle aziende di impostare più razionalmente la propria gestione.

Va, però, evidenziato come l'equilibrio sia ancora relativamente fragile, per almeno due motivi. Da un lato, l'equilibrio è espresso da sistemi contabili che non sono ancora pienamente attendibili e che, peraltro, guadagnando attendibilità, potrebbero far emergere ulteriori disavanzi pregressi. Dall'altro, l'equilibrio stesso è stato largamente conseguito tramite iniziative (blocco o riduzione dei volumi e dei prezzi dei fattori produttivi e contenimento dei consumi sanitari) che difficilmente potranno essere mantenute nel medio periodo o, comunque, produrre ulteriori risparmi. In più, va tenuta presente la necessità per le regioni di reperire le risorse necessarie per la restituzione, seppur dilazionata, delle somme ricevute dallo Stato come anticipazione di liquidità.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 329

Spesa sanitaria pubblica corrente per funzione in rapporto al Prodotto Interno Lordo

Significato. Nel presente Capitolo è presentato, per il secondo anno consecutivo, l'indicatore della spesa sanitaria pubblica corrente articolata per funzione e misurata in rapporto al valore del Prodotto Interno Lordo (PIL).
L'intento è quello di fornire un indicatore che non esprima solo l'incidenza della spesa corrente pubblica nella sua totalità, ma che offra una lettura multidimensionale del fenomeno per trarre qualche indicazione ulteriore per la comprensione della dinamica della spesa nelle diverse realtà regionali oltre che nazionale. A tal fine, l'indicatore non solo analizza le seguenti tre funzioni:
- Spesa sanitaria pubblica corrente per servizi forniti direttamente;
- Spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per prestazioni sociali (comprendente la spesa per l'assistenza di medicina generale, l'assistenza farmaceutica, protesica, integrativa, riabilitativa, ospedaliera ed altre prestazioni non erogate direttamente dalle Aziende Sanitarie);
- Spesa sanitaria pubblica corrente per altre spese (relativa ai servizi amministrativi e a voci assicurative, contributive e fiscali);
ma effettua anche una ulteriore articolazione della spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per prestazioni sociali andando ad analizzare le sub-funzioni che la compongono. Nel dettaglio:
- Spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per assistenza farmaceutica;
- Spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per assistenza medico generale;
- Spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per assistenza medico specialistica;
- Spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per case di cura private;
- Spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per assistenza riabilitativa, integrativa e protesica;
- Spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per altre prestazioni.

Spesa sanitaria pubblica corrente per funzione in rapporto al Prodotto Interno Lordo

Numeratore: Spesa sanitaria pubblica corrente per funzione

Denominatore: Prodotto Interno Lordo corrente

x 100

Validità e limiti. L'ammontare della spesa sanitaria pubblica corrente per funzione in relazione al PIL ha il pregio di essere uno degli indicatori che consente di indagare il diverso peso delle componenti della spesa sanitaria.
Esprime la quota di risorse (proprie o trasferite) che la regione utilizza per le diverse funzioni individuate rispetto a quanto prodotto complessivamente nel periodo di riferimento.
Si tratta di un indicatore grezzo e i suoi valori devono essere letti con accortezza per limiti propri sia del numeratore che del denominatore. Il numeratore, in particolare, indicando la spesa per funzione, non tiene conto di una serie di variabili importanti. In particolare, non tiene in considerazione la diversa numerosità della popolazione nelle diverse regioni né palesa il differente livello di bisogno di assistenza sanitaria che essa presenta nelle diverse realtà territoriali; non rappresenta la quantità e la tipologia di prestazioni effettivamente erogate in ciascuna funzione, né esprime la differenza nell'organizzazione sanitaria e nella pratica medica.
In merito al denominatore, occorre tenere presente che il PIL è il valore di mercato di tutti i beni e servizi prodotti all'interno di una realtà territoriale, in un certo intervallo di tempo (solitamente l'anno) e destinati ad usi finali. Come tale, tiene conto solo delle transazioni in denaro e trascura tutte quelle a titolo gratuito, così come non include la quota di prodotto derivante da lavoro non regolarizzato e dall'economia "sommersa", con la conseguenza che il suo valore sarà sottostimato per quelle regioni in cui sono più diffusi tali fenomeni. Infine, nella lettura dell'indicatore non va dimenticato che, per l'attuale sistema di finanziamento del sistema sanitario, una parte dei fondi destinati alla sanità non proviene direttamente dal gettito fiscale della regione e, quindi, correlato al reddito prodotto, ma da trasferimenti definiti in sede di accordo Stato-Regioni.
Il valore che l'indicatore assume esprime, quindi, il carico che la regione si assumerebbe se avesse in toto l'onere del finanziamento.

Valore di riferimento/Benchmark. Non essendoci benchmark specifici, per i valori regionali sono ipotizzabili come valori di riferimento quelli nazionali e, per il dato nazionale nella sua totalità e per il dato relativo ad alcune funzioni, laddove disponibile, quelli dei Paesi dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico.

Descrizione dei risultati

Nel 2013, la spesa sanitaria pubblica corrente assorbe il 6,76% del PIL (Tabella 1), segnando una riduzione

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 330

rispetto all'anno precedente in cui il valore era pari al 7,0%. Tale minore incidenza è determinata da una riduzione della spesa corrente mitigata da una contestuale riduzione del PIL.

Il suo valore è inferiore a quello della maggior parte dei Paesi europei, come Gran Bretagna, Germania, Francia, Norvegia, Danimarca e addirittura degli Stati Uniti che hanno, notoriamente, un sistema finanziato prevalentemente con fondi privati (1).

Il range fra le regioni è più ampio di quello registrato negli anni precedenti. Il valore più basso continua a presentarsi in Lombardia con 4,96% del PIL, mentre il valore più alto si registra ancora in Molise con 11,12%, denunciando un divario che supera i 6 punti percentuali e che si incrementa di circa 1 punto percentuale rispetto al 2012.

Si manifesta un netto gradiente Nord-Sud ed Isole, con le regioni meridionali che presentano un valore sempre superiore al valore nazionale. Il dato è da leggere tenendo conto che la spesa sanitaria pubblica è condizionata dalla presenza di meccanismi di perequazione finanziaria interregionale e, solo indirettamente, riflette il grado di sviluppo economico della regione. Di conseguenza, le regioni del Meridione presentano valori di spesa sul PIL superiori al valore nazionale, sostanzialmente a causa del PIL più basso di quello delle regioni del resto d'Italia.

A tale valore complessivo della spesa corrente rispetto al PIL concorrono, con peso differente, tre funzioni di spesa: spesa sanitaria pubblica corrente per servizi forniti direttamente; spesa sanitaria pubblica corrente per altre spese; spesa sanitaria pubblica corrente per servizi erogati in convenzione (Grafico 1).

La prima componente gioca un ruolo predominante in tutte le regioni e di conseguenza a livello nazionale.

Questa componente incide da un minimo del 2,60% del PIL, sempre in Lombardia, ad un massimo del 6,72% in Sardegna e giustifica sempre una percentuale superiore al 50% della spesa pubblica corrente.

All'opposto, la seconda componente è la meno significativa, in quanto assorbe da un minimo dello 0,24% del PIL in Lombardia ad un massimo dello 0,72% in Calabria e corrisponde ad una percentuale della spesa pubblica corrente mai superiore al 7%.

Infine, la spesa per prestazioni in convenzione incide da un minimo dell'1,11% del PIL nella PA Bolzano ad un massimo del 4,56% in Molise e assorbe in ogni regione una percentuale sempre superiore o uguale al 20% della spesa pubblica corrente.

Queste tre componenti giocano un ruolo diverso all'interno di ogni regione. In Lombardia, Lazio, Molise e Campania la spesa per prestazioni in convenzione copre più del 40% della spesa sanitaria pubblica, mentre la spesa per prestazioni erogate direttamente meno del 55%. La situazione è completamente ribaltata nelle altre realtà regionali dove la spesa per prestazioni in convenzione determina una percentuale inferiore al 40% della spesa pubblica, a favore di una maggiore percentuale della spesa per prestazioni erogate direttamente. Gioca un ruolo da protagonista la PA di Bolzano con una percentuale di spesa per prestazioni in convenzione pari al 19,82%.

La spesa per prestazioni in convenzione (Grafico 2), a livello nazionale (2,42% del PIL), è prevalentemente articolata nelle due seguenti componenti: spesa sanitaria pubblica per case di cura private (0,56%) e spesa sanitaria pubblica per assistenza farmaceutica (0,53%). Ad un confronto con realtà internazionali, la prima componente si presenta inferiore a quella di altri Paesi, come Germania e Francia e leggermente superiore a quella della Gran Bretagna.

Un ruolo meno rilevante è ricoperto dalla spesa sanitaria pubblica corrente per assistenza riabilitativa, integrativa e protesica (0,24%) e dalla spesa sanitaria pubblica per assistenza medico specialistica (0,29%).

La spesa sanitaria pubblica in convenzione per assistenza medico generale si colloca in una posizione intermedia assorbendo lo 0,41% del PIL.

La spesa per prestazioni in convenzione (Grafico 2) presenta un netto gradiente Nord-Sud ed Isole, con valori più alti del dato nazionale nelle regioni del Sud, nelle Isole e nel Lazio.

In tutte le regioni, la componente che gioca un ruolo primario è la spesa farmaceutica. Costituiscono eccezione la PA di Bolzano, per la quale la maggior quota di spesa in convenzione è da assegnare alla spesa sanitaria per assistenza medico generale, la Lombardia, l'Emilia-Romagna, il Lazio, il Molise, la Campania e la Puglia, per le quali la maggior quota di spesa in convenzione è da assegnare alla spesa sanitaria per case di cura private.

Alla luce dei risultati rappresentati nel Grafico 2 emerge che le differenze di incidenza della spesa sanitaria pubblica corrente per servizi forniti direttamente e di quella per servizi erogati in convenzione sono da ricondurre, innanzitutto, alla maggiore o minor presenza di strutture private accreditate nelle diverse regioni, ma anche alle diverse politiche di contenimento della spesa adottate dalle regioni. Se la rilevante presenza di strutture private accreditate giustifica l'alta incidenza della spesa per prestazione in convenzione in regioni come Lombardia, Lazio, Campania e Molise, l'opzione di una politica di erogazione diretta del farmaco al paziente attraverso le strutture dell'Azienda Sanitaria può spiegare il basso valore, per altro ridotto rispetto al 2012, della spesa per prestazioni in convenzione della PA di Bolzano.

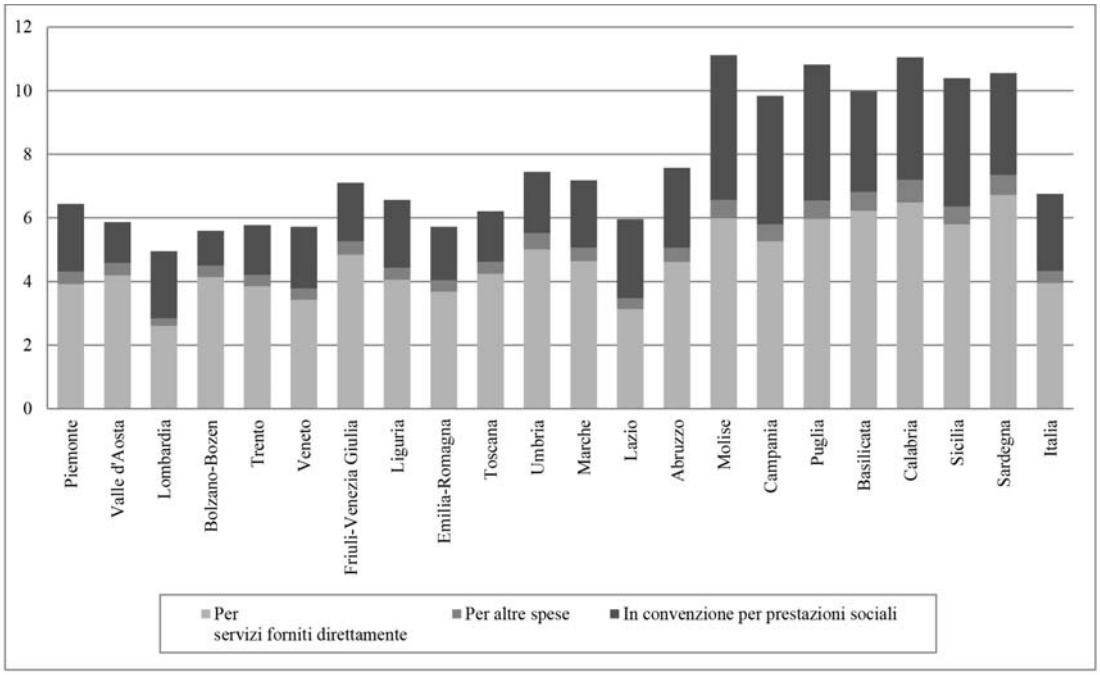
Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 331

Tabella 1 - Spesa (valori percentuali) sanitaria pubblica corrente totale, per funzione e in convenzione per prestazioni sociali in rapporto al PIL per regione - Anno 2013

Regioni	Spesa sanitaria pubblica corrente				In convenzione per prestazioni sociali					
	Totale	Per servizi forniti direttamente	Per altre spese	In convenzione per prestazioni sociali	Per assistenza farmaceutica	Per assistenza medico generale	Per assistenza medico specialista	Per case di cura private	Per assistenza riabilitativa integrativa e protesica	Per altre prestazioni
Piemonte	6,44	3,92	0,38	2,14	0,50	0,38	0,22	0,42	0,24	0,39
Valle d'Aosta	5,87	4,19	0,38	1,29	0,40	0,34	0,04	0,15	0,21	0,15
Lombardia	4,96	2,60	0,24	2,11	0,36	0,25	0,29	0,62	0,13	0,45
Bolzano-Bozen	5,60	4,14	0,35	1,11	0,22	0,27	0,03	0,12	0,23	0,23
Trento	5,77	3,86	0,35	1,57	0,38	0,33	0,16	0,32	0,12	0,26
Veneto	5,72	3,43	0,36	1,94	0,40	0,37	0,24	0,35	0,10	0,49
Friuli Venezia Giulia	7,11	4,84	0,43	1,84	0,54	0,37	0,15	0,19	0,30	0,29
Liguria	6,56	4,06	0,36	2,14	0,49	0,34	0,29	0,36	0,32	0,34
Emilia-Romagna	5,72	3,67	0,36	1,69	0,38	0,36	0,12	0,39	0,09	0,36
Toscana	6,21	4,24	0,37	1,60	0,41	0,38	0,13	0,24	0,15	0,29
Umbria	7,45	5,00	0,52	1,93	0,60	0,43	0,08	0,19	0,21	0,40
Marche	7,18	4,64	0,43	2,12	0,62	0,45	0,12	0,30	0,34	0,29
Lazio	5,96	3,14	0,34	2,49	0,49	0,33	0,28	0,79	0,27	0,34
Abruzzo	7,58	4,61	0,45	2,52	0,72	0,50	0,18	0,42	0,37	0,32
Molise	11,12	5,98	0,57	4,56	0,79	0,83	0,78	1,27	0,44	0,46
Campania	9,84	5,26	0,54	4,04	0,88	0,65	0,74	1,01	0,51	0,25
Puglia	10,82	5,97	0,58	4,27	0,94	0,79	0,43	1,18	0,46	0,46
Basilicata	9,98	6,23	0,59	3,16	0,76	0,76	0,35	0,21	0,76	0,31
Calabria	11,05	6,48	0,72	3,85	1,03	0,82	0,40	0,66	0,52	0,42
Sicilia	10,40	5,80	0,56	4,04	1,00	0,71	0,63	0,91	0,47	0,32
Sardegna	10,56	6,72	0,63	3,21	0,96	0,66	0,39	0,37	0,45	0,37
Italia	**6,76**	**3,95**	**0,38**	**2,42**	**0,53**	**0,41**	**0,29**	**0,56**	**0,24**	**0,38**

Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat. Anno 2015.

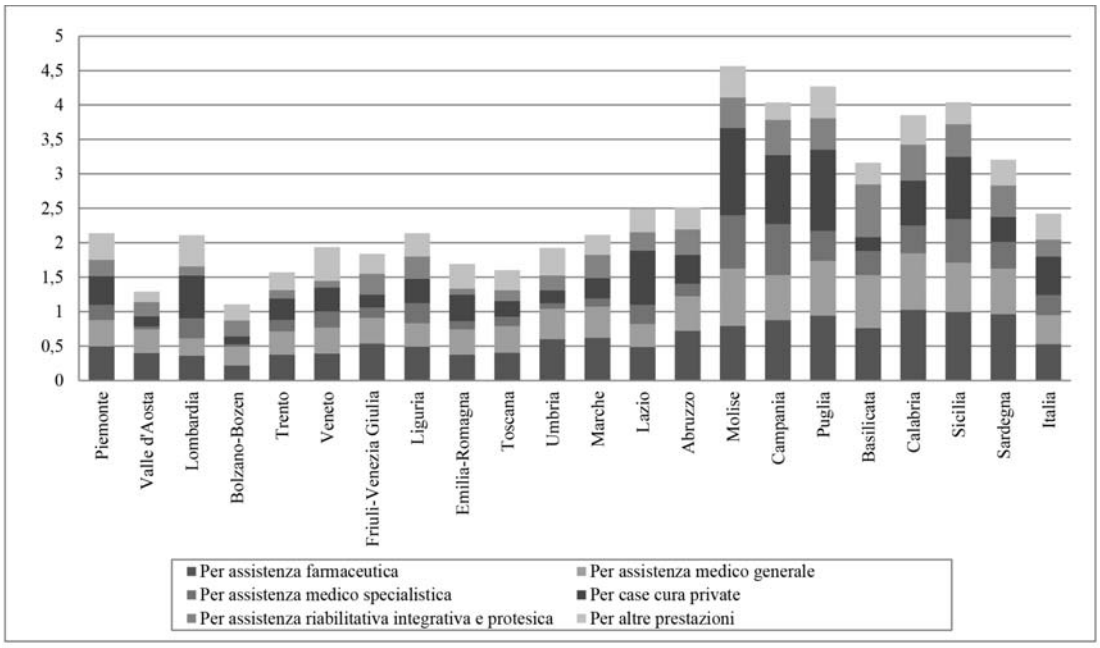
Grafico 1 - Spesa (valori percentuali) sanitaria pubblica corrente per funzione in rapporto al PIL per regione - Anno 2013



Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat. Anno 2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 332

Grafico 2 - Spesa (valori percentuali) sanitaria pubblica corrente in convenzione per singola prestazione sociale in rapporto al PIL per regione - Anno 2013



Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat. Anno 2015.

Raccomandazioni di Osservasalute

I valori della spesa sanitaria pubblica rispetto al PIL evidenziano che la quota di risorse finanziarie che le regioni utilizzano per le diverse funzioni, rispetto a quanto complessivamente prodotto nel periodo di riferimento, varia nelle diverse realtà con valori maggiori nelle regioni del Meridione. Questo risultato evidenzia che il peso dell'assistenza sanitaria rispetto al sistema produttivo è variabile fra le regioni e che in assenza di meccanismi perequativi sarebbe più gravoso nelle regioni a basso reddito assicurare livelli omogenei di prestazioni.

La stessa varietà si riscontra anche nella composizione della spesa per funzione, con regioni che dedicano più risorse all'erogazione diretta di prestazioni e altre che invece tendono a spendere in misura maggiore per le prestazioni in convenzione destinando, in particolare, maggiori risorse all'assistenza farmaceutica e alle prestazioni ospedaliere per case di cura.

Certamente questo spaccato regionale può essere condizionato da numerosi fattori. Innanzitutto il diverso quadro epidemiologico della popolazione di riferimento e la diversa numerosità e composizione della popolazione stessa, che possono determinare la necessità di una maggiore erogazione di servizi sanitari. In secondo luogo, e soprattutto con riferimento a certe voci di spesa come quelle relative alla spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per case di cura private, una diversa politica sanitaria intrapresa nel passato dalle regioni ha determinato un diverso mix pubblico/privato nelle strutture di offerta. In terzo luogo, può aver pesato la diversa politica di contenimento della spesa, dall'introduzione dei ticket all'erogazione diretta di farmaci o per conto delle Aziende Sanitarie, alla rivisitazione dei posti letto accreditati ed al miglioramento nell'appropriatezza prescrittiva.

Le raccomandazioni prospettabili sono, da un lato che le regioni programmino le modalità con cui erogare le prestazioni al fine di evitare di duplicare l'offerta finanziando strutture pubbliche e pagando contemporaneamente anche strutture private, dall'altro che le regioni adeguino l'offerta di prestazioni alle effettive esigenze della popolazione in modo da garantire appropriatezza delle prestazioni erogate e di evitare che analoghi bisogni di salute vengano soddisfatti in regioni diverse con tipologia e quantità di prestazioni differenti ed un diverso utilizzo di risorse.

Riferimenti bibliografici

(1) OECD. Health Statistics. Anno 2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:29 Pagina 333

Spesa sanitaria pubblica pro capite

Significato. Nel presente Capitolo viene presentato un importante indicatore della spesa sanitaria: la spesa sanitaria pubblica corrente rispetto alla popolazione residente, per l'intera Nazione e in ciascuna singola regione.
L'indicatore fornisce una misura dell'ammontare delle risorse monetarie utilizzate in media per ogni individuo di una data regione e, di conseguenza, dell'intera Nazione, 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 garantire i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e sia per gli altri servizi socio-sanitari 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. Inoltre, tale indicatore, essendo espresso in euro correnti, e quindi fisiologicamente in crescita al crescere dei prezzi dei prodotti e servizi, non rappresenta la quantità di servizi garantiti a ciascuno.
L'indicatore esprime la spesa pro capite al lordo della mobilità, cioè comprende la spesa che la regione sostiene a fronte di prestazioni erogate per cittadini residenti in altre regioni e non conteggia la spesa per prestazioni garantite ai propri cittadini da parte di regioni diverse. In tal senso, la spesa pro capite potrebbe essere sotto o sovrastimata.

Spesa sanitaria pubblica pro capite

$$\text{Numeratore} = \text{Spesa sanitaria pubblica}$$

$$\text{Denominatore} = \text{Popolazione media residente}$$

Validità e limiti. L'indicatore sulla spesa sanitaria pubblica pro capite ha la validità di fornire una prima indicazione della quantità di risorse monetarie che il settore pubblico destina all'assistenza sanitaria dei residenti di ogni regione e di consentire una valutazione delle eventuali disparità tra le regioni.
Per contro, tale indicatore non è avulso da alcuni limiti. Il primo è la sua incapacità di tenere conto del differente livello di bisogno assistenziale tra le regioni dovuto, prevalentemente, alla diversa composizione della popolazione per età, genere e quadro epidemiologico. A parità di spesa pro capite, regioni con molti giovani e, quindi, presumibilmente, con minori bisogni attesi, saranno avvantaggiate rispetto a regioni con molti anziani.
Il secondo limite consiste nel fatto che non consente di valutare 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 risorse saranno in grado di assicurare maggiori servizi con un maggiore contributo allo stato di salute della popolazione.

Valore di riferimento/Benchmark. Non essendoci benchmark specifici, per i valori regionali sono ipotizzabili come valori di riferimento quelli nazionali e, per il dato nazionale, quelli dei Paesi dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE).

Descrizione dei risultati

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.
Con tale valore medio, l'OCSE pone l'Italia tra i Paesi che spendono meno, tra i 32 dell'area OCSE, in termini pro capite. Nell'ultimo anno, ad esempio, il Canada ha, infatti, speso oltre il 100% in più per ogni cittadino rispetto all'Italia, la Germania il 68% e la Finlandia il 35%, con la conseguenza che l'Italia si posiziona all'estremo inferiore dei valori pro capite insieme a Paesi per lo più dell'Europa dell'Est.
La spesa pro capite più alta si registra in Molise (2.226€) e la più bassa in Campania (1.689€). Il gap è di 537€.
La distribuzione della spesa fra le regioni si presenta disomogenea senza, però, un netto gradiente Nord-Sud ed Isole. Fra il 2013 e il 2014, 12 regioni hanno ridotto la loro spesa sanitaria pro capite, mentre 9 ne hanno incrementato il valore. Fra queste ultime, 3 sono regioni in Piano di Rientro (Campania +0,18%, Puglia +1,07% e Molise +6,23%). Le regioni più virtuose, con una riduzione >2%, appartengono al Nord Italia (Friuli Venezia Giulia, Valle d'Aosta e Piemonte). Nonostante l'incremento della spesa pro capite dell'ultimo anno in alcune regioni, l'analisi condotta nel periodo 2010-2014 evidenzia un trend in diminuzione, con un tasso medio composto annuo di -0,58% a livello nazionale. Quindici regioni, variamente distribuite sul territorio italiano, registrano un tasso medio annuo composto in riduzione e per la maggior parte di esse il valore si posiziona nel range compreso tra -0,30% e -1,00%. Sei regioni, invece, hanno costantemente incrementato la spesa sanitaria pubblica pro capite nel periodo 2010-2014. Si tratta di Emilia-Romagna, Lombardia, PA di Trento per il Nord Italia, Umbria per il Centro, Molise e Sardegna per il Meridione. Il Molise, è in Piano di Rientro.

M. M. GIANINO, L. GIRALDI

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 334

Tabella 1 - Spesa (valori in €) sanitaria pubblica pro capite, variazioni percentuali e tasso medio composto annuo (valori percentuali) per regione - Anni 2010-2014

Regioni	2010	2011	2012	2013	2014	Δ % (2010-2014)	Δ % (2013-2014)	Tassi medi composti annui (2010-2014)
Piemonte	1.922	1.906	1.904	1.847	1.805	-6,05	-2,23	-1,55
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	2.187	2.237	2.193	2.160	2.094	-4,23	-3,06	-1,07
Lombardia	1.825	1.850	1.814	1.807	1.842	0,97	1,96	0,24
Bolzano-Bozen	2.219	2.235	2.307	2.231	2.187	-1,45	-1,99	-0,37
Trento	1.895	1.943	1.990	1.943	1.924	1,54	-0,95	0,38
Veneto	1.754	1.745	1.734	1.724	1.726	-1,58	0,10	-0,40
Friuli Venezia Giulia	2.001	2.045	2.060	2.040	1.960	-2,06	-3,93	-0,52
Liguria	2.070	2.061	2.019	1.999	2.014	-2,72	0,72	-0,69
Emilia-Romagna	1.850	1.863	1.893	1.872	1.855	0,25	-0,89	0,06
Toscana	1.889	1.902	1.853	1.813	1.832	-2,99	1,08	-0,76
Umbria	1.837	1.846	1.874	1.827	1.850	0,70	1,23	0,17
Marche	1.832	1.816	1.784	1.791	1.781	-2,81	-0,58	-0,71
Lazio	1.996	1.987	1.998	1.923	1.904	-4,61	-0,98	-1,17
Abruzzo	1.774	1.789	1.795	1.756	1.753	-1,19	-0,20	-0,30
Molise	2.162	2.095	2.123	2.095	2.226	2,93	6,23	0,72
Campania	1.791	1.748	1.718	1.686	1.689	-5,69	0,18	-1,45
Puglia	1.843	1.794	1.763	1.764	1.783	-3,29	1,07	-0,83
Basilicata	1.862	1.885	1.822	1.833	1.829	-1,78	-0,23	-0,45
Calabria	1.778	1.751	1.745	1.715	1.711	-3,74	-0,23	-0,95
Sicilia	1.775	1.769	1.752	1.731	1.707	-3,81	-1,36	-0,97
Sardegna	1.958	1.982	2.049	1.994	2.041	4,21	2,33	1,04
Italia	**1.860**	**1.856**	**1.844**	**1.816**	**1.817**	**-2,32**	**0,04**	**-0,59**

Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat. Anno 2015.

Raccomandazioni di Osservasalute

La prima raccomandazione è legata all'indicatore.
Pare, infatti, utile continuare nel suo utilizzo, nonostante i limiti intrinseci, per due ragioni sostanziali. La prima risiede nel fatto che permette di valutare l'ammontare di risorse che la regione e la Nazione utilizzano per la promozione e il mantenimento dello stato di salute della popolazione, divenendo così un importante strumento del pannello di controllo della spesa sanitaria e del suo andamento. La seconda è legata al fatto che si tratta di un indicatore utilizzato nei diversi Paesi dell'OCSE e, come tale, la sua misurazione consente un confronto a livello internazionale.
La seconda raccomandazione nasce dai risultati emersi per i quali si denota una certa disomogeneità fra le diverse realtà italiane. Tali differenziali sono, certamente, di difficile valutazione poichè possono derivare, almeno in parte, da differenziali nei livelli di bisogno, ma possono anche essere causati da sprechi e inefficienze (per esempio consumo inappropriato di prestazioni ed elevati costi unitari), dall'erogazione di livelli di assistenza superiori a quelli essenziali e da organizzazioni dei servizi non coerenti con i bisogni della popolazione.
Certamente, qualunque sia il concorso di cause, pare evidente che, nel tempo, permangono le distanze fra le varie regioni e che, presumibilmente, le regioni hanno adottato comportamenti disomogenei nell'attivare gli interventi necessari per superare le criticità presenti sul proprio territorio.
Tale conclusione appare più evidente in relazione alle regioni in Piano di Rientro. Delle 8 regioni, 7 (Abruzzo, Campania, Calabria, Lazio, Piemonte, Puglia e Sicilia) registrano una diminuzione della spesa nel periodo 2010-2014, ma 2 (Campania e Puglia) hanno invertito la propria tendenza nell'ultimo anno, mentre l'ottava regione, il Molise, ha sempre incrementato la propria spesa in tutto l'arco temporale analizzato.
È, quindi, raccomandabile una maggiore attenzione da parte delle regioni alle modalità di utilizzo delle risorse finanziarie in ambito sanitario, al fine di perseguire l'obiettivo prioritario di salvaguardare e/o migliorare lo stato di salute dei propri cittadini anche attraverso la garanzia dei livelli di assistenza uniformemente in tutto il territorio italiano.
La terza raccomandazione è legata alla disponibilità di idonei flussi di informazione. La conseguenza è che occorrerebbe investire maggiormente sulla qualità dei dati laddove già esistono, come ad esempio la spesa per LEA, e sulla attivazione di nuovi flussi laddove ancora mancanti o insufficienti, come la rilevazione delle prestazioni offerte dalla componente territoriale delle Aziende Sanitarie Locali. In tal modo si alimenterebbe un database da cui trarre informazioni di outcome, tipologia di prestazioni e spesa correlata, tali da permettere di introdurre cambiamenti di politica sanitaria e gestionali più mirati.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 335

Disavanzo/avanzo sanitario pubblico pro capite

Significato. L'indicatore misura l'entità dei disavanzi, in termini pro capite, dei Servizi Sanitari Regionali (SSR). Intende, quindi, riflettere la sostenibilità economico-finanziaria dei SSR stessi. La presenza generalizzata di disavanzi ampi e/o crescenti nel tempo segnala una strutturale divaricazione nel livello e/o nella dinamica di finanziamenti e costi, quindi problemi di sostenibilità del sistema nel suo complesso. I medesimi fenomeni, se circoscritti ad alcune regioni, sono, invece, probabile sintomo di difficoltà gestionali. Una progressiva riduzione dei disavanzi e un correlato ampliamento del numero di regioni in equilibrio segnalano, d'altra parte, una ritrovata sostenibilità.

Metodologia. In passato i dati erano tratti dalla Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese (RGSEP) che, però, è stata pubblicata solo fino all'Edizione 2012. Attualmente, dati analoghi vengono pubblicati dalla Ragioneria Generale dello Stato (RGS) in un Rapporto di "Monitoraggio della Spesa Sanitaria", giunto, nel 2015, alla 2ª edizione (1). Le principali differenze tra le due serie di dati riguardano il trattamento delle "risorse aggiuntive da bilancio regionale" o "contributi da regione extra fondo per la copertura dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)" e degli eventuali utili conseguiti da singole aziende.
Le "risorse aggiuntive da bilancio regionale", nella RGSEP, venivano incluse tra i ricavi purché assegnate "per assicurare ex-ante l'equilibrio economico-finanziario" del SSR (2) anziché per coprire ex-post i disavanzi dell'esercizio. Nel Rapporto di Monitoraggio RGS, invece, tali risorse vengono sempre escluse dai ricavi, in quanto considerate "risorsa aggiuntiva regionale rispetto al finanziamento ordinario e all'ordinario sistema delle entrate proprie, [conferita] per il raggiungimento dell'equilibrio economico" (3). Si noti che, in questo modo, si finisce per assimilare situazioni profondamente diverse. In particolare, vengono trattate in modo uniforme tre diverse fattispecie, in cui le risorse aggiuntive: sono stanziate ex-ante, ossia per lo stesso esercizio in cui si sosterranno i correlati costi; sono stanziate ex-post, ossia negli esercizi successivi a quello in cui si sono sostenuti i correlati costi, a copertura dei relativi disavanzi; sono, come nella fattispecie precedente, stanziate ex-post a copertura dei disavanzi, ma risultavano già "preordinate" allo scopo, in virtù degli impegni assunti con la sottoscrizione del Piano di Rientro. Complessivamente, l'innovazione apportata dal Rapporto di Monitoraggio RGS, rispetto alla metodologia precedentemente utilizzata nella RGSEP, comporta un peggioramento sia del dato totale nazionale[1] sia, più specificamente, dei risultati relativi ad alcune regioni: in particolare, quelle regioni a statuto ordinario (principalmente Piemonte ed Emilia-Romagna) che più sistematicamente hanno destinato ex-ante al proprio SSR risorse aggiuntive da bilancio regionale, nonché le regioni a statuto speciale (Sicilia esclusa) e le PA, che coprono interamente con proprie risorse la spesa sanitaria, impiegando somme spesso molto superiori al fabbisogno sanitario regionale standard, come deliberato dal Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica.
Quanto agli eventuali utili conseguiti da singole aziende, nella RGSEP si operava una semplice somma algebrica tra gli utili e le perdite delle aziende del SSR, sicché gli utili contribuivano a migliorare il risultato economico consolidato del SSR stesso. Nel Rapporto di Monitoraggio RGS, invece, tali utili vengono esclusi dalla determinazione del risultato economico consolidato del SSR, a meno che "la regione, tramite atto formale, renda noto agli Enti del SSR in utile l'eventuale volontà di disporre del risultato positivo d'esercizio in eccedenza destinandolo alla copertura delle perdite dell'intero SSR con l'indicazione del relativo importo" (1). Complessivamente, dunque, anche questa innovazione apportata dal Rapporto di Monitoraggio RGS comporta un peggioramento sia del dato totale nazionale sia, più specificamente, dei risultati relativi delle regioni che presentano aziende in utile[2].
Nell'interpretazione dei dati è, inoltre, opportuno considerare la presenza di una duplice discontinuità nella serie storica, tra il 2010-2011 e tra il 2011-2012. In passato, infatti, veniva impiegata una configurazione di risultato economico che escludeva alcune voci non monetarie di costo e di ricavo, tra cui, principalmente, gli ammortamenti e le relative sterilizzazioni. Questa impostazione è stata modificata parzialmente nel 2011 e ulteriormente nel 2012. Nel 2011, in particolare, si è presa in considerazione "la quota degli ammortamenti non sterilizzati di competenza 2011 dei beni ad utilità ripetuta entrati in produzione negli anni 2010 e 2011 e, su richiesta regionale, anche degli altri ammortamenti non sterilizzati relativi a beni entrati in produzione prima del 2010" (4). Dal 2012, vengono integralmente prese in considerazione tutte le voci di costo e ricavo.
Nel 2012, inoltre, è entrato in vigore il D. Lgs. n. 118/2011, che ha sostituito le precedenti regole contabili statuite dalle singole regioni con una disciplina uniforme a livello nazionale, prevalentemente mutuata dal codice civile. Ciò ha comportato un mutamento talvolta significativo nei criteri di valutazione impiegati per la redazione del bilancio. Ha, inoltre, "comportato che,

[1] In misura pari a 1.530, 1.343, 1.190, 1.470, 1.729, 1.436, 1.082 milioni di euro per gli esercizi dal 2006 al 2012.
[2] Per il 2014, spicca il caso del Veneto, che si è visto ridurre il risultato consolidato in misura pari a 23,8 milioni di euro.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 336

nel 2012, le regioni hanno effettuato una puntuale riconciliazione tra le posizioni debitorie e creditorie risultanti dai bilanci di esercizio degli Enti dei SSR con i dati del bilancio regionale [...]. Tale attività di ricognizione si è riflessa, in parte, sui valori registrati nel conto economico con riferimento alle componenti straordinarie attive e passive" (2); per altra parte ha fatto, inoltre, emergere "situazioni relative ad anni pregressi", che apparentemente non sono state poste a carico dei bilanci 2012, ma a cui occorrerà comunque "dare copertura finanziaria"[3].

Disavanzo/avanzo sanitario pubblico pro capite

Numeratore	Costi-Ricavi
Denominatore	Popolazione media residente

Validità e limiti. L'indicatore fornisce una informazione di prima approssimazione sulla performance economico-finanziaria dei SSR. Valori elevati e/o tassi di incremento superiori alla media segnalano specifiche difficoltà e, quindi, la necessità di intervenire sulla struttura e sul funzionamento del SSR per contenerne i costi e/o di richiedere alla regione uno "sforzo fiscale" per incrementare le risorse disponibili.
I limiti dell'indicatore si possono classificare in due gruppi. Un primo gruppo di limiti concerne la qualità dei dati. Non tutte le Aziende Sanitarie pubbliche hanno sistemi contabili pienamente adeguati come dimostrano, tra l'altro, la frequente revisione dei dati pubblicati negli anni precedenti e la citata emersione di sopravvenienze e insussistenze relative ad anni pregressi. Per la sua natura "politicamente sensibile", inoltre, il dato si rivelava, talvolta, soprattutto in passato e in alcune regioni, lacunoso, ritardato e assoggettato a politiche di bilancio. Le prassi di redazione dei bilanci consolidati dei SSR, infine, presentano ancora alcune rilevanti criticità. In prospettiva, miglioramenti dovrebbero derivare dalle recenti iniziative in tema di armonizzazione contabile da un lato (D. Lgs. n. 118/2011 s.m.i.), di "certificabilità" dei bilanci aziendali e consolidati dall'altro (Patto per la Salute 2010-12, DM 17 settembre 2012, DM 1 marzo 2013).
Un secondo gruppo di limiti concerne, invece, la capacità dell'indicatore di riflettere i fenomeni sottostanti. Innanzi tutto, l'indicatore non può essere utilizzato direttamente come misura delle "responsabilità" regionali, in quanto i ricavi derivano, principalmente, dal sistema nazionale di finanziamento, secondo criteri di ponderazione che solo teoricamente approssimano i bisogni reali delle popolazioni regionali. Inoltre, come già segnalato, l'indicatore, così come costruito sui dati RGS, finisce per assimilare situazioni di impiego programmato di risorse aggiuntive regionali a situazioni di disavanzo inatteso e/o indesiderato cui la regione deve porre rimedio. Per la sua natura aggregata, infine, l'indicatore non consente di risalire alle voci di ricavo o di costo maggiormente responsabili del disavanzo stesso. In ogni caso va, poi, ricordato che l'equilibrio economico-finanziario è condizione necessaria, ma certo non sufficiente, per il buon funzionamento dei SSR: le performance dei SSR vanno misurate e valutate anche e soprattutto in termini di capacità di garantire i LEA e, in ultima analisi, di tutelare la salute.

Valore di riferimento/Benchmark. Come benchmark si può utilizzare il pareggio di bilancio, ormai conseguito in numerose regioni. Un utile riferimento resta, comunque, il dato medio nazionale.

Descrizione dei risultati

Nel 2014, il disavanzo sanitario nazionale, calcolato con la metodologia RGS (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). Malgrado il peggioramento indotto dalle citate modifiche nella configurazione di disavanzo adottata, si conferma così, ancora una volta, il trend di sistematica riduzione che ha fatto registrare, per ogni anno dal 2005 in poi, un disavanzo inferiore a quello dell'esercizio precedente. Ciò per effetto di tassi di incremento dei ricavi rispetto all'esercizio precedente che, dal 2005 in poi, con rarissime eccezioni, si sono costantemente ridotti, ma altrettanto costantemente sono stati superiori ai corrispondenti tassi di incremento dei costi.
Anche a livello pro capite (Tabella 1), il disavanzo 2014 (14€) è il più basso dell'intero arco temporale generalmente considerato (ossia dal 2006-2014). Nel confronto interregionale, spiccano gli enormi disavanzi di alcune regioni a statuto speciale e delle PA che vanno, però, considerati relativamente fisiologici perché, generalmente, frutto di un'esplicita volontà di destinare al SSR un ammontare di risorse superiore a quello considerato sufficiente dal Comitato Interministeriale

[3] In particolare: "a) per la regione Piemonte [...] l'importo di €883 mln [ossia circa €199 pro capite] derivante dalla distrazione di risorse del SSR da parte del bilancio regionale; b) per la regione Puglia, [...] l'importo di €292 mln [ossia circa €71 pro capite] derivante dalla distrazione di risorse del SSR da parte del bilancio regionale; c) per la regione Marche [...] la perdita pregressa dell'IRCCS INRCA (€88,479 mln) [pari a circa €57 pro capite]" (5).

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 337

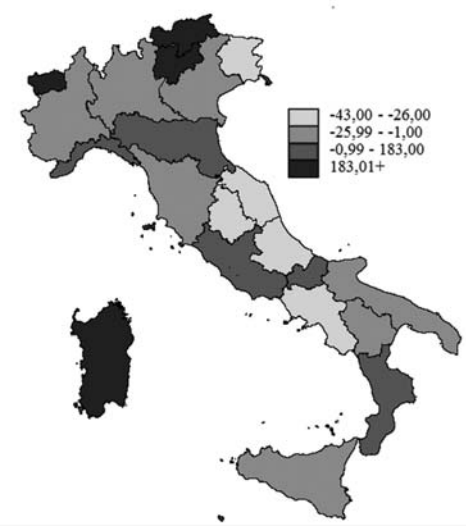
per la Programmazione Economica per coprire il fabbisogno sanitario regionale standard. Tra le regioni a statuto ordinario, sono in equilibrio tutte le regioni del Centro-Nord, tranne la Liguria (che presenta un disavanzo di 46€ pro capite), e tutte le regioni del Centro-Sud, tranne Lazio, Molise e Calabria (che presentano disavanzi, rispettivamente, pari a 70€, 183€ e 21€ pro capite). Particolarmente significativa è l'evoluzione rispetto al 2006 (primo esercizio per il quale sono disponibili i disavanzi calcolati con la metodologia RGS) quando tutte le regioni erano in disavanzo, ad eccezione di Lombardia e Basilicata.

Tabella 1 - Disavanzo/avanzo (valori in €) sanitario pubblico pro capite per regione - Anni 2006, 2013, 2014

Regioni	2006	2013	2014
Piemonte	77	7	-11
Valle d'Aosta-Vallé d'Aoste	585	415	290
Lombardia	0	-1	-1
Bolzano-Bozen	590	373	304
Trento	300	421	399
Veneto	32	-1	-1
Friuli Venezia Giulia	4	31	-37
Liguria	59	50	46
Emilia-Romagna	72	-0	-0
Toscana	28	-3	-1
Umbria	65	-5	-26
Marche	32	-31	-43
Lazio	371	120	70
Abruzzo	154	-8	-27
Molise	209	317	183
Campania	130	-2	-34
Puglia	52	10	-6
Basilicata	-5	0	-4
Calabria	27	17	21
Sicilia	214	-0	-1
Sardegna	78	234	207
Italia	**104**	**29**	**14**

Fonte dei dati: MEF-RGS (2015). Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n. 2. Roma.

Disavanzo/avanzo (valori in €) sanitario pubblico pro capite per regione. Anno 2014



Raccomandazioni di Osservasalute

Le indicazioni di politica sanitaria riguardo ai disavanzi sono da ritenersi estremamente specifiche, perché correlate alla genesi dei disavanzi stessi (sottofinanziamento, sovracapacità e/o sovraproduzione, inefficienza etc.). È, quindi, condivisibile la scelta di concordare Piani di Rientro ritagliati sulle specificità e potenzialità delle singole regioni, mentre è inopportuno fermarsi ai valori nazionali.

In generale, comunque, i risultati conseguiti nel 2014,

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 338

nonché negli anni immediatamente precedenti, in una situazione di sostanziale stabilità del finanziamento complessivo, possono essere ricondotti al rafforzamento delle regole di responsabilizzazione delle regioni sui propri equilibri economico-finanziari (per esempio l'abbassamento della soglia di disavanzo che rende obbligatoria la predisposizione di un Piano di Rientro) e dei relativi sistemi di monitoraggio, alle specifiche misure di contenimento della spesa messe in atto a livello sia nazionale (per esempio il blocco dei contratti collettivi nazionali di lavoro, interventi in materia di farmaci etc.) sia regionale, soprattutto nell'ambito dei Piani di Rientro e dei programmi operativi (per esempio riorganizzazione della rete ospedaliera, assegnazione di tetti di spesa e budget agli operatori privati accreditati, blocco del turnover, introduzione o innalzamento dei ticket etc.), nonché alle specifiche iniziative di "efficientamento" poste in essere dalle aziende.

La generalizzata riduzione dei deficit, il miglioramento della situazione nella maggior parte delle regioni assoggettate a Piano di Rientro e la presenza di numerose regioni in equilibrio inducono anche quest'anno, per quanto riguarda la dimensione economico-finanziaria, a un cauto ottimismo. I dati confermano, infatti, che il Servizio Sanitario Nazionale è riuscito a bloccare la tradizionale dinamica espansiva della spesa e ad allinearsi alle limitate disponibilità finanziarie dello Stato, malgrado l'invecchiamento della popolazione, i costi indotti dal progresso tecnologico e le forme di deprivazione socio-economica prodotte dalla crisi.

Va, però, evidenziato come l'equilibrio sia ancora relativamente fragile, per almeno due motivi: è espresso da sistemi contabili che non sono ancora pienamente attendibili e che peraltro, guadagnando attendibilità potrebbero far emergere ulteriori disavanzi pregressi; è stato largamente conseguito tramite iniziative (blocco o riduzione dei volumi e dei prezzi dei fattori produttivi e contenimento dei consumi sanitari) che difficilmente potranno essere mantenute nel medio periodo o, comunque, produrre ulteriori risparmi.

Riferimenti bibliografici

(1) MEF-RGS. 2015. Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n. 2. Roma.
(2) RGSEP 2012, p. 210.
(3) RGS 2015, p. 141.
(4) RGSEP 2011, p. 189.
(5) MEF-RGS, 2014, Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n. 1. Roma.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 339

Entità, evoluzione e copertura delle perdite accumulate dalle Aziende Sanitarie pubbliche

Prof. Eugenio Anessi Pessina, Prof.ssa Elena Cantù

Introduzione e obiettivi dell'analisi

A quanto ammontano le perdite accumulate dalle Aziende Sanitarie pubbliche? In che misura sono state coperte? I dati sull'equilibrio economico-finanziario delle Aziende Sanitarie pubbliche e dei Servizi Sanitari Regionali (SSR) si focalizzano, generalmente, sui risultati economici annuali. Si presume, poi, che gli eventuali disavanzi vengano coperti per effetto dei vincoli e dei meccanismi previsti dalla normativa vigente e, in particolare, dalla procedura annuale di verifica dell'equilibrio dei conti sanitari regionali ex art. 1, c. 174, Legge n. 311/2004.

In realtà, però, è plausibile che i disavanzi non siano stati interamente coperti, sia perché per lungo tempo l'obbligo di copertura ha riguardato configurazioni di disavanzo che escludevano alcune voci (tra cui, principalmente, gli ammortamenti e le relative sterilizzazioni), sia perché i controlli sull'effettiva destinazione al SSR delle risorse aggiuntive raccolte dalle regioni non sono sempre stati pienamente efficaci. Non a caso, a partire dal 2013, lo Stato ha avviato un'impegnativa operazione di anticipazione di liquidità alle regioni (DL n. 35/2013, n. 102/2013 e n. 66/2014) per complessivi 17.039 milioni di euro, appunto a fronte di: 1. "ammortamenti non sterilizzati antecedenti all'applicazione del D. Lgs. n. 118/2011"; 2. "mancate erogazioni per competenza e/o per cassa delle somme dovute dalle regioni ai rispettivi servizi sanitari regionali a titolo di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), ivi compresi i trasferimenti di somme dai conti di tesoreria e dal bilancio statale e le coperture regionali dei disavanzi sanitari"[1].

Il tema dei disavanzi non coperti, seppur all'apparenza molto tecnico, riveste grande importanza per il concreto funzionamento delle Aziende Sanitarie pubbliche. A parità di altre condizioni, infatti:

- i disavanzi, se non coperti, erodono il patrimonio netto aziendale;
- poiché il patrimonio netto è pari alla differenza tra le attività e le passività patrimoniali dell'azienda, l'erosione del patrimonio netto riflette tipicamente un'erosione delle attività e/o un'espansione delle passività;
- l'erosione delle attività si manifesta attraverso fenomeni, quali la contrazione delle disponibilità di cassa e l'incapacità di rinnovare adeguatamente i cespiti;
- l'espansione delle passività si manifesta, principalmente, attraverso l'allungamento dei tempi di pagamento ai fornitori.

Metodi

Per indagare il fenomeno, si sono presi in considerazione i dati di stato patrimoniale (cosiddetti "modelli SP") delle Aziende Sanitarie pubbliche e dei SSR per il periodo 2008-2014. Il 2008 è stato scelto come inizio del periodo considerato, principalmente, per tre motivi: 1. è l'anno di manifestazione della crisi economica globale; 2. in quell'anno è entrata in vigore una nuova versione dei modelli ministeriali SP, con profonde modifiche rispetto alla versione precedente; 3. è il primo anno di piena operatività dei Piani di Rientro (almeno di quelli approvati nel 2007).

Su tale base si sono determinati, per ogni regione e per ogni anno, quattro indicatori, separatamente per: il bilancio consolidato del SSR[2]; la Gestione Sanitaria Accentrata presso la Regione (GSA)[3]; l'insieme delle aziende:

A. il risultato d'esercizio[4];

B. le perdite accumulate e non coperte dall'assegnazione di appositi contributi. Le perdite rilevate negli esercizi precedenti a quello cui il bilancio si riferisce trovano collocazione nella voce "utili/perdite portati a nuovo". A fronte delle perdite, le regioni trasferiscono alle aziende appositi contributi a copertura. Tali contributi sono spesso trasferiti in due fasi: prima l'assegnazione, poi l'effettiva erogazione di liquidità. I contributi assegnati, ma non ancora erogati, trovano collocazione nella voce "contributi per ripiano perdite". I contributi assegnati e già erogati vengono, invece, portati a diretta riduzione della voce "utili/perdite portati a nuovo"[5]. Per

[1] Ministero dell'Economia e delle Finanze-Ragioneria Generale dello Stato (2015). Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n. 2. Roma.

[2] Codice azienda "999".

[3] Codice azienda "000". Il termine "Gestione Sanitaria Accentrata presso la Regione" è stato introdotto dal D. Lgs. n. 118/2011. Precedentemente si parlava di "spesa diretta regionale".

[4] Voce "PA0600--A.VI) utile (perdita) d'esercizio" per i modelli 2008-2011; voce "PAA220--A.VII) utile (perdita) d'esercizio" per i modelli 2012-2014.

[5] Infatti, "i contributi per ripiano perdite sono rilevati in un'apposita voce del patrimonio netto sulla base del provvedimento regionale di assegnazione, con contestuale iscrizione di un credito verso regione. Al momento dell'incasso del credito, il contributo viene stornato dall'apposita voce del patrimonio netto e portato a diretta riduzione della perdita all'interno della voce «utili e perdite portati a nuovo»" (art. 29, c. 1, lett. d D. Lgs. n. 118/2011). Si noti però che, prima dell'entrata in vigore del D. Lgs. n. 118/2011, vigevano tra le regioni prassi differenziate.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 340

determinare l'entità delle "perdite accumulate e non coperte dall'assegnazione di appositi contributi" si è, quindi, provveduto a sommare algebricamente tre valori: risultato d'esercizio, utili/perdite portati a nuovo[6] e contributi per ripiano perdite[7];
C. le perdite accumulate e non coperte dall'incasso di appositi contributi. Questo indicatore è più restrittivo del precedente perché non tiene conto delle coperture che, pur essendo state assegnate, non risultano erogate come liquidità. È, quindi, calcolato come somma algebrica tra risultato d'esercizio e utili/perdite portati a nuovo.
D. la somma delle perdite rilevate nel tempo, posta per il 2008 pari alle "perdite accumulate e non coperte dall'incasso di appositi contributi" (ossia all'indicatore di cui al punto precedente) e, successivamente, incrementata, per ogni anno, in misura pari al risultato d'esercizio. Questo indicatore intende rappresentare l'ammontare delle perdite che si sarebbero accumulate, a partire dal 2008, se non fossero intervenute misure di copertura.
Per meglio rappresentare l'evoluzione temporale del fenomeno, infine, le regioni sono state aggregate in due gruppi sulla base dell'assoggettamento ai Piani di Rientro (PdR). Al riguardo, sono state considerate "regioni PdR" tutte le regioni che sono o sono state sottoposte ai PdR e specificamente: Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Liguria, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna e Sicilia. In questo modo, il gruppo delle regioni PdR viene mantenuto costante sull'intero periodo considerato, prescindendo dal fatto che una regione possa essere "entrata" o "uscita" dal PdR nel corso di tale periodo. Si è scelto, invece, di non creare un gruppo ad hoc per le regioni a statuto speciale perché, tra queste, Sicilia e Sardegna sono più significativamente classificabili tra le regioni PdR, mentre le altre hanno un peso relativamente contenuto.

Risultati

Entità delle perdite non coperte al 31 dicembre 2013 e al 31 dicembre 2014

La Tabella 1 presenta l'ammontare delle perdite accumulate e non ancora coperte, con riferimento: 1. alla chiusura degli esercizi 2013 e 2014; 2. sia all'insieme delle Aziende Sanitarie pubbliche che al bilancio consolidato, ossia al SSR nel suo complesso, comprensivo anche della GSA[8]. In particolare, vengono presentate sia le perdite accumulate e non coperte dall'incasso di appositi contributi (indicatore C; colonne 1, 3, 5 e 7 a seconda che ci si riferisca all'insieme delle aziende per il 2013, al consolidato 2013, all'insieme delle aziende per il 2014, al consolidato 2014), sia le perdite accumulate e non coperte dall'assegnazione di appositi contributi (indicatore B; colonne 2, 4, 6 e 8).
Alla fine del 2014, le Aziende Sanitarie pubbliche presentavano nei propri bilanci un ammontare di perdite accumulate e non coperte dall'incasso di appositi contributi (Tabella 1, colonna 5) pari a 27,5 miliardi di euro, di cui il 65% (17,9 miliardi) attribuibile ad aziende del Lazio, il 10% (2,7 miliardi) della Campania e il 9% (2,5 miliardi) della Calabria. Si rilevava, dunque, un significativo miglioramento rispetto al dato 2013 (33 miliardi di euro - colonna 1), evidentemente dovuto all'erogazione di contributi per ripiano perdite, visto che nel 2014 il sistema delle aziende aveva, complessivamente, sostenuto una perdita di esercizio pari a circa 1,6 miliardi. In particolare, spiccano le riduzioni intervenute nelle perdite accumulate e non coperte delle aziende di Campania, Abruzzo e Veneto.
Informazioni particolarmente significative emergono, poi, se si confrontano i 27,5 miliardi di euro di colonna 5 (perdite accumulate e non coperte dall'incasso di appositi contributi - aziende - 31/12/2014) con il dato di colonna 8 (perdite accumulate e non coperte dall'assegnazione di appositi contributi - consolidato - 31/12/2014). Quest'ultimo indicatore segnala, infatti, che il SSN nel suo complesso, a fine 2014, non presentava più perdite che non fossero state coperte, almeno in termini di assegnazioni: si rilevava, anzi, un leggero utile cumulato (0,2 miliardi). L'indicatore segnala, inoltre, che ciò valeva anche per la maggior parte dei SSR individualmente considerati, con cinque eccezioni, tutte, peraltro, di entità relativamente limitata (Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Molise e Sardegna). La differenza tra i due dati descritti (colonna 5 con -27,5 miliardi di euro e colonna 8 con +0,2 miliardi di euro) può essere così articolata:
- ripiani assegnati alle aziende, ma non ancora erogati alle aziende stesse: 20,4 miliardi di euro[9]. Si tratta, indubbiamente di una somma molto ingente. Peraltro, va sottolineato che questo risultato non trova riscontro nell'entità della voce di bilancio per "Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per ripiano perdite". È, quindi,

[6] Per i modelli 2008-11, differenza tra la voce "PA0500--A.V) utili (perdite) portate a nuovo" e la relativa sottovoce "PA0504--A.V.1.a) Riserve da rivalutazioni"; per i modelli 2012-14, somma tra le voci "PAA210--A.VI) utili (perdite) portati a nuovo", "PAA150--A.IV.4) Riserve da utili di esercizio destinati ad investimenti" e "PAA160--A.IV.5) Riserve diverse".

[7] Voce "PA0400--A.IV) versamenti per ripiani perdite " per i modelli 2008-2011; voce "PAA170--A.V) contributi per ripiano perdite" per i modelli 2012-2014.

[8] Il D. Lgs. n. 118/2011 (art. 32 c. 3) stabilisce che "il patrimonio netto consolidato è determinato dalla somma dei valori di patrimonio netto degli enti consolidati". Di conseguenza, il dato consolidato dovrebbe sempre essere pari alla somma tra il dato relativo all'insieme delle aziende e quello della GSA. In realtà, per alcune regioni e alcuni anni, i dati disponibili non soddisfano tale condizione, presumibilmente per rettifiche apportate al bilancio consolidato successivamente al processo di consolidamento. In tali casi, si sono mantenuti invariati il dato consolidato e il dato relativo all'insieme delle aziende, portando quindi la differenza a rettifica del dato GSA.

[9] Colonna (6) - Colonna (5).

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 341

possibile che, seppur in aperta violazione delle disposizioni statuite dal D. Lgs. n. 118/2011, molte aziende abbiano iscritto nei "contributi per ripiano perdite" dei trasferimenti non solo assegnati, ma anche già incassati, producendo così una forte sopravvalutazione dei "ripiani assegnati alle aziende, ma non ancora erogati" e, di conseguenza, anche delle "perdite accumulate e non coperte dall'incasso di appositi contributi". Di ciò si dovrà tener conto nell'interpretazione di quest'ultimo indicatore;
- ripiani assegnati ed erogati alla GSA, ma da questa non ancora distribuiti alle aziende: 4,3 miliardi di euro[10].
- ripiani assegnati alla GSA, ma non ancora erogati alla GSA né da questa assegnati alle aziende: 3,0 miliardi di euro[11].

Evoluzione temporale dei dati di perdita cumulata, 2008-2014

Il Grafico 1 ed il Grafico 2 approfondiscono, invece, l'evoluzione temporale dei dati di perdita cumulata nel periodo 2008-2014, rispettivamente per le regioni non-PdR e per quelle PdR.
Nelle regioni non-PdR le aziende, complessivamente, presentavano, a fine 2008, perdite cumulate e non ancora coperte dall'incasso di appositi contributi per un totale di 6,1 miliardi di euro (Grafico 1). Per effetto delle perdite sostenute negli esercizi successivi, il dato, se non fossero intervenute ulteriori coperture, sarebbe cresciuto raggiungendo, a fine 2014, un totale di 9,1 miliardi. In realtà, ulteriori coperture sono state assegnate ed anche erogate per cassa, soprattutto a partire dal 2012, sicché a fine 2014 l'ammontare delle perdite cumulate e non coperte da effettivi incassi di liquidità ammontava a soli 1,5 miliardi. Tenendo conto anche delle coperture assegnate alle aziende, ma non ancora erogate, nonché delle coperture assegnate alla GSA, ma non ancora distribuite alle aziende, il dato si riduceva a 0,3 miliardi.
Per le regioni in PdR, i valori sono molto più rilevanti e i disavanzi aziendali apparentemente non ancora coperti con effettive erogazioni di liquidità sono molto più ampi, anche se i trend sono sufficientemente simili a quelli delle regioni non-PdR. A fine 2008, le aziende, complessivamente, presentavano perdite cumulate e non ancora coperte dall'incasso di appositi contributi per un totale di 32,6 miliardi di euro (Grafico 2). Per effetto delle perdite sostenute negli esercizi successivi, il dato, se non fossero intervenute coperture, sarebbe cresciuto di circa 13 miliardi, seppur con incrementi sempre più contenuti nel tempo, raggiungendo a fine 2014 un totale di 45,4 miliardi. In realtà, le aziende si sono viste assegnare ed erogare dei contributi a ripiano delle perdite, soprattutto a partire dal 2012. A fine 2014, pertanto, l'entità delle perdite cumulate e non coperte da effettivi incassi di liquidità ammontava, apparentemente, a 26,0 miliardi, dato comunque ancora molto elevato ma, come detto, probabilmente sovrastimato. Tenendo conto anche delle coperture assegnate alle aziende, ma non ancora erogate, nonché delle coperture assegnate alla GSA, ma non ancora distribuite alle aziende, il dato si annulla e diventa, anzi, positivo per 0,5 miliardi di euro.

Conclusioni

Nello scorso decennio, molte Aziende Sanitarie pubbliche hanno sistematicamente operato in perdita e la copertura delle perdite accumulate è stata soltanto parziale. Alla fine del 2008, per esempio, si rilevavano 38,7 miliardi di euro di perdite accumulate dalle aziende (32,6 nelle regioni PdR e 6,1 nelle altre), di cui 24,7 miliardi di euro (pari a 19,9+4,8) coperti da contributi assegnati, ma non ancora erogati e i rimanenti 14,0 miliardi di euro (pari a 12,7+1,3) non ancora coperti nemmeno in termini di assegnazione. Di qui, tra l'altro, le ben note difficoltà incontrate dalle aziende nel pagamento dei fornitori e nel rinnovo dei cespiti.
Negli anni successivi e, soprattutto, a partire dal 2012, i SSR hanno continuato a rilevare perdite, ma in misura sempre più contenuta. Nel frattempo, sono diventati più stringenti e monitorati gli obblighi di copertura, cui si è aggiunto un ingente trasferimento di liquidità da parte dello Stato. A fine 2014, tutti i disavanzi risultavano così essere stati coperti, almeno in termini di assegnazione, per il complesso del SSN e per la maggioranza dei SSR individualmente considerati. L'unica immediata criticità riguarda le regioni in PdR, dove sembra persistere un elevato ammontare di contributi per ripiano perdite (circa 20 miliardi) che sono stati assegnati alle aziende, ma che dai bilanci, forse erroneamente, non risultano ancora incassati.
Auspicabilmente, quest'ultima criticità (reale o meramente contabile) sarà stata risolta nel corso del 2015. Se così fosse, la combinazione di perdite d'esercizio sempre più ridotte e perdite pregresse finalmente coperte dovrebbe consentire alle aziende di impostare più razionalmente la propria gestione, ferme restando le criticità imposte dal contenimento del finanziamento statale, dall'insostenibilità di alcune misure di riduzione della spesa introdotte negli anni passati nonché, naturalmente, dalla necessità per le regioni di reperire le risorse necessarie per la restituzione, seppur dilazionata, delle somme ricevute dallo Stato come anticipazione di liquidità.

[10] Colonna (7) - Colonna (5).
[11] [Colonna (8) - Colonna (6)] - [Colonna (7) - Colonna (5)].

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 342

Tabella 1- Perdite (miliardi di €) accumulate e non coperte delle Aziende Sanitarie pubbliche e del SSR per regione - Anni 2013, 2014

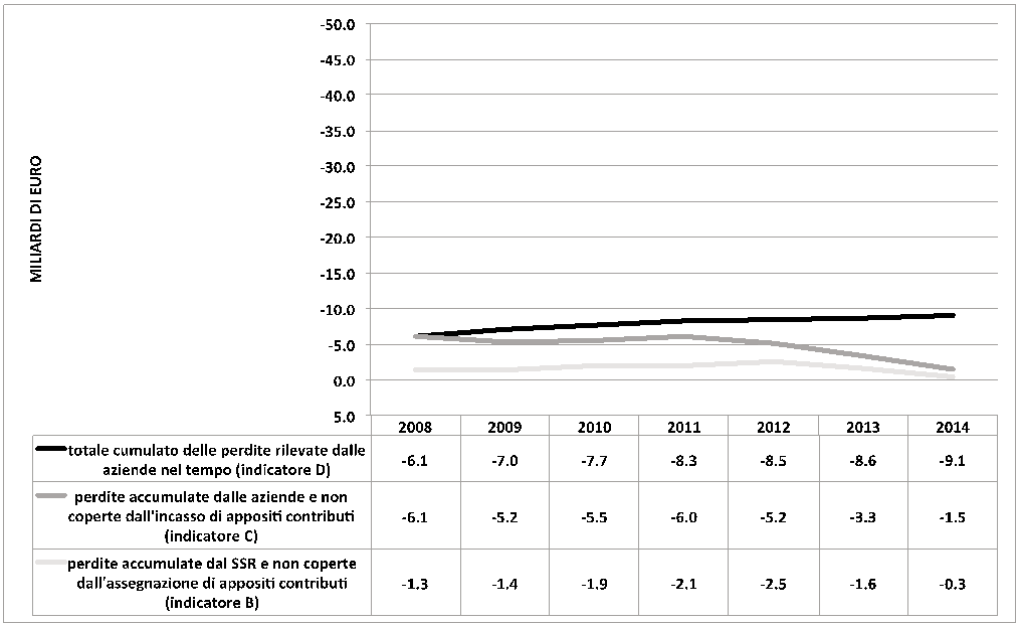
Regioni	2013				2014			
	Insieme delle Aziende		Consolidato		Insieme delle Aziende		Consolidato	
	1	2	3	4	5	6	7	8
	Perdite accumulate e non coperte da incasso di appositi contributi	Perdite accumulate e non coperte da assegnazione di appositi contributi	Perdite accumulate e non coperte da incasso di appositi contributi	Perdite accumulate e non coperte da assegnazione di appositi contributi	Perdite accumulate e non coperte da incasso di appositi contributi	Perdite accumulate e non coperte da assegnazione di appositi contributi	Perdite accumulate e non coperte da incasso di appositi contributi	Perdite accumulate e non coperte da assegnazione di appositi contributi
Valle d'Aosta	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Lombardia	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1
Bolzano-Bozen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Trento	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Veneto	-1,9	-0,9	-1,7	-0,7	-0,4	-0,2	-0,2	0,0
Friuli-Venezia Giulia	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Emilia-Romagna	-0,7	-0,6	-0,7	-0,6	-0,5	-0,4	-0,5	-0,4
Toscana	-0,6	-0,5	-0,5	-0,5	-0,6	-0,6	-0,3	-0,2
Umbria	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Marche	-0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,2	0,2
Basilicata	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Subtotale non PdR	-3,3	-2,0	-3,0	-1,6	-1,5	-1,1	-0,7	-0,3
Piemonte	-1,3	-1,3	-1,3	-0,6	-1,3	-1,3	0,0	0,1
Liguria	-0,3	-0,2	-0,3	-0,2	-0,2	-0,2	-0,2	-0,2
Lazio	-17,3	-3,6	-16,4	0,4	-17,9	-1,9	-16,9	0,7
Abruzzo	-1,8	-0,4	-1,7	0,1	-0,2	0,0	-0,2	0,1
Molise	-0,3	-0,3	-0,3	-0,3	-0,4	-0,4	-0,3	-0,3
Campania	-5,1	-2,0	-4,5	-0,4	-2,7	-1,7	-1,9	0,1
Puglia	-0,4	-0,4	-0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Calabria	-2,4	-1,0	-2,2	0,1	-2,5	0,0	-2,2	0,3
Sicilia	-0,2	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,2
Sardegna	-0,5	-0,5	-0,5	-0,5	-0,7	-0,6	-0,7	-0,6
Subtotale PdR	-29,8	-9,7	-27,7	-1,1	-26,0	-6,0	-22,5	0,5
Totale	**-33,0**	**-11,7**	**-30,7**	**-2,7**	**-27,5**	**-7,1**	**-23,2**	**0,2**

PdR = Piano di Rientro.

Fonte dei dati: Elaborazione sui dati del Ministero della Salute. Modelli SP. Anni 2013, 2014.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 343

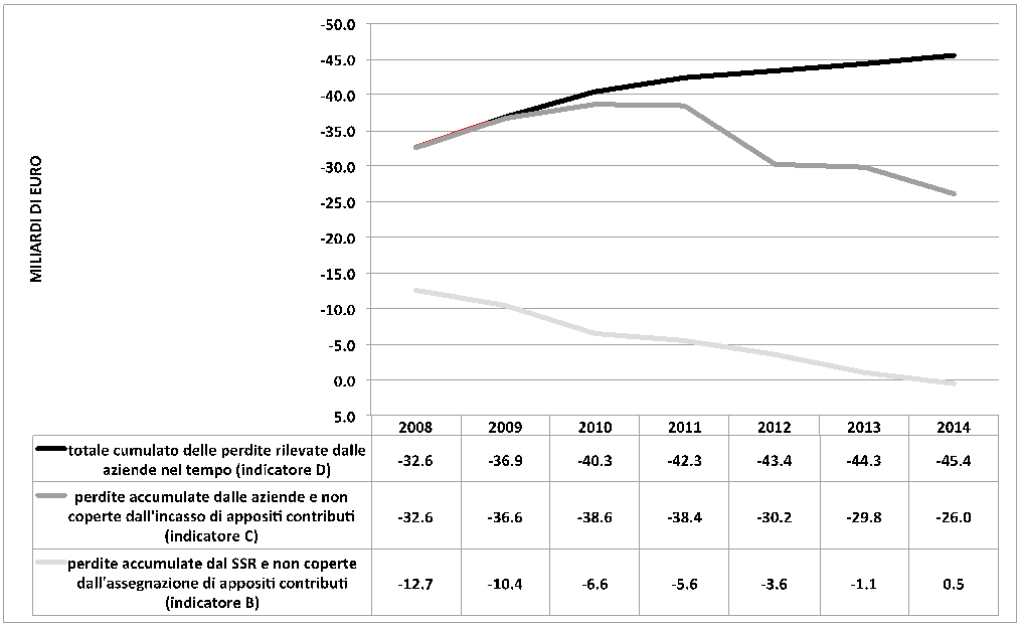
Grafico 1 - Perdite (miliardi di €) accumulate dalle Aziende Sanitarie pubbliche e dai SSR, regioni non in Piano di Rientro - Anni 2008-2014



	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
totale cumulato delle perdite rilevate dalle aziende nel tempo (indicatore D)	-6.1	-7.0	-7.7	-8.3	-8.5	-8.6	-9.1
perdite accumulate dalle aziende e non coperte dall'incasso di appositi contributi (indicatore C)	-6.1	-5.2	-5.5	-6.0	-5.2	-3.3	-1.5
perdite accumulate dal SSR e non coperte dall'assegnazione di appositi contributi (indicatore B)	-1.3	-1.4	-1.9	-2.1	-2.5	-1.6	-0.3

Fonte dei dati: Elaborazione sui dati del Ministero della Salute. Modelli SP. Anni 2008-2014.

Grafico 2 - Perdite (miliardi di €) accumulate dalle Aziende Sanitarie pubbliche e dai SSR, regioni in Piano di Rientro - Anni 2008-2014



	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
totale cumulato delle perdite rilevate dalle aziende nel tempo (indicatore D)	-32.6	-36.9	-40.3	-42.3	-43.4	-44.3	-45.4
perdite accumulate dalle aziende e non coperte dall'incasso di appositi contributi (indicatore C)	-32.6	-36.6	-38.6	-38.4	-30.2	-29.8	-26.0
perdite accumulate dal SSR e non coperte dall'assegnazione di appositi contributi (indicatore B)	-12.7	-10.4	-6.6	-5.6	-3.6	-1.1	0.5

Fonte dei dati: Elaborazione sui dati del Ministero della Salute. Modelli SP. Anni 2008-2014.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 344

Assetto istituzionale-organizzativo

Il Rapporto Osservasalute ogni anno analizza e monitora l'impatto sullo stato di salute della popolazione dei determinanti organizzativi e gestionali dei diversi Servizi Sanitari Regionali (SSR) italiani.

In particolare, il presente Capitolo affronta l'organizzazione dei SSR sotto tre diversi profili: l'efficienza, la struttura delle Aziende Sanitarie Locali (ASL) e le risorse umane. Viene inoltre presentato un focus relativo ai risultati di una survey sulle tecnologie biomediche installate in Italia realizzata dall'Associazione Italiana Ingegneri Clinici (AIIC).

L'efficienza dei SSR viene, in particolar modo, misurata attraverso i tempi medi di pagamento (Days of Sales Outstanding) delle strutture sanitarie pubbliche; tale indicatore, utilizzato per la prima volta nel Rapporto Osservasalute, può essere considerato una proxy dell'efficienza amministrativa delle Aziende Sanitarie e delle Pubbliche Amministrazioni, in un contesto nel quale gli Enti pubblici devono adempiere ad uno specifico dettato normativo sui tempi massimi di pagamento dei fornitori.

Gli indicatori relativi alla struttura delle ASL, composti in particolare dalla popolazione media residente per ASL e dalla superficie media delle ASL, consentono, invece, di evidenziare le differenze gestionali ed organizzative dell'assistenza territoriale a livello regionale e di apprezzare, seppur in maniera molto generica, i trend organizzativi avvenuti nell'ultimo decennio.

Relativamente all'ultima dimensione presa in esame, ossia le risorse umane, ed in particolare il personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), in un'ottica di continuità con quanto riportato nelle scorse Edizioni del Rapporto Osservasalute, sono rappresentati, oltre agli aspetti di natura economica, quali la spesa pro capite grezza e pesata per personale dipendente del SSN, importanti aspetti di natura programmatoria, cioè la demografia del personale e il tasso di compensazione del turnover.

Infine, nel Capitolo vengono presentati i risultati preliminari della survey dell'AIIC atta a stimare lo "stato di salute" del parco tecnologico complessivo installato in Italia, con particolare riferimento ad alcune apparecchiature elettromedicali.

A. CICCHETTI

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 346

Tempi medi di pagamento (*Days of Sales Outstanding*) delle strutture sanitarie pubbliche

Significato. Il tema dei tempi medi di pagamento e delle procedure con le quali la Pubblica Amministrazione paga il corrispettivo delle forniture di beni e servizi è, da diversi anni, uno snodo importante della situazione economica del nostro Paese ed è di stretta attualità in un periodo di crisi economica e finanziaria come quella che attraversa non solo l'Italia, ma la maggior parte dei Paesi dell'Occidente globalizzato. In questo contesto, il richiamo alla situazione delle strutture sanitarie è d'obbligo poiché, da un lato esse rappresentano uno dei principali settori di spesa per la categoria di beni e servizi e, dall'altro, sono le strutture che denunciano i maggiori deficit e i maggiori ritardi nei pagamenti in tutte le indagini disponibili.
Uno degli elementi di maggiore disfunzionalità delle Aziende Sanitarie (oltre che uno di quelli storicamente più osservato, anche per l'azione di "esposizione" costruita dalla business community) è dato dal ritardo nei pagamenti dei fornitori. Infatti, il ritardo nei pagamenti può essere la spia di inefficienze amministrative ed eccessive rigidità delle procedure di spesa nelle Pubbliche Amministrazioni.
Per la valutazione dei tempi di pagamento vengono utilizzate differenti metodologie; la più diffusa è costituita dall'indice Days of Sales Outstanding (DSO), che rappresenta il numero dei giorni che, mediamente, separano la data di fatturazione dalla data di incasso, ovvero indica il tempo medio di incasso di un'impresa fornitrice.
In particolare, l'indicatore viene calcolato come somma, per ciascuna fattura emessa a titolo di una transazione commerciale, dei giorni effettivi intercorrenti tra la data di scadenza della fattura o richiesta equivalente di pagamento e la data di pagamento ai fornitori moltiplicata per l'importo dovuto, rapportata alla somma degli importi pagati nel periodo di riferimento.
Gli indici DSO vengono mensilmente elaborati (sulla base dei dati di fatturato e scoperto raccolti) attraverso la seguente formula:

$$SDO = \frac{\Sigma \text{ scoperto di ciascuna impresa}}{\Sigma \text{ fatturato 12 mesi di ciascuna impresa}} \times 360$$

Il valore dell'indicatore rappresenta il tempo medio di ritardo o anticipo del pagamento rispetto alla data di scadenza prevista ex lege.

Tempo medio di pagamento (Days of Sales Outstanding)

Numeratore Σ_{1-12} Days of Sales Outstanding rilevati mensilmente

Denominatore 12

Validità e limiti. Sebbene l'indicatore utilizzato sia quello che rispecchia maggiormente i tempi medi di pagamento dei fornitori, si precisa che esso non tiene conto dei tempi procedurali legati alla indispensabile fase della liquidazione del credito vantato, né di quella successiva del pagamento dei fornitori (un periodo variabile tra i 10-15 giorni). L'indicatore non si riferisce a tutti gli acquisti di beni e servizi effettuati dalle Aziende Sanitarie, ma ad un settore strategico degli acquisti in Sanità, ossia quello relativo agli strumenti e tecnologie biomediche e diagnostiche. In particolare, i dati utilizzati sono quelli prodotti da Assobiomedica (attraverso le imprese associate) per il settore dei dispositivi medici e si riferiscono ad una rilevazione che raccoglie i tempi di pagamento riscontrati presso le imprese associate, con riferimento ai crediti vantati nei confronti di un campione significativamente statistico di Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliere di tutte le regioni.
L'indicatore esprime valori medi regionali e, quindi, non tiene conto della variabilità all'interno di una singola regione.

Valore di riferimento/Benchmark. Il valore di riferimento è pari o inferiore a 60 giorni ed è quello previsto dall'art. 4 comma 5 lettera b del D. Lgs. n. 231/2002, come modificato dal D. Lgs. n. 192/2012. Tale adempimento si inquadra nelle disposizioni nazionali e comunitarie che prevedono, per le Aziende Sanitarie, pagamenti a 60 giorni per i contratti stipulati dal 1 gennaio 2013.

Descrizione dei risultati

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% (Tabella 1). La riduzione dei tempi medi di pagamento si è verificata, in particolar modo, a partire dal 2012, con una diminuzione più marcata tra il 2013-2014, con un abbattimento dei tempi medi di pagamento del 24,7% in questi 2 anni.
Verosimilmente, tale risultato è dovuto all'entrata in vigore del D. Lgs. n. 192/2012. 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

A. CICCHETTI

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 347

quanto prescritto dalla normativa vigente ed in particolare, dal D. Lgs. sopra citato.
I dati mostrano, inoltre, un profondo divario tra le regioni (Tabella 1). Infatti, se in tutte le regioni viene riscontrato un trend in diminuzione tra il 2011-2014, i dati anno per anno mostrano che non tutte le regioni hanno fatto il medesimo sforzo per ridurre i tempi medi di pagamento delle Aziende Sanitarie pubbliche, con situazioni limite come in Piemonte ed in Molise, in cui i DSO sono aumentati tra il 2011-2013, per poi ridursi nel 2014.
Altro elemento che mostra una forte eterogeneità tra le regioni è il valore minimo e massimo rilevato nei tempi medi di pagamento, per cui si passa dai 71 giorni nel 2014 in Valle d'Aosta, valore sostanzialmente in linea con quanto prescritto dalla normativa vigente, ai 794 giorni nel 2014 in Calabria, valore oltre dieci volte superiore a quanto prescritto dalla normativa vigente. In via generale, si riscontra come nelle regioni del Nord i tempi medi di pagamento siano mediamente più bassi del valore nazionale, mentre nelle regioni del Centro-Sud ed Isole i tempi di pagamento siano più elevati del dato nazionale e ancora molto lontani dal benchmark.

Tabella 1 - Tempi medi (giorni) di pagamento delle strutture sanitarie pubbliche per regione - Anni 2011-2014

Regioni	2011	2012	2013	2014
Piemonte	274	288	298	234
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	112	101	76	71
Lombardia	112	105	100	88
Trentino-Alto Adige*	91	88	82	80
Veneto	281	277	236	151
Friuli Venezia Giulia	95	90	87	81
Liguria	196	198	159	121
Emilia-Romagna	288	284	226	138
Toscana	247	257	240	188
Umbria	160	162	134	134
Marche	157	155	115	91
Lazio	387	350	312	223
Abruzzo	216	194	173	138
Molise	835	893	874	790
Campania	773	763	587	350
Puglia	313	340	275	206
Basilicata	140	146	142	136
Calabria	929	968	933	794
Sicilia	286	274	242	244
Sardegna	312	281	207	156
Italia	**300**	**298**	**259**	**195**

*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

Fonte dei dati: Elaborazione su dati Assobiomedica. Anno 2015.

Raccomandazioni di Osservasalute

Il perdurare dei ritardati pagamenti, da parte delle strutture sanitarie pubbliche, può essere riconducibile ad un insieme di altri fattori, quali le diffuse inefficienze gestionali interne, con riferimento in particolare ai flussi di cassa, nonché la limitata efficacia delle norme introdotte dal legislatore nazionale per contrastare i ritardati pagamenti.
Infatti, nonostante le operazioni straordinarie di finanziamento disposte negli ultimi 2 anni in favore dei fornitori della Pubblica Amministrazione abbiano prodotto risultati sensibili in termini di riduzione dei tempi di pagamento, i DSO delle strutture sanitarie pubbliche sono ancora ben al di sopra di quanto prescritto dalla normativa nazionale ed europea. In tal senso, si sottolinea come il 18 giugno 2014 la Commissione Europea abbia aperto una procedura di infrazione contro l'Italia, tuttora in atto, ritenendo l'Italia responsabile di aver violato la Direttiva europea sui ritardi dei pagamenti, entrata in vigore nel marzo del 2013.
Il Rapporto Osservasalute ritiene opportuno proseguire il monitoraggio dei DSO nei prossimi anni, anche al fine di verificare se lo strumento della fatturazione elettronica, introdotto il 31 marzo 2015, contribuirà in maniera importante, come si ipotizza, alla riduzione dei tempi di pagamento delle Aziende Sanitarie pubbliche, nonché alla conoscenza in tempo reale e in maniera puntuale dell'ammontare della spesa pubblica per singolo Ente.

Riferimenti bibliografici

(1) Guglieri A. et al. (2015), I tempi medi di pagamento delle strutture sanitarie pubbliche e private. Dati 2014 e anni precedenti. Centro Studi Assobiomedica, Studi N.31, Maggio 2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 348

Struttura delle Aziende Sanitarie Locali per superficie e popolazione

Significato. Negli ultimi anni si è assistito ad una progressiva riduzione del numero di Aziende Sanitarie Locali (ASL) e di Aziende Ospedaliere e nei prossimi anni il trend è quello di ridurre ulteriormente il loro numero.
L'indicatore, che si focalizza unicamente sulle ASL, è composto da tre dimensioni strutturali delle stesse: il numero, la popolazione servita e la superficie territoriale raggiunta.

Popolazione media per Azienda Sanitaria Locale

Numeratore	Aziende Sanitarie Locali
Denominatore	Popolazione residente al 1 gennaio

Superficie media per Azienda Sanitaria Locale

Numeratore	Aziende Sanitarie Locali
Denominatore	Superficie in km^2

Validità e limiti. L'indicatore esprime, per quanto riguarda la popolazione e la superficie per ASL, valori medi regionali e, quindi, non tiene conto della variabilità tra ASL all'interno di una singola regione (variabilità attesa soprattutto nelle grandi regioni con conglomerati urbani).
Inoltre, la struttura risente di caratteristiche difficilmente riconducibili a strategie di politica sanitaria, come la struttura del territorio e le differenziazioni amministrative (Province).

Valore di riferimento/Benchmark. Il riferimento è il valore nazionale.

Descrizione dei risultati

Tra il 2002-2015, il numero di ASL è passato da 197 a 139, riducendosi di 58 unità, pari a quasi un terzo (29%) (Tabella 1). In particolare, la riduzione del numero di ASL è avvenuta in 12 delle 21 regioni e PA: Piemonte, PA di Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Umbria, Marche (che ha adottato un modello organizzativo che prevede un'unica Azienda regionale), Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata e Calabria.
Conseguentemente, la popolazione media per ASL è aumentata (+51% a livello nazionale) e nel 2015 è di 437.379 abitanti. A livello regionale, se nel 2002 vi erano unicamente 2 regioni (Lombardia e Sicilia) in cui la popolazione media per ASL superava i 500 mila abitanti, nel 2015 le regioni e PA in cui la popolazione media per ASL supera tale soglia sono 8 (Lombardia, PA di Trento, PA di Bolzano, Emilia-Romagna, Marche, Campania, Puglia e Sicilia); nella maggioranza delle regioni la dimensione comune delle ASL è diventata quella provinciale. Si riscontra, inoltre, una forte eterogeneità nel dimensionamento del bacino di utenza medio delle ASL, passando, nel 2015, da una media di 128.298 abitanti in Valle d'Aosta e 207.911 abitanti in Sardegna a 1.550.796 abitanti nelle Marche.
La superficie media per ASL è anch'essa aumentata e varia tra le regioni: si passa dagli 875 km^2 in Veneto, ai 6.200 km^2 nella PA di Trento, 7.400 km^2 nella PA di Bolzano e 9.401 km^2 nelle Marche.

Tali dimensioni dovrebbero bene evidenziare le differenze gestionali ed organizzative dell'assistenza territoriale a livello regionale: poche ASL, grandi e densamente popolate, richiedono per funzionare un forte decentramento di responsabilità a livello dipartimentale e distrettuale, ma dovrebbero garantire maggiori economie di scala. Le ASL più piccole o meno densamente popolate, invece, sono di più facile gestione accentrata, ma con minori economie di scopo e di scala.

A. CICCHETTI

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 349

Tabella 1 - ASL (valori assoluti), popolazione (valori assoluti) e superficie (valori in km^2) per regione - Anni 2002, 2015

Regioni	ASL		Popolazione		Superficie	
	2002	2015	2002	2015	2002	2015
Piemonte	22	13	191.576	340.344	1.155	1.953
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	1	1	119.548	128.298	3.264	3.264
Lombardia	15	15	602.170	666.841	1.591	1.591
Bolzano-Bozen	4	1	115.750	518.518	1.850	7.400
Trento	1	1	477.017	537.416	6.200	6.200
Veneto	21	21	215.604	234.647	875	875
Friuli Venezia Giulia	6	5	197.294	245.424	1.307	1.572
Liguria	5	5	314.357	316.653	1.084	1.084
Emilia-Romagna	13	8	306.411	556.314	1.702	2.807
Toscana	12	12	291.484	312.721	1.916	1.916
Umbria	4	2	206.457	447.381	2.114	4.232
Marche	13	1	113.122	1.550.796	796	9.401
Lazio	12	12	426.034	491.035	1.436	1.436
Abruzzo	6	4	210.399	332.894	1.799	2.708
Molise	4	1	80.150	313.348	1.110	4.461
Campania	13	7	438.610	837.361	1.046	1.953
Puglia	12	6	335.059	681.684	1.613	3.257
Basilicata	5	2	119.554	288.310	1.998	5.037
Calabria	11	5	182.861	395.326	1.371	3.044
Sicilia	9	9	552.110	565.787	2.856	2.856
Sardegna	8	8	203.985	207.911	3.011	3.013
Italia	**197**	**139**	**289.318**	**437.379**	**1.529**	**2.173**

Fonte dei dati: Elaborazione su dati Ministero della Salute e Istituto Nazionale di Statistica. Anno 2015.

Raccomandazioni di Osservasalute

Sebbene sia diffuso il consenso sulla necessità di riorganizzare la rete territoriale e la delega di responsabilità, non è altrettanto facile indicare quale sia la dimensione e la struttura delle ASL che garantisca al meglio il raggiungimento di questo equilibrio.

Rafforzando il livello di decentramento delle ASL, attraverso la delega di responsabilità verso i Distretti Sanitari e i Dipartimenti di Prevenzione, si è in grado di rispondere più adeguatamente alle esigenze e all'individuazione dei bisogni sanitari secondo le condizioni geomorfologiche e demografiche regionali.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 350

Spesa per personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale

Significato. In tale voce è ricompreso il costo del personale delle Aziende Sanitarie, degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico pubblici e dei Policlinici Universitari pubblici appartenente ai ruoli sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo, nonché il costo relativo alla corresponsione dell'indennità per il personale universitario.
L'obiettivo dell'indicatore è mostrare la quota di spesa allocata per il personale nelle diverse regioni.

Percentuale della spesa per personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale sul totale della spesa sanitaria

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Spesa per personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale}}{\text{Denominatore} \quad \text{Spesa sanitaria}} \times 100$$

Spesa pro capite per personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Spesa per personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione media residente (assoluta e ponderata)}}$$

Validità e limiti. La fonte principale per l'analisi della spesa sanitaria del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) deriva dai dati che ogni Azienda Sanitaria è tenuta ad inviare al Ministero della Salute.
L'analisi è stata svolta sia prendendo in considerazione la popolazione bacino di utenza del SSN, sia la popolazione pesata, per tener conto del bisogno potenziale di assistenza. La prima popolazione è costituita dai residenti del territorio di riferimento; la seconda è costituita dalla popolazione di riferimento ponderata per la struttura per età. I pesi impiegati per la ponderazione sono quelli utilizzati, attualmente, per la procedura di riparto tra le regioni del fabbisogno sanitario nazionale.
L'indicatore non tiene conto del personale convenzionato con il SSN e dell'attività intramoenia. Inoltre, non viene fatta alcuna distinzione tra le varie professionalità ricomprese nel personale dipendente del SSN. Infine, la sua dinamica temporale è influenzata dalla crescente esternalizzazione dei servizi prima svolti da personale interno alle Aziende Sanitarie.
Al fine di poter meglio comprendere le dinamiche dell'indicatore, sarebbe auspicabile disaggregare il dato complessivo di spesa evidenziandone la ripartizione per ruoli ricoperti dal personale (ruolo sanitario, tecnico, amministrativo e professionale). Inoltre, laddove i dati lo consentissero, poiché nell'ambito del SSN è presente anche il personale convenzionato, al fine di avere un quadro più completo ed esaustivo sulla spesa per il personale nel suo complesso, sarebbe interessante completare l'indicatore anche con le informazioni su questa tipologia di personale.

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono indicazioni specifiche sulla spesa per personale dipendente del SSN. Pertanto, come valore di riferimento viene preso il dato nazionale.

Descrizione dei risultati

L'incidenza della spesa per personale dipendente del SSN sulla spesa sanitaria totale si è ridotta di 1,0 punti percentuali tra il 2010-2013, passando dal 33,2% al 32,2% (Tabella 1).
Il contenimento della spesa è stato maggiore nelle regioni sottoposte a Piano di Rientro (Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria e Sicilia), in cui il peso della spesa per il personale sulla corrispondente spesa sanitaria regionale è passato, nel complesso, dal 33,1% del 2010 al 31,7% del 2013. In questo gruppo di regioni, tuttavia, la situazione non è omogenea. Infatti, 3 regioni (Lazio, Campania e Molise) presentano nel quadriennio di riferimento valori inferiori o uguali al dato nazionale, mentre altre 3 regioni (Abruzzo, Calabria e Sicilia) valori costantemente superiori al valore nazionale.
Un contenimento della dinamica si è registrato anche nelle regioni non sottoposte a Piano di Rientro (Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata), in cui l'incidenza della spesa per personale dipendente del SSN passa, complessivamente, dal 35,2% del 2010 al 34,3% del 2013. In questo gruppo di regioni, le uniche che presentano nel quadriennio di riferimento valori inferiori al dato nazionale sono la Lombardia e il Veneto.
Le realtà in controtendenza, nel periodo 2010-2013, sono la PA di Bolzano e la PA di Trento, la Valle d'Aosta e la Sardegna, in cui il peso della spesa per il personale sulla corrispondente spesa sanitaria regionale, nel 2013, si mantiene stabile o superiore al valore registrato nel 2010.
L'analisi dei dati relativi alla spesa per il personale, rapportata alla popolazione residente nel periodo 2010-2013, mostra una diminuzione del 4,4%, pas-

A. CICCHETTI

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 351

sando da un valore di 606,9€ a 580,1€ (Tabella 2).
Tuttavia, un'analisi più approfondita consente di verificare come questo valore non sia frutto di una diminuzione lineare ma, al contrario, sia la risultante dei diversi trend che hanno caratterizzato il periodo di studio. Infatti, tra il 2010-2011, la spesa si è ridotta dell'1,75%, mentre il 2012 ha registrato tassi positivi di crescita della stessa (0,91%), che poi si è drasticamente ridotta nel 2013 (-3,59%).
Questo andamento irregolare caratterizza tutte le regioni e le PA, con l'eccezione di Lombardia e Molise che, al contrario, hanno registrato una costante diminuzione della spesa in tutto il periodo analizzato.
I dati disaggregati relativi al 2013 ci consentono, inoltre, di verificare come esista una profonda differenza a livello regionale nei valori di spesa pro capite grezza: la spesa più alta, pari a 1.161,1€, si registra nella PA di Bolzano, seguita dagli 888,5€ della Valle d'Aosta, mentre le regioni con una spesa pro capire minore sono la Campania, la Puglia e il Lazio, che registrano valori inferiori a 500€ pro capite.
Il dato sulla spesa per il personale pro capite pesata, ossia ponderata rispetto alla distribuzione demografica della popolazione assistita, rende più omogeneo il dato di spesa. Tuttavia, non sembrano esserci grosse differente con l'analisi precedente e, infatti, le regioni con una spesa per personale maggiore sono, comunque, la PA di Bolzano, la Valle d'Aosta e la PA di Trento, tutte regioni a statuto speciale, mentre le regioni con minore spesa pro capite sono il Lazio, la Puglia, la Lombardia e la Campania, con valori che vanno da un minimo di 498,6€ nel Lazio ad un massimo di 537,2€ in Campania.

Tabella 1 - Spesa (valori percentuali) per personale dipendente del SSN sul totale della spesa sanitaria per regione - Anni 2010-2013

Regioni	2010	2011	2012	2013
Piemonte	35,1	34,8	34,4	34.7
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	41,3	40,5	40,5	41,8
Lombardia	28,9	28,2	28,1	27,8
Bolzano-Bozen	50,1	49,5	51,5	52,8
Trento	36,7	35,7	36,0	36,5
Veneto	31,6	31,4	31,5	31,4
Friuli Venezia Giulia	39,0	38,0	37,8	38,3
Liguria	36,3	35,7	35,5	35,3
Emilia-Romagna	35,5	35,6	34,2	34,7
Toscana	37,0	36,6	35,9	34,4
Umbria	37,8	37,4	37,2	37,6
Marche	37,2	36,7	36,6	36,4
Lazio	27,8	27,4	26,7	26,8
Abruzzo	33,8	33,5	32,6	33,1
Molise	32,6	32,3	30,7	30,8
Campania	32,2	31,3	30,2	29,7
Puglia	30,3	30,0	29,5	28,6
Basilicata	37,2	36,4	36,9	36,7
Calabria	37,4	37,2	36,2	35,8
Sicilia	35,0	34,4	33,9	33,7
Sardegna	37,2	36,6	36,3	37,0
Italia	33,2	32,7	32,2	32,2

Fonte dei dati: Ministero dell'Economia e delle Finanze, Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato - Il monitoraggio della spesa sanitaria, Giugno 2014.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 352

Tabella 2 - Spesa pro capite (valori in €) del personale dipendente del SSN per regione - Anni 2010-2013

Regioni	2010		2011		2012		2013	
	Spesa grezza	Spesa pesata	Spesa grezza	Spesa pesata	Spesa grezza	Spesa pesata	Spesa grezza	Spesa pesata
Piemonte	668,7	632,4	658,6	623,3	623,2	659,1	642,1	598,5
Valle d'Aosta	888,4	871,7	877,4	860,1	864,4	880,7	888,5	871,9
Lombardia	521,2	521,8	515,7	516,8	514,0	513,5	512,1	513,5
Bolzano-Bozen	1.083,8	1.151,0	1.081,9	1.147,6	1.162,4	1.089,2	1.161,1	1.264,0
Trento	775,9	788,7	779,8	793,2	778,0	765,2	793,2	817,2
Veneto	566,2	568,7	557,8	560,0	564,6	560,9	558,3	561,4
Friuli Venezia Giulia	775,1	723,9	767,9	717,8	719,1	769,3	772,7	712,2
Liguria	728,2	640,3	715,3	631,0	634,2	722,6	695,9	590,4
Emilia-Romagna	682,6	653,6	680,1	653,9	643,2	674,0	675,4	642,5
Toscana	702,7	660,4	698,7	657,8	645,5	688,8	672,0	621,3
Umbria	681,5	644,7	678,0	643,5	633,1	671,0	677,8	633,9
Marche	669,0	642,3	657,4	631,8	625,9	653,3	637,2	605,4
Lazio	539,2	543,1	521,7	525,6	545,8	542,1	493,5	498,6
Abruzzo	583,3	571,9	576,7	566,1	571,6	583,2	578,8	562,1
Molise	658,8	637,3	654,1	633,3	646,2	667,8	632,1	602,9
Campania	554,0	611,4	520,8	573,0	617,2	558,5	472,4	537,2
Puglia	533,4	558,0	519,1	541,0	547,2	521,6	485,4	511,2
Basilicata	667,4	670,9	667,9	670,2	669,7	666,3	654,1	653,0
Calabria	633,7	656,8	626,8	649,4	662,0	638,5	603,2	629,6
Sicilia	591,1	618,1	581,3	607,4	618,2	591,1	556,1	588,4
Sardegna	691,4	699,4	694,0	698,0	684,8	673,3	707,9	709,0
Italia	**606,9**	**606,9**	**596,3**	**596,3**	**601,7**	**601,7**	**580,1**	**580,1**

Fonte dei dati: Elaborazione su dati del Ministero della Salute. Anno 2015 - Istat. Dati al 1 gennaio 2013.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nel 2013, la spesa per il personale ammonta a 35,169 miliardi di euro, circa il 32% della spesa totale, e registra un decremento dell'1,4% medio annuo (-4,1% assoluto) nel periodo 2010-2013, a fronte di una riduzione media annua della spesa sanitaria dell'1% (-2,9% assoluto); è l'aggregato di spesa del SSN che ha subito i tagli maggiori tra il 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, nonché dell'utilizzo di forme alternative di acquisizione delle risorse umane. La dinamica dell'aggregato negli anni più recenti è, inoltre, influenzata dal blocco delle procedure contrattuali relative al biennio economico 2010-2012, nonché della previsione di un limite (vigente sino al 31 dicembre 2014) al riconoscimento di incrementi retributivi al personale dipendente, che non può eccedere il livello vigente nel 2010, fatto salvo il riconoscimento della indennità di vacanza contrattuale (art. 9 e art. 17 del DL n. 78/2010, convertito con Legge n. 122/2010).

Riferimenti bibliografici

(1) Ministero dell'Economia e delle Finanze, Il monitoraggio della spesa sanitaria. Anno 2014.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 353

Struttura per età del personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale

Significato. Nel 2013, i dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) sono 670.648, di cui il 66,83% è costituito da personale medico e dal comparto afferente ai ruoli sanitari. Al fine di poter programmare, con anticipo, il fabbisogno di personale occorre considerare la struttura per età del personale.

L'obiettivo del presente indicatore è quello di rappresentare la struttura demografica del personale dipendente del SSN su un arco di tempo quadriennale (2010-2013). L'analisi è stata effettuata anche suddividendo la popolazione di riferimento per genere (in quanto l'età di pensionamento è diversa).

Struttura per età del personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale per classe di età}}{\text{Totale dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale}} \times 100 \quad \text{Denominatore}$$

Validità e limiti. I dati sono relativi al quadriennio 2010-2013 e sono quelli acquisiti dalle strutture con il Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001[1]. Non è stata fatta una distinzione in base alla qualifica del personale.

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono indicazioni specifiche sulla struttura per età del personale dipendente del SSN, pertanto come valore di riferimento viene preso il dato nazionale.

Descrizione dei risultati

A livello nazionale, nel 2013, il personale dipendente del SSN è composto, prevalentemente (76,30%), da persone di età compresa tra i 40-59 anni (Grafico 1).
Inoltre, i dati mostrano come sia più elevata la quota di personale di età ≥60 anni (8,30%) rispetto a quella di età <30 anni (2,21%). A livello regionale, su quest'ultimo aspetto, si registra un marcato divario Nord-Sud ed Isole: infatti, nel Nord è più elevata la percentuale (valore medio pari a 19,86%) di personale di età <39 anni (in particolare, in Trentino-Alto Adige, Valle d'Aosta ed Emilia-Romagna), mentre nel Centro-Sud ed Isole prevale la componente (valore medio pari a 11,27%) di personale di età ≥60 anni (in particolare, in Campania, Molise e Sicilia).
L'analisi per genere mostra che, nel 2013, le donne rappresentano il 65,35% del personale dipendente, mentre gli uomini il 34,65% (dati del Conto Annuale, Ragioneria Generale dello Stato). Per quanto riguarda, infatti, il personale di età <60 anni, le donne sono più numerose degli uomini in tutte le fasce di età (0-29, 30-39, 40-49 e 50-59 anni). A livello regionale, questa ultima statistica è confermata in tutte le regioni, ad eccezione del Molise, della Calabria e della Sicilia.
Al di là del divario Nord-Sud ed Isole, già rimarcato nell'analisi generale e che risulta ancora più evidente nel caso degli uomini (Grafico 2), i dati mostrano come, in via generale, nel SSN la percentuale di donne di età <30 anni sia maggiore di quella degli uomini della medesima classe di età (Grafico 2 e 3). Inoltre, il personale dipendente del SSN di genere femminile risulta essere, in media, più giovane di quello maschile; a livello nazionale, le donne di età <40 anni sono il 17,14% del totale delle donne dipendenti del SSN (19,91% per il Nord, 17,24% per il Centro e 10,41% per il Meridione). Questa percentuale diventa pari a 12,13% se si guarda ai dipendenti di genere maschile (17,01% per il Nord, 12,75% per il Centro e 6,71% per il Meridione).
Come trend, tra il 2010-2013 (Grafico 4), a fronte di un aumento, rispettivamente, di 3,50 e di 3,30 punti percentuali del personale nella fascia di età 50-59 anni e nella fascia di età 60 anni ed oltre, si è registrato un decremento di 4,50 punti percentuali nella fascia di età 30-39 anni. Se si considera che anche la classe di età 0-29 anni registra un decremento di 0,89 punti percentuali, si evince come vi sia in atto un forte squilibrio generazionale nel personale dipendente del SSN.
Analizzando la situazione per macroaree geografiche, con riferimento alla variazione nelle classi di età 0-29 e 60 anni ed oltre, emerge come, rispetto alle regioni del Nord e del Centro, che comunque presentano una variazione negativa di personale di età <29 anni a fronte di un aumento di personale di età ≥60 anni (per le regioni del Nord il differenziale tra le due classi di età è di 1,60 punti percentuali, mentre per le regioni del Centro il differenziale è di 1,94 punti percentuali), le regioni del Meridione presentano un differenziale tra queste due classi di età di 4,21 punti percentuali.
Prendendo in esame, invece, la struttura per classe di età del solo personale medico del SSN (nel 2013 il personale medico è stato il 16,13% del totale personale SSN), a livello nazionale i medici di età 50-59 anni sono il 48,05% (percentuale di poco inferiore rispetto al

[1]Gli Autori desiderano ringraziare l'Ispettorato Generale per gli ordinamenti del personale e l'analisi dei costi del lavoro pubblico ed, in particolare, gli Uffici III e V per aver fornito i dati regionali.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 354

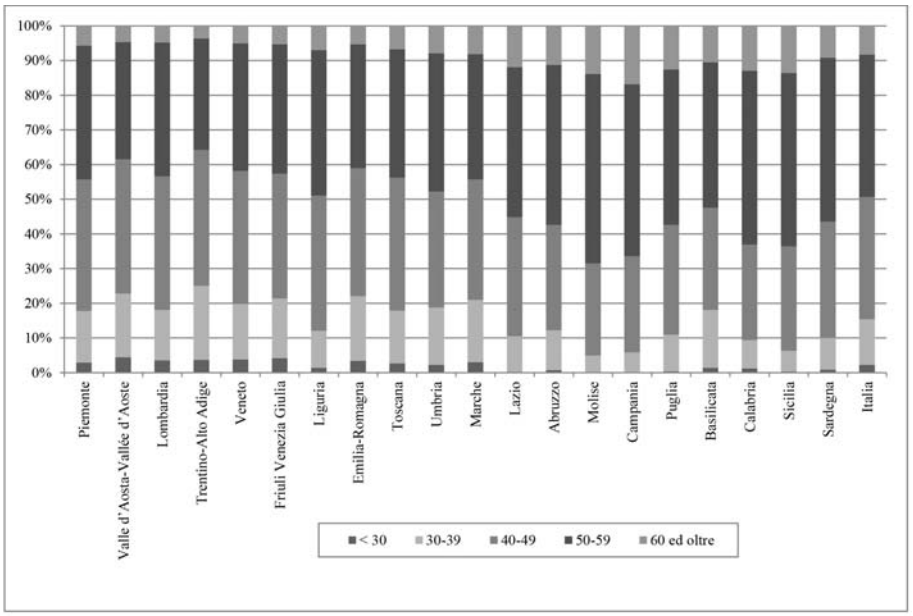
2010), mentre quelli di età 40-49 anni sono il 23,91% (nel 2010 erano il 26,58%). Nella fascia di età 50-59 anni si è registrato, sia a livello nazionale (Grafico 5) che nelle macroaree geografiche Nord, Centro e Mezzogiorno, il calo di unità più importante nel periodo 2010-2013 (-3,72 punti percentuali a livello nazionale, -2,40 punti percentuali al Nord, -3,05 punti percentuali al Centro e -5,52 punti percentuali nel Mezzogiorno).

Tuttavia, a differenza del trend evidenziato precedentemente per il personale dipendente del SSN nel suo complesso, per i medici tra il 2010-2013 si evidenzia un incremento solo del personale di età >60 anni (7,59%), mentre nella classe del personale di età <39 anni si registra una sostanziale stabilità (-0,07%).

Prendendo, invece, in considerazione il personale di età compresa tra i 40-49 anni, si registra un decremento del 2,67%.

Esaminando la struttura per classe di età del solo personale infermieristico (Grafico 6) del SSN (nel 2013 il personale infermieristico è stato il 40,43% del totale personale SSN), a livello nazionale gli infermieri nella fascia di età 40-49 anni sono il 44,07% del totale degli infermieri dipendenti dal SSN (nel 2010 erano il 40,07%). A differenza di quanto evidenziato per il personale dipendente del SSN nel suo complesso e per il personale medico dipendente del SSN, in questa fascia di età si registra, quindi, un aumento di unità. Gli infermieri compresi, invece, nelle fasce di età 50-59 anni e 30-39 anni sono, rispettivamente, il 31,26% ed il 17,22% del totale (nel 2010 erano il 26,51% ed il 25,40%). I dati riportati nel Grafico 6 confermano, infatti, che il calo più significativo di unità si è verificato, sia a livello nazionale che nelle macroaree geografiche (in ordine decrescente, Nord, Mezzogiorno e Centro), nella fascia di età 0-39 anni. Al contrario, vi è stato un aumento di personale infermieristico nelle fasce di età 40-49, 50-59 e 60 anni ed oltre (3,45 punti percentuali, 4,76 punti percentuali e 1,63 punti percentuali, rispettivamente, a livello nazionale).

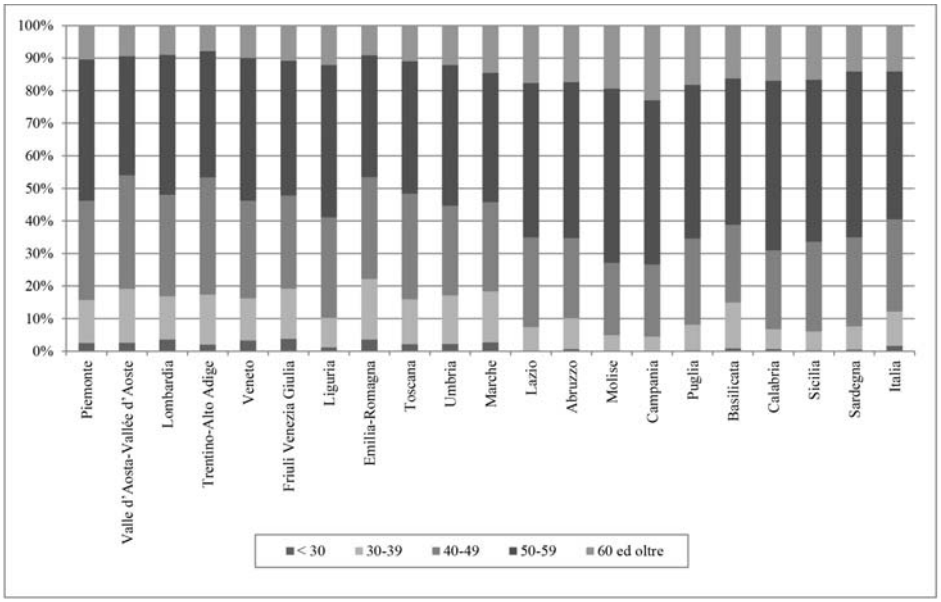
Grafico 1 - Personale (valori percentuali) dipendente del SSN per classe di età e regione - Anno 2013



Fonte dei dati: Elaborazione dei dati acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. Anno 2013.

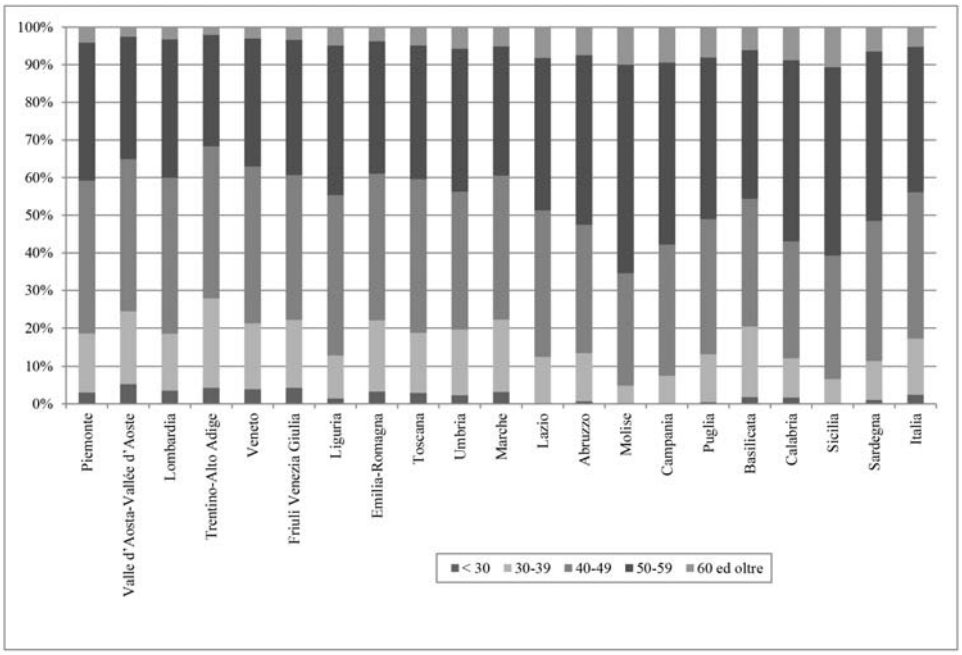
Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 355

Grafico 2 - Personale (valori percentuali) dipendente del SSN per classe di età e regione. Maschi - Anno 2013



Fonte dei dati: Elaborazione dei dati acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. Anno 2013.

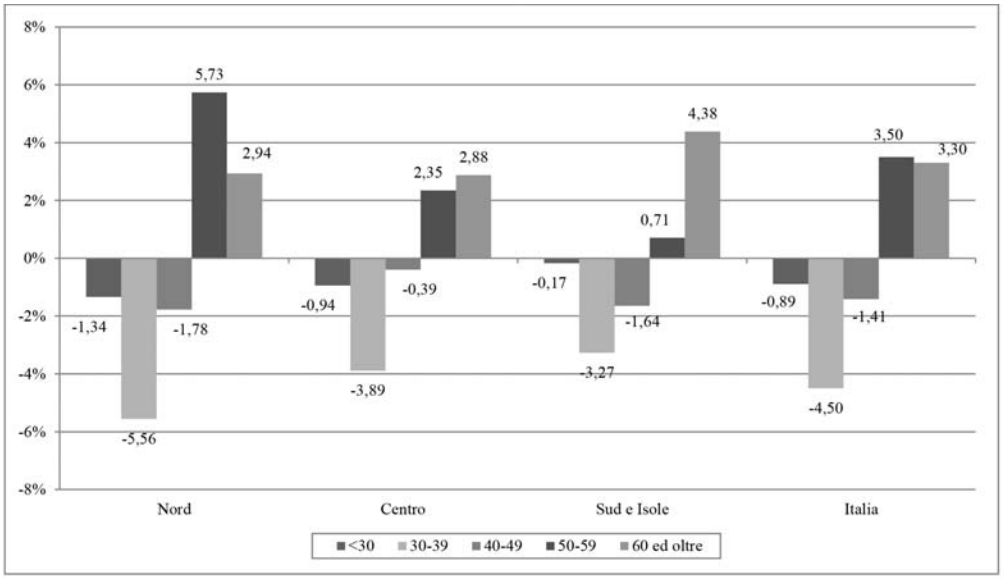
Grafico 3 - Personale (valori percentuali) dipendente del SSN per classe di età e regione. Femmine - Anno 2013



Fonte dei dati: Elaborazione dei dati acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. Anno 2013.

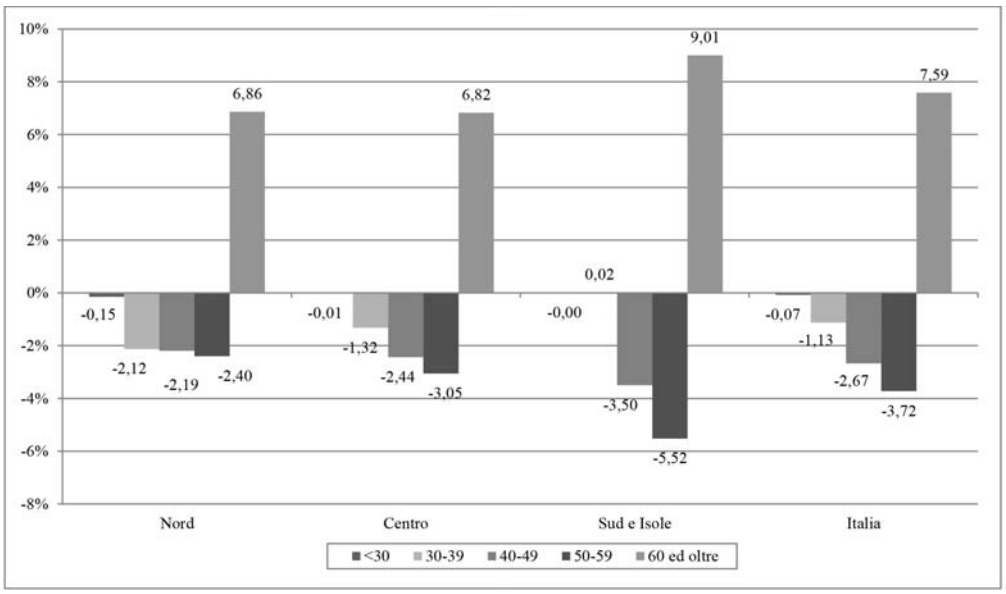
Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 356

Grafico 4 - Distribuzione (variazione percentuale) del personale dipendente del SSN per classe di età e macroarea - Anni 2010-2013



Fonte dei dati: Elaborazione dei dati acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. Anno 2013.

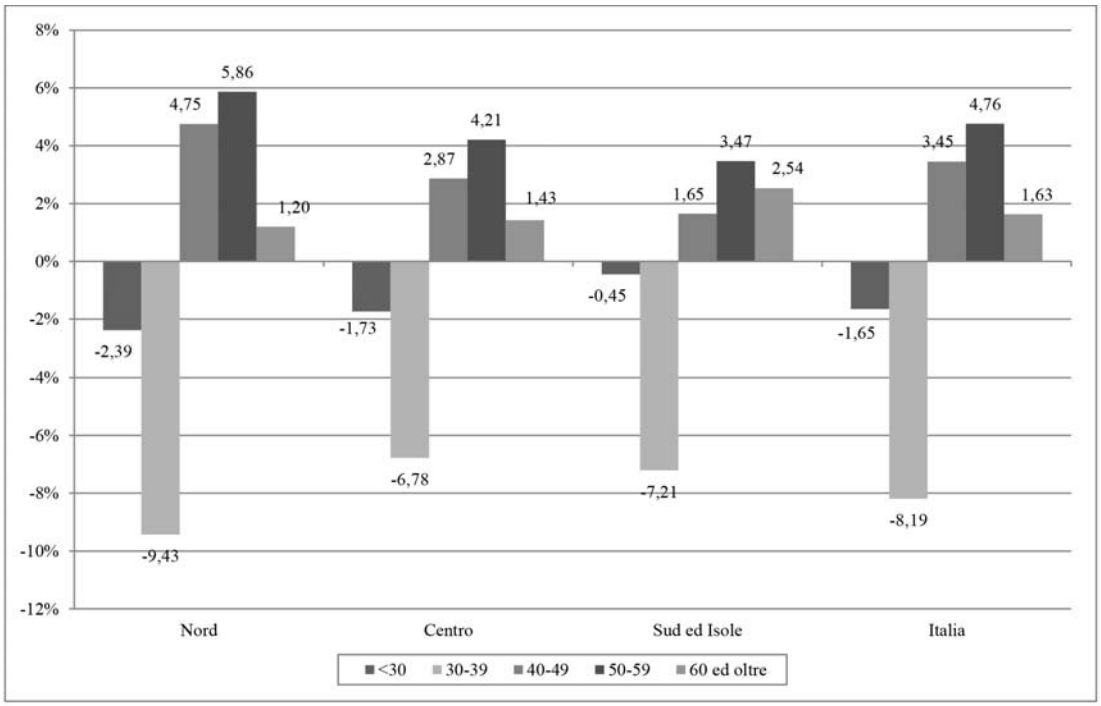
Grafico 5 - Distribuzione (variazione percentuale) del personale medico del SSN per classe di età e macroarea - Anni 2010-2013



Fonte dei dati: Elaborazione dei dati acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. Anno 2013.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 357

Grafico 6 - Distribuzione (variazione percentuale) del personale infermieristico del SSN per classe di età e macroarea - Anni 2010-2013



Fonte dei dati: Elaborazione dei dati acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. Anno 2013.

Raccomandazioni di Osservasalute

Così come sottolineato nel nuovo Patto per la Salute 2014-2016 (2), siglato il 10 luglio 2014, nel quale si afferma di voler valorizzare le risorse umane del SSN, ma senza maggiori oneri a carico della finanza pubblica, tra i tanti aspetti inerenti il personale del SSN il blocco del turnover per le regioni in Piano di Rientro rimane una criticità importante, visti i vincoli insiti in questa misura. Le azioni previste dai Piani di Rientro, infatti, si concretizzano in interventi con effetti sulla riduzione della spesa e interventi complementari a corredo. Tra gli interventi con effetti sulla riduzione della spesa, le azioni previste riguardano, tra le altre, la macroarea del personale. Una delle misure adottate in tutti i Piani di Rientro, ad esempio, è il limite di spesa per il personale del Servizio Sanitario Regionale (SSR), individuata nella misura della spesa sostenuta nell'anno precedente allo stesso piano 2004, ridotta di una percentuale individuata in fase di programmazione. Se a questa misura si aggiungono le nuove norme in materia pensionistica e le leggi regionali con le quali il legislatore, in molti casi, ha provveduto ad una riduzione della dotazione organica del SSR, il risultato è quello evidenziato in questo studio di forte disallineamento tra regioni in Piano di Rientro e non.

Riferimenti bibliografici

(1) Ministero della Salute. Anno 2010.
(2) Patto per la Salute 2014-2016.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 358

Compensazione del *turnover*

Significato. Il tasso di compensazione del turnover è un indicatore di flusso il cui calcolo è fondamentale in fase di programmazione del personale: serve a dare la dimensione del volume di entrate e di uscite che l'organizzazione ha dovuto gestire nel corso del periodo preso in considerazione. In particolare, vengono esaminati i dati storici sul personale per giungere a considerazioni sul fabbisogno futuro. Tuttavia, poiché un certo numero di assunzioni (che tecnicamente nel Conto Annuale viene chiamato "Entrati nel periodo") è legato, in realtà, a stabilizzazioni del personale con contratto a tempo determinato o di lavoratori socialmente utili, al fine di tenere conto di questo possibile fattore di confondimento, l'indicatore viene presentato al netto degli entrati nel periodo a seguito di stabilizzazioni.

Tasso di compensazione del turnover

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Entrati nel periodo - Stabilizzati nel periodo (anno di riferimento)}}{\text{Usciti nel periodo (anno di riferimento)}} \times 100$$

Validità e limiti. I dati sono relativi al quadriennio 2010-2013 e sono quelli acquisiti dalle strutture, con il Conto annuale della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001[1].
In particolare, l'aggregato "Entrati nel periodo" comprende: 1. i nominati da concorso; 2. gli stabilizzati da contratto a tempo determinato o da Lavoro Socialmente Utile; 3. le assunzioni per chiamata diretta o numerica (categorie protette); 4. i passaggi da altra amministrazione; 5. altre cause. L'aggregato "Usciti nel periodo", invece, comprende: 1. il collocamento a riposo per limiti di età; 2. le dimissioni (con diritto a pensione) ; 3. i passaggi per esternalizzazioni; 4. i passaggi ad altre amministrazioni; 5. la risoluzione del rapporto di lavoro (40 anni contribuzione); 6. altre cause; 7. i licenziamenti (questo dato è disponibile per i soli anni 2011, 2012 e 2013). Non è stata fatta una distinzione in base alla qualifica del personale.

Valore di riferimento/Benchmark. Se il tasso di compensazione è >100, significa che vi è stato un ampliamento dell'organico, mentre se è <100 l'organico ha subito una contrazione.

Descrizione dei risultati

A livello nazionale, i dati presentati in Tabella 1 mostrano come il tasso di compensazione del turnover, al netto delle procedure di stabilizzazione, sia in tutti e 4 gli anni presi a riferimento <100, il che significa che, sostanzialmente, l'organico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ha subito una contrazione.
Analizzando il trend tra il 2010-2012 si evince, inoltre, che il tasso di compensazione si è, costantemente, ridotto nel periodo considerato, arrivando a segnare 68,9 punti percentuali nel 2012, circa 10 punti percentuali in meno rispetto all'anno precedente (78,2% nel 2011). Con il 2013, invece, si è invertito questo trend di marcata contrazione fatto registrare dal 2010 in poi. Infatti, proprio il 2010, è l'anno in cui si è osservata l'inversione di tendenza rispetto al biennio 2008-2009. Nel 2013, si parla di inversione di tendenza alla luce degli 85,6 punti percentuali fatti registrare a livello nazionale.
A livello regionale, invece, si riscontra una forte eterogeneità del tasso di compensazione del turnover, con unicamente 7 regioni (Valle d'Aosta, Trentino-Alto Adige, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Umbria, Basilicata e Sardegna) che mostrano, nel 2013, valori >100. Negli anni 2010 e 2011, invece, le regioni che presentavano un valore >100 erano 4 (Valle d'Aosta, Emilia-Romagna, Toscana e Marche nel 2010; Valle d'Aosta, Umbria, Abruzzo e Basilicata nel 2011), lasciando, quindi, intendere un ampliamento dell'organico del SSN in quelle regioni, indipendentemente dalle procedure di stabilizzazione. Nel 2012, invece, le regioni che presentavano un valore >100 erano 2 (Valle d'Aosta e Trentino-Alto Adige).
Nel 2013, si riscontra, inoltre, un divario Nord-Sud ed Isole meno marcato rispetto agli anni precedenti: in passato, nelle regioni del Nord il tasso di compensazione, sebbene <100, mostrava valori più elevati rispetto a quelle del Centro-Sud ed Isole; nel 2013, invece, la tendenza è confermata, ma con un divario molto meno marcato rispetto agli anni precedenti (nel 2013 il Nord ha registrato una percentuale di 89,0 punti, il Centro di 96,9 e il Meridione di 64,8 punti).
Da segnalare i tassi di compensazione del turnover di Piemonte, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria e Sicilia (rispettivamente, 55,7%, 42,8%, 7,9%, 32,7%, 8,8% e 59,8%), che presentano tutte valori <60%. Tali valori sono, probabilmente, imputabili anche agli effetti derivanti dai Piani di Rientro, in cui le regioni sono impegnate.

[1]Gli Autori desiderano ringraziare l'Ispettorato Generale per gli ordinamenti del personale e l'analisi dei costi del lavoro pubblico ed, in particolare, gli Uffici III e V per aver fornito i dati regionali.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 359

Tabella 1 - Tasso (per 100) di compensazione del turnover al netto delle procedure di stabilizzazione per regione - Anni 2010-2013

Regioni	2010	2011	2012	2013
Piemonte	94,4	43,3	92,6	55,7
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	226,5	103,2	136,8	403,8
Lombardia	80,8	94,6	59,1	86,7
Trentino-Alto Adige*	94,3	85,5	118,5	152,9
Veneto	90,1	79,3	69,0	111,4
Friuli Venezia Giulia	78,0	92,4	93,1	123,5
Liguria	61,7	89,9	51,3	85,2
Emilia-Romagna	111,2	83,8	83,0	65,4
Toscana	103,0	96,5	67,7	92,8
Umbria	75,7	108,7	96,1	100,3
Marche	100,3	91,3	58,6	69,7
Lazio	37,7	25,0	24,0	89,9
Abruzzo	96,5	131,0	90,6	42,8
Molise	75,4	6,5	7,7	7,9
Campania	27,6	69,9	23,2	32,7
Puglia	66,2	40,0	23,7	77,7
Basilicata	48,0	130,8	52,1	215,6
Calabria	27,4	65,6	7,6	8,8
Sicilia	76,6	89,8	95,3	59,8
Sardegna	76,5	80,0	75,5	208,9
Italia	**81,9**	**78,2**	**68,9**	**85,6**

*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

Fonte dei dati: Elaborazione dei dati acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. Anni 2010-2013.

Raccomandazioni di Osservasalute

Alla luce della forte inversione di tendenza osservata nel 2013, rispetto al biennio 2011-2012, si raccomanda il monitoraggio di questo indicatore nei prossimi anni. Anche in questo caso, infatti, si denota una marcata differenza tra il tasso di compensazione delle regioni in Piano di Rientro e quelle non in Piano di Rientro o, comunque, sottoposte unicamente a programma operativo. Non va dimenticato che, in materia di contenimento della spesa (uno degli obiettivi generali dei piani di rientro), quella rappresentata dal personale del Servizio Sanitario Regionale è la macroarea a più alto impatto economico.

Riferimenti bibliografici

(1) Ministero della Salute. Anno 2010.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 360

Survey dell'Associazione Italiana Ingegneri Clinici: lo stato di salute del parco tecnologico

Ing. Lorenzo Leogrande

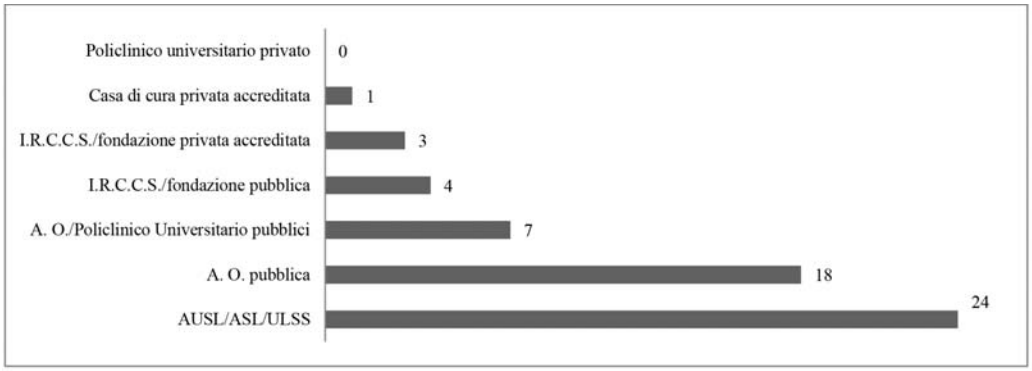
L'Associazione Italiana Ingegneri Clinici (AIIC) ha lo scopo istituzionale di tutelare la figura dell'Ingegnere Clinico contribuendo a diffondere i Servizi di Ingegneria Clinica (SIC) all'interno delle Aziende Sanitarie come elemento di governo delle Tecnologie Biomediche.
Attualmente, la maggior parte dei flussi informativi relativi alla raccolta di informazioni sulle apparecchiature si è, prevalentemente, concentrato solo sulle grandi apparecchiature. Tuttavia, il patrimonio tecnologico delle Aziende Sanitarie deve essere gestito durante tutto il suo ciclo di vita, coinvolgendo nel monitoraggio non solo le "grandi tecnologie", ma tutte quelle che lo compongono. Il presente lavoro è finalizzato alla rilevazione di una stima dello "stato di salute" del parco tecnologico italiano, con particolare riferimento alle apparecchiature elettromedicali.

Progetto

L'AIIC, in qualità di associazione di professionisti che operano all'interno delle strutture ospedaliere, ha avviato una serie di indagini conoscitive sui SIC e sul parco tecnologico biomedico installato nelle strutture sanitarie.
L'AIIC, attraverso la sua rete di associati, riesce a mettere a sistema tutti i responsabili dei SIC, in qualità di referenti principali per quanto concerne le tecnologie. Essi, infatti, occupandosi proprio della gestione del parco tecnologico elettromedicale, ne conoscono la numerosità, il valore, il funzionamento, la complessità e le criticità.
L'indagine è suddivisa in due sezioni principali, la prima dedicata all'individuazione e classificazione delle strutture ospedaliere e dei relativi SIC, la seconda volta a caratterizzare le peculiarità del parco tecnologico di ciascuna struttura. L'AIIC, inoltre, vuole focalizzare l'attenzione su tutte le altre tipologie di tecnologie, non necessariamente di ultima generazione, ma che sono presenti in numero maggiore nelle strutture. L'obiettivo è quello di analizzare lo stato di salute del parco tecnologico elettromedicale installato nelle varie strutture ospedaliere. Tale analisi è stata, poi, condotta anche su classi specifiche, ritenute impattanti sull'attività clinico-chirurgica e non indagate, al momento, dai diversi flussi ministeriali.
L'indagine ha coinvolto tutte le regioni, con 202 strutture sanitarie pubbliche e private intervistate. Il Progetto, di così ampio respiro, non è ancora concluso; attualmente, i dati fanno riferimento al contributo di 57 strutture sanitarie, suddivise così come riportato nel Grafico 1.
In primo luogo, si è focalizzata l'attenzione sul parco tecnologico complessivo installato nelle suddette strutture, considerandone il numero complessivo (Grafico 2) e l'età media generale (Grafico 3).
Si è, poi, rivolta l'attenzione su specifiche classi di apparecchiature individuandone il numero totale installato nelle strutture oggetto dell'indagine e la loro età media, come riportato nel Grafico 4.
Si è voluto, infine, porre l'accento sulla spesa complessiva destinata all'acquisizone di nuove apparecchiature biomediche, ovvero considerando non solo l'acquisto, ma anche il noleggio ed il service (Grafico 5).

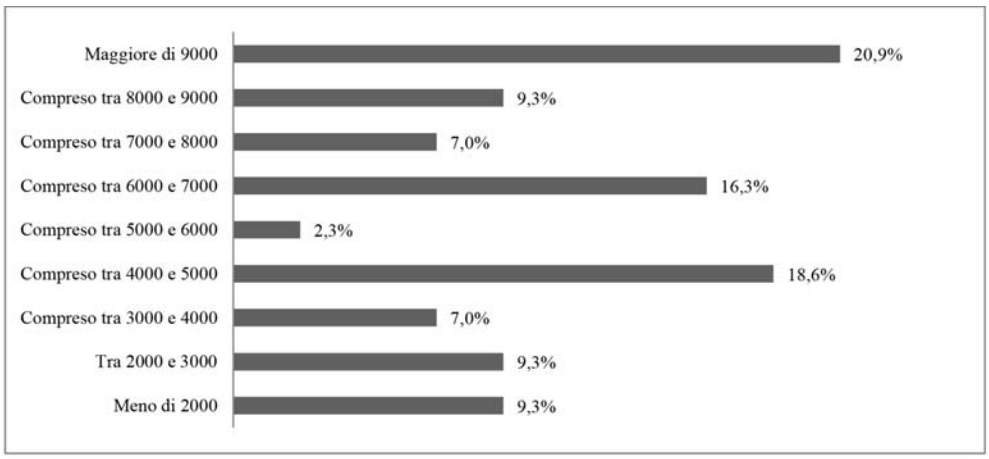
Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 361

Grafico 1 - Tipologia di strutture sanitarie incluse nell'indagine - Anno 2015



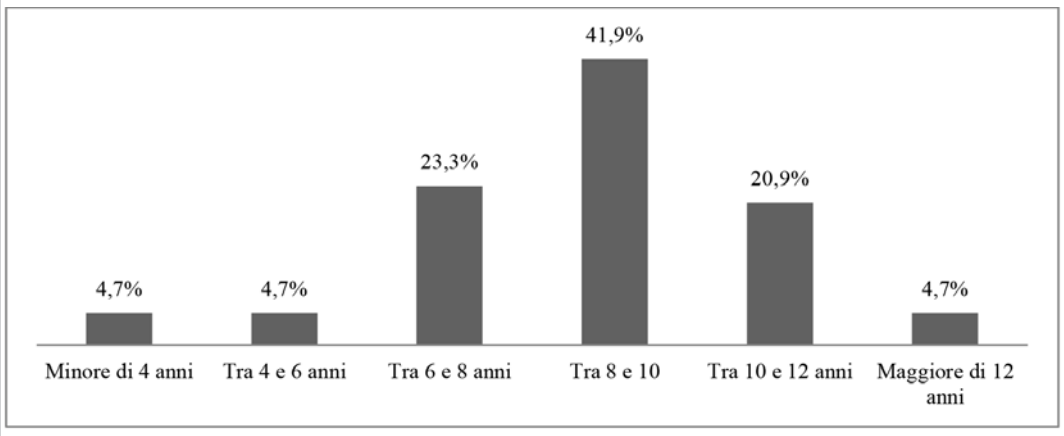
Fonte dei dati: Elaborazioni dati Associazione Italiana Ingegneri Clinici. Anno 2015.

Grafico 2 - Apparecchiature (valori percentuali) installate in tutte le strutture - Anno 2015



Fonte dei dati: Elaborazioni dati Associazione Italiana Ingegneri Clinici. Anno 2015.

Grafico 3 - Età media (anni) del parco tecnologico - Anno 2015

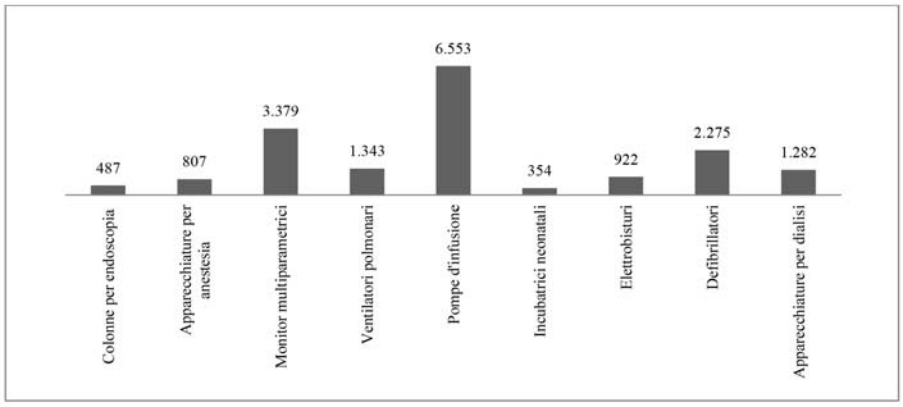


Fonte dei dati: Elaborazioni dati Associazione Italiana Ingegneri Clinici. Anno 2015.

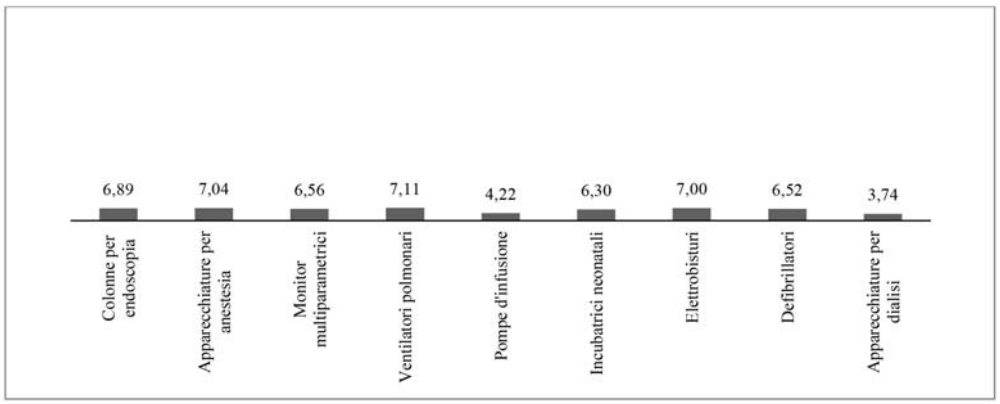
Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 362

Grafico 4 - Numero (valori assoluti) ed età media (anni) di alcune classi di apparecchiature biomediche - Anno 2015

Numero di apparecchiature

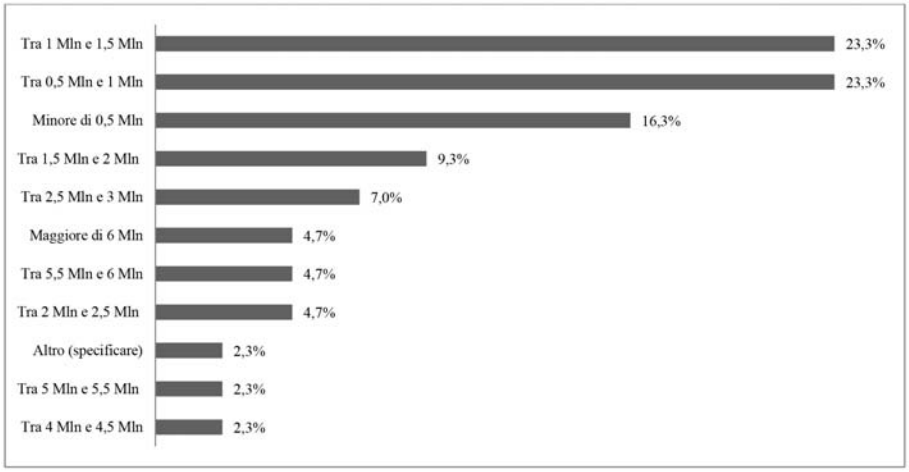


Età media (anni) delle apparecchiature



Fonte dei dati: Elaborazioni dati Associazione Italiana Ingegneri Clinici. Anno 2015.

Grafico 5 - Spesa media annua (valori in milioni di €) destinata all'acquisizione di nuove apparecchiature - Anno 2015



Fonte dei dati: Elaborazioni dati Associazione Italiana Ingegneri Clinici. Anno 2015.

Assistenza territoriale

Le modificazioni demografiche ed epidemiologiche che stanno caratterizzando la popolazione degli ultimi decenni, compresi l'aumento dell'età media della popolazione e l'incremento della prevalenza delle malattie croniche, della multicronicità e della non autosufficienza, comportano una concomitante crescita della complessità dei bisogni di assistenza socio-sanitaria della popolazione stessa rendendo necessario un adeguamento nell'ambito dell'intero sistema assistenziale.

In questo contesto emerge come fondamentale il rafforzamento dell'Assistenza Territoriale e, quindi, di un sistema basato sull'Assistenza Primaria (Primary Health Care) rivolta ad una popolazione residente in una determinata area geo-politica. Tale rafforzamento può essere perseguito al meglio andando ad agire ad entrambi i livelli di Governance di un sistema assistenziale, livelli di cui si è ampiamente discusso nella precedente Edizione del Rapporto Osservasalute: Governance di Sistema, in cui si esplica la funzione di tutela della salute della popolazione, mediante le attività di programmazione, finanziamento e verifica dei processi ed esiti di salute e Governance di Produzione, ossia il governo di ciò che riguarda il network di offerta. Uno dei punti fondamentali nell'implementazione di tale approccio è posto dall'evidente necessità di superamento di una logica di tipo "prestazionale" caratterizzata dal rispondere in maniera puntuale ad una specifica richiesta di assistenza nel momento in cui un evento acuto si presenta e porta fisicamente il cittadino a recarsi presso una struttura di offerta sanitaria. Le caratteristiche di questo genere di offerta, che segue logiche di risposta del tipo "qui ed ora", per nulla si adattano ad accogliere un bisogno sanitario o socio-sanitario complesso e duraturo nel tempo come quello espresso da pazienti cronici e/o non autosufficienti.

Questa logica, che è attualmente ancora la più diffusa a livello nazionale, deve essere superata in favore di una logica di "presa in carico", intesa come garanzia di accesso ai servizi sanitari e continuità dell'assistenza sia a livello di comunità, residente in una determinata giurisdizione geograficamente definita, che dei singoli individui che ad essa appartengono.

Tale obiettivo può essere perseguito attraverso la costruzione di un sistema di assistenza che, partendo da una lettura integrata di quelli che sono i bisogni di salute e sociali della popolazione e degli individui, possa sviluppare programmi di assistenza per la comunità che vengano poi tradotti in Piani di Assistenza Individuali per il singolo assistito. In questo modo diviene possibile non solo rispondere ad un dato bisogno socio-sanitario nel momento in cui esso si presenta, ma anche anticipare il bisogno stesso prima che esso porti l'individuo a richiedere assistenza ed individuare in tal modo coloro i quali, in una determinata giurisdizione, seppur malati non hanno ancora usufruito dei servizi sanitari (Health Affairs Blog). Attraverso la definizione di programmi di comunità e di Piani di Assistenza Individuali è possibile attuare quella che viene definita in letteratura come "Total Population Medicine", ovvero un insieme di azioni che mediante l'utilizzo di risorse finanziarie e professionali mira al raggiungimento di specifici outcome di salute e, più in generale, al miglioramento della salute di una popolazione che vive in quella data area geografica.

Attualmente i programmi che meglio rispondono alle esigenze fino ad ora descritte sono i "Disease and Care Management Program"; questi, infatti, si configurano come programmi di comunità che prevedono un approccio integrato fra i diversi provider di assistenza sociale e sanitaria (siano essi pubblici e/o privati) e tra questi e i pazienti (con o senza supporto di caregiver) affetti da una o più patologie croniche e/o in condizioni di non autosufficienza e che sono, quindi, a maggior rischio di utilizzo dei servizi socio-sanitari.

Lo sviluppo di un programma di comunità dedicato ad una popolazione residente in una data area geografica e destinato a pazienti cronici, multicronici e/o non autosufficienti può essere riassumibile in otto punti chiave riguardanti le fasi di pianificazione, monitoraggio ed eventuali azioni di miglioramento.

I punti fondamentali individuati dall'Agency for Healthcare Research and Quality sono i seguenti:

- pianificazione mirata del programma mediante una disamina delle diverse possibilità e, quindi, la definizione delle modalità specifiche e ottimali individuate sulla base delle particolari esigenze della comunità e dei suoi membri e delle risorse disponibili;
- coinvolgimento degli stakeholder chiave (ad esempio i professionisti sanitari) nella pianificazione del programma fin dalle prime fasi del suo sviluppo e, successivamente, nella sua valutazione;
- identificazione della popolazione target del programma, prendendo in considerazione non solo le patologie che possono esserne oggetto ma anche e, soprattutto, la tipologia di pazienti da coinvolgere nel loro insieme alla luce di una valutazione complessiva dei bisogni della popolazione cui il programma è rivolto;
- definizione degli specifici interventi da mettere in atto per applicare il programma;

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 364

- scelta del modello di programma di comunità più adatto alla realizzazione degli interventi previsti;
- una volta definito il modello più adeguato sulla base delle risorse disponibili e delle esigenze della comunità, è necessario pianificare una accurata strategia di attuazione del programma che permetta di ottimizzare le risorse disponibili e supportare il programma nel tempo;
- è, inoltre, di fondamentale importanza il monitoraggio del suddetto programma in un'ottica di miglioramento continuo della qualità. Misurare e comunicare agli stakeholder i risultati della messa in atto di un programma di comunità è, infatti, essenziale sia per garantire che gli assistiti stanno traendo beneficio da esso e sia per ottenere il sostegno di tutte le parti interessate;
- infine, è importante considerare che ogni fase della pianificazione, monitoraggio ed implementazione di un programma di comunità sia il più possibile basata su evidenze scientifiche.

Nell'ottica di ridefinizione del sistema assistenziale secondo una logica di presa in carico è anche possibile sottolineare l'evoluzione del concetto di "assistenza continua" contenuto all'interno di essa.

Fino ad ora, essa è stata interpretata come disponibilità di accesso a prestazioni erogate da strutture di offerta aperte al pubblico nelle 24 ore e alle quali il paziente può rivolgersi qualora presenti un episodio ad insorgenza acuta. Una "continuità assistenziale" che è, invece, caratteristica costitutiva di presa in carico deve essere interpretata come presenza di una rete funzionale integrata e realizzata dinamicamente ad hoc da professionisti socio-sanitari, pazienti ed eventuali caregiver che permetta all'individuo di ricevere un'assistenza continua nell'arco delle 24 ore, come sottolineato anche al punto 10 del DM n. 70/2015 (7). Ciò avviene indipendentemente dal luogo specifico di intervento che, prevalentemente, è il domicilio dell'assistito, in maniera adeguata alla condizione complessiva del paziente (clinica-assistenziale, di autosufficienza, socio-economica e culturale) valutata multidimensionalmente. Tale piano è tracciabile nella sua realizzazione attraverso il supporto di sistemi informatizzati che consentono una lettura unitaria degli esiti delle varie azioni di assistenza sul paziente.

In una prospettiva di continuo miglioramento di programmi di comunità di assistenza primaria adeguati ai bisogni della popolazione si inserisce la necessità di attuare un continuo monitoraggio dell'appropriatezza degli interventi messi in atto e dello stato di salute della popolazione in generale. Al fine di rendere possibile il suddetto monitoraggio saranno di seguito presentati e analizzati alcuni indicatori di processi sanitari e di esiti di salute.

Riferimenti bibliografici

(1) Damiani G, Silvestrini G, Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane. Rapporto Osservasalute 2014, Assistenza territoriale, 2014.
(2) Jacobson DM, Teutsch S, An environmental scan of integrated approaches for defining and measuring total population health by the clinical care system, the government public health system, and stakeholder organizations. Public Health Institute, 2012.
(3) Kindig DA, Understanding Population Health Terminology. Milbank Quarterly. 2007, 85 (1), 139-161.
(4) Kelley T, 'Population-based,'meet'patient-centered'. Managed care (Langhorne, Pa.), 2012, 21 (5): 16-20.
(5) Health Affairs Blog. Disponibile sul sito: http://healthaffairs.org/blog/.
(6) Boehm J, Chimento L, Moldawer L, Tsien C, Designing and Implementing Medicaid Disease and Care Management Programs: A User's Guide. Agency for Healthcare Research and Quality, 2008.
(7) Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, n. 70. Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 365

Assistenza Domiciliare Integrata

Significato. L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) rappresenta un servizio compreso nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) al fine di garantire una risposta ai bisogni di salute delle persone non autosufficienti, spesso anziane e disabili per una gestione appropriata della cronicità. Tale modello assistenziale si basa sulla necessità, per il Servizio Sanitario Nazionale, di fornire un'adeguata risposta alle trasformazioni demografiche e sociali verificatesi negli ultimi decenni nel nostro Paese che, unitamente al miglioramento delle condizioni socio-sanitarie, hanno comportato un progressivo invecchiamento della popolazione, frequentemente accompagnato dall'insorgenza di patologie cronico-degenerative multiple. È, infatti, in costante crescita la quota di popolazione ultra 65enne pari a circa 13 milioni di persone nel 2013 (21,2 % del totale) e, secondo le previsioni dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat), proiettata a raggiungere il 32% nel 2043, di cui circa la metà ultra 80enni (1).
Tale peculiare andamento si è determinato per il costante aumento della speranza di vita (79,6 anni per gli uomini e 84,4 anni per le donne nel 2012) (2, 3). Il combinarsi di una vita media in continuo aumento, da un lato, e il regime di persistente bassa fecondità, dall'altro, hanno fatto conquistare al nostro Paese un indice di vecchiaia che lo colloca al 2° posto nella graduatoria dei 27 Paesi europei: al 1 gennaio 2013, nella popolazione residente si contavano 151,4 persone con un'età >65 anni ogni 100 giovani con un'età <15 anni (2).
La crescente longevità della popolazione italiana, se da un lato rappresenta certamente un esito lusinghiero del servizio sanitario pubblico che ha reso disponibili, universalmente, i progressi dell'innovazione scientifica e tecnologica, in particolare nel campo dell'assistenza del paziente acuto e della prevenzione, dall'altro si accompagna ad un progressivo incremento dell'incidenza e della prevalenza di patologie cronico-degenerative, quali malattie cardiovascolari, diabete, malattia di Alzheimer e altre patologie neurodegenerative, tumori, malattie polmonari croniche ostruttive e problemi muscoloscheletrici. Nella classe di età 65-69 anni e 75 anni ed oltre, le donne che soffrono di almeno una cronicità grave rappresentano, rispettivamente, il 28% e il 51%, mentre gli uomini che soffrono di almeno una cronicità grave sono il 36% nella classe di età 65-69 e il 57% di quelli ultra 75enni (2).
Le malattie cronico-degenerative impongono alla popolazione anziana, che spesso vive in condizioni di solitudine e fragilità (il 48,7% delle persone che vivono sole ha più di 65 anni e l'11,1% ha più di 85 anni), un peso elevato in termini di salute ed in termini economici, a causa della lunga durata di queste malattie, della diminuzione della qualità della vita e dei costi per l'assistenza sanitaria (2).
Al fine di garantire un'assistenza appropriata ai pazienti non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, sono necessari percorsi assistenziali consistenti in un insieme organizzato di trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi, necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita.
L'assistenza domiciliare integrata, introdotta per la prima volta dal DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza", secondo la definizione del Ministero della Salute consiste in un insieme integrato di trattamenti sanitari e sociosanitari, erogati a casa della persona non autosufficiente (4). L'ADI assicura, infatti, l'erogazione coordinata e continuativa di prestazioni sanitarie (medica, infermieristica e riabilitativa) e socio-assistenziali (cura della persona, fornitura dei pasti e cure domestiche) al domicilio, da parte di diverse figure professionali fra loro funzionalmente coordinate nell'ambito del Distretto, come previsto sia dalla normativa nazionale, inclusi gli Accordi Collettivi Nazionali per la Medicina Generale che negli ultimi 10 anni hanno dato forte impulso alle cure a domicilio, sia dagli atti approvati dalle Regioni in materia di assistenza socio-sanitaria.
Le patologie che consentono l'avvio dell'ADI sono quelle per le quali l'intervento domiciliare si presenta alternativo al ricovero ospedaliero e, salva diversa determinazione concordata tra il medico responsabile dell'attività sanitaria a livello distrettuale e il Medico di Medicina Generale (MMG) in relazione alla situazione socio-ambientale e al quadro clinico, le ipotesi di attivazione dell'intervento si riferiscono a malati terminali, malattie progressivamente invalidanti e che necessitano di interventi complessi, incidenti vascolari acuti, gravi fratture in anziani, forme psicotiche acute gravi, riabilitazione di pazienti vasculopatici, riabilitazione in pazienti neurolesi, malattie acute temporaneamente invalidanti nell'anziano e dimissioni protette da strutture ospedaliere.
In relazione al bisogno clinico, funzionale e sociale del paziente si possono individuare interventi di ADI con livelli crescenti di intensità e complessità assistenziale. Le cure domiciliari integrate sono coadiuvate da prestazioni di aiuto personale e assistenza tutelare alla persona, generalmente erogate dai servizi sociali del Comune di residenza dell'assistito.
A prescindere dalle forme dell'ADI la responsabilità assistenziale è del MMG o del Pediatra di Libera Scelta che ha in carico il paziente, mentre l'équipe multidisciplinare, che ha sede organizzativa nel Distretto sanitario di residenza del paziente, è costitui-

S. TARDIVO, C. COPPO, C. CARLI, A. POLI, G. ROMANO

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 366

ta, a seconda dei casi, da un infermiere professionale, un fisioterapista, un assistente sociale, un operatore socio-assistenziale e da specifici medici specialisti necessari alla patologia del paziente.
L'ADI costituisce, pertanto, un servizio in grado di garantire un'adeguata continuità di risposta sul territorio ai bisogni di salute, anche complessi, delle persone non autosufficienti, anche anziane, e dei disabili ai fini della gestione della cronicità e della prevenzione della disabilità.

Tasso di assistibili in Assistenza Domiciliare Integrata

$$\frac{\text{Assistibili che hanno iniziato il trattamento di Assistenza Domiciliare Integrata}}{\text{Popolazione media residente}} \times 100.000$$

Tasso di assistibili anziani in Assistenza Domiciliare Integrata

$$\frac{\text{Assistibili di età >65 anni che hanno iniziato il trattamento di Assistenza Domiciliare Integrata}}{\text{Popolazione media residente di età >65 anni}} \times 1.000$$

Tasso di assistibili in Assistenza Domiciliare Integrata in fase terminale

$$\frac{\text{Assistibili in fase terminale che hanno iniziato il trattamento di Assistenza Domiciliare Integrata}}{\text{Popolazione media residente}} \times 100.000$$

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 (DM 5 dicembre 2006) e dall'Istat. Trattandosi di indicatori di attività, non è possibile un'esaustiva riflessione sulla qualità dell'ADI erogata dalle Aziende Sanitarie Locali né sulla tipologia dei casi trattati, in ragione della difficoltà collegata alla valutazione dell'outcome finale.
La mancanza di un sistema di classificazione omogeneo e condiviso a livello nazionale limita, sensibilmente, la validità di un confronto interregionale.

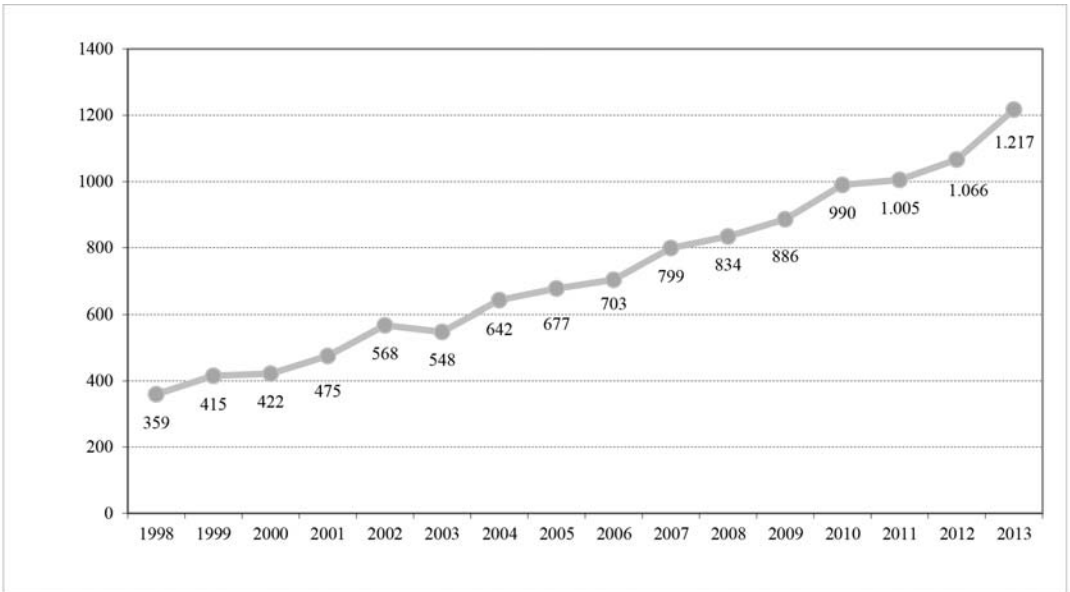
Valore di riferimento/Benchmark. In assenza di un valore di riferimento legislativo e di omogeneità nei modelli organizzativi, gli indicatori analizzati possono essere considerati in riferimento al valore medio delle regioni che presentano valori superiori al dato nazionale.

Descrizione dei risultati

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 (Grafico 1). Permane, dal confronto con gli anni precedenti, una notevole variabilità dell'indicatore legata alla disomogeneità regionale: si va, infatti, da un tasso minimo di 146 assistibili (per 100.000) 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) (Tabella 1).
L'accorpamento per macroaree dei dati relativi al tasso di assistibili in ADI mostra notevoli disomogeneità: si passa, infatti, da un valore di 1.636 e 1.355 (per 100.000) delle regioni del Centro e del Nord rispettivamente, ad un tasso di 793 (per 100.000) del Sud ed Isole. Rispetto al 2012, tali valori risultano stabili per Nord e Meridione (+0,3% e +0,6%), mentre si registra un ritorno alla crescita per il Centro (+83,4% e +52,8% rispetto ai valori 2012 e 2011) (Grafico 2).
Globalmente, la percentuale di ADI erogata a soggetti anziani è stata pari all'83,5% del totale, valore praticamente invariato rispetto al 2011 e 2012. A livello regionale, la Valle d'Aosta presenta il valore più basso (40,2%) di anziani assistiti in ADI, mentre il Molise e la Toscana registrano i valori più elevati (entrambe il 90,1%) (Tabella 1). Una notevole variabilità è presente nel numero di anziani trattati in ADI riferito alla stessa popolazione anziana residente: parlando di soggetti di età >65 anni assistiti in ADI si passa, difatti, 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) (Grafico 3). Rispetto al 2012, tali valori permangono in aumento per le regioni del Nord e del Meridione (rispettivamente, + 41,7% e +7,7%), mentre si registra una ulteriore sensibile flessione per le regioni del Centro: si passa, infatti, dai 103,5 casi (per 100.00) del 2012 ai 93,2 (per 100.000) del 2013 (-10,0%).

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 367

Grafico 1 - Tasso (per 100.000) di assistibili trattati in Assistenza Domiciliare Integrata - Anni 1998-2013



Fonte dei dati: Ministero della Salute. Direzione Generale del Sistema Informativo. Ufficio di Direzione Statistica. Anno 2015.

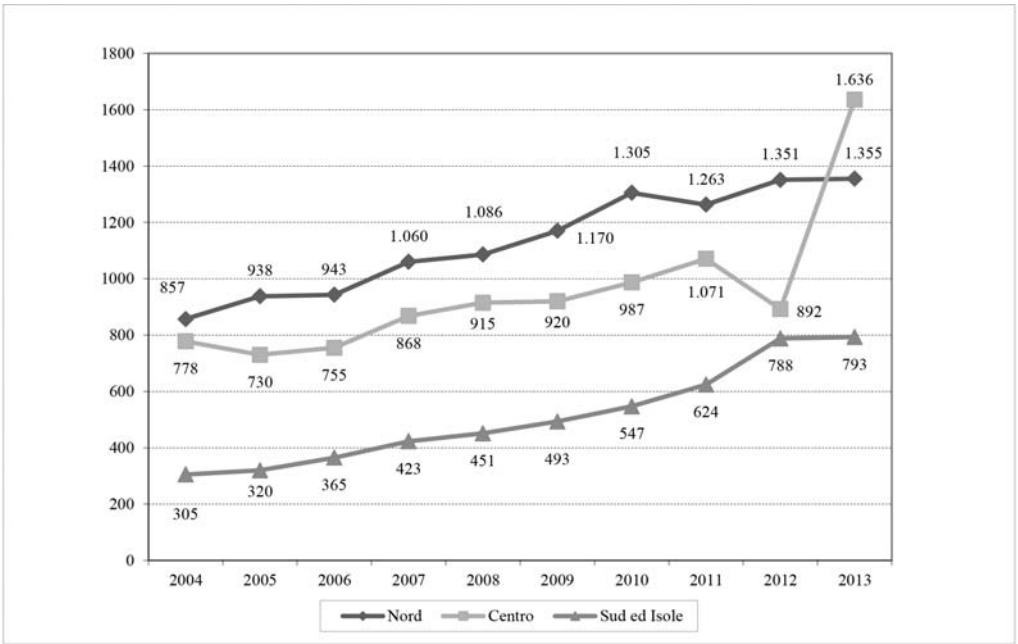
Tabella 1 - Assistibili (valori assoluti e tasso per 100.000) ed anziani (valori percentuali e tasso per 1.000) trattati in Assistenza Domiciliare Integrata per regione - Anno 2013

Regioni	Assistibili	Tassi di assistibili	Anziani trattati	Tassi di anziani trattati
Piemonte	34.514	783	79,2	27,5
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	219	171	40,2	3,3
Lombardia	92.113	932	85,4	39,8
Bolzano-Bozen	747	146	53,8	4,5
Trento	5.205	976	70,7	36,3
Veneto	69.866	1.425	83,1	59,6
Friuli Venezia Giulia	26.738	2.182	77,0	72,7
Liguria	18.644	1.181	79,0	35,6
Emilia-Romagna	125.725	2.850	83,5	109,1
Toscana	105.461	2.834	90,1	111,4
Umbria	10.959	1.229	82,4	44,7
Marche	13.208	853	78,1	30,2
Lazio	64.652	1.131	85,9	50,3
Abruzzo	18.292	1.382	84,9	56,3
Molise	3.022	962	90,1	40,5
Campania	37.213	639	80,5	32,3
Puglia	23.096	567	79,0	24,3
Basilicata	9.083	1.573	83,4	66,3
Calabria	13.698	696	81,2	30,6
Sicilia	48.449	960	81,2	42,7
Sardegna	11.876	719	76,8	28,3
Nord	373.771	1.355	82,6	53,0
Centro	194.280	1.636	87,5	67,9
Sud ed Isole	164.729	793	81,1	35,7
Italia	**732.780**	**1.217**	**83,5**	**50,7**

Fonte dei dati: Ministero della Salute. Direzione Generale del Sistema Informativo. Ufficio di Direzione Statistica. Anno 2015.

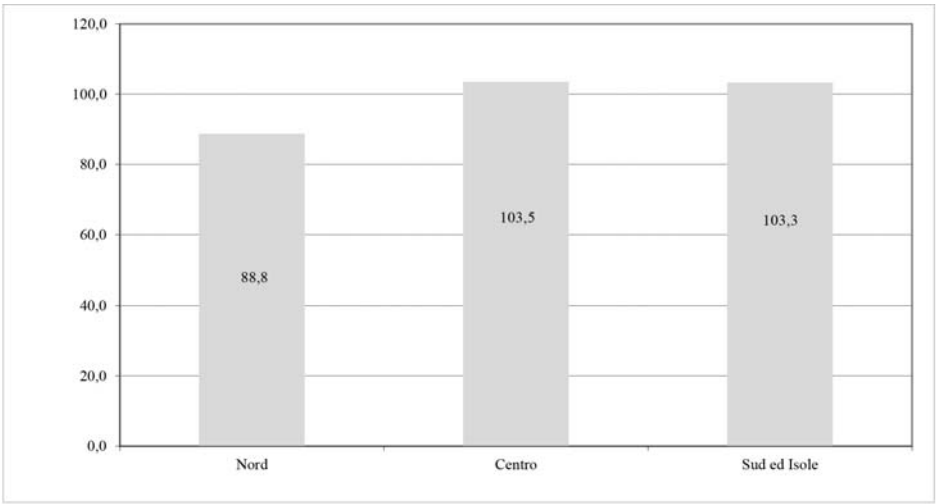
Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 368

Grafico 2 - Tasso (per 100.000) di assistibili trattati in Assistenza Domiciliare Integrata per macroarea - Anni 2004-2013



Fonte dei dati: Ministero della Salute. Direzione Generale del Sistema Informativo. Ufficio di Direzione Statistica. Anno 2015.

Grafico 3 - Tasso (per 100.000) di pazienti terminali trattati in Assistenza Domiciliare Integrata per macroarea - Anno 2013



Fonte dei dati: Ministero della Salute. Direzione Generale del Sistema Informativo. Ufficio di Direzione Statistica. Anno 2015.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'analisi dei dati conferma anche per l'anno 2013 un incremento a livello nazionale dell'attività dell'ADI, nell'ottica di una sempre maggiore implementazione dei modelli organizzativi sanitari nell'ambito delle cure primarie.

Tale incremento è, peraltro, in linea con gli obiettivi posti alle Regioni per la diminuzione dell'ospedalizzazione attraverso l'erogazione di forme assistenziali alternative al ricovero ospedaliero, anche alla luce di quanto previsto dal D. Lgs. n. 135/2012, la cosiddetta spending review della sanità (tasso di ospedalizzazione complessivo pari a 160/1.000, durata media di degenza per i ricoveri ordinari <7 giorni e tasso di occupazione

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 369

dei posti letto di almeno il 90%).
Dall'analisi dei dati relativi al tasso di assistibili in ADI nel 2013, accorpati per macroaree, emerge che nelle regioni del Nord e del Meridione si registra una sostanziale uguaglianza rispetto all'anno precedente, seppur con un ampio divario tra le due aree.
Al contrario, nel Centro si assiste ad un inusuale aumento esponenziale del tasso di pazienti assistibili in ADI da dover verificare nel tempo anche in relazione ad eventuali bias nei flussi informativi (+83%).
Si mantiene, inoltre, una disparità nel tasso di anziani trattati tra le diverse macroaree, con una netta preminenza nel Centro rispetto al Nord (ove, tuttavia, potrebbe giocare un ruolo significativo la presenza di posti letto in residenzialità assistita) ed al Sud ed Isole che si attesta al 35,7 per 1.000.
Si vanno, invece, ulteriormente riducendo le differenze nel tasso di pazienti terminali trattati a domicilio; la macroarea del Nord permane a livelli inferiori, verosimilmente anche in ragione di modelli culturali diversi rispetto al Centro ed al Meridione nell'assistenza in fine vita.
La mancanza, infine, di una definizione comune dell'ADI all'interno dei Livelli Essenziali di Assistenza e dell'avvio del nuovo flusso informativo, inficia significativamente la possibilità di una esaustiva valutazione delle differenze rilevate.

Riferimenti bibliografici

(1) Statistiche Demografiche Istat. Disponibile sul sito: http://demo.istat.it/pop2014/index3.html. Ultimo accesso in data 30.11.2015.
(2) Istat. Tendenze demografiche e trasformazioni sociali. Nuove sfide per il sistema di welfare. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/files/2014/05/cap4.pdf. Ultimo accesso in data 30.11.2015.
(3) Istat. Come saranno gli anziani nel 2040. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/files/2010/12/Formiche.pdf. Ultimo accesso in data 30.11.2015.
(4) Ministero della Salute. Assistenza Domiciliare. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?lingua=italiano&id=139&area=Servizi_al_cittadino_e_al_paziente. Ultimo accesso in data 30.11.2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 370

Posti letto residenziali di tipo socio-sanitario per persone con disabilità e per anziani

Significato. Le strutture residenziali di tipo socio-sanitario, forniscono assistenza e cure mediche di lungo periodo a persone in condizione di non autosufficienza o con elevata necessità di tutela sanitaria. I servizi erogati includono sia prestazioni prettamente sanitarie (cure mediche e infermieristiche, trattamenti riabilitativi e somministrazioni di terapie) con diversi livelli di intensità, sia prestazioni a carattere sociale, come, ad esempio, i servizi di cura alla persona (aiuti per il movimento, per l'alimentazione e per l'igiene personale).
La loro attività occupa un ruolo rilevante nell'ambito del processo di integrazione tra assistenza sanitaria e assistenza sociale.
L'indicatore proposto permette di confrontare l'entità dell'offerta di residenzialità destinata agli anziani e alle persone con disabilità; i dati sono stati rilevati con l'indagine dell'Istituto Nazionale di Statistica sui presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari.
Le strutture considerate sono quelle caratterizzate da una significativa componente sanitaria (presenza di almeno una figura che svolge attività di tipo socio-sanitario oltre al Medico di Medicina Generale) che forniscono, in prevalenza, ospitalità ad anziani, a persone con disabilità e con patologie psichiatriche.

Tasso di posti letto per persone con disabilità e anziani

Numeratore: Posti letto per target di utenza
Denominatore: Popolazione media residente per la stessa fascia di età
x 10.000

Validità e limiti. L'indicatore è stato costruito per due diversi target di utenza: persone con disabilità (persone di età <65 anni con disabilità fisica, psichica, sensoriale e/o persone con patologie psichiatriche) e anziani (persone di età >65 anni); l'assegnazione dei posti letto al target di utenza è stata effettuata sulla base delle prevalenze di assistiti dichiarate dalle strutture censite, pertanto, non si esclude che i posti letto possano essere utilizzati anche per altre tipologie di utenti.
I dati sulla base dei quali è stato costruito l'indicatore sono stati ponderati per tenere conto del numero di strutture che non hanno risposto alla rilevazione, per l'anno 2013 circa il 20% dell'universo di riferimento.
Al fine di valutare l'effetto sulla precisione dell'indicatore delle mancate risposte è stato calcolato il coefficiente di variazione percentuale, che rappresenta la quota percentuale dell'errore sulla stima puntuale.
Le strutture selezionate, pur caratterizzate da una rilevante componente sanitaria, possono ospitare anziani "autosufficienti", definiti tali in quanto non in possesso di valutazione multidimensionale da parte di un'équipe multidimensionale.

Valore di riferimento/Benchmark. Difficoltoso risulta individuare un valore di riferimento poiché il rapporto ideale, tra posti letto residenziali e popolazione, dipende dall'offerta di forme di assistenza alternative e dall'orientamento delle singole regioni.

Descrizione dei risultati

In Italia, i posti letto destinati ad accogliere persone con disabilità e anziani sono, complessivamente, 271.254 pari a 44,6 ogni 10.000 abitanti. La parte più ampia dell'offerta è destinata ad accogliere anziani (171,7 per 10.000), quote residuali sono, invece, rivolte ad utenti con disabilità (7,9 per 10.000).
L'analisi territoriale evidenzia forti divari tra le ripartizioni, con un'offerta che si concentra, soprattutto, nelle regioni del Nord e subisce consistenti riduzioni nelle altre aree del Paese. I più alti livelli di offerta complessiva si registrano in Piemonte con 99,3 posti letto (per 10.000); la più bassa dotazione di posti letto si riscontra nelle regioni del Sud e nello specifico in Campania con 10,7 per 10.000 abitanti.
Per quanto riguarda gli anziani, il tasso più elevato si registra nella PA di Bolzano (429,3 posti letto ogni 10.000 abitanti), mentre l'offerta più bassa si rileva nella PA di Trento dove il livello dei tassi scende a 21,4 (per 10.000). La quota di posti letto dedicati alle persone con disabilità raggiunge il livello massimo in Liguria (18,1 per 10.000), mentre i valori minimi si registrano in Campania (3,4 per 10.000).

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 371

Tabella 1 - Tasso (per 10.000) e coefficiente di variazione (valori percentuali) di posti letto per persone con disabilità e anziani nelle strutture socio-sanitarie per regione - Anno 2013

Regioni	Persone con disabità	Anziani	Totale	Coefficiente di Δ %
Piemonte	10,7	367,9	99,3	1,6
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	15,6	364,7	95,9	0,0
Lombardia	8,1	287,9	69,6	0,6
Bolzano-Bozen	8,5	429,3	88,9	0,0
Trento	17,6	21,4	21,9	0,8
Veneto	7,5	283,4	67,7	0,2
Friuli Venezia Giulia	8,3	56,4	22,2	0,8
Liguria	18,1	124,4	52,6	1,9
Emilia-Romagna	8,5	287,6	75,2	1,2
Toscana	5,9	79,7	25,4	1,9
Umbria	6,3	25,9	12,6	1,6
Marche	11,6	186,3	55,3	1,4
Lazio	6,8	87,5	24,7	1,5
Abruzzo	3,8	40,1	12,8	1,2
Molise	13,2	164,0	50,8	1,9
Campania	3,4	42,3	10,7	3,2
Puglia	5,4	56,2	16,7	3,8
Basilicata	11,2	114,0	35,3	0,0
Calabria	7,3	46,9	16,6	4,1
Sicilia	8,8	77,8	24,0	3,0
Sardegna	10,6	96,6	30,9	2,2
Italia	**7,9**	**171,7**	**44,6**	**0,3**

Fonte dei dati: Istat. "Indagine presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari". Anno 2015.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'attività delle strutture residenziali si inquadra nell'ambito dell'assistenza integrata di tipo sociale e sanitaria prevista dalla Legge n. 328/2000 che rappresenta una risposta mirata a bisogni di particolari gruppi di popolazione, come le persone con disabilità e gli anziani. È una tipologia di assistenza di lungo periodo che rappresenta una efficace alternativa ad una ospedalizzazione impropria e una soluzione palliativa alla mancanza di una rete di aiuti, formali e informali, che permetta di fornire al paziente un'assistenza più prossima ai suoi bisogni, come l'assistenza domiciliare.
È auspicabile, per l'immediato futuro, che si riducano i divari territoriali evidenziati dagli indicatori di offerta e attività e, nel medio-lungo termine, che si superi anche questa tipologia di assistenza residenziale a favore di forme di intervento che permettano al paziente di rimanere nel suo abituale ambito di vita.
Infatti, spesso molti utenti ospiti di queste strutture finiscono per essere vittime di un confinamento dalla società civile, perdendo qualsiasi possibilità di integrazione e di partecipazione sociale.

Riferimenti bibliografici

(1) Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 2010-2011.
(2) Giannakouris K, Population and social conditions, Eurostat, statistics in focus 72/2008.
(3) Pesaresi F, Simoncelli M: Analisi delle RSA in Italia: mandato e classificazione. Tendenze nuove 2008; 2: 199-232.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 372

Ospiti anziani e con disabilità nei presidi residenziali

Significato. Nel nostro Paese la quota di anziani e di persone con disabilità continua ad aumentare come conseguenza dell'ormai consolidato processo di invecchiamento che coinvolge tutti i Paesi occidentali. La necessità di rispondere adeguatamente ad una crescente domanda di assistenza a lungo termine, diventa uno dei principali obiettivi del nostro sistema di welfare che deve trovare risposte appropriate disponendo di risorse finanziare limitate.
Le soluzioni finora proposte mirano a favorire lo sviluppo di forme di assistenza domiciliare e ad incrementare l'assistenza residenziale nei casi in cui le cure a domicilio non risultino praticabili (per difficoltà della famiglia o per l'elevato livello assistenziale richiesto).

La presente sezione prende in considerazione l'attività di assistenza socio-sanitaria erogata a favore degli anziani (di età >65 anni) e delle persone con disabilità (<65 anni con disabilità fisica, psichica, sensoriale o persone con patologia psichiatrica).
Le strutture considerate sono state quelle erogatrici di assistenza con una rilevante componente sanitaria, derivanti dall'indagine dell'Istituto Nazionale di Statistica sui presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari. Pertanto, sono state selezionate le strutture residenziali caratterizzate dalla presenza di almeno una figura professionale, oltre al Medico di Medicina Generale, che svolge attività di tipo socio-sanitario.

Tasso di ospiti adulti e minori con disabilità nei presidi residenziali

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Ospiti adulti e minori con disabilità nei presidi residenziali}}{\text{Popolazione media residente della stessa fascia di età}} \times 10.000$$

Tasso di ospiti anziani nei presidi residenziali

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Ospiti anziani dei presidi residenziali}}{\text{Popolazione media residente della stessa fascia di età}} \times 10.000$$

Validità e limiti. Gli indicatori calcolati mostrano una discreta variabilità regionale che può dipendere da diversi fattori, quali una diversa capacità di risposta a condizioni di bisogno e un diverso livello di offerta residenziale, cui può associarsi una diversa organizzazione della rete socio-assistenziale.
L'indagine condotta sui presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari ha fatto registrare, per l'anno 2013, un tasso di risposta pari all'80%. Al fine di tener conto delle mancate risposte e dell'effetto che queste hanno sulla precisione degli indicatori è stato calcolato il coefficiente di variazione percentuale, che rappresenta la quota percentuale dell'errore sulla stima puntuale.
Le strutture selezionate, pur caratterizzate da una rilevante componente sanitaria, possono ospitare anziani "autosufficienti", definiti tali in quanto non in possesso di valutazione multidimensionale da parte di un'équipe multidimensionale.

Valore di riferimento/Benchmark. Difficoltoso risulta individuare un valore di riferimento poiché la quota di soggetti istituzionalizzati dipende dal diverso livello di offerta residenziale presente sul territorio e da una diversa organizzazione della rete socio-assistenziale.

Descrizione dei risultati

Gli anziani ospiti dei presidi residenziali sono, complessivamente, 263.798. Molti meno sono gli adulti e i minori con disabilità ospiti dei presidi, rispettivamente 44.951 (12,0 per 10.000 adulti residenti) e 1.417 (1,4 per 10.000 minori residenti). In linea con il quadro di offerta, il maggiore ricorso all'istituzionalizzazione si riscontra nelle regioni del Nord, soprattutto per gli anziani per i quali i tassi di ricovero più elevati si registrano nella PA di Bolzano (457,3 per 10.000).
Nel Meridione il tasso di ricovero si riduce considerevolmente e tocca i valori minimi in Campania e in Calabria dove per 10.000 anziani residenti risultano ricoverati, rispettivamente, 50,9 e 78,2 anziani, valori fortemente al di sotto del livello nazionale (202,7 per 10.000).
Risultati simili si ottengono dall'analisi degli indicatori riferiti agli ospiti adulti con disabilità: la Liguria fa registrare il più alto tasso di ricovero (27,2 ospiti adulti per 10.000 adulti residenti), mentre il Meridione vede ridursi considerevolmente i livelli del tasso. L'andamento regionale risulta confermato anche in riferimento agli ospiti minori con disabilità, ma il gradiente Nord-Sud ed Isole risulta meno marcato.

C. DI PRIAMO

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 373

Tabella 1 - Tasso (per 10.000) e coefficiente di variazione (valori percentuali) di ospiti anziani, ospiti adulti e ospiti minori con disabilità assistiti nelle strutture socio-sanitarie per regione - Anno 2013

Regioni	Anziani		Adulti con disabilità		Minori con disabilità	
	Tassi	Coefficiente di Δ %	Tassi	Coefficiente di Δ %	Tassi	Coefficiente di Δ %
Piemonte	329,3	0,8	15,3	1,7	2,8	7,8
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	358,7	0,0	18,6	0,0	6,6	0,0
Lombardia	302,3	0,3	14,5	0,6	2,2	2,5
Bolzano-Bozen	457,3	0,0	6,9	0,0	2,4	0,0
Trento	439,3	0,6	21,4	0,9	1,1	3,5
Veneto	301,8	0,2	14,4	0,3	2,0	1,7
Friuli Venezia Giulia	305,4	1,2	14,5	1,6	0,6	5,2
Liguria	245,6	1,1	27,2	1,9	2,0	10,1
Emilia-Romagna	263,6	0,9	13,9	1,3	0,4	9,3
Toscana	158,5	0,7	9,9	1,5	1,1	4,7
Umbria	119,7	0,8	12,9	1,0	4,6	2,1
Marche	190,7	0,5	12,2	0,7	1,2	4,0
Lazio	102,9	1,1	9,1	2,0	0,7	7,1
Abruzzo	123,9	1,5	6,2	2,6	0,5	7,4
Molise	166,0	2,2	21,9	4,4	1,8	8,4
Campania	50,9	2,0	5,6	3,7	0,9	10,2
Puglia	97,7	1,2	8,0	4,2	0,6	7,9
Basilicata	124,0	0,0	9,8	0,0	1,2	0,0
Calabria	78,2	2,4	8,3	5,1	0,6	12,8
Sicilia	106,7	1,8	11,9	2,5	1,2	8,6
Sardegna	154,1	1,4	12,9	2,5	1,0	9,1
Italia	**202,7**	**0,7**	**12,0**	**1,2**	**1,4**	**5,1**

Fonte dei dati: Istat. "Indagine presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari". Anno 2015.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'attività delle strutture residenziali si inquadra nell'ambito dell'assistenza integrata di tipo sociale e sanitaria prevista dalla Legge n. 328/2000 che rappresenta una risposta mirata a bisogni di particolari gruppi di popolazione, come gli anziani e le persone con disabilità. È una tipologia di assistenza di lungo periodo che rappresenta una efficace alternativa ad una ospedalizzazione impropria e una soluzione palliativa alla mancanza di una rete di aiuti, formali e informali, che permetta di fornire al paziente un'assistenza più prossima ai suoi bisogni, come l'assistenza domiciliare.

È auspicabile, per l'immediato futuro, che si riducano i divari territoriali evidenziati dagli indicatori di offerta e attività e, nel medio-lungo termine, che si superi anche questa tipologia di assistenza residenziale a favore di forme di intervento che permettano al paziente di rimanere nel suo abituale ambito di vita. Infatti, spesso molti utenti ospiti di queste strutture finiscono per essere vittime di un confinamento dalla società civile, perdendo qualsiasi possibilità di integrazione e di partecipazione sociale.

Riferimenti bibliografici

(1) Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 2010-2011.
(2) Giannakouris K, Population and social conditions, Eurostat, statistics in focus 72/2008.
(3) Pesaresi F, Simoncelli M: Analisi delle RSA in Italia: mandato e classificazione. Tendenze nuove 2008; 2: 199-232.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 374

Ospedalizzazione potenzialmente evitabile per complicanze a lungo termine del diabete mellito

Significato. Il diabete è una malattia cronica caratterizzata dalla presenza di elevati livelli di glucosio nel sangue (iperglicemia) ed è dovuta ad un'alterata quantità o funzione dell'insulina. Il diabete può determinare complicanze croniche che possono essere prevenute o di cui si può rallentare la progressione attraverso uno stretto controllo di tutti i fattori di rischio. La gestione delle Complicanze a Lungo Termine del Diabete mellito (CLTD) può essere realizzata attraverso un'assistenza territoriale che fornisca al paziente informazioni e mezzi per un adeguato controllo metabolico, così da evitare l'emergere di quadri di diabete scompensato che renderebbero necessaria l'ospedalizzazione. Tra i Prevention Quality Indicators, dell'Agency for Healthcare Research and Quality, il tasso di dimissioni ospedaliere potenzialmente evitabili per CLTD consente di valutare, indirettamente, l'appropriatezza della gestione territoriale del diabete. L'indicatore riguarda la popolazione con età >18 anni.

Tasso di dimissioni ospedaliere potenzialmente evitabili per complicanze a lungo termine del diabete mellito

$$\beta_i: \max L\left(g\left(T|X_i, Y_k, \beta_k, \beta_i\right)\right)$$

Significato delle variabili: β_i=tasso aggiustato della i-ma regione; L=log verosimiglianza della funzione g, esponenziale negativa; T=tasso grezzo; X_i=dummy regione i-ma; Y_k=k-ma variabile confondente; β_k=parametro k-ma variabile confondente.

Validità e limiti. La validità di questo indicatore, come misuratore della qualità dell'assistenza territoriale è stata, negli ultimi anni, oggetto di critiche specifiche. In questa sezione è stato, pertanto, adottato un metodo di aggiustamento dei tassi che prende in considerazione variabili che la letteratura scientifica ha individuato come confondenti della relazione tra qualità delle cure territoriali e ospedalizzazione evitabile: età, prevalenza della patologia e propensione al ricovero. La propensione al ricovero è stata misurata attraverso il rapporto tra il tasso di ricoveri effettuati nella regione dai residenti e il tasso di ricoveri osservato a livello nazionale, per classe di età. Per l'aggiustamento dei tassi è stato utilizzato un modello di regressione binomiale in cui il numero di ricoveri osservati era la variabile dipendente, mentre l'età dei pazienti, la regione di ricovero, l'indicatore di propensione al ricovero e la prevalenza della patologia fungevano da variabili indipendenti. Nella fattispecie si ipotizza che l'età, la prevalenza della patologia e la propensione al ricovero siano fattori potenzialmente confondenti della relazione tra la proporzione di ricoveri evitabili ed il contesto territoriale.
Il tasso aggiustato esprime, a livello regionale, il numero di ricoveri per 1.000 abitanti, tenendo conto dei fattori potenzialmente confondenti. Permangono nell'interpretazione le limitazioni dovute alla variabilità nella codifica delle Schede di Dimissione Ospedaliera, fenomeno noto nella letteratura scientifica e che può condurre a una sottostima della reale ospedalizzazione evitabile in modo differenziale da regione a regione.

Valore di riferimento/Benchmark. Valore medio delle 3 regioni con il tasso più basso.

Descrizione dei risultati

In Tabella 1 sono riportati i tassi grezzi e aggiustati per le covariate prima descritte e i corrispondenti rank. Non è stato possibile scorporare le PA del Trentino-Alto Adige, mentre la Valle d'Aosta è stata aggregata con il Piemonte perché questo è il livello minimo di aggregazione consentito dall'Indagine Multiscopo dell'Istituto Nazionale di Statistica che è stata utilizzata per la procedura di aggiustamento.
Dopo l'aggiustamento, le regioni con i tassi più bassi risultano collocate nella zona centro-meridionale del Paese: Marche, Sardegna, Toscana e Basilicata. I tassi più elevati si osservano in alcune regioni settentrionali (Emilia-Romagna, Veneto e Lombardia) ed in Puglia. L'aggiustamento ha mostrato i cambiamenti più rilevanti, in termini di ranking, in Friuli Venezia Giulia e Trentino-Alto Adige (meno tre posizioni) ed in Calabria (più quattro posizioni).

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 375

Tabella 1 - Tasso (grezzo e aggiustato per 1.000) e rank (grezzo e aggiustato) delle dimissioni ospedaliere potenzialmente evitabili per CLTD nella popolazione di età 19 anni ed oltre per regione - Anno 2014

Regioni	Tassi grezzi	Tassi aggiustati	Rank grezzo	Rank aggiustato
Piemonte-Valle d'Aosta	0,36	0,30	5	5
Lombardia	0,97	0,70	19	19
Trentino-Alto Adige*	0,58	0,40	15	12
Veneto	0,72	0,58	17	17
Friuli Venezia Giulia	0,45	0,33	10	7
Liguria	0,42	0,36	9	10
Emilia-Romagna	0,69	0,52	16	16
Toscana	0,31	0,25	4	3
Umbria	0,41	0,31	6	6
Marche	0,16	0,13	1	1
Lazio	0,51	0,39	13	11
Abruzzo	0,51	0,43	12	13
Molise	0,42	0,35	8	8
Campania	0,53	0,44	14	14
Puglia	0,79	0,61	18	18
Basilicata	0,28	0,25	3	4
Calabria	0,50	0,47	11	15
Sicilia	0,42	0,36	7	9
Sardegna	0,25	0,19	2	2

*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione - Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2015.

Raccomandazioni di Osservasalute

Si raccomanda, tuttavia, lo sviluppo di sistemi di valutazione multidimensionali che valutino, contemporaneamente, le dimensioni della qualità delle cure, del guadagno di salute e della sostenibilità economica. Si tratterebbe di affiancare, ai tradizionali indicatori di ospedalizzazione da calcolare sugli assistiti affetti dalle condizioni suscettibili di cure ambulatoriali ascrivibili soprattutto alla dimensione della sostenibilità economica, altri indicatori da calcolare sugli stessi assistiti, più direttamente correlabili alla qualità delle cure territoriali (indicatori di processo) e al guadagno di salute (mortalità). Per conseguire questo obbiettivo è necessario dotare il Sistema Sanitario Nazionale della capacità di effettuare record-linkage con metodi omogenei in tutte le regioni.

Riferimenti bibliografici

(1) AHRQ Quality Indicators. Prevention Quality Indicators: Technical Specifications. Department of Health and Human Services. Agency for Healthcare Research and Quality. October 2001 Version 3.2 (February 2008). Disponibile sul sito: www.qualityindicators.ahrq.gov (Accesso: ottobre 2008).
(2) Francesconi P, Gini R, Maciocco G, Damiani G. (Primary care and chronic diseases: geographical differences in avoidable hospitalization). Epidemiol Prev. Dicembre 2011; 35 (5-6 Suppl 2): 128-9.
(3) 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.
(4) Purdy S, Griffin T, Salisbury C, Sharp D. Ambulatory care sensitive conditions: terminology and disease coding need to be more specific to aid policy makers and clinicians. Public Health. 2009; 123: 169-73.
(5) Rosano A, Lauria L, Viola G, Burgio A, de Belvis AG, Ricciardi W, Guasticchi G, van der Zee J. Hospitalization for ambulatory care sensitive conditions and the role of primary care in Italian regions. Italian Journal of Public Health 2011; 8: 75-86.
(6) Istat Istat Multiscopo Aspetti di vita quotidiana. Disponibile sul sito: http://siqual.istat.it/SIQual/visualizza.do?id=0058000. Accesso: novembre 2014.
(7) Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The Triple Aim: Care, health, and cost. Health Affairs. 2008 May/June; 27 (3): 759-769.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 376

Ospedalizzazione potenzialmente evitabile per broncopneumopatia cronico ostruttiva

Significato. La Broncopneumopatia Cronico Ostruttiva (BPCO) è una condizione cronica che determina un elevato carico di malattia nella popolazione adulta e soprattutto anziana. Incluso tra i Prevention Quality Indicators, dell'Agency for Healthcare Research and Quality, il tasso di ricoveri nell'anziano (65 anni ed oltre) per questa condizione "sensibile alle cure ambulatoriali" intende misurare la qualità dei servizi territoriali in termini di prevenzione e di cura presupponendo che, al migliorare di queste, diminuisca il ricorso all'ospedale.

Tasso di dimissioni ospedaliere per broncopneumopatia cronico ostruttiva

$$\beta_i: \max L\left(g\left(T|X_i, Y_k, \beta_k, \beta_i\right)\right)$$

Significato delle variabili: β_i=tasso aggiustato della i-ma regione; L=log verosimiglianza della funzione g, esponenziale negativa; T=tasso grezzo; X_i=dummy regione i-ma; Y_k=k-ma variabile confondente; β_k=parametro k-ma variabile confondente.

Validità e limiti. La validità di questo indicatore come misuratore della qualità dell'assistenza territoriale è stata, negli ultimi anni, oggetto di critiche specifiche. In questa sezione è stato, pertanto, adottato un metodo di aggiustamento dei tassi che prende in considerazione variabili che la letteratura scientifica ha individuato come confondenti della relazione tra qualità delle cure territoriali e ospedalizzazione evitabile: età, prevalenza della patologia e propensione al ricovero. La propensione al ricovero è stata misurata attraverso il rapporto tra il tasso di ricoveri effettuati nella regione dai residenti e il tasso di ricoveri osservato a livello nazionale, per classe di età. Per l'aggiustamento dei tassi è stato utilizzato un modello di regressione binomiale in cui il numero di ricoveri osservati era la variabile dipendente, mentre l'età dei pazienti, la regione di ricovero, l'indicatore di propensione al ricovero e la prevalenza della patologia fungevano da variabili indipendenti. Nella fattispecie si ipotizza che l'età, la prevalenza della patologia e la propensione al ricovero siano fattori potenzialmente confondenti della relazione tra la proporzione di ricoveri evitabili ed il contesto territoriale.
Il tasso aggiustato esprime, a livello regionale, il numero di ricoveri per 1.000 abitanti, tenendo conto dei fattori potenzialmente confondenti. Permangono nell'interpretazione le limitazioni dovute alla variabilità nella codifica delle Schede di Dimissione Ospedaliera, fenomeno noto nella letteratura scientifica e che può condurre a una sottostima della reale ospedalizzazione evitabile in modo differenziale da regione a regione.

Valore di riferimento/Benchmark. Valore medio delle 3 regioni con il tasso più basso.

Descrizione dei risultati

In Tabella 1 sono riportati i tassi grezzi e aggiustati per le covariate prima descritte e i corrispondenti rank. Non è stato possibile scorporare le PA del Trentino-Alto Adige, mentre la Valle d'Aosta è stata aggregata con il Piemonte perché questo è il livello minimo di aggregazione consentito dall'Indagine Multiscopo dell'Istituto Nazionale di Statistica che è stata utilizzata per la procedura di aggiustamento.
Il Friuli Venezia Giulia risulta avvantaggiato dalla procedura di aggiustamento (guadagnando cinque posizioni nel rank) come il Trentino-Alto Adige (quattro posizioni guadagnate) e l'Emilia-Romagna (tre posizioni guadagnate). Viceversa, la Calabria viene fortemente penalizzata perdendo nove posizioni ed andando a far parte del gruppo con valori più elevati costituito da altre regioni meridionali insieme a Emilia-Romagna, Lombardia e Friuli Venezia Giulia.

L. GIRALDI, A. ROSANO, P. FRANCESCONI

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 377

Tabella 1 - Tasso (grezzo e aggiustato per 1.000) e rank (grezzo e aggiustato) delle dimissioni ospedaliere potenzialmente evitabili per BPCO nella popolazione di età 65 anni ed oltre per regione - Anno 2014

Regioni	Tassi grezzi	Tassi aggiustati	Rank grezzo	Rank aggiustato
Piemonte-Valle d'Aosta	1,93	2,38	3	3
Lombardia	4,44	4,45	14	14
Trentino-Alto Adige*	3,74	2,95	11	7
Veneto	3,80	3,68	12	10
Friuli Venezia Giulia	4,91	4,37	18	13
Liguria	2,93	3,44	7	8
Emilia-Romagna	5,12	4,60	19	16
Toscana	1,92	1,86	2	1
Umbria	4,33	4,07	13	12
Marche	2,29	2,53	5	5
Lazio	2,14	2,52	4	4
Abruzzo	2,41	2,75	6	6
Molise	3,21	3,54	8	9
Campania	4,63	5,66	16	18
Puglia	4,61	4,65	15	17
Basilicata	3,34	3,89	9	11
Calabria	3,50	5,90	10	19
Sicilia	1,89	2,35	1	2
Sardegna	4,70	4,55	17	15

*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione - Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2015.

Raccomandazioni di Osservasalute

Si raccomanda, tuttavia, lo sviluppo di sistemi di valutazione multidimensionali che valutino, contemporaneamente, le dimensioni della qualità delle cure, del guadagno di salute e della sostenibilità economica. Si tratterebbe di affiancare, ai tradizionali indicatori di ospedalizzazione da calcolare sugli assistiti affetti dalle condizioni suscettibili di cure ambulatoriali, correlabili soprattutto alla dimensione della sostenibilità economica, altri indicatori da calcolare sugli stessi assistiti, più direttamente correlabili alla qualità delle cure territoriali (indicatori di processo) e al guadagno di salute (mortalità). Per conseguire questo obbiettivo è necessario dotare il Sistema Sanitario Nazionale della capacità di effettuare record-linkage con metodi omogenei in tutte le regioni.

Riferimenti bibliografici

(1) AHRQ quality indicators. Guide to prevention quality indicators: hospital admission for ambulatory care sensitive conditions (version 3.1). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2007 Mar 12. 59 p. (AHRQ Pub; no. 02-R0203).
(2) Francesconi P, Gini R, Maciocco G, Damiani G. (Primary care and chronic diseases: geographical differences in avoidable hospitalization). Epidemiol Prev. Dicembre 2011; 35 (5-6 Suppl 2): 128-9.
(3) 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.
(4) Purdy S, Griffin T, Salisbury C, Sharp D. Ambulatory care sensitive conditions: terminology and disease coding need to be more specific to aid policy makers and clinicians. Public Health. 2009; 123: 169-73.
(5) Rosano A, Lauria L, Viola G, Burgio A, de Belvis AG, Ricciardi W, Guasticchi G, van der Zee J. Hospitalization for ambulatory care sensitive conditions and the role of primary care in Italian regions. Italian Journal of Public Health 2011; 8: 75-86.
(6) Istat Multiscopo Aspetti di vita quotidiana. Disponibile sul sito:
http://siqual.istat.it/SIQual/visualizza.do?id=0058000. Accesso: novembre 2014.
(7) Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The Triple Aim: Care, health, and cost. Health Affairs. 2008 May/June; 27 (3): 759-769.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 378

Ospedalizzazione potenzialmente evitabile per insufficienza cardiaca senza procedure cardiache

Significato. L'insufficienza cardiaca è una condizione cronica che determina un elevato carico di malattia nella popolazione adulta e soprattutto anziana. Incluso tra i Prevention Quality Indicators, dell'Agency for Healthcare Research and Quality, il tasso di ricoveri senza procedure cardiache per questa condizione "sensibile alle cure ambulatoriali" nell'anziano (65 anni ed oltre) intende misurare la qualità dei servizi territoriali in termini di prevenzione e di cura presupponendo che, al migliorare di queste, diminuisca il ricorso all'ospedale.

Tasso di dimissioni ospedaliere per insufficienza cardiaca senza procedure cardiache

$$\beta_i: \max L\left(g\left(T|X_i, Y_k, \beta_k, \beta_i\right)\right)$$

Significato delle variabili: β_i=tasso aggiustato della i-ma regione; L=log verosimiglianza della funzione g, esponenziale negativa; T=tasso grezzo; X_i=dummy regione i-ma; Y_k=k-ma variabile confondente; β_k=parametro k-ma variabile confondente.

Validità e limiti. La validità di questo indicatore come misuratore della qualità dell'assistenza territoriale è stata, negli ultimi anni, oggetto di critiche specifiche. In questa sezione è stato, pertanto, adottato un metodo di aggiustamento dei tassi che prende in considerazione variabili che la letteratura scientifica ha individuato come confondenti della relazione tra qualità delle cure territoriali e ospedalizzazione evitabile: età, prevalenza della patologia e propensione al ricovero. La propensione al ricovero è stata misurata attraverso il rapporto tra il tasso di ricoveri effettuati nella regione dai residenti e il tasso di ricoveri osservato a livello nazionale, per classe di età. Per l'aggiustamento dei tassi è stato utilizzato un modello di regressione binomiale in cui il numero di ricoveri osservati era la variabile dipendente, mentre l'età dei pazienti, la regione di ricovero, l'indicatore di propensione al ricovero e la prevalenza della patologia fungevano da variabili indipendenti. Nella fattispecie si ipotizza che l'età, la prevalenza della patologia e la propensione al ricovero siano fattori potenzialmente confondenti della relazione tra la proporzione di ricoveri evitabili e il contesto territoriale.
Il tasso aggiustato esprime, a livello regionale, il numero di ricoveri per 1.000 abitanti, tenendo conto dei fattori potenzialmente confondenti. Permangono nell'interpretazione le limitazioni dovute alla variabilità nella codifica delle Schede di Dimissione Ospedaliera, fenomeno noto nella letteratura scientifica e che può condurre a una sottostima della reale ospedalizzazione evitabile in modo differenziale da regione a regione.

Valore di riferimento/Benchmark. Valore medio delle 3 regioni con il tasso più basso.

Descrizione dei risultati

In Tabella 1 sono riportati i tassi grezzi e aggiustati per le covariate prima descritte e i corrispondenti rank. Non è stato possibile scorporare le PA del Trentino-Alto Adige, mentre la Valle d'Aosta è stata aggregata con il Piemonte perché questo è il livello minimo di aggregazione consentito dall'Indagine Multiscopo dell'Istituto Nazionale di Statistica che è stata utilizzata per la procedura di aggiustamento.
L'assistenza territoriale per l'insufficienza cardiaca non mostra alcun trend geografico, con regioni appartenenti alle macroaree considerate (Nord, Centro e Sud ed Isole) del Paese che si trovano sia nei primi sei che negli ultimi sei posti. La procedura di aggiustamento ha un notevole impatto modificando maggiormente in termini positivi la posizione di Trentino-Alto Adige, Umbria, Friuli Venezia Giulia, Emilia-Romagna e Sardegna, mentre fa regredire maggiormente la posizione di Calabria, Campania, Piemonte, Valle d'Aosta, Basilicata e Sicilia.

L. GIRALDI, A. ROSANO, P. FRANCESCONI

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 379

Tabella 1 - Tasso (grezzo e aggiustato per 1.000) e rank (grezzo e aggiustato) delle dimissioni ospedaliere potenzialmente evitabili per insufficienza cardiaca senza procedure cardiache nella popolazione di età 65 anni ed oltre per regione - Anno 2014

Regioni	Tassi grezzi	Tassi aggiustati	Rank grezzo	Rank aggiustato
Piemonte-Valle d'Aosta	14,44	17,87	1	8
Lombardia	19,49	17,46	10	7
Trentino-Alto Adige*	23,83	15,34	17	3
Veneto	23,66	21,74	16	15
Friuli Venezia Giulia	21,79	17,19	14	6
Liguria	15,64	17,14	2	5
Emilia-Romagna	22,69	18,33	15	10
Toscana	15,91	14,58	4	1
Umbria	20,34	16,89	13	4
Marche	19,33	19,66	9	12
Lazio	19,81	21,38	11	13
Abruzzo	26,12	25,43	19	18
Molise	24,80	24,50	18	16
Campania	18,75	21,54	7	14
Puglia	19,31	18,03	8	9
Basilicata	16,33	18,92	5	11
Calabria	15,65	25,79	3	19
Sicilia	20,00	25,13	12	17
Sardegna	16,61	14,72	6	2

*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione - Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2015.

Raccomandazioni di Osservasalute

Si raccomanda, tuttavia, lo sviluppo di sistemi di valutazione multidimensionali che valutino contemporaneamente le dimensioni della qualità delle cure, del guadagno di salute e della sostenibilità economica. Si tratterebbe di affiancare, ai tradizionali indicatori di ospedalizzazione da calcolare sugli assistiti affetti dalle condizioni suscettibili di cure ambulatoriali correlabili soprattutto alla dimensione della sostenibilità economica, altri indicatori, da calcolare sugli stessi assistiti, più direttamente correlabili alla qualità delle cure territoriali (indicatori di processo) e al guadagno di salute (mortalità). Per conseguire questo obbiettivo è necessario dotare il Sistema Sanitario Nazionale della capacità di effettuare record-linkage con metodi omogenei in tutte le regioni.

Riferimenti bibliografici

(1) AHRQ quality indicators. Guide to prevention quality indicators: hospital admission for ambulatory care sensitive conditions (version 3.1). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2007 Mar 12. 59 p. (AHRQ Pub; no. 02-R0203).
(2) Francesconi P, Gini R, Maciocco G, Damiani G. (Primary care and chronic diseases: geographical differences in avoidable hospitalization). Epidemiol Prev. Dicembre 2011; 35 (5-6 Suppl 2): 128-9.
(3) 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.
(4) Purdy S, Griffin T, Salisbury C, Sharp D. Ambulatory care sensitive conditions: terminology and disease coding need to be more specific to aid policy makers and clinicians. Public Health. 2009; 123: 169-73.
(5) Rosano A, Lauria L, Viola G, Burgio A, de Belvis AG, Ricciardi W, Guasticchi G, van der Zee J. Hospitalization for ambulatory care sensitive conditions and the role of primary care in Italian regions. Italian Journal of Public Health 2011; 8: 75-86.
(6) Istat Istat Multiscopo Aspetti di vita quotidiana. Disponibile sul sito: http://siqual.istat.it/SIQual/visualizza.do?id=0058000. Accesso: novembre 2014.
(7) Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The Triple Aim: Care, health, and cost. Health Affairs. 2008 May/June; 27 (3): 759-769.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 380

Ospedalizzazione potenzialmente evitabile per asma in età pediatrica

Significato. Numerosi studi mettono in evidenza che, sia a livello individuale che di comunità, i bambini ricoverati frequentemente per asma tendono ad avere meno visite programmate a livello di assistenza territoriale ed una minore aderenza alla terapia farmacologica (1). Queste evidenze suggeriscono che una carente organizzazione dell'assistenza territoriale e una scarsa accessibilità alle cure possono essere responsabili di un aumentato ricorso alle cure ospedaliere (1, 2). Su queste basi concettuali, come proposto dall'Agency for Healthcare Research and Quality, il tasso di ospedalizzazione per asma intende misurare la qualità dei servizi territoriali in termini di prevenzione, accesso alle cure e trattamento, presupponendo che, al migliorare di queste, diminuisca il ricorso al ricovero in ospedale.
Il presente indicatore è inserito nel Piano Nazionale Esiti con la granularità delle Aziende territoriali.

Tasso di dimissioni ospedaliere per asma*

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Dimissioni ospedaliere per asma di bambini 0-17 anni**}}{\text{Popolazione media residente 0-17 anni}} \times 100.000$$

*La formula del tasso standardizzato è riportata nel Capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati".
**Sono escluse dal numeratore le dimissioni afferenti al MDC14 (gravidanza, parto e puerperio), i casi trasferiti da altro ospedale o da altra struttura sanitaria e i casi con codici di diagnosi per fibrosi cistica o altre anomalie del sistema respiratorio.

Validità e limiti. La stima dei ricoveri ospedalieri per asma in età pediatrica può rappresentare un indicatore valido e riproducibile dell'appropriatezza e dell'efficacia del processo di assistenza rivolto al bambino. In via indiretta, può fungere anche da strumento per valutare la qualità dell'organizzazione delle cure primarie. Un limite alla validità dell'indicatore può essere rappresentato dalla completezza e dalla qualità delle codifiche presenti nelle Schede di Dimissione Ospedaliera.
Per meglio delineare la qualità dell'accesso ai servizi territoriali, è consigliabile includere nell'indicatore non solo i Ricoveri Ordinari, ma anche i Day Hospital (DH), poiché una quota considerevole delle ospedalizzazioni evitabili per asma in età pediatrica rientra in questo regime di ricovero, con notevoli differenze tra regioni (3).

Valore di riferimento/Benchmark. Non sono presenti riferimenti normativi o di letteratura. Nel commento dei risultati viene utilizzato come riferimento il valore nazionale.

Descrizione dei risultati

In Tabella 1 vengono presentati i tassi regionali dell'anno 2014, calcolati sull'intera popolazione pediatrica (0-17 anni) e stratificati per classe di età.
Rispetto ai ragazzi di età compresa tra 15-17 anni, il rischio di ricovero per asma è nettamente più alto nei bambini al di sotto del 1° anno di vita (Rischio Relativo-RR RR=10,21, Intervallo di Confidenza-IC al 95% IC 95%=9,01-11,57), così come nei soggetti di età 1-4 anni (RR=8,22, IC 95%=7,34-9,21), 5-9 anni (RR=4,09, IC 95%=3,65-4,60) e 10-14 anni (RR=2,42, IC 95%=2,14-2,73) (dati non riportati in tabella).
Nel Grafico 1 vengono illustrati i tassi standardizzati a livello regionale. Le uniche regioni che presentano performance peggiori rispetto al dato nazionale sono il Lazio e la Campania, mentre in Lombardia, Liguria, Molise, Puglia e Calabria il tasso è in linea con il valore italiano; in tutte le altre regioni i tassi di ospedalizzazione sono, significativamente, inferiori al dato nazionale. È bene sottolineare che nel Lazio, la regione con il tasso più elevato (2,38 per 1.000), quasi due terzi delle ospedalizzazioni per asma in età pediatrica avvengono in regime di DH (64,7%), un dato notevolmente decentrato rispetto alla quota di ricoveri per asma in DH osservata a livello nazionale (35,9%) (dati non riportati in tabella).

M. P. FANTINI, J. LENZI, C. CECCOLINI

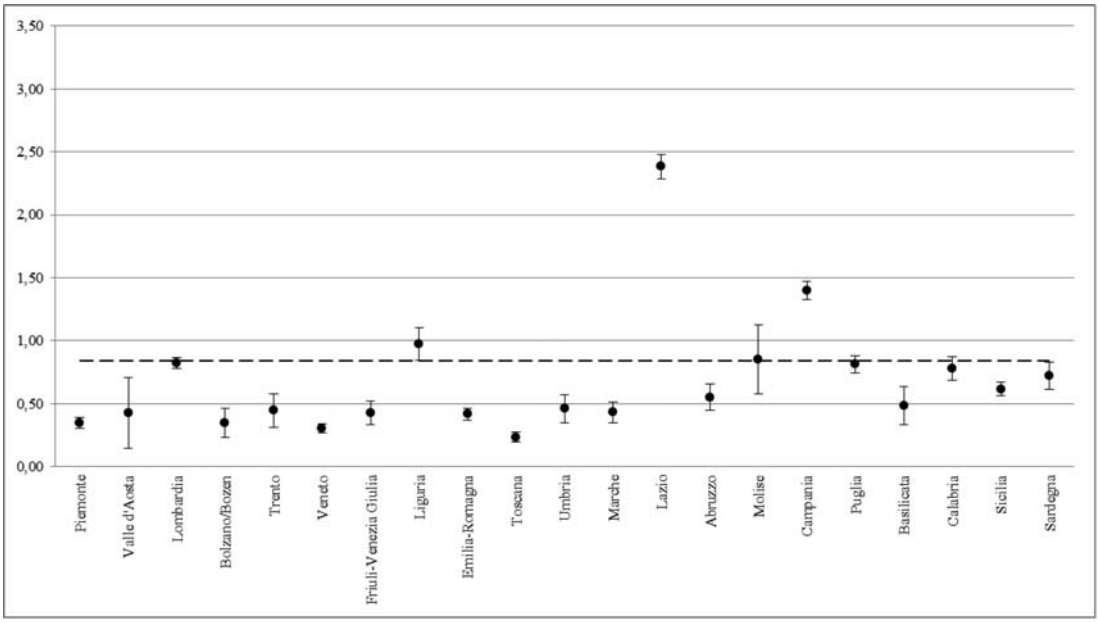
Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 381

Tabella 1 - Tasso medio (specifico per 1.000) di dimissioni ospedaliere per asma in età pediatrica per regione - Anno 2014

Regioni	0	1-4	5-9	10-14	15-17	Totale
Piemonte	0,92	0,72	0,33	0,09	0,10	0,34
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,94	1,48	0,00	0,17	0,00	0,42
Lombardia	1,99	1,97	0,60	0,28	0,17	0,82
Bolzano-Bozen	0,56	1,11	0,14	0,11	0,00	0,34
Trento	1,03	0,75	0,44	0,18	0,30	0,44
Veneto	0,34	0,60	0,34	0,17	0,07	0,30
Friuli Venezia Giulia	0,32	1,19	0,30	0,10	0,20	0,42
Liguria	0,55	1,02	1,37	0,95	0,40	0,97
Emilia-Romagna	1,19	0,99	0,31	0,12	0,07	0,42
Toscana	0,35	0,32	0,23	0,24	0,06	0,23
Umbria	0,71	0,98	0,37	0,36	0,00	0,46
Marche	1,05	1,05	0,24	0,22	0,07	0,42
Lazio	4,34	3,81	2,51	1,75	0,71	2,40
Abruzzo	1,73	1,00	0,52	0,28	0,08	0,54
Molise	2,73	1,81	0,72	0,37	0,00	0,80
Campania	4,58	2,50	1,24	0,75	0,26	1,33
Puglia	2,27	1,50	0,80	0,41	0,12	0,77
Basilicata	1,23	1,23	0,32	0,15	0,06	0,44
Calabria	1,65	1,16	0,78	0,58	0,31	0,76
Sicilia	1,35	1,19	0,66	0,30	0,06	0,59
Sardegna	2,96	1,27	0,61	0,29	0,17	0,69
Italia	**1,96**	**1,58**	**0,79**	**0,47**	**0,19**	**0,83**

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2015.

Grafico 1 - Tasso (standardizzato per 1.000) di dimissioni ospedaliere per asma in età pediatrica per regione - Anno 2014



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2015.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nell'anno 2014, in Italia, il tasso medio annuale di ospedalizzazioni potenzialmente evitabili per asma in età pediatrica è pari a 0,83 per 1.000. Il dato è basso e incoraggiante e mostra una lieve flessione rispetto al 2013 (0,46 per 1.000). Inoltre, alcune regioni come Liguria, Abruzzo, Puglia, Calabria e Sicilia hanno visto un miglioramento della performance dell'assistenza territoriale rispetto agli anni passati. Le uniche 2 regioni dove il tasso si mantiene elevato e discostato dal dato nazionale sono la Campania e, in misura maggiore, il Lazio.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 382

Stando alle evidenze della letteratura internazionale, il rischio di ospedalizzazione per asma in età pediatrica diminuisce se vengono garantite una buona accessibilità alle strutture presenti sul territorio e una corretta gestione del paziente dal punto di vista dell'appropriatezza terapeutica e della continuità delle cure.

Riferimenti bibliografici

(1) AHRQ quality indicators. Pediatric quality indicators: technical specifications (version 4.5). PDI #14 asthma admission rate. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2013.
(2) McDonald KM, Davies SM, Haberland CA, Geppert JJ, Ku A, Romano PS. Preliminary assessment of pediatric health care quality and patient safety in the United States using readily available administrative data. Pediatrics 2008; 122: e416-e425.
(3) Luciano L, Lenzi J, McDonald KM, Rosa S, Damiani G, Corsello G, Fantini MP. Empirical validation of the "Pediatric Asthma Hospitalization Rate" indicator. Ital J Pediatr 2014; 40: 7.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 383

Ospedalizzazione potenzialmente evitabile per gastroenterite in età pediatrica

Significato. La gastroenterite è una malattia comune nei bambini e, per quanto alcuni ricoveri ad essa riconducibili siano da considerarsi inevitabili, nella maggior parte dei casi una tempestiva ed efficace cura a livello territoriale pare essere associata a una riduzione del rischio di ospedalizzazione (1, 2). Come per l'asma, anche nel caso delle gastroenteriti il tasso di ospedalizzazione può descrivere la qualità dei servizi territoriali in termini di accessibilità e di appropriatezza delle cure presupponendo che, al migliorare di queste, diminuisca il ricorso al ricovero ospedaliero (1, 3, 4). Il presente indicatore è inserito nel Piano Nazionale Esiti con la granularità delle Aziende territoriali.

Tasso di dimissioni ospedaliere per gastroenterite*

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Dimissioni ospedaliere per gastroenterite di bambini 0-17 anni**}}{\text{Popolazione media residente 0-17 anni}} \times 1.000 \quad \text{Denominatore}$$

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

**In diagnosi principale o diagnosi secondaria quando la diagnosi principale è la disidratazione.

Validità e limiti. La stima dei ricoveri ospedalieri per gastroenterite in età pediatrica può rappresentare un indicatore valido e riproducibile della tempestività, accessibilità ed appropriatezza delle cure territoriali rivolte al bambino; in via indiretta, può fungere anche da strumento per valutare la qualità dell'organizzazione delle cure primarie. Un limite alla validità dell'indicatore in oggetto può essere riconducibile alla completezza e alla qualità delle codifiche presenti nelle Schede di Dimissione Ospedaliera.
Per meglio delineare la qualità dell'accesso ai servizi territoriali, è consigliabile includere nel conteggio delle ospedalizzazioni evitabili per gastroenterite non solo i Ricoveri Ordinari, ma anche i Day Hospital, poiché la loro quota, benché abbastanza contenuta a livello nazionale (circa il 2%), mostra una rilevante variabilità tra le regioni (5).

Valore di riferimento/Benchmark. Non sono presenti riferimenti normativi o di letteratura. Nel commento dei risultati viene utilizzato come riferimento il valore nazionale.

Descrizione dei risultati

In Tabella 1 vengono presentati i tassi regionali dell'anno 2014, calcolati sull'intera popolazione pediatrica (0-17 anni) e stratificati per classe di età.
Rispetto ai ragazzi di età compresa tra 15-17 anni, il rischio di ricovero per gastroenterite è molto più alto nei bambini al di sotto del 1° anno di vita (Rischio Relativo-RR RR=28,22, Intervallo di Confidenza-IC al 95% IC 95%=25,88-30,78), così come nei soggetti di età 1-4 anni (RR=20,31, IC 95%=18,68-22,07), 5-9 anni (RR=4,29, IC 95%=3,93-4,68) e 10-14 anni (RR=1,81, IC 95%=1,65-1,99) (dati non riportati in tabella).
Nel Grafico 1 vengono illustrati i tassi standardizzati per età a livello regionale. Si può osservare come le regioni del Mezzogiorno, ad eccezione di Molise e Basilicata, presentino performance generalmente peggiori rispetto al dato nazionale, mentre le regioni del Nord e del Centro, con l'eccezione della Lombardia e della PA di Bolzano, mostrano tassi di ospedalizzazione significativamente inferiori al valore italiano. Le regioni con i tassi più alti sono la Puglia (5,05 per 1.000) e l'Abruzzo (4,38 per 1.000), mentre il tasso più basso si registra nella PA di Trento (0,65 per 1.000).

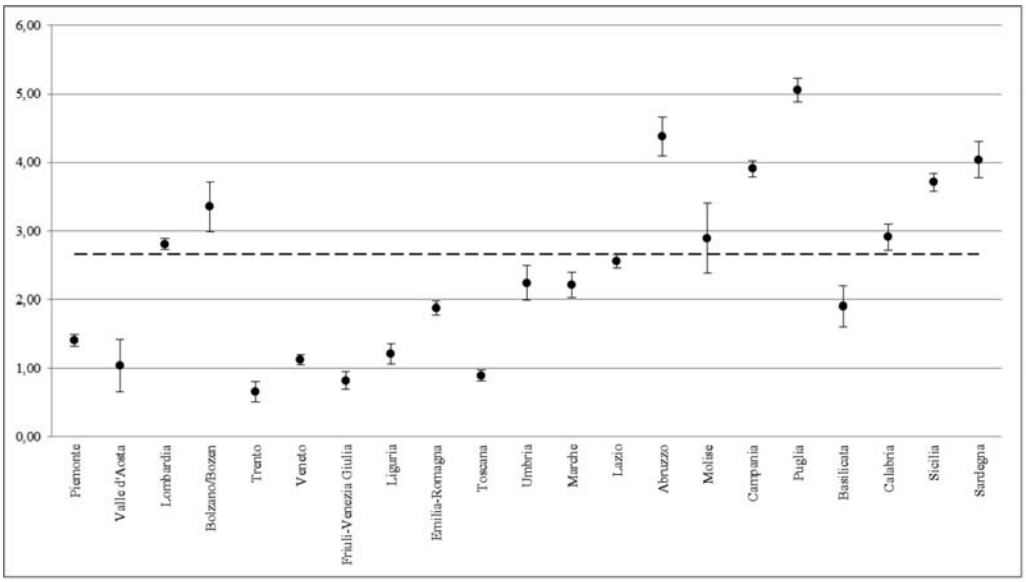
Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 384

Tabella 1 - Tasso medio (specifico per 1.000) di dimissioni ospedaliere per gastroenterite in età pediatrica per regione - Anno 2014

Regioni	0	1-4	5-9	10-14	15-17	Totale
Piemonte	5,88	3,59	0,61	0,30	0,23	1,38
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	2,81	1,48	0,82	1,01	0,29	1,03
Lombardia	12,30	7,02	1,28	0,54	0,41	2,78
Bolzano-Bozen	8,56	8,56	1,78	1,16	0,97	3,28
Trento	3,29	1,31	0,37	0,18	0,18	0,64
Veneto	4,83	2,60	0,62	0,29	0,18	1,09
Friuli Venezia Giulia	3,03	1,94	0,51	0,19	0,16	0,80
Liguria	4,06	2,86	0,75	0,37	0,26	1,17
Emilia-Romagna	8,09	4,70	0,83	0,40	0,31	1,89
Toscana	3,55	2,22	0,42	0,21	0,18	0,88
Umbria	7,94	6,15	0,77	0,57	0,40	2,21
Marche	8,53	5,39	1,18	0,60	0,29	2,17
Lazio	10,19	6,59	1,24	0,50	0,32	2,55
Abruzzo	15,08	11,31	2,56	0,84	0,59	4,27
Molise	8,63	7,79	1,67	0,66	0,23	2,67
Campania	15,97	10,66	1,68	0,59	0,23	3,58
Puglia	12,17	13,77	3,16	1,19	0,71	4,69
Basilicata	6,40	4,26	1,46	0,58	0,23	1,74
Calabria	8,38	7,36	1,81	0,79	0,56	2,76
Sicilia	8,71	9,15	2,98	1,20	0,21	3,53
Sardegna	11,04	11,03	2,24	1,01	0,50	3,86
Italia	**9,47**	**6,81**	**1,44**	**0,61**	**0,34**	**2,58**

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2015.

Grafico 1 - Tasso (standardizzato per 1.000) di dimissioni ospedaliere per gastroenterite in età pediatrica per regione - Anno 2014



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2015.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nell'anno 2014, in Italia il tasso medio annuale di ospedalizzazioni potenzialmente evitabili per gastroenterite in età pediatrica è pari a 2,58 per 1.000.

Nonostante questo valore possa considerarsi in buona sostanza basso e in linea con quello dell'anno precedente (2,95 per 1.000), dalle analisi emerge una performance dell'assistenza territoriale tendenzialmente migliore nelle regioni centro-settentrionali rispetto alle regioni del Sud ed Isole, con l'eccezione di Molise, Basilicata, Lombardia e PA di Bolzano. Per meglio comprendere il fenomeno in esame e delineare, ove presenti, le differenze tra le regioni, si consiglia di stratificare le analisi per classe di età (5).

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 385

Stando alle evidenze della letteratura internazionale, il rischio di ospedalizzazione per gastroenterite in età pediatrica diminuisce se vengono garantite una buona accessibilità alle strutture presenti sul territorio e una corretta gestione del paziente dal punto di vista dell'appropriatezza terapeutica e della continuità delle cure.

Riferimenti bibliografici

(1) McDonald KM, Davies SM, Haberland CA, Geppert JJ, Ku A, Romano PS. Preliminary assessment of pediatric health care quality and patient safety in the United States using readily available administrative data. Pediatrics 2008; 122: e416-e425.

(2) AHRQ quality indicators. Pediatric quality indicators: technical specifications [version 4.5]. PDI #16 gastroenteritis admission rate. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2013.

(3) Beal AC, Co JP, Dougherty D, Jorsling T, Kam J, Perrin J, Palmer RH. Quality measures for children's health care. Pediatrics 2004; 113: 119-209.

(4) Sedman A, Harris JM 2nd, Schulz K, Schwalenstocker E, Remus D, Scanlon M, Bahl V. Relevance of the Agency for Healthcare Research and Quality Patient Safety Indicators for children's hospitals. Pediatrics 2005; 115: 135-145.

(5) Lenzi J, Luciano L, McDonald KM, Rosa S, Damiani G, Corsello G, Fantini MP. Empirical examination of the indicator 'pediatric gastroenteritis hospitalization rate' based on administrative hospital data in Italy. Ital J Pediatr 2014; 40: 14.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 386

Visite mediche e accertamenti specialistici: come cambia l'accesso nel pubblico e nel privato

Dott.ssa Alessandra Burgio, Dott. Stefano Domenico Cicala, Dott.ssa Barbara Giordani, Dott.ssa Alessandra Panunzi, Dott.ssa Annabella Pugliese

Il ticket sanitario, introdotto nel 1989[1], è la compartecipazione dell'assistito non esente alla spesa pubblica per la fruizione di prestazioni specialistiche, di diagnostica strumentale e di laboratorio e di acquisto di farmaci. La compartecipazione viene introdotta da parte del Governo come strumento per il mantenimento dell'equilibrio finanziario regionale e di controllo dell'inappropriatezza delle prestazioni sanitarie, ma anche come strumento di copertura di parte del disavanzo regionale.
La Legge n. 111/2011 ha introdotto, a livello nazionale, il ticket aggiuntivo indifferenziato (cosiddetto superticket), un contributo aggiuntivo di 10€ sulle prestazioni di diagnostica e specialistica. Le Regioni hanno regolato diversamente l'adozione del superticket, rispondendo a ragioni di equità (quando la progressività è legata al reddito dell'assistito) o di efficienza (quando la progressività è legata al costo della prestazione) o di mero adempimento alla normativa nazionale[2].
Il superticket è stato introdotto per prestazioni specialistiche (visite ed indagini di diagnostica strumentale e di laboratorio) in quasi tutte le regioni, anche se in maniera eterogenea[3]. Solo la PA di Bolzano, la Basilicata e la Sardegna[4] non lo hanno adottato.
Di seguito si riportano le diverse modalità di introduzione del superticket nelle regioni:
- Liguria, Marche, Lazio, Molise, Puglia, Calabria, Sicilia e Friuli Venezia Giulia (quest'ultima dal 1 aprile 2015 è passata alla modulazione del ticket in base al reddito) hanno introdotto 10€ a ricetta per prestazioni con valore >10€; la Valle d'Aosta ha introdotto 10€ per ricette con importo ≥20€; la PA di Trento ha applicato 3€ a ricetta;
- Emilia-Romagna, Umbria, Toscana, Veneto, Abruzzo e Campania hanno modulato il superticket in relazione al reddito (costo fisso di 10€ al di sopra di un determinato reddito o costo variabile in base alle varie fasce reddituali);
- Lombardia e Piemonte hanno stabilito una compartecipazione progressiva in base al valore della prestazione, cioè seguendo un criterio proporzionale al valore attribuito alle prestazioni contenute nella ricetta. In Lombardia il superticket è stato abolito dal 1 ottobre 2015 per le famiglie con redditi inferiori ai 18.000€ annui[5].
Precedenti studi evidenziano una flessione nel volume di alcune prestazioni specialistiche a carico del Servizio Sanitario Regionale. Tuttavia, è difficile determinare in quale misura queste siano o meno transitate nel settore privato. L'effetto generale della crisi economica, della scarsità di risorse in sanità, dell'introduzione del superticket e delle lunghe file di attesa del settore pubblico potrebbero essere stati elementi determinanti.
Risulta, inoltre, difficile valutare se il superticket abbia comportato un aumento dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie. Si ritiene, infatti, che nelle regioni dove la compartecipazione è stata introdotta in maniera lineare e non proporzionale alle capacità contributive dell'assistito, per i soggetti più deboli il superticket potrebbe aver inciso maggiormente sull'accesso alle prestazioni appropriate rispetto a quelle inappropriate[6].
Il presente lavoro ha lo scopo di analizzare, a livello regionale, l'andamento temporale fra il 2005 e il 2013 del volume delle visite specialistiche, degli accertamenti diagnostici strumentali (radiografia, ecografia, risonanza magnetica, Tomografia Assiale Computerizzata, mammografia, eco-doppler, ecocardiogramma, elettrocardiogramma, elettroencefalogramma, pap-test etc.) e di laboratorio (analisi del sangue), distinguendo se le persone hanno effettuato le prestazioni sanitarie a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) o pagandole interamente a proprie spese (out of pocket). La fonte dei dati è l'indagine dell'Istituto Nazionale di Statistica "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" condotta negli anni 2004-2005 e 2012-2013 su un campione di famiglie mediante intervista diretta e autocompilazione.

[1] D.L 23 marzo 1989, convertito in Legge il 27 aprile 1989, n. 154.
[2] Nerina Dirindin. Eliminare la detraibilità fiscale dei ticket? in Politiche sanitarie Editoriale.
[3] La ricognizione è riferita a giugno 2015 ed è riportata da Quotidiano Sanità su dati Regioni.
[4] La Sardegna aveva introdotto il superticket già prima del 2011.
[5] Fonte: Regione Lombardia.
[6] Gli effetti della crisi economica e del superticket sull'assistenza specialistica. Gruppo Remolet di Agenas (Nota a cura di C. Cislaghi e A. Sferrazza).

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 387

Nel 2013, il numero di visite specialistiche (escluse le visite odontoiatriche e pediatriche) nelle 4 settimane precedenti l'intervista ammonta a circa 14,1 milioni. Rispetto al 2005, il numero di visite per 100 persone è passato da 18,2 a 23,4 (+28,6%) (Tabella 1). Controllando l'effetto dell'età, i tassi standardizzati sono, rispettivamente, 19,0 e 23,6 per 100 persone (+24,2%). Quindi, l'invecchiamento della popolazione spiega solo in parte l'incremento del numero di visite mediche nel tempo. A livello regionale, gli incrementi maggiori rispetto al 2005 si registrano per Basilicata (dal 13,4% al 22,7%), Abruzzo (dal 16,7% al 25,6%) e Valle d'Aosta (dal 15,0% al 22,3%); mentre Liguria, PA di Trento e Sicilia presentano gli incrementi minori.

Focalizzando l'attenzione sulle visite odontoiatriche effettuate nelle 4 settimane precedenti l'intervista, nel 2013 il numero di visite risulta essere pari a circa 2,7 milioni, 4,4 ogni 100 persone (Tabella 1). Le visite odontoiatriche sono in forte riduzione rispetto al 2005 quando il valore nazionale era di circa 3,9 milioni, 6,7 per 100 persone. Considerando l'intero territorio sono l'Umbria, il Friuli Venezia Giulia, la Toscana e la Calabria le regioni che presentano i decrementi maggiori, rispettivamente, pari al -50,0%, -47,1%, -45,8% e -45,0%, mentre la Valle d'Aosta, la PA di Bolzano, la Puglia e la PA di Trento mostrano decrementi più contenuti.

Gli accertamenti specialistici nelle 4 settimane precedenti l'intervista, nel 2013, ammontano a circa 5 milioni, in linea con il dato del 2005 (pari a 4,6 milioni). Il tasso è variato da 8,0 a 8,3 accertamenti per 100 persone (Tabella 2). Il dato nazionale non registra una variazione significativa e il territorio mostra andamenti di segno opposto: Abruzzo, Friuli Venezia Giulia, PA di Bolzano e Sardegna sono le regioni che presentano un maggior incremento, rispettivamente pari al 46,5%, 39,7%, 28,3% e 27,8%, mentre Molise e Valle d'Aosta sono le regioni che registrano un maggior decremento, rispettivamente, pari a -14,7% ed a -18,6%.

Nel 2013, gli esami del sangue eseguiti nelle 4 settimane precedenti l'intervista sono circa 7,5 milioni. Il tasso è aumentato da 11,0 nel 2005 a 12,4 nel 2013 per 100 persone (Tabella 2). Rispetto al dato nazionale si osservano incrementi maggiori in Sardegna (+38,1%), Valle d'Aosta (+37,8%), Friuli Venezia Giulia (+37,4%) e Piemonte (+33,7).

Nel confronto tra il 2005 e il 2013, la quota di persone che hanno pagato a proprie spese l'ultima visita specialistica (escluse le odontoiatriche e pediatriche) decresce passando dal 45,5% al 40,0%[7]; rimane sostanzialmente invariata la quota di coloro che non hanno pagato nulla, dal 34,5% al 35,0%, mentre subisce un incremento dal 17,7% al 22,1% la quota di persone che hanno pagato il ticket[8]. A livello regionale, con riferimento alla quota di coloro che hanno pagato interamente l'ultima visita specialistica, il Molise è l'unica regione che registra un incremento pari al 3,5%. Abruzzo, Calabria, Veneto e Sicilia presentano decrementi contenuti, rispettivamente, pari a -4,4%, -4,4%, -6,4% e -6,8%, mentre Valle d'Aosta, Lazio, Umbria, Lombardia e Campania fanno registrare le diminuzioni maggiori, rispettivamente, pari a -20,1%, -19,0%, -16,3%, -15,1% e -14,3% (Tabella 3).

Per le visite odontoiatriche effettuate nelle 4 settimane precedenti l'intervista, rispetto al 2005 la quota di persone che hanno pagato interamente la visita odontoiatrica nel 2013 è diminuita passando dal 92,7% all'81,3% (Tabella 3). Nel confronto regionale i decrementi maggiori si osservano per la PA di Bolzano, il Lazio, l'Umbria e la Campania (rispettivamente, -25,2%, -19,8%, -19,8% e -19,2%).

La quota di persone che hanno pagato a proprie spese l'ultimo accertamento specialistico[7] è passata dal 18,2% nel 2005 al 23,0% nel 2013, con un incremento pari al 26,4%[8] (Tabella 4). Sono le regioni del Mezzogiorno (ad eccezione di Basilicata e Sardegna), insieme al Lazio, quelle che presentano il maggior incremento della quota di coloro che hanno pagato out of pocket l'ultimo accertamento specialistico (Abruzzo +84,0%; Campania +70,7%; Puglia +63,4%; Calabria +59,9%; Molise +50,0%; Lazio +47,4% e Sicilia +41,1%).

L'introduzione del superticket in queste regioni può aver determinato un trasferimento di prestazioni dal SSN al settore privato per una maggiore convenienza economica.

Raddoppia la quota di persone che hanno sostenuto a proprie spese l'ultimo esame del sangue, passando dal 6,6% nel 2005 al 13,1% nel 2013 (Tabella 4). Nel Lazio e in Abruzzo la quota di persone che hanno pagato a proprie spese l'ultimo esame del sangue triplica passando, rispettivamente, dal 4,8% al 19,5% e dal 4,5% al 18,1%. Anche in Calabria, Campania e Molise si osservano incrementi particolarmente elevati della quota di persone che hanno effettuato esami del sangue out of pocket. Analogamente agli accertamenti specialistici, questi incrementi potrebbero derivare da una maggiore concorrenzialità delle tariffe del settore privato rispetto al pubblico a seguito dell'aumento dei ticket.

[7]Sono escluse le persone che hanno avuto un rimborso totale o parziale da parte di una Assicurazione.

[8]Il dato riferito al 2013 non è perfettamente confrontabile con quello del 2005, in quanto l'approfondimento del pagamento dell'ultima visita specialistica è effettuato con riferimento agli ultimi 12 mesi, mentre nel 2005 era riferito alle ultime 4 settimane.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 388

Con un modello di regressione logistica si è analizzato quali siano i fattori che influenzano maggiormente la propensione ad effettuare visite mediche specialistiche (escluse le odontoiatriche e pediatriche) a proprie spese piuttosto che a carico del SSN (Grafico 1).
Il modello evidenzia che sono soprattutto le persone più istruite (Odds Ratio-OR; OR=1,51) o con buone risorse economiche (OR=1,46) ad avere una maggiore propensione ad effettuare visite mediche out of pocket. Le donne, inoltre, presentano una propensione maggiore rispetto agli uomini (circa il 27% in più), probabilmente per il frequente ricorso alle visite ginecologiche effettuate, prevalentemente, presso specialisti privati. Le persone di età >65 anni hanno una probabilità più alta di rivolgersi al SSN rispetto ai più giovani di 15-44 anni.
Lo stesso si può affermare per le persone affette da almeno una malattia cronica grave. Considerando l'intero territorio, rispetto al Veneto preso come riferimento perché ha una quota di persone che effettuano visite specialistiche a proprie spese prossima al valore nazionale, le regioni del Mezzogiorno hanno una maggiore propensione ad effettuare le visite specialistiche out of pocket: con l'esclusione della Sardegna, gli OR variano da 1,16 per Sicilia e Calabria a 1,53 per la Puglia. Nel Centro solo Toscana e Marche presentano differenze significative rispetto al Veneto con una maggiore probabilità di rivolgersi al settore privato. Le regioni del Nord, in generale, mostrano lo stesso comportamento della regione di riferimento. Fanno eccezione la Liguria, che presenta una probabilità del 35% in più rispetto al Veneto di ricorrere a prestazioni out of pocket e la PA di Bolzano dove, al contrario, si registra una maggiore propensione a ricorrere al SSN.
In conclusione, l'analisi ha evidenziato che il ricorso alle visite specialistiche (escluse le odontoiatriche e pediatriche) è aumentato tra il 2005 e il 2013 come anche è aumentato il ricorso al SSN. Diversamente, le visite odontoiatriche, pagate quasi totalmente out of pocket, hanno fatto registrare una diminuzione, probabilmente determinata dalla crisi economica che sta attraversando il nostro Paese. Difatti, il modello di regressione logistica suggerisce che la disponibilità di buone risorse economiche aumenta in maniera significativa la propensione ad effettuare visite specialistiche totalmente a proprie spese.
Per gli accertamenti diagnostici la presenza di un settore privato in grado, in alcuni casi, di offrire prestazioni a prezzi più bassi del settore pubblico ha determinato un "travaso" di prestazioni dal SSN.

Tabella 1 - Tasso (per 100) di visite specialistiche effettuate nelle 4 settimane precedenti l'intervista e variazioni percentuali per regione e macroarea - Anni 2005, 2013

Regioni	Visite Specialistiche*			Visite Odontoiatriche		
	2005	2013	Δ %	2005	2013	Δ %
Piemonte	18,0	23,1	28,3	6,6	4,4	-33,3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	15,0	22,3	48,7	5,2	4,1	-21,2
Liguria	19,3	21,9	13,5	6,9	4,0	-42,0
Lombardia	19,3	24,7	28,0	7,1	4,9	-31,0
Bolzano-Bozen	14,6	20,7	41,8	6,4	4,9	-23,4
Trento	16,5	18,8	13,9	5,1	3,8	-25,5
Veneto	18,3	21,5	17,5	7,0	5,1	-27,1
Friuli Venezia Giulia	16,3	21,0	28,8	6,8	3,6	-47,1
Emilia-Romagna	20,2	26,4	30,7	6,8	4,0	-41,2
Toscana	20,4	24,1	18,1	7,2	3,9	-45,8
Umbria	20,4	23,6	15,7	8,6	4,3	-50,0
Marche	17,0	23,8	40,0	7,4	4,8	-35,1
Lazio	19,6	28,1	43,4	7,7	5,3	-31,2
Abruzzo	16,7	25,6	53,3	6,9	4,7	-31,9
Molise	15,8	19,3	22,2	5,5	3,1	-43,6
Campania	15,3	19,4	26,8	5,6	3,9	-30,4
Puglia	16,5	21,8	32,1	5,7	4,3	-24,6
Basilicata	13,4	22,7	69,4	5,9	3,9	-33,9
Calabria	17,0	21,3	25,3	7,1	3,9	-45,1
Sicilia	17,8	20,3	14,0	5,8	3,8	-34,5
Sardegna	21,6	30,6	41,7	7,2	5,1	-29,2
Nord-Ovest	18,9	24,0	27,0	6,9	4,7	-31,9
Nord-Est	18,5	23,2	25,4	6,8	4,4	-35,3
Centro	19,5	25,9	32,8	7,6	4,7	-38,2
Sud	15,9	21,1	32,7	6,0	4,0	-33,3
Isole	18,8	22,9	21,8	6,1	4,1	-32,8
Italia	**18,2**	**23,4**	**28,6**	**6,7**	**4,4**	**-34,3**

*Sono escluse le visite odontoiatriche e pediatriche.

Fonte dei dati: Istat. Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anno 2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 389

Tabella 2 - Tasso (per 100) di accertamenti diagnostici effettuati nelle 4 settimane precedenti l'intervista e variazioni percentuali per regione e macroarea - Anni 2005, 2013

Regioni	Accertamenti specialistici			Esami del sangue		
	2005	2013	Δ %	2005	2013	Δ %
Piemonte	7,6	8,5	11,8	9,8	13,1	33,7
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	9,7	7,9	-18,6	9,8	13,5	37,8
Liguria	7,8	8,3	6,4	11,7	12,7	8,5
Lombardia	9,0	8,9	-1,1	10,3	12,2	18,4
Bolzano-Bozen	4,6	5,9	28,3	9,4	11,1	18,1
Trento	5,4	5,2	-3,7	9,4	10,1	7,4
Veneto	8,8	8,6	-2,3	11,3	11,8	4,4
Friuli Venezia Giulia	5,8	8,1	39,7	9,9	13,6	37,4
Emilia-Romagna	9,7	9,6	-1,0	12,2	14,2	16,4
Toscana	10,5	9,9	-5,7	13,2	14,3	8,3
Umbria	8,3	8,2	-1,2	10,3	12,4	20,4
Marche	8,6	9,0	4,7	11,6	13,0	12,1
Lazio	9,0	9,7	7,8	11,6	12,4	6,9
Abruzzo	7,1	10,4	46,5	12,5	15,0	20,0
Molise	6,8	5,8	-14,7	10,6	10,8	1,9
Campania	6,7	6,5	-3,0	10,5	10,9	3,8
Puglia	6,5	6,9	6,2	9,9	11,8	19,2
Basilicata	5,7	6,0	5,3	10,6	10,9	2,8
Calabria	6,7	5,9	-11,9	11,7	11,1	-5,1
Sicilia	6,2	6,5	4,8	11,5	11,0	-4,3
Sardegna	7,9	10,1	27,8	10,5	14,5	38,1
Nord-Ovest	8,5	8,7	2,4	10,3	12,5	21,4
Nord-Est	8,5	8,7	2,4	11,3	12,8	13,3
Centro	9,4	9,6	2,1	12,0	13,0	8,3
Sud	6,7	6,9	3,0	10,7	11,6	8,4
Isole	6,6	7,3	10,6	11,3	11,9	5,3
Italia	**8,0**	**8,3**	**3,8**	**11,0**	**12,4**	**12,7**

Fonte dei dati: Istat. Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anno 2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 390

Tabella 3 - Persone (valori percentuali) che hanno pagato a proprie spese l'ultima visita specialistica e variazioni percentuali per regione e macroarea - Anni 2005, 2013

Regioni	Visite Specialistiche*°			Visite Odontoiatriche		
	2005	2013	Δ %	2005	2013	Δ %
Piemonte	42,4	37,3	-12,0	94,8	80,7	-14,9
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	50,8	40,6	-20,1	98,9	87,8	-11,2
Liguria	51,5	45,3	-12,0	93,9	83,3	-11,3
Lombardia	42,5	36,1	-15,1	93,2	81,9	-12,1
Bolzano-Bozen	33,9	29,2	-13,9	94,3	70,5	-25,2
Trento	42,3	37,8	-10,6	85,0	89,9	5,8
Veneto	42,2	39,5	-6,4	93,7	86,3	-7,9
Friuli Venezia Giulia	45,0	40,9	-9,1	93,2	82,7	-11,3
Emilia-Romagna	44,0	38,9	-11,6	93,8	86,8	-7,5
Toscana	48,9	43,4	-11,2	92,4	88,3	-4,4
Umbria	46,5	38,9	-16,3	95,9	76,9	-19,8
Marche	52,6	46,5	-11,6	94,5	83,1	-12,1
Lazio	46,9	38,0	-19,0	91,3	73,2	-19,8
Abruzzo	47,8	45,7	-4,4	92,4	87,5	-5,3
Molise	42,3	43,8	3,5	92,3	82,9	-10,2
Campania	52,6	45,1	-14,3	93,7	75,7	-19,2
Puglia	52,7	47,4	-10,1	94,7	81,5	-13,9
Basilicata	48,4	42,1	-13,0	93,9	80,1	-14,7
Calabria	42,9	41,0	-4,4	91,0	74,7	-17,9
Sicilia	43,9	40,9	-6,8	86,0	80,4	-6,5
Sardegna	33,6	31,1	-7,4	91,2	82,2	-9,9
Nord-Ovest	43,5	37,3	-14,3	93,7	81,8	-12,7
Nord-Est	42,9	39,0	-9,1	93,3	85,6	-8,3
Centro	48,3	40,8	-15,5	92,5	78,7	-14,9
Sud	50,2	45,2	-10,0	93,4	79,0	-15,4
Isole	40,9	37,9	-7,3	87,4	80,9	-7,4
Italia	**45,5**	**40,0**	**-12,1**	**92,7**	**81,3**	**-12,3**

*Sono escluse le persone che hanno avuto un rimborso totale o parziale da parte di una Assicurazione.
°Sono escluse le visite odontoiatriche e pediatriche.

Fonte dei dati: Istat. Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anno 2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 391

Tabella 4 - Persone (valori percentuali) che hanno pagato a proprie spese l'ultimo accertamento diagnostico e variazioni percentuali per regione e macroarea - Anni 2005, 2013

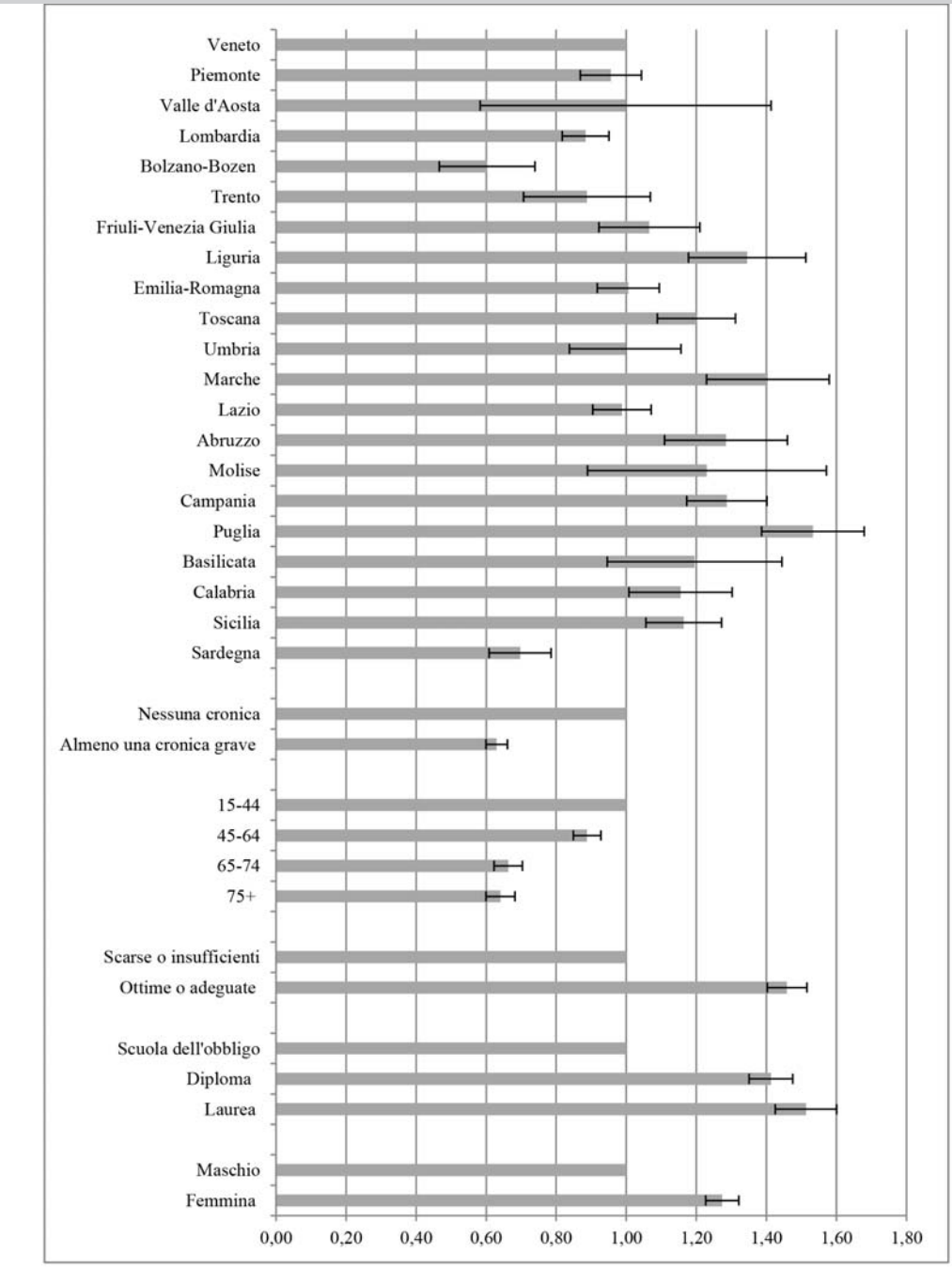
Regioni	Accertamenti specialistici*			Esami del sangue*		
	2005	2013	Δ %	2005	2013	Δ %
Piemonte	13,1	14,9	13,7	4,4	7,7	75,0
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	19,3	17,3	-10,4	5,4	9,3	72,2
Liguria	18,3	19,8	8,2	5,5	11,0	100,0
Lombardia	16,5	16,7	1,2	4,8	8,3	72,9
Bolzano-Bozen	13,2	16,8	27,3	13,0	11,9	-8,5
Trento	16,0	8,0	-50,0	3,4	2,8	-17,6
Veneto	17,7	18,5	4,5	5,2	9,4	80,8
Friuli Venezia Giulia	19,2	21,1	9,9	6,3	6,9	9,5
Emilia-Romagna	17,7	18,6	5,1	6,7	10,5	56,7
Toscana	18,3	23,9	30,6	6,3	12,9	104,8
Umbria	21,2	19,4	-8,5	9,0	7,3	-18,9
Marche	22,2	28,1	26,6	10,5	17,0	61,9
Lazio	23,0	33,9	47,4	4,8	19,5	306,3
Abruzzo	15,6	28,7	84,0	4,5	18,1	302,2
Molise	16,6	24,9	50,0	4,9	10,7	118,4
Campania	18,4	31,4	70,7	10,1	22,7	124,8
Puglia	17,5	28,6	63,4	8,8	16,1	83,0
Basilicata	20,6	18,3	-11,2	10,4	10,9	4,8
Calabria	18,2	29,1	59,9	7,9	18,0	127,8
Sicilia	22,4	31,6	41,1	8,1	17,6	117,3
Sardegna	17,0	15,5	-8,8	5,2	6,3	21,2
Nord-Ovest	15,8	16,5	4,4	4,8	8,4	75,0
Nord-Est	17,7	18,3	3,4	6,1	9,5	55,7
Centro	21,1	29,0	37,4	6,3	16,0	154,0
Sud	17,9	29,3	63,7	8,8	18,9	114,8
Isole	20,8	26,6	27,9	7,5	14,3	90,7
Italia	**18,2**	**23,0**	**26,4**	**6,6**	**13,1**	**98,5**

*Sono escluse le persone che hanno avuto un rimborso totale o parziale da parte di una Assicurazione.

Fonte dei dati: Istat. Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anno 2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 392

Grafico 1 - Propensione (Odds Ratio e Intervalli di Confidenza al 95%) ad effettuare visite specialistiche (escluse visite odontoiatriche e pediatriche) a proprie spese (out of pocket) rispetto alle visite effettuate a carico del SSN per regione, presenza di malattie croniche, classe di età, risorse economiche, livello di istruzione e genere - Anni 2012-2013



Fonte dei dati: Istat. Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anno 2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 393

Accesso alle cure odontoiatriche: un confronto con gli anni prima della crisi

Dott.ssa Laura Iannucci, Dott. Domenico Cicala, Dott. Roberto Zoffoli

In Italia le cure odontoiatriche sono soprattutto a carico del cittadino; risulta, quindi, rilevante capire l'impatto della crisi economica degli ultimi anni sull'accesso alle cure.
Il Servizio Sanitario Nazionale, mediante i Livelli Essenziali di Assistenza[1], garantisce a tutta la popolazione, e a titolo gratuito, solo i servizi per il trattamento immediato delle urgenze odontostomatologiche e per la diagnosi precoce di patologie neoplastiche del cavo orale. La stessa normativa prevede che alla popolazione in età evolutiva e ai segmenti svantaggiati della popolazione (ossia coloro che presentano situazioni di particolare vulnerabilità sanitaria o sociale) sia garantito, a titolo non oneroso, l'accesso ad ulteriori trattamenti, lasciando alle regioni il compito di definire sia le condizioni che determinano lo status di vulnerabilità sociale e sanitaria, sia le prestazioni erogabili gratuitamente ai segmenti della popolazione così individuati. Successivamente, il Ministero della Salute ha emanato specifiche Linee Guida[2] a sostegno dell'attività di prevenzione per bambini e adulti.
Le informazioni raccolte nell'ambito dell'indagine Istat "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", svolta nel 2005 e nel 2013 mediante intervista diretta e per autocompilazione, permettono di osservare il ricorso alle cure odontoiatriche negli anni precedenti e durante la crisi confermando l'acuirsi di diseguaglianze territoriali e sociali.
La crisi economica che ha colpito gli italiani negli ultimi anni ha generato una flessione delle cure odontoiatriche. La percentuale di coloro che dichiarano di essersi rivolti negli ultimi 12 mesi ad un dentista o all'ortodontista è passata dal 39,3% del 2005 al 37,9% del 2013. Aumenta, invece, dal 24,0% al 29,2%, la percentuale di persone che hanno deciso di dilazionare le visite presso un dentista in un arco temporale più lungo, da 1 a 3 anni. Diminuisce anche il numero di trattamenti effettuati nell'anno presso un dentista: nel 2005 un italiano su due dichiarava di effettuare più di un trattamento negli ultimi 12 mesi, mentre nel 2013 il 70,7% dichiara che nell'ultimo anno si è sottoposto ad un solo tipo di trattamento.
Il minor ricorso al dentista, rispetto al 2005, ha interessato la maggior parte delle regioni, in particolare la Liguria (da 45,2% a 38,7%) e la Lombardia (da 47,3% a 44,1%) nel Nord; le Marche (da 43,2% a 39,1%) l'Umbria (da 43,7% a 38,7%) e la Toscana (da 43,9% a 40,5%) al Centro; la Calabria (da 33,2% a 27,0%) e la Sicilia (da 28,7% a 25,1%) nel Sud ed Isole (Grafico 1).
La generale flessione delle cure odontoiatriche rispetto al 2005 è da attribuire, soprattutto, al minor ricorso al dentista privato che in Italia, anche nel 2013, rappresenta il principale riferimento per più di otto italiani su dieci. La quota di popolazione che si è rivolta al privato è passata dal 34,7% nel 2005 al 32,3% nel 2013. Molto meno diffuso, ma stabile nel tempo, il ricorso all'odontoiatria pubblica o convenzionata (pari al 5,4%).
Anomalo il trend in Calabria in quanto, a differenza delle altre regioni, la diminuzione del ricorso al dentista è da attribuire sia al pubblico che al privato (Grafico 1).
Un ulteriore elemento di criticità è rappresentato dalla situazione nel Mezzogiorno, dove la popolazione residente continua ad avere maggiori difficoltà di accesso alle cure odontoiatriche rispetto al resto del Paese. Nel 2013, dichiara di essersi sottoposto a cure o controlli dentistici negli ultimi 12 mesi il 44,5% dei residenti nel Nord del Paese, con punte intorno al 50% in Friuli Venezia Giulia (49,0%) e nelle PA di Bolzano (53,2%) e Trento (50,5%), contro il 28% del Mezzogiorno, con percentuali che scendono ulteriormente in Sicilia (25,1%), Campania (25,7%) e Calabria (27,0%).
Con riferimento ai segmenti di popolazione svantaggiati, la crisi degli ultimi anni ha ulteriormente ridotto il ricorso annuale al dentista tra gli anziani con scarse risorse economiche (da 23,5% a 19,1%) ed in modo ancor più sensibile tra gli anziani residenti nel Mezzogiorno (da 18,1% a 13,9%), peraltro già caratterizzati dal più basso ricorso al dentista. È soprattutto tra gli anziani con basso titolo di studio e risorse economiche scarse che il divario tra Nord e Sud ed Isole è cresciuto (Grafico 2).
Nel tempo, le diseguaglianze territoriali nel ricorso annuale al dentista dei bambini, pur rimanendo su valori elevati (47,5% nel Nord vs 27,6% nel Mezzogiorno), in maggior modo quando la famiglia ha un basso titolo di studio (28,3% nel Nord vs 14,8% nel Mezzogiorno) o dispone di scarsi mezzi economici (39,5% nel Nord vs 21,4% nel Mezzogiorno), si sono leggermente ridotte a causa di un peggioramento nei livelli di accesso al Nord, dove la quota di bambini che si sono rivolti al dentista negli ultimi 12 mesi è diminuita in misura maggiore (dal 52,3% al 47,5%) rispetto al Mezzogiorno (dal 29,2% al 27,6%). Risultano, infatti, penalizzati dalla crisi soprattutto i bambini con bassa istruzione dei genitori nel Nord (dal 45,5% al 36,2%) ed i bambini con scarse risorse economiche dei genitori nel Centro (da 34,9% a 30,3%) (Grafico 3).

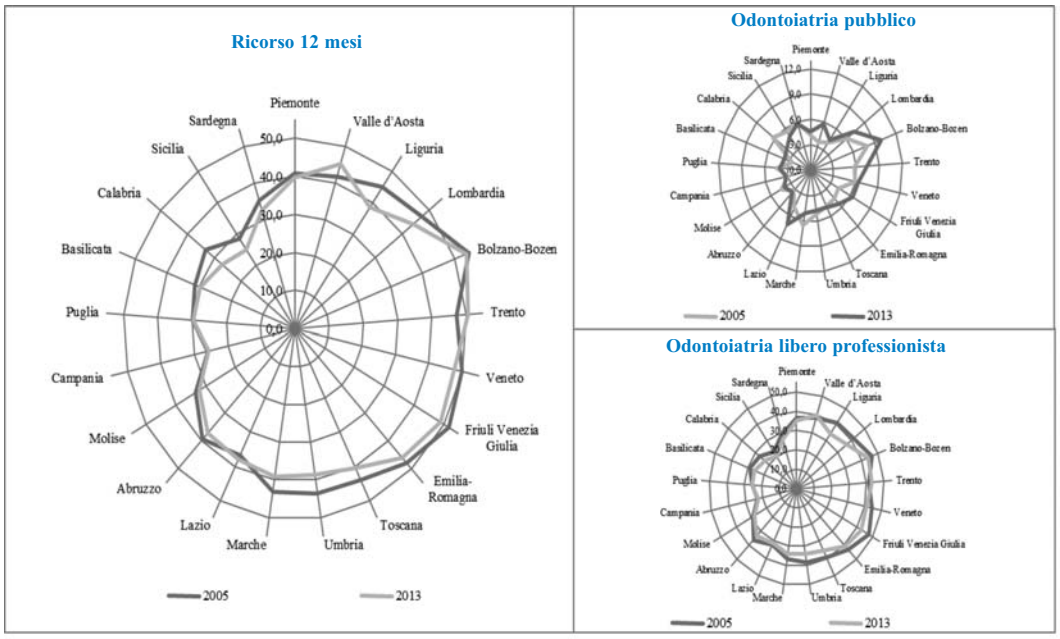
[1] DPCM del 29 novembre 2001.

[2] Linee Guida nazionali per la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva (2008); Linee Guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età adulta (anno 2009). Per maggiori informazioni sulle attività intraprese nel corso degli anni dal Ministero della Salute. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 394

Nel Nord una parte delle mancate prestazioni sono state intercettate dal settore pubblico o convenzionato, che in questa fascia di età, prevede l'accesso gratuito per alcuni dei principali trattamenti di prevenzione primaria e secondaria. L'accesso alle strutture pubbliche è, quindi, in aumento al Nord (da 7,7% a 9,1%), in particolare per i bambini che vivono in famiglie con genitori più istruiti (dal 7,0% nel 2005 al 9,5% nel 2013), mentre risulta relativamente stabile nel Mezzogiorno (4,0%) (Grafico 3).
Anche la rinuncia alle cure odontoiatriche per problemi economici o legati all'offerta (tempi di attesa troppo lunghi, difficoltà a raggiungere la struttura, orari scomodi etc.) si concentra su alcuni soggetti e su specifiche aree territoriali. Nel 2013, il 14,1% delle persone di 14 anni ed oltre, nei 12 mesi precedenti l'intervista, ha rinunciato ad una visita odontoiatrica (Grafico 4).
Nel Meridione si rinuncia maggiormente alle cure odontoiatriche (16,6%) rispetto al Nord (12,7%) ed al Centro (12,9%). Analizzando la rinuncia rispetto alla classe di età ed al giudizio sulle risorse economiche, si osserva che il divario Nord-Mezzogiorno è forte soprattutto tra gli anziani (7,8% vs 14,4%) anche a parità di giudizio sulle risorse economiche, mentre si capovolge a svantaggio del Nord tra la popolazione più giovane (14-44 anni) che dichiara di avere risorse familiari scarse o insufficienti (23,8 nel Nord vs il 19,6% nel Mezzogiorno).
Alla luce di questi risultati sembra che la crisi economica degli ultimi anni abbia provocato una contrazione nel ricorso al dentista soprattutto tra le persone con risorse economiche scarse e bassi livelli di istruzione, con un impatto maggiore sugli anziani del Mezzogiorno e sui bambini del Nord. Le famiglie più istruite e con risorse economiche migliori, nel Nord, sono riuscite a dirottare nel pubblico una parte della domanda di cure odontoiatriche dei loro figli, al contrario delle famiglie con minori risorse culturali ed economiche. Nonostante le iniziative messe in campo dal Ministero della Salute[3] e dalle diverse regioni, ad oggi il ricorso al dentista continua ad essere caratterizzato da profonde diseguaglianze sociali e geografiche. È opportuno, quindi, ripensare politiche nazionali e regionali che siano più efficaci nella lotta alle diseguaglianze territoriali e sociali ancora evidenti.

Grafico 1 - Persone (valori percentuali) di età 3 anni ed oltre che si sono rivolte ad un dentista o ortodontista nei 12 mesi precedenti l'indagine per regione - Anni 2005, 2013

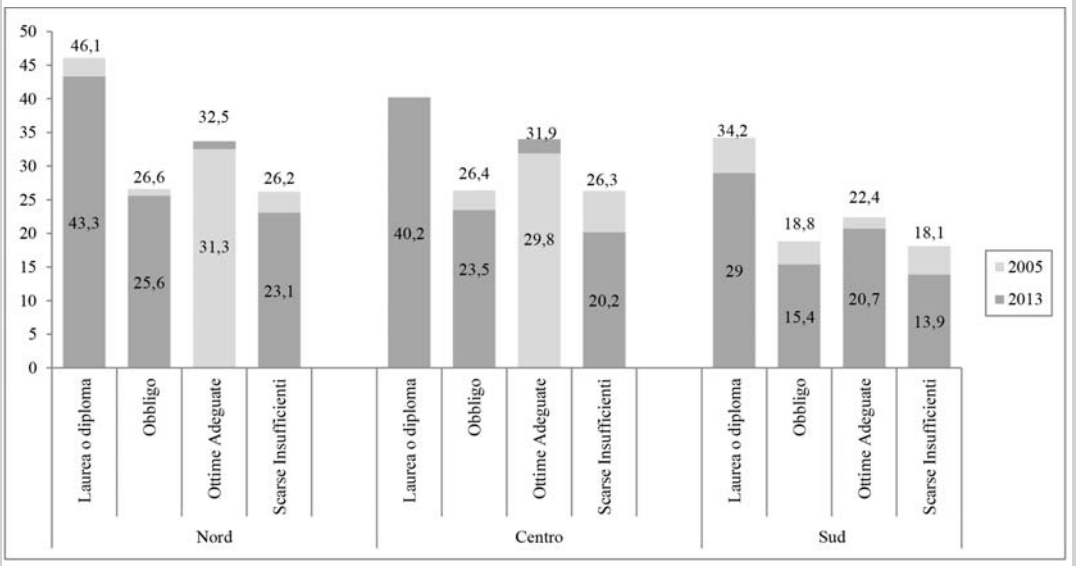


Fonte dei dati: Istat, Indagine condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Anni 2005, 2013.

[3]Linee Guida nazionali per la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva (2008); Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età adulta (anno 2009). Per maggiori informazioni sulle attività intraprese nel corso degli anni dal Ministero della Salute. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it.

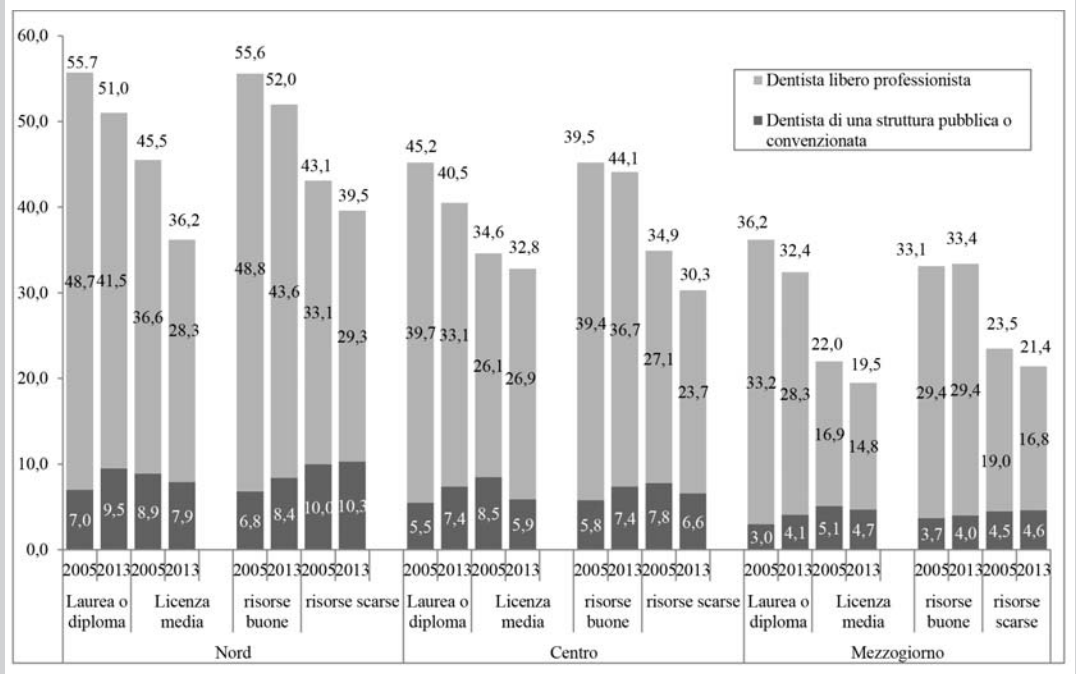
Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 395

Grafico 2 - Persone (valori percentuali) di età 65 anni ed oltre che si sono rivolte ad un dentista o ortodontista nei 12 mesi precedenti l'indagine per titolo di studio, giudizio sulle risorse economiche e macroarea - Anni 2005, 2013



Fonte dei dati: Istat, Indagine condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Anni 2005, 2013.

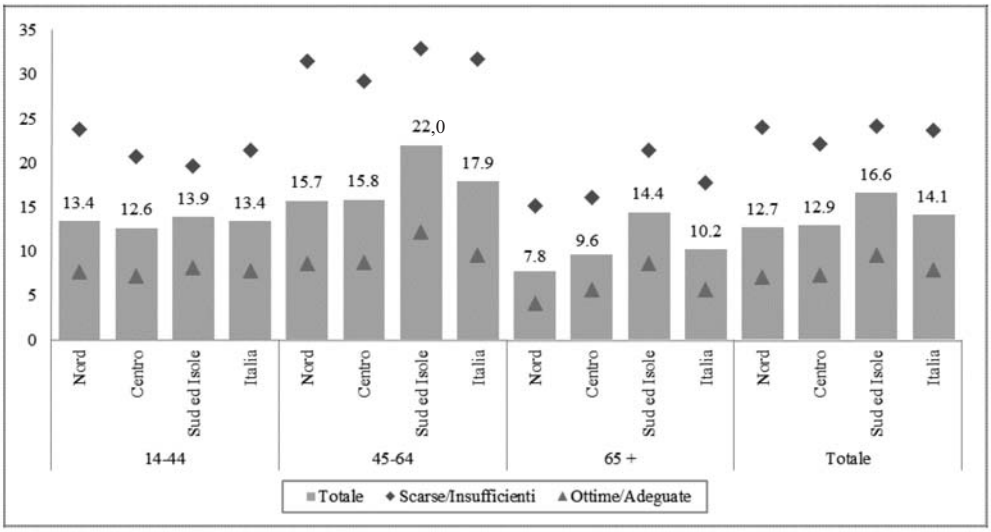
Grafico 3 - Bambini (valori percentuali) di età 3-14 anni per tipo di professionista a cui si sono rivolti nei 12 mesi precedenti l'indagine per titolo di studio dei genitori, risorse economiche e macroarea - Anni 2005, 2013



Fonte dei dati: Istat, Indagine condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Anni 2005, 2013.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 396

Grafico 4 - Persone (valori percentuali) di età 14 anni ed oltre che hanno rinunciato ad almeno una visita odontoiatrica nei 12 mesi precedenti l'indagine per classe di età, risorse economiche e macroarea - Anno 2013



Fonte dei dati: Istat, Indagine condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Anno 2013.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 397

Rete di offerta dell'emergenza sanitaria per infarto acuto del miocardio nelle regioni attraverso la georeferenziazione a livello comunale

Dott.ssa Laura Murianni, Dott. Alessandro Cimbelli, Dott. Massimo Volpe

Contesto

A seguito delle riforme del settore sanitario degli ultimi 15 anni, alle Regioni è stato richiesto di riorganizzare i servizi sanitari in modo da rispondere al meglio alla domanda di cure, individuando allo stesso tempo sistemi di controllo della spesa sanitaria e criteri utili alla valutazione della qualità delle prestazioni.
I servizi di emergenza si collocano tra quelli per cui l'intervento organizzativo è più complesso in quanto indirizzato verso condizioni patologiche per le quali gli outcome di salute sono tempo-dipendenti, cioè condizionati dall'intervallo tra l'insorgenza dei sintomi e l'erogazione al paziente della prestazione clinicamente più appropriata nel setting organizzativamente più appropriato.
Il sistema di emergenza sanitaria italiano è articolato in due livelli: il livello extra-ospedaliero che svolge la funzione di soccorso sul territorio e quello ospedaliero che realizza la presa in carico residenziale ed eroga le prestazioni di diagnosi e cura. Le unità organizzative da cui esso è costituito sono coinvolte in diversi percorsi assistenziali (1, 2) ed assorbono una parte rilevante del finanziamento per funzione erogato dalle amministrazioni regionali.
L'infarto e le malattie ischemiche del cuore rappresentano la prima causa di morte in tutto il mondo e determinano una elevata morbilità. Nel 2012, sono morte 17,5 milioni di persone per malattie del sistema cardiocircolatorio: tra queste 7,4 milioni per malattie ischemiche del cuore e 6,7 per infarto (3). Nello stesso anno, in Italia, sono stati circa 75.000 i decessi per malattie del sistema circolatorio (il 37,5% dei decessi totali), di cui circa il 33% dovuti a malattie ischemiche del cuore (4).
Le morti per le malattie ischemiche del cuore avvenute prima di raggiungere la struttura ospedaliera sono 1,4 volte superiori a quelle che avvengono in ospedale (5); per quanto riguarda l'infarto la mortalità pre-ospedaliera è circa il 30% del totale (6).
L'obiettivo di questo contributo è fornire dati idonei ad individuare aree del Paese a rischio rispetto alla capacità di dare una assistenza adeguata ai pazienti colpiti da infarto del miocardio, una patologia che può condurre alla morte entro 1 ora dall'inizio dei sintomi (7, 8) e che necessita, oltre che di interventi terapeutici tempestivi e specifici (trombolisi e angioplastica), anche di gestione all'interno di una Unità di Terapia Intensiva Coronarica (UTIC).
Non essendo disponibile un sistema di rilevazione unico e sistematico rispetto alla capacità del singolo istituto di attuare interventi terapeutici tempestivi e specifici, spesso legati alla presenza di determinati servizi come ad esempio un'emodinamica per 24 ore distribuita sul territorio regionale, con questo studio ci limitiamo ad esaminare la distribuzione delle UTIC nel territorio nazionale ed i tempi di percorrenza per il raggiungimento dell'unità più vicina al luogo di residenza sulla base di un'analisi della rete viaria e della morfologia del territorio; sottolineando che l'analisi non è esaustiva.

Metodi

È stata condotta un'analisi di georeferenziazione, a livello di singolo comune, dell'area servita dalle strutture di ricovero dotate di posti letto classificati come UTIC.
È stata caratterizzata la distribuzione spaziale della popolazione per tempi di percorrenza necessari per raggiungere presidi ospedalieri dotati di posti letto nelle UTIC, tenendo conto della rete viaria e della morfologia del territorio.
La letteratura internazionale raccomanda un tempo di percorrenza massimo di 30 minuti per raggiungere un presidio dotato di UTIC a partire dal luogo in cui avviene il soccorso del paziente (7). A tal fine, sia i gruppi di comuni che la quota di popolazione in essi residente sono stati stratificati in tre gruppi di tempo di percorrenza: entro 30 minuti, tra 31-60 minuti, oltre 60 minuti.
Tale valutazione ha considerato tutte le caratteristiche della superficie del territorio da percorrere sulla base della classificazione del Comune considerando anche il grado di urbanizzazione trovato.
Le distanze stradali sono quelle esistenti tra il luogo dove fisicamente risiede il municipio di ogni comune[1] e il punto su mappa corrispondente all'indirizzo della singola UTIC. Origine e destinazione vengono rappresen-

[1] Il luogo è quello identificato al 22 ottobre 2011, data del Censimento della popolazione ed abitazioni 2011. Nei 3 anni considerati sono stati considerati tempi e distanze rispetto ai comuni del 2011 per la confrontabilità dei dati.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 398

tati tramite coppia di coordinate geografiche. I tempi di percorrenza vengono derivati dal grafo viario dove si considera, per ogni arco di strada e in luogo della lunghezza, la relativa tipologia e velocità media. L'arco temporale prescelto per l'analisi ha interessato gli anni: 2001, 2006 e 2012.
I tempi e le distanze stradali sono stati calcolati tramite il software Open Source Routing Machine[2], motore di routing stradale evoluto che implementa una tecnica (Contraction Hierarchies) che velocizza il calcolo del percorso e utilizza il grafo pubblico OpenStreetMap. I dati delle strutture sanitarie sono stati elaborati a partire dai dati del Ministero della Salute "Modelli di rilevazione dei flussi informativi sulle attività gestionali ed economiche delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere". I dati di popolazione utilizzati fanno riferimento a quelli dell'Istituto Nazionale di Statistica relativi alla ricostruzione intercensuaria nell'intervallo 2001-2011, corrispondente alla data del 31 dicembre.
La fase preparatoria della elaborazione ha comportato sia la georeferenziazione degli indirizzi corrispondenti alle varie UTIC esistenti nei 3 anni esaminati che la verifica della loro raggiungibilità su rete viaria. Alcune volte, infatti, i punti relativi a tali strutture vengono collocati dal software di georeferenziazione in aree pedonali non raggiungibili da traffico veicolare e, quindi, vengono esclusi dal calcolo. La soluzione è stata quella di spostare il punto dell'UTIC in prossimità della strada carrabile più prossima.
L'analisi effettuata non ha tenuto conto dei limiti amministrativi di province e regioni, in quanto non influiscono sulla scelta della struttura sanitaria a cui fare riferimento, prevalendo la scelta della struttura sanitaria con l'UTIC più vicina e a prescindere dalla sua ricettività in termini di posti letto o dal mezzo utilizzato per lo spostamento.
In questa analisi non sono stati utilizzati i dati relativi al servizio 118 in quanto non aggiornati (ultimo dato disponibile: anno 2007) e non indicanti i punti di partenza delle ambulanze e, quindi, non idonei al calcolo del tempo di percorrenza, per cui nella lettura dei risultati si segnala il limite di non riuscire a considerare la presenza di servizi di emergenza territoriali in grado di dare una risposta tempestiva e specifica alla eventuale carenza organizzativa riscontrata dall'assenza di UTIC.

Risultati

Dal 2001 al 2012 il numero complessivo di posti letto ospedalieri ordinari è diminuito di circa il 26%, passando da 4,6 posti letto ordinari ogni 1.000 abitanti nel 2001 a 3,5 per 1.000 nel 2012, mentre la quota di posti letto in UTIC ha subito una diminuzione di circa il 3% rimanendo intorno alla disponibilità di 0,05 posti letto ogni 1.000 abitanti.
In tutto il territorio nazionale gli Istituti di cura in cui sono presenti le UTIC sono, prevalentemente, strutture pubbliche del Servizio Sanitario Nazionale: in tutti e 3 gli anni presi in esame oltre il 95% dei posti letto di UTIC è collocato in strutture di carattere pubblico e solo il 5% in strutture private accreditate.
In questi 11 anni solo 6 su 21 delle regioni e PA hanno aumentato la disponibilità di posti letto nelle UTIC: questa variazione oscilla tra l'aumento del valore minimo di 7,5% della copertura nel Lazio al 50,0% della Basilicata che aveva 0,05 posti letto ogni 1.000 abitanti nel 2001 e nel 2012 ne ha a disposizione 0,08 per 1.000 (Tabella 1).
A livello regionale la quota più bassa di posti letto nelle UTIC è presente in Friuli Venezia Giulia (0,01 per 1.000 abitanti) in tutti e 3 gli anni analizzati, mentre i valori più elevati sono presenti in Abruzzo nel 2001 e nel 2006 (0,08 per 1.000) ed in Basilicata nel 2012 (0,8 per 1.000).
La Tabella 2 mostra, per ciascuna regione e PA, la percentuale di comuni collocati ad una distanza percorribile, rispettivamente entro 30 minuti e tra 31-60 minuti, dalla più vicina struttura ospedaliera dotata di UTIC.
Si può evincere che, in tutti gli anni analizzati, il 70% dei comuni è collocato ad una distanza dal più vicino presidio ospedaliero provvisto di UTIC percorribile entro 30 minuti, mentre circa il 27% dei comuni è collocato ad una distanza percorribile in un tempo "a rischio" compreso tra 31-60 minuti. La fascia di tempo superiore ai 60 minuti include circa il 2% dei comuni e non è stata presa in considerazione poiché interessa le isole prive di UTIC che necessitano di trasferimenti in elisoccorso o con nave.
Nel 2012, le regioni aventi meno del 60% dei comuni collocati a distanza di sicurezza dal presidio con UTIC sono quelle caratterizzate da una specifica morfologia del territorio: Sardegna, Trentino-Alto Adige, Molise, Basilicata, Friuli Venezia Giulia e Calabria.
Il cartogramma evidenzia che nelle suddette regioni le popolazioni più a rischio sono quelle che risiedono nei comuni della Provincia di Isernia, Ogliastra, Bolzano, Verbania ed Enna e a seguire Trieste, Belluno, Sondrio, Potenza e Crotone.
La copertura territoriale migliore (>80%) è presente in Puglia, Campania e Veneto.

[2]Disponibile sul sito: https://en.wikipedia.org/wiki/Open_Source_Routing_Machine.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 399

Nel periodo dal 2001 al 2012 le regioni che hanno aumentato maggiormente la copertura di UTIC sul loro territorio nella "fascia di sicurezza" (entro 30 minuti) sono: Basilicata, Friuli Venezia Giulia, Sardegna e Puglia (variazione percentuale compresa tra il 53,4% della Basilicata ed il 14,1% della Puglia).
Nello stesso periodo in Liguria ed in Molise si è ridotta la percentuale di comuni collocati in "fascia di sicurezza": nel primo caso dall'81% al 63% circa, nel secondo caso da circa il 67% al 41%. Piccole variazioni percentuali sono, invece, da imputare a differenze di popolazione residente nelle località in prossimità delle UTIC nel periodo considerato.
La Tabella 3 presenta la distribuzione percentuale della popolazione rispetto ai tempi di percorrenza utili a raggiungere il presidio dotato di UTIC. Si evince che, nell'anno 2012, il 90% della popolazione risiede in comuni collocati ad una distanza da presidi con UTIC percorribile in tempi entro i 30 minuti, mentre circa il 10% risiede in comuni collocati ad una distanza superiore.
Le percentuali più basse di popolazione risiedenti in comuni collocati a distanza di sicurezza da una UTIC si riscontrano nelle regioni e nelle province già segnalate nel commento ai dati della Tabella 2 (Friuli Venezia Giulia, Molise, Sardegna, Trentino-Alto Adige, Basilicata e Calabria).
Nella lettura dei risultati si segnala la necessità di considerare l'effetto dei cambiamenti nelle unità amministrative e degli spostamenti delle popolazioni dalle aree rurali a quelle urbane e la qualità dei servizi d'emergenza territoriali non rilevati attraverso questa analisi.

Tabella 1 - Posti letto (per 1.000) e variazione percentuale nelle UTIC per regione - Anni 2001, 2006, 2012

Regioni	2001	2006	2012	Δ % (2001-2012)
Piemonte	0,044	0,042	0,043	-2,27
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,042	0,040	0,039	-7,14
Lombardia	0,034	0,034	0,033	-2,94
Trentino-Alto Adige*	0,031	0,025	0,026	-16,13
Veneto	0,032	0,039	0,040	25,00
Friuli Venezia Giulia	0,014	0,012	0,013	-7,14
Liguria	0,064	0,064	0,060	-6,25
Emilia-Romagna	0,046	0,045	0,039	-15,22
Toscana	0,061	0,050	0,055	-9,84
Umbria	0,067	0,048	0,054	-19,40
Marche	0,067	0,059	0,053	-20,90
Lazio	0,040	0,046	0,043	7,50
Abruzzo	0,079	0,082	0,061	-22,78
Molise	0,059	0,063	0,045	-23,73
Campania	0,038	0,051	0,049	28,95
Puglia	0,056	0,056	0,063	12,50
Basilicata	0,052	0,073	0,078	50,00
Calabria	0,065	0,053	0,047	-27,69
Sicilia	0,065	0,056	0,053	-18,46
Sardegna	0,045	0,039	0,050	11,11
Italia	**0,047**	**0,046**	**0,045**	**-4,26**

*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

Fonte dei dati: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute "Modelli di rilevazione dei flussi informativi sulle attività gestionali ed economiche delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere". Anni 2001, 2006, 2012.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 400

Tabella 2 - Comuni (valori percentuali) con presidi ospedalieri dotati di UTIC raggiungibili per intervalli di 30 minuti e variazioni percentuali per regione - Anni 2001, 2006, 2012

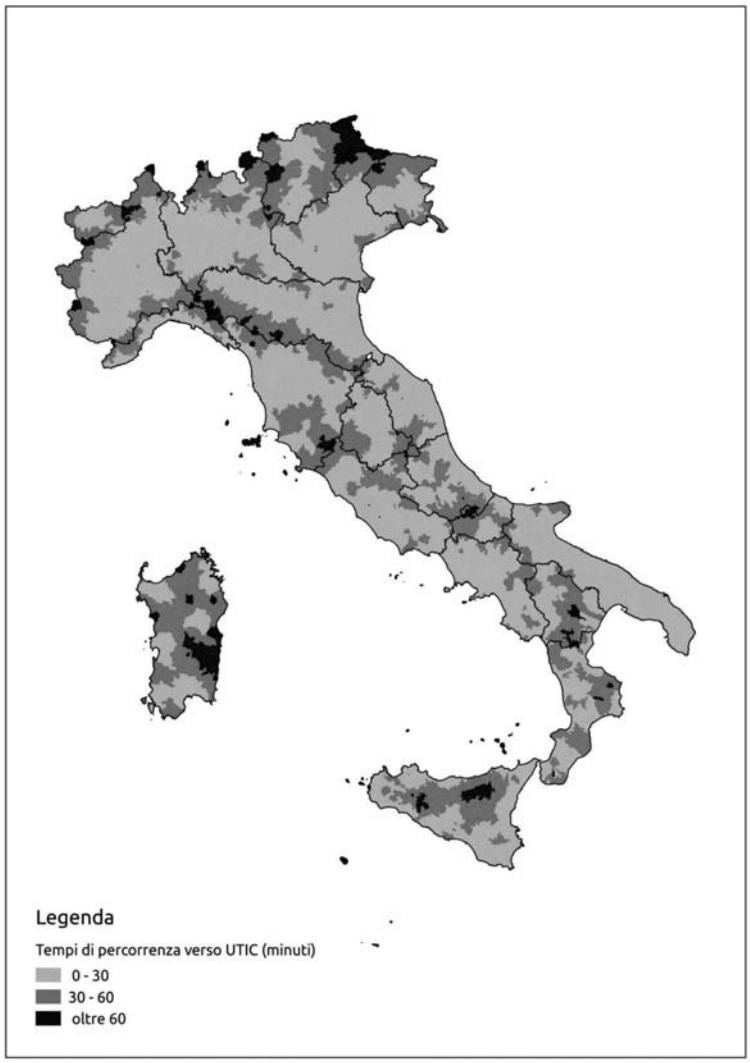
Regioni	Fino a 30 minuti				31-60 minuti			
	2001	2006	2012	Δ % (2001-2012)	2001	2006	2012	Δ % (2001-2012)
Piemonte	78	79	77	-1,3	21	20	22	4,8
Valle d'Aosta	66	66	66	0,0	34	34	34	0,0
Lombardia	83	79	78	-6,0	16	20	21	31,3
Trentino-Alto Adige*	39	39	39	0,0	51	51	51	0,0
Veneto	88	88	88	0,0	10	10	10	0,0
Friuli Venezia Giulia	44	52	52	18,2	42	45	45	7,1
Liguria	81	74	63	-22,2	19	26	37	94,7
Emilia-Romagna	72	72	71	-1,4	23	24	25	8,7
Toscana	65	65	65	0,0	29	29	29	0,0
Umbria	62	62	61	-1,6	38	38	39	2,6
Marche	81	81	79	-2,5	19	19	21	10,5
Lazio	58	61	62	6,9	41	38	37	-9,8
Abruzzo	66	66	64	-3,0	33	33	35	6,1
Molise	67	67	41	-38,8	33	33	55	66,7
Campania	81	88	88	8,6	17	12	12	-29,4
Puglia	78	86	89	14,1	22	14	10	-54,5
Basilicata	28	34	43	53,6	48	49	50	4,2
Calabria	55	59	54	-1,8	36	40	45	25,0
Sicilia	58	57	60	3,4	37	38	34	-8,1
Sardegna	28	28	33	17,9	47	47	56	19,1
Italia	**70**	**70**	**69**	**-1,4**	**26**	**27**	**28**	**7,7**

*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

Fonte dei dati: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute "Modelli di rilevazione dei flussi informativi sulle attività gestionali ed economiche delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere". Anni 2001, 2006, 2012.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 401

Tempi medi (intervalli di 30 minuti) di percorrenza verso presidi ospedalieri dotati di UTIC per Comune. Anno 2012



Fonte dei dati: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute "Modelli di rilevazione dei flussi informativi sulle attività gestionali ed economiche delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere". Anno 2012.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 402

Tabella 3 - Popolazione (valori percentuali) residente nei comuni con presidi ospedalieri dotati di UTIC raggiungibile per intervalli di 30 minuti e variazioni percentuali per regione - Anni 2001, 2006, 2012

Regioni	Fino a 30 minuti				31-60 minuti			
	2001	2006	2012	Δ % (2001-2012)	2001	2006	2012	Δ % (2001-2012)
Piemonte	94	94	94	0,0	6	6	6	0,0
Valle d'Aosta	85	85	85	0,0	15	15	15	0,0
Lombardia	96	95	94	-2,1	4	5	5	25,0
Trentino-Alto Adige*	65	66	66	1,5	27	27	26	-3,7
Veneto	97	91	92	-5,2	3	8	8	166,7
Friuli Venezia Giulia	65	59	60	-7,7	32	39	39	21,9
Liguria	97	97	93	-4,1	3	3	7	133,3
Emilia-Romagna	92	90	91	-1,1	8	9	9	12,5
Toscana	89	89	90	1,1	9	9	9	0,0
Umbria	87	87	87	0,0	13	13	13	0,0
Marche	95	95	95	0,0	5	5	5	0,0
Lazio	90	91	93	3,3	10	9	7	-30,0
Abruzzo	93	93	92	-1,1	7	7	8	14,3
Molise	83	84	65	-21,7	17	16	32	88,2
Campania	94	97	97	3,2	4	3	3	-25,0
Puglia	87	96	98	12,6	12	3	2	-83,3
Basilicata	50	60	67	34,0	40	34	31	-22,5
Calabria	68	78	75	10,3	24	22	25	4,2
Sicilia	82	81	84	2,4	17	17	14	-17,6
Sardegna	51	52	65	27,5	24	24	29	20,8
Italia	**88**	**89**	**90**	**2,3**	**10**	**10**	**9**	**-10,0**

*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

Fonte dei dati: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute "Modelli di rilevazione dei flussi informativi sulle attività gestionali ed economiche delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere". Anno 2012.

Conclusioni

L'analisi evidenzia una variabilità intra ed inter-regionale nella raggiungibilità delle UTIC mostrando una copertura per tale risorsa non uniforme sul territorio nazionale.

I dati presentati possono essere utilizzati nelle singole regioni e PA per realizzare una ottimale programmazione (allocazione di risorse) ed organizzazione dei servizi (ad esempio l'utilizzo di elisoccorso).

Riferimenti bibliografici

(1) Ministero della salute: flussi informativi istituiti con il D.P.C.M del 17 maggio 1984, rinnovati ed ampliati con successivi decreti ministeriali (Decreto del Ministro della sanità del 23 dicembre 1996 e successive modificazioni). Disponibile sul sito:
www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=3826&area=statisticheSSN&menu=vuoto
(2) Quattrone G. Gli effetti della riorganizzazione della rete ospedaliera sulla mobilità sanitari. Serie Rossa: Economia - Quaderno N. 95 settembre 2013. Quaderni del dipartimento di scienze economiche e sociali.
(3) WHO. The 10 leading causes of death in the world, 2000 and 2012. Fact sheet N°310. Aggiornamento maggio 2014. Disponibile sul sito: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/.
(4) Banca dati Istat. Disponibile sul sito: http://dati.istat.it/. Sezione Salute e Sanità - Cause di Morte - aggiornamento Novembre 2015
(5) Task Force Report. The pre-hospital management of acute heart attacks Recommendations of a Task Force of the European Society of Cardiology and The European Resuscitation Council. European Heart Journal (1998) 19, 1.140-1.164 Article No. 981106
(6) Tunstall-Pedoe H, Kuulasmaa K, Mähönen M, Tolonen H, Ruokokoski E, Amouyel P. Contribution of trends in survival and coronary-event rates to changes in coronary heart disease mortality: 10-year results from 37 WHO MONICA project populations. Monitoring trends and determinants in cardiovascular disease. Lancet. 1999 May 8; 353 (9164): 1.547-1.557.
(7) Weaver WD. Time to thrombolytic treatment: factors affecting delay and their influence on outcome. J Am Coll Cardiol 1995; 25 (Suppl): 3S-9S.
(8) Boersma E, Maas ACP, Deckers JW, Simoons ML. Early thrombolytic treatment in acute myocardial infarction: reappraisal of the golden hour. Lancet 1996; 348: 771-5.

Assistenza farmaceutica territoriale

Lo scopo dell'assistenza farmaceutica è promuovere la salute pubblica attraverso l'utilizzo di farmaci sicuri ed efficaci e garantire l'accesso a questo tipo di assistenza a tutti i cittadini in maniera equa, assicurando l'unitarietà del sistema.

Il settore farmaceutico, proprio per la sua rilevanza sulla salute dei cittadini, è una delle aree dei servizi sanitari maggiormente regolate: ogni farmaco, prima di poter essere utilizzato, ha bisogno di ottenere un'autorizzazione che viene rilasciata dopo la realizzazione di studi tossicologici, farmacologici e clinici, a cui seguono le decisioni sulla rimborsabilità e la determinazione del prezzo, fino alla fase di effettiva commercializzazione con la vigilanza sulla qualità dei processi produttivi e sulla sicurezza clinica, il governo della spesa e la promozione dell'appropriatezza prescrittiva.

Il processo è altamente standardizzato, a livello globale, attraverso una serie di Linee Guida e raccomandazioni (International Conference on Harmonisation) riconosciute valide nell'Unione Europea, negli Stati Uniti e in Giappone.

Sono, tuttavia, presenti nella letteratura scientifica, in particolare a partire dal 1990 dopo la pubblicazione dell'Harvard Study (1), vari report su problemi collegati all'utilizzo dei farmaci (medication-related problems) tra i quali: sovraconsumo, sottoconsumo, farmaci prescritti a pazienti che non ne hanno effettiva necessità e polifarmacia nei pazienti anziani con patologie croniche (2-4).

Più recentemente, in Italia, uno studio che, utilizzando i dati della Tessera Sanitaria e sulla base di indicatori predefiniti, ha valutato l'appropriatezza prescrittiva sull'intera popolazione anziana (65 anni ed oltre), ha dimostrato una elevata frequenza di utilizzo non ottimale dei farmaci (5).

Per tali motivi, diventa estremamente importante monitorare, sia a livello nazionale che regionale ed anche sub-regionale, i consumi di farmaci. Inoltre, poiché non esistono dei valori standard di riferimento del consumo appropriato, è anche molto importante effettuare dei confronti geografici in maniera da poter valutare le eventuali differenze tra aree diverse, pur tenendo conto delle differenze demografiche, socio-economico-culturali e delle differenze possibili nella diffusione di patologie tra diverse aree geografiche.

In Italia, l'erogazione dei farmaci da parte del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) avviene, principalmente, attraverso due canali: l'assistenza farmaceutica territoriale (nel 2014 sono state spedite 609 milioni di ricette a carico del SSN per un totale di oltre 1 miliardo e 136 mila confezioni) e l'assistenza farmaceutica ospedaliera.

A livello nazionale, regionale ed in molte Aziende Sanitarie Locali (ASL), il consumo dei farmaci erogati a carico del Servizio Sanitario Regionale è costantemente monitorato attraverso uno specifico sistema informativo. Questo sistema di monitoraggio, principalmente originato dai dati di dispensazione delle farmacie, è in grado di produrre 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 di singola ASL. Questo approccio, attivo dall'anno 2000, pone l'Italia tra i più avanzati Paesi europei capaci di monitorare, in maniera analitica ed in tempo reale, l'andamento dei consumi e della spesa farmaceutica.

In questo Capitolo sono descritti i consumi e la spesa farmaceutica per regione, suddivisi per classi di età e per classi terapeutiche al I livello del sistema di classificazione Anatomico Terapeutico e Chimico che è lo standard raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per la classificazione dei farmaci e la descrizione dei consumi.

Inoltre, viene presentata una descrizione della spesa farmaceutica pro capite per ticket e compartecipazione.

Riferimenti bibliografici

(1) Leape LL. et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. N Engl J Med 1991, 324: 377-84.
(2) Kara O et al. Potentially inappropriate prescribing according to the STOPP/START criteria for older adults. Aging Clin Exp Res 2015.
(3) Dalleur O et al. Inappropriate prescribing and related hospital admissions in frail older persons according to the STOPP and START criteria. Drugs Aging 2012, 29: 829-37.
(4) Hill-Taylor B et al. Application of the STOPP/START criteria: a systematic review of the prevalence of potentially inappropriate prescribing in older adults, and evidence of clinical, humanistic and economic impact. J Clin Pharm Ther 2013, 38: 360-72.
(5) Onder et al. High prevalence of poor quality drug prescribing in older individuals: a nationwide report from the Italian Medicines Agency (AIFA). J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2014 Apr; 69 (4): 430-7.

P. FOLINO GALLO

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 404

Consumo territoriale di farmaci a carico del Servizio Sanitario Nazionale e lettura integrata dei dati di consumo e di spesa

Significato. In accordo con le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, i consumi di farmaci vengono misurati secondo valori di riferimento standard, indicati come Defined Daily Dose (DDD), che rappresentano "la dose media giornaliera, di mantenimento per un farmaco, nella sua indicazione terapeutica principale in pazienti adulti" (1).
Il consumo in DDD è, generalmente, espresso come "DDD/1.000 ab die", 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 non considera le differenze legate al tipo di confezione ed alla posologia;
- valutare il consumo di farmaci in una specifica area geografica (Stato, Regione, Azienda Sanitaria Locale);
- realizzare confronti fra realtà territoriali;
- condurre confronti nel tempo.

Consumo farmaceutico territoriale a carico del Servizio Sanitario Nazionale

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Consumo di farmaci in Defined Daily Dose}}{\text{Popolazione residente pesata per età} \times 365} \times 1.000$$

Spesa farmaceutica territoriale lorda pro capite a carico del Servizio Sanitario Nazionale

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Spesa farmaceutica del Servizio Sanitario Nazionale}}{\text{Popolazione residente pesata per età}}$$

Validità e limiti. Il consumo territoriale di farmaci si riferisce all'assistenza farmaceutica convenzionata con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), con esclusione, quindi, dei consumi ospedalieri, della Distribuzione Diretta (DD), ovvero la distribuzione dei farmaci da parte di strutture sanitarie pubbliche in alternativa a quelle convenzionali, e della Distribuzione per Conto (DpC). Le definizioni di DD e DpC sono indicate nella sezione "Validità e limiti" dell'Indicatore "Spesa farmaceutica territoriale lorda pro capite a carico del Servizio Sanitario Nazionale".
La variabilità dei consumi è strettamente dipendente dalle caratteristiche delle popolazioni a confronto (età, genere ed epidemiologia degli stati morbosi). Al fine di minimizzare le differenze dipendenti da età e genere e rendere maggiormente confrontabili i dati regionali, i consumi vengono pesati utilizzando il sistema di pesi, predisposto dal Ministero della Salute e costituito da sette fasce di età, con una ulteriore suddivisione fra uomini e donne per la classe di età 15-44 anni. I dettagli sulla necessità di pesare i dati di consumo e sui metodi di pesatura sono disponibili nei riferimenti bibliografici (2, 3).
La validità ed i limiti dell'Indicatore "Spesa farmaceutica territoriale lorda pro capite a carico del Servizio Sanitario Nazionale" sono esplicitati nella relativa sezione.

Valore di riferimento/Benchmark. In considerazione della particolare natura aggregata dell'indicatore non è possibile suggerire un valore di riferimento definito. Valori di riferimento più bassi potrebbero indicare una maggiore appropriatezza prescrittiva ed una razionalizzazione dei consumi, ma potrebbero anche essere indice di forme di razionamento.

Descrizione dei risultati

Nel 2014, il consumo farmaceutico territoriale nazionale (Tabella 1) è in lieve aumento rispetto all'anno precedente (+0,7%); sono state dispensate 1.039 dosi di farmaco al giorno per 1.000 abitanti (nel 2001 erano 674 e nel 2013 erano 1.032) e nelle farmacie pubbliche e private sono state erogate, complessivamente, circa 1,9 miliardi di confezioni (in media, 22 confezioni per ogni cittadino), di cui 1,1 miliardi a carico del SSN. Con riferimento ai farmaci erogati a carico del SSN, che è l'oggetto di questa sezione, l'andamento delle quantità dei farmaci consumati, rispetto all'anno precedente, non è omogeneo tra le regioni:
- in alcune regioni (Veneto, Liguria, Umbria, Lazio e Sicilia) si assiste ad una riduzione dei consumi che è massima in Sicilia (-2,5%) Liguria (-2,1%) e Veneto (-1,4%);
- in tutte le altre regioni si assiste, invece, ad un incremento, particolarmente elevato in Molise (5,7%), Calabria (4,0%) e Campania (3,9%).
Permane una notevole variabilità regionale nei consumi che oscilla tra il valore massimo di 1.192 e 1.188 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 (escludendo la PA di Bolzano che potrebbe rappresen-

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 405

tare una realtà non direttamente comparabile con quella di altre regioni).
Si osserva un evidente gradiente regionale: quasi tutte le regioni del Meridione (Abruzzo, Campania, Puglia, Sicilia, Sardegna e Calabria, con esclusione di Molise e Basilicata), l'Umbria ed il Lazio si attestano al di sopra del valore nazionale di 1.039 (DDD/1.000 ab die).
Nel periodo 2006-2014, 9 regioni hanno avuto, almeno per 1 anno, consumi superiori al dato nazionale, mentre 7 regioni (Umbria, Lazio, Campania, Puglia, Calabria, Sicilia e Sardegna) hanno costantemente avuto consumi superiori al valore italiano.
Di particolare rilievo appare la situazione del Lazio e della Calabria che, a fronte dei consumi più elevati dell'Italia, hanno anche avuto, se si esclude la PA di Trento, i maggiori tassi di crescita, rispettivamente, +8,5% e +6,8% nel periodo 2012-2013.
Successivamente, nel periodo 2013-2014, il Lazio ha invertito la tendenza di crescita (-0,2%), mentre la Calabria ha continuato la crescita dei consumi (+4,0%).
Il Grafico 1 rappresenta, per tutto il periodo considerato (2001-2014), la situazione delle singole regioni in termini di scostamento percentuale dai valori nazionali di consumo e di spesa.
Dall'analisi del grafico si evince come il gradiente Nord-Sud ed Isole di consumi e spesa sia un fenomeno di lunga durata e che, nel corso dell'ultimo decennio, sia rimasto sostanzialmente immutato:
- tutte le regioni del Nord hanno avuto nel corso del periodo esaminato consumi e spesa inferiori al valore nazionale;
- tutte le regioni del Meridione (con le rilevanti eccezioni di Basilicata, Molise e parzialmente Abruzzo) hanno avuto consumi e spesa superiori al dato nazionale;
- il Lazio, a differenza delle altre regioni del Centro, ha avuto e continua ad avere consumi e spesa superiori al valore Italia;
- l'Umbria è l'unica regione con la caratteristica di avere costantemente consumi superiori al valore nazionale e valori di spesa inferiori.
L'analisi delle differenze per classe di età (Tabella 2 e Grafico 2) mostra come un soggetto anziano (75 anni ed oltre) abbia consumato, in media, nel 2014 una quantità di farmaci quasi quattro volte superiore alla popolazione generale, tredici volte superiore ad un individuo di età compresa fra 35-44 anni e venti volte superiore ad un individuo di età compresa fra 25-34 anni.
La popolazione con più di 65 anni assorbe circa il 70% delle DDD; al contrario, la popolazione entro i 14 anni di età consuma circa l'1,4% delle dosi.
Inoltre, nel periodo 2010-2014, a fronte di un incremento dei consumi del 9,1% nella popolazione generale, si osserva una riduzione dei consumi nelle classi di età più giovani ed un incremento anche cospicuo nelle classi di età più anziane, che supera il 43% nella classe di età 75 anni ed oltre. Di fatto, quindi, le classi più anziane non solo hanno il maggior consumo, ma anche la maggiore crescita nei consumi.
Questo fenomeno deve riservare particolare attenzione poichè i pazienti anziani sono spesso pazienti con più patologie e, di conseguenza, polimedicati. Il dato riportato in Tabella 2 indica che, nel corso del 2014, in media, ogni soggetto anziano al di sopra dei 75 anni ha assunto, giornalmente, quattro dosi di farmaci.
L'analisi dei consumi suddivisi per I livello Anatomico, Terapeutico e Chimico (ATC) (Tabella 3) mostra che, anche nel 2014, sono i farmaci del sistema cardiovascolare a mantenere il primato (Classe ATC C - Apparato cardiovascolare) (467,6 DDD/1.000 ab die), assestandosi al 45% del consumo totale di farmaci, con un consumo sostanzialmente stabile rispetto all'anno precedente (-0,1%).
Seguono i farmaci dell'apparato gastrointestinale e metabolismo (Classe ATC A - Apparato Gastrointestinale e metabolismo, che include anche i farmaci antidiabetici) che, nel 2014, risultano essere pari al 14,7% delle quantità consumate, espresse in DDD/1.000 ab die, con un aumento dello 0,3% rispetto al 2013.
Di particolare rilievo è l'andamento dei farmaci ematologici (appartenenti alla Classe ATC B - Sangue ed organi ematopoietici) che, anche a seguito dell'introduzione dei nuovi anticoagulanti orali, alternativi al warfarin, hanno avuto un'esplosione dei consumi, risultando la classe con l'aumento maggiore (+228% rispetto al 2001; +9% nel 2014 rispetto al 2013 e +37% nel 2013 rispetto al 2012).
Nell'insieme, le prime quattro classi terapeutiche (Cardiovascolare, Gastrointestinale e metabolismo, Ematologici e Sistema Nervoso Centrale) coprono il 79% dei consumi totali erogati, nel 2014, a carico del SSN.
Nell'insieme la situazione rimane, sostanzialmente, immutata nel corso degli anni.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 406

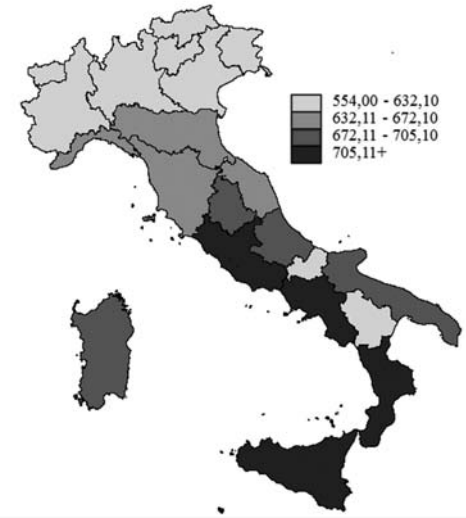
Tabella 1 - Consumo (DDD/1.000 ab die) farmaceutico territoriale* pesato per età a carico del SSN e variazioni percentuali per regione - Anni 2001,2006-2014

Regioni	2001	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Δ % (2001-2014)	Δ % (2013-2014)	Δ % (2012-2013)
Piemonte	611	747	786	839	857	883	899	915	967	973	59,2	0,6	5,7
Valle d'Aosta	615	786	816	843	859	885	894	896	947	966	57,1	2,0	5,7
Lombardia	619	748	777	816	816	844	870	903	953	959	54,9	0,6	5,5
Bolzano-Bozen°	554	648	669	691	678	711	729	743	757	765	n.a.	1,1	1,9
Trento°	554	709	748	784	791	817	837	865	955	978	n.a.	2,4	10,4
Veneto	632	787	823	863	864	893	907	933	961	948	50,0	-1,4	3,0
Friuli Venezia Giulia	622	801	837	873	872	908	930	938	989	995	60,0	0,6	5,4
Liguria	672	828	855	892	890	910	919	882	898	879	30,8	-2,1	1,8
Emilia-Romagna	633	828	866	903	907	934	948	940	972	976	54,2	0,4	3,4
Toscana	647	809	852	898	901	935	951	947	982	985	52,2	0,3	3,7
Umbria	684	864	902	946	960	1.000	1.031	1.051	1.107	1.095	60,1	-1,1	5,3
Marche	649	811	856	902	903	933	959	962	1.013	1.037	59,8	2,4	5,3
Lazio	761	1.068	1.019	1.032	1.010	1.034	1.056	1.097	1.190	1.188	56,1	-0,2	8,5
Abruzzo	673	860	879	933	933	964	968	978	1.034	1.063	57,9	2,8	5,7
Molise	596	807	838	898	917	929	949	945	958	1.013	70,0	5,7	1,4
Campania	737	937	945	1.003	1.021	1.023	988	1.037	1.079	1.121	52,1	3,9	4,1
Puglia	704	907	949	1.019	1.044	1.081	1.055	1.082	1.135	1.160	64,8	2,2	4,9
Basilicata	632	844	887	941	964	955	971	957	990	1.008	59,5	1,8	3,4
Calabria	749	951	977	1.054	1.017	1.021	1.032	1.073	1.146	1.192	59,1	4,0	6,8
Sicilia	767	992	999	1.034	1.034	1.067	1.086	1.110	1.141	1.112	45,0	-2,5	2,8
Sardegna	705	887	920	964	974	1.017	1.042	1.082	1.111	1.143	62,1	2,9	2,7
Italia	**674**	**857**	**880**	**924**	**926**	**952**	**963**	**985**	**1.032**	**1.039**	**54,2**	**0,7**	**4,8**

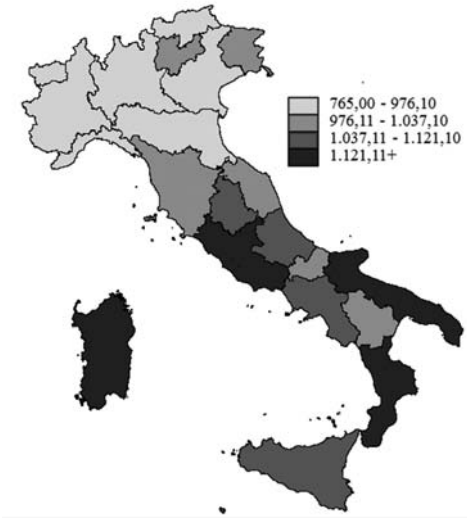
*Esclusa la DD e la DpC.
°I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili per l'anno 2001. Il dato riportato in tabella per tali anni va, quindi, inteso come dato aggregato del Trentino-Alto Adige.
n.a. = non applicabile.

Fonte dei dati: OsMed. AIFA. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale. Anni 2001, 2006-2014.

Consumo (DDD/1.000 ab die) farmaceutico territoriale pesato per età a carico del SSN per regione. Anno 2001



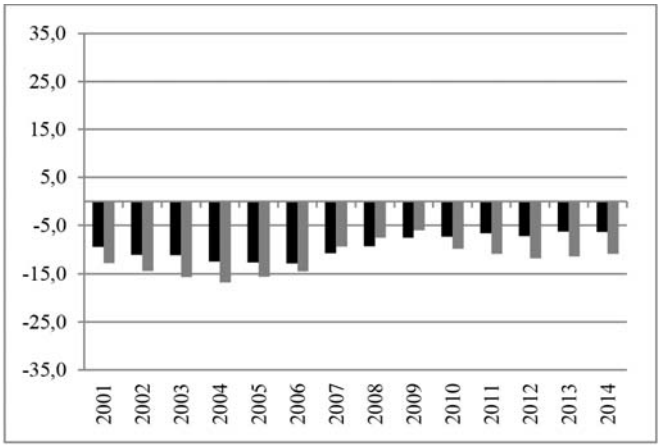
Consumo (DDD/1.000 ab die) farmaceutico territoriale pesato per età a carico del SSN per regione. Anno 2014



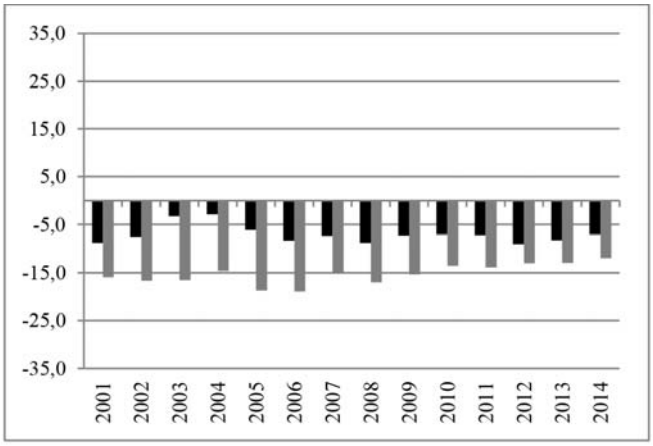
Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 407

Grafico 1 - Scostamento (valori percentuali) dai valori nazionali dei dati di consumo (DDD/1000 ab die) e di spesa (valori in €) lorda pro capite di farmaci erogati a carico del SSN per regione - Anni 2001-2014 (in nero lo scostamento percentuale dei consumi; in grigio lo scostamento percentuale della spesa lorda pro capite)

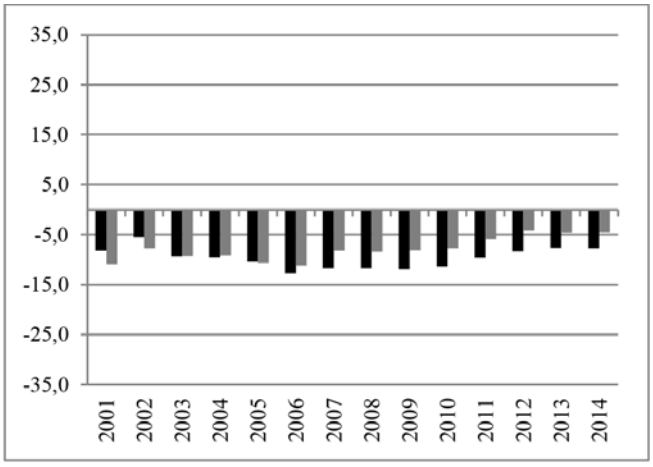
Piemonte



Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste



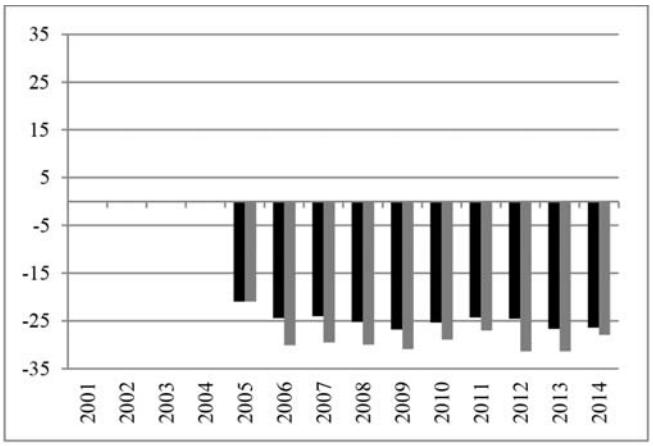
Lombardia



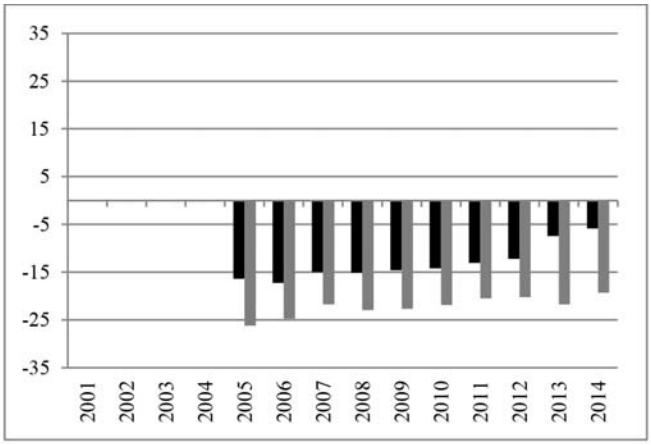
Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 408

Grafico 1 - (segue) Scostamento (valori percentuali) dai valori nazionali dei dati di consumo (DDD/1000 ab die) e di spesa (valori in €) lorda pro capite di farmaci erogati a carico del SSN per regione - Anni 2001-2014 (in nero lo scostamento percentuale dei consumi; in grigio lo scostamento percentuale della spesa lorda pro capite)

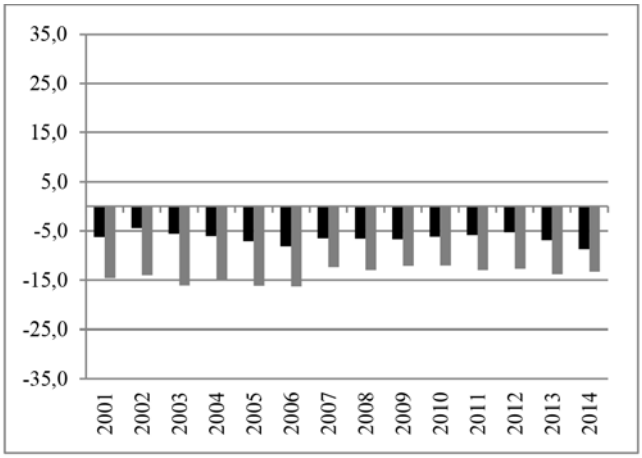
Bolzano-Bozen



Trento



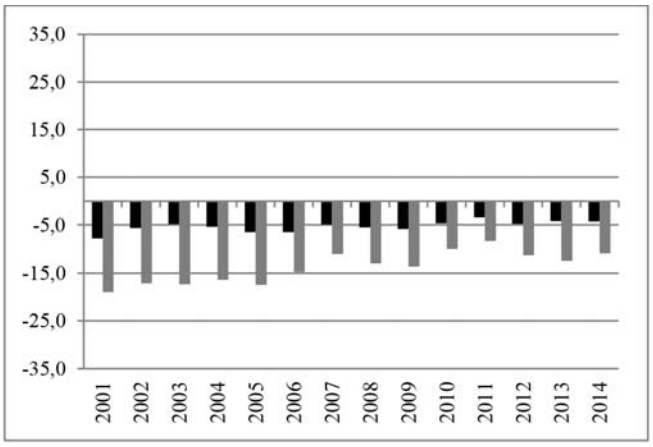
Veneto



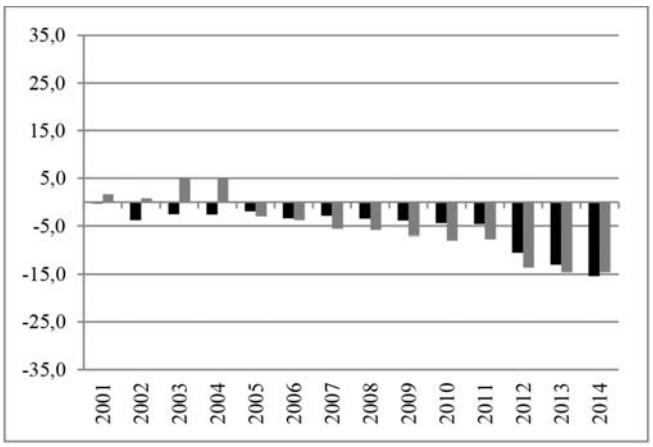
Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 409

Grafico 1 - (segue) Scostamento (valori percentuali) dai valori nazionali dei dati di consumo (DDD/1000 ab die) e di spesa (valori in €) lorda pro capite di farmaci erogati a carico del SSN per regione - Anni 2001-2014 (in nero lo scostamento percentuale dei consumi; in grigio lo scostamento percentuale della spesa lorda pro capite)

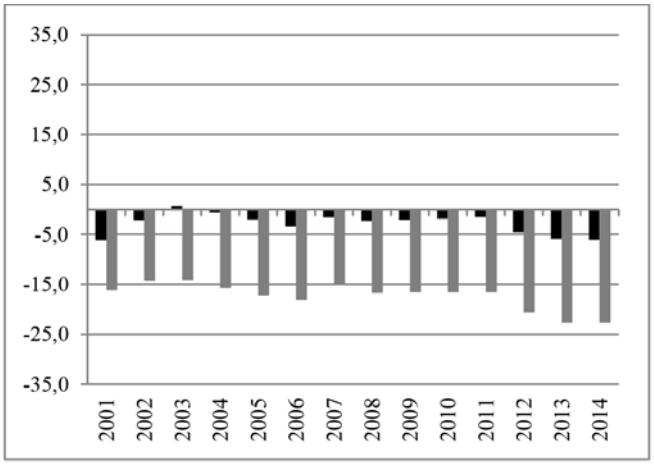
Friuli Venezia Giulia



Liguria



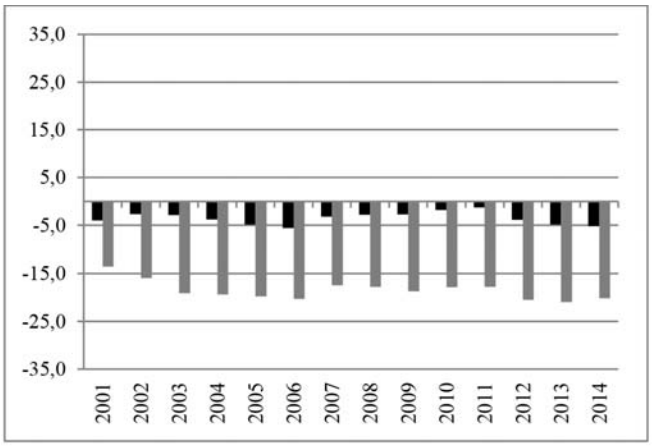
Emilia-Romagna



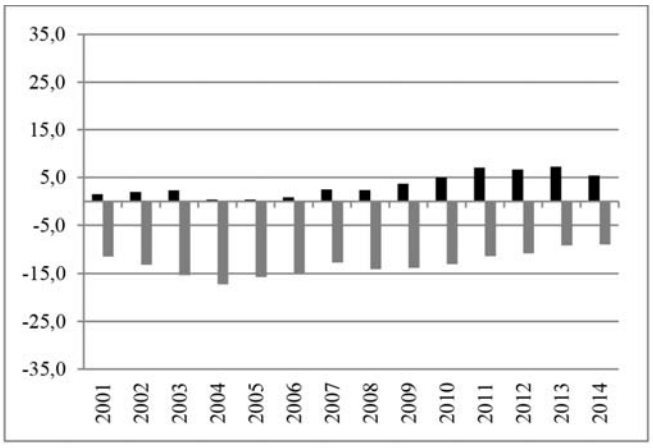
Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 410

Grafico 1 - (segue) Scostamento (valori percentuali) dai valori nazionali dei dati di consumo (DDD/1000 ab die) e di spesa (valori in €) lorda pro capite di farmaci erogati a carico del SSN per regione - Anni 2001-2014 (in nero lo scostamento percentuale dei consumi; in grigio lo scostamento percentuale della spesa lorda pro capite)

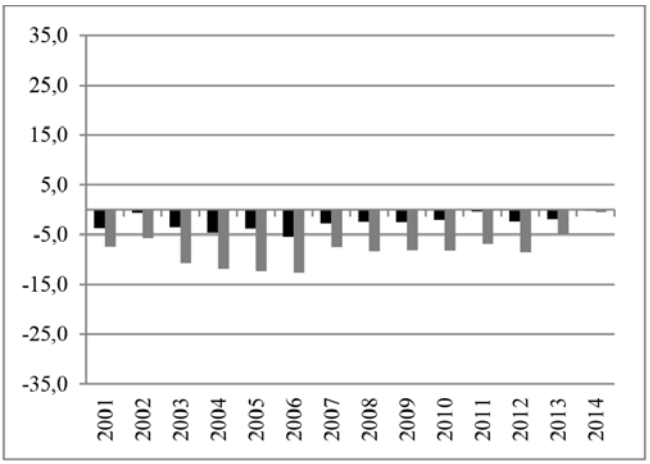
Toscana



Umbria



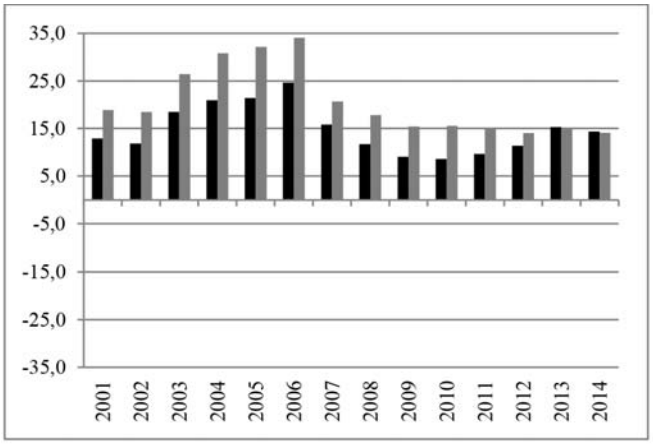
Marche



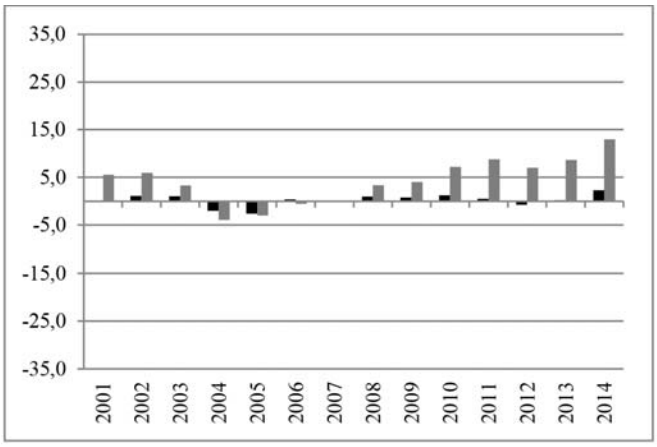
Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 411

Grafico 1 - (segue) Scostamento (valori percentuali) dai valori nazionali dei dati di consumo (DDD/1000 ab die) e di spesa (valori in €) lorda pro capite di farmaci erogati a carico del SSN per regione - Anni 2001-2014 (in nero lo scostamento percentuale dei consumi; in grigio lo scostamento percentuale della spesa lorda pro capite)

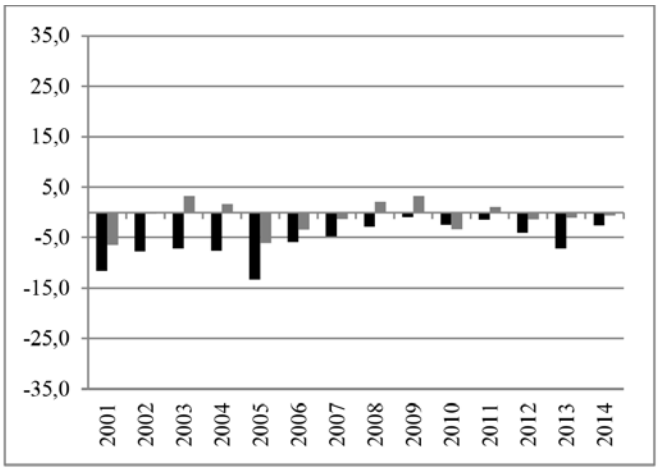
Lazio



Abruzzo



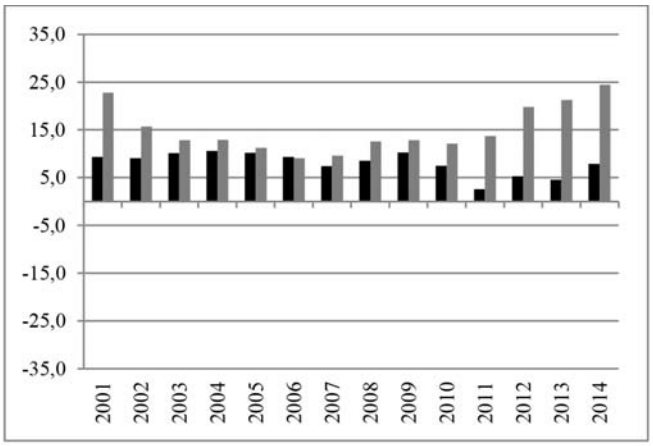
Molise



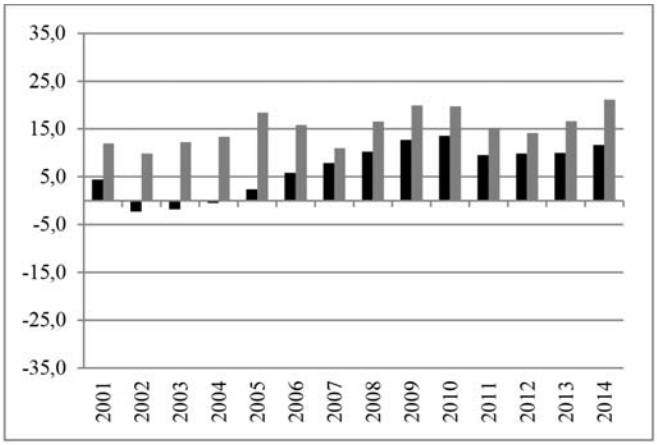
Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 412

Grafico 1 - (segue) Scostamento (valori percentuali) dai valori nazionali dei dati di consumo (DDD/1000 ab die) e di spesa (valori in €) lorda pro capite di farmaci erogati a carico del SSN per regione - Anni 2001-2014 (in nero lo scostamento percentuale dei consumi; in grigio lo scostamento percentuale della spesa lorda pro capite)

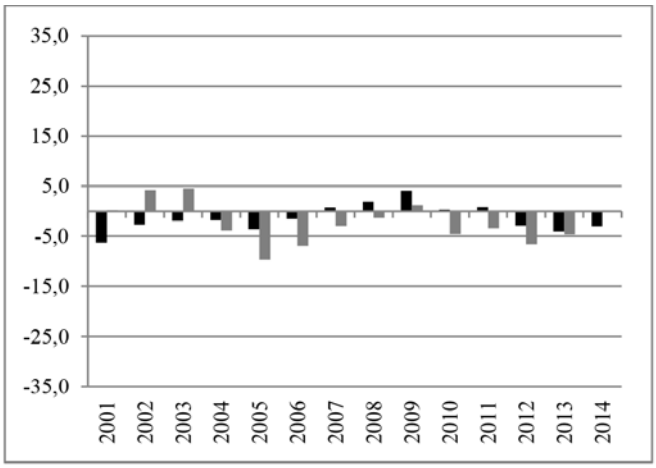
Campania



Puglia



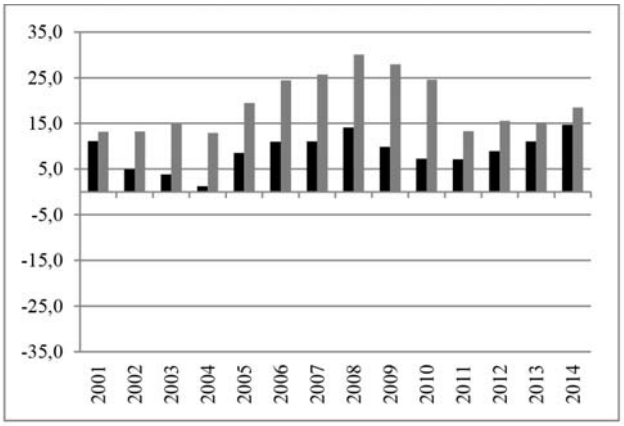
Basilicata



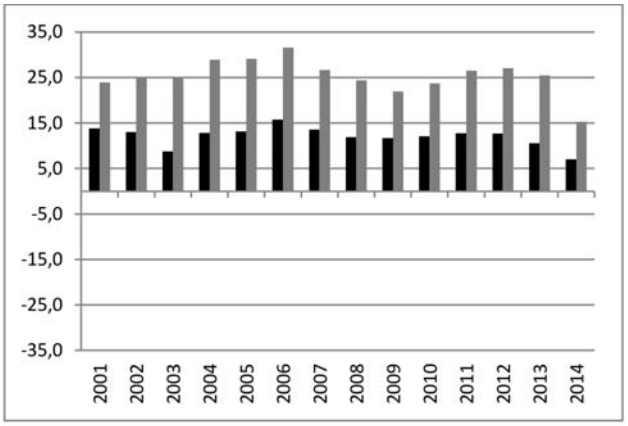
Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 413

Grafico 1 - (segue) Scostamento (valori percentuali) dai valori nazionali dei dati di consumo (DDD/1000 ab die) e di spesa (valori in €) lorda pro capite di farmaci erogati a carico del SSN per regione - Anni 2001-2014 (in nero lo scostamento percentuale dei consumi; in grigio lo scostamento percentuale della spesa lorda pro capite)

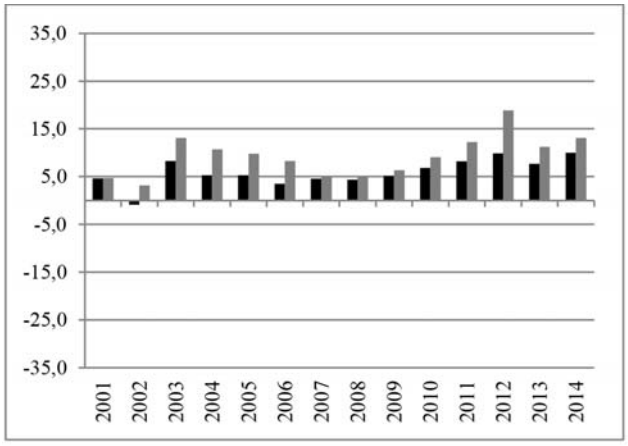
Calabria



Sicilia



Sardegna



Fonte dei dati: OsMed. AIFA. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale. Anni 2001-2014.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 414

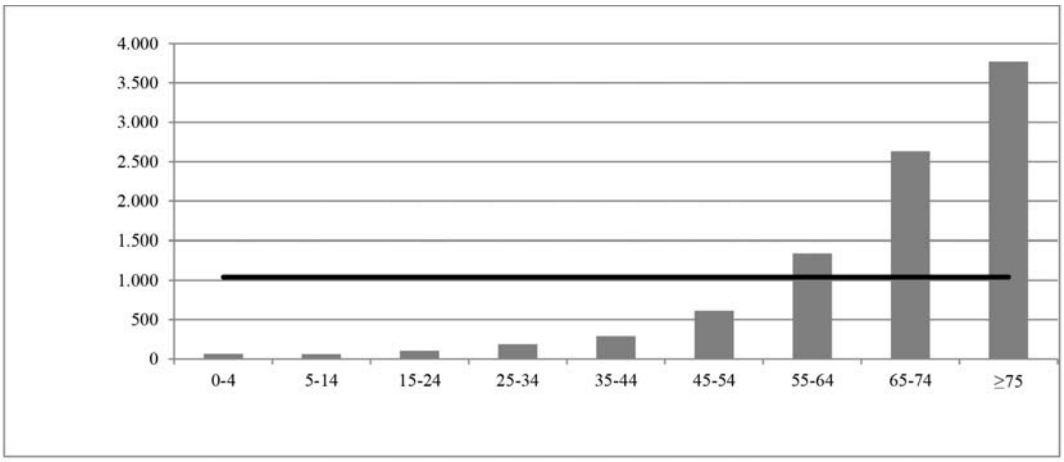
Tabella 2 - Consumo (DDD/1.000 ab die) farmaceutico territoriale* di farmaci erogati a carico del SSN e variazioni percentuali per classe di età - Anni 2010-2014

Classi di età	2010	2011	2012	2013	2014	Δ % (2010-2014)	Δ % (2011-2014)	Δ % (2012-2014)	Δ % (2013-2014)
0-4	81	81	64	73	65	-19,8	-19,8	1,6	-11,0
5-14	69	62	57	69	63	-8,7	1,6	10,5	-8,7
15-24	96	95	81	102	105	9,4	10,5	29,6	2,9
25-34	151	150	144	176	188	24,5	25,3	30,6	6,8
35-44	250	247	254	305	292	16,8	18,2	15,0	-4,3
45-54	532	529	583	657	614	15,4	16,1	5,3	-6,5
55-64	1.156	1.170	1.280	1.413	1.342	16,1	14,7	4,8	-5,0
65-74	1.971	2.098	2.405	2.677	2.630	33,4	25,4	9,4	-1,8
75+	2.634	2.845	3.211	3.744	3.772	43,2	32,6	17,5	0,7
Popolazione generale	**952**	**963**	**985**	**1.032**	**1.039**	**9,1**	**7,9**	**5,5**	**0,7**

*Esclusa la DD e la DpC.

Fonte dei dati: OsMed. AIFA. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale. Anni 2010-2014.

Grafico 2 - Consumo (DDD/1.000 ab die) farmaceutico territoriale* di farmaci di classe A-SSN per classe di età - Anno 2014 (la linea nera rappresenta il consumo medio della popolazione generale)



Fonte dei dati: OsMed. AIFA. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale. Anni 2001-2014.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 415

Tabella 3 - Consumo (DDD/1.000 ab die e valori percentuali) farmaceutico territoriale* di farmaci di classe A-SSN e variazioni percentuali per I livello Anatomico Terapeutico Clinico - Anni 2001, 2010-2014

I Livello ATC	2001 DDD/1.000 ab die	%	2010 DDD/1.000 ab die	%	2012 DDD/1.000 ab die	%	2013 DDD/1.000 ab die	%	2014 DDD/1.000 ab die	%	Δ % (2001-2014)	Δ % (2013-2014)
C - Cardiovascolare	300,1	44,5	451,7	47,4	463,2	47,0	468,0	45,4	467,6	45,0	55,8	-0,1
A - Gastrointestinale e metabolismo	75,5	11,2	133,4	14,0	147,8	15,0	152,2	14,8	152,7	14,7	102,3	0,3
B - Ematologici	43,3	6,4	89,1	9,4	95,6	9,7	130,8	12,7	142,2	13,7	228,4	8,7
N - SNC	32,1	4,8	57,3	6,0	59,4	6,0	60,4	5,9	60,5	5,8	88,5	0,2
R - Respiratorio	57,8	8,6	50	5,3	48,3	4,9	48,5	4,7	48,3	4,6	-16,4	-0,4
M - Muscolo-scheletrico	39,5	5,9	44,6	4,7	42,6	4,3	42,4	4,1	41,2	4,0	4,3	-2,8
G - Genito-urinario e ormoni sessuali	41,8	6,2	40,9	4,3	41,6	4,2	42,3	4,1	41,9	4,0	0,2	-0,9
H - Ormoni sistemici	21,8	3,2	33,1	3,5	33,9	3,4	34,4	3,3	33,7	3,2	54,6	-2,0
J - Antimicrobici	24,1	3,6	23,8	2,5	22,6	2,3	23,2	2,2	22,6	2,2	-6,2	-2,6
S - Organi di senso	18,9	2,8	19	2,0	20,2	2,1	19,5	1,9	19,5	1,9	3,2	0,0
L - Antineoplastici	5,6	0,8	4,3	0,5	4,4	0,4	4,6	0,4	4,4	0,4	-21,4	-4,3
D - Dermatologici	12,9	1,9	4,2	0,4	4,2	0,4	4,3	0,4	4,2	0,4	-67,4	-2,3
P - Antiparassitari	0,5	0,1	0,7	0,1	0,7	0,1	0,8	0,1	0,8	0,1	60,0	0,0
V - Vari°	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
Totale	**674**	**100,0**	**952,2**	**100,0**	**984,6**	**100,0**	**1.031,5**	**100,0**	**1.039,4**	**100,0**	**54,2**	**0,8**

*Esclusa la DD e la DpC.
°Il dato non è comprensivo del valore dell'ossigeno.

Fonte dei dati: OsMed. AIFA. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale. Anni 2001, 2010-2014.

Raccomandazioni di Osservasalute

In Italia, esiste una notevole variabilità geografica sia nei consumi che nel tasso di crescita dei consumi dei farmaci erogati a carico del SSN, anche dopo l'aggiustamento degli stessi per età e genere, sulla base dei pesi predisposti dal Ministero della Salute.

Questa situazione si protrae, sostanzialmente immodificata, da numerosi anni e l'elevato tasso di crescita di alcune regioni fa supporre che continuerà ancora se non intervengono misure correttive.

Le regioni con consumi più elevati dovrebbero attentamente monitorare l'utilizzo di farmaci nel proprio territorio, sviluppando strumenti di valutazione e di indagine per analizzare i consumi in termini di appropriatezza e di impatto sulla salute pubblica, soprattutto nella popolazione anziana che è molto spesso polimedicata e, pertanto, particolarmente soggetta a rischi derivanti da un utilizzo non appropriato.

Parallelamente, tutte le regioni dovrebbero implementare misure volte a garantire l'uso corretto ed appropriato dei farmaci.

Riferimenti bibliografici

(1) Guidelines for ATC classification and DDD assignment. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, Oslo 2012.
(2) Osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale anno 2010 (parte A).
(3) L'assistenza farmaceutica territoriale. Rapporto Osservasalute 2003. Casa editrice Vita e Pensiero. Milano 2003.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 416

Spesa farmaceutica territoriale lorda pro capite a carico del Servizio Sanitario Nazionale

Significato. La spesa farmaceutica lorda pro capite territoriale rappresenta la spesa relativa ai farmaci a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e distribuiti dalle farmacie pubbliche e private, comprensiva degli sconti obbligatori di legge e della quota per compartecipazione, incluso il ticket (per le regioni dove è applicato).

Spesa farmaceutica territoriale lorda pro capite a carico del Servizio Sanitario Nazionale

Numeratore	Spesa farmaceutica del Servizio Sanitario Nazionale
Denominatore	Popolazione residente pesata per età

Validità e limiti. I dati presentati non includono la spesa farmaceutica derivante dalla Distribuzione Diretta (DD), cioè la distribuzione dei farmaci da parte delle strutture sanitarie pubbliche, in alternativa alle farmacie pubbliche e private, comprendente, ad esempio, il primo ciclo di terapia alla dimissione ospedaliera o dopo visita ambulatoriale tramite l'erogazione del farmaco direttamente da parte della farmacia dell'ospedale. I dati, inoltre, non includono la Distribuzione per Conto (DpC), ovvero l'erogazione di farmaci acquistati da parte delle strutture sanitarie e distribuiti, per loro conto, dalle farmacie pubbliche e private.
Pur con i limiti citati, l'indicatore permette di effettuare un confronto dei dati di spesa tra le diverse regioni tenendo conto delle differenze anagrafiche della popolazione sul territorio. Per i motivi illustrati nell'Indicatore "Consumo territoriale di farmaci a carico del SSN e lettura integrata dei dati di consumo e di spesa" 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 individuare un valore di riferimento definito. Infatti, la scelta dei valori di riferimento minori che potrebbero indicare una razionalizzazione dei consumi ed un efficientamento della spesa, al tempo stesso potrebbero essere indice di una qualche forma di razionamento.

Descrizione dei risultati

Nel 2014, la spesa farmaceutica territoriale a carico del SSN (Tabella 1), è diminuita del 3,9% rispetto al 2013 e del 14,1% rispetto al 2001.
Come già osservato negli anni precedenti, Campania, Puglia, Calabria e Sicilia sono le regioni con la spesa pubblica per farmaci più elevata, mentre le regioni con il valore più basso (escludendo la PA di Bolzano) 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€). In particolare, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana e Sicilia hanno avuto nel periodo riduzioni di spesa media pro capite superiori al 20%.
La regione con la minore riduzione di spesa, nel periodo considerato, è il Friuli Venezia Giulia con una riduzione del 5,7%. Il Friuli Venezia Giulia è, comunque, una delle regioni a spesa più bassa.
Campania, Puglia, Calabria, Sicilia, Lazio, Sardegna e Abruzzo sono le regioni con la spesa pro capite più alta. Queste regioni sono le stesse che nell'Indicatore "Consumo territoriale di farmaci a carico del Servizio Sanitario Nazionale e lettura integrata dei dati di consumo e di spesa" avevano i consumi più elevati. Tra queste, però, manca l'Umbria che, pur avendo un consumo superiore al valore nazionale ha, invece, una spesa inferiore.
L'analisi dei dati sulla spesa per classe di età (Tabella 2) evidenzia come un individuo di 75 anni ed oltre ha un livello di spesa pro capite di oltre 14 volte maggiore rispetto a quello di uno di età 25-34 anni.
Il notevole consumo di farmaci da parte degli anziani rimanda alle problematiche della polifarmacoterapia e dell'appropriatezza prescrittiva. L'età costituisce il principale fattore predittivo dell'uso dei farmaci e gli anziani hanno un'alta probabilità di assumere più farmaci contemporaneamente, incrementando la possibilità di interazioni dannose tra principi attivi distinti.
Comportamenti prescrittivi inappropriati possono, pertanto, determinare elevati rischi iatrogeni nei pazienti anziani oltre a contribuire, in misura non trascurabile, all'aumento della spesa farmaceutica.
Nel 2014, i farmaci dell'apparato cardiovascolare (Tabella 3) mantengono il primato della spesa farmaceutica nazionale complessiva con 4 miliardi e 87 milioni di euro; tale spesa è per l'83,8% territoriale a carico del SSN (3 miliardi e 423 milioni di euro), per circa l'11% privata (456 milioni di euro) e per il 5,1% a carico delle strutture pubbliche (208 milioni di euro).
Tuttavia, analizzando nell'insieme la spesa pubblica (farmaci erogati dalle farmacie territoriali pubbliche e private + farmaci erogati dalle strutture pubbliche) si osserva che i farmaci cardiovascolari, con un totale di spesa di 3 miliardi e 631 milioni di euro, sono preceduti dai farmaci antineoplastici (3 miliardi e 899 milioni di euro, 19,8% della spesa). Le altre categorie a maggior spesa sono rappresentate dai farmaci della Classe ATC A (Gastro intestinale e metabolismo) e

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 417

della Classe ATC J (Antimicrobici tra i quali sono inclusi anche i farmaci antivirali, compresi i farmaci anti Human Immunodeficiency Virus).
Per quanto riguarda, infine, le variazioni rispetto all'anno precedente, è possibile osservare come fenomeno comune a tutte le regioni un incremento dei consumi (+4,8% a livello nazionale) associato ad una riduzione della spesa (-2,7% a livello nazionale). Unica significativa eccezione sono le Marche che, a fronte di un incremento dei consumi del 5,3%, presentano anche un contestuale aumento di spesa dell'1,3%.

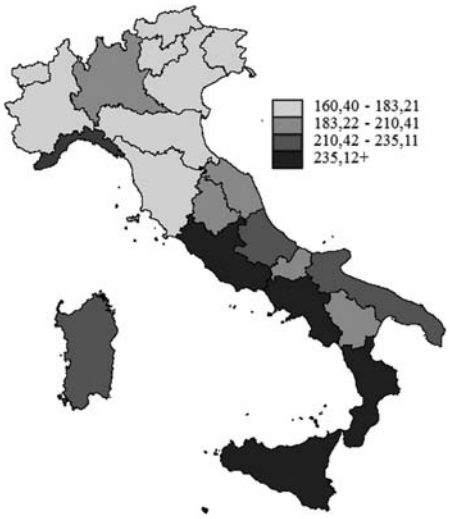
Tabella 1 - Spesa (valori in €) farmaceutica territoriale* lorda pro capite pesata per età a carico del SSN e variazioni percentuali per regione - Anni 2001, 2006-2014

Regioni	2001	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Δ % (2001-2014)	Δ % (2013-2014)	Δ % (2012-2013)
Piemonte	183,2	195,9	195,0	197,2	202,0	194,0	182,0	170,3	166,7	160,5	-12,4	-3,7	-2,1
Valle d'Aosta	176,5	185,7	182,4	176,8	182,0	185,9	175,7	167,9	163,7	158,5	-10,2	-3,2	-2,5
Lombardia	187,1	203,4	197,5	195,2	197,6	198,4	191,9	185,1	179,4	171,9	-8,1	-4,2	-3,1
Bolzano-Bozen°	160,4	160,1	151,6	149,1	148,5	152,8	149,0	132,5	129,1	129,8	n.a.	0,5	-2,6
Trento°	160,4	172,3	168,3	164,1	166,2	167,9	162,2	153,9	147,1	145,2	n.a.	-1,3	-4,4
Veneto	179,3	191,6	188,4	185,4	189,1	189,2	177,6	168,6	162,1	156,1	-12,9	-3,7	-3,9
Friuli Venezia Giulia	170,2	195,2	191,4	185,5	185,8	193,7	187,2	171,4	164,7	160,5	-5,7	-2,6	-3,9
Liguria	213,4	220,3	203,0	200,6	199,9	197,8	188,3	166,8	160,6	153,7	-28,0	-4,3	-3,7
Emilia-Romagna	176,0	187,6	182,8	177,4	179,3	179,4	170,2	153,3	145,4	139,2	-20,9	-4,3	-5,2
Toscana	181,6	182,5	177,5	175,2	174,8	176,6	167,7	153,4	148,6	143,7	-20,9	-3,3	-3,1
Umbria	186,0	194,6	187,8	183,0	185,3	187,1	180,9	172,3	170,9	164,0	-11,8	-4,0	-0,8
Marche	194,4	200,0	198,9	195,2	197,4	197,3	190,0	176,5	178,8	179,0	-7,9	0,1	1,3
Lazio	249,7	306,9	259,4	250,9	248,2	248,5	234,4	220,1	216,2	205,4	-17,7	-5,0	-1,8
Abruzzo	221,6	227,7	215,3	220,2	223,7	230,5	221,9	206,5	204,3	203,3	-8,3	-0,5	-1,1
Molise	196,5	221,2	212,1	217,5	222,1	207,9	206,1	190,3	186,0	178,9	-9,0	-3,8	-2,3
Campania	257,8	249,8	235,7	239,8	242,6	241,0	232,0	231,2	228,0	224,0	-13,1	-1,8	-1,4
Puglia	235,1	265,3	238,6	248,2	257,8	257,4	235,0	220,3	219,2	218,0	-7,3	-0,5	-0,5
Basilicata	210,4	213,2	208,7	210,2	217,7	205,2	197,1	180,3	179,2	179,7	-14,6	0,3	-0,6
Calabria	237,7	284,9	270,3	277,0	275,1	267,8	231,2	223,0	216,6	213,3	-10,3	-1,5	-2,9
Sicilia	260,3	301,3	272,3	265,0	262,1	266,0	258,1	245,2	235,9	207,5	-20,3	-12,0	-3,8
Sardegna	219,9	248,0	225,9	223,6	228,6	234,5	229,0	229,4	209,1	203,6	-7,4	-2,6	-8,8
Italia	**209,9**	**228,8**	**215,0**	**213,4**	**215,3**	**215,1**	**204,3**	**193,0**	**187,7**	**180,4**	**-14,1**	**-3,9**	**-2,7**

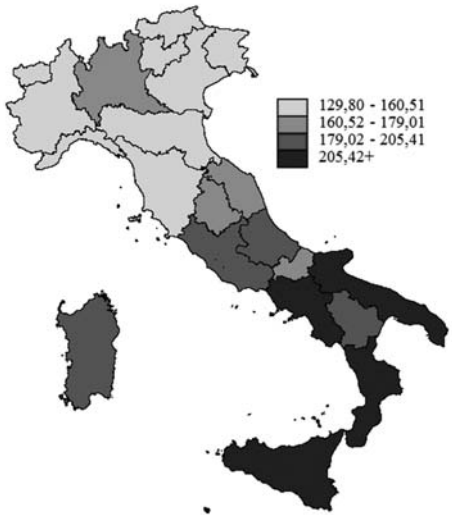
*Esclusa la DD e la DpC.
°I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili per l'anno 2001. Il dato riportato in tabella per tali anni va, quindi, inteso come dato aggregato del Trentino-Alto Adige.
n.a. = non applicabile.

Fonte dei dati: OsMed. AIFA. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale. Anni 2001, 2006-2014.

Spesa (valori in €) farmaceutico territoriale pesata per età a carico del SSN per regione. Anno 2001



Spesa (valori in €) farmaceutico territoriale pesata per età a carico del SSN per regione. Anno 2014



Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 418

Tabella 2 - Spesa (valori in €) farmaceutica territoriale* pro capite di farmaci distribuiti dalle farmacie territoriali pubbliche e private erogati a carico del SSN e variazioni percentuali per classe di età - Anni 2010-2014

Classi di età	2010	2011	2012	2013	2014	Δ % (2010-2014)	Δ % (2011-2014)	Δ % (2012-2014)	Δ % (2013-2014)
0-4	34,4	31,6	30,7	27,5	22,1	-35,8	-30,1	-28,0	-19,6
5-14	34,2	28,2	44,7	34,6	26,3	-23,1	-6,7	-41,2	-24,0
15-24	35,7	33,1	45,9	34,5	29,8	-16,5	-10,0	-35,1	-13,6
25-34	49,0	46,0	80,3	50,7	41,6	-15,1	-9,6	-48,2	-17,9
35-44	79,0	72,5	98,1	79,8	66,4	-15,9	-8,4	-32,3	-16,8
45-54	146,5	134,8	175,8	144,6	119,0	-18,8	-11,7	-32,3	-17,7
55-64	296,4	277,5	314,8	279,5	235,6	-20,5	-15,1	-25,2	-15,7
65-74	483,6	475,1	531,9	500,4	431,1	-10,9	-9,3	-19,0	-13,8
75+	594,8	598,5	667,8	679,3	598,9	0,7	0,1	-10,3	-11,8
Tutte le classi	**-**	**-**	**219,3**	**209,0**	**180,4**	**-**	**-**	**-17,7**	**-13,7**

*Esclusa la DD e la DpC.
- = non disponibile.

Fonte dei dati: OsMed. AIFA. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale. Anni 2010-2014.

Tabella 3 - Spesa (valori in € e valori percentuali) farmaceutica territoriale di farmaci distribuiti dalle farmacie territoriali pubbliche e private erogati a carico del SSN e di farmaci erogati dalle strutture pubbliche* per categoria ATC - Anno 2014

I livello ATC	Classe A-SSN	Strutture pubbliche	Totale	%	% cumulata
L - Antineoplastici	252	3.647	3.899	19,8	19,8
C - Cardiovascolare	3.423	208	3.631	18,5	38,5
A - Gastrointestinale e metabolismo	1.988	602	2.590	13,2	51,5
J - Antimicrobici	887	1.573	2.460	12,5	64,0
B - Ematologici	548	1.322	1.870	9,5	73,5
N - SNC	1.396	473	1.869	9,5	83,0
R - Respiratorio	1.044	60	1.104	5,6	88,6
V - Vari°	66	514	580	2,9	91,6
G - Genito-urinario e ormoni sessuali	421	112	533	2,7	94,3
M - Muscolo-scheletrico	452	54	506	2,6	96,8
S - Organi di senso	223	110	333	1,7	98,5
H - Ormoni sistemici	191	1	192	1,0	99,5
D - Dermatologici	60	22	82	0,4	99,9
P - Antiparassitari	13	1	14	0,1	100,0
Totale	**10.964**	**8.994**	**19.663**	**100,0**	

*Esclusa la DD e la DpC.
°Il dato non è comprensivo del valore dell'ossigeno.

Fonte dei dati: OsMed. AIFA. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale. Anni 2001, 2010-2014.

Raccomandazioni di Osservasalute

Le regioni hanno l'obbligo di contenere la spesa farmaceutica entro il limite del tetto sulla spesa sanitaria complessiva, fissato dall'art. 5 della Legge n. 222/2007 e successive integrazioni e modifiche. Questo obiettivo va perseguito attraverso meccanismi di razionalizzazione ed aumenti di efficienza dei Sistemi Sanitari Regionali.

Le ampie differenze tra le regioni nei valori attuali e nei trend di spesa fanno presupporre che, in alcune realtà, siano ancora perseguibili larghi margini di efficienza.

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 2012.
(2) L'assistenza farmaceutica territoriale. Rapporto Osservasalute 2003. Casa editrice Vita e Pensiero, Milano 2003.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 419

Spesa farmaceutica pro capite per ticket e compartecipazione per i farmaci a brevetto scaduto

Significato. Il ticket farmaceutico è costituito dall'importo che i cittadini debbono pagare per ogni ricetta o per ogni confezione (a volte per entrambi) per poter ricevere farmaci a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Il ticket viene deciso su base regionale ed, attualmente, 16 regioni-PA/21 utilizzano questo strumento.
La compartecipazione per i farmaci a brevetto scaduto, applicata su base nazionale, è, invece, la quota, pagata dal cittadino, corrispondente alla eventuale differenza tra il prezzo della confezione ricevuta ed il prezzo rimborsato dal SSN (che è pari al prezzo più basso tra le confezioni a brevetto scaduto con medesimo principio attivo). In pratica, per i farmaci a brevetto scaduto (farmaci equivalenti o generici) il SSN rimborsa, a parità di principio attivo, il prezzo della confezione più economica e della cui esistenza il farmacista è obbligato ad informare il paziente. Se il paziente decide, però, di utilizzare, sempre a parità di principio attivo, una confezione con un prezzo più elevato la differenza di prezzo rimane a carico del paziente (compartecipazione per i farmaci a brevetto scaduto).
Il ticket sui farmaci è stato abolito nel 2001 dal Governo centrale, ma reintrodotto a partire dal 2002.
L'indicatore esprime la spesa che il cittadino deve sostenere per accedere all'assistenza farmaceutica erogata dal servizio sanitario pubblico. Sebbene varie Regioni abbiano introdotto delle esenzioni per reddito o patologia (invalidità civile, malattie croniche, invalidanti o rare, ultra 65enni con pensione al minimo o assegno sociale e nuclei familiari a basso reddito), il sistema dei ticket può influire su un accesso equo all'assistenza farmaceutica, potenzialmente penalizzando i soggetti a più basso reddito e quelli con polipatologie croniche.

Spesa pro capite per ticket e compartecipazione per i farmaci a brevetto scaduto

$$\text{Numeratore} = \text{Spesa pro capite per ticket e compartecipazione per i farmaci a brevetto scaduto}$$

$$\text{Denominatore} = \text{Popolazione residente pesata per età}$$

Validità e limiti. L'indicatore può presentare dei limiti dovuto al fatto che alcune Regioni possono avere variato, in corso d'anno, l'applicazione del ticket sia in termini di introduzione che di modalità di applicazione.

Valore di riferimento/Benchmark. I valori più bassi delle regioni che non applicano ticket (PA di Trento 9,30€ e 6,4%) e delle regioni che applicano il ticket (Emilia-Romagna 15,80€ e 11,4%) possono essere considerati un utile termine di riferimento.

Descrizione dei risultati

Nel 2014, il totale della compartecipazione richiesta ai cittadini è stato pari a 1 miliardo e 500 milioni di euro (con un aumento della spesa pro capite del 2,5% rispetto al 2013 e del 49,7% rispetto al 2010).
La spesa pro capite (Tabella 1) è stata pari a 24,70€ con un'incidenza sulla spesa farmaceutica lorda pari al 13,7%, il valore più elevato di tutto il periodo esaminato.
Tra le regioni in cui, nel 2014, era in vigore il ticket imposto dalla Regione (escludendo, quindi, Valle d'Aosta, PA di Trento, Friuli Venezia Giulia, Marche e Sardegna) le quote più basse richieste ai cittadini si osservano in Emilia-Romagna (15,80€ pro capite, 11,4% della spesa lorda), in Piemonte (16,00€ pro capite, 10,0%) ed in Toscana (16,10€ pro capite, 11,1%).
La spesa pro capite per ticket e compartecipazione di Piemonte, Emilia-Romagna e Toscana è nettamente superiore ad altre regioni che non hanno applicato il ticket, come la PA di Trento oppure è molto simile a Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Marche e Sardegna. Le regioni, invece, i cui cittadini contribuiscono maggiormente alla spesa farmaceutica sono la Puglia con 33,10€ pro capite, la Sicilia con 33,20€ pro capite e la Campania con 36,50€ pro capite, che rientrano anche tra le regioni dove la compartecipazione sulla spesa lorda è maggiore, sebbene la regione con il valore più elevato di partecipazione dei cittadini alla spesa lorda è il Veneto con il 16,9%.
La scomposizione (Grafico 1) della spesa del cittadino in ticket (importo che i cittadini debbono pagare per ogni ricetta o confezione per accedere ai farmaci erogati dal SSN) e compartecipazione per i farmaci a brevetto scaduto (differenza di prezzo tra il farmaco ricevuto ed il prezzo del farmaco generico nel caso in cui il cittadino abbia optato per un farmaco con il medesimo principio attivo, ma di prezzo più elevato) indica un comportamento molto diverso tra le varie regioni.
A livello nazionale la percentuale della spesa per ticket fisso incide sul 36% della spesa del cittadino per compartecipazione. La percentuale è pari a 0 per quelle regioni che non hanno fatto uso dello strumento del ticket (Valle d'Aosta, PA di Trento, Friuli Venezia Giulia, Marche e Sardegna), mentre raggiunge punte del 54% in Lombardia, del 51% in Veneto, del 48% nella PA di Bolzano e del 43% in Liguria e Campania.
Le regioni in cui la spesa per ticket del cittadino è più bassa sono l'Umbria (13%), il Piemonte (14%), la Toscana (17%) e l'Emilia-Romagna (20%).

P: FOLINO GALLO

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 420

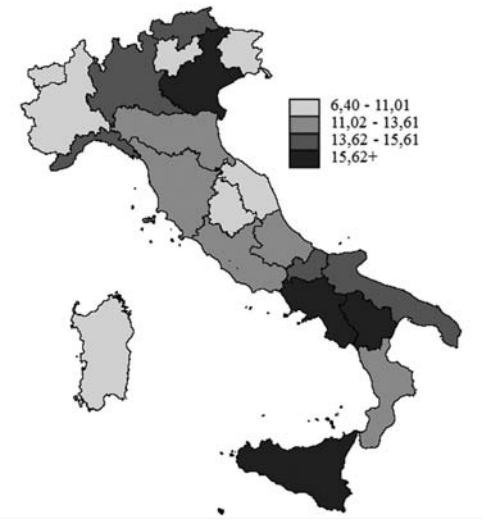
Tabella 1 - Spesa (valori in € e valori percentuali sulla spesa lorda) farmaceutica pro capite pesata per ticket e compartecipazione per regione - Anni 2005, 2007-2014

Regioni	2005		2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014	
	€	%	€	%	€	%	€	%	€	%	€	%	€	%	€	%	€	%
Piemonte*	15,50	7,9	13,30	6,8	10,00	5,1	11,40	5,7	12,60	6,5	15,80	8,7	16,20	9,5	16,00	9,6	16,00	10,0
Valle d'Aosta	1,40	0,7	2,00	1,1	3,50	2,0	5,40	3,0	6,90	3,7	10,40	5,9	12,00	7,1	11,80	7,2	12,60	8,0
Lombardia*	14,80	7,1	14,90	7,6	16,60	8,5	18,70	9,5	20,20	10,2	23,90	12,5	25,50	13,7	26,00	14,4	26,10	15,1
Bolzano-Bozen*	9,80	5,3	10,30	6,8	11,50	7,7	12,90	8,7	14,60	9,5	17,90	12,0	19,10	14,4	19,20	14,9	19,80	15,3
Trento	1,30	0,8	1,60	1,0	2,80	1,7	4,40	2,7	5,70	3,4	7,50	4,7	8,60	5,6	8,40	5,7	9,30	6,4
Veneto*	12,50	6,4	13,40	7,1	15,40	8,3	17,80	9,4	19,90	10,5	24,10	13,6	25,60	15,2	26,10	16,1	26,40	16,9
Friuli Venezia Giulia	1,50	0,8	2,00	1,0	3,70	2,0	5,70	3,1	7,40	3,8	11,20	6,0	12,30	7,2	12,30	7,4	13,00	8,1
Liguria*	4,70	2,1	7,40	3,6	8,60	4,3	10,50	5,3	12,50	6,3	17,70	9,4	23,10	13,8	22,90	14,3	22,90	14,9
Emilia Romagna*	1,70	0,9	2,30	1,3	3,90	2,2	6,10	3,4	7,90	4,4	12,70	7,5	15,30	10,0	15,10	10,4	15,80	11,4
Toscana*	1,70	0,9	2,40	1,4	4,10	2,4	6,40	3,7	7,90	4,5	11,70	7,0	14,40	9,3	15,30	10,2	16,10	11,1
Umbria*	1,80	0,9	2,30	1,2	4,20	2,3	6,70	3,6	8,60	4,6	14,00	7,7	16,70	9,7	17,00	9,9	18,10	11,0
Marche	1,90	0,9	2,60	1,3	4,30	2,2	7,00	3,5	9,00	4,5	13,50	7,1	14,90	8,4	15,40	8,6	16,60	9,3
Lazio*	9,40	3,1	3,90	1,5	9,00	3,6	18,90	7,6	20,10	8,1	23,30	10,0	26,20	11,9	26,60	13,3	27,90	13,6
Abruzzo*	2,00	0,9	6,60	3,1	8,60	3,9	15,30	6,8	18,10	7,9	21,70	9,8	22,00	10,7	22,70	11,1	23,90	11,7
Molise*	10,40	4,8	12,00	5,6	14,00	6,4	16,90	7,6	18,30	8,8	22,90	11,1	27,30	14,3	27,50	14,8	28,00	15,6
Campania*	2,90	1,1	9,10	3,9	10,20	4,3	13,60	5,6	19,30	8,0	32,40	14,0	34,30	14,8	35,30	15,5	36,50	16,3
Puglia*	15,20	5,5	8,60	3,6	9,50	3,8	11,40	4,4	13,00	5,1	28,70	12,2	31,00	14,0	31,80	14,5	33,10	15,2
Basilicata*	2,20	1,0	2,60	1,2	4,40	2,1	6,80	3,1	8,40	4,1	15,00	7,6	21,80	12,1	24,50	13,7	28,20	15,7
Calabria*	10,10	3,6	4,00	1,5	6,40	2,3	17,60	6,4	22,90	8,5	23,90	10,3	25,00	11,2	25,50	11,8	26,90	12,6
Sicilia*	13,80	4,6	19,50	7,1	23,50	8,9	27,90	10,7	30,40	11,4	35,90	13,9	34,40	14,0	34,20	14,5	33,20	16,0
Sardegna	1,90	0,7	4,00	1,8	5,30	2,4	7,70	3,3	9,60	4,1	13,40	5,9	15,00	6,5	14,80	7,1	16,10	7,9
Italia	**8,90**	**3,8**	**9,10**	**4,2**	**10,80**	**5,1**	**14,40**	**6,7**	**16,50**	**7,7**	**22,10**	**10,8**	**23,70**	**12,2**	**24,10**	**12,8**	**24,70**	**13,7**

*Regioni/PA che nel 2013 e nel 2014 hanno utilizzato il ticket.

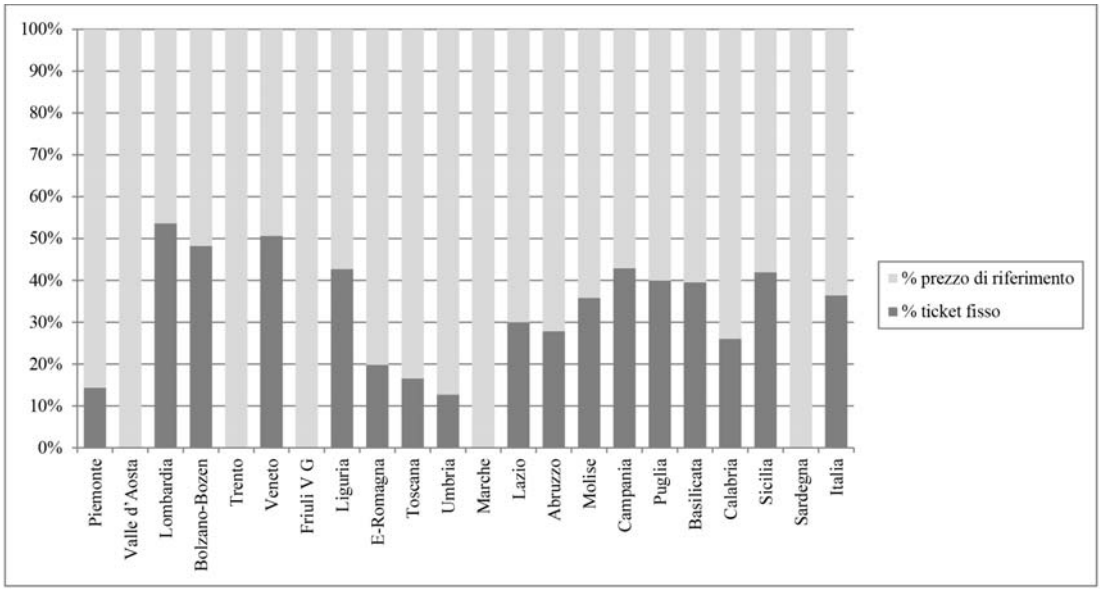
Fonte dei dati: OsMed. AIFA. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale. Anni 2005, 2007-2014.

Spesa (valori percentuali sulla spesa lorda) farmaceutica pro capite pesata per ticket e compartecipazione per regione. Anno 2014



Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 421

Grafico 1 - Spesa (valori percentuali) diretta dei cittadini per accedere all'assistenza farmaceutica suddivisa per prezzo di riferimento e ticket fisso per regione - Anno 2014



Fonte dei dati: OsMed. AIFA. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale. Anno 2013.

Raccomandazioni di Osservasalute

Il ticket farmaceutico dovrebbe contribuire alla riduzione della spesa farmaceutica, ma non è il solo ed il più efficace strumento per raggiungere questo obiettivo di controllo della spesa poiché, nonostante la sua introduzione nel sistema di pagamento, alcune regioni continuano ad avere una spesa farmaceutica superiore al dato nazionale, a differenza di quanto accade in altre regioni senza ticket che hanno una spesa farmaceutica più bassa del valore nazionale.

A partire dal 2011, un numero elevato di regioni (16/21) ha applicato il ticket ed è, pertanto, opportuno che l'impatto di questa misura (e delle varie misure di esenzione) sull'accesso all'assistenza farmaceutica venga attentamente monitorato, per valutarne l'efficacia nel raggiungimento dell'obiettivo di riduzione della spesa farmaceutica.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 422

Assistenza ospedaliera

Entro il 2016 le regioni dovranno dare attuazione a gran parte delle indicazioni del DM n. 70/2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera". Il Regolamento conferma molti parametri normativi vigenti, a partire dalla dotazione di Posti letto (PL) e dal tasso di ospedalizzazione, ma propone ulteriori obiettivi, standard ed indicatori che riguardano molteplici dimensioni del sistema ospedaliero. Pertanto, dopo un lungo periodo di provvedimenti parziali contenuti nelle Leggi di stabilità, nelle Intese Stato-Regioni o in provvedimenti di singole regioni, il DM n. 70/2015 rappresenta il documento di programmazione ospedaliera più completo, importante ed atteso degli ultimi anni.

Il lavoro di programmazione ad ampio raggio che attende le regioni rappresenta un'occasione importante per conseguire un'effettiva integrazione ed interconnessione tra i diversi fattori strutturali ed organizzativi e le molteplici componenti di sistema, dalla transizione epidemiologica, demografica e professionale al mutato quadro socio-economico, che devono essere considerate per realizzare un servizio ospedaliero moderno, sostenibile e più omogeneo su tutto il territorio nazionale.

Alla prova dei fatti l'attuazione diffusa in tutte le regioni dei contenuti del suddetto DM potrebbe contribuire al tanto atteso cambio di passo del processo di rinnovamento e ridefinizione di ruolo del nostro sistema ospedaliero. In particolare, ci si aspetta che i cambiamenti assumano connotazioni più strutturali rispetto al passato, sia in termini di adeguamento dell'offerta che di un'effettiva promozione dell'efficienza, dell'efficacia e dell'appropriatezza, interessando tutte le aree del Paese ed, *in primis*, quelle regioni che hanno dimostrato una certa inerzia nel perseguire obiettivi di effettiva innovazione. Infatti, è del tutto evidente una netta differenza tra regioni che sono ancora alle prese con Piani di Rientro e problemi di *performance* ed altre realtà regionali che hanno già fatto propri molti dei traguardi fissati sia dalle precedenti linee di programmazione nazionale che dal Regolamento degli standard ospedalieri, dimostrando nel concreto che è possibile assicurare adeguati livelli di servizio adottando modelli organizzativi in forte discontinuità con il passato.

Questo quadro in evoluzione impone, più che in passato, un adeguato monitoraggio ed una sistematica valutazione dello stato di attuazione a livello regionale delle linee di programmazione nazionale con lo scopo di evidenziare le migliori *performance* ed assumerle come benchmark effettivamente perseguibili. In tale ottica, la presente Edizione del Rapporto Osservasalute propone un *set* di indicatori per cui sono emerse particolari e significative variazioni, sia nelle serie temporali che nei confronti regionali.

Come per la precedente Edizione gli indicatori e le relative serie temporali vengono presentati in due diverse modalità. La prima modalità è quella tradizionale, con risultati commentati e relative raccomandazioni degli Autori, ed è riservata ad indicatori introdotti più recentemente i cui risultati mostrano ancora sensibili ed interessanti variazioni. Fanno parte di questa sezione la percentuale di interventi per frattura di femore eseguiti entro 2 giorni dal ricovero, i tassi di ospedalizzazione della popolazione anziana (≥65 anni) per procedure ad elevato impatto sociale (protesi di anca, angioplastica e bypass coronarico) ed il tasso di PL ospedalieri per tipologia di attività e regime di ricovero. Sempre con questa modalità di presentazione è stato aggiunto, in questa Edizione, un *focus* sull'assistenza ospedaliera in età pediatrica. Allo scopo di descrivere i diversi scenari regionali è stata esaminata l'ospedalizzazione per classi di età più significative, le dimissioni per i DRG con maggiore frequenza e per prestazioni specifiche. Inoltre, è stato approfondito il tema della complessità ed efficienza delle strutture ospedaliere regionali ed, in particolare, di quelle a prevalente attività pediatrica. I dati relativi ai suddetti indicatori si riferiscono, in genere, al periodo 2010-2014.

La seconda modalità prevede la semplice presentazione in Appendice delle tabelle con le serie storiche dei dati, senza commenti e relative raccomandazioni, ma corredate delle informazioni sulle caratteristiche degli indicatori già descritte nella passata Edizione. Tale sezione è riservata ad indicatori ampiamente trattati nelle Edizioni precedenti, relativamente stabili nella loro espressione e/o con un trend consolidato, quali il tasso di ospedalizzazione (complessivo e distinto per età, tipologia di attività erogata, DRG medici e chirurgici, regime ordinario e diurno), la Degenza Media (DM) (complessiva e per genere) e la Degenza Media Preoperatoria (DMPO).

Gli indicatori descritti consentono alcune valutazioni del sistema ospedaliero in ordine alle seguenti dimensioni:

- struttura dell'offerta;
- domanda soddisfatta;
- efficienza, appropriatezza clinica ed organizzativa delle strutture di ricovero e cura.

Per rendere più significativo e comparabile il confronto tra le regioni, ad esempio rispetto alla comples-

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 424

sità delle prestazioni erogate o alla domanda soddisfatta, i dati di dimissione ospedaliera sono stati elaborati, ove opportuno, con adeguate tecniche di standardizzazione, per case-mix o per struttura demografica.

Il Capitolo si conclude con un Box sulla riorganizzazione dei sistemi ospedalieri regionali in base al DM n. 70/2015.

Sintesi dei dati - La struttura dell'offerta è stata valutata tramite l'analisi della dotazione regionale dei PL ospedalieri per tipologia di attività e regime di ricovero. I dati 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 per acuti è composta da 2,68 PL per 1.000 dedicati al Ricovero Ordinario (RO) e 0,36 PL per 1.000 al ricovero diurno. 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 che è passata da 3,15 PL (per 1.000) del 2013 a 3,04 PL per 1.000 del 2014. I PL dedicati alla componente post-acuzie, lungodegenza e riabilitazione, si attestano sul valore di 0,58 PL per 1.000 e si confermano leggermente sottodimensionata rispetto all'obiettivo normativo dello 0,70 PL per 1.000.

È presente un marcato gradiente geografico con una dotazione di PL superiore al valore nazionale ed 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 in tutto il Meridione, ad eccezione del Molise. Al fine di valutare l'effettiva correlazione tra la struttura dell'offerta, in termini di dotazione di PL, ed il suo reale utilizzo nelle diverse regioni, è stato effettuato un confronto tra i tassi regionali di PL ed i tassi regionali di ospedalizzazione.

Per quanto riguarda la domanda soddisfatta dal sistema ospedaliero i dati registrati, nel 2014, indicano un tasso di ospedalizzazione complessivo pari a 148,7 per 1.000, quindi sensibilmente inferiore allo standard del 160 per 1.000 indicato dal DM n. 70/2015. La percentuale di ricoveri in regime diurno è contenuta al 24,6%, perfettamente in linea con lo standard normativo del 25%. Dall'analisi del trend temporale, tra il 2009 e il 2014, si rileva una forte riduzione del ricovero in regime diurno con un tasso che passa dal 53,0 per 1.000 (circa il 29,5% del totale dei ricoveri) al 36,6 per 1.000. Nello stesso periodo analoga riduzione, sebbene meno marcata, si è registrata anche per l'ospedalizzazione in regime ordinario, il cui tasso è variato dal 126,4 per 1.000 del 2009 al 112,1 per 1.000 del 2014.

I dati regionali continuano ad evidenziare la possibilità di un'ulteriore riduzione del tasso di ospedalizzazione, dato che 8 regioni presentano ancora valori superiori agli obiettivi normativi (10 regioni nel 2013). I dati sulle dimissioni per tipologia di attività indicano, tra il 2013 e il 2014, una lieve riduzione dei ricoveri per lungodegenza (da 1,81 a 1,76 per 1.000 residenti) e per riabilitazione (da 5,25 a 5,12 per 1.000 residenti), contro una marcata riduzione del RO per acuti (da 108,8 a 105,2 per 1.000 residenti).

La distribuzione per età di dimissioni ospedaliere in regime di RO per acuti mostra che il tasso specifico di dimissione più elevato si rileva nella fascia di età over 75 anni (280,2 per 1.000 residenti). In questa fascia di età si registra il range di variabilità più elevato, compreso tra il 240,9 per 1.000 della Calabria e il 396,6 per 1.000 della PA di Bolzano. Range elevati si registrano anche per il tasso specifico della popolazione tra 65-74 anni, compreso tra il 150,4 per 1.000 della Liguria e il 209,0 per 1.000 della Campania.

Per quanto riguarda l'ospedalizzazione in età pediatrica (0-17 anni) il tasso specifico di dimissione del 2014 è pari a 61,9 per 1.000 per il RO ed a 25,9 per 1.000 per il ricovero diurno. In età pediatrica il tasso specifico più elevato si registra nel 1° anno di vita (413,9 per 1.000). L'analisi del regime di ricovero per i principali DRG, per le fasce di età <1 anno, 5-14 e 15-17 anni, permette di spiegare la variabilità regionale dei tassi di ospedalizzazione per RO attraverso un diverso utilizzo del regime diurno nelle diverse regioni.

In merito alla dinamica della mobilità ospedaliera in età pediatrica, un focus sulle regioni in Piano di Rientro consente di evidenziare che, escludendo il Piemonte ed il Lazio, l'Abruzzo, il Molise, la Campania, la Puglia, la Calabria e la Sicilia denotano un aumento dell'indice di fuga.

Nel 2014, la percentuale dei pazienti dimessi con DRG chirurgico è del 44,9%, in lievissimo aumento rispetto all'anno precedente (44,4%). La percentuale di DRG chirurgici subisce una consistente riduzione rispetto al 2012 per la componente in RO (dal 45,1% al 41,9%), mentre registra un aumento per il ricovero in regime diurno (dal 44,6% al 53,5%). Pertanto, nonostante un consistente passaggio di attività chirurgiche poco complesse in regime ambulatoriale, non si registra una consistente riduzione della percentuale di DRG chirurgici, in particolare per il regime di ricovero diurno, per il fatto che contestualmente si assiste ad una riduzione più marcata dell'ospedalizzazione per DRG medico. Un'elevata percentuale di dimissioni con DRG chirurgico viene descritta, da anni, anche a livello internazionale e testimonia una qualificazione ed un aumento di complessità delle attività erogate, coerente con la nuova mission di un servizio ospedaliero più orientato alla cura delle patologie complesse in fase di acuzie. Valori elevati si registrano costantemente in tutte le regioni, anche se in quelle del Nord e del Centro la proporzione di DRG chirurgici risulta essere generalmente molto più alta del valore nazionale, con

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 425

punte in alcune regioni prossime o superiori alla soglia del 50% dell'attività complessiva (è il caso del Piemonte, Veneto, Lombardia e PA di Trento).

I tassi standardizzati per i DRG medici (55,1% dei dimessi), seppure in calo rispetto al 2012, continuano a mostrare una rilevante e, spesso, ingiustificata variabilità regionale, sia per i RO che per la componente diurna.

Gli indicatori di efficienza delle strutture di ricovero e cura comprendono la DM, complessiva e per genere, la DMPO e, solo per l'età pediatrica, l'Indice di Case-Mix e l'Indice Comparativo di performance.

La DM complessiva, sia grezza che standardizzata per case-mix, è pari a 6,8 giorni per tutto il triennio preso in considerazione (2012-2014). La DM divisa per genere è di 7,1 giorni per la componente maschile, mentre per la componente femminile è di 6,6 giorni, con minime o nulle variazioni nei diversi anni. Per questo indicatore è presente una lieve variabilità regionale (il range della DM standardizzata per il case-mix è compreso tra 6,1 giorni della Toscana e 7,9 giorni del Veneto) in assenza di un evidente gradiente geografico.

La DMPO, standardizzata per case-mix, è in lieve calo ed è passata da 1,99 giorni del 2007 a 1,76 giorni del 2014. Per questo indicatore si registra un chiaro gradiente Nord-Sud ed Isole, con le regioni meridionali che presentano valori più elevati, segno della disomogenea definizione di specifici percorsi diagnostici e clinico-assistenziali precedenti all'intervento chirurgico.

La dimensione appropriatezza clinica ed organizzativa mette in evidenza evoluzioni interessanti. Il valore nazionale della 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, con un aumento di quasi 5 punti percentuali nell'ultimo anno. Tale miglioramento può essere, in parte, spiegato dalla rilevanza che ha assunto questo indicatore nei vari sistemi di monitoraggio e valutazione della performance dei servizi sanitari sviluppati a livello nazionale e delle singole regioni (Piano Nazionale Esiti, Sistema di Valutazione della Performance della Regione Toscana etc.) e dall'attenzione che la pubblicistica di settore ed i media hanno riservato a tali problematiche. Nonostante questo buon risultato i valori registrati restano lontani dagli obiettivi indicati dalle Linee Guida internazionali e raggiunti in altri Paesi, in particolare del Nord Europa. Si conferma, inoltre, una rilevante variabilità regionale, con un range compreso tra il 19,2% del Molise e valori al di sopra dell'80% della Valle d'Aosta e della PA di Bolzano.

Nel 2014, si conferma un'elevata variabilità regionale anche per i tassi di ospedalizzazione per le tre procedure ad elevato impatto sociale prese in considerazione (protesi di anca, bypass e angioplastica coronarica). Nel periodo 2010-2014 si è assistito ad un aumento del tasso di ospedalizzazione per protesi di anca ed angioplastica e ad una riduzione del tasso di bypass coronarico, mentre il confronto tra il 2013 e il 2014 evidenzia una riduzione del tasso in tutti e tre gli indicatori considerati. Una forte variabilità regionale ed un chiaro gradiente Nord-Sud ed Isole si registra, con tassi più elevati al Nord, solo per i tassi di ospedalizzazione per protesi di anca, mentre per gli altri due indicatori si conferma solo una forte variabilità regionale. Ulteriori analisi potrebbero essere svolte per valutare le ragioni di questa elevata variabilità che potrebbe essere spiegata, ad esempio, da una differente incidenza/prevalenza delle patologie di interesse, ma anche da fattori relativi alla dimensione dell'offerta, a possibili limitazioni all'accesso e/o a fattori correlati alla sfera professionale ed alla capacità di scelta dei cittadini.

Conclusioni - I dati presentati nel Capitolo mostrano una generale e chiara tendenza, sia a livello nazionale che regionale, verso il miglioramento delle performance del nostro servizio ospedaliero. L'evidenza che molte regioni abbiano già raggiunto alcuni dei più comuni obiettivi indicati dalle precedenti norme di programmazione e dal recente DM n. 70/2015 fa riflettere sul fatto che tali parametri possano ancora rappresentare, se considerati isolatamente dal contesto complessivo, effettivi ed utili benchmark per il prossimo futuro.

Negli ultimi anni il miglioramento ha interessato in modo più evidente anche alcune regioni meridionali ed insulari, soprattutto quelle che partivano da posizioni lontane dai valori di riferimento. Allo stesso tempo, è ancora evidente una forte differenza delle performance registrate da quasi tutte le regioni del Nord e del Centro rispetto alle regioni del Meridione, per quasi tutti gli indicatori analizzati nel Capitolo. Di conseguenza, uno dei principali obiettivi per il nostro Servizio Sanitario Nazionale (SSN) sarà quello di ridurre la variabilità ed il gap tra le diverse regioni, avendo come riferimento sia le buone performance registrate in diverse realtà, ma soprattutto il complesso delle indicazioni e dei rifermenti proposti dal nuovo "Regolamento" sugli standard ospedalieri. In tal senso, il quadro che emerge dall'analisi degli indicatori presentati può essere utile per comprendere la portata delle azioni che le regioni dovranno intraprendere nel prossimo futuro sulla scorta dei contenuti proposti dal DM n. 70/2015. La sfida per il sistema ospedaliero nazionale e per tutti i sottosistemi regionali è quella di avviare e realizzare un decisivo riassetto strutturale ed organizzativo dei nostri ospedali, in funzione della sostenibilità del sistema e della concreta possibilità di assicurare l'applicazione uniforme dei Livelli Essenziali di Assistenza di fronte alle nuove sfide che si profilano per il SSN (l'invecchiamento della popolazione, l'evoluzione tecnologica, la disponibilità di nuovi farmaci piu efficaci e costosi e la "personalizzazione" delle cure).

L'ospedale rappresenta ancora il fulcro del nostro sistema di cura ma, sulla base delle moderne politiche

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 426

sanitarie e delle relative linee di programmazione, il suo sistema di offerta ed il suo ambito di attività dovranno essere ulteriormente modificati ed innovati. La sua mission sarà sempre più rivolta alla gestione delle patologie acute ad elevato contenuto clinico-assistenziale, in un sistema a "rete" che deve essere sviluppato investendo risorse per potenziare modelli di collaborazione tra presidi di diverso livello, per realizzare un'effettiva integrazione con i servizi di assistenza distrettuali e per definire un modello di offerta meno parcellizzato, capace di massimizzare le economie di scopo e ridurre i costi di inutili e pericolose duplicazioni di servizi.

Nella pratica operatività delle singole regioni occorre ottimizzare l'utilizzo delle risorse ancora disponibili ridisegnando i percorsi per le patologie acute di alta complessità, ma anche porre maggiore attenzione ai temi della continuità assistenziale, dei percorsi di cura e del decentramento di attività sanitarie di media complessità verso il livello di assistenza territoriale, specialmente per la presa in carico dei pazienti con patologie cronico degenerative che impongono un rapporto più equilibrato tra ospedale e sistema delle cure primarie e una forte interazione tra le attività sociali e sanitarie.

A tale riguardo, i margini di miglioramento possono essere sensibili. L'evidenza che il tasso di ospedalizzazione nella popolazione di età ≥65 anni è diminuito di oltre il 30% tra il 2002 e il 2014, dimostra che anche gli elevati "consumi" di assistenza ospedaliera della popolazione anziana possono essere contrastati e suppliti con modalità alternative di assistenza e che l'invecchiamento della popolazione non deve, necessariamente, tradursi in una generale previsione di incremento dell'offerta e dell'utilizzo dell'ospedale. Allo stesso modo l'elevata variabilità riscontrata nel tasso di alcune procedure conferma l'esigenza di promuovere una maggiore adesione dei professionisti a Linee Guida condivise, nell'ottica dei principi dell'Evidence Based Medicine.

È fondamentale che queste azioni interessino in modo diffuso e per quanto possibile omogeneo le diverse realtà regionali. A tale scopo occorre applicare con rigore i recenti principi di programmazione sanciti dal DM n. 70/2015 ma, allo stesso tempo, è altrettanto importante che la "governance" del processo di cambiamento sia giocata con autonomia e responsabilità ben individuate a livello di ogni singola regione, in modo che la scelta e la portata delle azioni da intraprendere siano effettivamente correlate alle caratteristiche ed alle specifiche esigenze delle varie realtà locali.

Riferimenti bibliografici

(1) Legge 7 agosto 2012, n. 135 (Spending review) - Conversione in legge, con modificazioni, del Decreto-Legge 6 luglio 2012, n. 95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini.
(2) Legge 8 novembre 2012, n° 189 (Decreto Balduzzi) - Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute.
(3) Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le PA di Trento e Bolzano. Patto per la Salute 2014-2016. Provvedimento del 10 Luglio 2014.
(4) DM 2 Aprile 2015 n.70, Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliere.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 427

Posti letto ospedalieri per tipologia di attività e regime di ricovero

Significato. Il lavoro illustra il confronto del tasso di Posti Letto (PL) per 1.000 residenti delle regioni e PA tra il 2013 e il 2014. Il dato viene presentato considerando sia la dotazione complessiva di PL per tipologia di attività (acuti, lungodegenza e riabilitazione) che riguardo ai soli PL per acuti, quella per regime di ricovero (ordinario e diurno). Si propone, inoltre, il confronto tra i tassi regionali di PL ed il Tasso di Dimissioni ospedaliere (TD), con lo scopo di analizzare e valutare la relazione tra la struttura dell'offerta ed il suo reale utilizzo nelle diverse regioni.
Nel corso degli anni, la dotazione di PL per 1.000 abitanti è stata usata come riferimento per il calcolo di molti indicatori di performance del sistema ospedaliero, oltre che per pianificare e misurare la struttura dell'offerta ospedaliera di un determinato ambito geografico (nazionale, regionale e locale).
A tal proposito, nel nostro Paese, come nel resto nel panorama dei Paesi più sviluppati, si è assistito ad una progressiva riduzione e rimodulazione della dotazione di PL ospedalieri pubblici e privati accreditati, in linea con le indicazioni normative e la revisione dei modelli assistenziali. Dal punto di vista normativo, la Legge n. 405/2001 prevedeva un'offerta di 4,5 PL ospedalieri accreditati a carico del Servizio Sanitario Regionale per 1.000 residenti, di cui 1,0 PL per 1.000 per degenza post-acuzie; successivamente il Patto per Salute 2010-2012 (1) ha indicato lo standard di 4,0 PL per 1.000 residenti (comprensivi di 0,7 PL per 1.000 per riabilitazione e post-acuzie); la Legge n. 135/2012, all'art. 15, ha ulteriormente modificato la dotazione standard a 3,7 PL per 1.000 (comprensivi di 0,7 PL per 1.000 per il setting post-acuzie) (2) e tale indicazione è stata confermata dal recente DM n. 70/2015, che delinea il processo di riorganizzazione strutturale e qualitativa a cui la rete assistenziale ospedaliera deve attenersi (3).
In molte regioni la riduzione del tasso di PL è avvenuta precedendo di fatto l'emanazione dei parametri di pianificazione nazionale con lo scopo di rendere il sistema ospedaliero più efficiente e privilegiare modelli assistenziali capaci di rispondere, in modo più appropriato, ai nuovi bisogni di cura determinati dalla transizione demografica ed epidemiologica. In questa ottica abbiamo assistito, nel corso degli ultimi anni, a significative riorganizzazioni di alcuni sistemi ospedalieri regionali attuate attraverso la conversione dei ricoveri meno complessi e/o potenzialmente inappropriati, sia in regime di ricovero ordinario che diurno, in forme di assistenza alternative erogate in setting ambulatoriali residenziali e domiciliari.

Tasso di posti letto ospedalieri per tipologia di attività

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Posti letto per tipologia di attività (acuti, lungodegenza e riabilitazione)}}{\text{Popolazione media residente}} \times 1.000$$

Tasso di posti letto ospedalieri per acuti per regime di ricovero

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Posti letto per acuti per regime di ricovero (Ricovero Ordinario e ricovero diurno)}}{\text{Popolazione media residente}} \times 1.000$$

Validità e limiti. I dati sono stati estratti dalla banca dati open source del Ministero della Salute per la parte relativa ai PL (4) e dalla "Demografia in Cifre" dell'Istituto Nazionale di Statistica per la popolazione residente (5). La valutazione dei dati deve tenere conto che la dotazione dei PL non è pesata sulla base della struttura demografica della popolazione e che questo parametro, da solo, non consente di fornire un quadro definito ed un giudizio dei servizi ospedalieri offerti alla popolazione poiché tali dimensioni sono, sensibilmente, condizionate dalle modalità di utilizzo dei PL stessi (tasso di occupazione, degenza media, case-mix, appropriatezza dei ricoveri e dei setting assistenziali utilizzati). Occorre tenere conto anche dell'impatto della mobilità interregionale, per alcune regioni rilevante in senso positivo (attrazione) e per altre in senso negativo (fuga), che potrebbe incidere sulla programmazione locale e, quindi, spiegare in parte la variabilità regionale nella struttura dell'offerta.

Valore di riferimento/Benchmark. Il benchmark dovrebbe essere lo standard indicato dal DM n. 70/2015 (3,7 PL per 1.000 residenti), ma con tutti i limiti impliciti ed espliciti appena rappresentati e, comunque, insiti in una indicazione normativa.
Peraltro, come vedremo, tale limite è già superato al ribasso a livello nazionale nel suo valore complessivo e, pertanto, fornire un preciso riferimento potrebbe indurre a valutazioni e giudizi non del tutto corretti.
Più genericamente si potrebbe suggerire di assumere come riferimento valori lievemente superiori allo standard normativo per le regioni che presentano un saldo

G. PIERONI, G. FRANCHINO, C. RANDAZZO, J. LENZI, M. P. FANTINI, L. GIRALDI, C. CECCOLINI

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 428

migratorio attivo e valori lievemente inferiori allo standard per quelle con saldo migratorio negativo.

Descrizione dei risultati

La rilevazione, effettuata al 1 gennaio 2014, mostra che il tasso di PL a livello nazionale è pari a 3,63 per 1.000 residenti, di cui 3,04 per acuti e 0,58 per l'ambito delle post-acuzie, con tassi specifici di 0,15 PL per 1.000 per strutture di lungodegenza e 0,43 PL per strutture di riabilitazione (Tabella 1).

Il tasso generale di PL per 1.000 rispetto al 2013 ha subito una riduzione dello 0,11 per 1.000 attestandosi su un valore inferiore allo standard di riferimento indicato dalla normativa vigente. Nel confronto con l'anno precedente, la riduzione del tasso di PL si è registrata maggiormente per la componente per acuti, mentre il tasso di posti PL dedicati al setting delle post-acuzie rimane pressoché invariato (Tabella 1).

La dotazione di PL per acuti è ancora leggermente superiore allo standard, mentre esiste un deficit relativo di PL per post-acuti dedicati alla riabilitazione ed alla lungodegenza.

Il tasso complessivo presenta una forte variabilità regionale ed un range abbastanza ampio, compreso tra il 2,92 per 1.000 della Calabria e il 4,25 per 1.000 dell'Emilia-Romagna (Tabella 1).

Il confronto tra il 2013 e il 2014 (Tabella 1) evidenzia una riduzione del tasso complessivo di PL in tutte le regioni, ad eccezione della Calabria, del Friuli Venezia Giulia e della PA di Bolzano, che registrano un lievissimo aumento, e della Sardegna che presenta, invece, un aumento consistente, passando da 3,11 a 3,56 PL per 1.000 residenti (il dato del Friuli Venezia Giulia e della Sardegna deve tener conto che, nel 2013, mancavano i dati sui PL, rispettivamente, di una e di sei strutture).

I valori rilevati mostrano un evidente gradiente geografico: tutte le regioni del Nord, le Marche, il Lazio ed il Molise presentano un tasso al di sopra del valore nazionale, mentre la Toscana, l'Umbria e le regioni meridionali (escluso il Molise) presentano un tasso inferiore.

Il setting della riabilitazione e della lungodegenza è ben rappresentato nella maggior parte delle regioni settentrionali, con evidente sovradimensionamento in Piemonte (1,04 per 1.000), nella PA di Trento (1,11 per 1.000) e in Emilia-Romagna (0,80 per 1.000). Risulta, invece, sottodimensionato nelle regioni del Sud e nelle Isole, ad eccezione del Molise che presenta un tasso di PL per il settore post-acuti al di sopra del dato nazionale (0,76 per 1.000 residenti). Le regioni con un tasso di PL per post-acuti più contenuto sono la Sardegna (0,22 per 1.000), il Friuli Venezia Giulia (0,32 per 1.000) e la Toscana (0,33 per 1.000). La dotazione di PL per post-acuti presenta la più ampia variabilità, con rapporti regionali molto difformi tra la lungodegenza e la riabilitazione. Il dato è di difficile interpretazione essendo, probabilmente, frutto di scelte programmatorie e politiche organizzative specifiche delle singole regioni.

Il tasso di PL per acuti per Ricovero Ordinario (RO) è pari a 2,68 PL per 1.000, in sensibile riduzione rispetto al valore di 2,77 PL per 1.000 registrato nel 2013 (Tabella 2). Il range è compreso tra 1,99 (per 1.000) della Calabria e 3,22 (per 1.000) del Friuli Venezia Giulia.

La dotazione per acuti dedicata al ricovero diurno è 0,36 PL per 1.000, l'11,8% del totale dei PL per acuti. La variazione rispetto all'anno precedente è minima, mentre è ampia la variabilità dei tassi tra le diverse regioni (minimo di 0,23 PL per 1.000 di Puglia e Lombardia vs massimo di 0,48 PL per 1.000 del Molise e del Friuli Venezia Giulia) (Tabella 2).

Come anticipato in precedenza, l'indicatore analizzato non fornisce una misura esaustiva del livello di servizio assicurato alla popolazione di riferimento e risente dei limiti connessi al fenomeno della mobilità sanitaria. In questo senso, il confronto tra i tassi regionali di PL ed i TD, oltre che fornire una misura del livello di correlazione esistente tra questi due indicatori, è in grado di migliorare la comprensione delle dinamiche di utilizzo delle dotazioni di PL delle varie regioni. Considerando come valori di riferimento il valore mediano del tasso di PL e del TD si ottiene un grafico a quattro quadranti in cui gli indicatori rilevati forniscono quattro diverse rappresentazioni che riassumono, con efficacia, la situazione ed i possibili obiettivi di programmazione delle varie realtà regionali (Grafico 1).

In alto a sinistra si posizionano le regioni che associano un tasso di PL superiore ed un TD inferiore alla mediana: Veneto, Lombardia, Piemonte, Marche, Friuli Venezia Giulia ed Emilia-Romagna. Tutte queste regioni, malgrado una struttura dell'offerta potenzialmente sovradimensionata, presentano TD perfettamente in linea, se non inferiori, ai valori di riferimento. In pratica, si può ipotizzare che il surplus dei PL sia efficacemente contrastato da un appropriato utilizzo della risorsa e che parte dell'eccedenza sia utilizzata per assicurare i flussi migratori da altre regioni (le regioni considerate presentano un saldo di mobilità attiva, ad eccezione del Piemonte e delle Marche).

In alto a destra si collocano le regioni con un tasso di PL ed un TD superiore alla mediana: Lazio, PA di Bolzano, PA di Trento, Molise e Valle d'Aosta. Queste regioni esprimono situazioni in controtendenza rispetto alle indicazioni normative ed ai trend registrati a livello nazionale. Peraltro, alcune presentano saldi di mobilità negativi per cui sia la sovra-dotazione di PL che il sovra-utilizzo degli stessi potrebbe essere dovuto ad un eccesso di ricoveri inappropriati e trovare spiegazione in politiche assistenziali ancora troppo centrate sull'ospedale e/o dipendenti da una domanda ancora poco orientata ad utilizzare estesamente i servizi diagnostici ed assistenziali distrettuali per le patologie di bassa complessità.

In basso a destra troviamo le regioni con un tasso di PL inferiore ed un TD superiore alla mediana: Liguria, Abruzzo, Puglia, Campania e Sardegna. Questa situazione potrebbe essere dovuta ad un ecces-

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 429

so di ricoveri con un case-mix di media-bassa complessità. Tale ipotesi andrebbe verificata in tutte le regioni interessate attraverso la lettura congiunta dei TD e dei valori di case-mix regionali. Da considerare, inoltre, che tutte queste regioni presentano un saldo migratorio negativo e, pertanto, all'elevato TD contribuiscono anche strutture di altre regioni.
In basso a sinistra si collocano 5 regioni che presentano sia un tasso di PL che un TD inferiore alla mediana: Toscana, Umbria, Basilicata, Calabria e Sicilia.

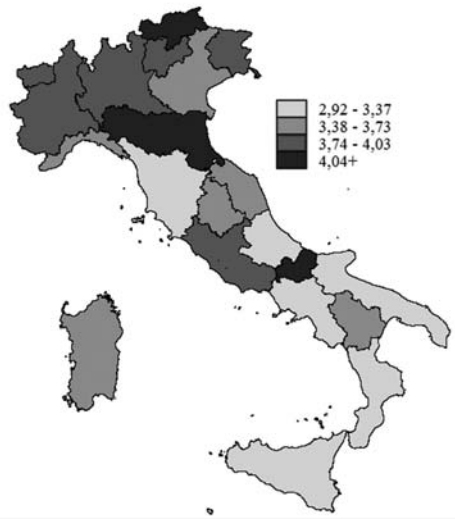
Questa area dovrebbe rappresentare il benchmark ideale per le diverse realtà regionali in quanto sembrano del tutto rispettati e addirittura migliorati i valori indicati dagli standard della programmazione nazionale. Tuttavia, occorre segnalare il caso della Calabria in cui un tasso di PL estremamente basso ed un TD dello stesso segno potrebbero essere lo specchio di un'effettiva carenza di offerta di servizi, tanto più che questa regione presenta anche il saldo di mobilità negativo più alto nel panorama nazionale.

Tabella 1 - Tasso (per 1.000) di posti letto per tipologia di attività e per regione - Anni 2013-2014

Regioni	Acuti		Lungodegenza		Riabilitazione		Totale	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Piemonte	3,08	2,97	0,31	0,29	0,76	0,75	4,15	4,01
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	3,66	3,30	0,00	0,12	0,51	0,61	4,17	4,02
Lombardia	3,21	3,14	0,08	0,08	0,67	0,66	3,97	3,88
Bolzano-Bozen	3,44	3,36	0,26	0,35	0,33	0,37	4,02	4,08
Trento	3,05	2,87	0,39	0,38	0,77	0,73	4,21	3,98
Veneto	3,24	3,16	0,20	0,20	0,37	0,36	3,81	3,72
Friuli Venezia Giulia	3,63	3,70	0,10	0,09	0,24	0,23	3,97	4,02
Liguria	3,27	3,05	0,11	0,11	0,49	0,50	3,87	3,66
Emilia-Romagna	3,57	3,44	0,51	0,45	0,36	0,35	4,44	4,25
Toscana	3,24	3,03	0,08	0,08	0,25	0,25	3,57	3,36
Umbria	3,19	3,11	0,02	0,02	0,39	0,39	3,60	3,52
Marche	3,29	3,09	0,37	0,38	0,25	0,25	3,91	3,72
Lazio	3,31	3,08	0,14	0,13	0,57	0,54	4,02	3,75
Abruzzo	3,12	2,84	0,16	0,13	0,40	0,38	3,68	3,35
Molise	3,61	3,30	0,14	0,14	0,66	0,62	4,41	4,06
Campania	2,91	2,81	0,05	0,10	0,25	0,24	3,20	3,15
Puglia	2,92	2,82	0,06	0,05	0,31	0,31	3,29	3,19
Basilicata	3,00	2,86	0,24	0,24	0,34	0,34	3,58	3,44
Calabria	2,46	2,41	0,13	0,14	0,30	0,37	2,89	2,92
Sicilia	2,99	2,89	0,07	0,07	0,31	0,31	3,37	3,27
Sardegna	2,99	3,34	0,03	0,10	0,09	0,12	3,11	3,56
Italia	**3,15**	**3,04**	**0,16**	**0,15**	**0,43**	**0,43**	**3,74**	**3,63**

Fonte dei dati: Ministero della Salute. Anno 2015.

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



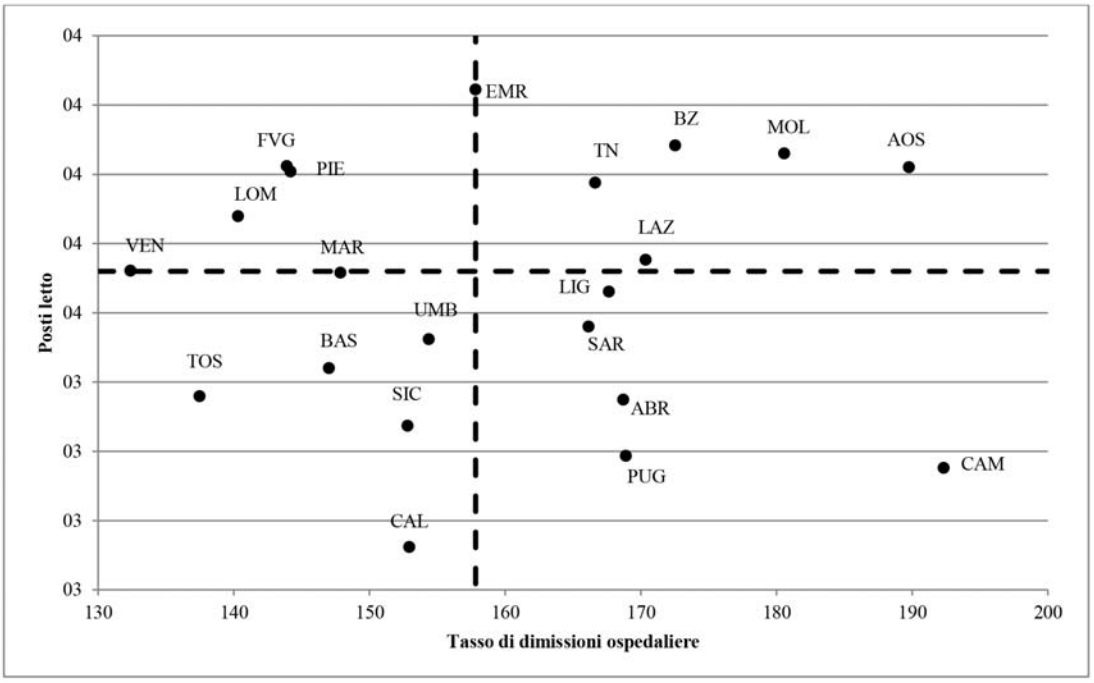
Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 430

Tabella 2 - Tasso (per 1.000) di posti letto per acuti per regime di ricovero e per regione - Anni 2013-2014

Regioni	Ricoveri Ordinari		Ricoveri Diurni	
	2013	2014	2013	2014
Piemonte	2,61	2,52	0,47	0,45
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	3,22	2,91	0,44	0,39
Lombardia	2,97	2,90	0,24	0,23
Bolzano-Bozen	3,08	3,01	0,36	0,35
Trento	2,68	2,59	0,38	0,28
Veneto	2,88	2,82	0,36	0,34
Friuli Venezia Giulia	3,17	3,22	0,46	0,48
Liguria	2,82	2,64	0,44	0,41
Emilia-Romagna	3,21	3,12	0,36	0,32
Toscana	2,79	2,61	0,45	0,42
Umbria	2,76	2,71	0,43	0,40
Marche	2,85	2,69	0,44	0,42
Lazio	2,87	2,67	0,43	0,42
Abruzzo	2,69	2,50	0,43	0,33
Molise	3,13	2,83	0,48	0,48
Campania	2,46	2,39	0,45	0,42
Puglia	2,68	2,60	0,23	0,23
Basilicata	2,58	2,48	0,42	0,38
Calabria	2,03	1,99	0,43	0,42
Sicilia	2,54	2,46	0,44	0,42
Sardegna	2,60	2,94	0,39	0,40
Italia	**2,77**	**2,68**	**0,38**	**0,36**

Fonte dei dati: Ministero della Salute. Anno 2015.

Grafico 1 - Tasso (per 1.000) di posti letto e tasso (standardizzato per 1.000) di dimissioni ospedaliere - Situazione al 1 gennaio 2014



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 431

Raccomandazioni di Osservasalute

La dotazione di PL è un buon indicatore delle linee di pianificazione sanitaria e ospedaliera di un determinato contesto territoriale e permette di misurare la capacità dei decisori di recepire gli obiettivi dettati a livello nazionale.

I valori presentanti si riferiscono al 1 gennaio 2014. Rispetto all'Edizione precedente del Rapporto Osservasalute, in cui venivano presentati i dati relativi al 1 gennaio 2013, questa sezione permette di valutare i primi effetti dell'attività programmatoria delle singole regioni di adeguarsi agli standard normativi dettati dalla Legge n. 135/2012.

Il dato complessivo registrato a livello nazionale, nel 2014, è inferiore all'obiettivo di 3,7 PL per 1.000 residenti. Nonostante il dato nazionale sia vicino al benchmark, la situazione a livello regionale è abbastanza disomogenea e, soprattutto, presenta un'offerta di PL per post-acuzie molto eterogenea, per lo più sottodimensionata nella maggior parte delle regioni. In alcune tale carenza potrebbe essere compensata da una adeguata offerta territoriale.

La transizione demografica ed epidemiologica in corso pone nuove sfide per quanto attiene l'assistenza nel post-acuzie e nella fase della cronicità delle patologie cronico-degenerative. Da questo punto di vista è necessaria una attenta rimodulazione dei PL ospedalieri per adeguare l'offerta a queste nuove esigenze.

È probabile che nel prossimo futuro il tasso di PL potrà essere ulteriormente ridotto e rimodulato man mano che l'ospedale assumerà il ruolo di struttura deputata, esclusivamente, alla cura dei casi acuti con definita soglia di complessità e, in parallelo, cresceranno le potenzialità diagnostiche ed assistenziali dei servizi ambulatoriali e distrettuali. Allo stato attuale, un contributo fondamentale alla razionalizzazione di questa risorsa potrà essere fornito dal miglioramento dell'efficienza operativa dei nostri ospedali e, soprattutto, dall'adozione di efficaci azioni di contrasto al fenomeno dei ricoveri inappropriati.

Riferimenti bibliografici

(1) Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le PA di Trento e Bolzano. Patto per la Salute 2010-2012, Provvedimento del 3 dicembre 2009. Gazzetta Ufficiale n. 3 del 5 gennaio 2010.
(2) Legge 7 agosto 2012, n. 135 (Spending review) - Conversione in legge, con modificazioni, del Decreto-Legge 6 luglio 2012, n. 95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini.
(3) DM 2 aprile 2015 n.70, Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliere.
(4) Open data, Ministero della Salute. Disponibile sul sito: www.dati.salute.gov.it/.
(5) Istat. Geo-demo "Demografia in Cifre". Disponibile sul sito: www.demo.istat.it.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 432

Interventi per frattura del collo del femore

Significato. La frattura del collo del femore è un evento frequente tra la popolazione anziana, soprattutto se coesistono comorbidità e condizioni di fragilità. L'incidenza di frattura del femore è pari a 77,8 per 10.000 nella popolazione di età ≥65 anni (1) nel 2009 e potrebbe ulteriormente aumentare con l'invecchiamento della popolazione. La patologia induce spesso un peggioramento della qualità di vita, disabilità e/o mortalità: secondo un recente studio inglese circa un terzo degli anziani con frattura del collo del femore muore entro 1 anno, il doppio del tasso di mortalità nella popolazione generale della stessa età (2).
Le Linee Guida raccomandano di operare il paziente con frattura del collo del femore entro 48 ore o addirittura 24-36 ore dall'ingresso in ospedale (3-5), sulla base dell'evidenza che la mortalità a 30 giorni per i pazienti di 65 anni ed oltre sottoposti a intervento dopo la seconda giornata di degenza è due volte superiore rispetto ai pazienti operati entro 2 giorni, al netto dei fattori confondenti (età, genere e condizioni cliniche del paziente) (6).
L'indicatore percentuale di interventi per frattura del collo del femore entro 2 giorni dal ricovero misura, quindi, la tempestività della risoluzione chirurgica nella popolazione over 65 anni, essendo il tempo di attesa per l'intervento uno dei principali indicatori proxy della qualità della gestione clinica e della presa in carico intraospedaliera del paziente stesso.
A livello internazionale l'Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) monitora la percentuale di interventi per frattura del collo del femore eseguiti entro le 48 ore dal ricovero per i pazienti di 65 anni ed oltre. Tale monitoraggio mostra che in Paesi come la Danimarca e la Svezia, nel 2011, il valore dell'indicatore è superiore al 90%, mentre in Paesi come l'Italia e la Spagna l'indicatore continua ad assumere valori minori al 50% (7).
In Italia l'indicatore, senza la variabile relativa all'età, è tra quelli inseriti nel set di appropriatezza di cui all'Allegato 2 del Patto per la Salute 2010-2012 del dicembre 2009 (8) ed ha assunto particolare rilevanza nei vari sistemi di monitoraggio e valutazione della performance dei servizi sanitari (Piano Nazionale Esiti e Sistema di Valutazione della Performance della Regione Toscana). Infine, il DM n. 70/2015 stabilisce una soglia minima del 60% di interventi entro le 48 ore dal ricovero per frattura del collo del femore nei pazienti di età ≥65 anni, come requisito di accreditamento specifico per una Unità Operativa Complessa o Ospedale (9).
Di seguito saranno illustrati e descritti, in dettaglio, il trend del valore nazionale dal 2001 al 2014 ed i dati regionali registrati dal 2010 al 2014.

Percentuale di interventi per frattura del collo del femore

Numeratore: Dimissioni ospedaliere (età ≥65 anni) con diagnosi principale di frattura del collo del femore che abbiano subito l'intervento entro 2 giorni dal ricovero

Denominatore: Dimissioni ospedaliere (età ≥65 anni) con diagnosi principale di frattura del collo del femore

x 100

Validità e limiti. Alla luce delle evidenze scientifiche, il tempo di intervento rappresenta un valido indicatore della qualità delle cure prestate ai pazienti di 65 anni ed oltre con frattura del collo del femore.
Contestualmente, occorre considerare che nella pratica clinica la presenza di comorbidità e/o complicanze potrebbe richiedere più tempo per la stabilizzazione delle condizioni cliniche del paziente in funzione dell'eleggibilità all'intervento chirurgico e allungare i tempi preoperatori oltre le 48 ore.
I risultati includono i ricoveri per acuti in regime di Ricovero Ordinario, in istituti pubblici e privati accreditati, con diagnosi principale di frattura del collo del femore (ICD-9-CM: 820.xx), con modalità di dimissione diversa da decesso, trasferimento ad altro istituto per acuti, dimissione volontaria, con 65 anni ed oltre, con DRG chirurgico.
A differenza dell'indicatore dell'OECD, nella nostra rilevazione il numeratore dell'indicatore è rappresentato dagli interventi eseguiti entro 2 giorni e non entro 48 ore perché le Schede di Dimissione Ospedaliera da cui sono stati ricavati i dati non rilevano l'informazione legata alle ore, bensì alle giornate di attesa per l'intervento. Il confronto dei dati presentati di seguito con i risultati di altri sistemi di monitoraggio deve tenere conto delle differenze nella definizione dei criteri di inclusione ed esclusione dei casi.

Valore di riferimento/Benchmark. La letteratura non fornisce valori di riferimento univoci nonostante esista un accordo che la quasi totalità dei pazienti sia sottoposta all'intervento prima possibile.
La Scottish Hip Fracture Audit suggerisce, come ragionevole obiettivo, di operare entro 1 giorno dall'ammissione il 93,0% dei pazienti ricoverati per frattura del collo del femore (10).
L'Allegato 2 del Patto per la Salute 2010- 2012 prevede, come benchmark, il valore medio registrato nelle

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 433

regioni che garantiscono l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza con adeguati standard di appropriatezza, efficacia e efficienza (8). Il DM n. 70/2015 indica come soglia minima per l'accreditamento una percentuale di operati entro le 48 ore, con età ≥65 anni, pari al 60%.
In questa sede, vista la situazione italiana decisamente lontana dagli obiettivi indicati dalla letteratura scientifica, proponiamo come valore di riferimento la media dei valori delle 3 regioni che presentano le migliori performance (almeno il 70%).

Descrizione dei risultati

A livello nazionale si conferma il trend di crescita dell'indicatore registrato negli ultimi anni. Nel 2014 la percentuale di interventi per frattura del collo del femore eseguiti in pazienti di 65 anni ed oltre entro 2 giorni dal ricovero è del 54,9%, con un incremento rispetto al 2013 di 4,7 punti percentuali (Tabella 1 e Grafico 1).
Nonostante il dato nazionale sia in costante aumento dal 2009, permane una elevata variabilità regionale ed un range molto ampio, compreso tra il 19,2% del Molise e l'85,8% della Valle d'Aosta.
Oltre alla Valle d'Aosta altre 11 regioni presentano un valore superiore al dato nazionale: PA di Bolzano, Emilia-Romagna, Toscana, Friuli Venezia Giulia, PA di Trento, Piemonte, Veneto, Marche, Sicilia, Basilicata e Lazio. Al contrario, si registra un valore solo lievemente inferiore al dato nazionale in Lombardia, Liguria e Umbria. Un valore molto più basso viene, invece, registrato in tutte le regioni meridionali, ad eccezione della Basilicata e della Sicilia.
La Tabella 1 mostra come nell'ultimo anno molte regioni abbiano migliorato le proprie performance. In particolare, l'incremento è stato più consistente in Friuli Venezia Giulia, Piemonte, Sardegna e Liguria.
In Abruzzo e nella PA di Bolzano si rileva una sensibile riduzione rispetto all'anno precedente, sebbene occorre considerare che in termini assoluti la situazione di partenza delle due realtà fosse del tutto diversa.
La Tabella 1 e il Grafico 2 mostrano che, tra il 2010 e il 2014, 4 regioni (Piemonte, Lazio, Basilicata e Sicilia), che partivano da valori molto al di sotto del dato nazionale, hanno ottenuto un evidente e consistente miglioramento. Un aumento consistente del valore si è registrato anche in Emilia-Romagna, Veneto e PA di Trento che partivano da percentuali già più elevate. Infine, un trend marcatamente positivo si è registrato in Puglia che, però, mantiene un livello ancora al di sotto del valore nazionale. Tra il 2010 e il 2014 (Tabella 1 e Grafico 2) le uniche regioni con un trend negativo sono state il Molise e la PA di Bolzano.

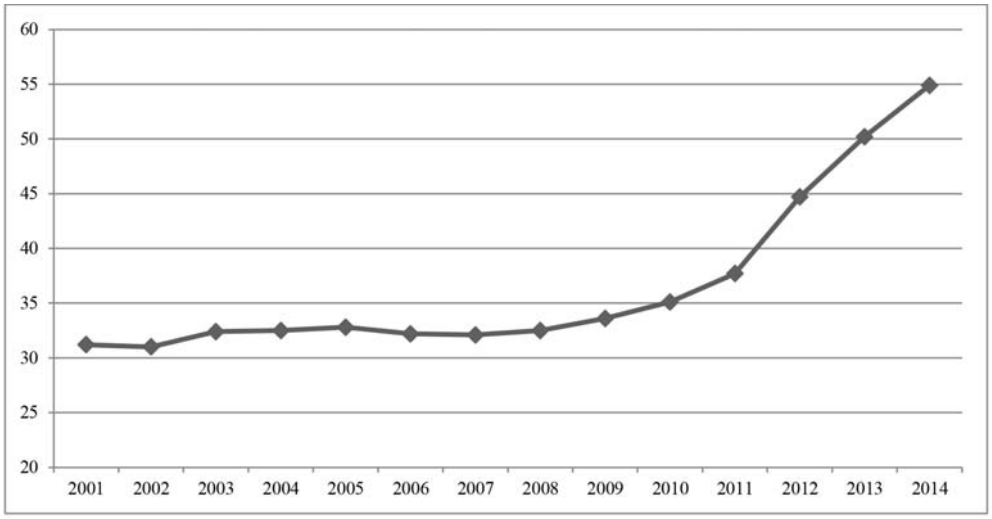
Tabella 1 - Pazienti (valori percentuali) di età 65 anni ed oltre operati entro 2 giorni per frattura del collo del femore per regione - Anni 2010-2014

Regioni	2010	2011	2012	2013	2014
Piemonte	33,3	35,3	45,5	54,8	66,0
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	66,7	74,7	73,6	85,2	85,8
Lombardia	41,4	41,9	45,3	48,5	52,0
Bolzano-Bozen	86,6	85,4	82,8	85,1	80,1
Trento	34,6	33,6	42,0	58,1	66,0
Veneto	41,5	42,5	52,6	62,9	65,7
Friuli Venezia Giulia	51,1	51,6	51,6	52,3	67,3
Liguria	43,0	45,9	38,4	43,7	52,6
Emilia-Romagna	46,0	53,7	60,7	67,7	73,3
Toscana	56,0	58,6	69,3	70,0	70,2
Umbria	36,1	33,8	37,0	47,9	52,6
Marche	58,6	58,7	57,6	61,0	62,5
Lazio	27,5	32,3	36,9	49,8	58,2
Abruzzo	30,3	24,7	31,8	35,6	32,5
Molise	26,2	21,2	13,8	16,4	19,2
Campania	16,3	16,8	16,9	19,0	19,9
Puglia	18,4	24,6	29,7	36,2	44,0
Basilicata	21,4	20,9	35,6	52,9	59,5
Calabria	20,6	21,0	29,5	33,2	33,5
Sicilia	16,1	25,2	55,6	57,0	60,4
Sardegna	23,5	27,5	26,4	31,2	41,4
Italia	**35,1**	**37,7**	**44,7**	**50,2**	**54,9**

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2015.

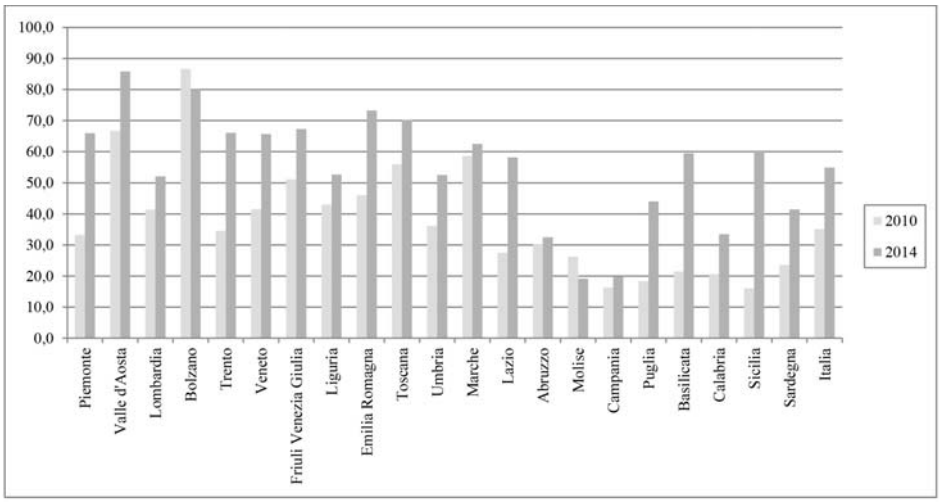
Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 434

Grafico 1 - Pazienti (valori percentuali) di età 65 anni ed oltre operati entro 2 giorni per frattura del collo del femore - Anni 2001-2014



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2015.

Grafico 2 - Pazienti (valori percentuali) di età 65 anni ed oltre operati entro 2 giorni per frattura del collo del femore per regione - Anni 2010, 2014



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2015.

Raccomandazioni di Osservasalute

I dati mostrano che, negli ultimi 4 anni, la percentuale di interventi per frattura del collo del femore eseguiti entro 2 giorni per pazienti di 65 anni ed oltre ha subito un incremento, più o meno marcato, nella quasi totalità delle regioni. Questi miglioramenti evidenziano come sia possibile, passando attraverso la definizione di specifici obiettivi di performance dei servizi ed un costante monitoraggio degli stessi, promuovere e consolidare anche nel breve periodo appropriate e sistematiche misure organizzative in grado di promuovere la qualità delle cure. Unità operative o strutture ospedaliere che presentano tempi di attesa ridotti per interventi per frattura del collo del femore hanno, probabilmente, messo in campo percorsi clinico assistenziali efficaci, non solo nella fase di accesso e preoperatoria, ma anche nelle successive fasi post-intervento e riabilitative, incidendo positivamente sia in termini di morbilità che di impatto socio-economico.

Nonostante il netto miglioramento rispetto al passato, il risultato nazionale rimane, comunque, ancora molto basso se confrontato con la performance di altri Paesi occidentali e con le raccomandazioni presenti in letteratura. Di conseguenza, è fondamentale continuare ad

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 435

indagare e correggere le cause del ritardo dell'intervento nei vari contesti operativi. Tali impedimenti possono essere di ordine clinico, legati alle condizioni del paziente, oppure organizzativi, in relazione alla disponibilità di sale e sedute operatorie da dedicare agli interventi urgenti durante tutto l'arco della settimana, all'efficienza della fase di valutazione diagnostica ed alla conseguente tempestiva gestione delle comorbidità. Le possibili soluzioni da mettere in campo, al fine di ridurre i tempi di attesa per l'intervento, potrebbero, pertanto, riguardare molteplici fattori, sia riferibili all'ambito clinico assistenziale che a quello organizzativo.

Dal punto di vista clinico è possibile porre più attenzione alle principali problematiche cliniche (terapie anticoagulanti, anemia, disidratazione, iperglicemia etc.) dei pazienti anziani con frattura del femore e mettere in campo appropriate misure per stabilizzare il paziente in breve tempo (5).

Per quanto riguarda l'ambito organizzativo si può prevedere, come è stato già sperimentato con successo in alcune realtà, la definizione e l'adozione di un percorso per il paziente con frattura del collo del femore (percorso ortogeriatrico), dal primo soccorso alla riabilitazione, che preveda un approccio integrato e coordinato tra più specialisti e professionisti (anestesista, geriatra-internista, chirurgo, fisiatra, infermiere e fisioterapista).

Riferimenti bibliografici

(1) Piscitelli P, Feola M, Rao C, Celi M, Gasbarra E, Neglia C, Quarta G, Liuni FM, Parri S, Iolascon G, Brandi ML, Distante A, Tarantino U. Ten years of hip fractures in Italy: For the first time a decreasing trend in elderly women. World Journal of orthopedics. 2014 Jul 18; 5 (3): 386-91.
(2) Neuburger J, Currie C, Wakeman R, Tsang C, Plant F, De Stavola B, Cromwell DA, van der Meulen J. The impact of a national clinician-led audit initiative on care and mortality after hip fracture in England: an external evaluation using time trends in non-audit data. Med Care. 2015 Aug; 53 (8): 686-91.
(3) Acute management and immediate rehabilitation after hip fracture amongst people aged 65 years and over. Welligton, NZ: New Zeland Guidelines Group, June 2003.
(4) Management of hip fracture in older people. A National clinical guideline. Scottish Intercollegiate Guideline Network. June 2009.
(5) The management of hip fracture in adults. National clinic Guideline Centre. 2011.
(6) Carretta E, Bochicchio V, Rucci P, Fabbri G, Laus M, Fantini MP. Hip fracture: effectiveness of early surgery to prevent 30-day mortality. Int Orthop., 2010.
(7) Health Care Quality Indicators, OECD. Disponibile sul sito:
http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_HCQI.
(8) Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le PA di Trento e Bolzano. Patto per la Salute 2010-2012, Provvedimento del 3 Dicembre 2009. Gazzetta Ufficiale n. 3 del 5 gennaio 2010.
(9) DM 2 Aprile 2015 n.70, Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliere.
(10) National Services Scotland (NHS). Clinical decision making. Is the patient fit for theatre? A report from the Scottish Hip Fracture Audit. NHS National Services Scotland/Crown Copyright 2008. Disponibile sul sito:
www.shfa.scot.nhs.uk.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 436

Ospedalizzazione di patologie ad elevato impatto sociale

Significato. In questa sezione vengono analizzati e descritti i tassi di ospedalizzazione nella popolazione di 65 anni ed oltre di tre procedure terapeutiche relative a patologie ad elevato impatto sociale ed alta prevalenza: interventi per protesi di anca, bypass coronarico e angioplastica coronarica. In letteratura sono descritte variazioni nei tassi di ospedalizzazione relativi ad alcuni interventi e/o procedure chirurgiche di comprovata efficacia clinica e ad alto impatto sociale. Tali variazioni sono riconducibili a diversi fattori: caratteristiche socio-economiche e demografiche dei pazienti, attitudini dei professionisti e tipicità del contesto istituzionale ed organizzativo. Infatti, un'elevata variabilità del tasso di intervento per una specifica procedura può essere dovuta alla prevalenza della patologia di interesse in un determinato ambito geografico, alla mancanza di un elevato consenso professionale circa le scelte terapeutiche, alla difficoltà da parte del paziente di scegliere fra le varie opzioni di trattamento ed alla presenza di diseguaglianze nell'accesso alle cure riconducibili ai servizi sanitari (1). La variabilità geografica può fornire indicazioni sulla dimensione dell'offerta, su eventuali limitazioni nell'accesso ai servizi e, indirettamente, su fenomeni di inappropriatezza organizzativa.

Tasso di ospedalizzazione per interventi chirurgici per protesi di anca*

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Dimissioni ospedaliere (età } \geq 65 \text{ anni) per interventi chirurgici per protesi di anca**}}{\text{Popolazione media residente } \geq 65 \text{ anni}} \times 100.000$$

Tasso di ospedalizzazione per interventi chirurgici per bypass coronarico*

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Dimissioni ospedaliere (età } \geq 65 \text{ anni) per interventi chirurgici per bypass coronarico°}}{\text{Popolazione media residente } \geq 65 \text{ anni}} \times 100.000$$

Tasso di ospedalizzazione per interventi chirurgici per angioplastica coronarica*

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Dimissioni ospedaliere (età } \geq 65 \text{ anni) per interventi chirurgici per angioplastica coronarica°°}}{\text{Popolazione media residente } \geq 65 \text{ anni}} \times 100.000$$

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

**Dimissioni con intervento principale o secondario 00.70, 00.71, 00.72, 00.73, 81.51, 81.52, 81.53 (rispetto all'indicatore inserito nel Rapporto annuale sull'attività di ricovero della banca dati SDO sono stati inclusi anche gli interventi di revisione della protesi di anca, codici ICD-9-CM 00.70, 00.71, 00.72).

°Dimissioni con intervento principale o secondario 36.1x.

°°Dimissioni con intervento principale o secondario 00.66, 36.09.

Validità e limiti. Le tre procedure chirurgiche proposte sono state incluse dall'Intesa Stato-Regioni del 18 ottobre 2010 nel Piano Nazionale di governo delle liste di attesa 2010-2012 (2), per cui alcune regioni potrebbero averne rivisto le modalità di codifica nell'intento di migliorare la qualità e la pertinenza delle relative rendicontazioni. In letteratura, l'età viene riportata come principale fattore predittivo dell'utilizzo dei servizi e per questo motivo si è scelto di considerare solo la popolazione anziana senza procedere, però, ad ulteriori standardizzazioni per età e genere e di questo bisogna tener conto nell'interpretazione dei risultati.
I tassi sono calcolati per regione di residenza e, quindi, occorre anche considerare che la variabilità rilevata potrebbe essere, in parte, riconducibile alle differenze di incidenza e prevalenza delle patologie di interesse nei diversi ambiti geografici, oltre che a disuguaglianze di accesso ai servizi sanitari e a differenti pratiche terapeutiche e/o fenomeni di inappropriatezza da ascrivere alle strutture erogatrici delle prestazioni. Per le regioni che presentano alti tassi di mobilità passiva, questi ultimi aspetti rappresentano un ulteriore limite da tenere presente nella valutazione dei risultati.

Valore di riferimento/Benchmark. In mancanza di normative specifiche e di indicazioni di letteratura rispetto alle quali operare confronti, si considera come riferimento il valore nazionale.

G. PIERONI, G. FRANCHINO, C. RANDAZZO, M. P. FANTINI, L. GIRALDI, C. CECCOLINI

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 437

Descrizione dei risultati

Il tasso di dimissioni ospedaliere nazionale nella popolazione anziana per intervento di protesi di anca, nel 2014, è pari a 596,4 per 100.000 abitanti (Tabella 1 e Grafico 1) ed è in lieve calo rispetto al valore di 601,7 per 100.000 rilevato nel 2013. Si registra quindi una inversione di tendenza rispetto ad un trend in lieve crescita dal 2011. Per questa procedura si evidenzia una notevole variabilità regionale ed un range elevato compreso tra il valore minimo di 382,7 interventi per 100.000 della Sardegna ed un valore massimo di 1.015 per 100.000 della PA di Bolzano. L'analisi dei dati mostra un netto gradiente Nord-Sud ed Isole, con tassi al di sopra del valore nazionale in tutte le regioni settentrionali e valori inferiori al dato nazionale in tutte le regioni meridionali (Tabella 1).
Nell'ultimo anno l'aumento più marcato del tasso di interventi si è avuto in Sardegna (da 345,1 a 382,7 per 100.000) e nelle Marche (da 565,6 a 595,8 per 100.000), mentre la riduzione più marcata si è registrata in Valle d'Aosta (da 962,0 a 908,1 per 100.000) e in Calabria, dove il dato era già notevolmente al di sotto del valore nazionale (da 449,4 a 413,9 per 100.000).
Considerando i trend regionali tra il 2010-2014, il tasso presenta un significativo aumento in Molise, Abruzzo e Lazio, regioni che registravano valori molto inferiori al valore nazionale nel 2010. Un forte incremento del tasso si evidenza anche nella PA di Bolzano che passa, tra il 2010 e il 2014, da 865,5 a 1.015,0 interventi per 100.000 (Tabella 1 e Grafico 1).
Per quanto riguarda il tasso di dimissioni ospedaliere nella popolazione anziana per interventi chirurgici per bypass coronarico, nel 2014 si è registrato un valore pari a 112,3 per 100.000 (Tabella 2 e Grafico 2), in costante diminuzione dal 2010. Per questa procedura non si evidenzia un gradiente geografico, ma una consistente variabilità regionale ed un range elevato, con un valore minimo di 64,2 per 100.000 nella PA di Bolzano ed un massimo di 152,0 per 100.000 in Friuli Venezia Giulia. I singoli trend regionali, tra il 2013 e il 2014, indicano un maggior decremento del tasso in Valle d'Aosta (da 108,5 a 77,7 per 100.000) e in Molise (da 154,4 a 125,0 per 100.000), mentre il maggiore incremento si registra in Calabria (da 99,8 al 110,3 per 100.000) (Tabella 2).
L'analisi del periodo 2010-2014 evidenzia che la maggiore riduzione del tasso è avvenuta in Molise (da 179,5 a 125,0 per 100.000) e a seguire in Lombardia, Marche e Lazio. Al contrario, un trend in aumento si è registrato nella PA di Trento ed in Calabria.
Il terzo indicatore in esame si riferisce al tasso di dimissioni ospedaliere nella popolazione anziana per angioplastica coronarica. Il valore nazionale si attesta, nel 2014, a 575,0 per 100.000 (Tabella 3 e Grafico 3), in lieve calo rispetto al dato del 2013 (586,9 per 100.000) ma di gran lunga superiore al valore registrato nel 2010 (520,4 per 100.000).
Come per gli altri indicatori precedentemente descritti, anche in questo caso si registra una considerevole variabilità regionale: il range varia, infatti, da 287,8 per 100.000 del Friuli Venezia Giulia a 692,6 della Valle d'Aosta. Nell'ultimo anno il calo più consistente del tasso si è registrato nella PA di Bolzano (da 516,9 a 463,5 per 100.000) e in Sicilia (da 649,0 a 607,3 per 100.000). Tra il 2010 e il 2014, il tasso di interventi si è ridotto in modo significativo in Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria e Toscana. Incrementi marcati, rispetto al 2010, si sono registrati in Sicilia, Valle d'Aosta, Marche, Calabria, PA di Trento, Campania e Molise.
La lettura congiunta dei tassi di ospedalizzazione per bypass coronarico e angioplastica (Tabella 2 e 3 e Grafico 2 e 3) evidenzia che, tra il 2010 e il 2014, nella maggior parte delle regioni si assiste ad una riduzione del tasso di bypass coronarico e ad un parallelo aumento del tasso di angioplastica coronarica. Ad eccezione del Veneto, dove la variazione dei due tassi in esame è di segno opposto e si compensa nei valori complessivi, per le altre regioni l'aumento del tasso di ospedalizzazione per angioplastica è di dimensioni notevolmente maggiore rispetto alla riduzione dei tassi di intervento per bypass coronarico. In 2 regioni (PA di Trento e Calabria) si registra un aumento dell'utilizzo di entrambe le procedure, mentre in Friuli Venezia Giulia, PA di Bolzano, Lombardia, Liguria, Toscana e Puglia si assiste ad una riduzione di entrambi i tassi. Solo l'Emilia-Romagna presenta una netta (e costante) riduzione del tasso di angioplastica coronarica, con un valore comunque superiore al dato nazionale, a fronte di un lieve aumento del tasso di bypass coronarico.

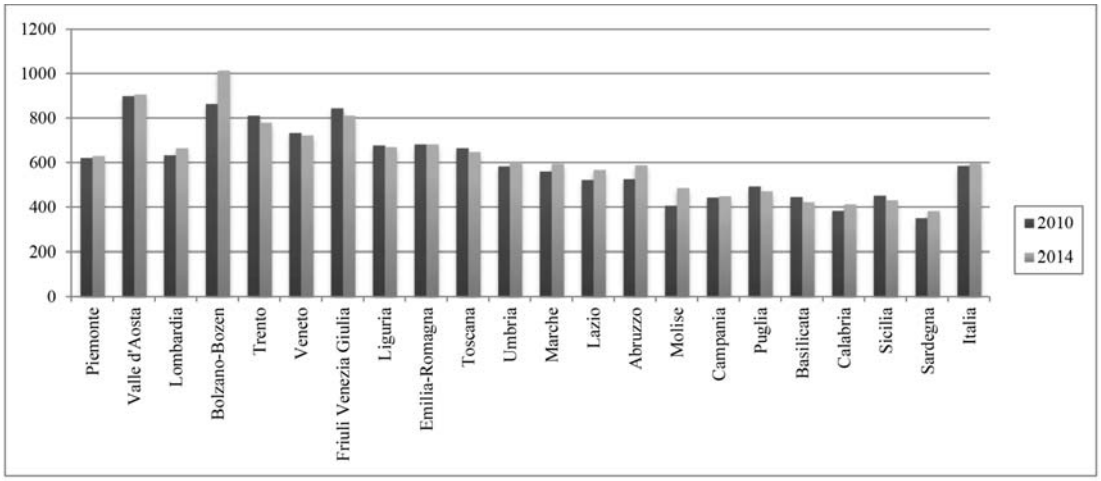
Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 438

Tabella 1 - Tasso (standardizzato per 100.000) di dimissioni ospedaliere per interventi chirurgici per protesi di anca di pazienti di età 65 anni ed oltre per regione - Anni 2010-2014

Regioni	2010	2011	2012	2013	2014
Piemonte	622,1	641,7	638,7	648,3	630,0
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	901,0	873,1	974,4	962,0	908,1
Lombardia	633,8	635,9	660,9	672,4	666,1
Bolzano-Bozen	865,5	865,8	863,9	1.001,0	1.015,0
Trento	812,5	762,1	770,0	768,1	781,3
Veneto	734,7	714,1	719,9	701,8	723,1
Friuli Venezia Giulia	845,5	823,8	820,5	811,5	812,4
Liguria	678,6	645,8	654,3	700,8	670,9
Emilia-Romagna	683,0	673,6	676,0	676,2	682,7
Toscana	666,2	635,8	635,5	651,5	648,5
Umbria	584,6	578,3	605,1	593,4	606,4
Marche	560,8	598,1	586,2	565,6	595,8
Lazio	523,7	538,0	574,4	593,3	568,6
Abruzzo	526,8	566,9	564,9	580,7	589,6
Molise	407,5	459,8	481,6	464,5	486,1
Campania	444,4	447,0	453,9	453,0	450,4
Puglia	494,2	491,4	481,6	479,2	471,9
Basilicata	446,4	401,0	453,9	449,9	423,1
Calabria	383,5	402,1	438,4	449,4	413,9
Sicilia	452,4	445,3	463,2	455,2	431,8
Sardegna	351,6	366,9	362,2	345,1	382,7
Italia	**587,0**	**585,5**	**596,8**	**601,7**	**596,4**

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2015.

Grafico 1 - Tasso (standardizzato per 100.000) di dimissioni ospedaliere per interventi chirurgici per protesi di anca di pazienti di età 65 anni ed oltre per regione - Anni 2010, 2014



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2015.

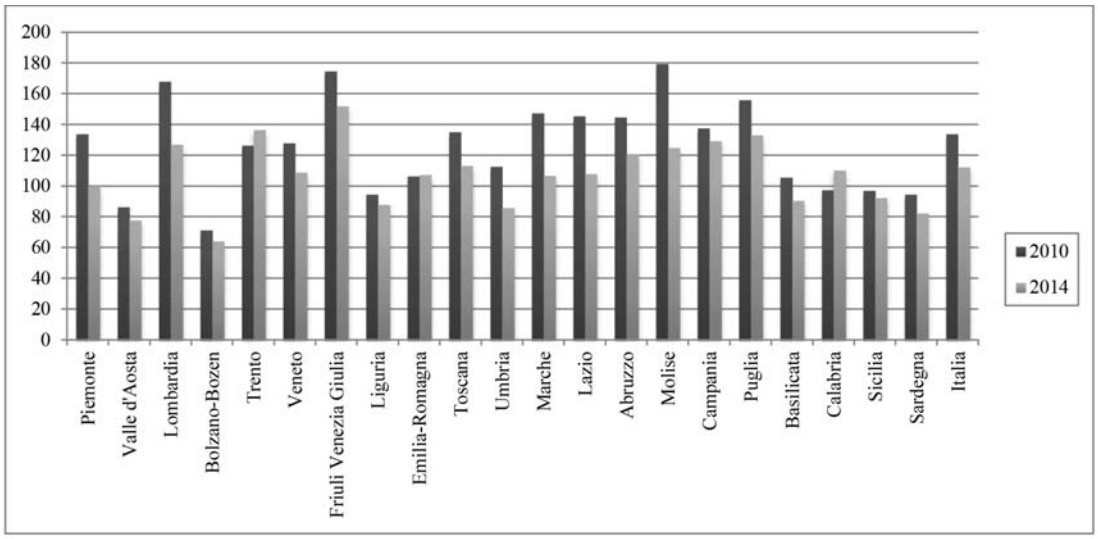
Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 439

Tabella 2 - Tasso (standardizzato per 100.000) di dimissioni ospedaliere per interventi chirurgici per bypass coronarico di pazienti di età 65 anni ed oltre per regione - Anni 2010-2014

Regioni	2010	2011	2012	2013	2014
Piemonte	133,8	127,2	114,7	108,9	100,2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	86,3	123,1	111,0	108,5	77,7
Lombardia	168,1	154,8	145,2	140,6	127,0
Bolzano-Bozen	71,2	68,2	79,9	64,6	64,2
Trento	126,5	125,5	148,2	139,1	136,5
Veneto	128,0	112,4	113,7	108,4	108,9
Friuli Venezia Giulia	174,8	160,7	156,3	153,4	152,0
Liguria	94,6	87,3	96,7	103,4	87,9
Emilia-Romagna	106,5	105,9	100,5	100,0	107,3
Toscana	135,3	126,0	113,3	102,8	113,2
Umbria	112,7	80,4	96,9	88,2	85,8
Marche	147,4	129,3	139,4	102,6	106,7
Lazio	145,5	129,8	134,0	120,5	107,9
Abruzzo	144,7	139,6	136,1	120,2	121,0
Molise	179,5	145,7	128,0	154,4	125,0
Campania	137,8	117,3	120,9	124,3	129,4
Puglia	156,0	153,2	152,5	146,4	133,1
Basilicata	105,7	106,4	103,9	105,0	90,5
Calabria	97,4	99,4	103,3	99,8	110,3
Sicilia	97,1	100,5	96,2	96,7	92,2
Sardegna	94,6	100,9	88,2	79,5	82,3
Italia	**133,8**	**124,6**	**121,7**	**116,2**	**112,3**

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2015.

Grafico 2 - Tasso (standardizzato per 100.000) di dimissioni ospedaliere per interventi chirurgici per bypass coronarico di pazienti di età 65 anni ed oltre per regione - Anni 2010, 2014



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2015.

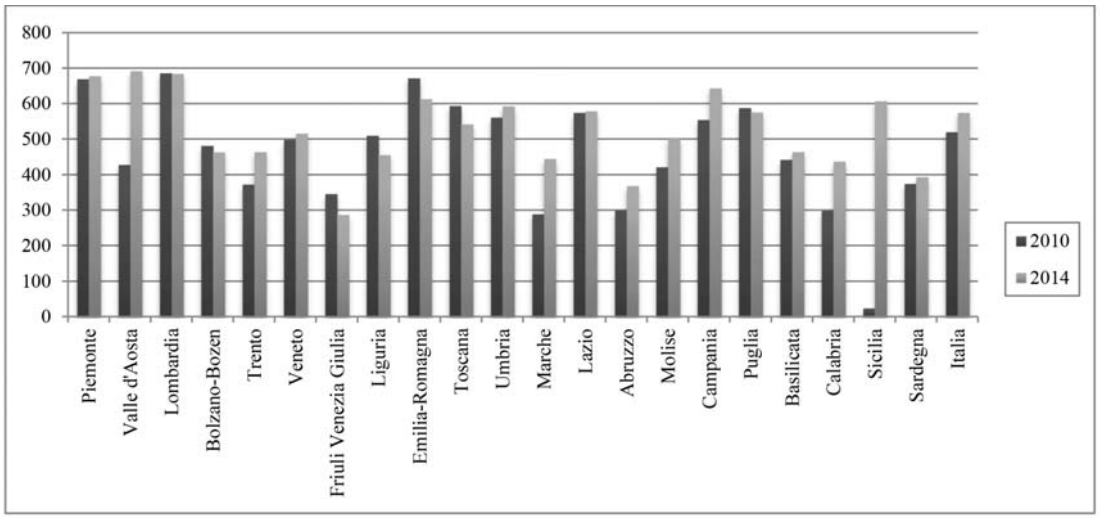
Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 440

Tabella 3 - Tasso (standardizzato per 100.000) di dimissioni ospedaliere per interventi chirurgici per angioplastica coronarica di pazienti di età 65 anni ed oltre per regione - Anni 2010-2014

Regioni	2010	2011	2012	2013	2014
Piemonte	669,9	666,5	685,1	693,8	678,3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	428,0	634,3	740,2	676,3	692,6
Lombardia	686,7	700,6	702,6	697,6	684,6
Bolzano-Bozen	481,7	466,5	460,0	516,9	463,5
Trento	372,7	480,6	484,2	497,3	464,4
Veneto	499,8	485,5	496,8	499,9	516,2
Friuli Venezia Giulia	346,2	326,9	338,6	308,5	287,8
Liguria	510,8	478,3	453,1	450,4	456,3
Emilia-Romagna	672,5	647,2	637,2	628,9	613,6
Toscana	594,0	543,9	549,8	530,2	542,6
Umbria	561,6	550,5	547,6	589,1	593,5
Marche	289,4	372,4	346,9	452,0	445,4
Lazio	574,9	510,5	607,9	582,1	579,0
Abruzzo	299,9	297,5	382,1	396,2	369,1
Molise	421,7	365,6	464,4	504,1	504,2
Campania	554,6	599,0	628,7	675,2	643,6
Puglia	588,1	571,8	571,8	609,9	576,1
Basilicata	442,2	433,1	433,4	459,1	464,6
Calabria	299,2	425,7	428,8	423,8	437,1
Sicilia	24,2	605,8	628,5	649,0	607,3
Sardegna	374,2	383,5	397,7	408,1	393,6
Italia	**520,4**	**561,8**	**579,2**	**586,9**	**575,0**

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2015.

Grafico 3 - Tasso (standardizzato per 100.000) di dimissioni ospedaliere per interventi chirurgici per angioplastica coronarica di pazienti di età 65 anni ed oltre per regione - Anni 2010, 2014



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2015.

Raccomandazioni di Osservasalute

Tutti e tre gli indicatori descritti presentano una fortissima variabilità regionale. È bene sottolineare che gli indicatori misurano la domanda di ospedalizzazione "soddisfatta" dai servizi sanitari, senza distinguere le prestazioni appropriate da quelle inappropriate e, inoltre, non consentono di analizzare la domanda "insoddisfatta" dovuta a diversi fattori, tra cui in taluni contesti anche alla scarsa accessibilità alle prestazioni sanitarie, e comunque rappresentativa di un bisogno di salute della popolazione.

Per garantire equità di accesso e sicurezza delle prestazioni erogate, occorrerebbe stabilire se il presunto eccesso o difetto di ospedalizzazione rilevato in alcune regioni sia da attribuire a differenze epidemiologiche delle patologie correlate alle procedure chirurgiche

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 441

in esame (diversa incidenza delle patologie), ad un sotto o sovra dimensionamento dell'offerta in grado, rispettivamente, di limitare o ampliare le possibilità di accesso alle prestazioni oppure a determinanti connessi all'erogazione delle prestazioni, tra cui anche fattori correlati alla sfera professionale ed alla capacità di scelta dei pazienti. Per ciascuna delle procedure considerate, le variazioni possono essere imputabili a diverse e molteplici cause.

Per le protesi di anca, ad esempio, la letteratura riporta un'associazione proporzionalmente inversa con situazioni di svantaggio socio-economico e di deprivazione; sarebbe, quindi, auspicabile che nelle regioni in cui si registrano basse performance il fenomeno sia valutato con attenzione, al fine di avviare azioni volte a migliorare l'equità nell'accesso ai servizi (1), ovvero di contrastare fenomeni di eventuale sovrautilizzo della procedura nelle regioni che presentano i più alti tassi di intervento. L'aumento dei tassi registrato nelle regioni con valori bassi rispetto al dato nazionale potrebbe essere dovuto all'attuazione delle strategie sopra citate.

Diversamente, per procedure come l'angioplastica coronarica e il bypass coronarico la variabilità potrebbe essere correlata anche alla struttura dell'offerta (disponibilità di adeguate strutture specialistiche) e al comportamento dei clinici rispetto alle indicazioni di eleggibilità previste dalle Linee Guida per i quadri patologici considerati (1). Anche la lettura congiunta dei tassi di angioplastica coronarica e bypass coronarico può fornire ulteriori elementi di discussione per studiare il fenomeno della variabilità interregionale nell'arco temporale dei 5 anni. Infatti, la riduzione del tasso di dimissione per bypass coronarico, a livello nazionale e nella maggior parte delle regioni, è in parte accompagnata dall'aumento del tasso di dimissione per angioplastica coronarica. Resta, però, da evidenziare che questo andamento non si registra in alcune regioni, per cui i determinanti della variazione dei tassi in esame vanno ricercati in molteplici direzioni (trend epidemiologici, modifica delle indicazioni per l'utilizzo della procedura e della struttura dell'offerta) attraverso accurate valutazioni condotte nei vari contesti.

Alla luce di queste considerazioni sarebbe opportuno incentivare le regioni che presentano gli scostamenti più elevati a valutare, in dettaglio, i fenomeni rilevati allo scopo di comprenderne la genesi e promuovere, se del caso, specifiche azioni per migliorare l'appropriatezza clinica ed organizzativa.

Riferimenti bibliografici

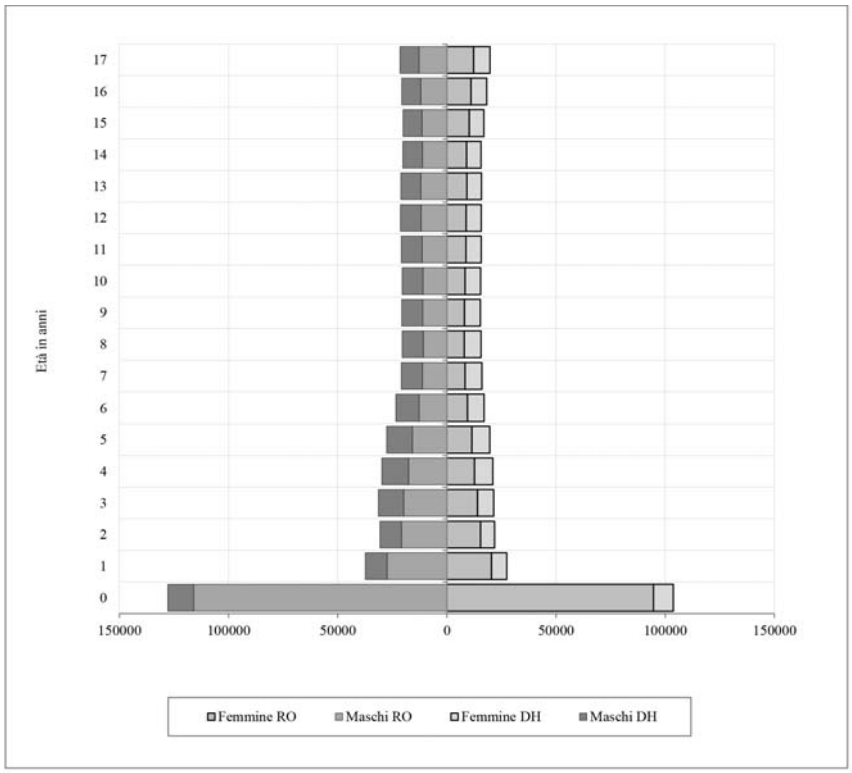
(1) Variation in Health care, the good, the bad and the inexplicable. The King's Fund. Anno 2011.
(2) Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Piano Nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012, di cui all'articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 442

Ospedalizzazione in età pediatrica

Nel corso del 2014 si sono avute, complessivamente, 948.880 dimissioni ospedaliere, da reparti per acuti, di pazienti con età <18 anni. Il 67% delle dimissioni sono state da regime di Ricovero Ordinario (RO) ed il restante 33% da ricoveri diurni.
Il Grafico 1 rappresenta la distribuzione del numero assoluto delle dimissioni da reparti per acuti, genere ed età, comprensivo delle dimissioni di bambini non residenti in Italia. La distribuzione mostra anche la composizione delle dimissioni in base al regime di ricovero: ordinario e diurno.
La rappresentazione grafica fornisce una immediata indicazione sulla numerosità dei ricoveri nel 1° anno di vita, di cui il 58% sono immediatamente consecutivi all'evento nascita. La numerosità dei ricoveri decresce, poi, gradualmente sino al 9-10° anno di età. Si osserva per le età successive un'inversione di tendenza, caratterizzata da lievi incrementi, costantemente crescenti, nella numerosità dei ricoveri.
Inoltre, il grafico consente di rilevare come in età pediatrica vi sia una maggiore propensione al ricovero dei maschi rispetto al ricovero delle femmine: il fenomeno caratterizza sia i RO che quelli diurni. Si osserva, inoltre, che la diversa propensione al ricovero per genere in età pediatrica si riduce intorno al 16-17° anno di età: infatti, in corrispondenza di questa età si riduce la differenza del numero dei RO per genere.

Grafico 1 - Piramide dell'età (anni) per genere dei dimessi (valori assoluti) in età pediatrica da reparti per acuti - Anno 2014



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2015.

Significato. I tassi di ospedalizzazione, calcolati su base regionale per classi di età dei pazienti e per regime di ricovero, consentono di evidenziare il ricorso dei residenti alle prestazioni sanitarie ospedaliere. In particolare, un'analisi accurata dei tassi di ospedalizzazione permette di evidenziare eventuali differenze geografiche e temporali, quando se ne confronta l'andamento nel tempo. Per consentire un confronto temporale sono stati presentati i tassi di ospedalizzazione relativi al 2010 e al 2014, ossia valori relativi ad un intervallo temporale quinquennale.
Valori eccessivi dei tassi di ospedalizzazione potrebbero essere indicativi di carenze organizzative nell'erogazione di altri servizi sanitari di cui dovrebbe essere dotato il territorio.

C. CECCOLINI, A. NUZZO, S. DONNO, F. CARLE

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 443

Tasso di ospedalizzazione di pazienti in età pediatrica*

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Dimissioni per regione di residenza e classi di età <18 anni}}{\text{Popolazione media residente per classi di età <18 anni}} \times 1.000$$

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

Validità e limiti. Per il calcolo del tasso di ospedalizzazione sono state considerate le Schede di Dimissione Ospedaliera, relative alle dimissioni da reparti per acuti degli istituti di ricovero e cura pubblici e privati, ad esclusione delle dimissioni dei neonati sani, la cui ospedalizzazione è limitata all'evento nascita.
L'indicatore è stato calcolato distintamente per il regime di RO e diurno; dal numeratore sono state escluse le dimissioni dei pazienti non residenti in Italia e di coloro per i quali non è stato possibile calcolare l'età per la presenza di errori nella data di nascita e/o data di ricovero.
L'indicatore include, al numeratore, i ricoveri ripetuti di uno stesso soggetto relativi a differenti episodi di ricovero avuti nel corso dell'anno. Al denominatore dell'indicatore è stato posto il valore medio della popolazione residente per ciascun anno esaminato, ossia 2010 e 2014.
Il tasso di ospedalizzazione per regione non tiene conto della eventuale mobilità dei pazienti dalla propria regione di residenza a quella di ricovero. Infatti, sia al numeratore che al denominatore si tiene conto della regione di residenza.
La popolazione residente posta a denominatore dell'indicatore è quella fornita dall'Istituto Nazionale di Statistica (Istat). Occorre precisare che per il 2010 è stata utilizzata la popolazione residente, ricostruita dall'Istat a partire dai dati del Censimento generale della popolazione del 2001 e 2011 e tiene conto dei flussi demografici intercorsi nel medesimo periodo intercensuario.
Qualche cautela va prestata nel confrontare i dati regionali dei tassi di ospedalizzazione in regime diurno: si rilevano, infatti, alcune diversità, da una regione all'altra, nella modalità di registrazione dell'ospedalizzazione diurna. In particolare, le differenze che si rilevano sono relative al numero medio di accessi in regime diurno.

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono riferimenti normativi per il tasso di ospedalizzazione specifico per classi di età. Il confronto tra tassi specifici regionali consente di evidenziare la diversa propensione al ricovero ospedaliero per le classi di età di pazienti con età <18 anni.

Descrizione dei risultati

Nel corso del quinquennio 2010-2014 si osserva, a livello nazionale, una riduzione dei tassi di ospedalizzazione per entrambi i regimi di ricovero, ordinario e diurno e per tutte le classi di età <18 anni (Tabella 1).
La riduzione più consistente dell'ospedalizzazione si rileva per i ricoveri in regime ordinario dei bambini nel loro 1° anno di vita. Infatti, a livello nazionale, vi è una riduzione del tasso di ospedalizzazione specifico per questa classe di età di circa 68 ricoveri per 1.000 residenti: seppure con diversa intensità, la riduzione si rileva in quasi tutte le regioni. In Lombardia si ha la massima riduzione del tasso, con un decremento pari a quasi 177 ricoveri ogni 1.000 residenti e a seguire la Sicilia, con una riduzione di 134,2 ricoveri per 1.000 residenti. Tuttavia, vi sono regioni che mostrano una tendenza contraria, ossia presentano un incremento del tasso di ospedalizzazione nel periodo considerato: la Valle d'Aosta, con massimo incremento di 76,2 ricoveri ogni 1.000 residenti, e a seguire, con incrementi molto inferiori, il Molise, le Marche e la PA di Bolzano.
Nel 2014, il tasso di ospedalizzazione per il 1° anno di vita, calcolato a livello nazionale, è di circa 414 ricoveri ogni 1.000 residenti. Si rileva, a tal riguardo, che vi sono regioni che presentano valori che si discostano in modo consistente dal valore nazionale: in Abruzzo, Puglia, Molise e Sardegna il tasso supera i 500 ricoveri per 1.000 residenti; nella PA di Trento, Friuli Venezia Giulia e Veneto il tasso è ben al di sotto del valore nazionale attestandosi sotto i 320 ricoveri per 1.000 residenti.
Con riferimento ai tassi di ospedalizzazione 2010-2014 relativi ai ricoveri diurni, si osserva anche in questo caso la riduzione dei valori per tutte le classi di età considerate (Tabella 2).
In particolare, nel quinquennio 2010-2014, il ricovero diurno per i bambini al di sotto di 1 anno subisce una drastica riduzione in alcune regioni: in Lombardia e Liguria il tasso si dimezza, mentre in Sicilia la riduzione è ancora più consistente, in quanto il valore del 2014 rappresenta solo un quarto del valore assunto nel 2010. Valori del tasso di ospedalizzazione assai superiori al valore nazionale si rilevano nel Lazio per tutte le classi di età pediatrica oggetto di studio.
Per illustrare i motivi di ricovero in età pediatrica, sono di seguito presentate le Tabelle 3-6 che riportano

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 444

i primi 15 DRG per numerosità di dimissioni da reparti per acuti in regime ordinario, di residenti e non sul territorio nazionale.
In particolare dalla Tabella 3, relativa ai dimessi di età <1 anno, si evidenzia che le dimissioni associate ai primi 15 DRG rappresentano circa l'82% delle dimissioni in regime ordinario relative a questa classe di età.
I primi 15 DRG della Tabella 3 sono tutti di tipo medico.
I primi 15 DRG associati alle dimissioni di bambini in età compresa tra 1-4 anni (Tabella 4) sono prevalentemente di tipo medico e riguardano il 62,4% del totale delle dimissioni per questa fascia di età. Anche in questo caso, tra i primi DRG compaiono quelli a rischio di inappropriatezza. In particolare, ve ne sono di tipo chirurgico, come quelli per interventi di tonsillectomia e/o adenoidectomia e per interventi sul testicolo non dovuti a neoplasie.
La Tabella 5 presenta le dimissioni relative ai primi 15 DRG per età comprese tra 5-14 anni, che costituiscono circa il 47% delle dimissioni complessive per questa fascia di età. I ricoveri per tonsillectomie e per esofagiti/gastroenteriti occupano, rispettivamente, il 2° e il 1° posto per numerosità di dimissioni per i bambini in questa fascia di età.
Relativamente all'ultima classe di età pediatrica qui considerata, compresa tra 15-17 anni, la Tabella 6 riporta i primi 15 raggruppamenti delle dimissioni per DRG, che costituiscono appena il 36,6% del numero complessivo delle dimissioni in regime ordinario. In questo caso i primi DRG chirurgici sono quelli per appendicectomia ed interventi sul ginocchio.
Si rileva che al 5° posto per ordine di dimissioni compaiono quelle dovute a parto naturale.
Le Tabelle 7-9 che seguono, descrivono in modo più dettagliato la modalità di erogazione di alcune prestazioni ospedaliere associate a DRG ad alto rischio di inappropriatezza, se erogate in regime di RO.
Nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera, per non erogare prestazioni in modalità inappropriata, si sta procedendo al trasferimento delle suddette prestazioni dal regime di RO a quello diurno o anche, laddove possibile, verso il regime ambulatoriale. In tal modo, si riuscirebbe a garantire un'erogazione delle prestazioni in modo più efficiente, con minore aggravio delle risorse finanziarie dedicate al sistema sanitario e con maggiore efficienza nell'utilizzo delle risorse di cui dispone ciascuna struttura ospedaliera.
La Tabella 7 considera le dimissioni per tonsillectomia e/o adenoidectomia, per i pazienti in età pediatrica (0-17 anni). La tabella riporta il numero delle dimissioni effettuate in regime di RO e quelle con ricovero diurno. Delle dimissioni in regime ordinario sono evidenziati i ricoveri avuti in One Day Surgery, ossia con un solo pernottamento del paziente, in modo tale che il paziente possa essere sufficientemente monitorato prima di essere dimesso. La tabella, quindi, evidenzia la percentuale degli interventi effettuati in regime diurno ed in One Day Surgery sul totale delle dimissioni avute per tonsillectomia. Il confronto dei valori percentuali regionali evidenzia come il processo di trasferimento degli interventi di tonsillectomia, dal regime ordinario al diurno o One Day Surgery, sia ancora in atto in alcune regioni. In particolare, il processo di cambiamento sembrerebbe più lento in quelle regioni in cui viene praticato un numero inferiore di interventi.
La Tabella 8 considera le dimissioni ospedaliere per otite media ed infezione delle alte vie respiratorie, cui è associato un DRG medico. La tabella evidenzia la percentuale di dimissioni in regime diurno e con degenza breve, ossia di 1 giorno, sul totale delle dimissioni ed anche in questo caso i dati presentano un'elevata variabilità: detta distribuzione percentuale assume il valore massimo nel Lazio con il 49,7%; il valore minimo si registra in Piemonte con il 6,2%.
La Tabella 9 considera i ricoveri per esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, cui è associato un DRG medico, ritenuto a rischio di inappropriatezza se con RO. Dal computo dei ricoveri sono stati esclusi quelli che, sulla base di una valutazione medica, sono stati ritenuti ricoveri urgenti.
In questo caso la percentuale dei ricoveri diurni e con degenza breve (1 giorno) sul totale delle dimissioni non è in nessun caso inferiore al 60% ed i valori massimi sono quasi al 93% (Lazio e Friuli Venezia Giulia).

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 445

Tabella 1 - Tasso (per 1.000) di dimissioni ospedaliere in età pediatrica in regime di Ricovero Ordinario per regione - Anni 2010, 2014

Regioni	<1		1-4		5-14		15-17		0-14		0-17	
	2010	2014	2010	2014	2010	2014	2010	2014	2010	2014	2010	2014
Piemonte	496,2	481,3	60,9	48,5	36,5	30,6	45,4	37,7	74,4	62,7	69,7	58,6
Valle d'Aosta	370,4	446,6	50,3	59,3	48,9	44,4	57,4	52,1	72,0	72,4	69,8	69,1
Lombardia	571,4	394,7	78,8	65,0	42,3	37,3	49,5	44,2	89,5	66,4	83,3	62,9
Bolzano-Bozen	371,7	380,8	64,7	48,1	40,4	30,2	55,3	50,2	67,7	57,4	65,6	56,1
Trento	388,4	307,4	44,4	33,7	27,1	24,2	32,7	33,8	55,7	43,8	52,0	42,1
Veneto	331,7	319,4	50,7	37,1	26,9	23,9	33,7	28,6	54,0	44,8	50,7	42,1
Friuli Venezia Giulia	329,6	319,3	39,9	31,1	24,8	23,7	36,6	32,5	49,4	43,3	47,4	41,5
Liguria	510,7	477,4	69,6	59,4	37,7	34,3	48,0	38,2	77,1	66,8	72,2	61,9
Emilia-Romagna	442,5	411,2	67,4	55,3	38,3	34,0	42,0	39,5	75,6	62,9	70,5	59,2
Toscana	422,1	353,9	60,1	45,3	34,1	28,3	43,5	36,8	67,9	52,3	64,0	49,8
Umbria	499,9	404,1	87,3	66,0	43,8	40,7	49,2	45,6	87,0	69,3	80,8	65,5
Marche	386,2	398,5	77,9	59,7	43,3	35,7	43,0	39,9	76,2	64,0	70,6	59,9
Lazio	494,0	458,1	82,3	73,5	40,9	35,8	45,8	38,1	83,7	71,8	77,3	66,4
Abruzzo	604,5	576,6	111,0	93,2	52,2	46,8	55,3	47,1	104,2	91,1	95,4	83,5
Molise	503,8	519,8	83,9	77,5	48,2	45,2	60,1	41,9	84,6	80,9	79,9	73,5
Campania	434,4	374,0	89,0	75,1	43,3	36,0	51,2	41,8	78,8	64,8	73,7	60,7
Puglia	601,7	556,3	127,6	109,0	58,9	49,9	60,7	49,7	109,4	93,4	100,4	85,4
Basilicata	452,1	375,1	75,0	68,4	39,6	41,3	40,5	34,7	72,5	66,2	66,4	60,3
Calabria	480,7	450,1	98,3	72,9	48,6	37,6	53,6	39,9	88,2	71,2	81,5	65,5
Sicilia	498,9	364,7	124,1	89,4	56,4	41,2	49,6	34,9	101,3	72,7	91,6	65,9
Sardegna	522,5	511,5	109,3	88,1	48,0	41,1	51,5	43,6	95,0	80,3	87,0	73,9
Italia	**481,7**	**413,9**	**82,5**	**66,7**	**42,5**	**35,8**	**47,9**	**39,8**	**82,4**	**66,4**	**76,5**	**61,9**

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2015.

Tabella 2 - Tasso (per 1.000) di dimissioni ospedaliere in età pediatrica in regime diurno per regione - Anni 2010, 2014

Regioni	<1		1-4		5-14		15-17		0-14		0-17	
	2010	2014	2010	2014	2010	2014	2010	2014	2010	2014	2010	2014
Piemonte	27,7	15,7	20,9	16,2	21,6	15,5	27,9	21,8	21,8	20,0	22,8	13,1
Valle d'Aosta	42,4	29,0	23,4	33,4	23,8	19,8	17,1	27,1	25,0	29,1	23,8	20,1
Lombardia	28,5	14,5	23,2	16,8	20,2	14,4	20,3	15,1	21,6	17,9	21,4	12,6
Bolzano-Bozen	31,4	27,9	41,6	32,9	30,3	21,6	23,5	19,5	33,3	29,1	31,7	20,6
Trento	33,6	32,4	32,0	33,9	32,4	32,1	29,7	29,4	32,4	38,6	31,9	27,1
Veneto	18,6	16,8	29,6	25,9	20,3	19,4	23,9	20,4	22,7	25,0	22,9	17,5
Friuli Venezia Giulia	26,5	29,9	32,5	26,4	24,3	22,1	24,7	25,0	26,7	28,6	26,4	19,8
Liguria	113,4	58,6	66,5	51,3	62,5	47,7	53,9	42,3	66,9	58,0	64,7	40,9
Emilia-Romagna	26,1	26,0	20,0	20,2	20,2	18,5	23,7	21,2	20,5	23,4	21,0	16,4
Toscana	71,2	56,1	51,0	45,2	47,3	42,9	36,6	35,7	50,0	51,1	47,9	37,1
Umbria	52,3	39,7	39,8	32,1	38,9	28,9	30,1	21,3	40,0	34,5	38,4	25,4
Marche	54,2	31,8	31,2	27,8	31,4	26,8	26,3	23,4	32,9	32,1	31,8	22,8
Lazio	120,8	111,1	88,7	77,2	89,3	67,1	63,5	50,8	91,3	82,3	86,7	60,8
Abruzzo	58,9	44,6	45,2	41,4	45,1	39,7	34,2	32,9	46,1	47,3	43,9	33,4
Molise	56,2	65,9	58,2	40,4	49,3	33,1	38,8	32,5	51,9	44,4	49,4	29,9
Campania	100,8	87,6	60,1	48,5	47,6	40,7	40,0	37,6	54,0	53,6	51,5	37,1
Puglia	37,3	29,5	41,7	27,9	38,8	29,7	27,4	24,6	39,5	34,8	37,2	23,9
Basilicata	49,1	38,4	45,1	30,3	46,8	27,8	39,5	26,0	46,5	35,0	45,2	23,5
Calabria	78,2	58,8	47,8	37,5	42,1	33,6	36,9	31,9	45,8	43,2	44,1	29,5
Sicilia	64,6	15,8	45,1	19,7	42,3	20,8	42,8	20,6	44,4	24,8	44,1	16,6
Sardegna	36,5	30,3	31,0	25,4	31,4	26,2	32,9	33,9	31,6	33,3	31,9	21,6
Italia	**55,4**	**41,4**	**41,8**	**33,0**	**38,3**	**29,6**	**34,1**	**27,6**	**40,4**	**36,8**	**39,3**	**25,9**

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 446

Tabella 3 - Primi 15 DRG (vers. 24) per numerosità (valori assoluti e valori percentuali) di dimissioni ospedaliere di pazienti di età <1 anno in regime di Ricovero Ordinario per acuti - Anno 2014

Rango			DRG	Dimissioni ospedaliere	%	% cumulata
1	390	M	Neonati con altre affezioni significative	52.033	24,7	24,7
2	389	M	Neonati a termine con affezioni maggiori	26.099	12,4	37,1
3	388	M	Prematurità senza affezioni maggiori	17.161	8,2	45,3
4	098	M	Bronchite e asma, età <18 anni	14.960	7,1	52,4
5	387	M	Prematurità con affezioni maggiori	8.522	4,0	56,4
6	385	M	Neonati morti o trasferiti ad altre strutture di assistenza per acuti	7.806	3,7	60,1
7	386	M	Neonati gravemente immaturi o con sindrome da distress respiratorio	7.770	3,7	63,8
8	467	M	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	7.133	3,4	67,2
9	184	M	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età <18 anni	6.551	3,1	70,3
10	422	M	Malattie di origine virale e febbre di origine sconosciuta, età <18 anni	5.205	2,5	72,8
11	298	M	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età <18 anni	4.665	2,2	75,0
12	070	M	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età <18 anni	4.373	2,1	77,1
13	322	M	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età <18 anni	4.159	2,0	79,1
14	091	M	Polmonite semplice e pleurite, età <18 anni	2.928	1,4	80,4
15	137	M	Malattie cardiache congenite e valvolari, età <18 anni	2.888	1,4	81,8
Totale (Primi 15 DRG)				**172.253**	**81,8**	
Totale				**210.543**	**100,0**	

M = DRG Medico.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2015.

Tabella 4 - Primi 15 DRG (vers. 24) per numerosità (valori assoluti e valori percentuali) di dimissioni ospedaliere di pazienti di età 1-4 anni in regime di Ricovero Ordinario per acuti - Anno 2014

Rango			DRG	Dimissioni ospedaliere	%	% cumulata
1	298	M	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età <18 anni	14.071	9,5	9,5
2	184	M	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età <18 anni	12.814	8,7	18,2
3	091	M	Polmonite semplice e pleurite, età <18 anni	11.243	7,6	25,8
4	026	M	Convulsioni e cefalea, età <18 anni	10.715	7,2	33,0
5	098	M	Bronchite e asma, età <18 anni	8.304	5,6	38,6
6	070	M	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età <18 anni	7.875	5,3	43,9
7	422	M	Malattie di origine virale e febbre di origine sconosciuta, età <18 anni	7.855	5,3	49,2
8	060	C	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età <18 anni	6.727	4,5	53,8
9	341	C	Interventi sul pene	2.324	1,6	55,4
10	087	M	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	2.062	1,4	56,8
11	340	C	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età <18 anni	1.868	1,3	58,0
12	322	M	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età <18 anni	1.721	1,2	59,2
13	074	M	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età <18 anni	1.681	1,1	60,3
14	423	M	Altre diagnosi relative a malattie infettive e parassitarie	1.583	1,1	61,4
15	190	M	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età <18 anni	1.524	1,0	62,4
Totale (Primi 15 DRG)				**92.367**	**62,4**	
Totale				**147.975**	**100,0**	

M = DRG Medico.
C = DRG Chirurgico.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 447

Tabella 5 - Primi 15 DRG (vers. 24) per numerosità (valori assoluti e valori percentuali) di dimissioni ospedaliere di pazienti di età 5-14 anni in regime di Ricovero Ordinario per acuti - Anno 2014

Rango			DRG	Dimissioni ospedaliere	%	% cumulata
1	184	M	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età <18 anni	14.214	6,8	6,8
2	060	C	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età <18 anni	12.668	6,1	12,9
3	026	M	Convulsioni e cefalea, età <18 anni	8.833	4,2	17,2
4	298	M	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età <18 anni	8.327	4,0	21,2
5	091	M	Polmonite semplice e pleurite, età <18 anni	8.099	3,9	25,0
6	167	C	Appendicectomia con diagnosi principale non complicata senza CC	7.597	3,6	28,7
7	225	C	Interventi sul piede	6.132	2,9	31,6
8	422	M	Malattie di origine virale e febbre di origine sconosciuta, età <18 anni	4.790	2,3	33,9
9	190	M	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età <18 anni	4.739	2,3	36,2
10	220	C	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età <18 anni	4.296	2,1	38,3
11	224	C	Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC	4.084	2,0	40,2
12	070	M	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età <18 anni	3.914	1,9	42,1
13	340	C	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età <18 anni	3.866	1,9	44,0
14	098	M	Bronchite e asma, età <18 anni	3.220	1,5	45,5
15	234	C	Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC	2.809	1,3	46,9
Totale (Primi 15 DRG)				**97.588**	**46,9**	
Totale				**208.235**	**100,0**	

M = DRG Medico.
C = DRG Chirurgico.
CC = patologie Complicanti o Concomitanti.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2015.

Tabella 6 - Primi 15 DRG (vers. 24) per numerosità (valori assoluti e valori percentuali) di dimissioni ospedaliere di pazienti di età 15-17 anni in regime di Ricovero Ordinario per acuti - Anno 2014

Rango			DRG	Dimissioni ospedaliere	%	% cumulata
1	184	M	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età <18 anni	3.426	4,9	4,9
2	167	C	Appendicectomia con diagnosi principale non complicata senza CC	3.362	4,8	9,7
3	503	C	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	3.063	4,4	14,1
4	026	M	Convulsioni e cefalea, età <18 anni	1.787	2,6	16,7
5	373	M	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	1.750	2,5	19,2
6	220	C	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età <18 anni	1.560	2,2	21,4
7	340	C	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età <18 anni	1.451	2,1	23,5
8	060	C	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età <18 anni	1.417	2,0	25,6
9	538	C	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	1.344	1,9	27,5
10	422	M	Malattie di origine virale e febbre di origine sconosciuta, età <18 anni	1.293	1,9	29,3
11	267	C	Interventi perianali e pilonidali	1.224	1,8	31,1
12	190	M	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età <18 anni	1.004	1,4	32,5
13	430	M	Psicosi	982	1,4	34,0
14	229	C	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	925	1,3	35,3
15	225	C	Interventi sul piede	917	1,3	36,6
Totale (Primi 15 DRG)				**25.505**	**36,6**	
Totale				**69.695**	**100,0**	

M = DRG Medico.
C = DRG Chirurgico.
CC = patologie Complicanti o Concomitanti.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 448

Tabella 7 - Ricoveri (valori assoluti e valori percentuali) per tonsillectomia e/o adenoidectomia in regime diurno e Ricovero Ordinario per regione - Anno 2014

Regioni	DRG 060 - Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età <18 anni			
	Regime diurno	Ricoveri Ordinari 1 giorno	Ricoveri Ordinari*	% regime diurno e ricovero breve sul totale delle dimissioni
Piemonte	62	2.882	3.039	94,9
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0	19	109	17,4
Lombardia	1.376	4.908	6.027	84,9
Bolzano-Bozen	305	16	249	57,9
Trento	299	3	58	84,6
Veneto	3.959	293	415	97,2
Friuli Venezia Giulia	252	416	501	88,7
Liguria	1.038	12	48	96,7
Emilia-Romagna	488	2.219	2.444	92,3
Toscana	1.066	1.157	1.231	96,8
Umbria	178	375	501	81,4
Marche	4	512	892	57,6
Lazio	1.521	944	1.671	77,2
Abruzzo	324	56	326	58,5
Molise	44	1	41	52,9
Campania	1.755	322	1.219	69,8
Puglia	629	390	695	77,0
Basilicata	79	42	239	38,1
Calabria	230	141	236	79,6
Sicilia	2.210	32	122	96,1
Sardegna	207	59	754	27,7
Italia	**16.026**	**14.799**	**20.817**	**83,7**

*Le dimissioni in regime ordinario sono comprensive delle dimissioni in One Day Surgery.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2015.

Tabella 8 - Ricoveri (valori assoluti e valori percentuali) per otite media e infezioni alle vie respiratorie in regime diurno e Ricovero Ordinario per regione - Anno 2014

Regioni	DRG 070 - Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età <18 anni			
	Regime diurno	Ricoveri Ordinari 1 giorno	Ricoveri Ordinari*	% regime diurno e ricovero breve sul totale delle dimissioni
Piemonte	16	18	529	6,2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	5	2	17	31,8
Lombardia	25	264	4.283	6,7
Bolzano-Bozen	9	26	199	16,8
Trento	3	12	83	17,4
Veneto	50	32	643	11,8
Friuli Venezia Giulia	13	22	99	31,3
Liguria	26	8	285	10,9
Emilia-Romagna	38	108	831	16,8
Toscana	158	37	338	39,3
Umbria	8	33	363	11,1
Marche	8	44	313	16,2
Lazio	1.156	229	1.629	49,7
Abruzzo	117	36	401	29,5
Molise	17	11	103	23,3
Campania	828	284	1.807	42,2
Puglia	240	290	2.119	22,5
Basilicata	10	12	116	17,5
Calabria	67	121	803	21,6
Sicilia	82	178	1.465	16,8
Sardegna	12	59	469	14,8
Italia	**2.888**	**1.826**	**16.895**	**23,8**

*Le dimissioni in regime ordinario sono comprensive delle dimissioni in One Day Surgery.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 449

Tabella 9 - Ricoveri (valori assoluti e valori percentuali) per esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente in regime diurno e Ricovero Ordinario per regione - Anno 2014

Regioni	DRG 184 - Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età <18 anni			
	Regime diurno	Ricoveri Ordinari 1 giorno	Ricoveri Ordinari*	% regime diurno e ricovero breve sul totale delle dimissioni
Piemonte	272	43	105	83,6
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	12	0	6	66,7
Lombardia	966	279	599	79,6
Bolzano-Bozen	33	2	8	85,4
Trento	103	4	19	87,7
Veneto	438	58	237	73,5
Friuli Venezia Giulia	289	23	48	92,6
Liguria	262	18	75	83,1
Emilia-Romagna	348	51	251	66,6
Toscana	688	16	76	92,1
Umbria	41	4	11	86,5
Marche	100	46	103	71,9
Lazio	2.812	104	331	92,8
Abruzzo	488	4	58	90,1
Molise	36	2	7	88,4
Campania	1.952	346	1.753	62,0
Puglia	1.202	91	303	85,9
Basilicata	183	5	35	86,2
Calabria	870	40	194	85,5
Sicilia	183	10	71	76,0
Sardegna	250	12	58	85,1
Italia	**11.528**	**1.158**	**4.348**	**79,9**

*Le dimissioni in regime ordinario sono comprensive delle dimissioni in One Day Surgery.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 450

Mobilità ospedaliera in età pediatrica

Significato. Con l'analisi della mobilità ospedaliera si prendono in considerazione gli spostamenti dei pazienti, in età pediatrica (0-17 anni), dalla propria regione di residenza a quella di ricovero, per essere sottoposti a cure ed interventi chirurgici. Spesso le ragioni di questi spostamenti possono essere di varia natura e non sempre immediatamente comprensibili.
Le motivazioni possono essere ricondotte alla ricerca di strutture ospedaliere di alta specialità o che notoriamente sono ritenute più specializzate di altre nel trattare determinate patologie e, quindi, al maggior grado di fiducia di cui godono, aspetto di rilevante importanza nel caso dei pazienti pediatrici. Si può anche rilevare una mobilità di "confine" verso strutture extra-regionali situate in zone limitrofe ai confini regionali per cui la mobilità è giustificata dalla vicinanza geografica o dalla maggiore facilità di accesso alle cure. Inoltre, la mobilità ospedaliera può essere ricondotta ai casi di pazienti che necessitano di assistenza ospedaliera e sono domiciliati in una regione diversa da quella propria di residenza, anche se per i pazienti in età pediatrica tale assunto dovrebbe, però, essere marginale. Infine, esiste una migrazione "evitabile" dovuta ad una inadeguata allocazione dei presidi diagnostico-terapeutici, a disinformazione o ad inefficienze delle strutture locali.
Il fenomeno della mobilità ospedaliera di una regione esprime la capacità di attrarre pazienti che risiedono in altre regioni ed in tal caso, si parla di mobilità attiva, mentre la tendenza dei pazienti ad emigrare fuori regione viene detta mobilità passiva.
La matrice di mobilità ospedaliera, determinata dalla regione di ricovero per riga e regione di residenza o provenienza per colonna, consente di calcolare gli indicatori atti a misurare l'intensità del fenomeno. Gli indicatori in questione sono l'indice di attrazione e l'indice di fuga.

Indice di attrazione

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Dimissioni in mobilità attiva (pazienti in età pediatrica residenti in altre regioni)}}{\text{Dimissioni effettuate in regione (pazienti in età pediatrica ovunque residenti)}} \times 100 \quad \text{Denominatore}$$

Indice di fuga

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Dimissioni in mobilità passiva (pazienti in età pediatrica residenti in regione ricoverati in altre regioni)}}{\text{Dimissioni di residenti in regione (pazienti in età pediatrica ovunque ricoverati)}} \times 100 \quad \text{Denominatore}$$

Analizzando il fenomeno della mobilità, emerge anche una mobilità di tipo internazionale. Ci si limita, in questo contesto, all'assistenza ospedaliera erogata in Italia a cittadini residenti all'estero. Questo fenomeno assume particolare rilievo, tenendo conto delle indicazioni europee stilate nella Direttiva 2011/24/UE che mirano ad agevolare l'accesso ad un'assistenza sanitaria transfrontaliera sicura e di qualità nell'Unione Europea e a garantire la mobilità dei pazienti.
Le amministrazioni regionali sono particolarmente interessate al fenomeno della mobilità ospedaliera per gli effetti finanziari che da essa scaturiscono. Con DM 18 ottobre 2012, il Ministero della Salute ha fissato le tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, di riabilitazione e lungodegenza. Trattasi di tariffe omnicomprensive degli episodi di ricovero cui le Regioni devono tener conto nell'adozione del proprio sistema tariffario.

Validità e limiti. La validità ed i limiti dell'analisi sulla mobilità ospedaliera si riferiscono alla qualità dell'informazione relativa alla regione di residenza del paziente, che è andata migliorando nel tempo e può essere considerata di elevata affidabilità. Per quanto riguarda la lettura dei dati, occorre prestare particolare cautela ai dati relativi alle regioni di dimensioni demografiche ridotte per le quali è da considerare fisiologico il flusso di esodo che riguarda prestazioni altamente specialistiche alle quali è ragionevole non trovare rispondenza nelle strutture locali.
Inoltre, per definire più puntualmente le motivazioni che sottendono la mobilità sanitaria, occorrerebbe approfondire il fenomeno analizzando i settori nosologici che più incidono sulla migrazione.

Valore di riferimento/Benchmark. L'Accordo Stato-Regioni per il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012, all'art. 19 dedicato alla mobilità interregionale, stabilisce che le Regioni individuino adeguati strumenti di governo della domanda tramite accordi tra Regioni confinanti per disciplinare la mobilità sanitaria. Detti accordi dovrebbero prevenire fenomeni distorsivi indotti dalle differenze tariffarie adottate dalle Regioni e da differenti gradi di applicazione delle indicazioni di appropriatezza definite a livello nazionale. Le Regioni dovrebbero anche definire collabora-

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 451

zioni interregionali tali da conseguire un miglioramento dei risultati organizzativi rispetto a quelli che si avrebbero se ci si limitasse ad una scala organizzativa ristretta al proprio ambito territoriale. Infine, dovrebbero essere individuati meccanismi di controllo su eventuali comportamenti opportunistici di alcuni soggetti del sistema definendo tetti di attività condivisi e funzionali al governo complessivo della domanda.

Descrizione dei risultati

Le tabelle che seguono presentano l'entità della mobilità per regione in termini di numerosità delle dimissioni in età pediatrica e relativi indici di attrazione e fuga. L'analisi viene presentata nella Tabella 1 e 2 relativamente all'attività per acuti e distintamente per regime di ricovero, con un confronto per gli anni 2010 e 2014. Nelle tabelle, per ogni regione, si riportano anche le dimissioni dei residenti all'estero.

La mobilità dei ricoveri in età pediatrica per acuti in regime ordinario presenta, complessivamente, un trend decrescente nei valori assoluti: si passa da 61.778 dimissioni in mobilità nel 2010 a 54.967 nel 2014 (Tabella 1). Nel 2010, tutte le regioni del Meridione insieme a Piemonte, Valle d'Aosta, PA di Trento, Umbria e Marche presentano un saldo negativo dei ricoveri in mobilità, mentre tra le più attrattive si segnalano la Liguria ed il Lazio. Nel 2014, il saldo di mobilità negativo è confermato per le stesse regioni già rilevate nel 2010 oltre al Veneto. Le regioni più attrattive risultano il Lazio e l'Emilia Romagna. Consistenti saldi positivi si rilevano anche per la Toscana e la Liguria.

Il numero complessivo delle dimissioni in mobilità in età pediatrica per acuti in regime diurno presenta i seguenti valori assoluti: 45.427 dimissioni nel 2010 e 41.462 nel 2014 (Tabella 2). Anche in questo caso, per il 2010, le regioni del Meridione presentano saldi negativi dei ricoveri diurni per acuti, oltre a Piemonte, Valle d'Aosta, PA di Trento, Veneto, Umbria e Marche. I più accentuati saldi negativi, nel 2010, sono in Campania e Calabria. I saldi positivi più elevati si rilevano nel Lazio e con un certo distacco in Liguria.

Nel 2014, si confermano i saldi negativi delle regioni già rilevate nel 2010 con la Lombardia e la PA di Bolzano che subiscono un'inversione del saldo. Tra le regioni a saldo positivo, nel 2014, si segnalano il Lazio, la Liguria e la Toscana, con quest'ultima che registra un incremento rispetto al 2010.

In termini percentuali tanto con i ricoveri in regime ordinario che con quelli diurni la Liguria raggiunge i valori più elevati della mobilità attiva, sia nel 2010 che nel 2014; in quest'ultimo anno raggiunge la percentuale del 30,7% di attrazione per le dimissioni da reparti per acuti in regime ordinario e del 35,9% per quelle in regime diurno. Per quanto riguarda la mobilità passiva, come preliminarmente osservato nella sezione "Validità e limiti", si denota che, generalmente, le regioni meno estese raggiungono elevate percentuali di residenti in età pediatrica dimessi fuori regione. Nello specifico, per quanto concerne le dimissioni in età pediatrica per acuti in regime diurno, l'Umbria, il Molise e la Basilicata raggiungono, nel 2014, una percentuale di fuga superiore al 50%; per le dimissioni per acuti in regime ordinario i valori più elevati della percentuale di fuga, nel 2014, si riscontrano in Molise, Basilicata e Valle d'Aosta.

Un focus sulle regioni in Piano di Rientro e sulla dinamica della mobilità ospedaliera in età pediatrica per acuti in regime ordinario nel periodo 2010-2014 consente di evidenziare come varie regioni denotano un aumento dell'indice di fuga. Tale aumento risulta consistente specialmente per la Calabria e l'Umbria che, dal 2010 al 2014, passano, rispettivamente, da una percentuale del 16,0% al 19,3% e dal 16,2% al 18,8%. Relativamente alle dimissioni in età pediatrica per acuti in regime diurno, aumenta l'indice di fuga in particolare in Basilicata (da 35,5%% a 51,8%) e Umbria (da 50,0% a 62,1%); più contenuto è l'aumento dell'indice di emigrazione per le rimanenti regioni, con eccezione della Valle d'Aosta che passa dal 48,2% del 2010 a 42,6% del 2014 e della PA di Bolzano che passa, invece, dal 22,0% del 2010 al 17,3% del 2014.

Infine, le tabelle riportano anche le dimissioni dei residenti all'estero. Dai dati a disposizione si osserva come le dimissioni di questi pazienti non siano uniformemente distribuite sul territorio nazionale, sia per quanto concerne le dimissioni per acuti in regime ordinario che in regime diurno. In termini assoluti, a livello nazionale, dal 2010 al 2014 si rileva un netto incremento delle dimissioni dei residenti all'estero; le dimissioni in età pediatrica per acuti in regime ordinario passano, infatti, da 1.000 nel 2010 a 9.322 nel 2014, mentre le dimissioni per acuti in regime diurno passano da 400 nel 2010 a 2.550 nel 2014. Il maggior numero di dimissioni per acuti in regime ordinario si registra in Lombardia ed in Puglia, dove nel 2014 si superano le 1.000 dimissioni; per quanto concerne le dimissioni in regime diurno i valori più elevati si rilevano sempre in Lombardia (568 dimissioni per residenti all'estero nel 2014) e nel Lazio (385 dimissioni per residenti all'estero nel 2014). L'aumento delle dimissioni di residenti all'estero, dal 2010 al 2014, è generalizzato in tutte le regioni, sia per quanto riguarda il regime ordinario che quello diurno, con l'unica eccezione della Basilicata che passa da 3 dimissioni di residenti all'estero in età pediatrica in regime diurno nel 2010 ad 1 dimissione nel 2014.

Una trattazione più approfondita consentirebbe anche di stabilire l'esatta provenienza geografica dei residenti all'estero e quindi se di provenienza da Paesi dell'Unione Europea o extra Europea. Per un'analisi di questo tipo si rimanda a trattazioni specifiche sull'argomento.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 452

Tabella 1 - Dimissioni (valori assoluti e valori percentuali) in mobilità ospedaliera interregionale in età pediatrica in regime di Ricovero Ordinario per acuti per attrazione, fuga, saldo e residenti all'estero e per regione - Anni 2010, 2014

Regioni	2010						2014					
	Attrazione		Fuga		Saldo	Residenti all'estero	Attrazione		Fuga		Saldo	Residenti all'estero
	Dimessi	%	Dimessi	%	Dimessi	Dimessi	Dimessi	%	Dimessi	%	Dimessi	Dimessi
Piemonte	1.941	4,3	3.958	8,5	-2.017	57	1.862	4,8	3.434	8,5	-1.572	450
Valle d'Aosta	83	7,5	435	29,9	-352	13	99	8,4	389	26,4	-290	26
Lombardia	7.984	5,8	5.848	4,3	2.136	108	7.042	6,5	4.957	4,7	2.085	1.436
Bolzano-Bozen	547	8,2	392	6,0	155	37	384	6,8	381	6,7	3	246
Trento	345	7,9	951	19,0	-606	39	290	8,2	839	20,5	-549	98
Veneto	3.645	8,7	3.420	8,2	225	68	2.751	8,0	3.121	8,9	-370	669
Friuli Venezia Giulia	1.388	15,3	925	10,7	463	44	1.258	15,5	814	10,6	444	199
Liguria	7.171	33,6	1.543	9,8	5.628	59	5.373	30,7	1.573	11,5	3.800	583
Emilia-Romagna	7.952	15,3	3.585	7,5	4.367	78	7.363	15,8	3.108	7,4	4.255	761
Toscana	6.233	15,9	2.487	7,0	3.746	80	6.100	18,7	2.094	7,3	4.006	907
Umbria	1.457	13,6	1.789	16,2	-332	26	1.384	15,7	1.709	18,8	-325	139
Marche	2.046	11,8	2.187	12,5	-141	1	1.643	11,4	2.090	14,1	-447	75
Lazio	9.584	12,6	4.279	6,1	5.305	100	9.841	14,0	3.918	6,1	5.923	946
Abruzzo	1.480	8,1	3.160	15,9	-1.680	33	1.202	7,7	2.891	16,7	-1.689	70
Molise	648	18,6	1.094	27,8	-446	10	587	19,8	1.040	30,4	-453	15
Campania	2.057	2,6	7.374	8,6	-5.317	67	1.770	2,8	6.543	9,6	-4.773	638
Puglia	2.839	4,0	5.426	7,3	-2.587	58	2.464	4,2	4.843	8,0	-2.379	1.009
Basilicata	753	13,9	1.796	27,9	-1.043	14	847	17,8	1.577	28,7	-730	25
Calabria	948	3,8	4.580	16,0	-3.632	29	667	3,6	4.237	19,3	-3.570	232
Sicilia	1.940	2,4	5.130	6,0	-3.190	42	1.567	2,8	4.162	7,0	-2.595	595
Sardegna	737	3,5	1.419	6,6	-682	37	473	2,8	1.247	7,0	-774	203

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2015.

Tabella 2 - Dimissioni (valori assoluti e valori percentuali) in mobilità ospedaliera interregionale in età pediatrica in regime diurno per acuti per attrazione, fuga, saldo e residenti all'estero e per regione - Anni 2010, 2014

Regioni	2010						2014					
	Attrazione		Fuga		Saldo	Residenti all'estero	Attrazione		Fuga		Saldo	Residenti all'estero
	Dimessi	%	Dimessi	%	Dimessi	Dimessi	Dimessi	%	Dimessi	%	Dimessi	Dimessi
Piemonte	543	4,1	2.446	16,0	-1.903	22	424	4,3	2.095	18,3	-1.671	144
Valle d'Aosta	3	1,2	239	48,2	-236	0	17	5,4	222	42,6	-205	3
Lombardia	3.370	9,5	2.751	7,9	619	54	2.670	10,5	2.767	10,8	-97	568
Bolzano-Bozen	203	6,2	109	3,4	94	8	105	4,4	123	5,1	-18	12
Trento	183	7,1	676	22,0	-493	13	116	4,3	541	17,3	-425	13
Veneto	1.800	9,6	1.855	9,8	-55	21	1.745	10,2	2.017	11,7	-272	139
Friuli Venezia Giulia	885	16,8	423	8,8	462	32	1.056	21,2	489	11,1	567	85
Liguria	6.009	31,0	722	5,1	5.287	42	5.568	35,9	718	6,7	4.850	280
Emilia-Romagna	3.144	20,3	1.903	13,4	1.241	30	2.813	19,0	2.035	14,5	778	215
Toscana	4.605	15,6	1.687	6,4	2.918	41	5.878	20,2	1.423	5,8	4.455	284
Umbria	389	12,9	2.629	50,0	-2.240	5	131	7,9	2.498	62,1	-2.367	37
Marche	848	11,7	1.428	18,2	-580	1	577	10,3	1.551	23,5	-974	19
Lazio	19.145	19,9	1.870	2,4	17.275	55	17.478	21,1	1.539	2,3	15.939	385
Abruzzo	739	11,2	3.332	36,3	-2.593	4	707	12,2	3.021	37,3	-2.314	5
Molise	148	11,8	1.320	54,3	-1.172	0	98	13,1	1.025	61,2	-927	2
Campania	977	1,8	7.395	12,4	-6.418	31	852	2,0	6.527	13,3	-5.675	168
Puglia	563	2,4	4.450	16,2	-3.887	13	421	2,5	3.951	19,6	-3.530	105
Basilicata	489	14,7	1.559	35,5	-1.070	3	212	14,5	1.339	51,8	-1.127	1
Calabria	207	1,9	4.655	30,2	-4.448	5	166	2,0	3.564	30,2	-3.398	14
Sicilia	1.137	2,9	2.946	7,1	-1.809	12	404	2,6	3.001	16,4	-2.597	47
Sardegna	40	0,6	1.032	13,1	-992	8	24	0,4	1.016	15,3	-992	24

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 453

Raccomandazioni di Osservasalute

La mobilità sanitaria rappresenta un fenomeno alquanto rilevante in termini quantitativi ed un aspetto di interesse nella programmazione sanitaria regionale e nazionale. Una valutazione della sua entità costituisce un indicatore dei Livelli Essenziali di Assistenza che le regioni sono tenute ad assicurare e un possibile indicatore di ineguaglianze nell'accesso ai servizi.
La mobilità passiva, in particolare, può costituire un costo rilevante per le regioni. Pertanto, è importante che ciascuna regione valuti attentamente i motivi che spingono i pazienti, in età pediatrica, a cercare prestazioni di assistenza ospedaliera al di fuori di quella propria di residenza. Un'analisi attenta può essere di stimolo ad avviare azioni migliorative sulla qualità delle prestazioni ospedaliere erogate nel proprio ambito territoriale.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 454

Complessità dei ricoveri in età pediatrica ed efficienza nell'erogazione delle prestazioni

Significato. La degenza media rappresenta il più semplice ed immediato indicatore di analisi di efficienza dell'attività di ricovero ospedaliero, ma risente dell'effetto confondente di una diversa composizione e complessità della casistica osservata per ciascun erogatore di prestazioni ospedaliere in regime di ricovero. Per ovviare a tale problema, la degenza viene standardizzata per case-mix ed il risultato della standardizzazione è la degenza media che si osserverebbe se la casistica trattata, ad esempio in una struttura di ricovero o nelle strutture di ricovero di una regione, fosse analoga, per composizione e complessità, ad un dato standard di riferimento che può, ad esempio, coincidere con la casistica complessivamente osservata a livello nazionale.
Limitandoci all'attività per acuti, la degenza media standardizzata per case-mix viene calcolata applicando la seguente formula:

$$dm_std_R = \frac{\sum_{i \in DRG} \frac{gg_deg_{i,R}}{dim_{i,R}} \cdot dim_{i,N}}{\sum_{i \in DRG} dim_{i,N}}$$

Significato delle variabili: $gg_deg_{i,R}$ =numero di giornate di degenza; $dim_{i,R}$=numero di dimissioni da reparti per acuti in regime di Ricovero Ordinario per l'i-esimo DRG nella regione R; $dim_{i,N}$=numero di dimissioni per l'i-esimo DRG della casistica standard, ossia quella osservata a livello nazionale.

L'Indice Comparativo di Performance (ICP) e l'Indice di Case-Mix (ICM) forniscono ulteriori indicazioni per una valutazione della complessità e dell'efficienza degli erogatori, in particolar modo se i suddetti indicatori sono letti congiuntamente.
L'ICP viene calcolato come rapporto fra la degenza media standardizzata per case-mix di un dato erogatore e la degenza media dello standard di riferimento.
Pertanto, l'ICP consente di misurare e confrontare l'efficienza dei diversi erogatori rispetto allo standard considerato. Valori dell'indicatore al di sopra dell'unità indicano una efficienza inferiore rispetto allo standard di riferimento, poiché la degenza media, depurata dagli effetti confondenti, è più lunga della degenza media di confronto. Valori inferiori all'unità rispecchiano una efficienza superiore rispetto allo standard di riferimento, poiché la degenza media standardizzata è più breve della degenza media dello standard di riferimento.
L'ICM, invece, offre uno strumento di confronto per la diversa complessità della casistica trattata, ed è calcolato come rapporto fra il peso medio del ricovero rilevato per un certo erogatore ed il peso medio del ricovero nella casistica standard rilevata complessivamente a livello nazionale. In questo caso, valori dell'indice superiori all'unità indicano una casistica con complessità maggiore rispetto allo standard, mentre valori inferiori all'unità rappresentano una casistica con complessità inferiore.
Il peso medio del ricovero viene calcolato applicando la seguente formula:

$$pm_R = \frac{\sum_{i \in DRG} p_i \cdot dim_{i,R}}{\sum_{i \in DRG} dim_{i,R}}$$

Significato delle variabili: p_i=peso relativo dell'i-esimo DRG; $dim_{i,R}$=numero di dimissioni da reparti per acuti in regime di Ricovero Ordinario per l'i-esimo DRG nella regione R.

Si evidenzia, a tal proposito, che i pesi per ciascun DRG, costituiscono il sistema di pesi relativi per la 24ª versione del sistema DRG, indicato con il DM 18 dicembre 2008 "Aggiornamento dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella Scheda di Dimissione Ospedaliera e per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere".
Il peso relativo del DRG fornisce una misura del consumo medio di risorse associato ai ricoveri afferenti a ciascun DRG: maggiore è il peso del ricovero, più elevato è il carico assistenziale della corrispondente casistica. Conseguentemente, il peso relativo può essere impiegato come indicatore proxy della complessità del ricovero, in base all'ipotesi di correlazione positiva fra complessità clinica e consumo di risorse.
La lettura congiunta dell'ICM e dell'ICP, su un grafico a quattro quadranti, risulta particolarmente significativa. Si riportano sull'asse delle ascisse i valori dell'ICM e sull'asse delle ordinate i valori dell'ICP. I due quadranti superiori (ICP >1) sono caratterizzati da una degenza media standardizzata superiore allo standard di riferimento ed i due quadranti a destra (ICM >1) individuano una maggiore complessità della casistica rispetto allo standard di riferimento.

C. CECCOLINI, A. NUZZO, S. DONNO, F. CARLE

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 455

Validità e limiti. Nell'ambito dell'analisi sull'attività ospedaliera per pazienti in età pediatrica (0-17 anni) è stata considerata la complessità ed efficienza delle prestazioni erogate in regime di RO da reparti per acuti, limitatamente alle strutture pubbliche e private accreditate. La Tabella 1 riporta un confronto degli ICM e degli ICP, per regione di ricovero, relativi al 2010 e 2014. Le rappresentazioni grafiche sono riportate, rispettivamente, nel Grafico 1 e 2.
Inoltre, considerato il numero esiguo di strutture ospedaliere pediatriche o che svolgono un'attività prevalentemente pediatrica, il cui elenco è fornito dalla Tabella 6.2, sono stati calcolati gli ICM e gli ICP per ciascuna di queste strutture ospedaliere. Il Grafico 3 e 4 forniscono un confronto dei suddetti indici per ciascuna struttura, sulle dimissioni in regime ordinario da reparti per acuti negli anni 2010 e 2014.

Valore di riferimento/Benchmark. L'Accordo Stato-Regioni per il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012, introduce indicatori e standard di efficienza ed appropriatezza allocativa delle risorse, al fine di qualificare i servizi sanitari regionali e garantire maggiore soddisfacimento dei bisogni dei cittadini, oltre a garantire un maggiore controllo della spesa. Detti indicatori e standard non si limitano alle prestazioni ospedaliere erogate verso pazienti in età pediatrica ma, in generale, riguardano l'appropriatezza organizzativa dei reparti. Tuttavia, è in questo ambito che l'Accordo individua prestazioni ospedaliere che si effettuano sui pazienti in età pediatrica, ritenute di bassa complessità e che sarebbe più appropriato effettuare in regime di ricovero diurno anziché ordinario.

Descrizione dei risultati

Nel quadrante inferiore destro (ICM >1, ICP <1) si collocano gli erogatori che appaiono di alta efficienza, caratterizzati da una casistica ad alta complessità ed una degenza media più breve rispetto allo standard di riferimento.
Nel quadrante superiore destro (ICM >1, ICP >1) si collocano gli erogatori con degenze medie di durata superiore a quella standard di riferimento, ma che può essere giustificata dalla maggiore complessità della casistica. Pertanto, la più lunga durata della degenza può non essere imputabile solo ad inefficienze organizzative.
Si evidenzia, nei suddetti quadranti, la più alta complessità della casistica trattata in Liguria e Veneto nel quinquennio esaminato. Inoltre, per le stesse regioni si rileva una riduzione della degenza media, con valori prossimi allo standard e con conseguente incremento dell'efficienza.
Nel quadrante inferiore sinistro (ICM <1, ICP <1) si definisce l'area caratterizzata da minore degenza media rispetto allo standard, che appare non dovuta ad alta efficienza organizzativa ma ad una casistica meno complessa di quella standard di riferimento.
Infine, nel quadrante superiore sinistro (ICM <1, ICP >1) si collocano gli erogatori con durata della degenza media più alta, sebbene la casistica presenti una complessità più bassa rispetto allo standard. In questo caso è, forse, possibile che possa esserci una qualche inefficienza organizzativa.
Nei quadranti di sinistra si evidenziano la Sardegna e l'Abruzzo con minore complessità della casistica trattata nel periodo osservato e la Basilicata con una drastica riduzione della stessa nel 2014.
Ulteriori cautele si devono adottare nell'interpretare la rappresentazione di questi indicatori quando assumono valori molto prossimi all'unità.
L'analoga rappresentazione per le singole strutture con attività esclusivamente pediatrica evidenzia, nel 2010 e 2014, la maggiore complessità della casistica trattata presso l'Ospedale Pausilipon di Napoli. Nel 2014, anche la "Fondazione Monza e Brianza per il bambino" registra un incremento considerevole della complessità.

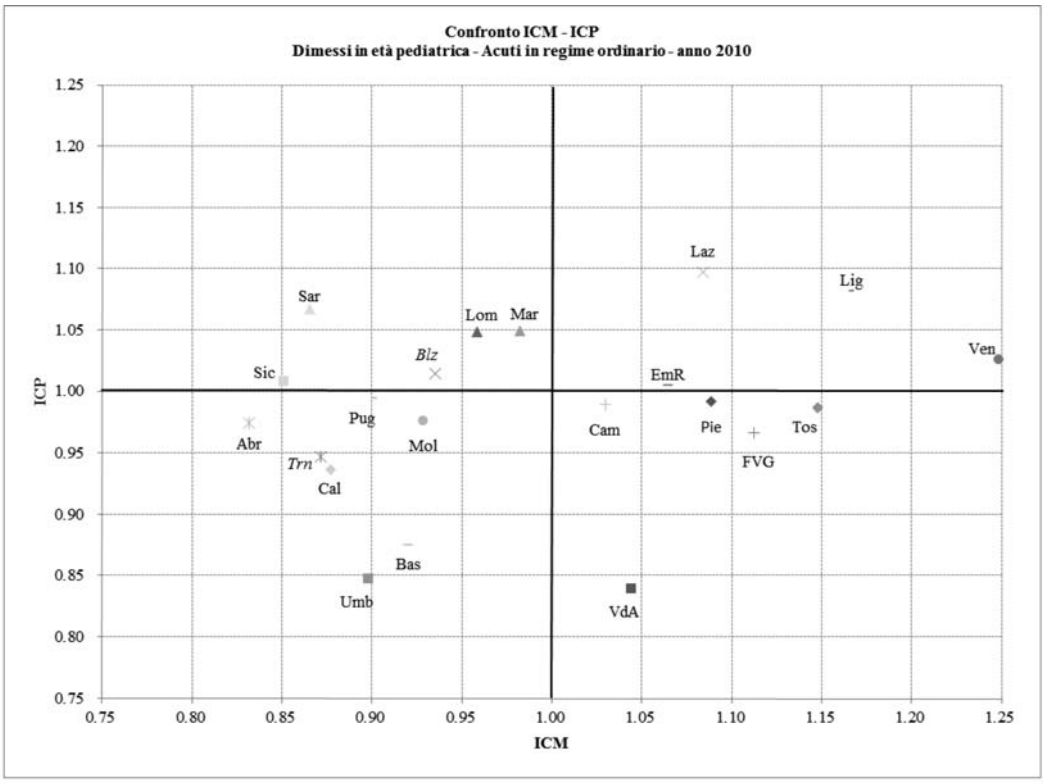
Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 456

Tabella 1 - Dimissioni ospedaliere in età pediatrica: Indice di Case-Mix e Indice Comparativo di Performance per acuti in regime di Ricovero Ordinario per regione - Anni 2010, 2014

Regioni	2010		2014	
	ICM	ICP	ICM	ICP
Piemonte	1,089	0,991	0,992	1,005
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	1,044	0,839	0,916	0,805
Lombardia	0,959	1,048	0,983	1,088
Bolzano-Bozen	0,935	1,014	0,936	0,950
Trento	0,872	0,947	1,005	1,002
Veneto	1,249	1,026	1,208	0,976
Friuli Venezia Giulia	1,113	0,967	1,110	0,977
Liguria	1,165	1,082	1,230	1,031
Emilia-Romagna	1,065	1,004	1,054	0,981
Toscana	1,148	0,987	1,188	1,010
Umbria	0,898	0,847	0,895	0,889
Marche	0,982	1,049	0,987	0,981
Lazio	1,084	1,097	1,033	1,054
Abruzzo	0,832	0,975	0,786	0,939
Molise	0,929	0,976	0,890	0,954
Campania	1,030	0,989	1,017	0,988
Puglia	0,900	0,994	0,896	0,963
Basilicata	0,920	0,875	0,778	0,973
Calabria	0,877	0,937	0,825	0,933
Sicilia	0,851	1,008	0,942	1,099
Sardegna	0,865	1,067	0,800	1,048
Italia	**1,000**	**1,000**	**1,000**	**1,000**

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2015.

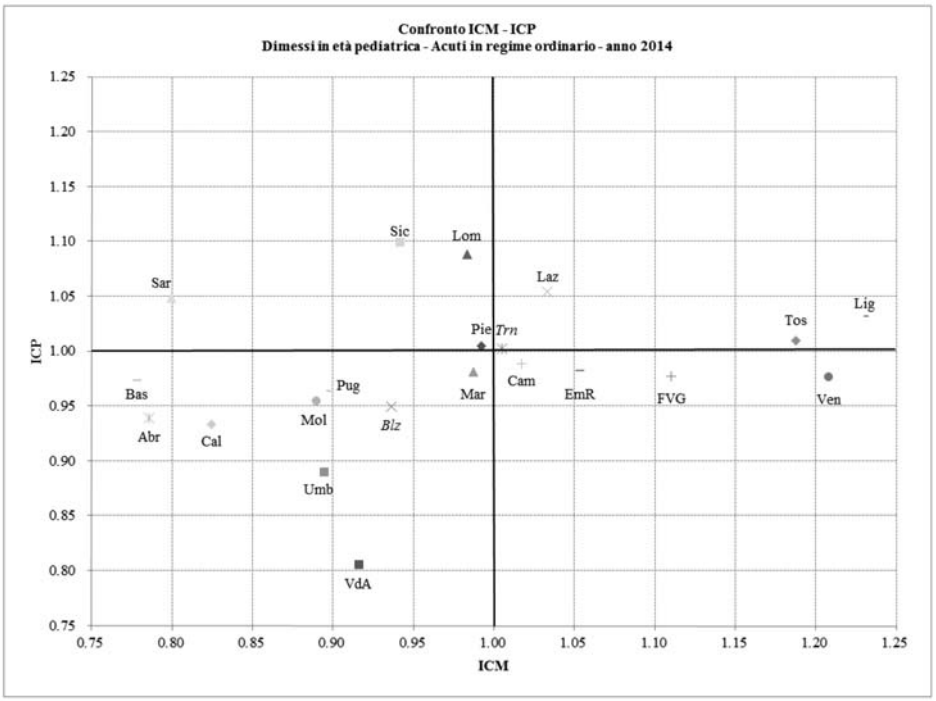
Grafico 1 - Confronto tra Indice di Case-Mix e Indice Comparativo di Performance per regione - Anno 2010



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 457

Grafico 2 - Confronto tra Indice di Case-Mix e Indice Comparativo di Performance per regione - Anno 2014



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2015.

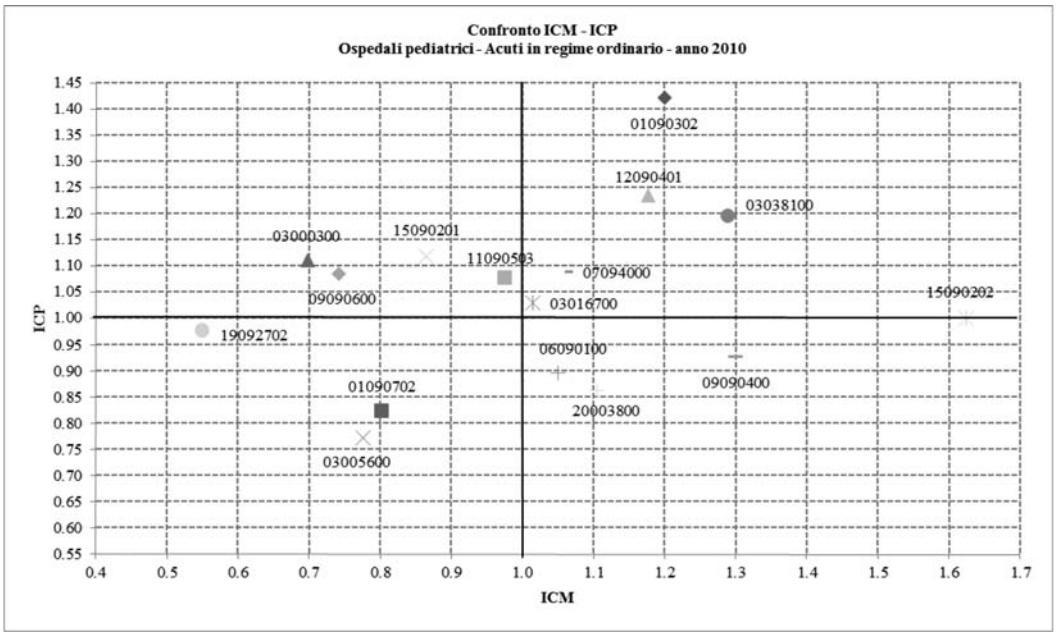
Tabella 2 - Strutture ospedaliere pediatriche

Codice	Denominazione dell'ospedale
01090302* 01090907**	Ospedale infantile Regina Margherita - Torino (TO)
1090702	Ospedale infantile C. Arrigo - Alessandria (AL)
3000300	Ospedale F. Del Ponte - Varese (VA)
3005600	Ospedale dei bambini V. Buzzi - Milano (MI)
3016700	Ospedale dei bambini Umberto I - Brescia (BS)
3038100	Fondazione Monza e Brianza per il bambino - Monza (MI)
6090100	IRCCS Burlo Garofolo - Trieste (TS)
7094000	Istituto G. Gaslini - Genova (GE)
9090400	Azienda Ospedaliera Meyer - Firenze (FI)
9090600	Fondazione Stella Maris - Calambrone (PI)
11090503	Presidio Ospedaliero G. Salesi - Ancona (AN)
12090401	Ospedale Pediatrico Bambino Gesù - Roma (RM)
15090201	Ospedale Santobono - Napoli (NA)
15090202	Ospedale Pausilipon - Napoli (NA)
15090203	Ss Annunziata Na Est - Napoli (NA)
16090702	Giovanni XXIII - Bari (BA)
19092702	Ospedale dei bambini G. di Cristina - Palermo (PA)
20003800	Ospedale Microcitemico - Cagliari (CA)

*Codice struttura 2010.
**Codice struttura 2014.

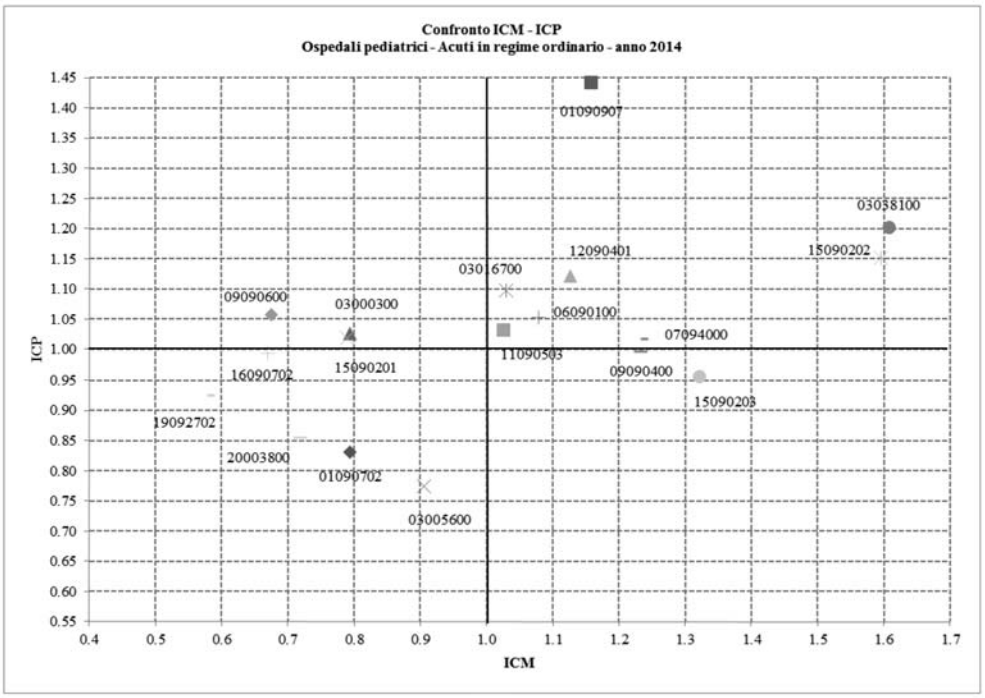
Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 458

Grafico 3 - Confronto tra Indice di Case-Mix e Indice Comparativo di Performance per gli ospedali pediatrici - Anno 2010



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2015.

Grafico 4 - Confronto tra Indice di Case-Mix e Indice Comparativo di Performance per gli ospedali pediatrici - Anno 2014



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 459

Raccomandazioni di Osservasalute

Le rappresentazioni sopra descritte di lettura congiunta della complessità e dell'efficienza ospedaliera sono, ovviamente, descrizioni sintetiche, ma possono essere di ausilio per i decisori locali sia per perfezionare i modelli logistico-organizzativi che per coniugare al meglio complessità, efficienza ed economicità dell'assistenza.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 460

Riorganizzazione dei sistemi ospedalieri regionali in base al DM n. 70/2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera"

Dott. Gianni Pieroni, Dott. Giuseppe Franchino

Nel giugno scorso è stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale l'atteso Regolamento sugli standard ospedalieri, anticipato e previsto dalla Spending Review del 2012 (art. 15 della Legge n. 135 /2012). Il Regolamento è stato elaborato dalla Commissione di esperti prevista dalla Legge n. 112/2002 con il supporto tecnico dell'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari (Agenas) sulla base di indicatori e standard desunti da molteplici fonti di società scientifiche ed organismi internazionali. Nel suo lungo iter è stato oggetto di un serrato confronto tra Governo e Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome (1). Il risultato è un documento ricco di riferimenti, complesso, che abbraccia le diverse dimensioni dell'organizzazione ospedaliera, dagli standard di struttura a quelli qualitativi, di sicurezza ed appropriato utilizzo delle risorse, spaziando sulle tematiche complementari dell'assistenza territoriale. Il Regolamento si propone di indicare le condizioni necessarie per garantire adeguatezza delle strutture e Livelli di Assistenza ospedaliera omogenei su tutto il territorio nazionale, con l'obiettivo dichiarato di dare risposte concrete ai nuovi bisogni di salute determinati dagli effetti della transizione epidemiologica, demografica e sociale che, negli ultimi decenni, hanno modificato il quadro di riferimento del nostro e dei sistemi sanitari più avanzati.

Di seguito si riporta un'illustrazione sintetica dei principali contenuti del Regolamento:

1 - Posti letto e ospedalizzazione. Sono confermati gli standard previsti dalla Legge n. 135/2012 relativi al tasso di ospedalizzazione e dotazione di posti letto (PL), nei termini di un tasso pari a 160,0 per 1.000 abitanti, di cui il 25% riferito ai ricoveri diurni, ed un tasso di PL di 3,7 per 1.000 abitanti, di cui 3,0 e 0,7 per 1.000, rispettivamente, per acuti e per riabilitazione/lungodegenza. La dotazione standard di PL pubblici e privati accreditati dai singoli Servizi Sanitari Regionali potrà essere corretta, in incremento o decremento, in funzione della mobilità sanitaria secondo predefinite modalità di calcolo che tengono conto oltre che dei flussi di mobilità anche di parametri relativi al costo medio per PL. Il Regolamento fornisce indicazioni esplicite anche per le tipologie di PL da ammettere o escludere dal calcolo della dotazione standard (ad esempio PL residenziali delle strutture territoriali, cure palliative, stati vegetativi etc.);

2 - Classificazione degli ospedali. La rete dei Presidi ospedalieri che assicurano ricoveri per pazienti acuti, a ciclo continuativo e diurno e secondo il modello per complessità ed intensità di cura, è declinata secondo tre livelli gerarchici a complessità crescente: Presidi ospedalieri di base, con un bacino di utenza tra gli 80.000 ed i 150 mila abitanti; di I livello tra i 150 mila ed i 300 mila abitanti e di II livello tra i 600 mila e 1 milione e 200 mila abitanti. I Presidi ospedalieri di II livello sono riferibili alle Aziende Ospedaliere (AO) e alle AO Universitarie, ad alcuni Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico ed ai Presidi di grandi dimensioni delle Aziende Sanitarie Locali. Per le regioni con meno di 600 mila abitanti la presenza di Presidi di II livello è subordinata alla stipula di accordi con le Regioni confinanti, al fine di garantire il valore soglia del bacino di utenza indicato.

Per le strutture private è prevista una soglia minima di accreditamento pari a 60 PL per acuti, ad eccezione delle strutture monospecialistiche per le quali la valutazione viene demandata alle singole Regioni secondo criteri e modalità da definire in sede di Conferenza Stato-Regioni. Per le strutture con meno di 60 PL già accreditate, le Regioni dovranno prevedere e favorire percorsi di riconversione e/o di fusione in modo tale da poter rispettare i requisiti richiesti entro il 2016 e la loro piena operatività dal 2017;

3 - Standard per disciplina. Il Regolamento individua il bacino di utenza minimo e massimo entro cui ogni singola disciplina o specialità clinica deve essere presente, come struttura di degenza o servizio senza PL. Il calcolo del bacino di utenza considera il tasso di PL e il tasso di ospedalizzazione già richiamati, un indice di occupazione attestato su valori del 90% ed una degenza media <7 giorni. I bacini di utenza indicati per ogni disciplina sono compresi in un range che va da 150-300 mila abitanti per le discipline ad ampia diffusione territoriale ed un range tra i 4-6 milioni di abitanti per le discipline ad elevata specializzazione, per le quali la concentrazione dei volumi rappresenta un presupposto per offrire, in modo efficiente, prestazioni di buona qualità, efficaci e sicure.

Il dimensionamento delle diverse discipline, in dipendenza del bacino di utenza, è stabilito sulla base del mix di patologie normalmente trattate dalla disciplina, del quadro epidemiologico, dei tassi di ospedalizzazione delle Regioni con migliori performance e della numerosità minima di casi e della dotazione di PL necessaria per prevedere una funzione di Direzione di Struttura Complessa (17,5 PL secondo il Comitato dei Livelli Essenziali di Assistenza), oltre che in riferimento all'articolazione dei Presidi ospedalieri nella rete dell'emergenza-urgenza ed all'assetto dei servizi della rete territoriale.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 461

La variabilità dei bacini di utenza è stata prevista anche in funzione dell'evenienza che le Regioni abbiano già strutturato una adeguata ed appropriata rete di strutture, di eventuali specificità presenti nei diversi ambiti regionali, della diversa conformazione dei territori e dell'accessibilità ai servizi, in questo caso da valutare anche con metodi di georefertazione sui tempi di percorrenza dei cittadini per raggiungere i servizi di riferimento. Le Regioni potranno, pertanto, utilizzare i bacini minimi in presenza di territori a bassa densità abitativa e quelli massimi nel caso opposto;

4 - Soglie minime per volumi ed esiti. In relazione alla riconversione della rete ospedaliera ed all'esigenza di assicurare l'erogazione delle cure in condizioni di appropriatezza, efficacia e sicurezza e tenendo conto anche degli aspetti correlati all'efficienza nell'utilizzo delle strutture, sono state individuate delle soglie minime di volumi di attività e soglie di rischio di esito che se non rispettate determinano il non riconoscimento dei requisiti di accreditamento specifici. Attraverso un'analisi della letteratura scientifica, sono state identificate le attività per le quali sono disponibili prove di associazione tra volumi e migliori esiti delle cure:

- Chirurgia delle neoplasie di Esofago, Fegato, Mammella, Pancreas, Stomaco, Cistifellea, Colon, Polmone, Prostata, Rene e Vescica;
- Procedure chirurgiche di Colecistectomia, Aneurisma aorta addominale, Angioplastica coronarica, By pass aorto-coronarico, Endoarterectomia carotidea, Rivascolarizzazione arti inferiori, Artoplastica ginocchio e anca e Frattura di femore;
- Processi e percorsi diagnostico-terapeutici in ambito di Terapia Intensiva Neonatale e Maternità ed Infarto del miocardio.

Al momento, l'attuale unità di riferimento delle soglie minime per le attività chirurgiche indicate nei primi due punti è la Struttura Complessa (SC), ma è previsto che in futuro, in relazione al previsto adeguamento della Scheda di Dimissione Ospedaliera, si possano considerare i volumi riferiti ai singoli operatori. Le unità di riferimento delle attività sono i singoli Istituti di Cura. Per le attività ospedaliere per le quali la letteratura scientifica non consente di identificare, in modo univoco, volumi ottimali di riferimento, le soglie minime possono essere individuate e scelte anche sulla base di criteri di costo efficacia ed in rapporto con specifici fabbisogni locali.

Il DM prevede che le soglie di attività e di rischio specifiche, già indicate dal provvedimento, siano da applicare a tutti gli erogatori pubblici e privati accreditati e che entro 6 mesi le stesse siano ulteriormente definite ed integrate e, quindi, periodicamente aggiornate sulla base delle conoscenze scientifiche disponibili da un tavolo tecnico formato da rappresentanti del Ministero della Salute, dell'Agenas, delle Regioni e delle PA. Allo stesso tempo, le Regioni devono identificare le azioni, le strutture, le modalità ed i tempi di attuazione di eventuali interventi di riconversione;

5 - Standard di qualità e governo clinico. Gli attuali requisiti di autorizzazione e di accreditamento dovranno essere applicati ed, eventualmente, integrati secondo il modello di governo clinico (Clinical Governance) tenendo conto di specifiche indicazioni. In particolare, per tutti i Presidi ospedalieri lo standard di qualità è identificato con la documentata e formalizzata presenza di sistemi o attività riferibili alla gestione del rischio clinico, alla medicina basata sulle evidenze, alla valutazione delle tecnologie sanitarie, alla valutazione ed al miglioramento continuo delle attività cliniche, alla documentazione sanitaria, alla comunicazione ed al coinvolgimento del cittadino/paziente ed alla formazione continua del personale. Le strutture di II livello svolgono anche un ruolo di promozione e sviluppo di metodi, strumenti e programmi da diffondere agli altri Presidi;

6 e 7 - Standard organizzativi, strutturali e tecnologici. Il Regolamento, oltre a fissare il tetto massimo del 7% di personale amministrativo sul totale del personale del Presidio ospedaliero, sancisce l'obbligo di assicurare, attraverso controlli periodici in diversi ambiti, il rispetto delle normative e delle Linee Guida nazionali e regionali finalizzate a garantire la qualità e la sicurezza delle strutture. Si va dalla protezione antisismica ed antincendio al monitoraggio periodico dello stato di efficienza e sicurezza delle attrezzature biomedicali e degli impianti tecnici, dal rispetto della privacy, sia per gli aspetti amministrativi che sanitari, alla sostenibilità ambientale. Un cenno è riservato all'esigenza di promuovere una completa informatizzazione delle procedure e dei servizi e (7) di aggiornare gli standard definiti per le Alte Specialità dal DM 29 gennaio 1992;

8 - Reti Ospedaliere. Un ampio Capitolo, che non può essere illustrato in tutti i suoi molteplici aspetti in questa sede, è dedicato all'articolazione delle Reti per Patologia. Nell'impianto del provvedimento le reti integrano l'ambito delle attività ospedaliere per acuti e post-acuti con il contesto territoriale. Vengono individuate dieci reti dedicate alle grandi patologie, dall'infarto all'ictus, ma anche per le malattie rare, l'oncologia e la pediatria. Riferimenti precisi e dettagliati sono riservati alle reti ospedaliere "tempo dipendenti", ovvero laddove il fattore tempo è fondamentale per ottimizzare la risposta terapeutica ed il buon esito degli interventi, attraverso una forte integrazione ed interconnessione tra il sistema di emergenza territoriale e la rete di ospedali a diversa complessità. Ne sono state individuate tre: quella per le Emergenze Cardiologiche, quella per l'Ictus (articolata su due livelli di Stroke Unit) e quella per i Traumi che identifica anche gli standard dei Centri del Sistema Integrato per l'Assistenza ai Traumi;

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 462

9 - Rete dell'emergenza-urgenza. Il sistema dell'emergenza integra le attività delle Centrali Operative, della rete territoriale di soccorso e della rete ospedaliera. Per ognuno di questi sistemi il Regolamento individua gli ambiti territoriali di generale riferimento, sia per bacini di utenza che per tipologia geografica del sito, fino alla definizione degli standard organizzativi e di funzionamento dei Punti di Primo Intervento, dei Pronto Soccorso e dei Dipartimenti di Emergenza Accettazione di I livello "Spoke" e di II livello "Hub". Sono fornite specifiche indicazioni anche per le sedi ospedaliere in zone particolarmente disagiate e per le interrelazioni della rete dell'emergenza con il servizio di Continuità Assistenziale;
10 - Continuità ospedale-territorio. Nella parte finale il documento si sofferma, brevemente, sul tema della continuità ospedale-territorio, riaffermando l'esigenza del potenziamento delle strutture territoriali ed il ruolo centrale dell'integrazione/interazione funzionale tra le strutture dei due ambiti nel regolamentare i flussi, sia in entrata che in uscita dall'ospedale. A tal proposito, sono richiamate sia la funzione di "filtro" che svolgono le strutture territoriali per il contenimento dei ricoveri inappropriati, sia l'importanza di un collegamento organizzato tra il sistema ospedale ed una Centrale della Continuità in grado di assicurare la dimissione protetta e la presa in carico post-ricovero. Allo stesso tempo, si prevede la promozione della Medicina di Iniziativa quale modello assistenziale orientato alla promozione della salute e ad una gestione attiva della cronicità.
Le Regioni dovranno, pertanto, procedere, contestualmente alla ridefinizione della rete ospedaliera, al riassetto dell'assistenza primaria, di quella domiciliare e di quella residenziale. In tal senso, il Regolamento fornisce indicazioni sulle strutture intermedie che possono essere di diretta interfaccia tra l'assistenza territoriale e quella ospedaliera, con particolare riferimento ai cosiddetti Ospedali di Comunità, strutture di 15-20 PL che assicurano interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio ma che, per impedimenti logistici o familiari, necessitano del ricovero e di sorveglianza infermieristica continuativa. L'ospedale di Comunità può essere attivato presso ospedali riconvertiti e/o strutture residenziali, è gestito da personale infermieristico, l'assistenza medica è assicurata da Medici di Medicina Generale o Pediatri o da altri medici dipendenti o convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN). La responsabilità organizzativa e gestionale della struttura fa capo al Distretto.
In Appendice, il Regolamento fornisce i criteri per l'individuazione univoca dei PL ordinari ospedalieri (Appendice 1) e propone un articolato quadro di riferimento relativamente agli standard strutturali, organizzativi, tecnologici e qualitativi della Chirurgia ambulatoriale (Appendice 2).

Commento

Il Regolamento sui nuovi standard di assistenza ospedaliera ha suscitato, sin dal suo nascere e durante la sua non breve gestazione, un vasto interesse tra una pluralità di attori ed addetti ai lavori: politici, manager, forze sociali, medici e professionisti sanitari. Il documento è stato oggetto di apprezzamenti, ma anche di valutazioni, osservazioni e critiche, a volte severe, spesso focalizzate su specifiche indicazioni regolatorie. Tra gli argomenti più dibattuti la riduzione dei PL, delle SC e la classificazione degli ospedali, con la prospettiva di una riconversione forzata dei più piccoli. In realtà, al di là di qualche giustificata osservazione, occorre rilevare che molte tematiche affrontate dal Regolamento toccano nel vivo la struttura dell'offerta, i modelli organizzativi, le relazioni con il contesto del nostro sistema ospedaliero e, quindi, mettono necessariamente in discussione ruoli, assetti e prassi consolidate. In questo senso è, forse, mancata da parte di molti un'interpretazione di insieme del provvedimento e della portata che potrà avere nel processo di rinnovamento del nostro sistema ospedaliero, avviato da tempo ma ancora lento a manifestarsi, specie in alcune aree del Paese. L'obiettivo primario del Regolamento è quello di rinnovare, ad ampio raggio, l'impianto del nostro sistema ospedaliero e non ci sono dubbi che, dopo un lungo periodo di provvedimenti parziali emanati attraverso una pluralità di atti normativi, il DM n. 70/2015 rappresenta uno degli atti di programmazione sanitaria, seppure rivolto al solo ambito ospedaliero, più importante degli ultimi anni (2).
La critica più ragionevole potrebbe essere che il DM sia arrivato con qualche ritardo rispetto alle positive esperienze già maturate in alcuni contesti e che la definizione tempestiva di un completo quadro di programmazione nazionale avrebbe in qualche misura potuto evitare alcune evidenti difformità nella struttura dell'offerta e nelle performance dei vari sistemi ospedalieri regionali. Peraltro, allo stato attuale, non sembra più possibile adottare in modo rigido ed uniforme gli standard del DM n. 70/2015 in tutte le Regioni. Molte di esse hanno già avviato processi di riorganizzazione in forte discontinuità con il passato ed in molti casi hanno anticipato e a volte superato, tramite diverse modalità, alcuni dei traguardi fissati dalle indicazioni contenute nel Regolamento.
In tal senso, premesso che le differenze di offerta e di performance tra il Nord ed il Sud del Paese costituiscono da tempo una costante del nostro SSN, l'esempio fornito dall'analisi delle dotazioni di PL e del tasso di ospedalizzazione nelle diverse aree geografiche è paradigmatico. Nel 2014, il tasso complessivo di PL, a livello nazionale, si attesta già al 3,63 per 1.000 abitanti, al di sotto, quindi, della soglia del 3,7 indicata dal DM n.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 463

70/2015. Quasi tutte le regioni del Centro e del Nord hanno tassi superiori allo standard, ma allo stesso tempo presentano tassi di ospedalizzazione generalmente inferiori al valore di riferimento del 160,0 per 1.000. La situazione è del tutto opposta nella maggioranza delle regioni meridionali che presentano dotazioni di PL costantemente inferiori allo standard nazionale e tassi di ospedalizzazione nettamente superiori al 160,0 per 1.000.
Evidentemente, le regioni del Nord, pur in presenza di dotazioni di PL eccedenti lo standard, dimostrano di aver adottato misure efficaci per controllare, orientare e soddisfare la domanda in setting assistenziali alternativi all'ospedale, mentre la maggioranza delle regioni del Sud, carenti sul fronte delle dotazioni, non hanno ancora posto rimedio ad una combinazione di fattori negativi, quali l'eccesso di mobilità passiva, una elevata quota di inappropriatezza dei ricoveri e una adeguata differenziazione dei ruoli tra ospedale e territorio. La situazione appena descritta sembra, peraltro, contraddire, almeno in parte e per il nostro Paese, la validità della Legge di Roemer: "A built bed is a filled bed", ovvero in un sistema assicurativo con terzo pagante l'offerta di PL ospedalieri genera ed influenza la domanda (3).
È, pertanto, chiaro che ogni Regione dovrà dare attuazione al DM n. 70/2015 con provvedimenti mirati e calibrati sulla realtà esistente e per molte sarebbe riduttivo che l'obiettivo principale delle azioni da mettere in campo fosse orientato, unicamente, al mero raggiungimento degli standard previsti dal Regolamento. In un'ottica di programmazione che definisca le varie tappe del percorso ed i relativi tempi di attuazione, l'accento dovrà essere posto al complesso delle interrelazioni e dei fattori che, allo stato attuale, fanno la differenza tra un sistema ospedaliero moderno, snello, sostenibile ed efficace ed uno ancorato a logiche del passato, seppure recente.
In questo senso, deve essere letto anche il tema relativo alla classificazione degli ospedali, agli standard per disciplina e alle reti ospedaliere per patologia. Se per alcune realtà l'individuazione di determinati e più ampi bacini di utenza e la concentrazione delle SC può rappresentare un'effettiva occasione di razionalizzazione del sistema ospedaliero, per altre realtà questa operazione può risultare meno vantaggiosa. Laddove le Regioni abbiano già definito un assetto della rete ospedaliera funzionale agli obiettivi di efficienza e di efficacia ricercati attraverso una precedente programmazione centrata sull'integrazione in rete dei Presidi, sulla differenziazione delle competenze delle varie strutture, sull'assetto Hub & Spoke delle funzioni di rilievo regionale, sarebbe poco utile ricondurre la programmazione ad una mera classificazione dei singoli stabilimenti ospedalieri, ad una rigida definizione dei bacini di utenza e ad una matematica individuazione della quantità e della consistenza delle discipline presenti.
Un discorso diverso merita il tema del riassetto della struttura dell'offerta in funzione del rispetto delle soglie minime di attività per volumi ed esiti. È la prima volta che la normativa del nostro Paese fornisce indicazioni per una sistematica ed ampia riflessione in questo ambito di schietta natura organizzativa che deve coinvolgere nel merito ed a tutti gli effetti anche la componente professionale. Gli ultimi e recenti dati forniti dal Programma Nazionale Esiti di Agenas mettono in evidenza che, nel 2014, una quota molto rilevante delle strutture ospedaliere del nostro Paese, fino oltre i due terzi per alcune patologie, è al di sotto del numero minimo di ricoveri ed interventi ritenuti necessari, secondo le attuali evidenze scientifiche, a garantire cure di qualità e un buon esito dell'intervento (4). Peraltro, il Regolamento supera il parametro delle soglie per ospedale ed introduce, correttamente, le soglie per singola SC indicando come obiettivo futuro l'individuazione di parametri riferiti al singolo operatore.
È fuori di dubbio la difficoltà di affrontare il tema delle "soglie minime" in termini regolatori e normativi ed appare altrettanto impegnativo provvedere al loro periodico monitoraggio e aggiornamento. Tuttavia, questo obiettivo è importante per le organizzazioni e per i cittadini e ricco di prospettive in funzione del tema sempre più attuale di prevedere le progressioni di carriera ed i livelli retributivi dei professionisti ancora più centrate sulla valorizzazione delle competenze cliniche piuttosto che su quelle gestionali e manageriali. Un deciso orientamento, in tal senso, sgombrerebbe, peraltro, il campo dalle molte polemiche suscitate dal DM sulla prevista riduzione degli incarichi di direzione delle SC.
Gli ulteriori temi presi in considerazione dal Regolamento, dagli standard di qualità, organizzativi e strutturali ai requisiti delle reti di patologia e dell'emergenza e alla continuità ospedale-territorio, completano il quadro entro cui le Regioni dovranno realizzare il riordino della rete ospedaliera del nostro SSN. Anche in questi settori è prevedibile che, per raggiungere gli obiettivi di fondo posti dal DM, le Regioni non potranno individuare un percorso e piani di azione omogenei, unicamente rivolti alla formale adesione alle nuove norme. Le differenze delle politiche regionali degli ultimi anni impongono una significativa differenziazione degli interventi che ogni realtà regionale dovrà individuare ed attuare in funzione delle specifiche situazioni locali. Questo lavoro, se ben effettuato, può rappresentare una garanzia per una lettura non parcellizzata dei contenuti del DM ed un'occasione per riformulare l'impianto del futuro sistema ospedaliero in un'ottica che privilegi un'effettiva integrazione ed interconnessione tra le molteplici componenti del sistema. In questa logica è fondamentale agire in parallelo ed in modo strutturale anche sullo sviluppo dei servizi territoriali a cui il DM n. 70/2015 dedi-

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 464

ca solo qualche cenno, sottolineando, tuttavia, l'aspetto strategico che riveste una sua qualificazione per il buon esito dell'evoluzione e modernizzazione dei nostri ospedali.
In ultimo, merita un cenno la clausola di invarianza finanziaria richiamata dall'art. 2 del DM. Sebbene il Regolamento ponga tra gli obiettivi di fondo dell'intero provvedimento proprio la sostenibilità futura del nostro sistema ospedaliero, appare ottimistico e poco realistico ipotizzare, come già evidenziato in sede di esame preliminare del documento da parte dei magistrati del Consiglio di Stato, che il complessivo riordino della nostra rete ospedaliera ed il complementare potenziamento dei servizi territoriali, possa essere realizzato senza comportare un immediato onere a carico della finanza pubblica. Tale aspetto è, a nostro parere, tanto più vero quando le innovazioni riguardano gli ambiti strutturali e tecnologici che, necessariamente, comportano l'esigenza di consistenti investimenti iniziali seppure a fronte di successive e progressive economie.

Riferimenti bibliografici

(1) DM 2 aprile 2015 n.70, Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliere.
(2) Righi L, Nante N, Geddes M. I nuovi Standard Ospedalieri. Salute internazionale, 13 luglio 2015.
(3) Roemer MI. Hospitals and public health. Am j Public Health. 1959 Jul; 49 (7): 944-6.
(4) Programma Nazionale Valutazione Esiti. Disponibile sul sito: www.agenas.it/PNE.

Trapianti

I trapianti di organo rappresentano una terapia sicura e consolidata per la cura delle gravissime insufficienze di organo. Con la Legge n. 91/1999, lo sviluppo della rete dei trapianti è diventata obiettivo del Servizio Sanitario Nazionale. Negli oltre 10 anni di attività, il Centro Nazionale Trapianti (CNT) ha consolidato la rete trapiantologica e diffuso la cultura della donazione nel nostro Paese tanto da portare il sistema nazionale trapianti ai primi posti europei per qualità, sicurezza ed efficacia (1).

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 (2).

Il tema della "valutazione dell'outcome" in ambito sanitario è, attualmente, un tema centrale nelle politiche di gestione e di investimento della Sanità Pubblica, in particolare in un settore come quello dei trapianti di organo dove il Piano Sanitario Nazionale definisce strategico "promuovere la valutazione di qualità dell'attività".

Con cadenza annuale, il CNT pubblica, sul sito del Ministero della Salute (3), le valutazioni degli esiti del programma di trapianto di rene, fegato, cuore, polmone ed intestino, mettendo a disposizione del cittadino un utile strumento di confronto delle attività dei diversi centri in termini di "qualità" e "quantità" del servizio erogato.

Coerente allo spirito di valutazione dell'outcome, nel corso dell'ultimo anno il CNT ha promosso la valutazione degli esiti del Programma Nazionale Iperimmuni (PNI) rivolto ai pazienti che presentano un'elevata reattività anticorpale, condizione che ne riduce la possibilità di trovare un donatore compatibile, monitorando i risultati ottenuti a breve termine.

L'anno 2013 ha visto la nascita del CNT "Operativo", una struttura di coordinamento sanitario responsabile della gestione di tutti i programmi di trapianto nazionali. Il Programma Nazionale Pediatrico (PNP), il PNI ed i programmi di urgenza nazionale vedono il CNT impegnato nel monitoraggio delle relative liste di attesa e nell'allocazione degli organi secondo algoritmi di allocazione implementati nel Sistema Informativo Trapianti (SIT).

Sulla scia del Progetto pilota "La donazione organi come tratto identitario", che ha coinvolto la regione Umbria per la raccolta dell'espressione della volontà di donare gli organi al momento del rilascio della carta di identità, il CNT ha progressivamente esteso il Progetto a diverse regioni; ad oggi, si sono attivate ben 15 regioni, con il coinvolgimento di oltre 200 Comuni, nel programma "Donare gli organi: una scelta in Comune".

La trapiantologia italiana ha continuato ad avere un ruolo di primo piano in attività di cooperazione internazionale dell'Italia con i partner europei (4, 5).

Nel complesso, è possibile affermare che anche quest'anno si conferma il raggiungimento dei traguardi che hanno conferito al SIT un posto di eccellenza in Europa e, per molti aspetti, in tutto il mondo (1). D'altra parte, la costante crescita delle indicazioni al trapianto comporta una sempre maggiore richiesta di organi ed una conseguente maggiore necessità di donazioni.

Per quanto riguarda il numero di donazioni, queste restano stabili intorno ai 1.100 donatori utilizzati per anno, con un lieve aumento per il 2014 rispetto agli anni recenti. La stessa cosa dicasi per il numero di trapianti che si attesta sui 2.900 all'anno, anche in questo caso con un lieve aumento nel 2014.

Le sopravvivenze di cuore risultano in lieve flessione (0,4 punti percentuali) nel 2013 rispetto agli anni precedenti, mentre per quanto riguarda fegato e rene i valori risultano in linea con i valori degli anni recenti. La sopravvivenza del paziente ad 1 anno dal trapianto si attesta, rispettivamente, per cuore, fegato e rene sui valori: 82,7%, 85,9% e 97,2%.

Fra le criticità è da considerare il meccanismo di donazione-trapianto che prevede una segnalazione non sistematica dei potenziali donatori, con la rilevazione di talune inefficienze organizzative nel processo di donazione e trapianto più evidenti in alcune aree del Paese rispetto ad altre. Per la soluzione di queste criticità sono state già avviate numerose azioni di miglioramento, come dettagliato nelle conclusioni del presente Capitolo.

Si ricorda, infine, che il Ministero della Salute, in collaborazione con il CNT, ha avviato un'indagine per garantire donazione e trapianto sicuri analizzando tutte le fasi del processo, dall'individuazione del donatore fino al follow-up post-operatorio.

A. RICCI, M. CAPRIO, D. A. MATTUCCI, F. PUOTI, F. VESPASIANO, A. NANNI COSTA

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 466

Attività di donazione e *procurement*

Glossario dei termini tecnici (6)

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 utilizzato: donatore dal quale almeno un organo solido è stato prelevato e trapiantato.
Opposizione: dissenso alla donazione degli organi sottoscritto in vita dal potenziale donatore; 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, in questo periodo, inferiore rispetto alla richiesta. Ne consegue che la capacità di una regione di recuperare tale bene è essenziale per erogare questo servizio al maggior numero possibile di cittadini, visto che l'incremento del numero di trapianti è strettamente legato all'aumento del procurement di organi. Le diverse esperienze nazionali (7, 8) ed internazionali mostrano come l'aumento del numero dei donatori segnalati, ovvero i soggetti sottoposti ad accertamento di morte con criteri neurologici, e la corretta identificazione di tutti i potenziali donatori determini un aumento diretto del numero di donatori utilizzati, evidenziando come un corretto governo del processo di donazione sia essenziale ai fini dell'aumento di attività. Ciò, infatti, consente di identificare, analizzare e gestire le criticità legate a tre aspetti fondamentali del processo:
- il ripristino e mantenimento dell'omeostasi del potenziale donatore;
- il rapporto con le famiglie, finalizzato non solo al consenso alla donazione, ma anche al loro supporto psicologico;
- la valutazione clinica di idoneità del donatore.

Tasso di donatori*

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Donatori (segnalati/utilizzati)}}{\text{Popolazione media residente nella regione di segnalazione}} \times 1.000.000$$

*La formula del Tasso standardizzato è riportata nel Capitolo "Descrizione degli indicatori e Fonti dei dati".

Validità e limiti. I dati presentati sono elaborati dal Sistema Informativo Trapianti (SIT) (9, 10) che garantisce la tracciabilità dell'intero processo di donazione e trapianto secondo quanto previsto dalle Direttive Europee (Direttiva n. 3/2004 CE). Il SIT è 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 del denominatore è la popolazione media registrata dall'Istituto Nazionale di Statistica come residente nell'anno 2014.

Valore di riferimento/Benchmark. Nel corso dell'anno 2014 la Toscana si è rivelata, decisamente, la migliore in termini di attività di donazione. Non solo si è confermata la regione con il maggior tasso di donatori segnalati (82,1 Per Milione di Popolazione-PMP), ma anche quella con il più alto tasso di donatori utilizzati (37,1 PMP). Prendendo in considerazione i tassi standardizzati per età e genere tali risultati vengono confermati (78,1 tasso standardizzato di donatori segnalati PMP e 35,5 tasso standardizzato di donatori utilizzati PMP).

Significato. In Italia, circa un terzo delle donazioni si interrompe per opposizione dei familiari per cui 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.

Percentuale di opposizioni

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Opposizioni}}{\text{Donatori segnalati}} \times 100$$

Validità e limiti. Per evitare di sovrastimare la percentuale di opposizione nel caso di concomitante presenza di non idoneità o arresto cardiocircolatorio, vengono calcolate come opposizioni solo le segnala-

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 467

zioni in cui il rifiuto alla donazione è l'unica causa di interruzione del processo.

Valore di riferimento/Benchmark. Nel 2014, la regione con la minor percentuale di opposizione è la Liguria (15,8%).

Significato. L'Indice di Caldes 1 rappresenta, in percentuale, il numero di organi utilizzati per una specifica tipologia, rispetto al totale degli organi della stessa tipologia, disponibili nei donatori utilizzati (per il rene ed il polmone al denominatore si considera che il numero di organi disponibili per ciascun donatore è pari a 2). Ad esempio, il Piemonte ha procurato 117 donatori utilizzati e, da questi donatori, sono stati eseguiti 174 trapianti di rene; il suo indice di Caldes 1 è dato dal rapporto (174/(117x2))x100=74,4%. L'Indice è calcolato per ciascuna tipologia di organo ed evidenzia la percentuale di utilizzo di quel tipo di organo rispetto al totale dei donatori utilizzati.
Un'alta percentuale del Caldes 1 mostra, quindi, un'ottima capacità di utilizzo relativamente a quella tipologia di organo.

Indice di Caldes 1

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Organi utilizzati (organo specifico)}}{\text{Organi disponibili nei donatori utilizzati (organo specifico)}} \times 100$$

Validità e limiti. Non tutte le regioni hanno un proprio centro trapianti per ciascuna tipologia di organo. L'assenza di un proprio centro non è certo un fattore incentivante per il procurement degli organi. Di conseguenza, nella lettura di tale indice, è importante tenere presente la distribuzione regionale dei centri trapianto. Inoltre, bisogna considerare che le regioni con valori di donatori utilizzati PMP estremamente elevati difficilmente raggiungono ottime percentuali dell'indice di Caldes 1. Tale fenomeno è legato alla capacità di utilizzare donatori "borderline" (donatori marginali per età avanzata o per particolari quadri clinici) che, difficilmente, sono idonei alla donazione di tutti gli organi.
Nelle regioni con una migliore organizzazione di procurement ci si concentra anche sui potenziali donatori che potrebbero donare anche una sola tipologia di organo. Viceversa, in regioni con mezzi più limitati ci si concentra solo sui donatori ottimali che, a priori, potrebbero donare tutte le tipologie di organo. Ciò non incide sulla qualità dell'organo trapiantato che, comunque, viene sempre attentamente valutato nel rispetto delle Linee Guida nazionali.

Valore di riferimento/Benchmark. Visto quanto detto nel paragrafo "Validità e limiti", è difficile definire un benchmark di riferimento.

Significato. L'indice di Caldes 2 evidenzia la capacità di una regione di trapiantare gli organi procurati.
Formalmente rappresenta, in percentuale, il numero di organi trapiantati eseguiti da una regione diviso il numero di organi procurati (per uno specifico organo).
Valori superiori al 100% indicano che le regioni sono in grado di trapiantare più di quanto procurano; viceversa, valori inferiori al 100% indicano che le regioni procurano più di quanto riescono a trapiantare. Anche a livello nazionale valori superiori al 100% indicano che è maggiore il numero di organi in ingresso rispetto al numero di organi in uscita.

Indice di Caldes 2

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Organi utilizzati per tipologia di organo}}{\text{Organi procurati per tipologia di organo}} \times 100$$

Validità e limiti. Anche per l'indice di Caldes 2 bisogna tener presente che non tutte le regioni hanno un proprio centro trapianti per ciascuna tipologia di organo. Regioni senza un proprio centro hanno, per definizione, un valore di indice di Caldes 2 pari a 0.

Valore di riferimento/Benchmark. In un sistema in equilibrio l'indice di Caldes 2 dovrebbe tendere al 100% in modo da bilanciare la capacità di procurement con la capacità di trapianto.

Descrizione dei risultati

Dopo un decennio di forti incrementi nell'attività di donazione, negli ultimi anni ci si è attestati su un valore di circa 1.100 donatori utilizzati, saliti nel 2014 a 1.174, con un incremento del 6,5% rispetto al 2013 (Grafico 1).
La media e la mediana dell'età dei donatori utilizzati hanno continuato a cresce in tutto il decennio, passando dai 52 anni del 2002 ai 62 anni del 2013 e, quest'anno, sembrano assestarsi sugli stessi valori raggiunti nel 2013 (mediana 57,8; media 62,0 anni,

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 468

rispettivamente) (dati non presenti in tabella). Si conferma elevata la percentuale dei donatori utilizzati con età >64 anni (44,4%); ciò evidenzia il forte impegno profuso da parte di tutta la rete trapiantologica per rispondere alle necessità cliniche dei pazienti in lista di attesa per un trapianto di organo e per garantire una corretta gestione del rischio clinico nel processo donativo.

Il tasso di donatori segnalati PMP (ovvero pazienti con accertamento di morte con criteri neurologici), indicatore chiave nel complesso processo di identificazione del potenziale donatore, si assesta a 38,6 PMP con elevate differenze regionali che mostrano un recupero di posizione per le regioni meridionali e insulari (Tabella 1): il divario tra il Meridione ed il resto d'Italia continua, comunque, a persistere nonostante non esistano ragioni epidemiologiche che possano spiegare tale fenomeno. Anche nel 2014 la Toscana, considerata da anni la regione con la migliore organizzazione per l'individuazione del potenziale donatore, si conferma la regione con il miglior tasso di accertamenti di morte mediante criteri neurologici (donatori segnalati 77,7 PMP nel 2013 e 82,1 PMP nel 2014), evidenziando come un corretto governo dell'intero processo consenta il raggiungimento di livelli di eccellenza. Per raggiungere questi risultati la Toscana ha sviluppato, negli anni, una rete capillare che consente la corretta identificazione del donatore arrivando anche nelle rianimazioni più piccole dove il tasso di donatori è generalmente ridotto.

L'alto numero di accertamenti di morte posiziona la Toscana anche come regione con il miglior tasso di donatori utilizzati che sale a 37,1 PMP. La Tabella 2, inoltre, mostra come le prime 6 regioni per tasso di donatori utilizzati (Toscana, Friuli Venezia Giulia, PA di Trento, Piemonte e, ex equo, Lombardia e Marche) hanno un valore di almeno 24,5 PMP, paragonabile a quello delle regioni spagnole, da anni punto di riferimento in ambito trapiantologico. Per contro, molte regioni del Centro-Sud ed Isole sono ancora molto distanti dal tasso di donazione nazionale; ben 6 di esse hanno un tasso di donatori utilizzati <10,0 PMP rispetto al valore nazionale di 19,3 PMP; in controtendenza la Sardegna (20,4 PMP) che si assesta sopra il valore nazionale di oltre 1 punto PMP.

Anche correggendo per classe di età e genere i donatori segnalati ed utilizzati (Tabella 3) la Toscana si posiziona come la regione con i migliori tassi standardizzati (78,1 PMP e 35,5 PMP, rispettivamente), in crescita rispetto al 2013. Il netto gradiente Nord-Sud ed Isole viene confermato e le 6 regioni del Meridione che risultavano avere il più basso tasso di donatori utilizzati mostrano valori inferiori anche in termini di tassi standardizzati e rapporti standardizzati.

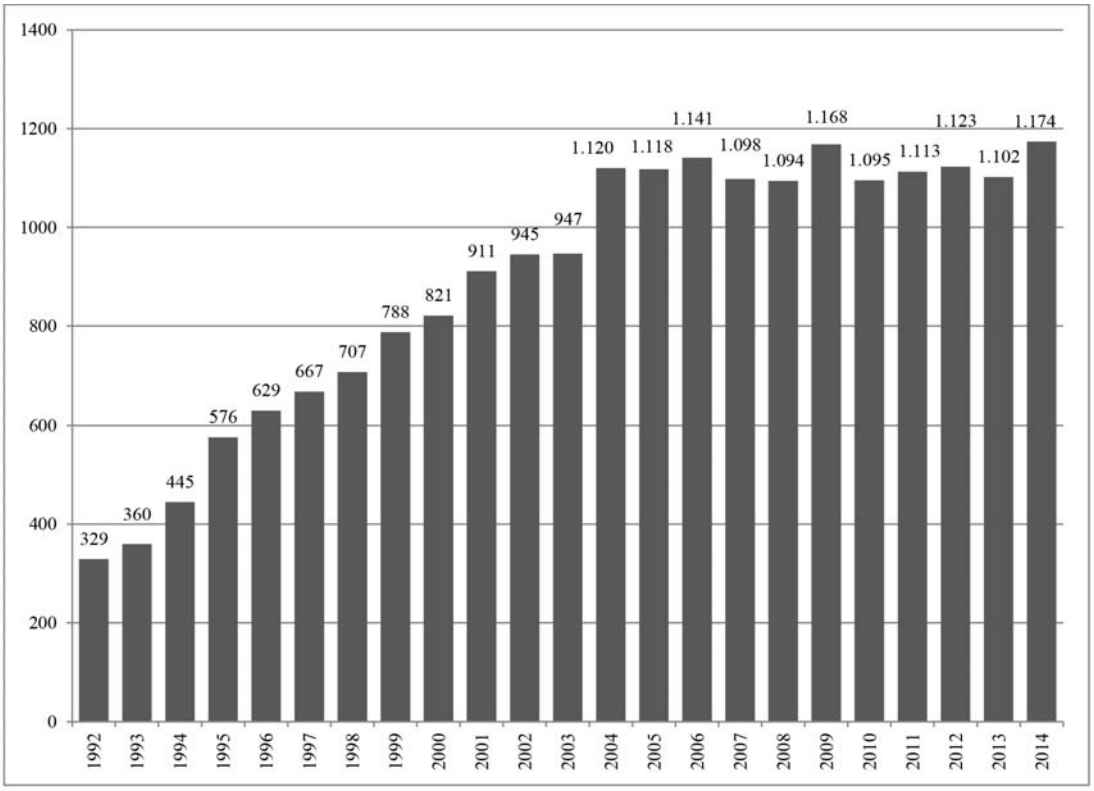
Il secondo fattore che influenza il buon esito del processo di donazione, oltre ovviamente alla capacità di identificazione del potenziale donatore all'interno del processo assistenziale ed all'idoneità clinica, è la capacità del "sistema" di incidere positivamente sulla percentuale di opposizione alla donazione (Tabella 4). Dall'analisi dei dati sulle opposizioni, in lieve incremento rispetto al 2013, emerge ancora una volta una marcata differenza tra Centro-Nord e Sud ed Isole. In particolare, le regioni che hanno avuto il più basso tasso di donatori utilizzati hanno registrato anche la maggior percentuale di opposizione alla donazione (tutte >40,0% vs un valore nazionale del 30,8%), ad eccezione della Sardegna che presenta valori ben al di sotto dei valori nazionali. Il fenomeno della disomogeneità regionale, seppure in parte legato ad aspetti socio-culturali, rispecchia l'organizzazione delle strutture di prelievo, la capacità del Coordinamento Locale di incidere positivamente sulla scelta alla donazione da parte dei familiari e la fiducia del cittadino verso la struttura sanitaria.

La Tabella 5 riporta i valori regionali dell'indice di Caldes 1 per ciascuna tipologia di organo. Anche questo indicatore conferma l'ampia variabilità regionale presente nel nostro Paese. Tali differenze possono dipendere, ovviamente, dai criteri di idoneità dei donatori utilizzati dalle regioni, ma anche dalla distribuzione dell'età dei potenziali donatori nelle diverse regioni. Solitamente, un donatore anziano può donare con maggiore probabilità un fegato rispetto ad un rene. Questo spiega il valore maggiore dell'indice di Caldes 1 relativo al fegato rispetto a quello relativo al rene (85,0% vs 72,4%, rispettivamente), nonostante ci siano in Italia un maggior numero di centri trapianto di rene, con una differenza relativa di oltre il 20% in 4 regioni. È anche evidente come in alcune realtà regionali questi equilibri si invertano: in Campania e in Umbria il valore dell'indice di Caldes 1 del rene è di molto superiore a quello del fegato, sebbene siano presenti programmi attivi per le diverse tipologie di trapianto.

L'indice di Caldes 2 (Tabella 6) evidenzia la capacità di una regione di trapiantare gli organi procurati. Anche questo indicatore varia notevolmente tra le regioni e, in ambito regionale, tra i diversi programmi trapianto. Il Veneto è l'unica regione che ha valori >100% in tutte le tipologie di trapianto, incalzata da Piemonte e Lombardia (con l'eccezione del rene) che confermano una capacità di trapianto superiore a quella di procurement. Degni di nota Friuli Venezia Giulia (181,8%) per il programma cuore, Toscana per il pancreas (200,0%) e Sicilia (300,0%) e Veneto (212,5%) per il polmone.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 469

Grafico 1 - Donatori (valori assoluti) utilizzati - Anni 1992-2014



Fonte dei dati: Sistema Informativo Trapianti. Anno 2015.

Tabella 1 - Tasso (standardizzato e specifico per 1.000.000) di donatori segnalati per genere e per regione - Anno 2014

Regioni	0-18			19-64			65-74			75+			Totale complessivo
	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale	
Piemonte	11,4	18,8	15,2	43,1	42,0	42,6	79,8	109,8	94,0	73,7	93,1	81,2	49,0
Valle d'Aosta	91,6	86,9	89,2	0,0	51,6	25,8	273,3	0,0	140,3	0,0	0,0	0,0	46,7
Lombardia	5,8	13,1	9,5	24,2	41,7	33,0	83,6	92,6	87,8	78,5	74,5	77,0	39,4
Bolzano-Bozen	0,0	18,2	9,4	19,3	19,0	19,2	75,4	42,4	59,9	104,5	53,7	84,5	27,1
Trento	0,0	18,9	9,7	68,2	55,4	61,8	34,9	0,0	18,1	28,9	0,0	18,2	42,8
Veneto	4,7	8,9	6,9	23,4	34,6	29,0	99,9	99,0	99,5	88,9	121,1	101,0	40,4
Friuli Venezia Giulia	10,6	10,0	10,3	44,1	49,4	46,7	185,0	179,2	182,3	62,7	70,6	65,6	60,2
Liguria	17,6	8,3	12,8	28,2	33,3	30,7	54,1	42,3	48,7	67,9	67,0	67,6	35,9
Emilia-Romagna	2,8	13,0	8,0	29,1	32,5	30,8	96,2	117,1	106,1	72,2	102,4	84,1	41,8
Toscana	3,4	19,2	11,6	33,7	46,5	40,0	122,7	159,3	139,7	274,5	372,9	313,0	82,1
Umbria	0,0	13,2	6,8	14,8	23,0	18,8	55,8	20,8	39,2	0,0	0,0	0,0	16,7
Marche	31,7	7,4	19,2	27,9	30,5	29,2	113,0	151,6	131,2	91,6	153,4	116,0	49,6
Lazio	10,1	9,5	9,8	29,6	36,2	32,9	97,3	88,9	93,4	87,5	81,1	85,0	40,5
Abruzzo	0,0	8,8	4,6	36,7	44,4	40,5	95,1	59,5	78,1	62,9	47,8	56,9	40,5
Molise	0,0	0,0	0,0	10,5	41,5	26,1	59,1	0,0	30,6	165,0	63,9	125,4	35,0
Campania	6,9	6,6	6,7	17,8	20,0	18,9	45,4	31,6	38,9	37,3	21,6	31,3	19,3
Puglia	10,9	12,9	12,0	17,3	23,4	20,3	44,4	55,0	49,4	53,7	49,9	52,2	24,9
Basilicata	0,0	0,0	0,0	16,8	28,0	22,4	67,4	0,0	35,4	25,0	0,0	14,9	19,0
Calabria	11,6	10,9	11,2	11,3	24,7	17,9	60,1	75,4	67,5	41,4	12,1	29,5	22,7
Sicilia	2,1	10,2	6,3	18,9	31,1	24,9	62,9	75,9	69,0	23,4	55,2	36,1	26,9
Sardegna	16,2	7,5	11,7	22,9	41,7	32,3	40,9	136,9	86,3	68,4	74,8	70,9	39,1
Italia	**7,5**	**11,6**	**9,6**	**25,8**	**34,7**	**30,2**	**82,0**	**90,0**	**85,7**	**80,9**	**93,9**	**85,9**	**38,6**

Fonte dei dati: Sistema Informativo Trapianti. Anno 2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 470

Tabella 2 - Tasso (standardizzato e specifico per 1.000.000) di donatori utilizzati per genere e per regione - Anno 2014

Regioni	0-18			19-64			65-74			75+			Totale
	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale	complessivo
Piemonte	8,6	13,4	11,1	20,4	22,1	21,3	54,4	52,9	53,7	47,2	41,9	45,1	26,4
Valle d'Aosta	0,0	86,9	44,6	0,0	0,0	0,0	273,3	0,0	140,3	0,0	0,0	0,0	23,4
Lombardia	3,5	6,5	5,1	15,6	26,6	21,1	52,2	57,1	54,5	45,3	47,2	46,0	24,5
Bolzano-Bozen	0,0	0,0	0,0	12,9	19,0	16,0	37,7	0,0	20,0	0,0	53,7	21,1	13,5
Trento	0,0	18,9	9,7	49,6	43,1	46,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	29,8
Veneto	2,4	4,4	3,4	12,1	22,0	17,0	53,5	75,3	63,8	46,0	65,6	53,4	23,5
Friuli Venezia Giulia	0,0	0,0	0,0	33,1	27,4	30,2	98,7	137,9	117,2	31,3	17,7	26,2	35,8
Liguria	0,0	8,3	4,3	21,7	28,9	25,2	27,0	21,2	24,3	40,7	22,3	33,8	23,3
Emilia-Romagna	0,0	10,4	5,3	14,9	18,1	16,5	61,6	52,1	57,1	30,1	60,5	42,0	22,3
Toscana	3,4	12,8	8,3	19,5	23,7	21,6	67,7	62,7	65,4	99,5	149,2	119,0	37,1
Umbria	0,0	13,2	6,8	11,1	11,5	11,3	55,8	20,8	39,2	0,0	0,0	0,0	12,3
Marche	31,7	0,0	15,3	15,0	13,1	14,1	56,5	75,8	65,6	41,7	63,9	50,4	24,5
Lazio	6,1	5,7	5,9	16,7	16,2	16,4	51,7	42,7	47,5	19,1	29,9	23,3	18,5
Abruzzo	0,0	8,8	4,6	14,7	19,7	17,2	13,6	44,7	28,4	0,0	15,9	6,3	15,0
Molise	0,0	0,0	0,0	10,5	20,7	15,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	9,6
Campania	5,2	4,9	5,1	6,5	7,8	7,1	14,0	7,9	11,1	6,8	0,0	4,2	6,8
Puglia	2,7	7,8	5,3	7,9	8,1	8,0	22,2	10,0	16,5	4,1	12,5	7,5	8,3
Basilicata	0,0	0,0	0,0	0,0	11,2	5,6	0,0	0,0	0,0	25,0	0,0	14,9	5,2
Calabria	11,6	5,5	8,4	4,8	11,5	8,2	30,0	10,8	20,8	8,3	0,0	4,9	9,1
Sicilia	0,0	4,1	2,1	5,7	11,7	8,6	11,1	12,6	11,8	6,7	20,1	12,0	8,0
Sardegna	16,2	0,0	7,8	13,3	22,7	18,0	30,7	68,5	48,5	29,3	15,0	23,6	20,4
Italia	**4,4**	**6,9**	**5,7**	**13,7**	**18,4**	**16,0**	**43,5**	**43,8**	**43,6**	**32,4**	**41,3**	**35,9**	**19,3**

Fonte dei dati: Sistema Informativo Trapianti. Anno 2015.

Tabella 3 - Rapporto e tasso (standardizzato per 1.000.000) di donatori segnalati ed utilizzati per regione - Anno 2014

Regioni	Donatori segnalati		Donatori utilizzati	
	Rapporto std	Tassi std	Rapporto std	Tassi std
Piemonte	1,2	46,8	1,3	25,4
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	1,2	46,2	1,2	23,1
Lombardia	1,0	39,5	1,3	24,6
Bolzano-Bozen	0,7	28,6	0,7	14,2
Trento	1,1	43,9	1,6	30,4
Veneto	1,0	40,5	1,2	23,6
Friuli Venezia Giulia	1,5	57,0	1,8	34,1
Liguria	0,8	32,5	1,1	21,4
Emilia-Romagna	1,1	40,6	1,1	21,7
Toscana	2,0	78,1	1,8	35,5
Umbria	0,4	16,0	0,6	11,8
Marche	1,2	48,0	1,2	23,9
Lazio	1,1	41,0	1,0	18,7
Abruzzo	1,0	39,8	0,8	14,8
Molise	0,9	33,9	0,5	9,3
Campania	0,5	20,8	0,4	7,3
Puglia	0,7	25,5	0,4	8,5
Basilicata	0,5	19,0	0,3	5,2
Calabria	0,6	23,3	0,5	9,3
Sicilia	0,7	27,8	0,4	8,3
Sardegna	1,0	38,7	1,0	20,2
Italia	**1,0**	**38,6**	**1,0**	**19,3**

Fonte dei dati: Sistema Informativo Trapianti. Anno 2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 471

Tabella 4 - Opposizione (valori percentuali) per classe di età, genere e per regione - Anno 2014

Regioni	0-18			19-64			65-74			75+			Totale
	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale	complessivo
Piemonte	0,0	0,0	0,0	28,1	27,3	27,7	31,8	25,9	28,6	24,0	30,0	26,7	26,3
Valle d'Aosta	100,0	0,0	50,0	-	100,0	100,0	0,0	-	0,0	-	-	-	50,0
Lombardia	40,0	33,3	35,3	27,4	22,8	24,5	25,0	21,3	23,2	21,2	23,3	22,0	24,1
Bolzano-Bozen	-	100,0	100,0	0,0	0,0	0,0	50,0	100,0	66,7	66,7	0,0	50,0	35,7
Trento	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-	0,0	0,0	-	0,0	0,0
Veneto	50,0	50,0	50,0	37,1	23,1	28,7	25,0	24,0	24,5	37,9	16,7	28,3	28,1
Friuli Venezia Giulia	100,0	100,0	100,0	25,0	16,7	20,6	20,0	15,4	17,9	50,0	75,0	60,0	27,0
Liguria	50,0	0,0	33,3	7,7	6,7	7,1	33,3	25,0	30,0	20,0	16,7	18,8	15,8
Emilia-Romagna	100,0	0,0	16,7	38,5	23,3	30,5	16,0	51,9	34,6	37,5	13,6	26,1	30,1
Toscana	0,0	0,0	0,0	23,7	37,3	31,5	13,8	27,3	21,0	33,8	27,1	30,7	28,2
Umbria	-	0,0	0,0	25,0	50,0	40,0	0,0	0,0	0,0	-	-	-	26,7
Marche	0,0	0,0	0,0	15,4	28,6	22,2	10,0	25,0	18,2	18,2	50,0	34,8	23,4
Lazio	0,0	20,0	10,0	21,8	27,7	25,0	31,3	8,0	21,1	43,8	36,8	41,2	26,9
Abruzzo	-	0,0	0,0	46,7	38,9	42,4	57,1	0,0	36,4	83,3	66,7	77,8	46,3
Molise	-	-	-	0,0	0,0	0,0	100,0	-	100,0	75,0	100,0	80,0	45,5
Campania	25,0	25,0	25,0	45,5	52,8	49,3	53,8	50,0	52,4	36,4	25,0	33,3	46,0
Puglia	75,0	40,0	55,6	45,5	41,4	43,1	40,0	36,4	38,1	46,2	37,5	42,9	43,1
Basilicata	-	-	-	100,0	60,0	75,0	50,0	-	50,0	0,0	-	0,0	63,6
Calabria	0,0	50,0	25,0	57,1	46,7	50,0	33,3	57,1	46,2	20,0	0,0	16,7	42,2
Sicilia	100,0	40,0	50,0	66,7	52,1	57,7	70,6	61,1	65,7	57,1	54,5	55,6	59,1
Sardegna	0,0	100,0	33,3	41,7	22,7	29,4	0,0	8,3	6,3	0,0	60,0	25,0	23,1
Italia	**30,8**	**25,0**	**27,2**	**32,7**	**30,5**	**31,4**	**29,0**	**28,7**	**28,9**	**33,6**	**29,9**	**32,0**	**30,8**

- = non disponibile.

Fonte dei dati: Sistema Informativo Trapianti. Anno 2015.

Tabella 5 - Indice di Caldes 1 (valori percentuali) per tipologia di organo e per regione - Anno 2014

Regioni	Rene	Fegato	Cuore	Pancreas	Polmone
Piemonte	74,4	92,3	15,4	3,4	10,3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	100,0	100,0	33,3	0,0	33,3
Lombardia	76,1	82,9	23,3	4,1	14,7
Bolzano-Bozen	92,9	85,7	14,3	0,0	0,0
Trento	87,5	93,8	25,0	0,0	15,6
Veneto	74,1	82,8	18,1	4,3	6,9
Friuli Venezia Giulia	76,1	88,6	25,0	4,5	9,1
Liguria	77,0	83,8	18,9	5,4	10,8
Emilia-Romagna	67,2	90,9	15,2	4,0	4,5
Toscana	48,2	86,3	12,9	2,9	6,8
Umbria	95,5	90,9	18,2	0,0	9,1
Marche	61,8	89,5	13,2	2,6	5,3
Lazio	79,4	85,3	21,1	1,8	5,0
Abruzzo	80,0	70,0	20,0	0,0	5,0
Molise	100,0	33,3	33,3	0,0	33,3
Campania	80,0	65,0	35,0	0,0	7,5
Puglia	76,5	82,4	17,6	5,9	14,7
Basilicata	66,7	100,0	33,3	0,0	0,0
Calabria	83,3	88,9	27,8	0,0	0,0
Sicilia	79,3	82,9	14,6	0,0	9,8
Sardegna	70,6	82,4	14,7	20,6	11,8
Italia	**72,4**	**85,0**	**19,2**	**3,7**	**9,2**

Fonte dei dati: Sistema Informativo Trapianti. Anno 2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 472

Tabella 6 - Indice di Caldes 2 (valori percentuali) per tipologia di organo e per regione - Anno 2014

Regioni	Rene	Fegato	Cuore	Pancreas	Polmone
Piemonte	96,6	109,3	150,0	100,0	158,3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste*	0,0	0,0	0,0	-	0,0
Lombardia	88,5	119,2	115,8	120,0	101,4
Bolzano-Bozen*	0,0	0,0	0,0	-	-
Trento*	0,0	0,0	0,0	-	0,0
Veneto	164,0	119,8	138,1	140,0	212,5
Friuli Venezia Giulia	50,7	71,8	181,8	0,0	0,0
Liguria	143,9	0,0	0,0	50,0	0,0
Emilia-Romagna	92,5	120,0	113,3	75,0	144,4
Toscana	86,6	89,2	66,7	200,0	110,5
Umbria**	71,4	0,0	0,0	-	0,0
Marche	89,4	117,6	0,0	-	0,0
Lazio	103,5	126,9	117,4	50,0	145,5
Abruzzo	90,6	0,0	0,0	-	0,0
Molise*	0,0	0,0	0,0	-	0,0
Campania	82,8	96,2	100,0	-	0,0
Puglia	103,8	60,7	50,0	0,0	0,0
Basilicata**	0,0	0,0	0,0	-	-
Calabria	86,7	0,0	0,0	-	-
Sicilia	173,8	161,8	100,0	-	300,0
Sardegna	79,2	103,6	120,0	100,0	0,0
Italia	**99,1**	**100,4**	**100,9**	**100,0**	**101,4**

- = non è possibile calcolare l'Indice di Caldes 2 in quanto non è presente l'attività di trapianto per quello specifico organo e non è stato procurato nessun organo.
*Regioni/PA che non hanno neanche un centro trapianto per le quali non è possibile determinare l'Indice di Caldes 2.
**Regioni che, pur non avendo un proprio centro trapianto, hanno delle convenzioni con altri centri che rendono possibile il calcolo dell'Indice di Caldes 2.

Fonte dei dati: Sistema Informativo Trapianti. Anno 2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 473

Attività di trapianto

Significato. Questo indicatore rappresenta il numero di trapianti eseguiti da ciascuna regione per la popolazione regionale residente. Risulta utile per poter raffrontare i dati di regioni di dimensioni molto diverse.

La popolazione utilizzata per il calcolo del numero di donatori Per Milione di Popolazione (PMP) è la popolazione registrata dall'Istituto Nazionale di Statistica come residente al 1 gennaio 2014.

Tasso di trapianti

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Trapianti eseguiti}}{\text{Popolazione residente nella regione di segnalazione}} \times 1.000.000$$

*La formula del Tasso standardizzato è riportato nel Capitolo "Descrizione degli indicatori e Fonti dei dati".

Validità e limiti. L'attività di trapianto è strettamente legata all'attività di donazione ed ai criteri di gestione delle liste di attesa, particolarmente variabili tra le diverse regioni. Non tutte le regioni, inoltre, hanno programmi di trapianto avviati per tutti gli organi ed estremamente complesso è determinare il "bacino di utenza" di ogni centro trapianti. Tutti questi fattori influenzano i livelli di attività di trapianto delle singole regioni.

Valore di riferimento/Benchmark. Il Veneto, con un valore di 84,6 PMP, è la regione con il miglior tasso di trapianto nell'anno 2014.

Significato. Un indicatore importante per la valutazione delle prestazioni sanitarie è, sicuramente, la percentuale di pazienti trapiantati residenti in regione.
Questo indicatore è estremamente importante non solo per evidenziare le diverse politiche regionali nel settore dei trapianti, ma anche per indicare la capacità di una regione di "attrarre" i pazienti. I fattori che generano flussi migratori di pazienti da regione a regione sono fondamentalmente due: la fiducia del cittadino verso il servizio erogato da quella regione ed i criteri di iscrizione in lista adottati. In alcuni casi particolarmente complessi, però, il paziente si vede "costretto" ad iscriversi fuori regione per andare nel centro che riesce a soddisfare la sua richiesta clinica.

Percentuale di trapianti eseguiti nella regione di residenza del paziente

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Trapianti eseguiti su pazienti residenti in regione}}{\text{Trapianti eseguiti}} \times 100$$

Percentuale di trapianti eseguiti fuori dalla regione di residenza del paziente

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Trapianti eseguiti su pazienti residenti fuori regione}}{\text{Trapianti eseguiti}} \times 100$$

Validità e limiti. I pazienti che risiedono in regioni prive di centri trapianto generano un flusso migratorio "forzato".

Valore di riferimento/Benchmark. Anche per l'anno 2014 nessuna regione trapianta più pazienti residenti fuori regione. Il Veneto è la regione con la più alta percentuale di trapianti su pazienti residenti extra regione (48,2%).

Significato. Questo indicatore è molto importante sia per capire la distribuzione geografica dei centri trapianto che per capire qual è il volume medio di attività dei diversi centri.
Dati di letteratura mostrano come i livelli di qualità di un centro trapianti siano strettamente legati ad un aumento dei volumi di attività. In un'attività multidisciplinare di alta specializzazione, come il trapianto di organi solidi, solo i centri trapianto che raggiungono una quantità minima di attività possono offrire ai pazienti efficienza e qualità nelle loro prestazioni (11, 12).

A. RICCI, M. CAPRIO, D. A. MATTUCCI, F. PUOTI, F. VESPASIANO, A. NANNI COSTA

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 474

Trapianti eseguiti per centro trapianti

Numeratore: Trapianti eseguiti nella regione

Denominatore: Centri trapianto presenti in regione

Validità e limiti. Il potenziale di donazione e la popolazione media residente sono due fattori che influiscono su questo indicatore. Infatti, regioni con un numero ridotto di donazioni o con una popolazione residente ridotta possono non avere un bacino di utenza tale da giustificare la creazione di un proprio centro trapianti.

Valore di riferimento/Benchmark. Il valore di riferimento per questo indicatore è dato dal numero di trapianti di fegato per centro trapianti eseguiti in Piemonte. In questa regione, l'unico centro trapianti di fegato ha eseguito 122 interventi nel corso del 2014.

Descrizione dei risultati

La valutazione dell'output e dell'outcome di un sistema sanitario sono, ormai, divenuti essenziali per verificare il reale livello di risposta alle necessità assistenziali dei pazienti. Il Grafico 1 mostra come il numero dei trapianti dal 1992 al 2014 sia quasi triplicato con un incremento assoluto di 149 (5,3%) trapianti rispetto al 2013, indice di maggiore attività di donazione e trapianto, nonostante l'aumento dell'età media dei donatori che rende sempre più raro il prelievo multiorgano.

La Tabella 1 evidenzia il numero dei trapianti per regione e la percentuale di quelli effettuati su pazienti residenti in regione e fuori regione di residenza.

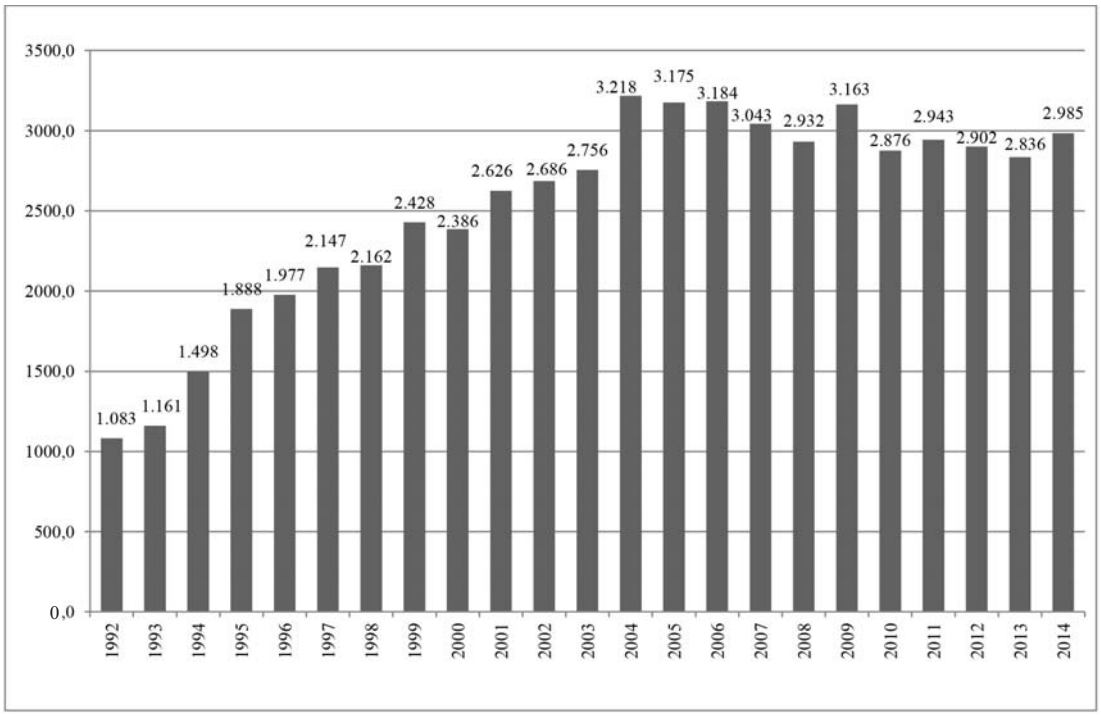
Anche per l'attività di trapianto, il dislivello regionale tra Centro-Nord e Sud ed Isole si presenta come una costante radicata e genera una mobilità dei pazienti verso Nord, evidenziata dalla percentuale e dal numero dei trapianti eseguiti su soggetti provenienti da fuori regione (attività trascurabile per le regioni del Sud e per le Isole). Le percentuali di trapianti eseguiti su pazienti extra regionali sono, comunque, ridotte anche nelle regioni del Centro-Nord, dove solo 1 (Veneto) sulle 3 del 2013 continua a mostrare una percentuale >40%. Complessivamente, la percentuale di trapianti fuori regione eseguiti in Italia è passata dal 31,7% del 2009 al 26,7% del 2014.

La Tabella 2 mostra i dati di attività di trapianto ripartita per classe di età e genere. Risulta evidente come l'82,2% dei trapianti viene eseguito nella classe di età 19-64 anni. Importante è anche l'attività pediatrica, pari al 5,1% (in lieve aumento rispetto al 4,8% del 2013) supportata dal Programma Nazionale Pediatrico che consente un'allocazione prioritaria dei donatori con età <15 anni, contenendo i tempi di attesa in lista di questi pazienti. Il 12,7% è stato eseguito su pazienti over 64 anni. In tutte le classi di età, il genere maschile è maggiormente rappresentato; complessivamente, il 67,5% dei pazienti trapiantati è di genere maschile, con punte di oltre il 72% nella classe di età 65-74 anni.

La Tabella 3 mostra la distribuzione regionale dei centri trapianti per tipologia di organo ed il numero medio di interventi annualmente eseguiti da ciascun centro trapianto. L'accordo Stato-Regioni del 2002 (13), al fine di assicurare la qualità dei programmi trapianto ed un significativo contenimento dei costi, prevede dei limiti minimi di attività per ciascun centro. Per tale motivo, alcune regioni non hanno un proprio centro trapianti attivo per ciascuna tipologia di organo. Anche in questo settore le politiche regionali sono molto diverse. Un esempio evidente è dato dalla distribuzione dei centri trapianto di fegato per i quali si passa dal Piemonte-Valle d'Aosta che, con 1 solo centro, esegue 122 interventi in 1 anno, al Lazio che con 5 strutture (sebbene 1 dedicata esclusivamente al trapianto pediatrico) esegue 26,4 trapianti annui per centro, anche se in aumento rispetto al 2013 (23,2 trapianti).

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 475

Grafico 1 - Trapianti (valori assoluti) eseguiti - Anni 1992-2014



Fonte dei dati: Sistema Informativo Trapianti. Anno 2015.

Tabella 1 - Trapianti (valori assoluti e tasso standardizzato per 1.000.000) totali e trapianti (valori percentuali) eseguiti su pazienti regionali (IN) ed extra regionali (OUT) per regione - Anno 2014

Regioni	Trapianti	Tassi std	Trapianti IN	Trapianti OUT
Piemonte	330	74,5	73,3	26,7
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste°	0	0,0	0,0	0,0
Lombardia	693	69,4	79,4	20,6
Bolzano-Bozen°	0	0,0	0,0	0,0
Trento°	0	0,0	0,0	0,0
Veneto	417	84,6	51,8	48,2
Friuli-Venezia Giulia	82	66,8	70,7	29,3
Liguria	72	45,4	65,3	34,7
Emilia-Romagna	237	53,3	62,9	37,1
Toscana	243	64,8	60,1	39,9
Umbria*	16	17,9	87,5	12,5
Marche	83	53,5	62,7	37,3
Lazio	323	54,9	65,9	34,1
Abruzzo	30	22,5	73,3	26,7
Molise°	0	0,0	0,0	0,0
Campania	91	15,5	98,9	1,1
Puglia	72	17,6	100,0	0,0
Basilicata*	3	5,2	100,0	0,0
Calabria	31	15,7	100,0	0,0
Sicilia	186	36,5	93,5	6,5
Sardegna	76	45,7	98,7	1,3
Italia	**2.985**	**49,1**	**72,2**	**26,7**

°Regioni/PA che non hanno un proprio centro trapianto.
*Regioni che non hanno un proprio centro trapianto su alcuni programmi, ma sono convenzionati con il Lazio.

Fonte dei dati: Sistema Informativo Trapianti. Anno 2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 476

Tabella 2 - Trapianti (valori assoluti) eseguiti per classe di età, genere e per regione - Anno 2014

Regioni	0-18			19-64			65-74			75+			Totale
	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale	complessivo
Piemonte	9	10	19	176	81	257	35	14	49	4	1	5	330
Valle d'Aosta°	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lombardia	23	22	45	394	178	572	52	21	73	3	0	3	693
Bolzano-Bozen°	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Trento°	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Veneto	11	10	21	211	112	323	47	21	68	3	2	5	417
Friuli Venezia Giulia	0	0	0	51	22	73	8	0	8	0	1	1	82
Liguria	6	6	12	26	18	44	14	1	15	1	0	1	72
Emilia-Romagna	4	2	6	132	66	198	22	9	31	2	0	2	237
Toscana	0	0	0	140	74	214	21	8	29	0	0	0	243
Umbria*	0	0	0	13	3	16	0	0	0	0	0	0	16
Marche	0	0	0	46	24	70	8	5	13	0	0	0	83
Lazio	20	18	38	168	75	243	26	13	39	2	1	3	323
Abruzzo	0	0	0	16	13	29	1	0	1	0	0	0	30
Molise°	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Campania	1	0	1	64	23	87	2	1	3	0	0	0	91
Puglia	1	3	4	40	22	62	2	3	5	0	1	1	72
Basilicata*	0	0	0	3	0	3	0	0	0	0	0	0	3
Calabria	0	0	0	20	8	28	3	0	3	0	0	0	31
Sicilia	3	3	6	114	52	166	11	1	12	2	0	2	186
Sardegna	0	0	0	49	21	70	4	2	6	0	0	0	76
Italia	**78**	**74**	**152**	**1.663**	**792**	**2.455**	**256**	**99**	**355**	**17**	**6**	**23**	**2.985**

°Regioni/PA che non hanno un proprio centro trapianto.
*Regioni che non hanno un proprio centro trapianto su alcuni programmi, ma sono convenzionati con il Lazio.

Fonte dei dati: Sistema Informativo Trapianti. Anno 2015.

Tabella 3 - Trapianti (media valori assoluti) eseguiti per centro e centri trapianti (valori assoluti) per tipologia di organo e per regione - Anno 2014

Regioni	Rene		Fegato		Cuore		Pancreas		Polmone		Intestino	
	Trapianti per centro	Centri trapianti	Trapianti per centro	Centri trapianti	Trapianti per centro	Centri trapianti	Trapianti per centro	Centri trapianti	Trapianti per centro	Centri trapianti	Trapianti per centro	Centri trapianti
Piemonte	54,7	3	122,0	1	13,5	2	23,0	1	19,0	1	-	-
Valle d'Aosta°	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lombardia	44,0	7	67,8	4	22,0	3	10,0	5	8,8	4	-	-
Bolzano-Bozen°	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Trento°	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Veneto	62,5	4	59,5	2	14,5	2	23,0	1	18,0	1	-	-
Friuli Venezia Giulia	34,0	1	29,0	1	20,0	1	-	-	-	-	-	-
Liguria	72,0	1	-	-	-	-	1,0	1	-	-	-	-
Emilia-Romagna	37,3	3	55,0	2	17,0	1	4,5	2	7,0	1	-	-
Toscana	36,7	3	107,0	1	12,0	1	9,0	2	11,0	1	-	-
Umbria*	15,0	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Marche	42,0	1	41,0	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Lazio	34,6	5	26,4	5	13,5	2	3,0	3	4,0	2	-	-
Abruzzo	29,0	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Molise°	26,0	2	25,0	1	14,0	1	-	-	-	-	-	-
Campania	52,0	1	17,0	1	3,0	1	-	-	-	-	-	-
Puglia	13,0	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Basilicata*	28,0	4	57,0	1	3,0	2	12,0	1	12,0	1	-	-
Calabria	38,0	1	29,0	1	6,0	1	7,0	1	-	-	-	-
Sicilia	62,5	4	59,5	2	14,5	2	23,0	1	18,0	1	-	-
Sardegna	34,0	1	29,0	1	20,0	1	-	-	-	-	-	-
Italia	**39,7**	**40**	**50,4**	**21**	**13,4**	**17**	**8,9**	**17**	**10,0**	**11**	**-**	**-**

- = Regioni/PA senza centro trapianti per una data tipologia di organo.
°Regioni/PA che non hanno un proprio centro trapianto.
*Regioni che non hanno un proprio centro trapianto su alcuni programmi, ma sono convenzionati con il Lazio.

Fonte dei dati: Sistema Informativo Trapianti. Anno 2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 477

Valutazione degli esiti dei trapianti (cuore, fegato, rene)

Glossario dei termini tecnici (6)
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.
Stimatore di Kaplan-Meier (o Kaplan-Meier): tecnica statistica utile per analizzare la sopravvivenza.

Significato. La valutazione degli esiti dei trapianti rappresenta, 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. Tale valutazione tiene conto delle informazioni sul paziente, sul trapianto e sul donatore. In particolare, c'è un monitoraggio del paziente dal momento dell'iscrizione in lista fino al trapianto, dell'esito del trapianto stesso (possibile rigetto o eventuale decesso), del donatore e del 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: lo stato dell'organo (funzionante o avvenuto rigetto) e del paziente (vivo o deceduto) ed una serie di parametri clinici organo-specifici con tutte le date relative agli eventi più rilevanti, comprese le caratteristiche del donatore al momento del trapianto.
Relativamente a questi dati, si stimano le probabilità che dopo il trapianto non si abbia un rigetto ("sopravvivenza organo") o che non si abbia un decesso ("sopravvivenza paziente"). Queste stime sono effettuate a periodi stabiliti, che solitamente sono ad 1 anno ed a 5 anni dal trapianto, sia per organo che per paziente. La stima della "sopravvivenza ad 1 anno" dal trapianto fornisce un'indicazione della bontà dell'atto chirurgico, mentre la "sopravvivenza a 5 anni" fornisce un'indicazione sulla qualità delle cure e delle terapie cui è soggetta la persona che subisce il trapianto.
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, ad esempio, la possibilità di svolgere un'attività lavorativa etc.;
- un'importante base dati utile agli operatori del settore per studi scientifici specifici su terapie immunosoppressive ed una valutazione dei fattori di rischio quali l'età, la 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) che possono ottenere utili informazioni anche in funzione del proprio caso specifico o delle tipologie di attività svolte nel singolo centro. Si pensi all'attività pediatrica piuttosto che ai casi di trapianto la cui patologia abbia origine neoplastica;
- una valutazione dell'aggiornamento dei dati di follow-up.
Di seguito vengono presentati due indicatori, "sopravvivenza dell'organo" e "sopravvivenza del paziente", per descrivere la qualità dei trapianti di cuore, fegato e rene; sono state, inoltre, calcolate le sopravvivenze ad 1 ed a 5 anni dal trapianto. Infine, sono stati descritti i risultati calcolando la "sopravvivenza del paziente" ad 1 anno anche per il trapianto di midollo.

Validità e limiti. Il trapianto di organi è una terapia legata, ed è proprio questo il suo limite più evidente, alla disponibilità di organi che rappresentano un bene raro (13). Pertanto, già dalla premessa, si capisce la difficoltà di un tale atto chirurgico il cui buon esito dipende da una lunga serie di variabili tra le quali, oltre alla disponibilità, c'è la qualità dell'organo stesso. La qualità di quest'ultimo, ovviamente, è strettamente legata allo stato di salute ed alle condizioni del donatore oltre che alla capacità di far arrivare l'organo prelevato in buone condizioni ed in tempi brevi al paziente. Infine, a completamento della successione di determinanti per la buona riuscita di un trapianto, bisogna sottolineare che sono di fondamentale importanza le condizioni e lo stato di salute del ricevente. Tutto ciò fornisce un quadro sommario della complessità, delle difficoltà e, quindi, dei limiti del trapianto di organi.
Oltre all'atto chirurgico c'è, poi, la valutazione dell'esito di un atto così complesso come il trapianto. La valutazione degli esiti dipende dalla qualità e dalla correttezza dei dati raccolti ai quali si dedica una particolare attenzione. I dati presentati sono elaborati dal Sistema Informativo Trapianti (SIT) (14). I Coordinamenti Regionali registrano tutti i trapianti da donatore cadavere eseguiti. I dati sono controllati e validati da parte di tutti i centri trapianto che provvedono all'inserimento di dati integrativi e di dati relativi al follow-up del paziente, necessari per la valutazione degli esiti del trapianto stesso. In particolare, nel corso dell'anno e con funzioni dedicate a disposizione dei centri trapianto, sono monitorati i livelli di aggiornamento dei dati ed effettuati solleciti specifici

A. RICCI, M. CAPRIO, D. A. MATTUCCI, F. PUOTI, F. VESPASIANO, A. NANNI COSTA

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 478

qualora si presentino situazioni di particolare incompletezza dei dati. Si consideri che la base dati per i trapianti, dal 2000 al 2013, ha un livello di aggiornamento vicino al 90%. Nel dettaglio, gli aggiornamenti sono dell'85,1%, 90,7% e 90,1% per i trapianti di cuore, fegato e rene, rispettivamente.

Valore di riferimento/Benchmark. Il valore di riferimento, per il singolo centro trapianti, è il valore nazionale. I dati sono raggruppati e, quindi, presentati per regione di trapianto.
Altrettanto significativi sono i riferimenti internazionali ed, in particolare, quello del Collaborative Transplant Study (CTS) di Heidelbergh, attraverso la cui collaborazione il Centro Nazionale Trapianti (CNT) (ogni 6 mesi vengono inviati tutti i dati nazionali di follow-up) può ricavare un confronto europeo sullo stesso intervallo di anni di attività e di tipologia di campione (in particolare, per quanto riguarda l'età del ricevente e l'età del donatore) (15, 16).

Trapianto di cuore

Validità e limiti. I dati elaborati riguardano il periodo 2000-2013 e sono ottenuti dai follow-up raccolti nel SIT.
L'analisi è fatta su 3.893 trapianti (con almeno un follow-up) eseguiti su pazienti adulti in 17 centri trapianti presenti in 12 regioni. I valori di aggiornamento annuali dei dati si attestano all'85,1%.

Descrizione dei risultati

I risultati riportati in Tabella 1 mostrano le sopravvivenze per organo e paziente (adulti) dell'intero periodo 2000-2013, sia ad 1 che a 5 anni dal trapianto.
Nel periodo in esame, la sopravvivenza "Italia" del paziente, ad 1 anno dal trapianto, risulta essere dell'82,7±0,6, mentre la sopravvivenza dell'organo si attesta all'82,2±0,6. Inoltre, si evidenzia che regioni come l'Emilia-Romagna raggiungono valori di sopravvivenza >90%.
Nello stesso periodo, i valori della sopravvivenza "Italia" a 5 anni dal trapianto, risultano essere vicini al 74% per il paziente e raggiugono il 73,1% per l'organo risultando significativamente alte.
È importante sottolineare come le differenze dei valori delle sopravvivenze, mostrate in Tabella 1, siano da imputare alle diverse tipologie ed alla complessità dei trapianti effettuati dal singolo centro trapianti.
Nell'analisi pubblicata sul sito del Ministero della Salute è presentata anche un'analisi che consente di normalizzare i risultati come se ogni centro fosse valutato su un unico campione (17, 18).
L'andamento delle sopravvivenze ad 1 anno dal trapianto, dal 2000 al 2013, è abbastanza stabile (tranne negli ultimi 2 anni nei quali è evidente un peggioramento di quasi 5 punti percentuali riconducibile ad una diversa selezione dei pazienti) e sempre >80%, con punte che raggiungono anche l'86,9% per il paziente e l'86,6% per l'organo (2007) (dati non presenti in tabella).

Tabella 1 - Trapianti (valori assoluti) di cuore e sopravvivenza (valori percentuali) di pazienti adulti e di organi adulti ad 1 ed a 5 anni dal trapianto per regione di trapianto - Anni 2000-2013

Regioni di trapianto	Trapianti	Sopravvivenza paziente		Sopravvivenza organo	
		1 anno	5 anni	1 anno	5 anni
Piemonte	291	77,9±2,5	70,3±2,8	76,3±2,5	68,9±2,8
Lombardia	1.188	82,1±1,1	74,9±1,3	81,8±1,1	74,5±1,3
Veneto	508	86,7±1,5	75,9±2,0	86,0±1,5	75,3±2,0
Friuli Venezia Giulia	341	88,7±1,7	75,7±2,5	88,3±1,7	75,0±2,5
Emilia-Romagna	413	90,2±1,5	80,7±2,0	89,6±1,5	80,1±2,0
Toscana	222	77,7±2,8	68,8±3,2	76,6±2,8	68,2±3,2
Lazio	186	70,3±3,4	64,2±3,6	69,4±3,4	62,8±3,6
Abruzzo	36	66,7±7,9	55,4±8,3	66,7±7,9	55,4±8,3
Campania	392	84,1±1,9	72,1±2,4	83,9±1,9	71,4±2,4
Puglia	43	76,7±6,4	68,5±8,3	76,7±6,4	68,5±8,3
Sicilia	172	80,7±3,0	74,1±3,6	80,7±3,0	74,1±3,6
Sardegna	101	72,0±4,5	66,8±4,7	72,3±4,5	66,1±4,7
Italia	**3.893**	**82,7±0,6**	**73,7±0,7**	**82,2±0,6**	**73,1±0,7**

Fonte dei dati: Sistema Informativo Trapianti. Anno 2015.

Confronto internazionale

I confronti internazionali sono fatti con campioni di altri Paesi (CTS e riferimento americano United Network for Organ Sharing-UNOS) dalle caratteristiche statistiche analoghe, ma non sovrapponibili a quelle italiane. Nel caso specifico, l'analisi è fatta sui trapianti effettuati su pazienti nel periodo 2000-2013, lo stesso periodo per il CTS ed il periodo 1997-2004 (primi trapianti) per riferimento UNOS.
I valori di sopravvivenza ad 1 anno dal trapianto, rispettivamente per paziente ed organo, sono dell'83,1% e dell'82,5%. Tali valori risultano superiori al riferimento europeo del CTS (paziente 82,6%; organo 82,5%) e inferiori di pochi punti percentuali al riferimento americano UNOS (paziente 87,7%; organo 87,1%) (dati non presenti in tabella).

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 479

Trapianto di fegato

Validità e limiti. I dati elaborati riguardano il periodo 2000-2013 e sono ottenuti dai follow-up raccolti nel SIT. I dati sono controllati e validati da parte di tutti i centri trapianto che provvedono all'inserimento di dati integrativi del trapianto e di dati relativi al follow-up del paziente necessari per la valutazione degli esiti del trapianto.
L'analisi è fatta su 12.339 trapianti (con almeno un follow-up) eseguiti su pazienti adulti in 21 centri trapianti presenti in 13 regioni. I valori di aggiornamento annuali dei dati sono di circa il 90,7%.

Descrizione dei risultati

Nella Tabella 1 sono riportati i valori della sopravvivenza per paziente e organo dell'intero periodo 2000-2013, sia ad 1 che a 5 anni dal trapianto. Dalla tabella emerge che la sopravvivenza "Italia" del paziente ad 1 anno dal trapianto ha raggiunto l'85,9±0,3, mentre l'analogo valore per la sopravvivenza dell'organo è dell'81,7±0,3, con punte anche del 92,8% per il paziente e dell'89,8% per l'organo come si evidenzia per la Sardegna.
Nello stesso periodo, i valori delle sopravvivenze "Italia" a 5 anni dal trapianto risultano essere di 74,0±0,4 per paziente e di 69,5±0,4 per l'organo.
È importante sottolineare come le differenze dei valori della sopravvivenza, mostrate in Tabella 1, siano da imputare alle diverse tipologie ed alla complessità dei trapianti effettuati dal singolo centro trapianti.
Nell'analisi pubblicata sul sito del Ministero della Salute viene presentata anche un'analisi che consente di normalizzare i risultati ed avere un confronto tra i vari centri trapianto tenendo in considerazione il numero e la complessità dei trapianti. In questo modo, è possibile paragonare valori di sopravvivenze ottenute da un centro trapianti con bassa attività con uno che effettua un elevato numero di trapianti oppure confrontare un centro che effettua trapianti particolarmente complessi e rischiosi con uno che trapianta solo in condizioni "standard" (17).
L'andamento delle sopravvivenze ad 1 anno dal trapianto, dal 2000 al 2013, è abbastanza stabile nel corso degli anni a partire dal 2004, con valori che oscillano tra l'85,0% del 2007 fino a quasi l'88% del 2010 per il paziente e tra l'80,7% dell'anno 2007 e l'83,6% del 2010 per l'organo. Negli anni precedenti al 2004 i valori risultano più bassi con differenze massime anche di 5 punti percentuali (dati non presenti in tabella).
Dall'analisi dei dati emerge una situazione di non omogeneità per quanto riguarda la qualità dei trapianti effettuati nei diversi centri; in particolare, nel caso del trapianto di fegato, ciò è dovuto ad una maggiore specializzazione su diverse casistiche (19).

Tabella 1 - Trapianti (valori assoluti) di fegato e sopravvivenza (valori percentuali) di pazienti adulti e di organi adulti ad 1 ed a 5 anni dal trapianto per regione di trapianto - Anni 2000-2013

Regioni di trapianto	Trapianti	Sopravvivenza paziente		Sopravvivenza organo	
		1 anno	5 anni	1 anno	5 anni
Piemonte	1.759	91,9±0,7	80,0±1,0	87,2±0,8	74,4±1,1
Lombardia	2.391	88,6±0,7	76,8±1,0	84,3±0,7	72,2±1,0
Veneto	1.072	86,8±1,1	74,9±1,5	82,6±1,2	70,4±1,5
Friuli Venezia Giulia	411	80,6±2,0	69,2±2,4	74,4±2,2	63,1±2,4
Liguria	443	81,1±2,0	65,0±2,4	74,2±2,1	58,9±2,4
Emilia-Romagna	1.674	84,4±0,9	71,8±1,2	78,7±1,0	66,5±1,2
Toscana	1.310	89,1±0,9	77,6±1,2	85,7±1,0	74,3±1,3
Marche	312	79,7±2,3	64,2±3,3	76,1±2,4	61,4±3,2
Lazio	1.309	79,1±1,1	68,0±1,4	76,7±1,2	65,1±1,4
Campania	535	78,3±1,9	66,6±2,4	75,5±1,9	63,0±2,3
Puglia	257	79,8±2,6	71,5±3,0	77,3±2,6	67,8±3,0
Sicilia	631	86,1±1,4	74,3±1,9	80,9±1,6	69,6±2,0
Sardegna	235	92,8±1,7	82,8±2,8	89,8±2,0	78,1±2,9
Italia	**12.339**	**85,9±0,3**	**74,0±0,4**	**81,7±0,3**	**69,5±0,4**

Fonte dei dati: Sistema Informativo Trapianti. Anno 2015.

Confronto internazionale

Nel confronto internazionale dei valori della sopravvivenza, bisogna sottolineare che le caratteristiche statistiche del campione italiano utilizzato sono analoghe, ma non sovrapponibili, a quelle degli altri riferimenti internazionali (CTS e riferimento americano UNOS). Per l'Italia e per il CTS il periodo di riferimento è 2000-2013, mentre per il riferimento UNOS il periodo è 1997-2004 (primo trapianto). Fatta questa precisazione è, comunque, possibile affermare che i valori in percentuale della sopravvivenza Italia di organo e paziente ad 1 anno dal trapianto di fegato (paziente 85,9%, organo 81,7%) risultano allineati alla media statunitense UNOS (paziente 87,6%; organo 83,3%) e superiori alla media europea CTS (paziente 82,6%; organo 82,4%) ponendo l'Italia in una posizione di tutto rispetto nell'ambito internazionale (dati non presenti in tabella).

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 480

Trapianto di rene

Validità e limiti. I dati elaborati riguardano il periodo 2000-2013 e sono ottenuti dai follow-up raccolti nel SIT. I dati sono controllati e validati da parte di tutti i centri trapianto che provvedono all'inserimento di dati integrativi e di dati concernenti il follow-up del paziente necessari per la valutazione degli esiti del trapianto. L'analisi è fatta su 18.503 trapianti di rene singolo, eseguiti su pazienti adulti in 43 centri trapianti presenti in 16 regioni, con la richiesta che abbiano almeno un follow-up. I valori di aggiornamento annuali dei dati si attestano sul 90,1% circa.

Descrizione dei risultati

Nella Tabella 1 sono riportati i valori della sopravvivenza per paziente e organo (adulti) dell'intero periodo 2000-2013, sia ad 1 che a 5 anni dal trapianto. Dalla tabella emerge che la sopravvivenza "Italia" del paziente ad 1 anno dal trapianto ha raggiunto il 97,2±0,1, mentre l'analogo valore per l'organo è del 92,0±0,2, con punte che arrivano per il paziente anche al 99,3% nelle Marche o al 93,8% per l'organo in Puglia.

Nello stesso periodo, i valori della sopravvivenza a 5 anni dal trapianto risultano essere stabili, intorno al 92,2% per il paziente ed all'82,2% per l'organo. La percentuale di sopravvivenza dell'organo e del paziente a 5 anni dal trapianto rimane alta, anche grazie alle Linee Guida ed ai protocolli operativi in materia di sicurezza relativi ai donatori con presunti rischi neoplastici o di tipo virale.

L'andamento della sopravvivenze ad 1 anno dal trapianto, dal 2000 al 2013, è sostanzialmente stabile nel corso degli anni con valori tra il 96-98% circa per il paziente e valori tra il 90-93% circa per l'organo.

Tabella 1 - Trapianti (valori assoluti) di rene e sopravvivenza (valori percentuali) di pazienti adulti e di organi adulti ad 1 ed a 5 anni dal trapianto per regione di trapianto - Anni 2000-2013

Regioni di trapianto	Trapianti	Sopravvivenza paziente		Sopravvivenza organo	
		1 anno	5 anni	1 anno	5 anni
Piemonte	2.140	97,8±0,3	93,1±0,6	93,6±0,5	83,5±0,9
Lombardia	3.708	97,6±0,3	91,5±0,5	93,5±0,4	83,3±0,7
Veneto	2.294	98,6±0,3	92,4±0,6	93,9±0,5	83,7±0,8
Friuli Venezia Giulia	524	97,0±0,8	92,1±1,3	92,2±1,2	83,5±1,8
Liguria	528	97,6±0,7	94,2±1,1	92,2±1,2	84,7±1,6
Emilia-Romagna	1.771	98,0±0,3	94,0±0,6	93,0±0,6	84,1±0,9
Toscana	1.431	96,2±0,5	88,0±1,0	88,3±0,9	73,6±1,3
Umbria	261	96,8±1,1	91,9±1,8	89,7±1,9	78,9±2,6
Marche	293	99,3±0,5	93,7±1,8	92,4±1,6	82,6±2,5
Lazio	1.640	96,0±0,5	91,9±0,8	90,9±0,7	81,9±1,0
Abruzzo	403	97,4±0,8	95,2±1,1	92,8±1,3	86,0±1,8
Campania	675	94,0±0,9	89,6±1,3	88,4±1,2	80,4±1,7
Puglia	741	97,3±0,6	95,1±0,8	93,8±0,9	87,0±1,3
Calabria	330	96,7±1,0	95,6±1,2	86,6±1,9	82,5±2,1
Sicilia	1.172	95,0±0,7	90,4±1,0	88,4±0,9	77,3±1,3
Sardegna	592	97,3±0,7	93,8±1,1	90,0±1,2	80,0±1,7
Italia	**18.503**	**97,2±0,1**	**92,2±0,2**	**92,0±0,2**	**82,2±0,3**

Fonte dei dati: Sistema Informativo Trapianti. Anno 2015.

Confronto internazionale

La percentuale di sopravvivenza di organo e paziente (rispettivamente, 92,0±0,2 e 97,2±0,1) ad 1 anno dal trapianto di rene singolo in Italia (per pazienti adulti e pediatrici) risulta superiore alla media statunitense UNOS (paziente 95,8%; organo 91,2%) ed europea CTS (paziente 91,2%; organo 91,2%). I confronti con i dati internazionali sono fatti su campioni dalle caratteristiche statistiche analoghe, ma non sovrapponibili al campione italiano. Infatti, per l'Italia si fa riferimento ai trapianti di rene singolo nel periodo 2000-2013, per il CTS facciamo riferimento a tutti i trapianti di rene nel periodo 2000-2013 mentre per il riferimento UNOS le sopravvivenze sono relative ai primi trapianti nel periodo il 1997-2004 (dati non presenti in tabella).

Trapianto di midollo osseo (trapianto di cellule staminali emopoietiche da donatore allogenico)

Le sopravvivenze del paziente fanno riferimento alle quattro principali tipologie di patologia: Leucemia Acuta Linfoblastica, Leucemia Acuta Mieloide, Linfoma non Hodgkins e Mieloma.

I valori in percentuale delle sopravvivenze dei pazienti ad un 1 anno dal trapianto di midollo osseo risultano avere una buona omogeneità sul territorio nazionale, considerato l'elevato numero di centri (71) e l'alto numero di trapianti per questa tipologia (7.435 al 2007). Il valore della sopravvivenza del paziente ad 1 anno dal trapianto risulta essere del 57,7±0,1 con punte del 65,1% in Emilia-Romagna.

Per i dettagli si rimanda al Rapporto Osservasalute 2014 poiché non si hanno dati aggiornati.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 481

Raccomandazioni di Osservasalute

I traguardi raggiunti in questi ultimi anni hanno conferito al SIT 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. D'altra parte, la costante crescita delle indicazioni al trapianto comporta una domanda sempre maggiore di organi ed una conseguente maggiore 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 e tempi medi di attesa dei pazienti iscritti alle liste ancora troppo lunghi. Per migliorare la qualità degli interventi, con una sempre maggior trasparenza nei processi, i principali obiettivi della rete 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, Sud ed Isole;
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 il prelievo, la conservazione, la distribuzione e la certificazione dei tessuti;
2) promuovere l'applicazione della Direttiva Europea ed 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 nel Meridione;
5) prevedere che il flusso informativo dei dati riguardanti i trapianti di cellule staminali emopoietiche sia integrato nell'ambito del SIT;
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 CNT, ha avviato un'indagine per garantire donazione e trapianto sicuri, con particolare riferimento alle procedure. L'indagine prende in esame tutte le fasi di questo processo, che parte dall'individuazione del donatore ed arriva al follow-up post-operatorio e si propone di fornire utili indicazioni per migliorare il governo clinico del sistema ed assicurare la massima garanzia operativa in termini di sicurezza, efficacia ed efficienza.

Riferimenti bibliografici

(1) AA.VV., Newsletter Transplant. 2010. 15 (1): p. 74.
(2) EUROCET. Tissue donation and transplant activity. 2010. Disponibile sul sito: www.eurocet.org.
(3) Ministero della Salute. Disponibile sul sito: www.trapianti.salute.gov.it/cnt/cnt.jsp.
(4) European Commitee of Standardization. CEN Workshop on Coding of Information and Traceability of Human Tissues and Cells 2009. Disponibile sul sito: www.cen.eu/cen/Sectors/Sectors/ISSS/Activity/Pages/Tissues_and_cells.aspx.
(5) Progetto Notify. Disponibile sul sito: www.notifylibrary.org/.
(6) Editrice Compositori, ed. Le cifre - Attività di donazione, prelievo e trapianto in Italia. 2003, Centro Nazionale Trapianti: Bologna.
(7) Procaccio, F., et al., Indicators of efficiency in potential organ donor identification: preliminary results from the national registry of deaths with acute cerebral lesions in Italian intensive care units. Organs, Tissue and Cells, 2009 (2): p. 125-129.
(8) Procaccio F., et al., Il Registro nazionale dei decessi con lesione cerebrale acuta in rianimazione. Trapianti, 2007. 2 (XI): p. 96-105.
(9) Disposizioni in materia di prelievi e trapianti di organi e tessuti. 1999.
(10) Centro Nazionale Trapianti. Sistema Informativo Trapianti 2010. Disponibile sul sito: https://trapianti.sanita.it/statistiche.
(11) Accordo tra il Ministro della Salute le Regioni Province Autonome di Trento e Bolzano, Requisiti delle strutture idonee effettuare trapianti di organi e tessuti sugli standard minimi di attività di cui all'art. 16, comma 1, della legge 1 aprile 1999, n. 91, recante: "Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti".
(12) Casciani, C.U. and M. Valeri, La pianificazione dei centri trapianto. Ann. Istituto Superiore di Sanità, 2000. 36 (2): p. 173-178.
(13) Accordo tra il Ministro della Salute le Regioni Province Autonome di Trento e Bolzano, Linee Guida per le attività di coordinamento per il reperimento di organi e tessuti in ambito nazionale ai fini di trapianto. 2002.
(14) Centro Nazionale Trapianti, ed. Normativa Italiana su Donazione, Prelievo e Trapianti di Organi e Tessuti. Vol. 1. 2005.
(15) Pedotti, P., et al., Analysis of the complex effect of donor's age on survival of subjects who underwent heart transplantation. Transplantation, 2005. 80 (8): p. 1.026-32.
(16) Venettoni, S., et al., Criteria and terms for certified suitability of organ donors: assumptions and operational strategies in Italy. Annali dell'Istituto Superiore di Sanità, 2007. 43.
(17) Kamath, P.S., et al., A model to predict survival in patients with end-stage liver disease. Hepatology, 2001. 33 (2): p. 464-70.
(18) Smits, J.M., et al., Mortality rates after heart transplantation: how to compare center-specific outcome data? Transplantation, 2003. 75 (1): p. 90-6.
(19) Disponibile sul sito: www.trapianti.ministerosalute.it.
(20) Follmann, D.A. and P.S. Albert, Bayesian monitoring of event rates with censored data. Biometrics, 1999. 55 (2): p. 603-7.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 482

Mortalità riconducibile ai servizi sanitari

Grande interesse riscuote, per le valutazioni di un Servizio Sanitario Nazionale, l'indicatore mortalità riconducibile ai servizi sanitari (amenable mortality), ovvero quei decessi prematuri che non dovrebbero verificarsi in presenza di cure efficaci e tempestive e per i quali esistono interventi diagnostico-terapeutici di provata efficacia. Questo indicatore permette di segnalare le situazioni più a rischio, di studiare possibili interventi correttivi e verificarne, nel tempo, il successo. L'analisi della sua dinamica è assai importante in considerazione del fatto che, le politiche volte a migliorare l'efficacia dei servizi attraverso nuove tecnologie diagnostico-terapeutiche e nuovi modelli organizzativi, producono effetti rilevabili nel medio-lungo termine.

La rilevanza di indicatori di questo tipo è, ormai, consolidata anche in ambito internazionale.

L'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE) ha introdotto la mortalità riconducibile ai servizi sanitari nel core di misure per la valutazione della performance dei servizi sanitari dei Paesi aderenti e recenti studi statunitensi, italiani, spagnoli, ungheresi e israeliani hanno analizzato questo indicatore per valutarne l'efficacia e l'equità a livello nazionale e subnazionale.

L'utilizzo dell'indicatore amenable mortality non è esente da limitazioni, la principale delle quali riguarda la necessità di aggiornare costantemente le liste di cause di morte riconducibili ai servizi. Inoltre, data l'esiguità del fenomeno, la stima del trend temporale risulta difficoltosa e disturbata da fluttuazioni casuali del dato; questo problema si accentua quando l'indicatore viene calcolato a livello subnazionale. Per questo motivo, quando si pongono a confronto i servizi sanitari regionali, si consiglia di computare l'indicatore a cadenza per lo meno biennale, in modo da ottenere stime più robuste. Per tali ragioni l'indicatore "Mortalità evitabile riconducibile ai servizi sanitari" non è stato aggiornato in questo volume e quindi, per la consultazione degli ultimi dati a livello regionale, si rimanda al Rapporto Osservasalute 2014.

Il Capitolo comprende uno studio che ha come obiettivo l'aggiornamento delle stime di amenable mortality a livello internazionale, per valutare con i più recenti dati a disposizione la situazione dell'Italia nel panorama dei Paesi ad alto reddito afferenti all'OCSE.

M. P. FANTINI

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 484

Mortalità riconducibile ai servizi sanitari: la situazione italiana nel panorama dei Paesi dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico

Prof.ssa Maria Michela Gianino, Dott. Jacopo Lenzi, Dott.ssa Aida Muça, Prof.ssa Maria Pia Fantini, Prof. Gianfranco Damiani

Contesto

L'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE) ha introdotto la mortalità riconducibile ai servizi sanitari (amenable mortality) tra le misure più importanti per la valutazione della performance dei sistemi sanitari dei Paesi aderenti.
Da uno studio OCSE risalente ad alcuni anni fa (1) è emerso che, nel 2007, i tassi di amenable mortality di 31 Paesi variavano da 60 a 200 per 100.000 abitanti: i Paesi dell'Europa dell'Est e il Messico presentavano i tassi più alti, mentre i valori più bassi si registravano in Francia, Islanda, Italia e Giappone.
In uno studio pubblicato nel 2011, Nolte e McKee (2) hanno mostrato come la mortalità riconducibile ai servizi sanitari contribuisca fortemente alla quota di decessi prematuri (0-74 anni) in 16 Paesi ad alto reddito. Nel biennio 2006-2007, i livelli più bassi di amenable mortality erano in Francia (55,0 decessi per 100.000), seguita da Australia (56,9 decessi per 100.000) e Italia (59,9 decessi per 100.000). I tassi più alti sono stati, invece, osservati negli Stati Uniti (95,5 decessi per 100.000), seguiti da Regno Unito (82,5 decessi per 100.000) e Danimarca (80,1 decessi per 100.000). Nolte e McKee hanno, inoltre, evidenziato un netto declino dei tassi di amenable mortality nel decennio 1997-2007, anche se con livelli di variazione diversi da Paese a Paese, più evidenti in Irlanda (-42,1%), Austria (-38,2%) e Finlandia (-36,5%) e meno marcati negli Stati Uniti (-20,5%), in Grecia (-21,2%) e in Giappone (-24,9%). L'Italia si poneva in una situazione intermedia, con una riduzione da 88,8 (per 100.000) nel 1997-1998 a 59,9 (per 100.000) nel 2006-2007 (-32,5%).
Il nostro studio ha come obiettivo l'aggiornamento delle stime di amenable mortality a livello internazionale per valutare, con i più recenti dati a disposizione, la situazione dell'Italia nel panorama dei Paesi ad alto reddito afferenti all'OCSE.

Materiali e metodi

È stato condotto uno studio descrittivo con l'ausilio di dati secondari di 32 Paesi OCSE nel periodo 2000-2012. I dati di mortalità e di popolazione provengono dalla banca dati di mortalità dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (3), in cui le cause di morte sono codificate con il sistema ICD-9 o ICD-10. Per ogni Paese, i tassi di amenable mortality (per 100.000) sono stati standardizzati per età prendendo a riferimento la popolazione OCSE del 2010. È stata, quindi, calcolata la variazione percentuale tra i tassi medi annui standardizzati riferiti ai bienni 2000-2001 e 2011-2012. Tutte le analisi sono state stratificate per le due principali cause di amenable mortality identificate da Nolte e McKee: tumori maligni e malattie cardiovascolari.

Risultati

I risultati dello studio sono riportati in Tabella 1. L'Italia è uno dei Paesi in cui la mortalità riconducibile ai servizi sanitari è diminuita in maniera minore tra il 2000-2001 e il 2011-2012 (-27,4%), preceduta da Messico, Stati Uniti, Giappone, Cile, Canada, Slovacchia, Grecia e Francia. La ragione di questa blanda diminuzione potrebbe dipendere dal fatto che, nel 2000-2001, l'Italia presentava valori che erano tra i più bassi e aveva, quindi, un ridotto margine di miglioramento rispetto ad altri Paesi. È bene notare, infine, come tutti i Paesi OCSE abbiano visto diminuire i tassi di amenable mortality riconducibile a tumori e malattie cardiovascolari. La riduzione percentuale è più marcata per le malattie cardiovascolari rispetto ai tumori, con la sola eccezione del Messico.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 485

Tabella 1 - Tasso (standardizzato per 100.000) e variazioni percentuali di amenable mortality per tutte le cause, per i tumori e per le malattie cardiovascolari nei 32 Paesi OCSE - Anni 2000-2001, 2011-2012

Paesi	2000-2001			2011-2012			Δ % (2000-2001, 2011-2012)		
	Tutte le cause	Tumori	Malattie cardiovascolari	Tutte le cause	Tumori	Malattie cardiovascolari	Tutte le cause	Tumori	Malattie cardiovascolari
Danimarca	110	39	54	69	27	27	-37,3	-30,8	-50,0
Finlandia	111	22	68	71	19	43	-36,0	-13,6	-36,8
Islanda	82	24	47	59*	21*	29*	-28,0	-12,5	-38,3
Norvegia	92	30	48	60	23	25	-34,8	-23,3	-47,9
Svezia	87	24	49	59	20	27	-32,2	-16,7	-44,9
Austria	102	29	58	63	21	32	-38,2	-27,6	-44,8
Belgio	94	30	44	64	24	24	-31,9	-20,0	-45,5
Francia	74	28	30	54°	23°	19°	-27,0	-17,9	-36,7
Germania	104	31	55	72	24	32	-30,8	-22,6	-41,8
Lussemburgo	90	27	50	58	20	25	-35,6	-25,9	-50,0
Paesi Bassi	96	31	46	62	27	21	-35,4	-12,9	-54,3
Irlanda	132	36	67	81°°	28°°	37°°	-38,6	-22,2	-44,8
Regno Unito	116**	29**	63**	77°	23°	35°	-33,6	-20,7	-44,4
Grecia	98	20	64	74	19	43	-24,5	-5,0	-32,8
Italia	**84**	**27**	**44**	**61**	**23**	**27**	**-27,4**	**-14,8**	**-38,6**
Portogallo	125	30	68	78	27	33	-37,6	-10,0	-51,5
Spagna	84	26	41	58	23	23	-31,0	-11,5	-43,9
Repubblica Ceca	171	44	104	112	30	63	-34,5	-31,8	-39,4
Estonia	272	37	187	153	30	102	-43,8	-18,9	-45,5
Ungheria	235	50	156	170	44	107	-27,7	-12,0	-31,4
Polonia	172	34	107	121	30	63	-29,7	-11,8	-41,1
Slovacchia	227	43	147	174°°	35°°	104°°	-23,3	-18,6	-29,3
Slovenia	129	33	72	89°°	30°°	44°°	-31,0	-9,1	-38,9
Canada	87	27	43	67°°	22°°	29°°	-23,0	-18,5	-32,6
Stati Uniti	121	27	65	96°°	22°°	47°°	-20,7	-18,5	-27,7
Cile	131	23	70	101°°	21°°	52°°	-22,9	-8,7	-25,7
Messico	142	20	64	134°°	18°°	61°°	-5,6	-10,0	-4,7
Israele	102	31	44	69	23	23	-32,4	-25,8	-47,7
Giappone	82	22	38	64	21	27	-22,0	-4,5	-28,9
Corea del Sud	127	16	82	64	15	30	-49,6	-6,3	-63,4
Australia	86	29	42	57°	20°	24°	-33,7	-31,0	-42,9
Nuova Zelanda	110	38	58	74°	28°	35°	-32,7	-26,3	-39,7

*2008-2009 (dati non disponibili per gli anni 2010-2012).
°2010-2011 (dati non disponibili per il 2012).
**2001-2002 (dati non disponibili per il 2000).
°°2009-2010 (dati non disponibili per gli anni 2011-2012).

Fonte dei dati: Elaborazione su dati di mortalità dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO Mortality Database). Anni 2000-2012.

Discussione

A livello internazionale, dal 2000 al 2012, si è assistito ad una sostanziale diminuzione del tasso di amenable mortality. Nonostante questo dato ampiamente positivo, i risultati relativi al biennio 2011-2012 mostrano che i Paesi dell'Europa dell'Est e dell'America latina hanno una performance dei servizi sanitari notevolmente peggiore rispetto agli altri Paesi OCSE. Insieme a Francia, Islanda, Giappone e Spagna, l'Italia è tra le 5 Nazioni che, nel 2000-2001, mostrano i livelli più bassi di mortalità. Questo dato si riconferma anche nel 2011-2012, in cui l'Italia occupa l'8° posizione tra i Paesi più virtuosi, preceduta da Francia, Australia, Lussemburgo, Spagna, Islanda, Svezia e Norvegia.

Riferimenti bibliografici

(1) Gay JG, Paris V, Deveaux M, de Looper M. Mortality amenable to health care in 31 OECD countries: estimates and methodological issues. OECD Publishing: OECD Working Papers. 2011; 55.
(2) Nolte E, McKee M, Variations in amenable mortality--trends in 16 high-income nations. Health Policy 2011; 103: 47-52.
(3) World Health Organization (WHO) Mortality database. Ultimo accesso 3 agosto 2015. Disponibile sul sito: www.who.int/healthinfo/mortality_data/en/.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 486

Stato dell'arte della prevenzione in Italia

Premessa

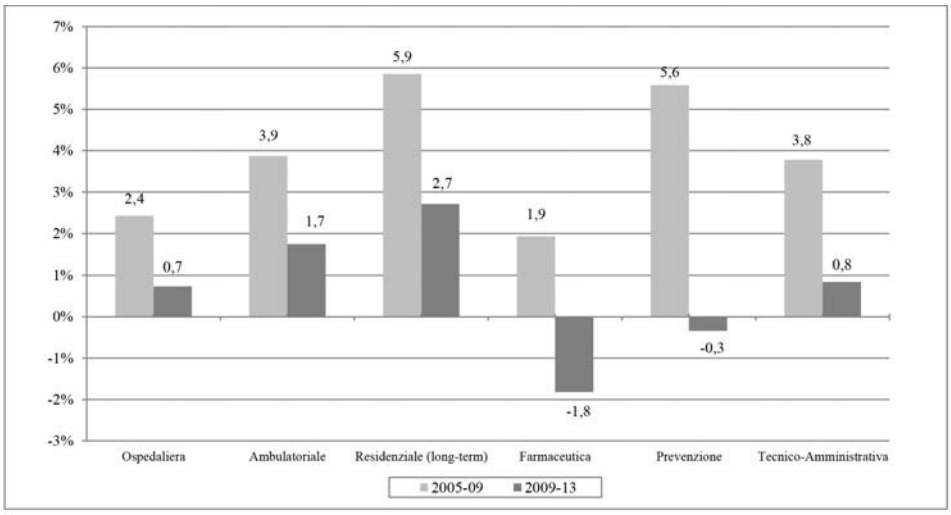
Il significativo miglioramento, negli ultimi decenni, delle condizioni di salute nei Paesi economicamente più avanzati, attribuibile ad una maggiore attenzione agli stili di vita e ai progressi nel campo della medicina, ha certamente contribuito ad aumentare l'aspettativa di vita della popolazione, ma ha anche mutato i bisogni di salute delle persone. Ciò ha determinato un aumento della complessità dei sistemi sanitari che hanno dovuto adeguarsi all'aumento della domanda di assistenza e ad un progressivo aumento dei livelli di spesa pubblica per la sanità che, tra il 2000 ed il 2009, è aumentata, nei Paesi aderenti all'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE), in termini reali, mediamente del 3,8%. Con la crisi, la spesa sanitaria pubblica è cresciuta a un tasso annuo significativamente inferiore in tutti i Paesi OCSE passando, nel periodo 2009-2013, ad una crescita media annua dello 0,6%, ma con rilevanti disparità: aumenta in Germania (crescita media annua del 2,0%), Stati Uniti (1,5%) e Francia (0,9%), mentre scende in maniera rilevante in Grecia (-7,4%), Irlanda (-4,0%) Spagna (-1,7%) e Italia (-1,6%).

Se si focalizza l'attenzione sulla variazione della spesa per funzione, sempre nei Paesi OCSE, si osserva che ad essere penalizzate sono, soprattutto, la prevenzione (che nel periodo 2005-2009 cresce del 5,6% annuo e nel periodo 2009-2013 decresce, mediamente, dello 0,3% annuo) e la spesa farmaceutica (che passa da +1,9% a -1,8%) (Grafico 1). Dalla lettura dei dati si evince, quindi, che la spesa per la prevenzione è quella che ha subito il maggior ridimensionamento dai tagli di bilancio, essendo ritenuta una funzione non essenziale e più facilmente comprimibile (1).

In Italia, la spesa destinata alla prevenzione (che comprende, oltre alle attività di prevenzione rivolte alla persona come, ad esempio, vaccinazioni e screening, la tutela della collettività e dei singoli dai rischi negli ambienti di vita e di lavoro, la Sanità Pubblica veterinaria e la tutela igienicosanitaria degli alimenti) è pari al 4,2% della spesa sanitaria, mentre il livello fissato nel Patto per la Salute 2010-2012 è pari al 5% (2).

Il quadro che si configura nel nostro Paese è caratterizzato, inoltre, da una scarsa attenzione da parte dei cittadini alla tutela della propria salute, segnato da una scarsa percezione del rischio e/o da una irresponsabilità personale alquanto diffusa che può, per questo, essere annoverata tra i problemi che negli ultimi decenni stanno contribuendo ad orientare la "nave" della sanità nella direzione della "tempesta perfetta"[1], ossia una situazione in cui, a causa dei diversi fattori, il nostro Servizio Sanitario Nazionale potrebbe incontrare seri rischi di non servire adeguatamente i suoi "passeggeri" (3).

Grafico 1 - Tasso di crescita media annua, in termini reali, della spesa sanitaria nei Paesi OCSE per funzione - Anni 2005-2009, 2009-2013



Fonte dei dati: OECD Health Stafistics. Anno 2015.

[1] N.d.r. Il termine "tempesta perfetta" indica una combinazione di eventi sfavorevoli che colpiscono esattamente l'area più vulnerabile di un sistema, provocando il massimo danno possibile. In meteorologia descrive un ipotetico uragano che colpisce esattamente l'area più vulnerabile di una regione, provocando il massimo danno possibile per un uragano di quella categoria.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 488

Dati del Rapporto Osservasalute in tema di prevenzione

Come abbiamo rilevato dai dati OCSE, anche in Italia uno dei settori che fino ad oggi ha subito di più le politiche di razionamento è quello della prevenzione: infatti, è facile tagliare gli investimenti alle politiche di prevenzione che, come si sa, danno spesso il loro ritorno a distanza di anni, tempo giudicato incompatibile con l'orizzonte temporale di chi è costantemente alle prese con i bilanci annuali o le campagne elettorali. Eppure è ben conosciuto l'impatto in termini economici della "mancata prevenzione": un'imponente lievitazione della spesa sanitaria per il peggioramento delle condizioni di salute della popolazione e, quindi, un aumento della domanda e dei bisogni socio-sanitari, in particolare per la disabilità legata all'aumentata prevalenza delle patologie croniche.

L'Edizione del Rapporto Osservasalute 2015, ci mostra un quadro di "ridotto interesse" per tale ambito di assistenza sanitaria, nonché il persistere di comportamenti a rischio nella popolazione, affiancati alle disuguaglianze di accesso in popolazioni in condizioni di disagio, quali le persone con disabilità e gli immigrati.

Alcuni elementi positivi si riscontrano in taluni aspetti degli stili di vita: nel 2014, rispetto al 2013, cala il numero di fumatori di sigarette e il numero medio di sigarette fumate al giorno (per quest'ultimo si registra un trend di diminuzione continuo dal 2001), nonché la prevalenza di consumatori di alcool (63,9% vs 63,0%), mentre si registra un contemporaneo aumento della percentuale di non-consumatori (34,9% vs 35,6%); diminuisce la percentuale di bambini in eccesso ponderale (nel periodo 2008-2014) e aumenta la quota di quanti praticano attività sportiva in modo continuativo (dal 19,1% nel 2001 al 23,0% nel 2014). Tali aspetti non devono, comunque, far "abbassare la guardia" sulla diffusione di interventi mirati alla prevenzione di comportamenti a rischio.

Nella disamina degli stili di vita emergono, di contro, un decremento del "consumo di 5 porzioni e più al giorno di Verdura, Ortaggi e Frutta" (nel periodo 2005-2014) ed un aumento, in alcune aree del Paese, di persone in eccesso ponderale (nel periodo 2001-2014).

L'analisi degli indicatori presentati nel volume ci consente una visione della prevenzione primaria anche in termini di attività vaccinale. Emerge come le coperture vaccinali della popolazione infantile, nel periodo 2013-2014, subiscano decrementi lievi per le vaccinazioni obbligatorie (Tetano -1,0%, Poliomielite, Difterite ed Epatite B -1,1%), per la Pertosse (-1,1%) e per l'Haemophilus influenzae di tipo b (-0,6%), con decrementi più marcati per Morbillo, Parotite, Rosolia (per ciascuno si registra un valore pari a -4,0%) e Meningococco c coniugato (-2,5%), mentre aumentano le coperture per Varicella e Pneumococco coniugato (10,3% e 0,6%, rispettivamente); per la vaccinazione antinfluenzale nei soggetti di 65 anni ed oltre, nell'arco temporale 2003-2004/2014-2015, si registra una netta diminuzione pari a circa il 20%.

Spostando l'attenzione sugli screening organizzati e spontanei e, dunque, sulla prevenzione secondaria, emerge come l'estensione effettiva dell'offerta per i tre screening (cervicocarcinoma uterino, mammella, colon-retto) subisca un incremento tra il 2005-2006 (2004-2006 per il cervicocarcinoma uterino) ed il 2010-2012 (da 51,8% a 69,5%, da 54,3% a 73,3%, da 20,7% a 53,1%, rispettivamente), con persistenza di marcate differenze tra le regioni, in particolare per gli screening mammografico e colorettale. Per il 2013, i dati di estensione si assestano al 71% e al 74% per lo screening del cervicocarcinoma uterino e della mammella, rispettivamente, e al 62% per il colon-retto. Sempre con notevoli differenze territoriali, i valori di partecipazione della popolazione target agli screening sono pari al 56,1% per il tumore della mammella, al 40,7%, nel 2012, per il cervicocarcinoma uterino, mentre per il carcinoma del colon-retto al 47,1%, in riferimento al test per il sangue occulto nelle feci ed al 27% circa (range 7-37%) per la rettosigmoidoscopia. Dal 2008 al 2014, mentre cresce in tutto il Paese la copertura dello screening per il tumore della cervice uterina organizzato, quella dello screening spontaneo resta sostanzialmente stabile o diminuisce significativamente nelle regioni del Nord (-9,4%); lo screening spontaneo per il tumore della mammella resta stabile mostrando un aumento nelle regioni del Sud; la copertura dello screening per il tumore del colon-retto raggiunge valori più alti fra i residenti al Nord (64%), ma è significativamente più basso fra i residenti del Centro (43%), del Sud e delle Isole (19%).

La prevenzione nelle persone con disabilità

Dai dati riportati in questa Edizione del Rapporto Osservasalute, emergono interessanti evidenze in termini di accesso alla vaccinazione antinfluenzale, agli screening femminili ed allo screening per il tumore del colon-retto per persone in condizioni di disabilità. Se da un lato, infatti, rispetto alla popolazione generale gli ultra 65enni con disabilità ricorrono in maniera più frequente alla vaccinazione, soprattutto gli uomini, dall'altro le donne con limitazioni funzionali che hanno eseguito più di un Pap-test e più di una mammografia mostrano una prevalenza di oltre 15 punti percentuali inferiore rispetto a quelle raggiunte dalla popolazione generale. Inoltre, le donne disabili accedono allo screening del colon-retto in percentuale nettamente inferiore rispetto alla popolazione femminile generale, mentre per gli uomini l'accesso allo screening del colon-retto non si differenzia da quello della popolazione generale. Tra le donne con disabilità la percentuale di coloro che, tra i 50-69 anni, si sono sottoposte a più di una mammografia è del 17%, inferiore rispetto alle altre. Una situazione analoga si osserva per lo screening del cancro della cervice uterina. Nelle regioni del Sud questo gap aumenta, anche se sussistono alcune

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 489

eccezioni. Per ciò che riguarda l'eccesso ponderale, rispetto alla popolazione generale, si evidenzia una maggior quota di obesi tra gli uomini con disabilità e, soprattutto, una quota ben più alta di donne disabili in sovrappeso (+7,2%) e obese (+11,9%) rispetto alle donne non disabili.

La prevenzione tra le persone straniere

Ulteriori disparità di accesso alla prevenzione dei tumori femminili sono evidenti nella popolazione straniera presente in Italia. Infatti, sebbene tra il 2005 ed il 2013 si osservi un rilevante incremento nel ricorso al Pap-test e alla mammografia, secondo la cadenza stabilita dalle Linee Guida nazionali per la fascia target, sia tra le straniere (per il Pap-test, effettuato almeno una volta negli ultimi 3 anni, da 41,2% a 49,6%; per la mammografia, negli ultimi 2 anni, da 32,7% a 37,1%) sia tra le italiane (per il Pap-test, effettuato almeno una volta negli ultimi 3 anni, da 56,1% a 63,4%; per la mammografia, negli ultimi 2 anni, da 48,9% a 56,8%), la prevalenza del ricorso a tale tipologia di screening nelle straniere rimane decisamente inferiore, con notevoli differenze territoriali: le percentuali sono maggiori al Nord e al Centro rispetto al Mezzogiorno. Per entrambi gli screening si osserva, comunque, un'associazione diretta fra gli anni di permanenza in Italia e il ricorso alla prevenzione, prova che gli interventi per il coinvolgimento delle donne straniere favoriscono l'accesso ai servizi sanitari. Il coinvolgimento delle donne straniere nei programmi di screening è particolarmente basso laddove è più carente l'offerta pubblica. La situazione del Mezzogiorno esemplifica bene la relazione fra attivazione dei programmi organizzati e livello di copertura: nel Sud e nelle Isole i programmi, anche quando attivati, mostrano una cronica difficoltà a invitare tutta la popolazione bersaglio nei tempi raccomandati. Le donne straniere vedono una maggiore copertura in termini di prevenzione oncologica se residenti al Centro-Nord, se hanno un'istruzione elevata o sono di provenienza europea o Sud americana.

La prevenzione nei dati del monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza

Con l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 sono stati individuati alcuni adempimenti a carico delle Regioni, attraverso l'impegno insieme allo Stato, finalizzati a garantire il rispetto dell'uniforme erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) in termini di efficienza, appropriatezza ed economicità. Al Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA, istituito presso il Ministero della Salute, è affidato il compito di monitoraggio e di verifica.

Il documento del Ministero della Salute del maggio 2015 sulla "Verifica adempimenti LEA. Anno 2013" elenca gli adempimenti oggetto di verifica per l'anno 2013, il riepilogo nazionale degli esiti delle valutazioni ed i risultati con dettaglio regionale, aggiornati al mese di maggio 2015.

I target della prevenzione nel monitoraggio LEA 2013 sono undici, di cui solo cinque intervengono nel calcolo dell'indicatore per l'anno 2013:

- Piano nazionale della prevenzione - max 30 punti;
- Tasso di indagine di laboratorio (morbillo) - max 15 punti;
- Origine dell'infezione identificata (morbillo) - max 15 punti;
- Proporzione di cancri in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancri screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza - max 30 punti;
- Tutela della salute e prevenzione nei luoghi di lavoro - max 10 punti.

La Regione è adempiente nell'ambito della prevenzione se la somma dei punteggi, ovvero dei contributi dei singoli adempimenti, è ≥80.

Al fine di valutare il peso degli indicatori che riguardano la prevenzione nelle inadempienze delle Regioni, è stata condotta un'analisi dei punteggi per i target della prevenzione, valutandone il peso sul punteggio finale attribuito alle Regioni nel monitoraggio. Ricordiamo che, per il computo del punteggio finale, ai singoli indicatori viene attribuito un punteggio che varia da 0-9 in relazione alla misura dell'adempienza, che poi viene pesato con un peso che varia da 0,1-1,0 in relazione all'importanza attribuita all'indicatore (4).

Risultati

Considerati i punteggi complessivi del monitoraggio LEA 2013 si può affermare che in almeno 2 regioni (Lazio e Abruzzo) l'inadempienza complessiva (avere <160 punti) è dovuta, essenzialmente, al fallimento nel raggiungimento dei target della prevenzione. Solo il Piemonte, è risultata adempiente nel monitoraggio LEA senza aver raggiunto il target nell'area della prevenzione; di contro, solo la Basilicata, pur raggiungendo il target nella prevenzione, è risultata adempiente con impegno.

Per quanto sia rilevante l'area della prevenzione nel monitoraggio complessivo dei LEA, in realtà, per il modo in cui è congegnata la griglia LEA, la variabilità negli obiettivi di prevenzione raggiunti tra le regioni è molto bassa. L'inadempienza è, infatti, decisa dal solo obiettivo "Proporzione di cancri in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella"; per altri due target non c'è alcuna differenza nei punteggi

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 490

ottenuti dalle regioni, mentre scarsa variabilità si presenta per i due indicatori concernenti le indagini sul morbillo (dati non mostrati).

A questo punto appare importante dedicare uno spazio allo screening del tumore della mammella. Sul territorio nazionale circa tre donne su quattro vengono invitate dai programmi di screening organizzati per la prevenzione secondaria del tumore della mammella (estensione invito 73% nel 2012), con una forte variabilità interregionale (nove donne su dieci invitate nel Centro Nord vs tre su dieci invitate nel Sud ed Isole) (5). Nel 2012, la partecipazione delle donne invitate ad effettuare la mammografia di screening è stata del 57% circa con un gradiente Nord-Sud (63% nel Nord, 44% nel Sud). Nel biennio 2010-2011, sono stati diagnosticati 12.392 carcinomi contro 1.722 lesioni benigne. La valutazione dei principali indicatori raccolti e il confronto con gli standard di riferimento derivanti dall'esperienza di programmi, sia italiani che europei, confermano il buon andamento complessivo dell'attività italiana di screening mammografico. Tuttavia, nelle regioni in cui non viene raggiunto il target fissato nel monitoraggio dei LEA (Abruzzo, Calabria, Campania, Molise, Puglia e Sicilia) si dimostra il fallimento in termini di equità territoriale dei programmi di screening. La bassa copertura dei programmi di screening implica un problema di equità di accesso alle cure.

Tabella 1 - Punteggio complessivo nel monitoraggio LEA, punteggio degli indicatori della prevenzione e punteggio pesato della prevenzione per alcune regioni - Anno 2013

Regioni	Punteggio monitoraggio LEA		Punteggio pesato della prevenzione
	Complessivo	Indicatori della prevenzione	
Piemonte	201	75,0*	21,0
Lombardia	187	85,0	25,2
Veneto	190	80,0	14,4
Liguria	187	92,5	22,2
Emilia-Romagna	204	100,0	24,0
Toscana	214	100,0	24,0
Umbria	179	100,0	25,8
Marche	191	92,5	18,0
Lazio	152*	50,0*	9,0
Abruzzo	152*	52,5*	19,8
Molise	140*	62,5*	22,2
Campania	136*	55,0*	12,0
Puglia	134*	70,0*	12,6
Basilicata	146*	92,5	23,4
Calabria	136*	60,0*	12,6
Sicilia	165	47,5*	9,6

*Punteggi inferiori alla soglia prefissata.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. Anno 2015.

Considerazioni e conclusioni

La spesa per la prevenzione ammonta a circa 4,9 miliardi di euro e rappresenta il 4,2% della spesa sanitaria pubblica. La percentuale di spesa per la prevenzione prevista dal Piano Sanitario Nazionale è del 5%. Sono poche le regioni che raggiungono tale livello e a livello nazionale mancano "all'appello" 930 milioni di euro da dedicare alla prevenzione.

Le regioni inadempienti nel monitoraggio dei LEA sono, oltre al Lazio, quelle del Meridione e coincidono, di fatto, con le regioni che presentano inadempienze nelle funzioni relative alla prevenzione. Dai dati dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali sulla spesa sanitaria del 2011 (2) si rileva come la percentuale di spesa complessiva dedicata alla prevenzione sia uguale tra regioni inadempienti e adempienti nel monitoraggio dei LEA (circa 4,3%). Le difficoltà delle regioni inadempienti non sembrerebbero, quindi, legate ad un problema di risorse dedicare alla prevenzione.

Le inefficienze nell'area della prevenzione hanno un caro prezzo. Non c'è dubbio, ad esempio, che una quota rilevante degli oltre 11.000 decessi osservati ogni anno per carcinoma mammario sarebbe prevenibile se nel nostro Paese i LEA fossero garantiti equamente in tutto il territorio.

In questa Edizione del Rapporto Osservasalute si rilevano, inoltre, altri due importanti fattori di disuguaglianza nell'ambito della prevenzione, in particolare nell'accesso ai programmi di screening dedicati alle donne: la condizioni di disabilità e quella di immigrazione. Si tratta di fattori che si combinano con le difficoltà rilevabili nel Meridione, esacerbando i termini della disuguaglianza.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 491

Riferimenti bibliografici

(1) Health at Glance 2015. OECD Indicators.
(2) Meridiano Sanità. Le coordinate della salute. Rapporto 2013. Casa editrice: The European House. Ambrosetti.
(3) Walter Ricciardi, Vincenzo Atella, Claudio Cricelli, Federico Serra. La tempesta perfetta. Il possibile naufragio del Servizio Sanitario Nazionale: come evitarlo? Vita e Pensiero, 2015.
(4) Ministero della Salute. Adempimento "Mantenimento dell'erogazione dei LEA" attraverso gli indicatori della Griglia Lea Metodologia e Risultati dell'anno 2013. Luglio 2015.
(5) Osservatorio Nazionale Screening. I programmi di screening in Italia. Anno 2014.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 492

Sintesi e Conclusioni del Rapporto Osservasalute 2015

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'obbiettivo è quello 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.

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

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 politiche socio-sanitarie ad hoc che fronteggino 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 programmatorie a livello regionale, l'organizzazione e gestione dei servizi sanitari basata su scenari finanziari in molti casi problematici, determinano una eterogeneità che influisce sulla qualità dell'offerta dei servizi erogati e 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.

Sebbene gli indicatori presentati evidenzino diversi aspetti negativi, è necessario che essi siano utilizzati come spunto di riflessione e miglioramento, come base per l'attività programmatoria e per le scelte future.

È fondamentale la collaborazione tra le Istituzioni, i professionisti sanitari ed i cittadini, sia a livello nazionale che regionale, affinché siano attenuati i differenziali di salute ed un'adeguata ed equa assistenza sanitaria sia garantita a tutti i soggetti, indipendentemente dal luogo di residenza e dallo status socio-economico.

PARTE PRIMA - Salute e bisogni della popolazione

Popolazione

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.

I valori degli indicatori analizzati sono piuttosto stabili nel tempo. 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.

Si riscontra una sostanziale stabilità nella dinamica della popolazione residente, frutto di un saldo naturale negativo ed un saldo migratorio positivo, ma relativamente contenuto. Si conferma la dicotomia Nord-Sud ed Isole nella capacità attrattiva/repulsiva dei flussi migratori sia interni che con l'estero.

Relativamente alla fecondità della popolazione, il numero medio di figli per donna per il complesso delle residenti è, nel 2013, pari a 1,39 (italiane 1,29 e straniere 2,10 figli per donna). Anche con riferimento a questo indicatore si riscontrano notevoli differenze territoriali. Il numero medio di figli per donna è, infatti, pari a 1,65

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 494

nella PA di Bolzano rispetto a 1,11 registrato in Sardegna. Si conferma la tendenza alla posticipazione delle nascite, tanto che l'età media al parto rimane elevata, pari a 31,5 anni (italiane 32,1 anni e straniere 28,6 anni). Poco meno di un nato ogni cinque ha la madre con cittadinanza straniera, con un picco di un nato su tre in Emilia-Romagna.

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

Sopravvivenza e mortalità per causa

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 le cause di morte, dai dati del 2012, quelle 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).

La prevalenza dei consumatori a rischio, nel 2014, è pari al 22,7% per gli uomini ed all'8,2% per le donne, pressoché stabile rispetto al 2013 (23,4% e 8,8%, rispettivamente).

Tra i giovani (11-17 anni) la prevalenza di consumatori a rischio, nel 2014, è pari a 19,4% (maschi 21,5%; femmine 17,3%) e non si rilevano, a livello nazionale, differenze statisticamente significative rispetto al 2013 (20,6%). Anche a livello regionale non si rilevano differenze statisticamente significative di genere, ad eccezione della PA di Bolzano (31,4%) che risulta essere l'unica regione con un valore statisticamente superiore al valore nazionale.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 495

Nel 2014, nella fascia di età 18-64 anni, la prevalenza dei consumatori a rischio è rimasta pressoché invariata rispetto al 2013, sia tra gli uomini (18,3% vs 19,0%) che tra le donne (7,3% vs 8,0%).

La prevalenza di binge drinker, nella popolazione di età 18-64 anni, è pari a 12,7% tra gli uomini e a 3,4% tra le donne, con valori più alti nella PA di Bolzano (32,6% per gli uomini e 13,7% per le donne) e più bassi in Puglia (7,6% per gli uomini e 1,6% per le donne).

Consumo di alimenti per tipologia

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%). Tuttavia, si osserva che, dal 2001, nel Nord-Ovest (ripartizione con livelli più bassi di persone in sovrappeso) si è registrato il maggior aumento di persone con eccesso ponderale.

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.

Sovrappeso e obesità nei bambini - OKkio alla SALUTE

Nel 2014, in Italia la quota di bambini in eccesso di peso (comprendente sia il sovrappeso che l'obesità è pari al 30,7% e si evidenzia una leggera e progressiva diminuzione del fenomeno nel corso degli anni.

I bambini di 8-9 anni in sovrappeso sono il 20,9% ed i bambini obesi sono il 9,8%, compresi i bambini gravemente obesi che, da soli, sono il 2,2%. Non si evidenziano sostanziali differenze per genere ed età dei bambini.

Si osserva una spiccata variabilità interregionale con percentuali tendenzialmente più basse nell'Italia settentrionale e più alte nel Meridione (13,4% di sovrappeso nella PA di Bolzano vs 28,6% in Campania; 4,0% di obesità nella PA di Bolzano vs 19,2% in Campania).

In relazione a specifiche caratteristiche del nucleo familiare, emergono prevalenze più elevate di eccesso ponderale tra i bambini che vivono in famiglie in cui il livello di istruzione dei genitori è più basso ed in cui almeno uno dei genitori è in eccesso di peso. Non si rilevano differenze se si considera, invece, la cittadinanza dei genitori. La prevalenza di bambini di 8-9 anni in condizione di sottopeso è molto bassa (1,4%).

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%. I dati di lungo periodo evidenziano un aumento della propensione alla pratica sportiva in modo continuativo (dal 19,1% del 2001 al 23,0% del 2014).

Rispetto all'anno precedente, nel 2014 si riscontra una diminuzione significativa per quanto riguarda la quota di persone sedentarie (-1,3 punti percentuali). Le regioni settentrionali presentano la quota più elevata di persone che praticano sport in modo continuativo, mentre le regioni meridionali si caratterizzano per la quota più bassa, fatta

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 496

eccezione per la Sardegna dove il 30,8% dichiara di praticare attività sportiva in modo continuativo o saltuario.

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 della popolazione infantile

Se nel 2013 per le vaccinazioni obbligatorie, si registrava il raggiungimento dell'obiettivo minimo stabilito nel vigente Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV), in accordo con le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, pari ad almeno il 95% di copertura entro i 2 anni di età, nel periodo 2013-2014 si registrano valori di copertura al di sotto dell'obiettivo minimo stabilito, pur rimanendo comunque al di sopra del 94%. Lo stesso andamento in lieve diminuzione si evidenzia per le coperture di alcune vaccinazioni raccomandate, quali anti-Hib (-0,6%) e Pertosse (-1,1%). Variazioni maggiori si registrano, invece, per le coperture vaccinali di Morbillo, Parotite, Rosolia (-4,0%) e Meningococco c coniugato (-2,5%). Le vaccinazioni anti-Varicella e Pneumococco coniugato mostrano, invece, un aumento delle coperture (10,3% e 0,6%, rispettivamente).

Riguardo alla distribuzione territoriale si registrano, per le vaccinazioni obbligatorie, valori regionali inferiori all'obiettivo minimo stabilito dal PNPV in Valle d'Aosta, Lombardia (ad eccezione della copertura anti-Poliomelite e anti-Tetano), PA di Bolzano, PA di Trento, Veneto (dove la sospensione dell'obbligo vaccinale è stata introdotta dal 1 gennaio 2008), Friuli Venezia Giulia, Emilia-Romagna (ad eccezione della copertura anti-Tetano), Marche, Campania, Puglia e Sicilia.

Da rilevare è la copertura della vaccinazione anti-Morbillo-Parotite-Rosolia che non ha ancora raggiunto (e, di contro, nel 2014 i tassi di copertura mostrano una riduzione maggiore) il valore ottimale del 95% indicato nel Piano Nazionale per l'Eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita.

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%.

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%). La quota di donne che si sottopone a screening mammografico fuori dai programmi organizzati è maggiore tra le 50-59enni (24%), tra le più istruite (30%) e tra quelle che riferiscono di non aver alcuna difficoltà economica (22%).

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. La quota di donne che si sottopone a screening per il tumore della cervice uterina su iniziativa spontanea è maggiore tra le 35-49enni (42%) e tra le più istruite (45%) ed è particolarmente sensibile alle condizioni economiche (41% fra le donne che riferiscono di non aver alcuna difficoltà economica e 30% fra quelle con molte difficoltà economiche).

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 497

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 colorettali. 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 colon-retto 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). Lo screening per il tumore del colon-retto è più frequente fra i 60-69enni (45%), negli uomini rispetto alle donne (42% vs 39%), nelle persone senza difficoltà economiche rispetto a chi ne dichiara molte (51% vs 28%) e tra gli italiani rispetto agli stranieri (41% vs 35%).

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.

Ambiente

La produzione di rifiuti solidi urbani, nel 2014, si attesta a poco meno di 30 milioni di tonnellate, valore intermedio a quello fatto registrare nel 2001 e 2002; si rileva un modesto incremento rispetto al 2013 che determina una inversione di tendenza rispetto al trend osservato nel periodo 2010-2013, in cui si era registrata una riduzione complessiva della produzione di quasi il 9%. Riguardo alle macroaree geografiche, i quantitativi maggiori di produzione si riscontrano, in analogia alle precedenti rilevazioni annuali, al Centro con circa 547 kg/ab per anno, seguito dal Nord con 496 kg/ab per anno e dal Sud ed Isole con circa 443 kg/ab per anno. Per quanto riguarda le singole regioni, è da rimarcare che Lombardia (15,7%) e Lazio (10,4%), insieme, generano un quarto della produzione totale nazionale di rifiuti.

Relativamente alle principali modalità di gestione, l'analisi dei dati mostra che i rifiuti solidi urbani smaltiti in discarica, nel 2014, ammontano a 9.332.000 tonnellate, facendo registrare una riduzione di circa il 14% rispetto al 2013; un calo si rileva anche per quanto riguarda il numero delle discariche, progressivamente ridotte nell'arco degli anni (dalle 303 nel 2006 alle 172 del 2014). Lo smaltimento in discarica si conferma ancora la forma di gestione più diffusa.

Riguardo la termodistruzione, la capacita nazionale di incenerimento ha raggiunto il 17,4% del totale dei rifiuti solidi urbani, ancora inferiore alla media dei Paesi europei (26,0%) e ha superato i 5 milioni di tonnellate di rifiuto trattato. In particolare, l'incenerimento nel 2014, rispetto all'anno precedente, fa registrare una modesta riduzione di quantitativo assoluto di rifiuti inceneriti (circa 240 mila tonnellate) e, per quanto riguarda il rapporto con i rifiuti prodotti, un calo dello 0,8%, passando dal 18,2% del 2013 al 17,4% del 2014.

La raccolta differenziata ha raggiunto, nel 2014 e a livello nazionale, una percentuale pari al 45,2% della produzione totale dei rifiuti solidi urbani, con un incremento di quasi 3 punti percentuali rispetto al 2013 (circa 900 mila tonnellate in più). La macroarea geografica che ha contribuito maggiormente a tale incremento è il Nord, che aumenta il quantitativo di raccolta differenziata in valore assoluto, tra il 2013-2014, di circa 412 mila tonnellate, seguito dal Centro, con un incremento di circa 280 mila tonnellate e dal Meridione (+200 mila tonnellate).

Nel 2012, sono stati erogati circa 5.232 milioni di m^3 di acqua potabile distribuiti, prevalentemente, nelle regioni del Nord-Ovest e, in minor misura, nelle altre macroaree. La regione con il maggior quantitativo di acqua erogata è la Lombardia, con 1.053 milioni di m^3 (corrispondenti al 20,13%), seguita da Lazio (9,88%), Campania (8,58%) e Veneto (7,80%). Relativamente alla percentuale di acqua erogata sul totale dell'acqua immessa nelle reti di distribuzione comunali (valore nazionale del 62,61%), si nota un marcato gradiente Nord-Sud ed Isole, con valori che oscillano dal 70,50% al 49,70%. Un dato preoccupante è la percentuale di acqua ero-

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 498

gata rispetto a quella immessa nelle reti di distribuzione che, nel 2012, evidenzia una perdita notevole in rete rispetto al 1999 (62,61% vs 71,49%).

Riguardo i Cambiamenti Climatici gli indici World Meteoclimate Organization indicano come l'Italia si stia lentamente ma inesorabilmente riscaldando, con variazioni percentuali, nelle differenti regioni, che variano da un minimo dello 0% sino al 227,3%. Queste variazioni giustificano l'estrema variabilità del fenomeno e degli eventi che ne conseguono (alluvioni, cicloni di tipo tropicale, dissesti idrogeologici, variazione delle patologie trasmissibili e non trasmissibili, ondate di calore, cambiamento nelle caratteristiche organolettiche degli alimenti o della loro produzione e conservazione, ondate di immigrazione dei popoli già esposti a valori superiori di temperatura etc.).

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.

Il tasso di ospedalizzazione per il complesso delle malattie cerebrovascolari risulta del 35,5% superiore a quello delle donne. In particolare, per il sottogruppo dell'ictus ischemico questo eccesso è pari al 19,3% e al 49,9% per l'ictus emorragico. Anche per queste patologie si registra una sensibile riduzione nel corso degli ultimi anni.

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, con un rapporto nazionale di 1,55:1 in regime di RO e di 1,61:1 in regime di DH.

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.

In riferimento all'ospedalizzazione per amputazioni all'arto inferiore, come complicanza della patologia diabetica, nel periodo 2003-2013 il tasso standardizzato di dimissioni per amputazione è rimasto, sostanzialmente, stabile con un valore nazionale, nel 2013, pari a 17,4 (per 100.000). Si riscontra, tuttavia, una riduzione degli interventi di amputazione maggiore (6,2 vs 4,7 per 100.000) e, per contro, un trend in crescita di quelli di amputazione minore (11,1 vs 11,9 per 100.000). Il tasso di dimissione aumenta fortemente con l'età in entrambi i generi e, dato registrato in tutte le classi di età, le amputazioni sono più frequenti fra gli uomini rispetto alle donne. La variabilità regionale è significativa, ma non si osserva un gradiente Nord-Sud ed Isole.

Lo scompenso diabetico è indicato in diagnosi principale, quindi responsabile dell'impiego maggiore di risorse, solo per il 32,4% dei ricoveri. L'ospedalizzazione per complicanze a breve termine, riguardo al 2013, comprende le seguenti diagnosi di ricovero: chetoacidosi conseguente a diabete (49,1%), seguita da iperosmolarità (32,6%) e diabete con altro tipo di coma (18,3%). Il tasso di ospedalizzazione per complicanze acute è più elevato negli uomini (25,6 per 100.000) rispetto alle donne (23,4 per 100.000) e cresce fortemente con l'età in entrambi i generi. Si evidenzia una notevole variabilità regionale con tassi standardizzati che variano da 15,1 (per

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 499

100.000) in Lombardia a 39,4 (per 100.000) in Basilicata, dove si registra una diminuzione di circa il 24% rispetto al 2012. Rispetto all'anno precedente, i tassi diminuiscono in quasi tutte le regioni, ad eccezione della Puglia e della Sardegna dove si osserva un incremento e del Friuli Venezia Giulia e delle Marche dove, invece, i valori restano costanti. Valutando il trend 2001-2013 si osserva una forte diminuzione dei ricoveri per complicanze acute, con una riduzione complessiva pari al 58,5%.

Malattie oncologiche

In Italia, il carico sanitario associato ai tumori è in forte aumento, principalmente per effetto dell'invecchiamento della popolazione. La diffusione dei tumori nel nostro Paese è, però, decisamente variabile a livello geografico: il rischio di ammalarsi di tumore è, generalmente, più elevato nelle regioni del Centro-Nord rispetto a quelle meridionali. Anche la distribuzione dei fattori di rischio e la struttura per età sono ben differenziate tra le varie regioni.

Nel valutare il carico sanitario di tale patologia non si può, quindi, prescindere dal dettaglio regionale, a beneficio di una organizzazione sanitaria fortemente regionalizzata sia a livello di prevenzione che di percorsi assistenziali.

Nel 2014 si stima che, in Italia, siano stati diagnosticati 115,78 nuovi casi di tumore colorettale ogni 100.000 uomini, ovvero circa 34.500 nuovi casi. L'incidenza è ancora molto eterogenea a livello regionale con differenze percentuali che variano da -20% a +20% rispetto al dato nazionale. Le regioni con i più alti tassi di incidenza sono il Friuli Venezia Giulia, l'Emilia-Romagna, l'Umbria, il Lazio e la Liguria, mentre la Puglia e la Sicilia sono le regioni a minor rischio. Si stima che, nel 2014, circa 221 mila uomini abbiano avuto nel corso della loro vita una diagnosi di tumore colorettale. La prevalenza stimata è di 742,11 per 100.000 uomini. Le regioni a più alta prevalenza sono la Liguria ed il Friuli Venezia Giulia, entrambe caratterizzate da una popolazione più anziana, mentre per Puglia e Campania, dove la popolazione è più giovane, le prevalenze sono le più basse.

Nelle donne l'incidenza di tumore del colon-retto stimata in Italia, nel 2014, è di 80,29 per 100.000 persone/anno, corrispondente a oltre 25.000 nuovi casi. Il rischio di ammalarsi di tumore colorettale è variabile a livello territoriale: le differenze percentuali rispetto al dato nazionale variano da -23% a +15%.

Le regioni a più alto rischio sono il Veneto, la Toscana ed il Lazio, mentre quelle con i tassi di incidenza più bassi sono la Sardegna e la Sicilia. Nel 2014, si stima che circa sei donne su 1.000 abbiano avuto nel corso della vita una diagnosi di tumore del colon-retto, corrispondenti a oltre 187 mila donne prevalenti.

Il carico sanitario non è omogeneo a livello regionale ed è maggiore nelle regioni del Centro-Nord. Le regioni con prevalenza grezza più elevata sono la Liguria, la Toscana e l'Emilia-Romagna, mentre quelle con prevalenza più bassa sono la Campania e la Sicilia.

L'incidenza per tumore della mammella è in forte crescita nel Meridione e in progressiva riduzione al Centro-Nord. Anche la diversa diffusione dello screening mammografico sul territorio nazionale gioca un ruolo importante. Lo screening, laddove implementato efficacemente da anni (Centro-Nord), ha ridotto la mortalità e aumentato la quota di medio-lungo sopravviventi in misura maggiore rispetto alle regioni con ritardata e incompleta copertura di screening (Sud ed Isole).

Il tumore della mammella è il tumore più diffuso nella popolazione femminile e nel 2014 si stimano, in Italia, oltre 55.000 nuove diagnosi, ovvero 175,69 nuovi casi annui ogni 100.000 donne. L'incidenza è fortemente variabile a livello territoriale e il Meridione presenta profili di rischio più sfavorevoli. Il Lazio, insieme a Puglia, Calabria, Basilicata e Sardegna, sono le regioni con incidenza più elevata, mentre le regioni del Nord hanno rischi minori.

Nel 2014, il numero totale di donne che hanno avuto nel corso della vita una diagnosi di tumore al seno è stimato pari a circa 690 mila, corrispondente a ventidue donne su 1.000. La prevalenza grezza più elevata si registra in Friuli Venezia Giulia, Liguria e Lazio, quella più bassa in Abruzzo, Calabria e Campania.

Il tumore della prostata è il tumore più diffuso nella popolazione maschile e nel 2014 si stimano, nel nostro Paese, circa 44.000 nuove diagnosi, ovvero 147,36 nuovi casi l'anno ogni 100.000 uomini. L'incidenza varia moltissimo a livello regionale. Il rischio di ammalarsi di tumore prostatico è maggiore in Trentino-Alto Adige, Valle d'Aosta, Piemonte e Lazio e minore in Sardegna, Puglia, Molise e Abruzzo.

Nel 2014, il numero totale di uomini che hanno avuto nel corso della vita una diagnosi di tumore della prostata è stimato pari a oltre 354 mila, ovvero dodici uomini ogni 1.000. Il carico oncologico associato a questa patologia è maggiore in Piemonte, Trentino-Alto Adige e Valle d'Aosta, mentre quelle con carico minore sono Puglia, Sardegna e Abruzzo.

Salute e disabilità

Gli indici di stato di salute fisico e psicologico con valore elevato riflettono, rispettivamente, assenza di limitazioni funzionali/benessere generale e assenza di disagio psicologico/attitudine psicologia positiva. I valori

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 500

bassi indicano una limitazione nella cura di se/dolore fisico e disagio psicologico/problemi emotivi nella sfera personale e sociale.

Le persone con limitazioni funzionali di 14 anni ed oltre presentano punteggi medi degli indici di stato fisico e psicologico pari a, rispettivamente, 31,6 e 40,9 punti per gli uomini e 29,4 e 39,4 punti per le donne. Per le persone senza limitazioni funzionali di uguale età, i punteggi medi dei due indici risultano nettamente più elevati (uomini: 52,7 e 50,5 punti; donne: 51,2 e 48,6 punti). Per le persone con e senza limitazioni funzionali di entrambi i generi si osserva, al crescere dell'età, un peggioramento dello stato di salute fisico più marcato rispetto a quello psicologico (per le donne il punteggio medio dell'indice di stato fisico si riduce di 18,8 punti passando dalla classe di età 14-24 anni a 75 anni ed oltre; per gli uomini il decremento è di 9,2 punti). Sia per gli uomini che per le donne la riduzione più evidente dell'indice di stato psicologico si registra in corrispondenza della classe di età 45-64 anni. Per le persone con limitazioni funzionali di 14 anni ed oltre, l'indice di stato psicologico presenta un maggiore gradiente territoriale, a svantaggio del Mezzogiorno.

Circa i due terzi delle persone con limitazioni funzionali di 65 anni ed oltre accedono alla vaccinazione antinfluenzale, il 64,9% degli uomini e il 60,7% delle donne, mentre solo circa una persona su quattro con limitazioni funzionali di età compresa tra i 6-64 anni si vaccina (uomini: 24,0%; donne: 24,5%). Non si evidenzia un particolare gradiente territoriale e osservando le differenze di genere tra gli ultra 65enni si osserva un maggior ricorso del genere maschile.

A livello nazionale, le donne con limitazioni funzionali di 25-64 anni che si sono sottoposte a più di un Pap-test nella loro vita sono il 52,3%; la percentuale di donne con limitazioni funzionali di 50-69 anni che si sono sottoposte a più di una mammografia è pari al 58,5%. È presente un gradiente Nord-Sud ed Isole per entrambi gli indicatori proposti, ma con alcune eccezioni.

Nel nostro Paese, gli uomini con limitazioni funzionali di 50-69 anni che hanno eseguito almeno un test per la ricerca del sangue occulto oppure una rettosigmoidoscopia o colonscopia a scopo preventivo presentano una prevalenza superiore rispetto a quella delle donne di pari età e condizione (37,3% vs 29,3%).

Inoltre, relativamente all'eccesso ponderale, a livello nazionale il 44,0% degli uomini con limitazioni funzionali di 18 anni ed oltre è in sovrappeso ed il 15,5% è obeso, mentre tra le donne i valori riscontrati sono, rispettivamente, il 34,7% ed il 21,2%.

Rispetto alla popolazione generale si evidenzia una maggior quota di obesi tra gli uomini e, soprattutto, una quota ben più alta di donne in sovrappeso (+7,2%) e obese (+11,9%).

Salute mentale e dipendenze

Per quanto riguarda il numero di soggetti dimessi almeno una volta nel corso dell'anno con una diagnosi principale o secondaria di "disturbo psichico", nel 2013 i dati mostrano una quota maggiore nella PA di Bolzano, in Sardegna, in Liguria ed in Valle d'Aosta, sia per gli uomini che per le donne. L'esame dell'andamento temporale dell'indicatore, negli anni 2001-2013, evidenzia un costante ma lieve decremento, per entrambi i generi, maggiormente accentuato nella fascia di età più avanzata.

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.

Riguardo al tasso di mortalità per suicidio, nel biennio 2011-2012 il tasso grezzo è stato pari a 7,99 (per 100.000) residenti di 15 anni ed oltre. Nel 78,4% dei casi il suicida è un uomo. Importante è rilevare che la distribuzione dei tassi per età cresce all'aumentare dell'età, con un incremento marcato, per gli uomini, dopo i 65 anni, raggiungendo il valore massimo nella classe di età più anziane; per le donne, invece, il valore massimo si raggiunge nella classe di età 70-74 anni per poi ridursi nelle classi di età più anziane. L'indicatore, inoltre, presenta una marcata variabilità geografica con tassi, in generale, più elevati nelle regioni del Nord (con l'eccezione della Liguria che, insieme a Calabria e Campania, si colloca tra le 3 regioni con i livelli di suicidalità più bassi d'Italia e della Sardegna, che presenta un tasso di mortalità più che doppio rispetto alle 3 regioni sopramenzionate). Il trend storico dell'indicatore, a livello nazionale, mostra una riduzione del tasso a partire dalla metà degli anni Ottanta che si accentua, soprattutto per gli uomini, a partire dal 1997. Tuttavia, dopo il minimo storico raggiunto

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 501

nel 2006 questa tendenza alla riduzione ha subito un arresto. Si evidenzia una nuova tendenza all'aumento negli ultimi anni che ha coinvolto soprattutto gli uomini per i quali, nell'ultimo biennio 2011-2012, si osserva un aumento nella fascia di età tra i 35-69 anni.

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.

A livello nazionale, oltre il 62% dei parti dell'anno 2013 è avvenuto in punti nascita con un volume annuo di almeno 1.000 parti. Tra le regioni del Nord, oltre il 70% dei parti si svolge in punti nascita di grandi dimensioni (almeno 1.000 parti/anno). Un'organizzazione opposta della rete di offerta si presenta nell'area meridionale del Paese, dove oltre il 40% dei parti, nell'anno 2013, è avvenuto in punti nascita che hanno effettuato meno di 1.000 parti/anno. In particolare, in Basilicata tale percentuale ha raggiunto circa il 67%, con quasi il 44% dei parti effettuati in punti nascita con meno di 800 parti/anno.

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.

Riguardo alle Unità Operative di Terapia Intensiva Neonatale, nel 2013, risultano presenti in 128 dei 526 punti nascita e solo 107 di esse sono in punti nascita con almeno 1.000 parti annui.

Le nascite da Procreazione Medicalmente Assistita sono 12.187 nel 2013. Non ha subito importanti variazioni rispetto al 2012 la quota di parti multipli (indicatore di sicurezza delle tecniche), registrando valori pari a 19,8% nel 2013 e 20,0% nel 2012. Un aspetto positivo viene dal sistema di monitoraggio: la quota di gravidanze perse al follow-up risulta, infatti, in diminuzione ed è pari al 10,3%. Diminuisce, però, l'offerta sul territorio: da 932 a 914 cicli a fresco iniziati per milione di abitanti, permanendo una differenza sostanziale tra Nord e Sud ed Isole.

Con 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. Si conferma la diminuzione (seppur lieve) della quota di IVG da parte delle donne straniere: infatti, nel 2012, la percentuale risulta pari al 34,1%, mentre nel 2013 risulta pari al 33,5%.

Nel 2013 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. 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%).

Salute della popolazione straniera

La popolazione straniera residente in Italia al 1 gennaio 2015 supera di poco i 5 milioni di unità e rappresentano l'8,2% del totale della popolazione residente. Oltre la metà dei residenti stranieri (52,4%) proviene da un Paese del continente europeo, mentre il 20,5% è la quota di cittadini provenienti dall'Africa (in particolare, circa due africani residenti su tre provengono da un Paese del Nord Africa), il 19,3% dei residenti proviene dall'area asiatica e solo il 7,7% ha la cittadinanza di un Paese dell'America. I rumeni, gli albanesi ed i marocchini costituiscono, ormai da anni, le tre comunità più numerose in termini di stranieri residenti in Italia.

Nel 2013, si sono registrati circa 543 mila ricoveri di cittadini stranieri (erano quasi 559 mila nel 2009), pari al 5,7% dell'ospedalizzazione complessiva nel nostro Paese (circa il 5% nel 2009). I cittadini provenienti dai Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM) costituiscono la quasi totalità di questi ricoveri (93,1%). Oltre due terzi dei ricoveri di cittadini provenienti dai PFPM sono in regime di Ricovero Ordinario (RO). Nel quinquennio 2009-2013 si sono mantenuti sostanzialmente stabili a fronte di una riduzione media annua dell'ospedalizzazione complessiva pari a circa il -3%.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 502

Il quadro nosologico dei cittadini provenienti dai PFPM rimane sostanzialmente immutato rispetto al passato, con i traumatismi che continuano a rappresentare la diagnosi principale più frequente in RO, seguiti dalle malattie dell'apparato digerente e dalle malattie del sistema respiratorio (in particolare le infezioni respiratorie). Escludendo le complicazioni della gravidanza, parto e puerperio, per le donne provenienti dai PFPM i tassi per RO sono più elevati per le malattie del sistema circolatorio (in particolare le malattie del cuore), per le malattie dell'apparato digerente e per i tumori. L'analisi dei ricoveri conferma la tendenza degli immigrati ad utilizzare i servizi ospedalieri in modo più contenuto rispetto agli italiani. Ciò potrebbe essere la risultante di un mix di fattori e cioè il migliore stato di salute della popolazione immigrata (effetto "migrante sano"), che opera come selettore naturale sulle persone al momento della partenza, e l'effetto delle barriere burocratiche e linguistico-culturali all'accesso.

Nel periodo compreso fra il 2004-2013, sono stati notificati al Sistema Epidemiologico Integrato dell'Epatite Virale Acuta (SEIEVA) 10.591 casi: il 15,0% (1.589 casi) riguardava cittadini di nazionalità non italiana. Questa percentuale è progressivamente aumentata negli anni, passando dal 10,9% nel 2004 al 22,4% nel 2012, mentre risulta diminuita nel 2013 (13,6%). Un'interessante informazione riguarda il periodo di presenza in Italia, dato raccolto dalla sorveglianza SEIEVA dal 2009. Dei 332 casi per i quali è nota l'informazione, circa l'84% erano presenti nel nostro Paese da più di 1 anno, indice questo del fatto che l'infezione è stata contratta durante il periodo di residenza in Italia.

Esaminando i tassi standardizzati di mortalità tra gli stranieri, anche per il 2012 si osserva come esista un effetto discriminante dato dalla regione di residenza. I valori più alti si registrano, per il 2012, in particolare per la Puglia, Sicilia, Lazio, Basilicata e PA di Bolzano, ma anche per Friuli Venezia Giulia, Campania e PA di Trento, con tassi compresi tra 19,6 e 17,1 per 10.000. I valori più bassi si registrano, invece, in Sardegna, Emilia-Romagna e Toscana (valori compresi, in ordine crescente, tra 13,0 e 14,1 per 10.000). Per gli stranieri, infine, si rileva che i Tumori, le Malattie del Sistema Circolatorio e le Cause esterne rappresentano le prime cause di morte.

PARTE SECONDA - Sistemi Sanitari Regionali e qualità dei servizi

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. Tra i 32 Paesi dell'area dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE), l'Italia si pone tra i Paesi che spendono meno in termini pro capite. Il Canada spende il doppio rispetto all'Italia, la Germania il 68% in più e la Finlandia il 35%. Il nostro Paese si posiziona all'estremo inferiore dei valori pro capite insieme a Paesi per lo più dell'Europa dell'Est.

La spesa pro capite più alta si registra in Molise (2.226€) e la più bassa in Campania (1.689€).

La distribuzione della spesa fra le regioni si presenta disomogenea senza, però, un netto gradiente Nord-Sud ed Isole.

Fra il 2013 e il 2014, 12 regioni hanno ridotto la loro spesa sanitaria pro capite, mentre 9 ne hanno incrementato il valore, in particolare si registra un aumento in Campania (+0,18%), Puglia (+1,07%) e Molise (+6,23%) e una riduzione in Friuli Venezia Giulia (-3,93%), Valle d'Aosta (-3,06%) e Piemonte (-2,23%). Nel periodo 2010-2014, si evidenzia un trend in diminuzione della spesa pro capite, con un tasso medio composto annuo di -0,58% a livello nazionale, in particolare si registra una diminuzione che varia tra -1,55% del Piemonte e -0,3% dell'Abruzzo e un aumento che varia da 0,06% dell'Emilia Romagna all'1,04% della Sardegna.

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.

La generalizzata riduzione dei deficit, il miglioramento della situazione nella maggior parte delle regioni assoggettate a Piano di Rientro (PdR) e la presenza di numerose regioni in equilibrio, inducono anche quest'anno, per quanto riguarda la dimensione economico-finanziaria, a un cauto ottimismo. I dati confermano, infatti, che il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è riuscito a bloccare la tradizionale dinamica espansiva della spesa e ad allinearsi alle limitate disponibilità finanziarie dello Stato, malgrado l'invecchiamento della popolazione, i costi indotti dal progresso tecnologico e le forme di deprivazione socio-economica prodotte dalla crisi.

Va, però, evidenziato come l'equilibrio sia ancora relativamente fragile, poiché tale risultato è stato largamente conseguito tramite iniziative (blocco o riduzione dei volumi e dei prezzi dei fattori produttivi e contenimento dei consumi sanitari) che difficilmente potranno essere mantenute nel medio periodo o, comunque, produrre ulteriori risparmi.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 503

In questo Rapporto viene trattato, per la prima volta, il tema dei disavanzi non coperti delle Aziende Sanitarie pubbliche, aspetto molto rilevante per il funzionamento del SSN, poiché l'accumulo di deficit causa l'erosione del patrimonio netto aziendale e, quindi, la contrazione delle attività dovuta alla diminuzione delle disponibilità di cassa e all'incapacità di rinnovare adeguatamente le attrezzature.

I dati sui disavanzi non coperti mostrano che nello scorso decennio molte Aziende Sanitarie pubbliche hanno sistematicamente operato in perdita e la copertura delle perdite accumulate è stata soltanto parziale. Alla fine del 2008, per esempio, si rilevavano 38,7 miliardi di euro di perdite accumulate dalle aziende (32,6 nelle regioni con PdR e 6,1 nelle altre), di cui 24,7 miliardi di euro coperti da contributi assegnati, ma non ancora erogati e i rimanenti 14,0 non ancora coperti nemmeno in termini di assegnazione. Di qui le ben note difficoltà incontrate dalle aziende nel pagamento dei fornitori e nel rinnovo dei cespiti. Negli anni successivi, e soprattutto a partire dal 2012, i Servizi Sanitari Regionali (SSR) hanno continuato a rilevare perdite, ma in misura sempre più contenuta. Nel frattempo, sono diventati più stringenti e monitorati gli obblighi di copertura, cui si è aggiunta un ingente trasferimento di liquidità da parte dello Stato. A fine 2014, tutti i disavanzi risultavano così essere stati coperti, almeno in termini di assegnazione, per il complesso del SSN e per la maggioranza dei SSR individualmente considerati.

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%. La riduzione dei tempi medi di pagamento si è verificata, in particolar modo, a partire dal 2012, con una diminuzione più marcata tra il 2013-2014 e con un abbattimento dei tempi medi di pagamento del 24,7% in questi 2 anni. 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).

I dati mostrano un profondo divario tra le regioni. Infatti, se in tutte le regioni viene riscontrato un trend in diminuzione tra il 2011-2014, i dati anno per anno mostrano che non tutte le regioni hanno fatto il medesimo sforzo per ridurre i tempi medi di pagamento delle Aziende Sanitarie pubbliche. Nello specifico, si passa dai 71 giorni, nel 2014 in Valle d'Aosta, valore sostanzialmente in linea con quanto prescritto dalla normativa vigente, ai 794 giorni in Calabria, valore oltre dieci volte superiore a quanto prescritto dalla normativa vigente. In generale, si riscontra come nelle regioni del Nord i tempi medi di pagamento siano mediamente più bassi del valore nazionale, mentre nelle regioni del Centro-Sud ed Isole i tempi di pagamento siano ancora molto lontani dal benchmark.

Riguardo alle risorse di personale del Servio 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, a fronte di una riduzione media annua della spesa sanitaria dell'1% (-2,9% assoluto); è l'aggregato di spesa del SSN che ha subito i tagli maggiori tra il 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. Tale evidenza si chiarisce meglio analizzando il trend del tasso di turnover tra il 2010-2012 che si è costantemente ridotto nel periodo considerato, arrivando a segnare 68,9 punti percentuali nel 2012, circa 10 punti percentuali in meno rispetto all'anno precedente (78,2% nel 2011).

L'incidenza della spesa per personale dipendente del SSN sulla spesa sanitaria totale si è ridotta di 1,0 punto percentuale tra il 2010-2013, passando dal 33,2% al 32,2%. L'analisi dei dati relativi alla spesa per il personale, rapportata alla popolazione residente nel periodo 2010-2013, mostra una diminuzione del 4,4%, passando da un valore di 606,9€ a 580,1€. I valori regionali mostrano una profonda differenza nei valori di spesa pro capite grezza: la spesa più alta, pari a 1.161,1€, si registra nella PA di Bolzano, seguita dagli 888,5€ della Valle d'Aosta, mentre le regioni con una spesa pro capire minore sono la Campania, la Puglia e il Lazio, che registrano valori inferiori a 500€ pro capite.

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).

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 504

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%).

In Italia, i posti letto nelle strutture residenziali destinati ad accogliere persone con disabilità e anziani sono, complessivamente, 271.254 pari a 44,6 ogni 10.000 abitanti. La parte più ampia dell'offerta è destinata ad accogliere anziani (171,7 ogni 10.000), mentre le quote residuali sono rivolte ad utenti con disabilità (7,9 ogni 10.000).

L'analisi territoriale evidenzia forti divari tra le ripartizioni, con un'offerta che si concentra, soprattutto, nelle regioni del Nord e subisce consistenti riduzioni nelle altre aree del Paese. I più alti livelli di offerta complessiva si registrano in Piemonte con 99,3 posti letto (per 10.000); la più bassa dotazione di posti letto si riscontra in Campania con 10,7 per 10.000.

Gli anziani ospiti dei presidi residenziali sono, complessivamente, 263.798. Molti meno sono gli adulti e i minori con disabilità ospiti dei presidi, rispettivamente 44.951 (12,0 per 10.000 adulti residenti) e 1.417 (1,4 per 10.000 minori residenti). Il ricorso maggiore all'istituzionalizzazione si riscontra nelle regioni del Nord, soprattutto per gli anziani per i quali i tassi di ricovero più elevati si registrano nella PA di Bolzano (457,3 per 10.000). Nel Meridione il tasso di ricovero si riduce considerevolmente e tocca i valori minimi in Campania e in Calabria dove per 10.000 anziani residenti risultano ricoverati, rispettivamente, 50,9 e 78,2 anziani, valori fortemente al di sotto del dato nazionale (202,7 per 10.000). Risultati simili si ottengono dall'analisi degli indicatori riferiti agli ospiti adulti con disabilità. La Liguria fa registrare il più alto tasso di ricovero (27,2 ospiti adulti per 10.000 adulti residenti), mentre il Meridione vede ridursi considerevolmente i livelli del tasso.

Il tasso di ospedalizzazione potenzialmente evitabile per complicanze a lungo termine del diabete mellito stimato controllando i fattori confondenti, di natura epidemiologica e organizzativa, mette in luce che le regioni con i tassi più bassi risultano collocate nella zona Centro-meridionale del Paese: Marche, Sardegna, Toscana e Basilicata. I tassi più elevati si osservano in alcune regioni settentrionali (Emilia-Romagna, Veneto e Lombardia) ed in Puglia.

Il tasso di ospedalizzazione potenzialmente evitabile per broncopneumopatia cronico ostruttiva evidenzia che le regioni più virtuose sono la Toscana, la Sicilia, il Piemonte e la Valle d'Aosta; i valori più elevati di ospedalizzazione evitabile per questa patologia si riscontrano, invece, in Calabria, Campania e Puglia.

L'ospedalizzazione potenzialmente evitabile per insufficienza cardiaca senza procedure cardiache, valutata controllando i fattori confondenti, premia la Toscana, la Sardegna ed il Trentino-Alto Adige che registrano i valori più bassi, mentre le meno virtuose sono la Calabria, l'Abruzzo e la Sicilia.

Il tasso di ospedalizzazione potenzialmente evitabile per asma in età pediatrica, per il quale si è tenuto conto della sola struttura per età come fattore confondente, mette in luce che per questa patologia le regioni meno virtuose sono il Lazio e la Campania, mentre in Lombardia, Liguria, Molise, Puglia e Calabria il tasso è in linea con il valore italiano; in tutte le altre regioni i tassi di ospedalizzazione sono, significativamente, inferiori al dato nazionale.

Infine, il tasso standardizzato per età dell'ospedalizzazione potenzialmente evitabile per gastroenterite in età pediatrica evidenzia come le regioni del Mezzogiorno, ad eccezione del Molise e della Basilicata, presentino performance generalmente peggiori rispetto al dato nazionale, mentre le regioni del Nord e del Centro, con l'eccezione della Lombardia e della PA di Bolzano, mostrano tassi di ospedalizzazione significativamente inferiori al valore italiano. Le regioni con i tassi più alti sono la Puglia (5,05 per 1.000) e l'Abruzzo (4,38 per 1.000), mentre il tasso più basso si registra nella PA di Trento (0,65 per 1.000).

Assistenza farmaceutica territoriale

L'andamento del consumo di farmaci a carico del 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 Defined Daily Dose-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.

La lettura del dato sui consumi in serie storica (2001-2014) mette in luce che il gradiente Nord-Sud ed Isole di consumi e spesa sia un fenomeno di lunga durata e che, nel corso dell'ultimo decennio, sia rimasto sostanzialmente immutato. Tutte le regioni del Nord hanno avuto nel corso del periodo esaminato consumi e spesa infe-

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 505

riori al valore nazionale; le regioni del Meridione (ad eccezione di Basilicata, Molise e parzialmente Abruzzo) hanno avuto consumi e spesa superiori al dato nazionale, mentre il Lazio, a differenza delle altre regioni del Centro, ha avuto e continua ad avere consumi e spesa superiori al valore italiano. L'Umbria è l'unica regione con la caratteristica di avere costantemente consumi superiori al valore nazionale e valori di spesa inferiori.

Nel 2014, la spesa farmaceutica territoriale a carico del Servizio Sanitario Nazionale è diminuita 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€). In particolare, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana e Sicilia hanno avuto nel periodo riduzioni di spesa media pro capite superiori al 20%.

Il totale della compartecipazione richiesta ai cittadini è stato pari a 1 miliardo e 500 milioni di euro (con un aumento della spesa pro capite del 2,5% rispetto al 2013 e del 49,7% rispetto al 2010). La spesa pro capite è stata pari a 24,70€ con un'incidenza sulla spesa farmaceutica lorda pari al 13,7%, il valore più elevato dal 2005.

Tra le regioni in cui, nel 2014, era in vigore il ticket imposto dalla Regione (escludendo, quindi, Valle d'Aosta, PA di Trento, Friuli Venezia Giulia, Marche e Sardegna) le quote più basse richieste ai cittadini si osservano in Emilia-Romagna (15,80€ pro capite, 11,4% della spesa lorda), in Piemonte (16,00€ pro capite, 10,0%) ed in Toscana (16,10€ pro capite, 11,1%). Le regioni, invece, i cui cittadini contribuiscono maggiormente alla spesa farmaceutica sono la Puglia (33,10€ pro capite, 15,2% della spesa lorda), la Sicilia (33,20€ pro capite, 16,0%) e la Campania (36,50€ pro capite, 16,3%)

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 per acuti è composta da 2,68 PL (per 1.000) dedicati al Ricovero Ordinario (RO) e 0,36 PL (per 1.000) al ricovero diurno.

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 che è passata da 3,15 PL (per 1.000) del 2013 a 3,04 PL per 1.000 del 2014.

I PL dedicati alla componente post-acuzie, lungodegenza e riabilitazione, si attestano sul valore di 0,58 PL per 1.000 e si confermano leggermente sottodimensionata rispetto all'obiettivo normativo dello 0,70 PL per 1.000. 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 quanto riguarda la domanda soddisfatta dal sistema ospedaliero i dati registrati, nel 2014, indicano un tasso di ospedalizzazione complessivo pari a 148,7 per 1.000, quindi sensibilmente inferiore allo standard del 160 per 1.000 indicato dal DM n. 70/2015. La percentuale di ricoveri in regime diurno è contenuta al 24,6% (standard normativo 25%). Tra il 2009 e il 2014, si rileva una forte riduzione del ricovero in regime diurno, con un tasso che passa dal 53,0 per 1.000 al 36,6 per 1.000, e dell'ospedalizzazione in regime ordinario, con un tasso che varia dal 126,4 per 1.000 del 2009 al 112,1 per 1.000 del 2014.

Si osserva, tra il 2013 e il 2014, una lieve riduzione dei ricoveri per lungodegenza (da 1,81 a 1,76 per 1.000 residenti) e per riabilitazione (da 5,25 a 5,12 per 1.000 residenti), contro una marcata riduzione del RO per acuti (da 108,8 a 105,2 per 1.000 residenti).

Il tasso specifico di dimissione più elevato si rileva nella fascia di età over 75 anni (280,2 per 1.000 residenti). Per quanto riguarda l'ospedalizzazione in età pediatrica (0-17 anni) il tasso specifico di dimissione del 2014 è pari a 61,9 per 1.000 per il RO ed a 25,9 per 1.000 per il ricovero diurno. In età pediatrica il tasso specifico più elevato si registra nel 1° anno di vita (413,9 per 1.000).

In merito alla dinamica della mobilità ospedaliera in età pediatrica, un focus sulle regioni in Piano di Rientro consente di individuare un aumento consistente in varie regioni, in particolare in Calabria ed in Umbria.

Gli indicatori di efficienza delle strutture di ricovero e cura comprendono la Degenza Media (DM), complessiva e per genere, la Degenza Media Preoperatoria (DMPO) e, solo per l'età pediatrica, l'Indice di Case-Mix e l'Indice Comparativo di Performance. La DM complessiva, sia grezza che standardizzata per case-mix, è pari a 6,8 giorni per tutto il triennio preso in considerazione (2012-2014). La DMPO, standardizzata per case-mix, è in lieve calo ed è passata da 1,99 giorni del 2007 a 1,76 giorni del 2014. Per questo indicatore si registra un chiaro gradiente Nord-Sud ed Isole, con le regioni meridionali che presentano valori più elevati.

Per la dimensione dell'appropriatezza clinica e organizzativa, la percentuale di interventi per frattura di

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 506

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.

Nel 2014, si conferma un'elevata variabilità regionale anche per i tassi di ospedalizzazione per le tre procedure ad elevato impatto sociale prese in considerazione (protesi di anca, bypass e angioplastica coronarica). Per i 5 anni considerati (2010-2014) si è assistito ad un aumento del tasso di ospedalizzazione per protesi di anca ed angioplastica e ad una riduzione del tasso di bypass coronarico, mentre il confronto tra il 2013 e il 2014 evidenzia una riduzione del tasso in tutti e tre gli indicatori considerati. Tutti i valori rilevati presentano un chiaro gradiente Nord-Sud ed Isole, con tassi più elevati al Nord per protesi di anca.

Trapianti

Gli indicatori esaminati riguardano l'attività di donazione e procurement di trapianto e la valutazione degli esiti. Dopo un decennio di forti incrementi nell'attività di donazione, negli ultimi anni ci si è attestati su un valore di circa 1.100 donatori utilizzati, con un lieve aumento per il 2014 (1.174). La stessa cosa dicasi per il numero di trapianti che si attesta sui 2.900 all'anno, anche in questo caso con un lieve aumento nel 2014.

L'età mediana dei donatori utilizzati continua a crescere, passando dai 52 anni del 2002 ai 62 anni del 2013, con valori sovrapponibili nel 2014. Nello stesso anno, rispetto al numero registrato degli accertamenti di morte con standard neurologici, le opposizioni sono state il 30,8%. Nel 2012, i più elevati livelli di donatori utilizzati si registrano in Toscana (37,1 Per Milione di Popolazione-PMP), mentre i valori minori si osservano in Basilicata (5,2 PMP).

Il divario regionale tra Centro-Nord e Meridione persiste anche nell'attività di trapianto e nella distribuzione dei centri per tipologia di organo generando una mobilità dei pazienti verso le regioni settentrionali, evidenziata dalla percentuale e dal numero dei trapianti eseguiti su soggetti provenienti da fuori regione. Le percentuali di trapianti eseguiti su pazienti extra regionali sono, comunque, ridotte anche nelle regioni del Centro-Nord, dove solo 1 (Veneto) sulle 3 del 2013 continua a mostrare una percentuale >40%. Complessivamente, la percentuale di trapianti fuori regione eseguiti in Italia è passata dal 31,7% del 2009 al 26,7% del 2014.

Le sopravvivenze di cuore risultano in lieve flessione (0,4 punti percentuali) nel 2013 rispetto agli anni precedenti, mentre per quanto riguarda fegato e rene i valori risultano in linea con i valori degli anni recenti. La sopravvivenza del paziente ad 1 anno dal trapianto si attesta, rispettivamente, per cuore, fegato e rene sui valori: 82,7%, 85,9% e 97,2%.

Mortalità riconducibile ai servizi sanitari

Nell'ambito delle valutazioni della performance di un Servizio Sanitario Nazionale particolare interesse è rivolto all'analisi della mortalità riconducibile ai servizi sanitari (amenable mortality), ovvero quei decessi prematuri che non dovrebbero verificarsi in presenza di cure efficaci e tempestive e per i quali esistono interventi diagnostico-terapeutici di provata efficacia. Questo indicatore permette di segnalare le situazioni più a rischio, di studiare possibili interventi correttivi e verificarne, nel tempo, il successo.

Uno studio descrittivo sui dati secondari di 32 Paesi dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico nel periodo 2000-2012 mostra che l'Italia è uno dei Paesi in cui la mortalità riconducibile ai servizi sanitari è diminuita in maniera minore tra il 2000-2001 e il 2011-2012 (-27,4%), preceduta da Messico, Stati Uniti, Giappone, Cile, Canada, Slovacchia, Grecia e Francia. La ragione di questa blanda diminuzione potrebbe dipendere dal fatto che, nel 2000-2001, l'Italia presentava valori che erano tra i più bassi e aveva, quindi, un ridotto margine di miglioramento rispetto ad altri Paesi.

Stato dell'arte della prevenzione in Italia

Il significativo miglioramento, negli ultimi decenni, delle condizioni di salute nei Paesi economicamente più avanzati è attribuibile, in parte, ad una maggiore attenzione agli stili di vita, tra questi un ruolo importante è rappresentato dall'attività di prevenzione. Tra il 2000-2009, la spesa sanitaria pubblica è cresciuta, nei Paesi aderenti all'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE), in termini reali mediamente del 3,8%. Con la crisi la spesa sanitaria pubblica è cresciuta a un tasso annuo significativamente inferiore in tutti i Paesi OCSE, in particolare la spesa per la prevenzione è quella che ha subito il maggior ridimensionamento dai tagli di bilancio.

In Italia, la spesa destinata alla prevenzione (che comprende, tra le altre, le attività di prevenzione rivolte alla persona come, ad esempio, vaccinazioni e screening, la tutela della collettività e dei singoli dai rischi negli

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 507

ambienti di vita e di lavoro, la sanità pubblica veterinaria e la tutela igienicosanitaria degli alimenti) è pari al 4,2% della spesa sanitaria, mentre il livello fissato nel Patto per la Salute 2010-2012 è pari al 5%.

L'analisi degli indicatori consente una visione della prevenzione primaria anche in termini di attività vaccinale: emerge come le coperture vaccinali della popolazione infantile, nel 2013-2014, subiscano decrementi lievi per le vaccinazioni obbligatorie (Tetano -1,0%, Poliomielite, Difterite ed Epatite B -1,1%), per la Pertosse (-1,1%) e per l'Haemophilus influenzae di tipo b (-0,6%), mentre decrementi più marcati si osservano per il Morbillo, Parotite, Rosolia (per ciascuno si registra un valore pari a -4,0%) e Meningococco c coniugato (-2,5%), mentre aumentano le coperture per Varicella e Pneumococco coniugato (10,3% e 0,6%, rispettivamente); per la vaccinazione anti-influenzale nei soggetti di 65 anni ed oltre, nell'arco temporale 2003-2004/2014-2015, si registra una netta diminuzione pari a circa il 20%.

Spostando l'attenzione sugli screening organizzati e spontanei e, dunque, sulla prevenzione secondaria, emerge come l'estensione effettiva dell'offerta per i tre screening (cervicocarcinoma uterino, mammella e colon-retto) subisca un incremento tra il 2005-2006 ed il 2010-2012 (da 51,8% a 69,5%, da 54,3% a 73,3%, da 20,7% a 53,1%, rispettivamente). Per il 2013 i dati di estensione si assestano al 71% e al 74% per lo screening per il cervicocarcinoma uterino e della mammella, rispettivamente, e al 62% per il colon-retto. Sempre con notevoli differenze territoriali, i valori di partecipazione della popolazione target agli screening sono pari, per il tumore della mammella al 56,1%, per il cervicocarcinoma uterino, nel 2012, al 40,7%, mentre per il carcinoma del colon-retto al 47,1% (test per il sangue occulto nelle feci) e circa il 27% (range: 7-37%) (rettosigmoidoscopia). Dal 2008 al 2014, mentre cresce in tutto il Paese la copertura dello screening per il tumore della cervice uterina organizzato, quella dello screening spontaneo resta sostanzialmente stabile o diminuisce significativamente nelle regioni del Nord (-9,4%); lo screening spontaneo per il tumore della mammella resta sostanzialmente stabile mostrando un aumento nelle regioni del Sud; la copertura dello screening per il tumore del colon-retto raggiunge valori più alti fra i residenti al Nord (64%), ma è significativamente più basso fra i residenti del Centro (43%) e del Sud ed Isole (19%).

Infine, nell'ambito delle valutazioni sull'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), si osserva che le regioni inadempienti rispetto alla garanzia dei LEA sono, oltre al Lazio, quelle del Meridione e coincidono di fatto con le regioni che presentano inadempienze nelle funzioni relative alla prevenzione. Dai dati dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali sulla spesa sanitaria del 2011 (2) si rileva come la percentuale di spesa complessiva dedicata alla prevenzione sia uguale tra regioni inadempienti e adempienti nel monitoraggio dei LEA (circa 4,3%).

Alcune Raccomandazioni di Osservasalute

Le analisi del Rapporto Osservasalute 2015 descrivono un quadro del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) con pochi lati positivi e molti negativi: diminuzione della spesa sanitaria pubblica e graduale riduzione del debito da un lato; arretramento dell'attività di prevenzione, stili di vita salutari ancora inadeguati e ritardi nella modernizzazione del sistema dall'altro.

Ciò premesso, e alla luce dei risultati evidenziati nel Rapporto, si ritiene opportuno mettere l'accento su alcuni punti che riteniamo essenziali per il futuro e sui quali richiamare l'attenzione del decisore pubblico.

Il primo punto da sottolineare è relativo all'interpretazione dei buoni risultati documentati nel Rapporto in tema di riduzione dei deficit. Infatti, le analisi effettuate inducono a un cauto ottimismo, poiché i dati confermano che il SSN è riuscito a bloccare la tradizionale dinamica espansiva della spesa e ad allinearsi alle limitate disponibilità finanziarie dello Stato, malgrado l'invecchiamento della popolazione, i costi indotti dal progresso tecnologico e le forme di deprivazione socio-economica prodotte dalla crisi. Tuttavia, va evidenziato come questo equilibrio sia ancora fragile, poiché è stato largamente conseguito tramite iniziative (blocco o riduzione dei volumi e dei prezzi dei fattori produttivi e contenimento dei consumi sanitari) che difficilmente potranno essere mantenute nel medio periodo o, comunque, produrre ulteriori risparmi.

La considerazione appena espressa evidenza la necessità di una migliore programmazione delle politiche, al fine di rendere il sistema più efficiente, eliminando le sovrapposizioni di ruoli e attività tra strutture pubbliche e private e adeguando l'offerta di prestazioni alle effettive esigenze della popolazione. Il perseguimento di questo ultimo obiettivo consentirebbe di garantire l'appropriatezza delle prestazioni erogate e di evitare che analoghi bisogni di salute vengano soddisfatti nelle regioni con tipologia e quantità di prestazioni differenti ed un diverso utilizzo di risorse.

Sempre in ottica di razionalizzazione e di miglioramento della performance, si evidenzia l'opportunità di organizzare il sistema valorizzando il concetto di continuità assistenziale, cioè un modello di assistenza che abbia come obiettivo quello della presa in carico dei pazienti, da attuare con l'organizzazione di una rete funzio-

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 508

nale integrata costituita da professionisti socio-sanitari, pazienti ed eventuali caregiver. Tale modello organizzativo permette all'individuo di ricevere un'assistenza continua nell'arco delle 24 ore (DM n. 70/2015), a prescindere dal domicilio del paziente o dal luogo dove questo viene trattato, e assicura all'utente interventi personalizzati progettati da una équipe multidimensionale che valuta il paziente in maniera complessiva (clinica-assistenziale, di autosufficienza, socio-economica e culturale). Un'organizzazione di questo tipo necessita del supporto di sistemi di valutazione multidimensionali che valutino, contemporaneamente, le dimensioni della qualità delle cure, il guadagno di salute e la sostenibilità economica.

Restando in tema di valutazioni, finalizzate alla garanzia dell'accesso alle cure per il cittadino, sarebbe opportuno implementare flussi in grado di fornire informazioni sull'outcome, la tipologia di prestazioni e la spesa correlata, tali da permettere da un lato di monitorare il sistema sanitario nazionale, dall'altro supportare il decisore pubblico per la programmazione delle politiche e la gestione delle risorse.

Dott. Alessandro Solipaca
Segretario Scientifico
Dott.ssa Marta Marino
Osservatorio Nazionale sulla Salute
nelle Regioni Italiane

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

Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati

Prof.ssa Flavia Carle, Dott.Luca Giraldi, Prof. Eugenio Anessi Pessina, Dott.ssa Alessandra Battisti, Dott.ssa Alessandra Burgio, Prof. Americo Cicchetti, Prof. Giuseppe Costa, Prof. Gianfranco Damiani, Prof.ssa Viviana Egidi, Dott. Pietro Folino Gallo, Prof.ssa Elisabetta Franco, Dott.ssa Lucia Lispi, Dott.ssa Marzia Loghi, Dott. Aldo Rosano, Dott.ssa Stefania Salmaso, Dott. Emanuele Scafato, Dott. Alessandro Solipaca, Dott.ssa Aida Turrini

Il Rapporto Osservasalute descrive e confronta la situazione demografica, lo stato di salute e l'organizzazione dell'assistenza sanitaria delle popolazioni nelle 19 regioni e nelle 2 PA 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 "Popolazione" del presente Rapporto e nelle Edizioni precedenti (www.osservasalute.it).

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.

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 di interesse, che non è direttamente misurabile. Un indicatore serve a descrivere sinteticamente, in modo diretto o approssimato, un fenomeno ed 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 (come 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 sia stata valutata l'affidabilità, ovvero la capacità di misurare i cambiamenti del fenomeno di 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 European Community 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, per ciascun indicatore è stata predisposta una scheda dove sono riportati, oltre al metodo di calcolo, il significato ed i limiti dell'indicatore stesso.

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 perchè rendono disponibili i dati con cadenza periodica e perché tali dati possono essere considerati di tipologia e qualità generalmente soddisfacente ed uniforme per tutte le aree geografiche presenti nel Rapporto Osservasalute.

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 (per tutti i siti: ultimo accesso 31 gennaio 2016).

Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA)

L'AIFA è un organismo di diritto pubblico che opera sotto la direzione del Ministero della Salute e la vigilanza del Ministero della Salute e del Ministero dell'Economia e delle Finanze.

Collabora con le regioni, l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, le Associazioni dei pazienti, i Medici e le Società Scientifiche e con il mondo produttivo e distributivo.

L'AIFA svolge le seguenti attività:

- garantisce l'accesso al farmaco ed il suo impiego sicuro ed appropriato come strumento di difesa della salute;
- assicura l'unitarietà nazionale del sistema farmaceutico di intesa con le Regioni;

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 510

- provvede al governo della spesa farmaceutica in un contesto di compatibilità economico-finanziaria e competitività dell'industria farmaceutica;
- assicura innovazione, efficienza e semplificazione delle procedure registrative, in particolare per determinare un accesso rapido ai farmaci innovativi ed ai farmaci per le malattie rare;
- rafforza i rapporti con le Agenzie degli altri Paesi, con l'Agenzia Europea dei Medicinali e con gli altri organismi internazionali;
- favorisce e premia gli investimenti in ricerca e sviluppo in Italia, promuovendo e premiando l'innovatività;
- dialoga ed interagisce con la comunità delle Associazioni dei malati e con il mondo medico-scientifico e delle imprese produttive e distributive;
- promuove la conoscenza e la cultura sul farmaco e la raccolta e valutazione delle best practices internazionali.

In attuazione del DM 15 luglio 2004, presso l'AIFA è istituita una banca dati centrale finalizzata a monitorare le confezioni dei medicinali all'interno dell'intero sistema distributivo ed a garantire il monitoraggio mensile dei tetti di spesa farmaceutica, a livello nazionale e regionale, previsti dalla norma.

AIFA-Rapporto OsMed. L'uso dei farmaci in Italia

Disponibile sul sito: www.agenziafarmaco.it

Osservatorio nazionale sull'impiego dei Medicinali (OsMED)

Rapporto annuale

L'OsMED è stato istituito dalla Legge Finanziaria n. 448/1998. Il principale obiettivo è la produzione di analisi periodiche e sistematiche sull'uso dei farmaci in Italia. Attraverso la raccolta dei dati, l'OsMED è in grado di descrivere i cambiamenti nell'uso dei medicinali, correlare problemi di Sanità Pubblica ed uso di farmaci e di favorire la diffusione di informazioni sull'uso dei farmaci chiarendo anche il profilo beneficio- rischio collegato al loro uso.

L'OsMED pubblica, annualmente, due Rapporti (Rapporto Annuale, Rapporto sui primi 9 mesi) finalizzati a rilevare e confrontare, anche con analisi su base regionale, l'andamento della spesa farmaceutica del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) relativa ai medicinali erogati attraverso le farmacie con quello della spesa dei medicinali erogati con sistemi alternativi o direttamente impiegati in ambito ospedaliero e, conseguentemente, a formulare proposte per un impiego più razionale ed appropriato delle risorse del settore.

A partire dall'anno 2000, l'OsMED pubblica un Rapporto Annuale con i dati di consumo e di spesa farmaceutica a livello regionale, secondo la metodologia Anatomical Therapeutic Chemical(ATC)/Defined Daily Dose (DDD), allineando il nostro Paese agli standard di trasparenza che caratterizzano questo settore nei Paesi nordici.

Disponibile sul sito: www.agenziafarmaco.it

Agenzia Nazionale per i Servizi sanitari regionali (AgeNaS)

L'AgeNaS è un Ente che svolge un ruolo di collegamento e di supporto decisionale per il Ministero della Salute e le Regioni sulle strategie di sviluppo del SSN.

L'AgeNaS svolge la sua attività in stretta collaborazione con il Ministero della Salute e con le Regioni sulla base degli indirizzi della Conferenza Stato-Regioni Unificata che ha indicato come obiettivo prioritario della sua attività il supporto tecnico-operativo alle politiche di governo condivise tra Stato e Regioni per lo sviluppo e la qualificazione del SSN.

Disponibile sul sito: www.agenas.it

Centro Nazionale Trapianti (CNT)

Il CNT esegue la valutazione dell'attività di trapianto a livello nazionale, al fine di monitorare la qualità degli interventi effettuati e di consentire il confronto fra i vari centri. Il CNT collabora con il Gruppo Italiano Trapianto di Midollo Osseo.

Disponibile sul sito: www.trapianti.salute.gov.it

Sistema Informativo Trapianti (SIT)

Il SIT è stato istituito nell'ambito del Sistema Informativo Sanitario con la Legge n. 91/1999, "Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti", che ha tra i suoi obiettivi principali l'informatizzazione delle attività della rete nazionale dei trapianti per garantire la tracciabilità e la trasparenza dell'intero processo di "donazione-prelievo-trapianto".

Il SIT svolge le seguenti attività:

- registra e raccoglie le dichiarazioni di volontà di donazione di organi e tessuti da parte dei cittadini;
- raccoglie dai gestori di lista regionali le liste di attesa standard dei pazienti in attesa di trapianto;

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 511

- gestisce a livello nazionale il Programma Nazionale Pediatrico e la lista delle urgenze;
- registra il flusso dei dati sull'attività di donazione e prelievo di organi e tessuti, l'attività di trapianto di organi e la distribuzione di tessuti alle banche certificate;
- gestisce il registro del trapianto da vivente;
- raccoglie i follow-up dei pazienti trapiantati, anche in maniera specifica rispetto ai diversi protocolli previsti dalle normative sulla sicurezza.

La rete geografica del SIT collega i Centri Regionali, i Centri Interregionali e il CNT attraverso una intranet della Pubblica Amministrazione appositamente dedicata ai trapianti. Altri utenti del sistema che si collegano alla rete tramite internet pubblico sono gli operatori delle Aziende Sanitarie Locali (ASL) per la registrazione delle dichiarazioni di volontà, i centri di trapianto per l'invio dei follow-up e le banche dei tessuti per l'acquisizione del codice unico secondo le direttive europee EC 23/2004.
Disponibile sul sito: https://trapianti.sanita.it/statistiche

Collaborative Transplant Study (CTS)

Il CTS nasce dalla necessità di acquisire ulteriore conoscenza dei problemi e dei rischi relativi al trapianto di organi umani. Lo studio è stato avviato nel 1982. Esso si basa sulla cooperazione volontaria di centri di trapianto di tutto il mondo.

Oltre a mantenere un registro trapianto, il CTS effettua vari studi prospettici e retrospettivi su temi di ricerca specifici.
Disponibile sul sito: www.ctstransplant.org

European Transport Safety Council

Performance Index (PIN) Report

Il PIN Report fornisce una panoramica delle performance dei Paesi europei nelle tre aree del road safety.

Il Report mette a confronto l'evoluzione del numero di morti sulle strade e stima il valore monetario che la società ne trae. Fornisce un'analisi qualitativa del sistema di gestione della sicurezza stradale dei Paesi europei ed analizza, inoltre, i rischi su strada ed il progresso dei Paesi nella riduzione delle morti tra i giovani.
Disponibile sul sito: http://etsc.eu/9th-annual-road-safety-performance-index-pin-report/

International Agency for Research on Cancer

Progetto GLOBOCAN

Obiettivo del Progetto, è quello di fornire stime aggiornate di mortalità e prevalenza dei principali tipi di cancro, a livello nazionale, per i 184 Paesi del mondo.
Disponibile sul sito: http://globocan.iarc.fr

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 articolato in quattro aree tematiche contenenti informazioni aggregate a livello provinciale, regionale e nazionale e riguardanti: 1. le Aziende Assicurate; 2. gli Eventi Denunciati; 3. gli Eventi Indennizzati; 4. 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: 1. Aziende Artigiane; 2. Aziende non Artigiane; 3. Complesso delle Aziende.

Nell'ambito di ogni raggruppamento è presente una suddivisione in base alla tipologia di dati, ovvero: 1. Dati di sintesi; 2. Dati per settore di attività economica; 3. Dati per codice di tariffa INAIL.

Per la Gestione Agricoltura e Conto Stato, sono state sviluppate solo le aree tematiche Eventi denunciati ed Eventi indennizzati.
Disponibile sul sito: www.inail.it/internet/default/Statistiche/index.html

Istituto Nazionale di Statistica (Istat)

Banca dati Health For All-Italia

Il software Health For All è stato sviluppato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ed adattato dall'Istat alle esigenze informative nazionali. Il database, attualmente, contiene oltre 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

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 512

GRUPPO 5 - Malattie croniche ed infettive
GRUPPO 6 - Limitazioni funzionali e Dipendenze
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 confrontare 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 etc.) 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 dieci 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, le eventuali note necessarie per una corretta lettura dei dati e le pubblicazioni o siti internet utili per approfondire l'argomento.
Disponibile sul sito: www.istat.it/it/archivio/14562

Indagini Multiscopo

Il Sistema di indagini campionarie sociali multiscopo è costituito da una indagine annuale sugli "Aspetti della vita quotidiana", una indagine trimestrale su "Viaggi vacanze e vita quotidiana" e diverse indagini tematiche che ruotano, con cadenza quinquennale, su "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", "I cittadini ed il tempo libero", "Sicurezza dei cittadini", "Sicurezza delle donne", "Famiglia e soggetti sociali" e "Uso del tempo".

Aspetti della vita quotidiana. Anni 2001-2014

L'Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" affronta 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 ed alla cultura, rapporto con vecchie e nuove tecnologie e 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. L'indagine raggiunge più di 19.000 famiglie, per un totale di circa 46.000 individui.
Disponibile sul sito: www.istat.it/it/archivio/91926

Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Anni 2012-2013

L'Istat rileva presso i cittadini informazioni sullo stato di salute, il ricorso ai principali servizi sanitari, alcuni fattori di rischio per la salute ed i comportamenti di prevenzione. Il campione complessivo dell'indagine, che comprende circa 60.000 famiglie, è stato ampliato (erano 24.000 famiglie) a seguito di una convenzione cui partecipano il Ministero della Salute, l'Istat e le 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: www.istat.it/it/archivio/5471

Condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri. Anni 2011-2012

L'indagine "Condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri" ha l'obiettivo di fornire informazioni sulle condizioni di vita dei cittadini stranieri (inclusi i naturalizzati, cioè le persone che hanno acquisito la cittadinanza italiana dopo la nascita). Tali informazioni sono finalizzate al supporto delle politiche migratorie, di assistenza, sostegno e inserimento della popolazione straniera nella realtà economica e sociale del Paese. Molte sono le informazioni che vengono richieste e riguardano diversi aspetti della vita degli individui come la famiglia, i matrimoni, i figli, la formazione scolastica, l'appartenenza religiosa e linguistica, la storia migratoria, la storia lavorativa, le attuali condizioni di lavoro, le condizioni di salute, l'utilizzo e l'accessibilità ai servizi sanitari, gli stili di vita, le relazioni sociali, la partecipazione sociale, le esperienze di discriminazione vissuta, la sicurezza, le esperienze di vittimizzazione subite, le condizioni abitative etc.
Disponibile sul sito: www.istat.it/it/archivio/10825

Indagine sui presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari

L'indagine sui presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, a partire dal 2010 ha ampliato i contenuti informativi, adeguandoli alle esigenze conoscitive legate al processo di integrazione socio-sanitaria, cioè a quel complesso di attività di assistenza rivolte alla persona che sono finalizzate al soddisfacimento sia di

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 513

bisogni di natura sociale (legati al disagio e all'emarginazione) e sia di bisogni sociali con rilevanza sanitaria (legati all'invecchiamento della popolazione e alla disabilità). Al 31 dicembre di ogni anno, l'indagine effettua una "fotografia" dell'offerta di strutture residenziali socio-assistenziali e socio-sanitarie e le tipologie di utenti in esse assistiti, rilevando tutte le pubbliche o private che erogano servizi residenziali (ospitalità assistita con pernottamento) di tipo socio-assistenziale e/o socio-sanitario a persone in stato di bisogno. In tali strutture trovano alloggio persone che si trovano in stato di bisogno per motivi diversi: anziani soli o con problemi di salute, persone con disabilità, minori sprovvisti di tutela, giovani donne in difficoltà e stranieri o cittadini italiani con problemi economici ed in condizioni di disagio sociale. Le informazioni vengono raccolte per singola unità di servizio di un presidio, identificata da una tipologia di assistenza per un determinato target di utenza. Le unità di analisi dell'indagine sono i presidi stessi e le tipologie di ospiti in essi assistiti.
Disponibile sul sito: www.istat.it/it/archivio/7786

Indagine sui decessi e cause di morte

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 (scheda di morte oltre il 1° anno di vita), Istat/D.4 bis (scheda di morte nel 1° anno di vita). Nei 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: www.istat.it/it/archivio/4216

Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG)

A partire dal 1979 l'Istat, a seguito dell'entrata in vigore della Legge n. 194/1978, ha avviato, in accordo con le Regioni ed il Ministero della Sanità, la rilevazione dei casi di IVG. I dati vengono raccolti per mezzo del modello individuale di dichiarazione di IVG (Istat D.12), che deve essere compilato dal medico che procede all'interruzione stessa. Nel modello sono richieste notizie sulla donna e sull'interruzione della gravidanza. In particolare sono incluse informazioni sulle caratteristiche socio-demografiche della donna (età, stato civile, titolo di studio, condizione professionale, luogo di residenza, cittadinanza), sulla storia riproduttiva pregressa (numero di nati vivi, nati morti, interruzioni volontarie e aborti spontanei precedenti) e sull'aborto (età gestazionale, presenza di malformazioni fetali, rilascio della certificazione, tipo di intervento, terapia antalgica e durata della degenza).
Disponibile sul sito: www.istat.it/it/archivio/9025; http://dati.istat.it

Indagine sulle dimissioni dagli istituti di cura per aborto spontaneo

In conseguenza della Legge n. 194/1978 sull'IVG, l'Istat ha avviato, oltre all'indagine, una rilevazione sugli aborti spontanei. L'indagine ha come campo di osservazione solo i casi di aborto spontaneo per i quali si sia reso necessario il ricovero in istituti di cura sia pubblici che privati. Gli aborti spontanei 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 rilevati. La rilevazione è effettuata a mezzo del modello Istat D.11. Esso è individuale e anonimo e contiene informazioni sulle caratteristiche socio-demografiche della donna e sulle caratteristiche dell'aborto.
Disponibile sul sito: www.istat.it/it/archivio/9025; http://dati.istat.it

Popolazione residente, bilancio demografico, cittadini stranieri, nascite

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 etc.) 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 e l'età media. L'Istat rende, inoltre, disponibili i dati sui permessi di soggiorno dei cittadini extracomunitari regolarmente presenti in Italia elaborando le informazioni fornite dal Ministero dell'Interno.
Disponibile sul sito: http://dati.istat.it

Popolazione residente per Sesso, Anno di nascita e Stato civile (POSAS)

La rilevazione POSAS riguarda tutta la popolazione residente iscritta in Anagrafe suddivisa per sesso, anno di nascita e stato civile la cui nascita sia avvenuta entro la mezzanotte del 31 dicembre dell'anno di interesse.

Oltre alla rilevazione POSAS, al Comune viene richiesto di trasmettere, con modello a parte, l'ammontare della popolazione straniera distinta per sesso e anno di nascita (modello STRASA). Nel modello deve essere riportata la popolazione residente straniera nel suo complesso e non le singole cittadinanze. Si sottolinea che, diversamente da quanto richiesto per POSAS, per STRASA non viene richiesta l'ulteriore distinzione per stato

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 514

civile. Anche per STRASA il riferimento è la popolazione iscritta in Anagrafe la cui nascita sia avvenuta entro la mezzanotte del 31 dicembre dell'anno di interesse.
Disponibile sul sito: www.istat.it/it/archivio/50362

Rilevazione degli incidenti stradali con lesioni a persone

L'informazione statistica sull'incidentalità è raccolta dall'Istat mediante una rilevazione totale, a cadenza mensile, di tutti gli incidenti stradali verificatisi nell'arco di 1 anno solare sull'intero territorio nazionale che hanno causato lesioni alle persone (morti entro il 30° giorno e feriti).

L'unità di rilevazione è il singolo incidente stradale. La rilevazione è riferita al momento in cui l'incidente si è verificato. È con riguardo a tale momento, quindi, che di ciascuna unità vengono considerati i caratteri e le modalità, le cause o le circostanze determinanti e le conseguenze per le persone e per le cose.

Le variabili rilevate riguardano i principali aspetti del fenomeno: data e località dell'incidente, organo di rilevazione, localizzazione dell'incidente, tipo di strada, segnaletica, fondo stradale, condizioni meteorologiche, natura dell'incidente (scontro, fuoriuscita, investimento etc.), tipo di veicoli coinvolti, circostanze dell'incidente e conseguenze dell'incidente alle persone e ai veicoli.

La rilevazione è il frutto di un'azione congiunta e complessa tra una molteplicità di Enti: l'Istat, l'Automobile Club d'Italia, il Ministero dell'Interno (Servizio di Polizia Stradale), i Carabinieri, la Polizia Provinciale, la Polizia Locale, gli Uffici di statistica dei Comuni capoluogo di provincia e gli Uffici di statistica e/o i Centri di Monitoraggio per la Sicurezza Stradale di alcune Regioni o Province che hanno sottoscritto accordi con l'Istat finalizzati al decentramento della raccolta e monitoraggio delle informazioni sull'incidentalità stradale e successivo invio all'Istat di file dati informatizzati.

La rilevazione consiste nella trasmissione all'Istat delle informazioni contenute nel modello di indagine "CTT/INC", mediante la compilazione del modello cartaceo o invio di file dati, da parte dell'autorità che è intervenuta sul luogo (Polizia Stradale, Carabinieri, Polizia provinciale e Polizia Locale) per ogni incidente in cui è coinvolto un veicolo in circolazione sulla rete stradale e che abbia comportato danni alle persone.
Disponibile sul sito: www.istat.it/it/archivio/76750

14° e 15° Censimento della popolazione e delle abitazioni

Disponibile sul sito:
http://dawinci.istat.it/MD/; http://dati-censimentopopolazione.istat.it

Istituto Superiore di Sanità (ISS)

L'ISS è un Ente di diritto pubblico che, in qualità di organo tecnico-scientifico del SSN in Italia, svolge funzioni di ricerca, sperimentazione, controllo, consulenza, documentazione e formazione in materia di salute pubblica.
Disponibile sul sito: www.iss.it

Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) - I Tumori in Italia

I tumori in Italia, portale dell'epidemiologia oncologica per gli esperti e i cittadini, è un Progetto di ricerca nato dalla collaborazione tra l'Istituto Nazionale Tumori e l'ISS.

I tumori in Italia, Progetto nato nel 2004, diffonde e promuove i risultati della ricerca epidemiologica in campo oncologico, focalizzandosi sugli studi etiologici (prospettici e caso/controllo) e descrittivi (incidenza, mortalità, prevalenza, sopravvivenza e studi di outcome), sia italiani che internazionali, ponendo la conoscenza scientifica in ausilio dell'assistenza e della programmazione sanitaria. Le informazioni riguardano, principalmente, gli indicatori di salute, l'indagine sulle cause delle differenze di sopravvivenza tra popolazioni di Paesi diversi e all'interno di uno stesso Paese, i fattori di rischio oncologico ed i fattori clinici, patologici e socio-assistenziali che incidono sulla prognosi dei malati oncologici. La banca dati fornisce stime regionali e nazionali di incidenza, mortalità e prevalenza per i tumori più frequenti o oggetto di screening (polmone, stomaco, colon-retto, mammella, cervice uterina, prostata e melanoma della pelle). La banca dati è interrogabile direttamente dagli utenti e le stime sono disponibili per età, genere e anno di calendario dal 1970 al 2015. Oltre ai tumori più frequenti, di particolare rilevanza per la salute pubblica, il sito fornisce informazioni sui tumori rari e sui tumori infantili e degli adolescenti e uno sguardo sugli studi relativi ai rischi ambientali. La banca dati, interrogabile direttamente dagli utenti, fornisce stime regionali e nazionali relative a sette sedi tumorali sino al 2015. Lo scopo ultimo è individuare i ritardi nella sorveglianza sanitaria in Italia e favorire, quindi, azioni di prevenzione, diagnosi precoce, cura e controllo della patologia.
Disponibile sul sito: www.tumori.net/it3

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 515

CNESPS - Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare - Progetto CUORE

Il Progetto CUORE, epidemiologia e prevenzione delle malattie ischemiche del cuore, integrato dal 2005 nei Progetti del Centro nazionale per la prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM) del Ministero della Salute, è nato alla fine degli anni Novanta con tre obiettivi principali: impiantare un registro di popolazione per il monitoraggio degli eventi cardiovascolari; realizzare un'indagine per valutare la distribuzione dei fattori di rischio, la prevalenza delle condizioni a rischio e delle malattie cardiovascolari nella popolazione adulta italiana; valutare il rischio cardiovascolare nella popolazione italiana e realizzare strumenti di valutazione del rischio di facile applicazione in salute pubblica. Le attività conseguite hanno portato all'attivazione del Registro nazionale degli eventi coronarici e cerebrovascolari, alla costituzione dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare, alla realizzazione della carta del rischio e del software di valutazione del punteggio di rischio. I risultati ottenuti hanno costruito la base di ulteriori importanti attività: la realizzazione di un piano di formazione per i Medici di Medicina Generale per la valutazione del rischio cardiovascolare nella popolazione con la costituzione dell'Osservatorio Nazionale del Rischio Cardiovascolare, l'analisi del trend in discesa della mortalità per cardiopatia coronarica osservato negli ultimi decenni e l'aggiornamento delle carte del rischio cardiovascolare e del software di valutazione del punteggio di rischio individuale.

L'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare (OEC) è nato nel 1998 come linea del Progetto CUORE, frutto della collaborazione con l'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri e la Fondazione per il Tuo cuore. Negli anni 1998-2002 sono stati raccolti e analizzati, seguendo procedure e metodologie standardizzate, i dati relativi alla distribuzione dei fattori di rischio, alla frequenza delle condizioni a rischio e alla prevalenza delle malattie cardiovascolari in 51 centri distribuiti, omogeneamente, sul territorio (I indagine OEC). Ciascun centro ha arruolato ed esaminato un campione di 200 persone, di età compresa tra 35-74 anni, 25 per ciascuna decade di età e genere. Complessivamente, sono stati esaminati 4.908 uomini e 4.804 donne. Con il tempo, si è sentita l'esigenza di allargare l'interesse verso altri determinanti e indicatori di patologia cronico-degenerativa e si è intuita la possibilità di realizzare una Health Examination Survey (HES), partecipando con i dati italiani allo studio pilota per lo sviluppo di un sistema di sorveglianza europea. Tra il 2008 e il 2012 è stata, quindi, condotta una II indagine (OEC/HES 2008-2012) utilizzando per la raccolta dei dati le stesse procedure e metodologie della I indagine, ma implementando la tipologia dei dati raccolti e includendo un ulteriore quinquennio di età (75-79 anni); complessivamente, sono stati esaminati 4.371 uomini e 4.339 donne di età compresa tra 35-79 anni.

Nell'ambito della stessa indagine sono stati realizzati gli studi MINISAL-GIRCSI e MENO SALE PIU' SALUTE per la valutazione del consumo di sale nell'alimentazione degli adulti. Le procedure adottate nella raccolta dei dati, rispondenti a standard internazionali, sono descritte nel manuale delle operazioni
Disponibile sul sito: www.cuore.iss.it

CNESPS - Osservatorio Nazionale Alcol (ONA)

L'ONA del CNESPS è dal 1999 il riferimento formale ed ufficiale dell'ISS per la ricerca, la prevenzione, la formazione in materia di alcol e le problematiche alcolcorrelate. L'ONA è stato investito dal 2005, dal Ministero della Salute, della responsabilità di realizzare e disseminare le iniziative di comunicazione e sensibilizzazione sulle tematiche alcol-correlate promosse ai sensi della Legge n. 125/2001. Gli accordi di collaborazione hanno conferito all'ONA il mandato di contribuire alle campagne sull'alcol da attuare negli ambiti di aggregazione giovanile, nelle scuole, negli istituti di pena, nelle caserme ed in tutti i luoghi richiamati dall'art. 3 della Legge n. 125/2001. Inoltre, provvede, su finanziamento del CCM, alla produzione dei Report Epidemiologici Annuali integrati nella Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della Legge Quadro n. 125/2001 in materia di alcol e problemi alcol-correlati. L'ONA provvede alla formazione del personale del SSN per la Identificazione Precoce e l'Intervento Breve su finanziamento del Dipartimento per le Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio. Dal 2001, è Centro dell'OMS per la Promozione della Salute e la Ricerca sull'Alcol e sulle Patologie e Problematiche Alcolcorrelate.
Disponibile sul sito: www.epicentro.iss.it/alcol

CNESPS - Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia
La sorveglianza PASSI

La sorveglianza PASSI si caratterizza come una sorveglianza in Sanità Pubblica che raccoglie, in continuo e attraverso indagini campionarie, informazioni dalla popolazione italiana adulta (18-69 anni) sugli stili di vita e fattori di rischio comportamentali connessi all'insorgenza delle malattie croniche non trasmissibili e sul grado di conoscenza e adesione ai programmi di intervento che il Paese sta realizzando per la loro prevenzione.

I temi indagati sono il fumo, l'attività fisica, l'eccesso ponderale, il consumo di alcol e la dieta povera di frutta e verdura, ma anche il controllo del rischio cardiovascolare, l'adesione agli screening oncologici e l'adozione di misure di sicurezza per la prevenzione degli incidenti stradali e in ambienti di vita di lavoro, la copertura

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 516

vaccinale antinfluenzale e lo stato di benessere fisico e psicologico, ma anche alcuni aspetti inerenti la qualità della vita connessa alla salute.
Disponibile sul sito: www.epicentro.iss.it/passi/infoPassi/infoGen.asp

CNESPS - Registro Nazionale Procreazione Medicalmente Assistita (RNPMA)

Il RNPMA è istituito con DM 7 ottobre 2005 pubblicato sulla G.U. n. 282 del 3 dicembre 2005 in attuazione dell'art. 11 della Legge n. 40/2004. La gestione del Registro è affidata ad una unità operativa del CNESPS, presso l'ISS.
Disponibile sul sito: www.iss.it/rpma

CNESPS - Sistema Epidemiologico Integrato dell'Epatite Virale Acuta (SEIEVA)

Il SEIEVA è stato istituito nel 1985, con il principale scopo di promuovere, a livello locale e nazionale, l'indagine ed il controllo delle epatiti virali acute. È coordinato dal CNESPS dell'ISS.

Il SEIEVA affianca, integra e non sostituisce il "Sistema informativo delle malattie infettive e diffusive" al quale, come stabilito dal D.M. del 15 dicembre 1990, le epatiti virali sono soggette a notifica obbligatoria (Classe II, malattie rilevanti perché ad elevata frequenza e passibili di interventi di controllo). Attraverso l'integrazione di questionari epidemiologici con i risultati di laboratorio, i dati SEIEVA consentono una migliore conoscenza dell'epidemiologia dell'epatite a livello nazionale, attraverso il monitoraggio dell'andamento e della diffusione di ciascuna infezione del fegato, la caratterizzazione dei patogeni che le causano, nonché la comprensione e la stima del contributo relativo dei diversi fattori di rischio associati. Ciò permette, inoltre, la definizione di misure preventive alle quali dare priorità e il monitoraggio degli effetti dei diversi programmi di prevenzione.

Dal 2011, il SEIEVA è inserito all'interno della "enhanced surveillance for hepatitis B and C" gestita dall'European Centre for Disease Prevention and Control.
Disponibile sul sito: www.iss.it/seieva

CNESPS - Sistema di Sorveglianza sull'Interruzione Volontaria di Gravidanza

Dal 1980 è attivo, presso l'ISS, in stretta collaborazione con il Ministero della Salute, l'Istat e le Regioni.

Le sue funzioni ed obiettivi sono: monitorare l'evoluzione dell'aborto volontario, fornire i dati per la relazione annuale del Ministro della Salute, dare risposte a quesiti specifici e permettere un approfondimento delle problematiche, ponendo così le basi per la prevenzione del fenomeno e il buon funzionamento delle strutture coinvolte nell'intervento. Attraverso un questionario trimestrale compilato dalle Regioni, sono raccolti, oltre i dati presenti nel modello Istat D.12, informazioni sui consultori familiari e sull'obiezione di coscienza.
Disponibile sul sito: www.epicentro.iss.it/problemi/ivg/aggiornamenti.asp

Italian Obstetric Surveillance System (ItOSS)

L'ItOSS è un Progetto pilota, attivato nel 2012 in 6 regioni (Piemonte, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio, Campania e Sicilia). Il Progetto è coordinato dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e finanziato dal Ministero della Salute attraverso i fondi delle Azioni Centrali del Ministero. Il Reparto Salute della Donna e dell'Età Evolutiva del CNESPS ha assunto la responsabilità scientifica e il coordinamento del Progetto.
Disponibile sul sito: www.iss.it/itoss

OKkio alla SALUTE - Sistema di sorveglianza sul sovrappeso e l'obesità nei bambini delle scuole primarie (6-10 anni) e i fattori di rischio correlati

È nato nel 2007 nell'ambito del Progetto "Sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6-17 anni", promosso e finanziato dal Ministero della Salute/CCM, ed è coordinato dal CNESPS dell'ISS in collaborazione con le Regioni, il Ministero della Salute e il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca.

L'obiettivo principale è di descrivere la variabilità geografica e l'evoluzione nel tempo dello stato ponderale, delle abitudini alimentari, dei livelli di attività fisica svolta dai bambini e delle attività scolastiche favorenti la sana nutrizione e l'esercizio fisico.
Disponibile sul sito www.epicentro.iss.it/okkioallasalute

Istituto Superiore per la Protezione e la Ricerca Ambientale (ISPRA)

L'ISPRA, è stato istituito con la Legge n. 133/2008 di conversione, con modificazioni, del DL n. 112/2008.

L'ISPRA svolge le funzioni, con le inerenti risorse finanziarie, strumentali e di personale, dell'Agenzia per la Protezione dell'Ambiente e per i servizi Tecnici di cui all'art. 38 del D. Lgs. n. 300/1999 e successive modificazioni, dell'Istituto Nazionale per la Fauna Selvatica di cui alla Legge n. 157/1992, e successive modificazioni e dell'Istituto Centrale per la Ricerca scientifica e tecnologica Applicata al Mare di cui all'art. 1-bis del DL n.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 517

496/1993, convertito in Legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, della Legge n. 61/1994.

L'ISPRA è vigilato dal Ministero dell'Ambiente e della Tutela del Territorio e del Mare.

Disponibile sul sito: www.isprambiente.gov.it/it

Rapporto Rifiuti Urbani

Il Rapporto Rifiuti Urbani analizza la produzione e la gestione dei rifiuti urbani, il sistema di produzione degli imballaggi e di gestione dei rifiuti di imballaggio; effettua il monitoraggio dell'applicazione sperimentale della tariffa, l'analisi economica dei costi di gestione del ciclo integrato dei rifiuti urbani ed il monitoraggio della pianificazione territoriale.

I dati relativi ai rifiuti speciali sono stati estratti dall'Annuario dei dati ambientali e dal Rapporto dell'Osservatorio Nazionale sui Rifiuti.

Disponibile sul sito: www.isprambiente.gov.it/it/pubblicazioni/rapporti/rapporto-rifiuti-urbani-edizione-2015

Ministero dell'Economia e delle Finanze

Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001

La rilevazione della consistenza del personale e delle relative spese (conto annuale) viene effettuata, a partire dal 1992, dal Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato ai sensi dell'art. 60 (controllo del costo del lavoro), titolo V, del D. Lgs. n. 165/2001 che ha sostituito il D. Lgs. n. 29/1993.

Il Conto Annuale acquisisce dati ed informazioni sul personale e sul relativo costo riferiti all'anno immediatamente precedente a quello in cui si effettua la rilevazione. La rilevazione fa parte delle rilevazioni del Sistema Statistico Nazionale.

Disponibile sul sito:www.rgs.mef.gov.it

Ragioneria Generale dello Stato (RGS)

La RGS è un organo centrale di supporto e verifica per Parlamento e Governo nelle politiche, nei processi e negli adempimenti di bilancio ed ha come principale obiettivo istituzionale quello di garantire la corretta programmazione e la rigorosa gestione delle risorse pubbliche. È ad essa delegata la certezza e l'affidabilità dei conti dello Stato, la verifica e l'analisi degli andamenti della spesa pubblica. Sono di sua competenza la predisposizione dello schema di bilancio di previsione annuale, con i relativi provvedimenti di assestamento e variazione, del bilancio pluriennale dello Stato, del disegno di Legge finanziaria e dei provvedimenti ad essa collegati. I compiti della Ragioneria sono stati recentemente rafforzati per ottenere una maggiore completezza del monitoraggio e dell'analisi degli andamenti di spesa, ai fini degli obiettivi di crescita interna e del rispetto del Patto di Stabilità.

Si stanno, inoltre, sviluppando attività che siano di supporto alla creazione di standard di gestione utili all'intera Pubblica Amministrazione.

Il Sistema Informativo sulle Operazioni degli Enti Pubblici, è un sistema di rilevazione telematica degli incassi e dei pagamenti effettuati dai tesorieri di tutte le amministrazioni pubbliche, che nasce dalla collaborazione tra la RGS, la Banca d'Italia e l'Istat, in attuazione dall'art. 28 della Legge n. 289/2002.

Disponibile sul sito: www.rgs.mef.gov.it

Ministero della Salute

Certificato Di Assistenza al Parto (CeDAP)

Il CeDAP fornisce informazioni di carattere sanitario, epidemiologico e socio-demografico attraverso la rilevazione degli eventi di nascita, di nati-mortalità e di nati affetti da malformazioni, dati rilevanti ai fini della Sanità Pubblica, necessari per la programmazione sanitaria nazionale e regionale.

Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2431

Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)

La 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 che ai cittadini. Le SDO 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 presenti in Italia, vengono raccolte a cadenza mensile dal 2011, ed 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. 380/2000 e, successivamente, dal recente DM n. 135/2010 che disciplina attualmente il flusso informativo.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 518

L'invio al Ministero della Salute avviene mensilmente e le informazioni contenute riguardano: le caratteristiche anagrafiche del paziente (codice fiscale, genere, data di nascita, Comune di nascita, Comune di residenza, stato civile, codice regione ed ASL di residenza e livello di istruzione) e le caratteristiche del ricovero (data di prenotazione, codice di causa esterna, istituto di ricovero, disciplina, regime di ricovero, data di ricovero, data di dimissione, onere della degenza e diagnosi alla dimissione - principale e cinque secondarie, interventi e procedure - principale e cinque secondarie e 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 (Residenze Sanitarie Assistenziali e comunità protette) e le strutture di riabilitazione ex art. 26 Legge n. 833/1978.

Le SDO sono nate con DM 28 dicembre 1991, mentre il flusso informativo delle SDO è nato con Decreto del 26 Luglio 1993 in sostituzione di un analogo flusso, campionario, esistente presso l'Istat. Di fatto, le SDO sono pervenute al Ministero della Salute a partire dall'anno 1994, in sperimentazione parziale da alcune Regioni ed 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. 380/2000 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. Il 1 gennaio 2006 è stato introdotto un ulteriore aggiornamento, la versione italiana 2002 dell'ICD-9-CM; a partire dal 1 gennaio 2009 è in vigore la versione 2007.

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, il Rapporto Annuale SDO, studi specifici e materiale di supporto (classificazioni, normativa etc.); i dati SDO possono essere forniti su richiesta secondo le modalità riportate sul portale alla voce "Come richiedere i dati SDO".
Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/portale/temi/p2_4.jsp?lingua=italiano&tema=Assistenza, ospedale e territorio&area=ricoveriOspedalieri

Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)

È un'agenzia speciale dell'Organizzazione delle Nazioni Unite per la salute, è stata fondata il 22 luglio 1946 ed entrata in vigore il 7 aprile 1948 con sede a Ginevra. L'obiettivo dell'OMS, così come precisato nella relativa costituzione, è il raggiungimento da parte di tutte le popolazioni del livello più alto possibile di salute, definita nella medesima costituzione come condizione di completo benessere fisico, mentale e sociale e non soltanto come assenza di malattia o di infermità.
Disponibile sul sito: www.who.int

Global Health Observatory (GHO)

Il GHO fornisce statistiche relative alla salute da tutte le nazioni. Lo scopo del portale è quello di fornire un facile accesso a dati nazionali ed a statistiche con particolare attenzione alle stime comparabili. Le tematiche trattate riguardano le priorità sanitarie globali come la mortalità ed il carico di malattia, i sistemi sanitari, la salute ambientale, le malattie non trasmissibili, le malattie infettive, l'equità della salute, la violenza e le lesioni.
Disponibile al sito: www.who.int/gho/en

Statistical Office of the European Communities (Eurostat)

L'Eurostat è l'Ufficio statistico della Comunità Europea istituito nel 1953 con sede a Lussemburgo. Dal 1959 è un Direttorato Generale della Commissione Europea. Il suo compito è quello di fornire all'Unione Europea ed alle sue Istituzioni un servizio di informazione statistica di elevata qualità con dati e statistiche che permettano il confronto tra i Paesi e le Regioni europee e che siano utili per definire, sviluppare ed analizzare le politiche comunitarie.
Newsrelease, Environment in the EU-28. Anno 2015
Disponibile sul sito: http://ec.europa.eu/eurostat

Classificazioni utilizzate

Classificazione Anatomical Therapeutic Chemical/Definited Daily Dose (ATC/DDD)

Per la classificazione dei farmaci è stata utilizzata la classificazione ATC/DDD suggerita dall'OMS 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 ed internazionale. 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).

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 519

Classificazione Internazionale delle Malattie, Traumatismi e Cause di morte

Per la definizione delle malattie, affezioni morbose e cause di morte considerate, è stata utilizzata la nona revisione 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 della nona revisione ICD-9-CM (6). L'1 gennaio 2006 è stato introdotto un ulteriore aggiornamento, la versione italiana 2002 dell'ICD-9-CM; a partire dal 1 gennaio 2009 è in vigore la versione 2007.

Dal 2003 in poi la codifica delle cause di morte è stata effettuata utilizzando la decima revisione (ICD-10). Il passaggio alla nuova classificazione ha, di necessità, introdotto una discontinuità nelle serie storiche di mortalità per causa, codificate per gli anni 1980-2002 in accordo con la nona revisione (ICD-9).

Diverse sono le possibili implicazioni che si possono avere nella distribuzione dei decessi per causa specifica (al massimo dettaglio fornito dalle due classificazioni), tra queste si menzionano:
- aumento di casi, per specifiche patologie, con l'ICD-10 rispetto alla ICD-9;
- diminuzione di casi, per specifiche patologie, con l'ICD-10 rispetto alla ICD-9;
- nuovi casi di cause di morte non incluse nella classificazione precedente.

Queste variazioni si verificano per effetto della mutata struttura delle due classificazioni, nonché per altri motivi di diversa natura, tra i quali:
- l'inclusione di nuovi codici;
- la riclassificazione di alcune condizioni in Capitoli diversi;
- l'inclusione o esclusione di alcuni codici dalle liste di tabulazione;
- la modifica delle regole di selezione e modifica;
- la diversa importanza attribuita dai medici a diverse patologie dovuta alle modifiche dell'uso dei termini e/o della rilevanza epidemiologica.

La dimensione di questi cambiamenti è, sicuramente, maggiore di quanto non sia avvenuto nel passaggio dalla ottava alla nona revisione avvenuto nel 1980.

Bridge coding studies

Per valutare l'entità di tali cambiamenti, riconducibili esclusivamente al mutato metodo classificatorio, è necessario condurre studi di bridge coding o comparability studies; questi studi, raccomandati dall'Eurostat ed ampiamente utilizzati dai Paesi che già adottano l'ICD-10, mirano ad avere un insieme di decessi la cui causa iniziale di morte sia codificata secondo le due diverse revisioni della classificazione. La disponibilità di una doppia classificazione permette di calcolare i coefficienti di raccordo tra le due revisioni. Tali coefficienti si ottengono confrontando l'ammontare dei decessi per una determinata causa codificati, rispettivamente, con l'ICD-10 e l'ICD-9. I Coefficienti di raccordo (Cr) si calcolano, pertanto, nel seguente modo:

$$Cr = \frac{\text{Decessi causa C in ICD-10}}{\text{Decessi causa C in ICD-9}}$$

Se Cr=1 il numero di decessi per la causa i-esima ottenuto con le due revisioni coincide. Tuttavia, se Cr = 1 non necessariamente vi è una corrispondenza a livello di singola scheda di morte. I cambiamenti possono, infatti, aver prodotto variazioni il cui effetto viene annullato per compensazione. Il Cr è l'indicatore maggiormente utilizzato per confrontare due sistemi di codifica e può essere usato per "aggiustare" i decessi o il tasso di mortalità per una causa specifica. L'indicatore ha valenza esclusivamente nazionale e deve essere utilizzato come strumento di correzione solo per l'anno (o per anni contigui) in cui esso viene calcolato. Infatti, la validità dell'indicatore si riduce rapidamente nel tempo per effetto dei cambiamenti nella struttura per età della popolazione, per le variazioni che avvengono nell'uso della terminologia medica, per le pratiche di certificazione, per i continui aggiornamenti della classificazione stessa nonché per le modifiche delle pratiche di codifica che si possono verificare nel tempo. Per comprendere l'impatto che la nuova revisione della classificazione (ICD-10) ha avuto sui dati italiani, l'Istat ha costruito un campione di 454.897 decessi su un totale di 580.200 eventi avvenuti nel 2003 (da questo ammontare sono esclusi i decessi sopra l'anno di età delle PA di Trento e Bolzano), con doppia codifica delle cause di morte[1].

Il campione è costituito da:
- 2.134 decessi avvenuti entro il 1° anno di vita;
- 96.380 decessi avvenuti nei mesi di gennaio e giugno;
- 345.782 decessi con codice ICD-9 di causa iniziale attribuito mediante il sistema di codifica automatica[2];

[1] Si ricorda che per tutti i decessi del 2003 si dispone della codifica in ICD-10.

[2] Cfr. Istat (2001). "La Nuova Indagine sulle Cause di morte. La codifica automatica, il bridge coding e altri elementi innovativi", Metodi e Norme, n. 8, 2001.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 520

- 10.601 decessi estratti con campionamento casuale semplice da una popolazione di 135.904 decessi per i quali il sistema di codifica automatica in ICD-9 non era stato in grado di attribuire la causa iniziale e sui quali è stato, pertanto, necessario effettuare una codifica manuale in ICD-9.

Questo insieme di dati costituisce la base sulla quale sono stati calcolati i Cr definitivi, gli Intervalli di Confidenza (IC) e le corrispondenti misure di errore (Tabella 1).

Tabella 1 - Coefficienti di raccordo stimati (con Errore Standard ed Intervalli di Confidenza al 95%) tra la ICD-10 e la ICD-9 per alcuni gruppi di cause

Gruppi di cause	Cr stimati	Errore Standard	IC 95%	
			Inferiore	Superiore
Tumore	**1,0127**	**0,0012**	**1,0104**	**1,0150**
Tumori maligni dello stomaco	1,0189	0,0041	1,0110	1,0269
Tumori maligni del colon	0,9989	0,0039	0,9912	1,0065
Tumori maligni del retto e dell'ano	0,9579	0,0095	0,9392	0,9766
Tumori maligni della trachea/bronchi/polmone	0,9832	0,0024	0,9785	0,9879
Tumori maligni del seno	0,9976	0,0064	0,9851	1,0101
Malattie del sistema circolatorio	**0,9690**	**0,0014**	**0,9662**	**0,9718**
Disturbi circolatori dell'encefalo	0,9886	0,0034	0,9819	0,9953
Infarto miocardio	0,8817	0,0041	0,8736	0,8898
Malattie del sistema respiratorio	**0,9830**	**0,0053**	**0,9727**	**0,9933**
Malattie dell'apparato digerente	**1,0074**	**0,0073**	**0,9931**	**1,0216**
Cause esterne di traumatismo ed avvelenamento	**0,9737**	**0,0074**	**0,9593**	**0,9882**

Fonte dei dati: Analisi del bridge coding ICD-9 - ICD-10 per le statistiche dell'indagine "Mortalità per causa" in Italia. Anno 2011.
Per maggiori informazioni: www3.istat.it/dati/catalogo/20111020_01/Metenorme_11_50_%20Analisi_del_bridge_coding_Icd-9_Icd-10.pdf.

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 numerico e da una descrizione sintetica; le categorie sono, al tempo stesso, clinicamente significative ed omogenee per quanto riguarda le 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 italiane è la quantificazione economica delle attività ospedaliere.

Fino a tutto l'anno 2005 è stata usata, in Italia, la versione 10° e nel triennio 2006-2008 la versione 19°; dal 2009 a tutt'oggi è in vigore la versione 24°.

Misure per la costruzione degli Indicatori

Per la costruzione degli indicatori sono state utilizzate le seguenti misure (in ordine alfabetico):

Degenza Media Preoperatoria (DMPO) standardizzata per case-mix

$$DMPO_{std} = \frac{\sum_i DMPO_{gr,i} \cdot N_i}{\sum_i N_i}$$

Significato delle variabili: N_i=dimessi in Italia afferenti all'i-esimo DRG chirurgico; $DMPO_{gr,i}$=DMPO 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.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 521

Incidenza: descrive il cambiamento dello stato di salute di una popolazione rispetto alla comparsa di nuovi eventi in un determinato arco di tempo (per esempio incidenza di malattia e incidenza di amputazioni in 1 anno); è stimata attraverso il calcolo di due misure: 1. il tasso (o densità) di incidenza che misura la velocità di comparsa della malattia nella popolazione; 2. 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 (ad esempio il numero di Medici di Medicina Generale) ed 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 di Appropriatezza dei Ricoveri Ordinari (10): è un metodo per la valutazione dell'appropriatezza dei Ricoveri Ordinari (RO) per acuti, per la stadiazione in funzione della gravità e per il calcolo di soglie di ammissibilità dei RO 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 di individuazione dei ricoveri a bassa complessità assistenziale ed a gravità minima che, in ragione di queste caratteristiche, sono potenzialmente effettuabili in regime di Day Hospital (DH) o in RO 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 la di ogni ragionevole dubbio" è data da:

Quota eccedente % = (valore osservato locale %) - (valore soglia %)

Il numero dei ricoveri inappropriati "al di la di ogni ragionevole dubbio" è dato da:

Quota eccedente % x (numero totale di RO + numero ricoveri in DH)

Prevalenza: descrive la presenza di una determinata condizione in una popolazione in un determinato momento nel tempo (ad esempio prevalenza di malattia e prevalenza di consumatori di sostanze illegali in 1 anno); è stimata attraverso il calcolo di una proporzione.

Proporzione: è una misura adimensionale e viene espressa in percentuale o per 1.000; rappresenta la quota di una certa modalità (ad esempio decesso) di una variabile sul totale delle osservazioni che presentano tutte le modalità della variabile stessa (ad esempio il numero di decessi in Pronto Soccorso (PS) in 1 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.

Tasso grezzo: è il rapporto tra il numero di volte in cui compare un certo evento (ad esempio 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 di interesse in un determinato intervallo di tempo. È espresso come numero di decessi per unità di popolazione-tempo (ad esempio 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 di interesse nel periodo considerato (semisomma della popolazione all'inizio ed alla fine del periodo o popolazione a metà del periodo) per la lunghezza di quest'ultimo (1 anno, 2 anni etc.) (11). Nel presente Rapporto Osservasalute, quando il tasso si riferisce ad 1 anno di osservazione, si intende che il denominatore sia moltiplicato per 1, anche se non esplicitamente indicato.

Tasso standardizzato per età: è del tutto analogo al tasso grezzo per significato e definizione. La standardizzazio-

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 522

ne 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 ad 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 a quello di un'altra soltanto perché in quest'ultima la quota di soggetti ultra 75enni è inferiore rispetto alla prima popolazione e non perchè 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 perchè riferiti alla stessa distribuzione per età.

Come popolazione standard è stata usata la popolazione italiana al Censimento del 2011. Il tasso standardizzato per età è, quindi, dato dal rapporto:

$$TS = \frac{\Sigma_j (T_j * P_j)}{\Sigma_j P_j} * 100.000$$

Significato delle variabili: 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.

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 (ad esempio 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)[3], espressa nell'unità di misura della variabile considerata, che misura la 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 DS) sono riportati l'insieme di osservazioni (ad esempio l'Italia per le medie nazionali) e l'unità temporale (ad esempio 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 (ad esempio la spesa farmaceutica pro capite per le singole regioni) ha un valore inferiore o uguale al valore della mediana stessa (ad esempio il 50% delle regioni italiane 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 quest'ultima è asimmetrica.

Misure di precisione

La precisione delle stime calcolate è stata valutata mediante la costruzione degli IC al 95%. L'IC permette di individuare due valori entro cui, con una probabilità del 95%, è compreso il valore vero della misura stimata (ad esempio il tasso di mortalità). Più l'ampiezza dell'IC è ridotta, maggiore è la precisione della stima. Il calcolo dell'IC 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 (12).

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 >50 (13, 14), 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 (15) ed alla distribuzione di probabilità normale per il tasso standardizzato per età e per il rapporto standardizzato di mortalità o incidenza (13, 15).

[3]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 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 523

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 (16). 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 0. In tale ottica, nel presente Rapporto, il benchmark è stato utilizzato nel suo significato di "valore di riferimento" più che in quello di "valore di eccellenza".

Nel Rapporto Osservasalute, 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 (ad esempio per il tasso di mortalità); 3. il valore medio dell'ultimo quintile della distribuzione delle aree geografiche considerate (ad esempio 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'OMS e da Istituzioni ed Associazioni scientifiche all'interno di Linee Guida in ambito sanitario, la cui fonte specifica è riportata nella scheda dell'indicatore;

- il coefficiente di correlazione lineare (r): è un indice che esprime la relazione lineare tra due variabili quantitative.

Esso assume valori tra -1 e +1. Se r=-1 significa che tra le due variabili esiste una correlazione lineare negativa, cioè al crescere dei valori di una variabile corrisponde un decremento dei valori dell'altra variabile; r=+1, indica che esiste una correlazione positiva, ovvero al crescere dei valori di una variabile corrisponde un incremento dei valori dell'altra variabile;

- 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 delle 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;

- le differenze tra valori medi, variazioni percentuali (assolute e relative) e IC al 95%: in questo modo viene stimata la grandezza della differenza o della variazione tra i gruppi considerati; se l'IC 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 IC al 95%: misura l'eccesso (difetto) del valore dell'indicatore in un gruppo rispetto ad un altro; se l'IC 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 ed 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: ad esempio 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 (ad esempio una differenza tra due valori medi) quando il fenomeno non esiste (ad esempio 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 Osservasalute è stato utilizzato un livello di significatività del 5% e per ciascun test applicato è stata indicata l'ipotesi nulla.

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 italiano, considerando come aggregati spaziali le regioni o le ASL.

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 quattro parti (quartili), in

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 524

modo che il 25% delle osservazioni avesse un valore dell'indicatore inferiore o uguale al valore del primo quartile, il 50% un valore inferiore o uguale a quello del secondo quartile e così via. A ogni quartile, a partire dal primo, è stato assegnato un colore di intensità crescente creando un gradiente cromatico che rappresenta l'aumento dei valori dell'indicatore sulla mappa.

Avvertenze e cautele nella lettura dei dati

Per una corretta interpretazione dei dati presentati in questo Rapporto, è necessario considerare la validità ed 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; ad esempio, l'affidabilità dell'attribuzione della causa di morte riportata nelle schede di decesso è inferiore negli ultra 75enni 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 diversa 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 ed i dati internazionali, potrebbero essere dovute, tutte o in parte, ad una diversa distribuzione di alcuni fattori associati al fenomeno di 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; 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 ad una mancata registrazione degli eventi considerati (decessi, incidenti etc.).

Le interpretazioni riportate nel presente Rapporto Osservasalute sono, quindi, descrittive e rappresentano la base per analisi più complesse dello stato di salute della popolazione italiana.

Riferimenti bibliografici

(1) Working Group on Community Health Information System and S. Chevalier, R. Choiniere, M. Ferland, M. Pageau and Y. Sauvageau, Directions de la sante 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 nel sito: 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 nel sito:
www.healthindicators.org/ICHI/(cypsn2auyumeqn55zi3egw45)/PDF/DocumentIndex.aspx.
(4) WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. The ATC/DDD System. Disponibile nel sito:
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) Rothman K J, Greenland S. Modern Epidemiology. 2nd ed. Maple Press, Philadelphia 1998.
(12) Armitage P., Berry G. Statistica medica. McGraw-Hill, Milano 1996.
(13) Breslow N.E., Day N.E., Statistical Methods in Cancer Research, vol II. 1987, IARC n. 82.
(14) Dobson A.J. et al., Confidence intervals for weighted sums of Poisson parameters, Statistics in medicine, 1991, vol 10: 457-462.
(15) Jensen O.M. et al. in Cancer Registration: principles and methods. 1991, IARC n. 95.
(16) Watson G.H., Il benchmarking. Franco Angeli, 2a ed. Roma 2000.

Data ultima consultazione di tutti i siti citati: 31 gennaio 2016

Approfondimenti (*www.osservasalute.it*)

- Gli infortuni sul lavoro dei nati all'estero (Dott.ssa Adelina Brusco)

- Comportamenti alimentari: risultati dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare/Health Examination Survey (Dott.ssa Simona Giampaoli, Dott. Vittorio Krogh, Dott.ssa Sara Grioni, Dott. Luigi Palmieri, Dott.ssa Serena Vannucchi, Dott. Massimo Michele Gulizia, Dott. Diego Vanuzzo)

- Prevalenza delle malattie cardiovascolari: l'esperienza dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare/Health Examination Survey (Dott.ssa Simona Giampaoli, Dott. Luigi Palmieri, Dott.ssa Anna Di Lonardo, Dott.ssa Carmen Simona Ursu, Dott.ssa Claudia Meduri, Dott. Diego Vanuzzo)

- Andamento dei fattori di rischio cardiovascolare nei diversi livelli socio-economici: risultati dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare/Health Examination Survey (Dott. Luigi Palmieri, Dott.ssa Chiara Donfrancesco, Dott.ssa Cinzia Lo Noce, Dott. Diego Vanuzzo, Dott.ssa Simona Giampaoli)

- Benefici dell'attività fisica adattata al paziente diabetico in Campania (Dott.ssa Francesca Gallé, Dott.ssa Valeria Di Onofrio, Dott.ssa Patrizia Belfiore, Dott.ssa Assunta Cirella, Dott.ssa Mirella Di Dio, Dott.ssa Alessandra Miele, Dott. Francesco Siciliano, Dott. Simone Forte, Dott. Antonino Parlato, Dott. Gaetano Piccinocchi, Dott. Silvestro Scotti, Dott.ssa Tiziana Spinosi, Prof. Giorgio Liguori)

- I pazienti oncologici lungo-sopravviventi: stima dei guariti (Dott. Luigino Dal Maso, Dott. Stefano Guzzinati, Dott.ssa Roberta De Angelis)

- Tumori rari in Italia: dall'epidemiologia ai modelli di assistenza (Dott.ssa Annalisa Trama, Dott.ssa Sandra Mallone, Dott.ssa Gemma Gatta, Dott. Riccardo Capocaccia, Dott.ssa Roberta De Angelis)

- La stima della popolazione residente straniera a partire dalle Liste Anagrafiche Comunali (Dott. Michele Antonio Salvatore, Dott. Enrico Tucci)

- La rinuncia a visite mediche specialistiche e trattamenti terapeutici nella popolazione straniera (Dott. Aldo Rosano)

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 526

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 527

APPENDICE

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 528

Sopravvivenza e mortalità per causa

Mortalità infantile e neonatale

Significato. La mortalità infantile è un'importante misura del benessere demografico e uno dei più significativi indicatori sociali che permette di correlare la mortalità con i vari momenti dello sviluppo di una popolazione e, quindi, con le sue condizioni di vita. Questa misura è, infatti, strettamente correlata oltre che a fattori biologici anche alle condizioni sociali, economiche e culturali di un Paese.
I fattori biologici principali sono l'età materna, l'ordine di nascita, l'intervallo tra i parti successivi, il numero delle nascite, la presentazione fetale al momento della nascita e la storia ostetrica della madre. I fattori sociali ed economici più rilevanti sono la legittimità, le condizioni abitative, il numero di componenti del nucleo familiare, il reddito familiare, alcune caratteristiche della madre (nutrizione, livello di istruzione e abitudine al fumo durante la gravidanza) e occupazione del padre. L'indicatore risente anche della qualità nella gestione della gravidanza e dell'evoluzione tecnologica nell'assistenza al parto.
Il tasso di mortalità infantile è calcolato in riferimento alla popolazione residente rapportando il numero di morti entro il 1° anno di vita, in un determinato periodo, al numero di nati vivi nello stesso periodo e viene espresso come rapporto su 1.000 nati vivi in un anno. Come è noto, il rischio di morte di un bambino decresce rapidamente durante il 1° anno di vita. Il maggior numero di decessi, nei Paesi economicamente più sviluppati, si registra, infatti, in corrispondenza del 1° mese, ma anche della prima settimana di vita. Le cause di decesso per questo profilo sono endogene (cause di morte strutturali o legate a fattori biologici o congeniti, quali la salute della madre, la presenza di anomalie congenite, l'evoluzione del parto o fattori legati all'assistenza al parto) ed esogene, ovvero connesse a malattie infettive o legate a condizioni ambientali ed igieniche e si presentano con una quota elevata di decessi anche oltre il 1° mese di vita.
Quest'ultima situazione, risulta ancora peculiare nella maggior parte dei Paesi a forte pressione migratoria.

Tasso di mortalità infantile

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Decessi di età <1 anno}}{\text{Nati vivi}} \times 1.000$$

Tasso di mortalità neonatale

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Decessi di età 0-29 giorni}}{\text{Nati vivi}} \times 1.000$$

Validità e limiti. La fonte di riferimento per il numeratore è l'indagine sui decessi e cause di morte condotta dall'Istituto Nazionale di Statistica (Istat). Per il numero di nati vivi residenti, al denominatore, la fonte di riferimento è la Rilevazione individuale degli iscritti in Anagrafe per nascita condotta dall'Istat.
È importante sottolineare che la rilevazione Istat sulle cause di morte riguarda tutti i decessi che si verificano sul territorio nazionale, ma non rileva i decessi di individui residenti in Italia avvenuti all'estero.
I tassi di mortalità infantile e neonatale sono considerati indicatori molto robusti. Tuttavia, nelle regioni in cui risiedono popolazioni numericamente più esigue, si possono presentare ampie variazioni da un anno all'altro. Per questa ragione per l'analisi territoriale i tassi sono stati calcolati su base triennale (2006-2008 e 2009-2012).

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 530

Tabella 1 - Mortalità (valori assoluti e tasso specifico per 1.000 nati vivi) infantile* - Anni 2006-2012

Classi di età	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
				Valori assoluti			
<1 giorno	513	474	511	486	417	419	403
1-6 giorni	449	444	447	499	483	445	387
7-29 giorni	434	405	411	439	384	346	373
Mortalità neonatale°	1.396	1.323	1.369	1.424	1.284	1.210	1.163
≥30 giorni	516	534	527	523	489	481	442
Totale	**1.912**	**1.857**	**1.896**	**1.947**	**1.773**	**1.691**	**1.605**
				Tassi			
<1 giorno	0,9	0,8	0,9	0,9	0,7	0,7	0,8
1-6 giorni	0,8	0,8	0,7	0,9	0,9	0,8	0,7
7-29 giorni	0,8	0,8	0,7	0,8	0,7	0,7	0,7
Mortalità neonatale°	2,5	2,3	2,4	2,5	2,3	2,2	2,2
≥30 giorni	0,9	1,0	0,9	0,9	0,9	0,9	0,8
Totale	**3,4**	**3,4**	**3,2**	**3,5**	**3,2**	**3,1**	**3,0**

*Decessi avvenuti in Italia riferiti alla popolazione residente.
°Subtotale.

Fonte dei dati: Istat. "Indagine sui decessi e cause di morte". Anni vari.

Tabella 2 - Mortalità (valori assoluti) infantile* per classe di età e per causa di morte - Anni 2006-2012

Cause di morte	<1 giorno							1-6 giorni						
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Alcune condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale	370	371	391	380	318	306	304	342	343	327	374	361	342	296
Neonato affetto da fattori materni e da complicanze della gravidanza, del travaglio e del parto	43	45	43	57	45	46	41	22	24	24	23	21	22	20
Disturbi correlati alla durata della gestazione ed all'accrescimento fetale	24	24	35	26	34	27	24	16	13	8	11	15	10	10
Traumi da parto	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0
Ipossia e asfissia intrauterina o della nascita	66	50	58	55	53	36	40	32	39	42	33	39	27	24
Sofferenza (distress) respiratoria(o) del neonato	96	95	87	81	73	70	71	129	106	107	133	127	132	105
Altri disturbi respiratori che hanno origine nel periodo perinatale	41	43	50	54	31	28	29	37	43	38	48	44	26	30
Infezioni specifiche del periodo perinatale	4	6	9	9	6	8	11	22	16	19	21	28	15	24
Disturbi emorragici ed ematologici del feto e del neonato	15	14	19	17	14	13	12	40	55	41	46	47	53	39
Altre condizioni perinatali	81	94	90	81	62	77	76	44	47	47	59	40	56	44
Malformazioni e deformazioni congenite, anomalie cromosomiche	127	86	106	84	89	97	81	87	80	94	96	94	82	69
Malformazioni congenite del sistema nervoso	20	17	16	14	12	13	8	6	7	7	4	7	5	7
Malformazioni congenite del sistema circolatorio	32	20	11	18	16	18	15	41	39	42	39	34	37	23
Malformazioni congenite dell'apparato respiratorio	8	7	11	10	8	15	12	3	6	2	6	4	5	1
Malformazioni congenite dell'apparato digerente	1	0	3	1	2	1	3	3	4	7	2	5	3	2
Malformazioni congenite dell'apparato genitourinario	8	17	18	5	13	15	11	4	2	5	7	8	5	4
Malformazioni e deformazioni congenite dell'apparato scheletrico-muscolare, degli arti e del tegumento	28	12	17	15	13	13	14	14	11	19	21	21	14	22
Anomalie cromosomiche, non classificate altrove	11	3	7	6	7	10	9	6	4	5	12	7	3	6
Altre malformazioni e deformazioni congenite	19	10	23	15	18	12	9	10	7	7	5	8	10	4
Sintomi, segni e risultati anormali di esami clinici e di laboratorio, non classificati altrove	11	7	6	14	9	9	7	4	13	7	9	13	4	5
Sindrome della morte improvvisa nell'infanzia	3	1	0	1	0	1	0	3	6	1	0	3	1	1
Altri sintomi, segni, risultati anomali e cause mal definite	8	6	6	13	9	8	7	1	7	6	9	10	3	4
Altre malattie	3	10	7	7	0	7	11	16	8	17	20	15	17	17
Alcune malattie infettive e parassitarie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0
Tumori	1	2	3	1	0	1	1	3	0	0	0	0	1	1
Malattie del sangue e degli organi ematopoietici ed alcuni disturbi del sistema immunitario	0	1	1	0	0	2	2	0	2	4	1	2	6	7
Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	0	1	0	1	0	0	3	4	1	6	5	5	5	3
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	2	0	0	1
Malattie del sistema circolatorio	0	1	1	0	0	0	2	3	2	1	3	2	2	2
Malattie del sistema respiratorio	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0
Malattie dell'apparato digerente	1	4	2	3	0	2	2	6	3	1	5	5	3	2
Altre malattie	1	0	0	0	0	1	0	0	0	2	4	0	0	1
Cause esterne di traumatismo e avvelenamento	2	0	1	1	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0
Totale	**513**	**474**	**511**	**486**	**417**	**419**	**403**	**449**	**444**	**447**	**499**	**483**	**445**	**387**

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 531

Tabella 2 - (segue) Mortalità (valori assoluti) infantile* per classe di età e per causa di morte - Anni 2006-2012

Cause di morte	7-29 giorni							≥30 giorni						
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Alcune condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale	271	265	256	296	280	211	262	90	96	103	95	86	79	61
Neonato affetto da fattori materni e da complicanze della gravidanza, del travaglio e del parto	13	15	7	17	12	13	11	2	3	4	4	5	4	6
Disturbi correlati alla durata della gestazione ed all'accrescimento fetale	14	12	6	11	8	4	5	4	6	6	2	4	8	2
Traumi da parto	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Ipossia e asfissia intrauterina o della nascita	17	23	18	28	20	16	16	13	15	14	12	12	10	6
Sofferenza (distress) respiratoria(o) del neonato	88	84	98	83	104	61	83	22	19	18	11	15	12	11
Altri disturbi respiratori che hanno origine nel periodo perinatale	27	21	16	23	18	17	11	21	24	24	26	21	26	21
Infezioni specifiche del periodo perinatale	45	34	31	56	41	28	38	5	9	9	10	7	6	5
Disturbi emorragici ed ematologici del feto e del neonato	30	27	24	20	26	17	39	3	6	7	7	8	4	2
Altre condizioni perinatali	36	49	55	58	50	54	59	20	14	21	23	14	9	8
Malformazioni e deformazioni congenite, anomalie cromosomiche	141	101	129	113	81	102	77	186	169	166	156	143	153	135
Malformazioni congenite del sistema nervoso	5	5	7	7	2	1	6	14	14	12	10	10	7	11
Malformazioni congenite del sistema circolatorio	86	66	92	74	50	65	41	101	90	85	79	83	92	78
Malformazioni congenite dell'apparato respiratorio	3	1	2	1	0	0	3	3	2	6	2	2	4	3
Malformazioni congenite dell'apparato digerente	5	4	4	3	0	4	0	14	16	6	13	10	9	6
Malformazioni congenite dell'apparato genitourinario	3	3	2	1	4	2	0	4	0	4	5	3	2	2
Malformazioni e deformazioni congenite dell'apparato scheletrico-muscolare, degli arti e del tegumento	15	8	10	6	6	14	16	8	9	11	8	8	7	8
Anomalie cromosomiche, non classificate altrove	13	10	9	14	10	7	9	28	26	17	22	13	12	15
Altre malformazioni e deformazioni congenite	11	4	3	7	9	9	2	14	12	25	17	14	20	12
Sintomi, segni e risultati anormali di esami clinici e di laboratorio, non classificati altrove	8	9	7	7	5	7	9	33	30	40	36	33	40	41
Sindrome della morte improvvisa nell'infanzia	3	3	3	3	3	3	0	14	12	23	16	16	18	13
Altri sintomi, segni, risultati anomali e cause mal definite	5	6	4	4	2	4	9	19	18	17	20	17	22	28
Altre malattie	13	30	18	23	14	23	24	186	211	200	205	211	189	193
Alcune malattie infettive e parassitarie	0	2	1	0	2	0	0	30	45	21	28	31	25	27
Tumori	1	4	0	5	3	0	0	15	11	12	4	15	13	15
Malattie del sangue e degli organi ematopoietici ed alcuni disturbi del sistema immunitario	0	3	1	1	0	3	4	10	11	7	8	12	6	3
Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	3	4	4	2	2	3	9	18	19	21	16	19	16	15
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	4	5	3	4	1	2	0	34	44	37	48	32	37	39
Malattie del sistema circolatorio	1	4	3	2	2	6	5	34	27	39	42	46	43	39
Malattie del sistema respiratorio	1	2	0	3	1	1	0	22	26	32	36	27	28	27
Malattie dell'apparato digerente	2	4	3	4	3	4	4	20	25	27	16	25	16	23
Altre malattie	1	2	3	2	0	4	2	3	3	4	7	4	5	5
Cause esterne di traumatismo e avvelenamento	1	0	1	0	4	3	1	21	28	18	31	16	20	12
Totale	**434**	**405**	**411**	**439**	**384**	**346**	**373**	**516**	**534**	**527**	**523**	**489**	**481**	**442**

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 532

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 533

Tabella 2 - (segue) Mortalità (valori assoluti) infantile* per classe di età e per causa di morte - Anni 2006-2012

Cause di morte	Totale						
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Alcune condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale	1.073	1.075	1.077	1.145	1.045	938	923
Neonato affetto da fattori materni e da complicanze della gravidanza, del travaglio e del parto	80	87	78	101	83	85	78
Disturbi correlati alla durata della gestazione ed all'accrescimento fetale	58	55	55	50	61	49	41
Traumi da parto	1	0	2	0	1	3	0
Ipossia e asfissia intrauterina o della nascita	128	127	132	128	124	89	86
Sofferenza (distress) respiratoria(o) del neonato	335	304	310	308	319	275	270
Altri disturbi respiratori che hanno origine nel periodo perinatale	126	131	128	151	114	97	91
Infezioni specifiche del periodo perinatale	76	65	68	96	82	57	78
Disturbi emorragici ed ematologici del feto e del neonato	88	102	91	90	95	87	92
Altre condizioni perinatali	181	204	213	221	166	196	187
Malformazioni e deformazioni congenite, anomalie cromosomiche	541	436	495	449	407	434	362
Malformazioni congenite del sistema nervoso	45	43	42	35	31	26	32
Malformazioni congenite del sistema circolatorio	260	215	230	210	183	212	157
Malformazioni congenite dell'apparato respiratorio	17	16	21	19	14	24	19
Malformazioni congenite dell'apparato digerente	23	24	20	19	17	17	11
Malformazioni congenite dell'apparato genitourinario	19	22	29	18	28	24	17
Malformazioni e deformazioni congenite dell'apparato scheletrico-muscolare, degli arti e del tegumento	65	40	57	50	48	48	60
Anomalie cromosomiche, non classificate altrove	58	43	38	54	37	32	39
Altre malformazioni e deformazioni congenite	54	33	58	44	49	51	27
Sintomi, segni e risultati anormali di esami clinici e di laboratorio, non classificati altrove	56	59	60	66	60	60	62
Sindrome della morte improvvisa nell'infanzia	23	22	27	20	22	23	14
Altri sintomi, segni, risultati anomali e cause mal definite	33	37	33	46	38	37	48
Altre malattie	218	259	242	255	240	236	245
Alcune malattie infettive e parassitarie	30	47	23	28	34	25	27
Tumori	20	17	15	10	18	15	17
Malattie del sangue e degli organi ematopoietici ed alcuni disturbi del sistema immunitario	10	17	13	10	14	17	16
Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	25	25	31	24	26	24	30
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	38	49	41	55	33	39	41
Malattie del sistema circolatorio	38	34	44	47	50	51	48
Malattie del sistema respiratorio	23	29	33	40	28	30	27
Malattie dell'apparato digerente	29	36	33	28	33	25	31
Altre malattie	5	5	9	13	4	10	8
Cause esterne di traumatismo e avvelenamento	24	28	22	32	21	23	13
Totale	**1.912**	**1.857**	**1.896**	**1.947**	**1.773**	**1.691**	**1.605**

*Decessi avvenuti in Italia riferiti alla popolazione residente.

Fonte dei dati: Istat. "Indagine sui decessi e cause di morte". Anni vari.

Tabella 3 - Tasso (specifico per 1.000 nati vivi) di mortalità infantile* per causa di morte - Anni 2006-2012

Cause di morte	<1 giorno							1-6 giorni						
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Alcune condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale	0,66	0,66	0,68	0,67	0,57	0,56	0,57	0,61	0,61	0,57	0,66	0,64	0,63	0,55
Neonato affetto da fattori materni e da complicanze della gravidanza, del travaglio e del parto	0,08	0,08	0,07	0,10	0,08	0,08	0,08	0,04	0,04	0,04	0,04	0,04	0,04	0,04
Disturbi correlati alla durata della gestazione ed all'accrescimento fetale	0,04	0,04	0,06	0,05	0,06	0,05	0,04	0,03	0,02	0,01	0,02	0,03	0,02	0,02
Traumi da parto	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ipossia e asfissia intrauterina o della nascita	0,12	0,09	0,10	0,10	0,09	0,07	0,07	0,06	0,07	0,07	0,06	0,07	0,05	0,04
Sofferenza (distress) respiratoria(o) del neonato	0,17	0,17	0,15	0,14	0,13	0,13	0,13	0,23	0,19	0,19	0,23	0,23	0,24	0,20
Altri disturbi respiratori che hanno origine nel periodo perinatale	0,07	0,08	0,09	0,09	0,06	0,05	0,05	0,07	0,08	0,07	0,08	0,08	0,05	0,06
Infezioni specifiche del periodo perinatale	0,01	0,01	0,02	0,02	0,01	0,01	0,02	0,04	0,03	0,03	0,04	0,05	0,03	0,04
Disturbi emorragici ed ematologici del feto e del neonato	0,03	0,02	0,03	0,03	0,02	0,02	0,02	0,07	0,10	0,07	0,08	0,08	0,10	0,07
Altre condizioni perinatali	0,14	0,17	0,16	0,14	0,11	0,14	0,14	0,08	0,08	0,08	0,10	0,07	0,10	0,08
Malformazioni e deformazioni congenite, anomalie cromosomiche	0,23	0,15	0,18	0,15	0,16	0,18	0,15	0,16	0,14	0,16	0,17	0,17	0,15	0,13
Malformazioni congenite del sistema nervoso	0,04	0,03	0,03	0,02	0,02	0,02	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
Malformazioni congenite del sistema circolatorio	0,06	0,04	0,02	0,03	0,03	0,03	0,03	0,07	0,07	0,07	0,07	0,06	0,07	0,04
Malformazioni congenite dell'apparato respiratorio	0,01	0,01	0,02	0,02	0,01	0,03	0,02	0,01	0,01	0,00	0,01	0,01	0,01	0,00
Malformazioni congenite dell'apparato digerente	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01	0,01	0,01	0,00	0,01	0,01	0,00
Malformazioni congenite dell'apparato genitourinario	0,01	0,03	0,03	0,01	0,02	0,03	0,02	0,01	0,00	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
Malformazioni e deformazioni congenite dell'apparato scheletrico-muscolare, degli arti e del tegumento	0,05	0,02	0,03	0,03	0,02	0,02	0,03	0,02	0,02	0,03	0,04	0,04	0,03	0,04
Anomalie cromosomiche, non classificate altrove	0,02	0,01	0,01	0,01	0,01	0,02	0,02	0,01	0,01	0,01	0,02	0,01	0,01	0,01
Altre malformazioni e deformazioni congenite	0,03	0,02	0,04	0,03	0,03	0,02	0,02	0,02	0,01	0,01	0,01	0,01	0,02	0,01
Sintomi, segni e risultati anormali di esami clinici e di laboratorio, non classificati altrove	0,02	0,01	0,01	0,02	0,02	0,02	0,01	0,01	0,02	0,01	0,02	0,02	0,01	0,01
Sindrome della morte improvvisa nell'infanzia	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00
Altri sintomi, segni, risultati anomali e cause mal definite	0,01	0,01	0,01	0,02	0,02	0,01	0,01	0,00	0,01	0,01	0,02	0,02	0,01	0,01
Altre malattie	0,01	0,02	0,01	0,01	0,00	0,01	0,02	0,03	0,01	0,03	0,04	0,03	0,03	0,03
Alcune malattie infettive e parassitarie	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Tumori	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Malattie del sangue e degli organi ematopoietici ed alcuni disturbi del sistema immunitario	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,01	0,01
Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01	0,00	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Malattie del sistema circolatorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00
Malattie del sistema respiratorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Malattie dell'apparato digerente	0,00	0,01	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01	0,00	0,01	0,01	0,01	0,00
Altre malattie	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00
Cause esterne di traumatismo e avvelenamento	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Totale	**0,92**	**0,84**	**0,89**	**0,85**	**0,74**	**0,77**	**0,75**	**0,80**	**0,79**	**0,78**	**0,88**	**0,86**	**0,81**	**0,72**

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 534

Tabella 3 - (segue) Tasso (specifico per 1.000 nati vivi) di mortalità infantile* per causa di morte - Anni 2006-2012

Cause di morte	7-29 giorni							≥30 giorni						
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Alcune condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale	0,48	0,47	0,44	0,52	0,50	0,39	0,49	0,16	0,17	0,18	0,17	0,15	0,14	0,11
Neonato affetto da fattori materni e da complicanze della gravidanza, del travaglio e del parto	0,02	0,03	0,01	0,03	0,02	0,02	0,02	0,00	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
Disturbi correlati alla durata della gestazione ed all'accrescimento fetale	0,02	0,02	0,01	0,02	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,00	0,01	0,01	0,00
Traumi da parto	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ipossia e asfissia intrauterina o della nascita	0,03	0,04	0,03	0,05	0,04	0,03	0,03	0,02	0,03	0,02	0,02	0,02	0,02	0,01
Sofferenza (distress) respiratoria(o) del neonato	0,16	0,15	0,17	0,15	0,19	0,11	0,16	0,04	0,03	0,03	0,02	0,03	0,02	0,02
Altri disturbi respiratori che hanno origine nel periodo perinatale	0,05	0,04	0,03	0,04	0,03	0,03	0,02	0,04	0,04	0,04	0,05	0,04	0,05	0,04
Infezioni specifiche del periodo perinatale	0,08	0,06	0,05	0,10	0,07	0,05	0,07	0,01	0,02	0,02	0,02	0,01	0,01	0,01
Disturbi emorragici ed ematologici del feto e del neonato	0,05	0,05	0,04	0,04	0,05	0,03	0,07	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,00
Altre condizioni perinatali	0,06	0,09	0,10	0,10	0,09	0,10	0,11	0,04	0,02	0,04	0,04	0,02	0,02	0,01
Malformazioni e deformazioni congenite, anomalie cromosomiche	0,25	0,18	0,22	0,20	0,14	0,19	0,14	0,33	0,30	0,29	0,27	0,25	0,28	0,25
Malformazioni congenite del sistema nervoso	0,01	0,01	0,01	0,01	0,00	0,00	0,01	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,01	0,02
Malformazioni congenite del sistema circolatorio	0,15	0,12	0,16	0,13	0,09	0,12	0,08	0,18	0,16	0,15	0,14	0,15	0,17	0,15
Malformazioni congenite dell'apparato respiratorio	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01	0,00	0,01	0,00	0,00	0,01	0,01
Malformazioni congenite dell'apparato digerente	0,01	0,01	0,01	0,01	0,00	0,01	0,00	0,02	0,03	0,01	0,02	0,02	0,02	0,01
Malformazioni congenite dell'apparato genitourinario	0,01	0,01	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,01	0,00	0,01	0,01	0,01	0,00	0,00
Malformazioni e deformazioni congenite dell'apparato scheletrico-muscolare, degli arti e del tegumento	0,03	0,01	0,02	0,01	0,01	0,03	0,03	0,01	0,02	0,02	0,01	0,01	0,01	0,01
Anomalie cromosomiche, non classificate altrove	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,01	0,02	0,05	0,05	0,03	0,04	0,02	0,02	0,03
Altre malformazioni e deformazioni congenite	0,02	0,01	0,01	0,01	0,02	0,02	0,00	0,02	0,02	0,04	0,03	0,02	0,04	0,02
Sintomi, segni e risultati anormali di esami clinici e di laboratorio, non classificati altrove	0,01	0,02	0,01	0,01	0,01	0,01	0,02	0,06	0,05	0,07	0,06	0,06	0,07	0,08
Sindrome della morte improvvisa nell'infanzia	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,00	0,02	0,02	0,04	0,03	0,03	0,03	0,02
Altri sintomi, segni, risultati anomali e cause mal definite	0,01	0,01	0,01	0,01	0,00	0,01	0,02	0,03	0,03	0,03	0,04	0,03	0,04	0,05
Altre malattie	0,02	0,05	0,03	0,04	0,02	0,04	0,04	0,33	0,37	0,35	0,36	0,38	0,35	0,36
Alcune malattie infettive e parassitarie	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,05	0,08	0,04	0,05	0,06	0,05	0,05
Tumori	0,00	0,01	0,00	0,01	0,01	0,00	0,00	0,03	0,02	0,02	0,01	0,03	0,02	0,03
Malattie del sangue e degli organi ematopoietici ed alcuni disturbi del sistema immunitario	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01	0,02	0,02	0,01	0,01	0,02	0,01	0,01
Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	0,01	0,01	0,01	0,00	0,00	0,01	0,02	0,03	0,03	0,04	0,03	0,03	0,03	0,03
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	0,01	0,01	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,06	0,08	0,06	0,08	0,06	0,07	0,07
Malattie del sistema circolatorio	0,00	0,01	0,01	0,00	0,00	0,01	0,01	0,06	0,05	0,07	0,07	0,08	0,08	0,07
Malattie del sistema respiratorio	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,04	0,05	0,06	0,06	0,05	0,05	0,05
Malattie dell'apparato digerente	0,00	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,04	0,04	0,05	0,03	0,04	0,03	0,04
Altre malattie	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,01	0,00	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
Cause esterne di traumatismo e avvelenamento	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01	0,00	0,04	0,05	0,03	0,05	0,03	0,04	0,02
Totale	**0,77**	**0,72**	**0,71**	**0,77**	**0,68**	**0,63**	**0,70**	**0,92**	**0,95**	**0,91**	**0,92**	**0,87**	**0,88**	**0,83**

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 535

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 536

Tabella 3 - (segue) Tasso (specifico per 1.000 nati vivi) di mortalità infantile* per causa di morte - Anni 2006-2012

Cause di morte	Totale						
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Alcune condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale	1,92	1,91	1,87	2,01	1,86	1,72	1,73
Neonato affetto da fattori materni e da complicanze della gravidanza, del travaglio e del parto	0,14	0,15	0,14	0,18	0,15	0,16	0,15
Disturbi correlati alla durata della gestazione ed all'accrescimento fetale	0,10	0,10	0,10	0,09	0,11	0,09	0,08
Traumi da parto	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00
Ipossia e asfissia intrauterina o della nascita	0,23	0,23	0,23	0,23	0,22	0,16	0,16
Sofferenza (distress) respiratoria(o) del neonato	0,60	0,54	0,54	0,54	0,57	0,50	0,51
Altri disturbi respiratori che hanno origine nel periodo perinatale	0,22	0,23	0,22	0,27	0,20	0,18	0,17
Infezioni specifiche del periodo perinatale	0,14	0,12	0,12	0,17	0,15	0,10	0,15
Disturbi emorragici ed ematologici del feto e del neonato	0,16	0,18	0,16	0,16	0,17	0,16	0,17
Altre condizioni perinatali	0,32	0,36	0,37	0,39	0,30	0,36	0,35
Malformazioni e deformazioni congenite, anomalie cromosomiche	0,97	0,77	0,86	0,79	0,72	0,79	0,68
Malformazioni congenite del sistema nervoso	0,08	0,08	0,07	0,06	0,06	0,05	0,06
Malformazioni congenite del sistema circolatorio	0,46	0,38	0,40	0,37	0,33	0,39	0,29
Malformazioni congenite dell'apparato respiratorio	0,03	0,03	0,04	0,03	0,02	0,04	0,04
Malformazioni congenite dell'apparato digerente	0,04	0,04	0,03	0,03	0,03	0,03	0,02
Malformazioni congenite dell'apparato genitourinario	0,03	0,04	0,05	0,03	0,05	0,04	0,03
Malformazioni e deformazioni congenite dell'apparato scheletrico-muscolare, degli arti e del tegumento	0,12	0,07	0,10	0,09	0,09	0,09	0,11
Anomalie cromosomiche, non classificate altrove	0,10	0,08	0,07	0,09	0,07	0,06	0,07
Altre malformazioni e deformazioni congenite	0,10	0,06	0,10	0,08	0,09	0,09	0,05
Sintomi, segni e risultati anormali di esami clinici e di laboratorio, non classificati altrove	0,10	0,10	0,10	0,12	0,11	0,11	0,12
Sindrome della morte improvvisa nell'infanzia	0,04	0,04	0,05	0,04	0,04	0,04	0,03
Altri sintomi, segni, risultati anomali e cause mal definite	0,06	0,07	0,06	0,08	0,07	0,07	0,09
Altre malattie	0,39	0,46	0,42	0,45	0,43	0,43	0,46
Alcune malattie infettive e parassitarie	0,05	0,08	0,04	0,05	0,06	0,05	0,05
Tumori	0,04	0,03	0,03	0,02	0,03	0,03	0,03
Malattie del sangue e degli organi ematopoietici ed alcuni disturbi del sistema immunitario	0,02	0,03	0,02	0,02	0,02	0,03	0,03
Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	0,04	0,04	0,05	0,04	0,05	0,04	0,06
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	0,07	0,09	0,07	0,10	0,06	0,07	0,08
Malattie del sistema circolatorio	0,07	0,06	0,08	0,08	0,09	0,09	0,09
Malattie del sistema respiratorio	0,04	0,05	0,06	0,07	0,05	0,05	0,05
Malattie dell'apparato digerente	0,05	0,06	0,06	0,05	0,06	0,05	0,06
Altre malattie	0,01	0,01	0,02	0,02	0,01	0,02	0,01
Cause esterne di traumatismo e avvelenamento	0,04	0,05	0,04	0,06	0,04	0,04	0,02
Totale	**3,41**	**3,29**	**3,29**	**3,42**	**3,16**	**3,09**	**3,00**

*Decessi avvenuti in Italia riferiti alla popolazione residente.

Fonte dei dati: Istat. "Indagine sui decessi e cause di morte". Anni vari.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 537

Tabella 4 - Mortalità (valori assoluti e tasso per 1.000 nati vivi) neonatale* e infantile* per regione - Anni 2006-2012

Regioni	Neonatale							Infantile						
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
	Valori assoluti													
Piemonte	106	79	83	70	66	71	63	130	107	113	98	97	93	86
Valle d'Aosta	1	2	6	1	2	1	3	1	4	8	2	4	1	3
Lombardia	173	190	187	218	185	165	154	245	283	260	302	257	242	221
Bolzano-Bozen	18	21	12	15	13	5	10	23	23	16	16	18	7	13
Trento	11	4	7	8	7	8	13	15	7	12	11	11	16	22
Veneto	105	94	91	102	82	83	81	131	137	135	140	118	131	117
Friuli Venezia Giulia	18	13	13	20	25	26	17	24	15	22	30	30	35	22
Liguria	31	37	31	27	28	40	27	38	43	34	33	33	45	36
Emilia-Romagna	86	90	99	91	87	85	74	124	109	141	125	111	125	103
Toscana	68	66	59	63	66	62	49	89	83	85	84	97	82	67
Umbria	11	15	19	12	12	7	14	23	22	24	21	19	12	21
Marche	30	25	22	39	17	18	17	46	38	37	58	32	26	22
Lazio	158	119	153	141	132	136	121	205	183	201	199	167	175	161
Abruzzo	33	37	47	30	39	26	36	43	51	60	44	53	35	45
Molise	4	4	4	4	11	4	3	5	7	10	9	13	5	6
Campania	195	175	171	186	156	146	164	259	255	238	248	234	209	231
Puglia	99	105	105	110	93	77	81	151	150	140	148	124	113	117
Basilicata	12	0	16	14	12	14	5	17	1	26	19	16	20	11
Calabria	67	61	56	56	54	68	60	100	87	72	77	66	81	77
Sicilia	140	155	158	187	167	140	151	201	212	222	239	223	201	196
Sardegna	30	31	30	30	30	28	20	42	40	40	44	50	37	28
Italia	**1.396**	**1.323**	**1.369**	**1.424**	**1.284**	**1.210**	**1.163**	**1.912**	**1.857**	**1.896**	**1.947**	**1.773**	**1.691**	**1.605**
	Tassi													
Piemonte	2,8	2,0	2,1	1,8	1,7	1,9	1,7	3,4	2,8	2,9	2,5	2,5	2,5	2,3
Valle d'Aosta	0,8	1,6	4,6	0,8	1,6	0,8	2,5	0,8	3,2	6,2	1,5	3,2	0,8	2,5
Lombardia	1,8	2,0	1,9	2,2	1,9	1,8	1,7	2,6	2,9	2,6	3,1	2,6	2,6	2,4
Bolzano-Bozen	3,3	3,8	2,2	2,9	2,4	0,9	1,8	4,3	4,2	2,9	3,1	3,3	1,3	2,4
Trento	2,1	0,8	1,3	1,5	1,3	1,5	2,5	2,9	1,4	2,2	2,1	2,0	3,0	4,3
Veneto	2,2	2,0	1,9	2,1	1,7	1,8	1,8	2,8	2,9	2,8	2,9	2,5	2,9	2,6
Friuli Venezia Giulia	1,7	1,2	1,2	1,9	2,4	2,6	1,7	2,3	1,4	2,1	2,9	2,9	3,5	2,2
Liguria	2,6	3,0	2,5	2,2	2,3	3,5	2,3	3,1	3,5	2,7	2,7	2,8	3,9	3,1
Emilia-Romagna	2,2	2,2	2,4	2,2	2,1	2,1	1,9	3,1	2,7	3,4	3,0	2,7	3,1	2,6
Toscana	2,2	2,0	1,8	1,9	2,0	2,0	1,6	2,8	2,6	2,5	2,6	3,0	2,6	2,2
Umbria	1,4	1,9	2,3	1,5	1,5	0,9	1,8	2,9	2,7	2,9	2,7	2,4	1,6	2,8
Marche	2,2	1,8	1,5	2,7	1,2	1,3	1,3	3,3	2,7	2,5	4,0	2,3	1,9	1,7
Lazio	3,0	2,3	2,7	2,6	2,4	2,5	2,3	3,9	3,5	3,5	3,6	3,1	3,2	3,0
Abruzzo	3,0	3,2	4,0	2,6	3,3	2,3	3,2	3,9	4,5	5,1	3,9	4,5	3,1	4,0
Molise	1,6	1,6	1,6	1,7	4,4	1,7	1,3	2,0	2,8	4,0	3,8	5,2	2,1	2,6
Campania	3,1	2,8	2,8	3,1	2,7	2,6	3,0	4,2	4,1	3,9	4,2	4,0	3,7	4,2
Puglia	2,6	2,7	2,7	2,9	2,5	2,1	2,3	4,0	3,9	3,7	3,9	3,3	3,1	3,4
Basilicata	2,4	0,0	3,3	3,0	2,6	3,1	1,1	3,4	0,2	5,3	4,0	3,5	4,5	2,5
Calabria	3,7	3,4	3,1	3,1	3,0	3,9	3,5	5,5	4,8	4,0	4,3	3,7	4,7	4,5
Sicilia	2,8	3,2	3,2	3,8	3,5	3,0	3,3	4,0	4,3	4,5	4,9	4,6	4,3	4,2
Sardegna	2,3	2,3	2,2	2,2	2,2	2,1	1,6	3,2	3,0	3,0	3,3	3,7	2,8	2,3
Italia	**2,5**	**2,3**	**2,4**	**2,5**	**2,3**	**2,2**	**2,2**	**3,4**	**3,3**	**3,3**	**3,4**	**3,2**	**3,1**	**3,0**

*Decessi avvenuti in Italia riferiti alla popolazione residente.

Fonte dei dati: Istat. "Indagine sui decessi e cause di morte". Anni vari.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 538

Tabella 5 - Tasso (per 1.000 nati vivi) di mortalità infantile* per causa di morte e per regione - Anni 2006-2008, 2010-2012

Regioni	2006-2008						2010-2012					
	Peri-natali	Congenite	Mal definite	Altre	Esterne	Totale	Peri-natali	Congenite	Mal definite	Altre	Esterne	Totale
Piemonte	1,85	0,67	0,13	0,31	0,05	3,02	1,36	0,59	0,09	0,35	0,04	2,44
Valle d'Aosta	2,11	0,26	0,00	1,06	0,00	3,43	1,64	0,27	0,27	0,00	0,00	2,19
Lombardia	1,31	0,93	0,08	0,36	0,04	2,72	1,39	0,69	0,06	0,37	0,02	2,54
Bolzano-Bozen	2,14	1,22	0,18	0,18	0,06	3,79	1,49	0,62	0,00	0,19	0,06	2,37
Trento	1,27	0,44	0,25	0,13	0,06	2,15	1,19	1,07	0,25	0,44	0,13	3,08
Veneto	1,60	0,74	0,07	0,34	0,06	2,81	1,42	0,72	0,12	0,39	0,03	2,68
Friuli Venezia Giulia	1,11	0,51	0,06	0,22	0,03	1,94	1,83	0,60	0,07	0,33	0,07	2,89
Liguria	1,96	0,79	0,14	0,24	0,00	3,13	2,05	0,88	0,11	0,17	0,03	3,25
Emilia-Romagna	1,79	0,75	0,07	0,43	0,03	3,07	1,57	0,68	0,12	0,36	0,05	2,79
Toscana	1,61	0,55	0,10	0,32	0,05	2,64	1,52	0,49	0,09	0,46	0,01	2,58
Umbria	1,41	0,83	0,17	0,41	0,04	2,86	0,82	0,86	0,00	0,52	0,04	2,23
Marche	1,44	1,04	0,02	0,24	0,12	2,85	0,88	0,58	0,02	0,46	0,00	1,94
Lazio	2,13	0,89	0,06	0,52	0,03	3,63	1,97	0,62	0,03	0,43	0,06	3,11
Abruzzo	2,92	0,93	0,03	0,61	0,00	4,50	2,31	0,82	0,15	0,55	0,06	3,88
Molise	1,20	1,20	0,00	0,40	0,13	2,94	2,22	0,55	0,00	0,55	0,00	3,33
Campania	2,41	0,83	0,24	0,53	0,05	4,07	2,21	0,81	0,28	0,65	0,01	3,97
Puglia	2,22	0,95	0,03	0,60	0,05	3,86	2,01	0,67	0,05	0,51	0,05	3,28
Basilicata	1,83	0,54	0,20	0,41	0,00	2,98	1,84	1,03	0,15	0,44	0,00	3,46
Calabria	2,77	1,29	0,11	0,57	0,02	4,76	2,65	1,02	0,10	0,52	0,02	4,30
Sicilia	2,42	1,17	0,15	0,48	0,05	4,26	2,54	1,08	0,20	0,51	0,05	4,38
Sardegna	1,70	0,90	0,02	0,42	0,00	3,04	1,79	0,69	0,08	0,38	0,00	2,95
Italia	**1,90**	**0,87**	**0,10**	**0,42**	**0,04**	**3,33**	**1,77**	**0,73**	**0,11**	**0,44**	**0,03**	**3,09**

*Decessi avvenuti in Italia riferiti alla popolazione residente.

Fonte dei dati: Istat. "Indagine sui decessi e cause di morte". Anni vari.

Tabella 6 - Tasso (per 1.000 nati vivi) di mortalità neonatale* per causa di morte e per regione - Anni 2006-2008, 2010-2012

Regioni	2006-2008						2010-2012					
	Peri-natali	Congenite	Mal definite	Altre	Esterne	Totale	Peri-natali	Congenite	Mal definite	Altre	Esterne	Totale
Piemonte	1,75	0,44	0,05	0,07	0,00	2,31	1,32	0,34	0,01	0,10	0,01	1,77
Valle d'Aosta	2,11	0,26	0,00	0,00	0,00	2,38	1,64	0,00	0,00	0,00	0,00	1,64
Lombardia	1,19	0,63	0,01	0,06	0,01	1,90	1,25	0,45	0,02	0,05	0,00	1,78
Bolzano-Bozen	1,95	1,04	0,00	0,12	0,00	3,11	1,31	0,37	0,00	0,06	0,00	1,74
Trento	1,08	0,32	0,00	0,00	0,00	1,39	1,07	0,57	0,06	0,06	0,00	1,76
Veneto	1,46	0,45	0,03	0,07	0,01	2,02	1,26	0,41	0,04	0,10	0,00	1,80
Friuli Venezia Giulia	0,96	0,35	0,03	0,06	0,00	1,40	1,73	0,43	0,03	0,07	0,00	2,26
Liguria	1,85	0,63	0,14	0,08	0,00	2,69	1,94	0,68	0,03	0,06	0,00	2,71
Emilia-Romagna	1,67	0,47	0,02	0,11	0,00	2,26	1,45	0,46	0,02	0,08	0,01	2,02
Toscana	1,52	0,33	0,05	0,07	0,01	1,98	1,43	0,30	0,02	0,10	0,00	1,86
Umbria	1,16	0,62	0,08	0,00	0,00	1,87	0,69	0,60	0,00	0,13	0,00	1,42
Marche	1,27	0,54	0,00	0,00	0,00	1,81	0,80	0,36	0,00	0,10	0,00	1,26
Lazio	1,97	0,56	0,01	0,12	0,00	2,65	1,84	0,47	0,00	0,07	0,02	2,41
Abruzzo	2,69	0,67	0,00	0,06	0,00	3,42	2,22	0,58	0,09	0,06	0,00	2,95
Molise	0,94	0,54	0,00	0,13	0,00	1,61	2,08	0,42	0,00	0,00	0,00	2,49
Campania	2,19	0,52	0,14	0,09	0,00	2,93	2,01	0,50	0,11	0,12	0,00	2,75
Puglia	1,99	0,60	0,01	0,10	0,01	2,70	1,84	0,41	0,02	0,06	0,00	2,32
Basilicata	1,56	0,27	0,07	0,00	0,00	1,90	1,40	0,81	0,07	0,00	0,00	2,28
Calabria	2,46	0,83	0,04	0,04	0,02	3,38	2,65	0,69	0,08	0,08	0,00	3,50
Sicilia	2,18	0,73	0,09	0,04	0,00	3,04	2,33	0,70	0,12	0,07	0,01	3,24
Sardegna	1,52	0,70	0,00	0,05	0,00	2,27	1,64	0,28	0,05	0,03	0,00	2,00
Italia	**1,73**	**0,56**	**0,04**	**0,07**	**0,00**	**2,40**	**1,63**	**0,47**	**0,04**	**0,08**	**0,01**	**2,23**

*Decessi avvenuti in Italia riferiti alla popolazione residente.

Fonte dei dati: Istat. "Indagine sui decessi e cause di morte". Anni vari.

Tabella 7 - Tasso (specifico per 1.000 nati vivi) di mortalità infantile* per cittadinanza - Anni 2006-2012

Classi di età	2006			2007			2008			2009			2010			2011			2012		
	Italiana	Straniera	Tot	Italiana	Straniera	Tot	Italiana	Straniera	Tot	Italiana	Straniera	Tot	Italiana	Straniera	Tot	Italiana	Straniera	Tot	Italiana	Straniera	Tot
<1 giorno	0,88	1,26	0,92	0,79	1,24	0,84	0,84	1,20	0,89	0,77	1,39	0,85	0,70	1,03	0,74	0,70	1,15	0,77	0,72	0,96	0,75
1-6 giorni	0,76	1,13	0,80	0,76	1,02	0,79	0,76	0,89	0,78	0,82	1,22	0,88	0,83	1,06	0,86	0,81	0,85	0,81	0,72	0,78	0,72
7-29 giorni	0,73	1,15	0,77	0,68	0,98	0,72	0,69	0,88	0,71	0,73	1,04	0,77	0,68	0,73	0,68	0,60	0,81	0,63	0,66	0,92	0,70
≥30 giorni	0,86	1,46	0,92	0,88	1,46	0,95	0,82	1,55	0,91	0,81	1,61	0,92	0,80	1,33	0,87	0,78	1,45	0,88	0,71	1,47	0,83
Totale	**3,23**	**4,99**	**3,41**	**3,11**	**4,70**	**3,29**	**3,11**	**4,51**	**3,29**	**3,14**	**5,25**	**3,42**	**2,99**	**4,16**	**3,16**	**2,90**	**4,26**	**3,09**	**2,81**	**4,13**	**3,00**

*Decessi avvenuti in Italia riferiti alla popolazione residente.

Fonte dei dati: Istat. "Indagine sui decessi e cause di morte". Anni vari.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 539

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 540

Tabella 8 - Tasso (per 1.000 nati vivi) di mortalità infantile* per cittadinanza e per causa di morte - Anni 2006-2008, 2010-2012

Cause di morte	2006-2008			2010-2012		
	Italiana	Straniera	Totale	Italiana	Straniera	Totale
Alcune condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale	1,85	2,27	1,90	1,72	2,08	1,77
Neonato affetto da fattori materni e da complicanze della gravidanza, del travaglio e del parto	0,14	0,21	0,14	0,14	0,19	0,15
Disturbi correlati alla durata della gestazione ed all'accrescimento fetale	0,10	0,13	0,10	0,08	0,16	0,09
Traumi da parto	0,00	0,01	0,00	0,00	0,02	0,00
Ipossia e asfissia intrauterina o della nascita	0,23	0,24	0,23	0,18	0,19	0,18
Sofferenza (distress) respiratoria(o) del neonato	0,56	0,53	0,56	0,53	0,48	0,53
Altri disturbi respiratori che hanno origine nel periodo perinatale	0,21	0,34	0,23	0,17	0,26	0,18
Infezioni specifiche del periodo perinatale	0,12	0,17	0,12	0,13	0,12	0,13
Disturbi emorragici ed ematologici del feto e del neonato	0,16	0,24	0,17	0,15	0,25	0,17
Altre condizioni perinatali	0,34	0,42	0,35	0,32	0,41	0,33
Malformazioni e deformazioni congenite, anomalie cromosomiche	0,78	1,53	0,87	0,65	1,21	0,73
Malformazioni congenite del sistema nervoso	0,06	0,19	0,08	0,04	0,13	0,05
Malformazioni congenite del sistema circolatorio	0,38	0,67	0,41	0,31	0,48	0,34
Malformazioni congenite dell'apparato respiratorio	0,03	0,04	0,03	0,03	0,07	0,03
Malformazioni congenite dell'apparato digerente	0,04	0,06	0,04	0,02	0,06	0,03
Malformazioni congenite dell'apparato genitourinario	0,04	0,06	0,04	0,03	0,09	0,04
Malformazioni e deformazioni congenite dell'apparato scheletrico-muscolare, degli arti e del tegumento	0,09	0,15	0,10	0,08	0,17	0,09
Anomalie cromosomiche, non classificate altrove	0,08	0,13	0,08	0,06	0,09	0,07
Altre malformazioni e deformazioni congenite	0,07	0,23	0,09	0,07	0,14	0,08
Sintomi, segni e risultati anormali di esami clinici e di laboratorio, non classificati altrove	0,10	0,15	0,10	0,11	0,13	0,11
Sindrome della morte improvvisa nell'infanzia	0,04	0,09	0,04	0,03	0,04	0,04
Altri sintomi, segni, risultati anomali e cause mal definite	0,06	0,06	0,06	0,07	0,09	0,07
Altre malattie	0,40	0,63	0,42	0,40	0,66	0,44
Alcune malattie infettive e parassitarie	0,05	0,09	0,06	0,05	0,06	0,05
Tumori	0,03	0,02	0,03	0,03	0,03	0,03
Malattie del sangue e degli organi ematopoietici ed alcuni disturbi del sistema immunitario	0,02	0,03	0,02	0,03	0,03	0,03
Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	0,04	0,09	0,05	0,04	0,10	0,05
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	0,07	0,13	0,08	0,07	0,05	0,07
Malattie del sistema circolatorio	0,06	0,11	0,07	0,08	0,16	0,09
Malattie del sistema respiratorio	0,05	0,08	0,05	0,05	0,08	0,05
Malattie dell'apparato digerente	0,06	0,07	0,06	0,04	0,13	0,05
Altre malattie	0,01	0,01	0,01	0,01	0,03	0,01
Cause esterne di traumatismo e avvelenamento	0,03	0,13	0,04	0,03	0,09	0,03
Totale	**3,15**	**4,71**	**3,33**	**2,90**	**4,18**	**3,09**

*Decessi avvenuti in Italia riferiti alla popolazione residente.

Fonte dei dati: Istat. "Indagine sui decessi e cause di morte". Anni vari.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 541

Tabella 9 - Tasso (per 1.000 nati vivi) di mortalità infantile* per cittadinanza e rapporto tra la mortalità infantile dei cittadini stranieri e italiani per regione - Anni 2006-2008, 2010-2012

Regioni	2006-2008			2010-2012			Rapporto straniera/italiana	
	Iitaliana	Straniera	Totale	Italiana	Straniera	Totale	2006-2008	2010-2012
Piemonte	2,78	4,30	3,02	2,14	3,70	2,44	1,55	1,73
Valle d'Aosta	3,50	2,85	3,43	2,54	0,00	2,19	0,81	n.a.
Lombardia	2,34	4,42	2,72	2,21	3,70	2,54	1,89	1,67
Bolzano-Bozen	3,75	4,06	3,79	2,08	4,18	2,37	1,08	2,01
Trento	2,37	0,87	2,15	2,41	6,33	3,08	0,37	2,63
Veneto	2,43	4,48	2,81	2,43	3,58	2,68	1,85	1,47
Friuli Venezia Giulia	1,97	1,75	1,94	2,86	3,03	2,89	0,89	1,06
Liguria	2,99	4,15	3,13	2,86	5,18	3,25	1,39	1,81
Emilia-Romagna	2,64	4,91	3,07	2,41	4,01	2,79	1,86	1,67
Toscana	2,29	4,61	2,64	2,05	5,88	2,58	2,01	2,86
Umbria	2,69	3,77	2,86	2,33	1,94	2,23	1,40	0,83
Marche	2,65	3,93	2,85	1,91	2,03	1,94	1,48	1,06
Lazio	3,32	6,25	3,63	2,58	6,32	3,11	1,88	2,45
Abruzzo	4,32	6,54	4,50	3,61	7,22	3,88	1,52	2,00
Molise	2,85	6,04	2,94	4,79	0,00	3,33	2,12	n.a.
Campania	3,97	8,48	4,07	3,85	7,93	3,97	2,14	2,06
Puglia	3,80	6,43	3,86	3,26	3,64	3,28	1,69	1,12
Basilicata	2,89	6,96	2,98	3,28	7,73	3,46	2,40	2,36
Calabria	4,62	8,68	4,76	4,24	5,40	4,30	1,88	1,27
Sicilia	4,20	6,26	4,26	4,26	7,04	4,38	1,49	1,65
Sardegna	2,92	8,36	3,04	2,91	4,01	2,95	2,86	1,38
Italia	**3,15**	**4,76**	**3,33**	**2,90**	**4,18**	**3,09**	**1,51**	**1,44**

n.a. = non applicabile.
*Decessi avvenuti in Italia riferiti alla popolazione residente.

Fonte dei dati: Istat. "Indagine sui decessi e cause di morte". Anni vari.

Tabella 10 - Mortalità (valori assoluti) infantile* per cittadinanza e per regione - Anni 2006-2008, 2010-2012

Regioni	2006-2008			2010-2012		
	Italiana	Straniera	Totale	Italiana	Straniera	Totale
Piemonte	271	79	350	196	80	276
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	12	1	13	8	0	8
Lombardia	555	233	788	488	232	720
Bolzano-Bozen	55	7	62	29	9	38
Trento	32	2	34	32	17	49
Veneto	282	121	403	261	105	366
Friuli Venezia Giulia	53	8	61	71	16	87
Liguria	96	19	115	83	31	114
Emilia-Romagna	260	114	374	223	116	339
Toscana	190	67	257	169	77	246
Umbria	54	15	69	41	11	52
Marche	95	26	121	57	23	80
Lazio	481	108	589	357	146	503
Abruzzo	136	18	154	115	18	133
Molise	21	1	22	23	1	24
Campania	718	34	752	634	40	674
Puglia	424	17	441	340	14	354
Basilicata	42	2	44	43	4	47
Calabria	243	16	259	209	15	224
Sicilia	606	29	635	575	45	620
Sardegna	115	7	122	110	5	115
Italia	**4.741**	**924**	**5.665**	**4.078**	**991**	**5.069**

*Decessi avvenuti in Italia riferiti alla popolazione residente.

Fonte dei dati: Istat. "Indagine sui decessi e cause di morte". Anni vari.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 542

Evoluzione e geografia della mortalità per causa

Significato. La mortalità per causa viene misurata attraverso tassi standardizzati, complessivi e specifici per grandi classi di età (0-18; 19-64; 65-74 e 75 anni ed oltre). Essi rappresentano il numero di decessi (totale e per grandi classi di età) che si osserverebbe, per una specifica causa o per gruppi di cause, in una popolazione di 10.000 persone con una struttura per età uguale a quella della popolazione italiana del 2001. I dati analitici utilizzati nel calcolo sono rappresentati, per ogni anno di osservazione, dai quozienti specifici per classi di età quinquennali (con l'eccezione delle classi 15-18, 19-24 e 95 anni ed oltre), genere e causa.

Tasso di mortalità oltre l'anno di vita*

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

Significato delle variabili: $D^i_{x,r}$ rappresenta il numero dei decessi all'età x per causa i nella provincia o regione r; $P_{x,r}$ rappresenta l'ammontare della popolazione di età x nella provincia o 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, anche quello di mortalità per causa non rappresenta una misura reale del fenomeno poichè indica il valore che il tasso di mortalità per una certa causa di morte assumerebbe qualora la struttura per età della popolazione considerata fosse uguale a quella della popolazione scelta come standard. Questa 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 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 popolazioni messe a confronto.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 543

Tabella 1 - Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità per genere e per regione - Anni 2007-2012

Regioni	Maschi						Femmine					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Piemonte	115,6	114,6	113,6	108,8	108,2	107,0	69,4	71,8	71,6	67,5	66,8	67,8
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	127,2	111,6	117,1	115,2	110,9	96,9	70,6	70,5	65,1	65,0	62,3	67,2
Lombardia	112,2	111,5	109,8	106,0	102,7	103,3	67,0	67,4	67,2	65,4	63,9	64,3
Bolzano-Bozen	104,0	110,2	98,9	96,7	94,4	94,9	63,3	63,1	61,8	60,4	59,3	62,9
Trento	110,0	109,9	107,3	103,1	97,6	93,6	63,1	63,7	60,7	60,1	57,9	56,9
Veneto	110,2	110,3	106,9	105,0	102,7	103,2	65,0	64,6	63,6	62,8	62,4	62,9
Friuli Venezia Giulia	110,3	114,8	112,3	108,6	107,7	106,1	67,3	68,8	67,4	65,8	64,1	64,4
Liguria	112,3	112,0	112,5	107,5	108,9	106,0	68,0	69,9	69,0	67,1	67,9	67,1
Emilia-Romagna	106,3	106,0	104,6	101,1	99,2	101,0	66,2	66,5	66,5	63,7	64,1	64,4
Toscana	107,2	107,9	105,2	101,9	100,8	101,6	65,7	67,9	67,1	64,2	64,1	64,9
Umbria	106,9	108,0	102,4	102,5	98,8	102,1	65,2	66,8	63,8	61,9	61,6	62,8
Marche	103,1	102,8	100,9	97,8	97,5	97,9	61,3	62,7	62,3	60,3	60,1	61,3
Lazio	110,9	108,6	107,0	105,5	108,2	105,6	69,8	70,0	69,6	66,9	69,8	70,1
Abruzzo	108,2	106,6	107,7	106,1	106,8	102,8	66,6	64,5	68,0	64,9	64,8	65,3
Molise	107,6	114,0	103,4	102,9	106,4	101,9	64,8	64,5	65,2	64,7	65,7	64,2
Campania	124,5	122,2	121,4	118,3	121,3	118,7	81,8	79,5	80,1	77,9	79,8	78,3
Puglia	111,5	108,0	104,8	102,4	104,3	103,8	72,7	69,5	69,6	67,3	68,6	68,5
Basilicata	109,5	106,0	107,1	102,1	105,6	103,1	70,6	68,2	67,1	66,2	65,7	66,7
Calabria	109,8	107,9	108,7	104,5	105,0	104,6	71,7	70,4	71,1	65,6	69,5	69,6
Sicilia	116,9	115,1	115,5	109,8	113,3	113,0	79,1	76,6	78,3	74,1	76,4	76,9
Sardegna	108,0	107,0	109,7	102,8	105,2	105,8	66,5	67,4	67,2	61,9	64,1	63,7
Italia	**111,8**	**110,9**	**109,4**	**105,9**	**106,0**	**105,4**	**69,4**	**69,5**	**69,3**	**66,8**	**67,1**	**67,5**

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

Fonte dei dati: Istat. "Indagine sui decessi e cause di morte". Anni vari.

Tabella 2 - Tasso (standardizzato e specifico per 10.000) di mortalità per regione. Maschi - Anni 2008-2012

Regioni	0-18					19-64					65-74					75+				
	2008	2009	2010	2011	2012	2008	2009	2010	2011	2012	2008	2009	2010	2011	2012	2008	2009	2010	2011	2012
Piemonte	3,3	3,2	2,7	3,0	2,3	25,8	25,5	24,3	25,0	23,5	201,1	191,5	190,2	188,9	188,0	922,2	923,7	878,6	866,3	867,0
Valle d'Aosta	5,0	5,1	3,4	2,9	1,8	25,2	24,9	24,2	25,7	23,7	210,9	201,2	220,1	211,8	192,9	873,8	954,3	916,5	864,8	739,3
Lombardia	3,2	3,2	2,8	3,1	2,4	24,1	24,1	22,4	22,0	22,1	200,5	197,8	184,0	182,4	183,1	898,0	880,7	866,4	831,3	837,9
Bolzano-Bozen	3,7	3,4	3,2	2,6	2,0	23,1	23,0	21,9	20,1	21,8	181,9	178,3	172,6	175,2	160,4	912,5	783,2	772,8	755,2	768,7
Trento	3,3	2,5	2,1	1,5	2,1	23,4	22,7	23,2	21,3	20,7	193,8	184,3	188,5	170,4	164,3	892,1	880,0	821,9	794,4	756,0
Veneto	3,5	3,0	3,4	2,8	3,1	24,6	22,5	21,2	21,8	21,8	194,5	186,9	181,7	177,0	173,8	887,0	871,7	864,9	839,6	848,9
Friuli Venezia Giulia	2,6	2,9	2,8	3,4	2,6	27,7	24,4	25,0	25,7	24,7	216,8	212,4	204,4	199,1	191,7	891,2	890,7	852,3	842,0	841,1
Liguria	2,4	2,6	3,3	3,6	2,5	26,8	27,2	24,2	25,8	24,4	199,4	203,6	190,2	200,5	191,0	886,8	884,5	862,2	853,9	843,8
Emilia-Romagna	3,7	3,6	3,0	2,8	2,6	23,7	22,3	22,0	21,7	21,8	186,0	182,8	177,4	170,4	175,9	853,0	849,6	818,9	807,4	821,3
Toscana	3,4	3,2	2,9	2,8	2,6	24,1	21,9	21,5	21,6	22,3	182,4	177,9	168,2	172,6	172,2	877,1	866,7	843,4	824,9	829,9
Umbria	2,7	3,0	3,4	3,5	2,3	24,3	21,4	23,5	20,5	23,4	178,5	169,0	173,4	160,3	165,3	883,2	848,3	827,7	822,2	836,3
Marche	3,3	3,8	2,7	2,1	2,2	22,5	21,4	21,0	21,9	21,3	174,8	170,0	157,8	165,0	162,6	838,1	828,3	810,9	793,5	805,6
Lazio	3,7	3,5	3,0	3,7	3,2	25,7	25,9	25,8	25,6	25,5	200,2	195,5	194,3	193,8	190,0	850,7	835,6	820,8	854,3	829,7
Abruzzo	4,9	6,1	4,5	3,3	3,8	25,6	26,1	24,0	24,3	22,9	201,6	188,2	187,6	178,8	176,0	822,5	845,8	847,2	867,3	832,5
Molise	6,1	3,5	4,1	2,0	2,5	28,9	27,1	24,9	25,5	24,3	198,9	203,5	194,0	170,4	178,0	887,2	774,8	795,4	866,5	811,6
Campania	4,0	4,0	4,1	3,7	3,4	30,7	30,3	29,6	28,9	28,7	247,2	238,9	239,0	233,4	228,8	916,7	921,0	889,0	937,8	914,4
Puglia	3,7	4,0	3,3	3,1	3,1	24,4	23,3	22,9	23,1	22,6	190,7	182,2	178,0	183,5	184,1	864,3	845,2	826,1	840,5	838,5
Basilicata	5,0	4,0	3,1	4,5	3,4	24,5	25,6	23,7	24,5	24,2	202,0	192,6	191,1	184,4	175,0	823,0	841,8	801,2	841,5	827,8
Calabria	3,8	4,3	3,9	4,4	4,5	26,7	26,8	25,8	25,4	24,8	199,5	203,7	195,2	188,2	201,2	835,1	837,9	807,4	823,2	807,2
Sicilia	4,4	4,5	4,0	4,1	4,1	27,2	27,0	25,4	26,0	25,5	210,4	216,3	207,4	204,5	206,7	903,3	901,9	857,2	898,7	895,7
Sardegna	3,6	4,2	3,6	3,2	3,1	28,7	30,0	27,6	28,7	27,8	199,0	196,9	196,4	192,1	190,6	810,7	834,3	771,9	798,0	814,2
Italia	**3,6**	**3,6**	**3,3**	**3,3**	**3,0**	**25,6**	**25,0**	**24,0**	**24,1**	**23,8**	**200,5**	**196,2**	**190,0**	**188,1**	**187,4**	**878,8**	**870,6**	**845,1**	**847,3**	**844,6**

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

Fonte dei dati: Istat. "Indagine sui decessi e cause di morte". Anni vari.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 544

Tabella 3 - Tasso (standardizzato e specifico per 10.000) di mortalità per regione. Femmine - Anni 2008-2012

Regioni	0-18					19-64					65-74					75+				
	2008	2009	2010	2011	2012	2008	2009	2010	2011	2012	2008	2009	2010	2011	2012	2008	2009	2010	2011	2012
Piemonte	2,6	2,0	2,6	2,4	2,1	13,7	13,3	13,1	13,5	13,1	101,3	103,7	92,9	95,6	98,5	625,9	623,5	589,4	574,7	586,9
Valle d'Aosta	3,4	1,9	2,5	0,8	3,4	14,9	12,2	12,3	12,2	12,0	84,7	102,2	110,6	89,5	100,1	619,1	556,9	542,5	541,0	582,5
Lombardia	2,3	2,1	2,1	2,0	2,1	12,9	12,9	12,2	12,2	12,1	98,2	98,0	95,0	89,6	92,4	582,9	581,5	568,6	557,1	559,9
Bolzano-Bozen	2,4	2,2	2,6	1,8	1,8	11,1	11,4	11,6	10,2	11,9	80,6	88,9	79,9	84,6	86,4	567,5	538,9	531,4	524,0	551,8
Trento	1,6	2,2	2,0	2,6	4,1	12,3	13,0	11,9	11,3	10,7	96,1	81,1	80,4	85,9	72,4	547,7	523,9	525,8	495,8	501,7
Veneto	2,2	2,4	1,9	2,3	2,2	12,4	11,7	11,6	11,9	11,5	87,7	91,5	88,1	88,1	90,3	566,3	554,7	550,8	543,1	549,9
Friuli Venezia Giulia	1,0	2,8	2,7	1,9	1,7	14,7	13,7	13,1	13,4	13,1	96,7	103,0	95,5	96,0	97,8	590,8	570,3	564,6	543,6	547,0
Liguria	2,4	2,3	2,4	2,2	3,0	14,8	14,0	13,0	14,0	14,0	103,9	101,7	98,3	101,9	96,7	591,5	590,4	578,2	576,7	571,4
Emilia-Romagna	2,4	2,2	2,1	2,2	2,0	12,5	12,5	12,1	12,3	12,3	95,1	96,6	92,2	90,8	94,2	578,7	577,8	552,7	557,1	557,4
Toscana	2,2	2,4	2,3	2,2	1,9	12,7	12,7	12,0	11,7	12,0	96,6	93,1	85,1	90,0	90,7	592,9	586,7	567,6	563,1	569,9
Umbria	3,0	1,8	2,7	1,1	2,2	12,4	12,3	10,9	12,5	12,5	87,7	86,8	81,7	84,0	91,3	591,3	559,6	552,0	536,9	540,5
Marche	2,4	3,1	1,8	2,1	2,1	12,6	12,3	11,2	11,5	11,8	82,7	83,4	80,2	84,1	81,2	548,1	542,7	533,9	524,4	539,1
Lazio	2,6	2,9	2,4	2,6	2,6	13,4	13,8	13,2	14,0	14,0	103,8	101,7	95,2	103,2	106,3	603,6	597,1	578,4	596,6	596,9
Abruzzo	4,1	3,8	2,7	2,4	2,2	11,4	13,6	12,1	12,8	11,4	89,2	92,6	87,4	90,0	93,4	566,6	589,5	571,1	562,1	575,5
Molise	1,7	2,1	4,7	1,7	0,9	13,4	13,3	13,3	13,4	12,7	100,1	86,9	92,8	98,0	89,5	544,1	567,9	548,8	561,2	559,8
Campania	3,0	2,9	3,0	2,7	3,1	15,5	15,8	15,7	15,7	15,3	130,3	131,3	124,4	128,9	123,4	666,5	670,8	654,0	671,5	662,8
Puglia	2,6	2,7	2,3	2,8	2,7	12,6	12,8	12,0	12,5	12,1	98,8	97,3	97,3	96,9	96,4	609,3	610,5	589,6	601,5	604,3
Basilicata	3,2	2,9	1,9	2,2	2,9	12,0	12,0	12,7	12,8	11,5	106,5	95,5	91,9	87,5	97,6	587,9	588,7	578,7	577,6	584,5
Calabria	3,4	3,0	2,4	3,2	2,8	13,0	13,4	12,3	13,6	13,4	105,0	112,5	96,5	101,9	105,4	608,0	604,4	568,5	596,4	595,1
Sicilia	3,4	3,4	3,3	2,9	2,7	14,2	14,8	13,9	14,2	14,4	120,4	117,4	115,2	114,8	114,7	652,8	672,3	632,4	659,6	664,5
Sardegna	1,8	2,8	2,7	2,6	1,7	14,0	12,8	12,6	13,4	13,6	96,3	99,3	85,7	91,0	86,0	578,5	578,9	533,9	548,2	550,5
Italia	**2,6**	**2,6**	**2,4**	**2,4**	**2,4**	**13,3**	**13,3**	**12,7**	**13,1**	**12,9**	**101,5**	**101,6**	**96,3**	**97,6**	**98,5**	**599,9**	**597,9**	**578,6**	**579,3**	**583,3**

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

Fonte dei dati: Istat. "Indagine sui decessi e cause di morte". Anni vari.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 545

Tabella 4 - Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità nella popolazione di età 0-18 anni per alcune e per il totale delle principali cause di morte e per regione. Maschi - Anni 2008-2012

Regioni	Alcune condizioni che hanno origine nel periodo perinatale					Cause violente					Malformazioni congenite e anormalità cromosomiche					Tumori					Totale cause				
	2008	2009	2010	2011	2012	2008	2009	2010	2011	2012	2008	2009	2010	2011	2012	2008	2009	2010	2011	2012	2008	2009	2010	2011	2012
Piemonte	1,0	0,8	0,7	0,8	0,7	0,8	0,7	0,6	0,6	0,4	0,5	0,5	0,4	0,4	0,5	0,4	0,4	0,4	0,6	0,1	3,3	3,2	2,7	3,0	2,3
Valle d'Aosta	1,6	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,9	2,0	1,0	0,8	0,0	0,8	0,0	0,0	1,0	0,8	0,9	0,0	0,0	5,0	5,1	3,4	2,9	1,8
Lombardia	0,7	1,0	0,7	0,9	0,8	0,7	0,6	0,7	0,6	0,4	0,8	0,6	0,5	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	0,4	0,3	3,2	3,2	2,8	3,1	2,4
Bolzano-Bozen	1,5	1,5	1,5	0,2	0,2	1,2	1,2	0,6	1,0	0,5	0,5	0,2	0,4	0,6	0,4	0,0	0,0	0,5	0,2	0,4	3,7	3,4	3,2	2,6	2,0
Trento	0,9	1,1	0,2	0,4	0,8	1,3	0,8	1,0	0,2	0,2	0,4	0,2	0,4	0,6	0,4	0,0	0,2	0,4	0,2	0,0	3,3	2,5	2,1	1,5	2,1
Veneto	1,0	1,0	0,8	0,8	0,7	0,9	0,7	0,8	0,6	0,8	0,5	0,4	0,5	0,4	0,5	0,5	0,4	0,3	0,4	0,3	3,5	3,0	3,4	2,8	3,1
Friuli Venezia Giulia	1,0	0,6	1,1	1,6	0,9	0,6	0,5	0,4	0,6	0,2	0,3	0,4	0,3	0,7	0,6	0,4	0,5	0,4	0,2	0,1	2,6	2,9	2,8	3,4	2,6
Liguria	0,6	0,9	0,8	1,7	0,8	0,7	0,5	0,7	0,3	0,2	0,6	0,2	0,6	0,8	0,6	0,1	0,2	0,2	0,3	0,3	2,4	2,6	3,3	3,6	2,5
Emilia-Romagna	1,1	1,0	0,9	0,8	0,9	0,8	0,6	0,7	0,5	0,5	0,6	0,6	0,4	0,6	0,4	0,4	0,5	0,3	0,2	0,3	3,7	3,6	3,0	2,8	2,6
Toscana	0,9	0,8	0,9	0,8	0,6	1,0	0,9	0,7	0,8	0,4	0,3	0,4	0,4	0,2	0,2	0,6	0,4	0,3	0,5	0,3	3,4	3,2	2,9	2,8	2,6
Umbria	0,6	1,0	0,8	0,1	0,4	0,7	1,0	1,6	0,7	0,8	0,5	0,5	0,4	0,8	0,3	0,4	0,1	0,5	0,7	0,1	2,7	3,0	3,4	3,5	2,3
Marche	0,6	1,0	0,6	0,5	0,4	0,7	1,1	0,5	0,6	0,6	0,8	0,7	0,4	0,4	0,2	0,4	0,6	0,5	0,3	0,4	3,3	3,8	2,7	2,1	2,2
Lazio	1,3	1,2	1,3	1,2	1,1	0,7	0,7	0,5	0,7	0,6	0,6	0,3	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4	0,2	0,5	0,4	3,7	3,5	3,0	3,7	3,2
Abruzzo	1,6	1,6	1,6	1,0	1,3	0,9	2,1	0,8	0,6	0,5	0,8	0,9	0,7	0,5	0,6	0,8	0,6	0,7	0,3	0,5	4,9	6,1	4,5	3,3	3,8
Molise	1,2	0,8	1,6	1,2	1,3	2,7	0,4	1,7	0,0	0,0	1,1	1,1	0,0	0,0	0,4	0,4	0,0	0,0	0,4	0,0	6,1	3,5	4,1	2,0	2,5
Campania	1,3	1,3	1,3	1,1	1,2	0,6	0,5	0,5	0,4	0,3	0,5	0,7	0,5	0,6	0,6	0,5	0,3	0,5	0,3	0,4	4,0	4,0	4,1	3,7	3,4
Puglia	1,2	1,5	1,3	0,9	0,9	1,0	0,8	0,9	0,8	0,6	0,6	0,5	0,3	0,3	0,5	0,2	0,4	0,3	0,5	0,4	3,7	4,0	3,3	3,1	3,1
Basilicata	1,6	0,6	1,3	1,6	0,7	1,0	0,9	0,5	0,9	1,1	0,6	1,0	0,9	1,3	0,2	1,0	0,2	0,0	0,5	1,0	5,0	4,0	3,1	4,5	3,4
Calabria	1,4	1,2	1,7	1,6	1,7	0,6	1,0	0,8	0,8	0,6	0,8	0,8	0,3	0,9	0,6	0,4	0,6	0,3	0,4	0,5	3,8	4,3	3,9	4,4	4,5
Sicilia	1,4	1,5	1,6	1,2	1,5	1,1	1,0	0,7	0,9	0,6	0,7	0,7	0,7	0,8	0,5	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	4,4	4,5	4,0	4,1	4,1
Sardegna	1,0	1,1	1,5	1,1	0,9	0,8	1,2	0,7	0,7	0,7	0,8	0,6	0,3	0,6	0,6	0,5	0,1	0,1	0,2	0,1	3,6	4,2	3,6	3,2	3,1
Italia	**1,1**	**1,1**	**1,1**	**1,0**	**0,9**	**0,8**	**0,8**	**0,7**	**0,7**	**0,5**	**0,6**	**0,5**	**0,5**	**0,5**	**0,5**	**0,4**	**0,4**	**0,3**	**0,4**	**0,3**	**3,6**	**3,6**	**3,3**	**3,3**	**3,0**

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

Fonte dei dati: Istat. "Indagine sui decessi e cause di morte". Anni vari.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 546

Tabella 5 - Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità nella popolazione di età 0-18 anni per alcune e per il totale delle principali cause di morte e per regione. Femmine - Anni 2008-2012

Regioni	Alcune condizioni che hanno origine nel periodo perinatale					Cause violente					Malformazioni congenite e anormalità cromosomiche					Tumori					Totale cause				
	2008	2009	2010	2011	2012	2008	2009	2010	2011	2012	2008	2009	2010	2011	2012	2008	2009	2010	2011	2012	2008	2009	2010	2011	2012
Piemonte	0,8	0,6	0,6	0,7	0,7	0,4	0,4	0,4	0,3	0,2	0,5	0,2	0,4	0,4	0,4	0,4	0,2	0,4	0,4	0,2	2,6	2,0	2,6	2,4	2,1
Valle d'Aosta	2,5	0,0	1,6	0,8	2,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1	0,9	0,0	0,0	3,4	1,9	2,5	0,8	3,4
Lombardia	0,6	0,8	0,6	0,6	0,7	0,3	0,2	0,2	0,3	0,2	0,5	0,5	0,5	0,4	0,4	0,3	0,2	0,3	0,3	0,2	2,3	2,1	2,1	2,0	2,1
Bolzano-Bozen	0,2	0,8	0,8	0,6	1,4	1,0	0,4	0,4	0,0	0,0	1,0	0,6	1,0	0,6	0,2	0,0	0,0	0,2	0,2	0,0	2,4	2,2	2,6	1,8	1,8
Trento	0,6	0,8	0,2	1,0	1,4	0,4	0,5	0,2	0,4	0,8	0,0	0,2	1,2	0,4	0,8	0,0	0,8	0,2	0,0	0,0	1,6	2,2	2,0	2,6	4,1
Veneto	0,6	0,8	0,6	0,8	0,8	0,5	0,3	0,2	0,2	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,2	0,2	0,3	0,4	0,3	2,2	2,4	1,9	2,3	2,2
Friuli Venezia Giulia	0,3	1,5	0,8	0,6	0,6	0,1	0,4	0,4	0,6	0,5	0,2	0,1	0,3	0,4	0,0	0,2	0,2	0,5	0,0	0,1	1,0	2,8	2,7	1,9	1,7
Liguria	1,0	1,0	0,9	1,3	0,9	0,2	0,3	0,3	0,2	0,1	0,8	0,3	0,3	0,1	0,7	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	2,4	2,3	2,4	2,2	3,0
Emilia-Romagna	0,8	0,8	0,8	0,8	0,7	0,2	0,2	0,2	0,3	0,2	0,4	0,4	0,3	0,5	0,4	0,5	0,4	0,5	0,2	0,1	2,4	2,2	2,1	2,2	2,0
Toscana	0,8	0,8	1,0	0,8	0,6	0,3	0,4	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,4	0,4	0,3	0,3	0,2	0,4	0,1	0,2	2,2	2,4	2,3	2,2	1,9
Umbria	0,5	0,3	0,3	0,1	0,8	0,2	0,3	0,4	0,0	0,3	1,2	0,8	0,8	0,3	0,5	0,7	0,1	0,4	0,3	0,2	3,0	1,8	2,7	1,1	2,2
Marche	0,5	1,4	0,3	0,5	0,4	0,3	0,3	0,4	0,4	0,5	0,7	0,6	0,1	0,5	0,5	0,4	0,3	0,2	0,4	0,6	2,4	3,1	1,8	2,1	2,1
Lazio	1,0	1,1	0,9	0,8	0,9	0,3	0,2	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,3	0,5	0,4	0,3	0,5	0,4	0,4	0,5	2,6	2,9	2,4	2,6	2,6
Abruzzo	1,8	0,6	1,5	0,7	1,3	0,6	1,4	0,0	0,3	0,1	0,5	0,5	0,2	0,6	0,3	0,5	0,4	0,3	0,3	0,2	4,1	3,8	2,7	2,4	2,2
Molise	0,4	0,9	1,8	0,4	0,4	0,4	0,8	0,4	0,0	0,0	0,4	0,0	1,3	0,0	0,4	0,0	0,0	0,4	0,4	0,0	1,7	2,1	4,7	1,7	0,9
Campania	1,1	1,4	1,1	1,0	1,2	0,3	0,1	0,1	0,1	0,1	0,5	0,4	0,5	0,5	0,4	0,3	0,2	0,4	0,3	0,4	3,0	2,9	3,0	2,7	3,1
Puglia	1,1	1,1	1,0	1,0	1,0	0,3	0,3	0,2	0,2	0,3	0,5	0,4	0,2	0,6	0,5	0,3	0,3	0,4	0,4	0,3	2,6	2,7	2,3	2,8	2,7
Basilicata	1,7	0,9	0,7	0,9	0,5	0,4	0,3	0,0	0,2	0,2	0,4	0,2	0,4	0,2	0,4	0,2	0,0	0,2	0,2	0,2	3,2	2,9	1,9	2,2	2,9
Calabria	1,2	1,3	0,9	1,3	0,9	0,5	0,3	0,1	0,3	0,1	0,3	0,5	0,5	0,6	0,7	0,7	0,3	0,3	0,1	0,2	3,4	3,0	2,4	3,2	2,8
Sicilia	1,4	1,3	1,4	1,0	1,3	0,3	0,4	0,2	0,3	0,1	0,8	0,7	0,7	0,6	0,5	0,3	0,2	0,2	0,3	0,2	3,4	3,4	3,3	2,9	2,7
Sardegna	0,6	0,7	0,9	0,5	0,3	0,3	0,3	0,2	0,5	0,1	0,4	0,5	0,4	0,8	0,1	0,0	0,5	0,5	0,2	0,2	1,8	2,8	2,7	2,6	1,7
Italia	**0,9**	**1,0**	**0,9**	**0,8**	**0,9**	**0,3**	**0,3**	**0,2**	**0,2**	**0,2**	**0,5**	**0,4**	**0,4**	**0,5**	**0,4**	**0,3**	**0,3**	**0,3**	**0,3**	**0,3**	**2,6**	**2,6**	**2,4**	**2,4**	**2,4**

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

Fonte dei dati: Istat. "Indagine sui decessi e cause di morte". Anni vari.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 547

Tabella 6 - Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità nella popolazione di età 19-64 anni per alcune e per il totale delle principali cause di morte e per regione. Maschi - Anni 2008-2012

Regioni	Tumori					Malattie del sistema circolatorio					Cause violente					Malattie del sistema digerente					Totale cause				
	2008	2009	2010	2011	2012	2008	2009	2010	2011	2012	2008	2009	2010	2011	2012	2008	2009	2010	2011	2012	2008	2009	2010	2011	2012
Piemonte	10,8	10,9	10,9	10,6	10,0	5,8	5,7	5,2	5,6	5,5	4,2	3,7	3,4	3,9	3,5	1,4	1,5	1,5	1,5	1,1	25,8	25,5	24,3	25,0	23,5
Valle d'Aosta	10,2	9,5	9,6	10,7	10,5	5,9	4,7	4,6	4,1	4,2	5,1	5,9	3,7	5,3	3,0	1,5	0,9	2,7	1,6	1,6	25,2	24,9	24,2	25,7	23,7
Lombardia	11,0	11,1	10,4	10,3	9,9	5,1	4,9	4,5	4,5	4,5	3,3	3,4	3,0	3,0	3,2	1,4	1,2	1,1	1,2	1,2	24,1	24,1	22,4	22,0	22,1
Bolzano-Bozen	10,3	8,8	9,3	7,8	9,2	5,2	4,9	4,3	4,5	5,2	3,9	5,3	3,4	4,6	3,9	1,0	0,8	1,1	1,2	1,4	23,1	23,0	21,2	20,1	21,8
Trento	10,1	9,5	10,9	10,2	10,6	4,3	5,3	5,1	4,1	3,6	4,5	4,1	3,7	3,5	2,7	1,4	1,3	1,5	0,7	0,8	23,4	22,7	25,0	21,3	20,7
Veneto	10,8	9,6	10,0	9,5	9,6	5,0	4,8	4,6	4,2	4,1	3,8	3,4	2,3	3,8	3,4	1,5	1,3	1,3	1,0	1,3	24,6	22,5	24,2	21,8	21,8
Friuli Venezia Giulia	12,5	10,3	9,7	11,1	10,7	5,4	4,9	4,5	5,2	3,9	3,7	3,9	3,4	3,7	4,1	1,7	1,9	1,0	1,6	1,8	27,7	24,4	22,0	25,7	24,7
Liguria	11,2	12,0	9,8	10,9	9,8	5,3	5,1	4,3	4,8	4,8	2,5	2,4	3,1	3,0	2,5	1,6	1,6	1,2	1,5	1,5	26,8	27,2	21,5	25,8	24,4
Emilia-Romagna	9,7	9,7	9,6	9,5	9,2	5,3	4,5	5,1	4,5	4,3	4,1	3,4	3,8	3,3	3,4	1,1	1,1	1,3	1,0	1,0	23,7	22,3	23,5	21,7	21,8
Toscana	10,5	9,8	9,1	9,3	9,6	5,2	4,6	4,4	4,9	4,6	3,7	3,1	3,7	2,9	3,3	1,2	1,1	0,9	1,1	1,2	24,1	21,9	21,0	21,6	22,3
Umbria	10,3	9,2	10,6	8,8	9,4	5,4	4,7	6,1	4,3	4,8	4,1	3,3	3,6	2,7	4,2	1,1	1,1	1,5	1,1	1,0	24,3	21,4	25,8	20,5	23,4
Marche	10,5	9,9	8,9	9,5	9,1	4,6	4,7	5,9	4,8	4,6	3,8	3,3	3,1	3,7	3,2	0,9	0,9	1,5	1,0	1,4	22,5	21,4	24,0	21,9	21,3
Lazio	10,7	10,2	9,6	10,3	10,5	6,5	6,1	6,1	6,0	6,0	3,4	4,1	2,5	3,5	3,3	1,4	1,5	2,3	1,5	1,2	25,7	25,9	24,9	25,6	25,5
Abruzzo	9,3	9,5	12,1	9,0	8,8	6,0	6,4	7,1	6,1	5,6	3,9	4,7	2,0	3,7	3,6	1,9	1,6	1,9	1,5	1,2	25,6	26,1	29,6	24,3	22,9
Molise	10,0	11,0	9,3	9,0	8,9	8,0	6,1	4,7	6,1	5,8	3,8	3,9	3,4	3,9	2,0	1,9	2,2	1,6	1,4	2,3	28,9	27,1	22,9	25,5	24,3
Campania	12,3	12,1	8,2	11,5	11,5	7,4	7,3	6,8	7,3	6,9	2,7	2,3	3,0	1,7	2,0	2,2	1,8	1,9	1,8	1,7	30,7	30,3	23,7	28,9	28,7
Puglia	10,4	9,6	9,6	9,6	9,3	5,3	5,1	5,8	4,8	4,8	3,6	3,3	4,0	3,2	3,1	1,3	1,6	1,9	1,3	1,2	24,4	23,3	25,8	23,1	22,6
Basilicata	8,7	10,3	9,8	9,3	9,1	6,7	6,1	6,3	5,7	5,8	3,0	3,8	3,2	3,9	3,9	1,6	2,1	1,4	1,8	1,5	24,5	25,6	25,4	24,5	24,2
Calabria	9,7	10,3	11,5	9,6	9,0	6,5	6,8	5,3	6,3	5,8	4,3	3,7	4,5	3,3	3,5	1,8	1,6	2,1	1,3	1,6	26,7	26,8	27,6	25,4	24,8
Sicilia	10,7	10,5	8,8	10,3	9,9	7,0	7,0	5,3	6,2	6,3	3,6	3,4	4,4	3,1	3,3	1,5	1,5	0,7	1,4	1,2	27,2	27,0	21,9	26,0	25,5
Sardegna	11,4	12,4	9,6	12,1	11,5	5,8	6,0	4,8	5,5	4,9	5,3	5,3	3,8	4,9	4,9	1,8	2,1	1,6	1,9	1,9	28,7	30,0	23,2	28,7	27,8
Italia	**10,8**	**10,5**	**10,2**	**10,2**	**9,9**	**5,8**	**5,5**	**5,2**	**5,3**	**5,1**	**3,6**	**3,5**	**3,2**	**3,2**	**3,2**	**1,5**	**1,4**	**1,4**	**1,3**	**1,3**	**25,6**	**25,0**	**24,0**	**24,1**	**23,8**

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

Fonte dei dati: Istat. "Indagine sui decessi e cause di morte". Anni vari.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 548

Tabella 7 - Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità nella popolazione di età 19-64 anni per alcune e per il totale delle principali cause di morte e per regione. Femmine - Anni 2008-2012

Regioni	Tumori					Malattie del sistema circolatorio					Cause violente					Malattie del sistema digerente					Totale cause				
	2008	2009	2010	2011	2012	2008	2009	2010	2011	2012	2008	2009	2010	2011	2012	2008	2009	2010	2011	2012	2008	2009	2010	2011	2012
Piemonte	8,1	8,2	7,8	8,2	7,9	2,0	1,8	1,7	1,8	1,7	0,9	0,9	1,0	1,0	1,0	0,6	0,7	0,6	0,4	0,5	13,7	13,3	13,1	13,5	13,1
Valle d'Aosta	9,6	6,6	8,3	8,1	7,3	1,7	1,7	1,3	1,1	2,1	0,7	0,2	0,5	0,5	0,6	0,7	0,7	0,9	0,9	0,8	14,9	12,2	12,3	12,2	12,0
Lombardia	8,2	8,1	7,8	7,8	7,9	1,7	1,6	1,4	1,5	1,5	0,8	0,8	0,8	0,8	0,7	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4	12,9	12,9	12,2	12,2	12,1
Bolzano-Bozen	6,0	7,4	7,2	6,9	6,9	1,6	1,5	1,2	0,8	1,7	1,4	1,1	0,9	0,9	1,3	0,6	0,3	0,5	0,2	0,8	11,1	11,4	11,6	10,2	11,9
Trento	7,2	7,6	7,8	7,2	6,4	1,9	1,6	1,7	1,3	1,7	0,9	1,3	1,2	0,6	0,8	0,5	0,6	0,6	0,2	0,3	12,3	13,0	13,1	11,3	10,7
Veneto	7,8	7,5	7,3	7,4	7,3	1,4	1,4	1,7	1,5	1,3	0,9	0,8	0,7	0,9	0,8	0,5	0,5	0,6	0,5	0,5	12,4	11,7	13,0	11,9	11,5
Friuli Venezia Giulia	8,7	8,8	7,7	8,3	7,9	1,7	1,5	1,4	1,4	1,7	1,0	1,0	0,9	1,0	1,0	1,0	0,8	0,4	0,5	0,5	14,7	13,7	12,1	13,4	13,1
Liguria	8,9	8,0	7,4	7,8	8,4	1,6	1,5	1,5	1,9	1,5	0,6	0,5	0,9	0,9	1,0	0,7	0,7	0,5	0,6	0,7	14,8	14,0	12,0	14,0	14,0
Emilia-Romagna	7,4	7,9	6,9	7,5	7,4	1,6	1,5	1,2	1,5	1,7	1,1	1,0	0,9	1,0	1,0	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4	12,5	12,5	10,9	12,3	12,3
Toscana	8,0	7,8	7,3	7,0	7,4	1,6	1,6	1,7	1,5	1,7	0,8	0,9	0,6	0,8	0,7	0,5	0,5	0,4	0,5	0,4	12,7	12,7	11,2	11,7	12,0
Umbria	7,8	7,9	8,1	7,8	7,8	1,8	1,5	1,9	1,5	1,8	0,9	0,7	0,7	0,9	0,9	0,2	0,3	0,5	0,3	0,4	12,4	12,3	13,2	12,5	12,5
Marche	8,0	7,5	6,8	7,4	7,3	1,6	1,6	2,0	1,5	1,4	0,8	0,9	0,8	0,8	1,2	0,6	0,4	0,5	0,4	0,2	12,6	12,3	12,1	11,5	11,8
Lazio	8,1	8,4	7,5	8,4	8,4	1,9	1,9	2,5	2,1	2,1	0,8	0,9	0,6	0,9	0,8	0,5	0,5	0,3	0,5	0,6	13,4	13,8	13,3	14,0	14,0
Abruzzo	6,3	6,8	8,5	7,4	6,6	1,7	1,9	2,9	1,9	1,8	0,9	2,6	0,5	0,9	0,7	0,5	0,4	0,7	0,4	0,4	11,4	13,6	15,7	12,8	11,4
Molise	7,4	7,5	7,4	7,2	6,8	2,4	2,0	1,6	2,3	2,6	0,8	1,0	0,6	0,3	0,6	0,8	0,5	0,5	1,1	0,6	13,4	13,3	12,0	13,4	12,7
Campania	8,4	8,5	6,6	8,5	8,4	3,0	2,8	2,4	3,0	2,5	0,5	0,5	0,9	0,4	0,5	0,8	0,8	0,4	0,6	0,6	15,5	15,8	12,7	15,7	15,3
Puglia	7,5	7,4	6,7	7,2	7,0	2,0	2,0	1,9	1,8	1,9	0,8	0,7	0,7	0,8	0,6	0,5	0,5	0,4	0,6	0,5	12,6	12,8	12,3	12,5	12,1
Basilicata	6,3	7,0	7,9	7,2	6,3	2,2	1,5	2,2	2,2	1,6	0,5	0,6	0,6	0,6	0,9	0,6	0,5	0,5	0,5	0,5	12,0	12,0	13,9	12,8	11,5
Calabria	6,9	7,3	7,6	7,0	7,2	2,4	2,1	1,7	2,5	2,4	0,6	0,8	0,7	1,0	0,5	0,5	0,7	0,4	0,6	0,4	13,0	13,4	12,6	13,6	13,4
Sicilia	8,0	8,0	7,8	7,8	7,7	2,4	2,5	1,4	2,3	2,6	0,6	0,7	1,0	0,5	0,6	0,5	0,6	0,4	0,4	0,5	14,2	14,8	11,6	14,2	14,4
Sardegna	8,1	7,6	7,9	8,1	8,5	1,8	1,7	1,5	1,8	1,6	1,0	0,8	0,5	0,8	0,6	0,8	0,5	0,2	0,5	0,5	14,0	12,8	11,9	13,4	13,6
Italia	**7,9**	**7,9**	**7,7**	**7,7**	**7,7**	**1,9**	**1,8**	**1,8**	**1,9**	**1,9**	**0,8**	**0,8**	**0,8**	**0,8**	**0,7**	**0,6**	**0,5**	**0,5**	**0,5**	**0,5**	**13,3**	**13,3**	**12,7**	**13,1**	**12,9**

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

Fonte dei dati: Istat. "Indagine sui decessi e cause di morte". Anni vari.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 549

Tabella 8 - Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità nella popolazione di età 65-74 anni per alcune e per il totale delle principali cause di morte e per regione. Maschi - Anni 2008-2012

Regioni	Tumori					Malattie del sistema circolatorio					Malattie del sistema respiratorio					Malattie del sistema digerente					Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche					Totale cause				
	2008	2009	2010	2011	2012	2008	2009	2010	2011	2012	2008	2009	2010	2011	2012	2008	2009	2010	2011	2012	2008	2009	2010	2011	2012	2008	2009	2010	2011	2012
Piemonte	99,6	93,5	95,8	97,3	93,4	56,5	51,9	48,8	46,0	46,8	9,7	9,7	9,1	10,3	10,0	8,5	8,3	9,3	7,6	8,6	5,9	6,7	6,4	6,1	6,1	201,1	191,5	190,2	188,9	188,0
Valle d'Aosta	98,0	102,6	98,1	119,8	98,8	61,8	48,4	52,7	44,5	46,2	20,7	14,6	13,8	12,3	7,5	6,3	11,1	15,4	3,1	7,5	6,9	4,5	6,1	6,2	7,5	210,9	201,2	220,1	211,8	192,9
Lombardia	107,4	106,7	101,0	98,9	98,8	50,2	49,1	44,1	42,9	42,4	9,6	8,3	7,8	7,9	9,2	8,6	8,6	7,1	7,4	7,3	5,5	5,7	5,6	5,6	5,5	200,5	197,8	184,0	182,4	183,1
Bolzano-Bozen	85,3	96,7	88,1	84,8	74,4	55,5	49,1	43,4	47,5	41,5	7,3	7,0	6,3	11,5	10,4	6,2	6,9	8,3	5,7	9,5	5,2	1,7	1,8	3,1	0,9	181,9	178,3	172,6	175,2	160,4
Trento	93,9	97,3	96,0	93,5	87,1	53,2	48,9	44,0	39,6	39,0	9,5	6,1	10,7	8,3	6,8	13,5	8,7	10,5	7,9	8,8	4,9	5,1	6,4	4,6	6,0	193,8	184,3	188,5	170,4	164,3
Veneto	101,0	94,3	91,4	92,6	89,3	50,2	49,9	46,6	44,4	42,6	7,0	7,2	6,5	6,9	7,4	9,8	8,6	8,3	7,4	8,5	7,2	7,8	7,6	6,0	7,3	194,5	186,9	181,7	177,0	173,8
Friuli Venezia Giulia	111,3	108,4	104,1	103,0	97,1	57,4	50,0	49,7	45,8	42,7	9,5	11,9	11,4	8,8	9,5	9,9	11,2	8,8	10,5	9,6	6,4	6,6	7,1	9,3	7,8	216,8	212,4	204,4	199,1	191,7
Liguria	101,1	101,6	95,0	98,0	90,6	47,1	46,5	48,0	54,0	49,0	10,9	12,0	10,8	8,5	9,2	7,6	8,3	7,8	7,2	7,6	7,9	8,4	6,6	6,6	9,2	199,4	203,6	190,2	200,5	191,0
Emilia-Romagna	93,8	92,6	88,9	85,6	87,6	47,9	46,3	44,8	42,4	44,0	8,5	9,3	8,2	8,5	7,9	7,6	7,3	7,9	6,4	7,8	7,2	7,1	7,0	7,4	7,3	186,0	182,8	177,4	170,4	175,9
Toscana	90,5	91,8	85,8	89,4	88,4	48,8	45,4	42,2	40,7	41,3	8,9	9,4	7,8	8,9	9,4	6,6	5,9	7,1	5,8	5,5	7,2	6,6	5,9	6,6	6,2	182,4	177,9	168,2	172,6	172,2
Umbria	83,2	83,9	81,4	75,1	79,4	50,1	45,9	47,3	44,8	47,2	8,8	8,9	10,0	10,6	7,7	7,1	6,2	5,8	5,0	5,6	6,9	6,4	7,3	3,4	7,2	178,5	169,0	173,4	160,3	165,3
Marche	91,4	85,5	75,3	81,7	83,5	46,0	43,6	42,7	41,5	41,2	7,6	9,0	7,7	9,7	8,2	7,4	7,1	4,6	4,5	5,4	4,9	5,6	6,4	6,8	6,2	174,8	170,0	157,8	165,0	162,6
Lazio	97,2	95,5	94,9	95,7	91,8	57,9	52,6	55,7	53,6	52,8	9,6	11,8	9,3	10,1	10,2	9,0	8,5	8,1	7,5	7,5	7,6	7,0	7,3	8,1	7,5	200,2	195,5	194,3	193,8	190,0
Abruzzo	86,5	81,1	83,8	79,0	73,1	60,1	56,1	57,3	53,6	52,2	12,9	12,4	10,1	11,5	8,9	9,1	8,6	7,6	8,7	10,3	8,9	8,0	7,3	7,3	8,8	201,6	188,2	187,6	178,8	176,0
Molise	83,3	81,4	82,6	68,8	81,4	67,0	65,6	51,2	51,6	49,3	14,6	10,8	6,8	7,0	8,7	9,5	14,3	17,2	12,2	12,7	7,8	9,5	14,5	10,1	10,6	198,9	203,5	194,0	170,4	178,0
Campania	109,9	106,5	109,2	105,8	103,8	73,3	69,4	68,7	67,1	67,3	15,4	14,8	14,4	15,2	13,1	12,1	12,4	11,3	9,8	9,9	13,0	12,6	11,9	12,3	11,1	247,2	238,9	239,0	233,4	228,8
Puglia	89,1	85,3	86,5	86,8	87,1	50,2	49,1	44,2	47,7	48,9	11,1	10,9	10,2	9,9	9,3	10,4	8,6	9,4	8,2	9,4	9,8	8,9	8,9	9,0	8,5	190,7	182,2	178,0	183,5	184,1
Basilicata	85,4	78,7	88,2	76,1	70,3	61,0	53,3	53,5	57,5	53,0	8,1	14,3	10,5	7,2	13,2	12,8	10,6	11,6	10,5	8,1	13,5	10,2	7,9	10,0	8,1	202,0	192,6	191,1	184,4	175,0
Calabria	80,0	81,9	81,4	74,4	82,1	61,1	62,8	61,1	58,8	62,5	14,5	11,2	10,2	9,7	10,2	11,9	11,2	8,8	9,6	8,8	10,7	11,9	11,3	12,5	12,7	199,5	203,7	195,2	188,2	201,2
Sicilia	89,5	89,2	93,2	86,4	91,9	62,7	68,6	59,3	59,7	60,3	12,4	12,9	12,3	12,9	11,1	9,6	11,1	9,4	9,0	7,4	13,2	12,1	12,0	12,9	12,6	210,4	216,3	207,4	204,5	206,7
Sardegna	94,3	93,2	97,9	97,4	101,6	52,8	50,3	49,2	44,3	43,1	10,7	12,0	9,7	8,2	8,3	11,5	12,2	9,9	10,2	8,5	8,0	6,4	6,9	8,1	7,5	199,0	196,9	196,4	192,1	190,6
Italia	**97,5**	**95,4**	**93,8**	**92,7**	**91,9**	**54,8**	**52,7**	**50,1**	**48,9**	**48,7**	**10,3**	**10,4**	**9,4**	**9,7**	**9,5**	**9,2**	**9,0**	**8,5**	**7,8**	**8,0**	**8,0**	**7,9**	**7,7**	**7,9**	**7,8**	**200,5**	**196,2**	**190,0**	**188,1**	**187,4**

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

Fonte dei dati: Istat. "Indagine sui decessi e cause di morte". Anni vari.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 550

Tabella 9 - Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità nella popolazione di età 65-74 anni per alcune e per il totale delle principali cause di morte e per regione. Femmine - Anni 2008-2012

Regioni	Tumori					Malattie del sistema circolatorio					Malattie del sistema respiratorio					Malattie del sistema digerente					Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche					Totale cause				
	2008	2009	2010	2011	2012	2008	2009	2010	2011	2012	2008	2009	2010	2011	2012	2008	2009	2010	2011	2012	2008	2009	2010	2011	2012	2008	2009	2010	2011	2012
Piemonte	47,9	53,2	48,6	48,9	51,9	24,9	23,2	20,0	21,7	20,5	4,0	4,5	3,9	4,0	4,3	5,2	4,0	3,5	3,9	3,9	4,4	4,9	3,7	3,5	3,5	101,3	103,7	92,9	95,6	98,5
Valle d'Aosta	43,0	56,7	47,1	54,7	52,6	20,9	22,1	28,9	15,8	22,4	4,1	4,1	6,9	2,8	2,6	7,0	2,8	5,4	4,1	5,8	0,0	2,7	2,8	1,3	1,3	84,7	102,2	110,6	89,5	100,1
Lombardia	53,6	55,1	53,2	49,4	51,5	20,7	20,0	19,6	19,2	18,7	3,2	3,8	3,3	3,1	3,2	4,7	4,5	4,2	3,5	3,9	3,6	3,2	3,2	2,6	3,1	98,2	98,0	95,0	89,6	92,4
Bolzano-Bozen	45,7	50,2	43,2	50,8	49,6	19,4	19,8	18,0	16,5	19,1	3,7	5,0	3,2	2,0	2,7	2,5	5,0	2,8	2,4	4,2	1,6	2,5	0,4	1,2	0,0	80,6	88,9	79,9	84,6	86,4
Trento	53,7	42,0	43,0	54,9	39,6	19,7	19,0	19,3	15,3	14,2	3,4	1,9	1,5	4,4	2,5	5,3	4,1	5,5	1,1	4,3	2,7	1,9	3,0	1,1	1,8	96,1	81,1	80,4	85,9	72,4
Veneto	46,0	50,8	47,6	48,2	49,1	20,0	19,0	20,0	18,1	19,0	2,4	2,6	3,2	2,8	3,5	4,7	3,5	4,3	4,1	4,1	4,0	3,5	2,4	3,1	3,5	87,7	91,5	88,1	88,1	90,3
Friuli Venezia Giulia	52,4	54,3	55,4	50,4	53,5	20,3	21,2	17,1	19,2	19,6	2,5	3,8	2,6	4,9	2,6	5,8	5,3	5,1	5,3	4,6	4,3	4,1	2,8	3,8	3,4	96,7	103,0	95,5	96,0	97,8
Liguria	52,3	50,4	51,5	53,3	51,9	23,1	22,3	21,5	21,7	18,5	3,8	3,8	4,1	4,6	3,9	5,3	5,3	3,4	4,0	3,8	4,6	4,3	5,1	3,9	3,7	103,9	101,7	98,3	101,9	96,7
Emilia-Romagna	51,7	50,3	50,3	48,9	50,8	20,5	21,8	20,2	18,0	19,1	3,2	3,4	3,5	3,8	3,9	4,7	3,8	3,6	3,9	3,7	3,5	4,0	4,0	3,2	4,0	95,1	96,6	92,2	90,8	94,2
Toscana	48,9	48,5	44,9	47,8	47,2	22,0	20,3	18,3	18,3	18,8	3,7	3,6	3,8	4,8	4,1	4,0	3,7	3,7	3,4	4,2	4,7	3,6	3,1	4,2	4,3	96,6	93,1	85,1	90,0	90,7
Umbria	47,2	42,5	40,7	42,7	46,2	20,2	22,6	20,3	19,7	22,0	3,9	2,6	3,6	3,3	3,6	2,6	4,2	3,3	3,0	3,8	3,5	3,2	3,6	3,4	4,2	87,7	86,8	81,7	84,0	91,3
Marche	43,1	44,1	41,2	45,6	44,6	18,9	18,9	17,2	18,2	14,4	3,2	3,3	3,8	2,7	2,9	2,9	3,6	2,8	3,3	3,0	3,1	2,3	3,2	2,9	3,4	82,7	83,4	80,2	84,1	81,2
Lazio	52,7	49,6	48,1	52,5	54,0	25,7	26,2	22,8	25,0	25,2	4,3	4,7	4,1	4,3	4,8	4,6	4,1	4,5	4,2	4,4	4,9	4,4	3,7	4,8	4,8	103,8	101,7	95,2	103,2	106,3
Abruzzo	40,1	41,3	41,7	42,5	38,4	24,4	23,2	19,5	25,1	26,3	3,9	3,0	2,4	2,5	4,2	4,9	4,5	5,4	4,6	3,5	4,0	4,8	4,9	4,8	4,0	89,2	92,6	87,4	90,0	93,4
Molise	33,8	33,0	38,9	45,0	39,1	37,4	28,2	29,7	23,9	25,0	3,9	3,7	3,3	3,9	3,8	5,2	2,5	4,8	4,4	4,9	7,8	5,3	5,8	5,7	3,6	100,1	86,9	92,8	98,0	89,5
Campania	48,8	48,8	50,5	50,9	49,4	39,7	40,5	35,0	37,0	36,0	6,2	4,6	5,7	6,2	5,0	9,3	9,7	8,2	7,8	6,4	11,6	11,3	10,0	10,7	10,5	130,3	131,3	124,4	128,9	123,4
Puglia	42,7	40,2	42,9	44,5	41,8	26,5	26,1	26,2	23,2	24,8	3,3	4,1	3,5	4,2	2,8	5,9	6,2	5,1	4,3	5,5	7,9	7,8	7,3	7,2	6,8	98,8	97,3	97,3	96,9	96,4
Basilicata	39,8	41,9	39,5	33,2	42,2	34,1	27,7	23,5	25,2	25,1	3,3	1,5	4,7	4,9	6,3	4,8	5,3	4,8	4,3	5,1	6,5	7,0	6,2	6,2	7,2	106,5	95,5	91,9	87,5	97,6
Calabria	40,3	39,9	35,9	40,0	41,4	32,2	34,7	30,3	32,3	29,8	3,9	5,2	3,0	3,3	4,0	5,0	7,0	6,9	4,8	5,1	9,1	7,9	8,2	7,3	8,4	105,0	112,5	96,5	101,9	105,4
Sicilia	46,3	46,2	48,6	45,4	46,3	38,0	36,0	31,8	32,5	32,0	3,9	4,5	4,8	4,8	4,9	6,7	6,1	5,8	5,2	4,6	10,6	10,1	10,5	10,3	9,5	120,4	117,4	115,2	114,8	114,7
Sardegna	46,8	47,7	43,9	45,5	41,1	25,0	22,6	17,0	19,4	20,0	2,6	4,7	3,1	4,1	3,9	5,0	5,0	4,4	3,7	3,8	4,4	5,5	4,6	3,9	4,5	96,3	99,3	85,7	91,0	86,0
Italia	**48,7**	**49,1**	**48,0**	**48,3**	**48,7**	**25,5**	**25,0**	**22,8**	**23,0**	**22,8**	**3,7**	**3,9**	**3,8**	**4,0**	**3,9**	**5,2**	**5,0**	**4,6**	**4,3**	**4,4**	**5,6**	**5,3**	**4,9**	**4,9**	**5,1**	**101,5**	**101,6**	**96,3**	**97,6**	**98,5**

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

Fonte dei dati: Istat. "Indagine sui decessi e cause di morte". Anni vari.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 551

Tabella 10 - Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità nella popolazione di età 75 anni ed oltre per alcune e per il totale delle principali cause di morte e per regione. Maschi - Anni 2008-2012

Regioni	Malattie del sistema circolatorio					Tumori					Malattie del sistema respiratorio					Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche					Totale cause				
	2008	2009	2010	2011	2012	2008	2009	2010	2011	2012	2008	2009	2010	2011	2012	2008	2009	2010	2011	2012	2008	2009	2010	2011	2012
Piemonte	388,6	375,5	349,0	337,5	330,6	242,8	245,5	239,2	234,8	233,0	97,8	104,3	96,2	95,0	97,8	28,2	27,5	26,8	26,2	29,0	922,2	923,7	878,6	866,3	867,0
Valle d'Aosta	288,2	378,4	321,4	293,1	292,4	258,2	243,8	240,2	244,6	196,9	114,8	105,7	132,2	99,6	73,7	19,3	27,8	25,0	26,0	13,8	873,8	954,3	916,5	864,8	739,3
Lombardia	351,4	338,4	328,3	305,8	311,0	270,7	263,4	259,6	251,9	248,6	89,9	91,4	89,7	85,6	90,7	24,4	25,4	25,0	24,9	25,0	898,0	880,7	866,4	831,3	837,9
Bolzano-Bozen	372,5	319,4	317,3	297,8	296,2	227,8	213,1	202,5	206,6	216,5	103,3	105,6	93,8	88,2	93,6	12,4	5,6	9,9	9,8	8,3	912,5	783,2	772,8	755,2	768,7
Trento	395,6	383,2	348,3	313,5	290,1	250,6	257,8	241,6	225,4	236,6	82,4	83,9	76,9	85,1	66,6	21,4	21,5	25,8	28,0	18,9	892,1	880,0	821,9	794,4	756,0
Veneto	369,5	345,8	350,5	324,1	332,8	248,5	250,5	244,0	239,0	233,7	85,8	86,0	85,7	83,4	86,1	30,6	29,3	29,7	29,9	28,5	887,0	871,7	864,9	839,6	848,9
Friuli Venezia Giulia	352,5	345,0	306,8	310,8	330,4	245,3	248,1	257,4	246,5	237,2	102,4	102,9	95,2	91,6	94,2	29,3	30,8	32,1	28,9	23,4	891,2	890,7	852,3	842,0	841,1
Liguria	360,2	347,0	332,1	327,0	316,0	239,7	236,4	234,4	235,8	229,8	88,8	84,1	91,8	81,8	87,6	32,1	35,7	34,9	34,1	34,3	886,8	884,5	862,2	853,9	843,8
Emilia-Romagna	345,8	331,9	314,8	309,6	315,6	237,8	242,2	236,0	228,0	226,2	82,5	87,7	80,9	77,1	82,8	28,4	27,3	28,8	29,9	29,8	853,0	849,6	818,9	807,4	821,3
Toscana	361,8	348,2	343,2	320,3	320,1	235,7	237,6	229,0	223,1	222,4	90,8	91,9	83,3	93,5	91,0	30,4	29,2	32,2	30,1	32,7	877,1	866,7	843,4	824,9	829,9
Umbria	388,4	349,2	365,6	355,1	351,1	215,7	225,0	203,8	204,1	214,6	89,5	86,3	90,0	85,8	83,0	28,0	27,2	21,4	25,7	25,0	883,2	848,3	827,7	822,2	836,3
Marche	367,2	353,4	339,3	321,7	326,9	215,9	218,1	208,8	206,4	215,6	79,9	79,1	75,7	75,1	73,5	26,0	22,7	30,9	32,6	26,9	838,1	828,3	810,9	793,5	805,6
Lazio	369,2	348,5	339,4	346,6	328,5	229,8	227,8	232,7	240,3	228,7	72,7	75,4	73,5	77,4	80,3	33,2	35,6	31,8	36,0	36,5	850,7	835,6	820,8	854,3	829,7
Abruzzo	351,4	365,9	360,9	363,8	358,0	195,4	195,4	198,2	201,9	191,1	84,7	88,0	87,2	93,8	84,4	29,2	30,7	31,6	35,2	34,5	822,5	845,8	847,2	867,3	832,5
Molise	417,6	326,9	350,1	375,1	363,2	201,3	191,1	177,9	216,8	161,4	74,1	72,9	72,8	86,4	84,5	36,5	28,3	37,5	38,4	33,8	887,2	774,8	795,4	866,5	811,6
Campania	421,7	420,1	402,1	420,6	404,9	223,4	222,3	221,9	235,9	228,3	91,4	92,8	89,8	90,7	90,7	44,4	42,0	40,3	42,4	43,5	916,7	921,0	889,0	937,8	914,4
Puglia	341,6	328,8	327,8	325,6	319,6	228,6	212,8	217,5	221,8	219,5	96,2	106,3	92,6	96,5	94,5	37,6	39,6	38,0	39,9	42,7	864,3	845,2	826,1	840,5	838,5
Basilicata	365,4	366,7	330,5	358,6	365,8	198,3	201,5	192,9	191,6	197,5	84,1	93,8	93,9	92,3	83,5	31,1	32,7	44,3	41,2	41,4	823,0	841,8	801,2	841,5	827,8
Calabria	383,5	385,4	371,7	374,3	355,5	181,5	185,5	182,3	184,0	187,0	86,9	83,1	79,0	79,4	78,9	36,2	34,1	34,7	37,9	42,1	835,1	837,9	807,4	823,2	807,2
Sicilia	406,6	402,2	376,1	396,4	387,5	203,7	203,0	196,5	202,6	200,7	85,2	84,9	81,5	83,9	87,6	45,9	52,0	51,2	48,8	51,7	903,3	901,9	857,2	898,7	895,7
Sardegna	308,4	312,5	286,3	307,2	296,9	226,5	225,6	223,4	218,1	226,7	84,3	89,6	76,2	79,0	84,1	27,4	35,1	28,9	30,2	28,3	810,7	834,3	771,9	798,0	814,2
Italia	**369,2**	**356,9**	**343,9**	**338,9**	**335,2**	**233,5**	**232,2**	**228,9**	**228,3**	**225,3**	**87,4**	**89,6**	**85,4**	**85,8**	**87,5**	**32,0**	**32,6**	**32,5**	**33,1**	**33,5**	**878,8**	**870,6**	**845,1**	**847,3**	**844,6**

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

Fonte dei dati: Istat. "Indagine sui decessi e cause di morte". Anni vari.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 552

Tabella 11 - Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità nella popolazione di età 75 anni ed oltre per alcune e per il totale delle principali cause di morte e per regione. Femmine - Anni 2008-2012

Regioni	Malattie del sistema circolatorio					Tumori					Malattie del sistema respiratorio					Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche					Totale cause				
	2008	2009	2010	2011	2012	2008	2009	2010	2011	2012	2008	2009	2010	2011	2012	2008	2009	2010	2011	2012	2008	2009	2010	2011	2012
Piemonte	294,5	286,9	273,9	250,7	256,5	121,7	118,5	114,1	114,1	113,7	42,0	47,8	40,5	41,5	45,9	27,4	28,1	24,4	25,3	24,3	625,9	623,5	589,4	574,7	586,9
Valle d'Aosta	261,9	229,9	223,0	218,2	225,6	125,3	91,2	97,1	103,4	113,7	45,2	51,9	51,4	36,1	48,0	21,6	26,4	24,1	27,2	27,6	619,1	556,9	542,5	541,0	582,5
Lombardia	260,6	259,1	245,1	237,9	234,0	128,8	131,1	128,6	126,6	125,2	41,9	40,6	41,7	39,3	42,8	21,2	20,8	20,7	20,8	21,7	582,9	581,5	568,6	557,1	559,9
Bolzano-Bozen	277,5	240,8	243,0	244,7	263,6	120,5	127,0	117,8	99,6	115,6	38,7	44,1	38,8	37,5	38,5	16,4	12,7	9,7	7,0	9,6	567,5	538,9	531,4	524,0	551,8
Trento	270,8	259,1	239,6	219,3	216,0	118,7	111,8	119,8	112,5	108,6	37,4	35,7	36,9	33,3	41,1	18,8	21,3	18,9	16,3	18,3	547,7	523,9	525,8	495,8	501,7
Veneto	262,9	252,7	245,1	237,8	239,8	116,8	118,1	114,7	117,2	114,1	35,2	36,4	36,0	37,2	40,1	24,8	23,7	25,0	23,6	23,7	566,3	554,7	550,8	543,1	549,9
Friuli Venezia Giulia	270,1	258,3	253,1	231,9	228,5	127,4	126,4	128,0	124,9	128,8	42,3	43,4	41,6	44,7	47,8	27,1	22,4	21,6	21,9	20,9	590,8	570,3	564,6	543,6	547,0
Liguria	271,6	270,5	257,1	253,9	251,4	111,3	113,3	113,8	116,4	110,4	33,9	34,3	33,6	34,2	38,0	28,1	30,9	28,2	27,5	29,4	591,5	590,4	578,2	576,7	571,4
Emilia-Romagna	259,9	258,4	243,5	240,2	240,2	124,6	119,6	118,1	123,0	115,9	40,7	40,0	37,0	37,9	42,3	22,9	25,1	24,5	23,7	24,1	578,7	577,8	552,7	557,1	557,4
Toscana	278,8	273,0	260,2	249,9	244,0	110,4	114,2	111,1	109,8	109,5	36,8	37,1	35,3	37,0	41,6	27,0	27,2	27,4	26,2	28,8	592,9	586,7	567,6	563,1	569,9
Umbria	285,3	264,0	272,9	248,0	246,4	115,7	108,3	100,5	102,9	100,3	34,2	31,9	34,6	37,8	35,4	26,1	25,7	20,8	25,3	24,4	591,3	559,6	552,0	536,9	540,5
Marche	270,0	263,1	251,5	240,6	238,4	104,1	103,5	105,1	100,0	107,6	32,7	29,7	31,2	35,1	36,8	24,9	24,0	23,2	24,6	24,0	548,1	542,7	533,9	524,4	539,1
Lazio	298,6	288,6	273,3	280,6	273,9	116,9	114,0	112,0	115,5	114,9	34,4	39,6	36,7	37,7	39,0	32,2	32,0	30,7	34,5	31,0	603,6	597,1	578,4	596,6	596,9
Abruzzo	278,5	287,9	281,6	267,4	278,1	90,6	90,9	90,8	94,6	90,0	30,2	31,1	29,6	31,3	32,4	31,3	30,1	32,1	32,9	31,3	566,6	589,5	571,1	562,1	575,5
Molise	287,8	296,4	274,7	290,5	288,2	92,5	84,5	101,6	90,0	86,2	25,7	30,5	24,8	33,5	32,5	24,4	30,2	27,8	27,1	33,0	544,1	567,9	548,8	561,2	559,8
Campania	363,7	363,1	351,3	358,8	345,9	101,5	100,4	101,4	103,2	104,9	34,7	37,9	33,1	35,7	36,6	48,2	47,8	50,0	49,3	49,1	666,5	670,8	654,0	671,5	662,8
Puglia	290,4	286,8	272,0	276,1	275,6	101,6	99,8	102,9	101,4	100,7	37,5	40,7	36,6	39,4	38,4	43,8	43,8	40,5	45,4	45,1	609,3	610,5	589,6	601,5	604,3
Basilicata	309,7	305,7	285,4	281,5	295,5	88,9	88,0	97,8	95,9	84,2	37,6	39,0	37,2	34,9	39,3	37,6	39,6	41,0	42,9	38,8	587,9	588,7	578,7	577,6	584,5
Calabria	336,1	326,6	304,8	316,7	307,7	83,3	83,9	82,2	89,9	87,4	31,0	33,7	28,6	28,9	28,6	39,1	41,9	36,3	43,9	44,5	608,0	604,4	568,5	596,4	595,1
Sicilia	340,2	349,1	321,2	327,3	333,6	96,0	96,8	97,8	101,0	96,7	30,3	33,7	29,0	31,7	35,0	45,6	49,1	45,9	50,8	48,0	652,8	672,3	632,4	659,6	664,5
Sardegna	251,2	243,6	228,6	234,6	225,8	108,8	111,3	106,7	106,6	103,3	35,0	36,6	29,7	31,8	34,0	29,8	30,7	27,5	27,0	29,0	578,5	578,9	533,9	548,2	550,5
Italia	**288,0**	**283,6**	**270,0**	**265,1**	**263,7**	**113,4**	**112,9**	**111,7**	**112,4**	**110,8**	**37,0**	**38,6**	**36,2**	**37,2**	**39,8**	**30,4**	**30,8**	**29,7**	**30,7**	**30,6**	**599,9**	**597,9**	**578,6**	**579,3**	**583,3**

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

Fonte dei dati: Istat. "Indagine sui decessi e cause di morte". Anni vari.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 553

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 554

Assistenza ospedaliera

Ospedalizzazione

Significato. Il tasso di ospedalizzazione fornisce una misura sintetica sul ricorso al ricovero ospedaliero della popolazione oggetto di studio. Si calcola come rapporto fra 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 distintamente per le diverse modalità di ricovero, ossia sia per il Ricovero Ordinario che per quello diurno, comprensivo del Day Hospital (DH) medico e chirurgico, altrimenti detto Day Surgery. Pertanto, 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 trattata da un setting assistenziale all'altro. In questo modo, si ottengono anche indicazioni sulla struttura dell'offerta e sulle sue modificazioni.

Tasso di dimissioni ospedaliere*

$$\text{Numeratore} = \text{Dimissioni ospedaliere}$$

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 1.000$$

$$\text{Denominatore} = \text{Popolazione media residente}$$

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

Validità e limiti. L'indicatore è stato calcolato tenendo conto delle dimissioni da strutture pubbliche e private accreditate con il Servizio Sanitario Nazionale.
I reparti di dimissione considerati sono quelli per acuti, riabilitazione e lungodegenza. Sono state escluse le dimissioni dei neonati sani e, per garantire omogeneità tra numeratore e denominatore dell'indicatore, sono stati esclusi i ricoveri dei soggetti non residenti in Italia. Sono stati inclusi, invece, i ricoveri ripetuti di uno stesso soggetto perché l'indicatore intende esprimere l'entità della domanda di ricovero soddisfatta nel corso dell'anno.
L'indicatore misura la domanda di ospedalizzazione "soddisfatta" dalla rete ospedaliera presente sul territorio, senza distinguere le prestazioni appropriate da quelle meno appropriate, se erogate in regime di ricovero. La non appropriatezza delle prestazioni erogate in regime di ricovero può non essere esclusivamente espressione di malfunzionamento dell'ospedale, ma può essere dovuta ad una carente attenzione dei servizi sanitari territoriali verso le patologie croniche.
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. Qualche cautela va prestata nei confronti regionali dei tassi di ospedalizzazione in regime di DH: si rilevano, infatti, alcune diversità, da una regione all'altra, nella modalità di registrazione dei cicli e degli accessi all'ospedalizzazione in regime diurno. Le diversità rilevate possono anche essere dovute ad una diversa modalità di impiego delle strutture ambulatoriali.
Il fenomeno dell'ospedalizzazione, inoltre, risulta notevolmente correlato all'età del paziente. Pertanto, al fine di confrontare la propensione al ricovero nei diversi contesti regionali, è stato calcolato il tasso standardizzato. Con riferimento, quindi, alla popolazione media residente in Italia nel 2011, sono stati calcolati i tassi di ospedalizzazione regionali standardizzati, in cui risulta corretto l'effetto della diversa composizione per età delle popolazioni nelle singole regioni. Il dato del 2014 è messo a confronto con analoghe rilevazioni effettuate con riferimento ai dati 2009, 2010, 2011, 2012 e 2013.

Valore di riferimento/Benchmark. Nel corso del 2012, nell'ambito delle disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica, è stato fissato il nuovo limite del tasso di ospedalizzazione complessivo pari a 160 per 1.000 residenti di cui il 25% riferito a ricoveri diurni (articolo 15, comma 13, lettera c del DL n. 95/2012, convertito, con modificazioni, dalla Legge n. 135/2012).

Tabella 1 - Tasso (standardizzato per 1.000) di dimissioni ospedaliere, da istituti pubblici e privati accreditati, per regime di ricovero e per regione - Anni 2009-2014

Regioni	2009			2010			2011			2012			2013*			2014		
	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale
Piemonte	114,2	45,9	160,1	112,8	43,1	155,9	116,7	41,9	158,5	114,3	37,4	151,7	110,4	33,8	144,2	106,7	31,6	138,2
Valle d'Aosta	129,0	49,5	178,5	128,2	48,3	176,5	135,2	52,8	188,0	134,7	54,8	189,5	134,9	54,9	189,8	136,8	55,5	192,3
Lombardia	131,6	40,3	171,9	124,6	33,9	158,5	127,6	31,9	159,5	124,3	22,3	146,6	119,8	20,5	140,3	114,7	22,1	136,8
Bolzano-Bozen	140,9	49,5	190,4	136,2	47,4	183,6	142,8	42,6	185,4	139,1	38,9	178,0	136,8	35,8	172,5	135,2	33,8	168,9
Trento	118,5	58,8	177,4	115,5	60,9	176,5	118,5	63,4	181,9	116,1	60,8	176,8	113,9	52,7	166,6	112,5	51,4	163,8
Veneto	108,9	40,6	149,5	106,4	40,3	146,8	105,3	38,2	143,4	103,3	32,9	136,2	101,2	31,1	132,4	99,9	29,7	129,7
Friuli Venezia Giulia	109,0	38,3	147,2	107,1	38,0	145,1	112,2	37,2	149,4	111,7	37,5	149,1	109,9	34,0	143,9	105,3	31,7	136,9
Liguria	114,9	85,5	200,4	112,9	80,0	192,9	118,2	73,9	192,1	115,4	64,1	179,4	112,8	54,9	167,6	109,0	51,8	160,9
Emilia-Romagna	121,8	41,9	163,6	120,5	41,6	162,1	126,1	41,9	168,0	123,5	38,7	162,2	120,7	37,1	157,8	117,7	35,3	153,0
Toscana	108,1	41,3	149,4	108,7	39,3	148,0	111,3	37,8	149,2	107,4	35,4	142,8	103,1	34,4	137,5	101,2	33,7	134,9
Umbria	122,9	46,0	168,9	123,9	41,6	165,5	128,0	35,4	163,4	125,5	32,8	158,3	123,0	31,4	154,4	121,2	29,6	150,8
Marche	122,8	46,0	168,8	120,4	38,4	158,7	122,8	39,2	162,1	117,1	35,3	152,4	113,2	34,6	147,9	111,1	33,3	144,4
Lazio	125,9	63,7	189,6	121,1	60,7	181,8	121,2	56,9	178,1	120,0	57,4	177,4	115,4	54,9	170,4	109,7	49,4	159,0
Abruzzo	132,9	52,7	185,5	125,9	50,7	176,6	130,5	50,5	181,0	124,0	46,7	170,7	122,6	46,1	168,7	118,3	43,0	161,3
Molise	135,4	61,8	197,1	138,5	62,5	201,0	134,2	64,4	198,7	124,3	59,9	184,2	124,2	56,3	180,6	122,6	56,4	178,9
Campania	144,9	76,0	220,9	132,9	69,2	202,0	129,6	71,2	200,8	124,9	71,0	195,8	122,2	70,1	192,3	120,1	64,9	185,0
Puglia	154,8	39,0	193,8	151,5	60,5	212,0	147,8	56,4	204,2	138,2	42,3	180,5	133,6	35,3	168,9	127,5	31,4	159,0
Basilicata	117,9	66,2	184,1	114,5	65,2	179,7	118,7	56,4	175,1	112,8	42,6	155,4	110,8	36,2	147,0	109,5	35,0	144,5
Calabria	127,1	53,6	180,7	125,8	51,3	177,1	125,9	51,0	176,9	116,6	46,5	163,1	109,5	43,4	152,9	106,7	38,0	144,7
Sicilia	128,0	83,7	211,7	122,5	67,5	190,0	119,7	60,2	179,9	116,4	54,1	170,5	110,9	41,9	152,8	104,9	28,8	133,7
Sardegna	124,7	51,5	176,2	125,4	50,9	176,3	131,3	52,9	184,2	126,4	48,6	175,0	120,1	46,0	166,2	118,5	47,0	165,5
Italia	**126,4**	**53,0**	**179,4**	**122,2**	**50,2**	**172,4**	**123,5**	**48,2**	**171,7**	**119,7**	**43,0**	**162,8**	**115,9**	**39,6**	**155,5**	**112,1**	**36,6**	**148,7**

*La popolazione di riferimento è la popolazione residente al 1 gennaio 2013.
Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione italiana residente al Censimento del 2011.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 556

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 557

Ospedalizzazione per età e tipologia di attività

Significato. 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, 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 evidenziare il fenomeno ed eventuali differenze geografiche.

Tasso di dimissioni ospedaliere per età e tipologia di attività*

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Dimissioni ospedaliere per classi di età e tipologia di attività}^{1}}{\text{Popolazione media residente}} \times 1.000$$

*La formula del tasso standardizzato è riportata nel Capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati".
[1]Regime di Ricovero 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, dal 2013 al 2014, 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 per i quali 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 da attribuire ad un medesimo paziente, con riferimento ad un unico 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 regime diurno a quello ordinario e viceversa), devono essere compilate due distinte schede, una per ciascuna tipologia di attività erogata o regime di ricovero. L'indicatore include, inoltre, i ricoveri ripetuti di uno stesso soggetto relativi a differenti episodi di ricovero avuti nel corso dell'anno.

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 classi di età.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 558

Tabella 1 - Tasso (standardizzato e specifico per 1.000) di dimissioni ospedaliere in regime di Ricovero Ordinario per acuti per regione - Anni 2013, 2014

Regioni	2013*						2014					
	0-14	15-24	25-64	65-74	75+	Tassi std	0-14	15-24	25-64	65-74	75+	Tassi std
Piemonte	65,64	48,63	79,45	162,01	244,95	100,23	62,69	47,63	76,23	156,93	241,24	97,03
Valle d'Aosta	65,63	69,12	98,83	209,36	330,79	126,82	71,98	63,36	97,74	203,94	340,35	126,96
Lombardia	69,58	53,94	83,96	180,93	285,84	110,02	66,78	50,55	78,99	171,40	280,01	104,95
Bolzano-Bozen	56,50	55,91	89,51	216,55	397,68	126,76	57,29	54,91	88,87	206,77	396,67	125,29
Trento	46,61	43,84	74,28	170,68	309,50	101,83	43,74	43,80	72,74	171,87	303,56	100,08
Veneto	44,78	38,97	69,27	154,97	287,20	94,37	44,65	38,36	67,81	151,49	287,02	93,10
Friuli Venezia Giulia	45,42	44,78	76,83	174,27	317,01	104,32	43,16	43,53	73,24	165,76	304,99	99,76
Liguria	66,51	54,31	78,39	157,02	273,86	102,81	66,99	50,97	76,12	150,43	263,69	99,54
Emilia-Romagna	66,47	52,28	83,21	173,75	304,08	110,14	63,32	51,26	80,87	168,01	302,01	107,49
Toscana	55,36	46,24	73,96	159,66	285,23	99,45	52,56	44,90	71,91	157,03	284,94	97,49
Umbria	69,47	61,41	92,06	187,76	310,27	118,47	69,38	58,30	90,12	184,86	308,78	116,61
Marche	63,54	51,20	83,20	167,05	277,19	106,13	63,68	50,57	81,14	163,32	271,56	103,98
Lazio	75,73	50,15	83,46	172,20	277,07	108,41	73,28	45,77	77,53	164,02	270,52	102,82
Abruzzo	92,02	53,52	86,31	188,00	296,21	116,24	91,29	49,15	82,85	178,73	287,04	111,87
Molise	92,16	51,59	91,81	193,98	279,50	117,99	79,65	50,48	92,43	197,59	274,44	116,33
Campania	65,32	53,76	93,26	213,19	294,59	118,83	64,40	52,98	90,73	209,01	290,35	116,35
Puglia	95,32	59,84	97,17	208,55	314,79	127,40	92,53	56,83	93,24	201,99	307,04	123,05
Basilicata	67,17	41,15	81,21	178,40	265,71	104,54	65,07	40,66	79,79	173,39	270,50	103,39
Calabria	73,88	46,97	81,70	181,03	244,72	104,44	70,78	43,80	79,16	173,07	240,86	101,05
Sicilia	77,02	48,13	80,53	184,75	268,00	107,15	72,64	44,47	75,88	172,27	255,70	101,02
Sardegna	82,38	54,33	89,10	181,87	307,22	117,00	79,99	52,15	86,70	176,84	312,54	115,15
Italia	**68,74**	**50,87**	**83,15**	**178,42**	**285,06**	**108,81**	**66,48**	**48,55**	**79,75**	**171,84**	**280,25**	**105,20**

*La popolazione di riferimento è la popolazione residente al 1 gennaio 2013.
Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione italiana residente al Censimento del 2011.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2015.

Tabella 2 - Tasso (standardizzato e specifico per 1.000) di dimissioni ospedaliere in regime di Ricovero Ordinario per riabilitazione per regione - Anni 2013, 2014

Regioni	2013*					2014				
	0-44	45-64	65-74	75+	Tassi std	0-44	45-64	65-74	75+	Tassi std
Piemonte	1,46	6,87	18,61	24,98	7,19	1,43	6,75	17,93	24,20	6,98
Valle d'Aosta	0,93	5,91	20,71	26,74	7,05	1,02	5,48	21,42	34,81	7,88
Lombardia	1,36	6,91	22,86	36,97	8,83	1,36	6,72	22,43	37,34	8,77
Bolzano-Bozen	0,63	4,08	16,72	44,24	7,78	0,56	4,15	14,76	35,98	6,71
Trento	1,33	7,62	24,93	33,32	8,85	1,20	7,79	26,60	32,93	8,97
Veneto	0,66	3,73	13,52	17,39	4,59	0,65	3,66	13,53	18,21	4,65
Friuli-Venezia Giulia	0,73	2,81	7,28	7,74	2,72	0,69	2,91	7,45	7,84	2,75
Liguria	1,54	6,53	19,79	29,17	7,69	1,48	6,71	19,90	27,89	7,59
Emilia-Romagna	0,87	3,59	9,63	10,60	3,55	0,86	3,42	9,80	10,68	3,52
Toscana	0,45	2,02	6,35	9,77	2,47	0,44	2,06	6,32	9,84	2,48
Umbria	0,79	4,01	11,67	11,09	3,89	0,77	3,51	11,27	11,74	3,76
Marche	0,82	3,09	7,46	9,26	3,02	0,76	2,95	8,00	9,70	3,05
Lazio	0,64	3,80	14,23	27,11	5,68	0,60	3,74	13,89	25,87	5,48
Abruzzo	0,70	3,85	13,66	20,62	4,99	0,72	3,69	13,65	21,67	5,06
Molise	0,85	4,27	15,82	16,69	5,00	0,81	4,27	14,42	16,58	4,83
Campania	0,47	2,69	8,82	12,40	3,19	0,46	2,75	9,15	12,74	3,27
Puglia	1,68	6,13	15,43	18,22	6,06	0,87	3,48	11,96	15,76	4,29
Basilicata	0,73	3,34	11,59	16,52	4,22	0,73	3,65	10,42	16,18	4,15
Calabria	0,75	3,79	12,50	14,86	4,28	0,93	4,25	14,30	17,79	4,99
Sicilia	0,91	3,54	10,44	11,24	3,70	0,89	3,47	10,71	11,80	3,76
Sardegna	0,37	1,65	5,48	5,77	1,82	0,39	1,71	5,51	6,02	1,87
Italia	**0,94**	**4,46**	**14,03**	**19,99**	**5,25**	**0,87**	**4,23**	**13,75**	**19,95**	**5,12**

*La popolazione di riferimento è la popolazione residente al 1 gennaio 2013.
Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione italiana residente al Censimento del 2011.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 559

Tabella 3 - Tasso (standardizzato e specifico per 1.000) di dimissioni ospedaliere in regime di Ricovero Ordinario per lungodegenza per regione - Anni 2013, 2014

Regioni	2013*				2014			
	0-64	65-74	75+	Tassi std	0-64	65-74	75+	Tassi std
Piemonte	0,63	3,95	15,26	2,49	0,55	3,47	13,49	2,20
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,03	0,50	5,93	0,69	0,03	0,85	14,20	1,58
Lombardia	0,11	1,11	5,03	0,72	0,11	1,10	4,81	0,70
Bolzano-Bozen	0,50	5,02	21,91	3,19	0,53	5,90	29,57	4,10
Trento	0,45	5,53	25,17	3,54	0,43	5,06	27,69	3,74
Veneto	0,22	2,99	15,83	2,13	0,21	2,90	14,99	2,02
Friuli-Venezia Giulia	0,27	3,03	15,81	2,17	0,26	3,02	15,34	2,11
Liguria	0,62	2,54	8,58	1,65	0,49	1,95	6,69	1,29
Emilia-Romagna	0,85	10,55	46,53	6,60	0,83	9,57	44,62	6,28
Toscana	0,12	1,05	5,22	0,74	0,11	0,99	5,58	0,77
Umbria	0,09	0,77	1,84	0,34	0,08	0,75	3,81	0,53
Marche	0,63	6,00	26,79	3,90	0,59	5,73	27,08	3,87
Lazio	0,10	1,42	9,04	1,17	0,11	1,43	9,11	1,18
Abruzzo	0,28	2,15	9,99	1,48	0,23	2,12	10,28	1,47
Molise	0,29	2,09	10,33	1,52	0,24	2,34	10,04	1,48
Campania	0,85	2,18	4,20	1,33	0,87	2,63	5,79	1,56
Puglia	0,11	1,13	4,87	0,71	0,12	1,01	4,74	0,69
Basilicata	0,43	3,87	15,58	2,36	0,37	3,76	14,92	2,23
Calabria	0,25	2,68	8,53	1,36	0,18	2,09	8,18	1,21
Sicilia	0,11	1,21	4,72	0,71	0,10	1,25	5,01	0,73
Sardegna	0,18	1,63	7,23	1,06	0,21	1,75	8,01	1,18
Italia	**0,33**	**2,73**	**12,17**	**1,81**	**0,32**	**2,59**	**11,98**	**1,76**

*La popolazione di riferimento è la popolazione residente al 1 gennaio 2013.
Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione italiana residente al Censimento del 2011.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 560

Ricoveri ed accessi in Day Hospital, Day Surgery e One Day Surgery

Significato. Gli indicatori proposti si riferiscono all'attività di ricovero svolta nelle discipline per acuti in regime assistenziale diurno (Day Hospital-DH e Day Surgery-DS). Essi sono rappresentati dal numero di ricoveri e di accessi ai servizi ospedalieri diurni, numero medio di accessi per ricovero, ovvero durata media delle prestazioni erogate per cicli terapeutici diurni, e percentuale dei ricoveri di DS sul totale delle dimissioni in modalità diurna.
A tali indicatori si aggiunge un ulteriore indicatore rappresentato dalla percentuale di ricoveri in One Day Surgery, rispetto al totale delle dimissioni con DRG chirurgico con degenza ordinaria. La modalità di ricovero in One Day Surgery consiste, infatti, in un ricovero per intervento chirurgico con degenza breve, non superiore alla durata di 1 giorno.
Gli indicatori forniscono misure di appropriatezza dell'utilizzo della struttura ospedaliera per acuti evidenziando la prevalenza dei casi medici su quelli chirurgici in ricovero diurno e l'erogazione di prestazioni ospedaliere in One Day Surgery.

Numero medio di accessi in Day Hospital e Day Surgery

$$\frac{\text{Numeratore: Accessi in regime di Day Hospital e Day Surgery}}{\text{Denominatore: Dimissioni in Day Hospital e Day Surgery}}$$

Percentuale di ricoveri in Day Surgery

$$\frac{\text{Numeratore: Ricoveri con DRG chirurgico in regime di Day Surgery}}{\text{Denominatore: Dimissioni in Day Hospital e Day Surgery}} \times 100$$

Percentuale di ricoveri in One Day Surgery

$$\frac{\text{Numeratore: Ricoveri con DRG chirurgico di 0-1 giorni in regime di Ricovero Ordinario}}{\text{Denominatore: Dimissioni in regime di Ricovero Ordinario con DRG chirurgico}} \times 100$$

Validità e limiti. Nel calcolo del numero medio di accessi sono stati considerati i soli ricoveri ospedalieri per acuti in regime diurno per prestazioni di tipo medico (DH) e chirurgico (DS), effettuati presso tutti gli istituti di ricovero e cura, pubblici e privati accreditati, presenti sul territorio nazionale negli anni 2013 e 2014.
Per individuare i ricoveri di DS e One Day Surgery, si utilizza il sistema di classificazione DRG, considerando in particolare le dimissioni ospedaliere che hanno attribuito un DRG chirurgico. I ricoveri di One Day Surgery sono ulteriormente caratterizzati da 1 solo giorno di degenza in regime di Ricovero Ordinario e regolare dimissione del paziente al proprio domicilio.
Si ritiene necessario evidenziare che dal 1 gennaio 2009 è stata adottata una versione aggiornata del sistema di classificazione per la codifica delle diagnosi e procedure/interventi rilevati dalle Schede di Dimissione Ospedaliera. La classificazione adottata è la ICD-9-CM versione 2007 e, conseguentemente, è stata anche adottata la corrispondente classificazione DRG 24ª versione. Per i raffronti temporali è necessario prestare le opportune cautele.
Inoltre, come già specificato, esistono differenti modalità di registrazione dei ricoveri in DH da parte delle regioni. Anche per questo aspetto occorre cautela nella lettura dei dati per i confronti regionali.
Infatti, si è più volte constatato che in talune regioni vengono seguite correttamente le indicazioni fornite a livello nazionale per la registrazione dei ricoveri diurni, cioè a completamento di un ciclo programmato di accessi. In altri casi, invece, si effettua una dimissione amministrativa forzata, ad esempio trimestrale o mensile, che comporta un incremento fittizio del numero di dimissioni in ricovero diurno.
Infine, le differenze regionali relative alle dimissioni di One Day Surgery possono essere dovute ad una diversa organizzazione dell'offerta dei servizi. Per una migliore comprensione delle diciture riportate nelle tabelle, con DH si intendono le dimissioni per acuti con DRG medico o non classificato, mentre con DS le dimissioni con DRG chirurgico. Nello specifico, la One Day Surgery riguarda i casi di dimissione in regime ordinario, con durata della degenza non superiore ad 1 giorno e con DRG associato di tipo chirurgico.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 561

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono riferimenti normativi specifici. Il confronto dei dati regionali con quello nazionale consente di evidenziare le differenti modalità di registrazione degli accessi in regime diurno nelle regioni.

Tabella 1 - Dimissioni, accessi e numero medio di accessi (valori assoluti) in Day Hospital e Day Surgery e per regione - Anni 2013, 2014

Regioni	2013						2014					
	Day Hospital			Day Surgery			Day Hospital			Day Surgery		
	Dimessi	Accessi	N medio accessi	Dimessi	Accessi	N medio accessi	Dimessi	Accessi	N medio accessi	Dimessi	Accessi	N medio accessi
Piemonte	63.226	248.554	3.93	82.030	85.047	1.04	59.126	220.961	3.74	76.153	78.762	1.03
Valle d'Aosta	2.973	14.944	5.03	3.998	4.124	1.03	3.065	14.396	4.70	4.035	4.157	1.03
Lombardia	69.059	142.343	2.06	137.492	138.849	1.01	65.879	131.623	2.00	162.429	165.731	1.02
Bolzano-Bozen	6.102	21.394	3.51	12.379	13.961	1.13	5.809	19.268	3.32	11.777	13.450	1.14
Trento	7.068	39.902	5.65	17.765	22.849	1.29	6.777	38.574	5.69	17.482	23.845	1.36
Veneto	33.916	86.541	2.55	114.695	170.518	1.49	32.025	75.464	2.36	112.599	161.351	1.43
Friuli Venezia Giulia	18.669	116.962	6.27	29.097	49.919	1.72	17.180	112.443	6.54	26.836	43.216	1.61
Liguria	48.973	233.943	4.78	43.903	74.850	1.70	46.582	235.128	5.05	42.775	73.582	1.72
Emilia-Romagna	81.654	707.971	8.67	90.967	132.531	1.46	74.177	649.356	8.75	90.263	126.341	1.40
Toscana	65.448	313.952	4.80	69.103	74.906	1.08	63.822	298.215	4.67	69.932	73.865	1.06
Umbria	11.705	58.645	5.01	14.898	15.998	1.07	9.821	57.660	5.87	14.704	15.898	1.08
Marche	24.851	134.828	5.43	28.871	30.083	1.04	24.618	136.019	5.53	26.200	27.261	1.04
Lazio	206.465	628.096	3.04	110.467	249.455	2.26	189.915	588.466	3.10	105.422	234.042	2.22
Abruzzo	26.190	142.701	5.45	30.738	39.506	1.29	24.225	134.339	5.55	30.097	37.244	1.24
Molise	9.447	33.017	3.49	9.219	13.741	1.49	9.162	32.065	3.50	9.419	13.909	1.48
Campania	201.574	695.322	3.45	174.038	424.559	2.44	182.058	655.656	3.60	167.410	399.503	2.39
Puglia	78.909	232.853	2.95	52.496	73.540	1.40	69.669	231.730	3.33	47.356	68.143	1.44
Basilicata	9.450	44.025	4.66	8.957	13.515	1.51	9.379	44.954	4.79	8.529	13.033	1.53
Calabria	45.349	193.279	4.26	25.752	37.028	1.44	38.793	169.850	4.38	23.321	32.262	1.38
Sicilia	91.888	349.924	3.81	106.602	184.968	1.74	51.601	215.449	4.18	82.943	146.767	1.77
Sardegna	35.116	157.817	4.49	36.951	42.384	1.15	33.811	165.189	4.89	40.217	45.944	1.14
Italia	**1.138.032**	**4.597.013**	**4.04**	**1.200.418**	**1.892.331**	**1.58**	**1.017.494**	**4.226.805**	**4.15**	**1.169.899**	**1.798.306**	**1.54**

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2015.

Tabella 2 - Ricoveri (valori percentuali) in Day Surgery e One Day Surgery e per regione - Anni 2013, 2014

Regioni	2013		2014	
	Day Surgery	One Day Surgery	Day Surgery	One Day Surgery
Piemonte	56.47	32.93	56.29	33.93
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	57.35	22.07	56.83	21.45
Lombardia	66.57	24.21	71.14	21.27
Bolzano-Bozen	66.98	5.94	66.97	5.94
Trento	71.54	8.31	72.06	9.17
Veneto	77.18	13.20	77.86	13.35
Friuli Venezia Giulia	60.92	24.89	60.97	25.42
Liguria	47.27	7.08	47.87	8.56
Emilia-Romagna	52.70	26.41	54.89	26.10
Toscana	51.36	25.25	52.28	25.51
Umbria	56.00	28.86	59.96	28.63
Marche	53.74	27.45	51.56	27.02
Lazio	34.86	8.33	35.70	9.21
Abruzzo	53.99	9.25	55.40	9.68
Molise	49.39	5.90	50.69	5.75
Campania	46.33	9.82	47.90	11.01
Puglia	39.95	15.58	40.47	15.20
Basilicata	48.66	13.40	47.63	14.98
Calabria	36.22	7.47	37.55	7.86
Sicilia	53.71	3.56	61.65	3.28
Sardegna	51.27	12.50	54.33	11.58
Italia	**51.33**	**18.27**	**53.48**	**17.95**

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 562

Ospedalizzazione per DRG medici e chirurgici

Significato. L'indicatore illustrato confronta i tassi di dimissione (TD) per DRG medico e chirurgico, sia per il regime di degenza ordinaria che per quello diurno, con lo scopo di valutare, nell'ambito di ogni regione, il contributo fornito da ciascuna componente al TD complessivo.
In questo contesto, viene analizzata anche la percentuale di ricoveri con DRG chirurgico sul totale dei ricoveri. L'indicatore è inserito nel set di indicatori di appropriatezza di cui all'allegato 2 del Patto per la Salute 2010-2012 del dicembre 2009. La variabilità regionale del TD generale si riflette, naturalmente, anche sui TD per DRG medici e chirurgici. La variabilità geografica fornisce una rappresentazione abbastanza efficace delle politiche attuate dalle diverse regioni in termini di dimensionamento dell'offerta ospedaliera, di contrasto dei ricoveri inappropriati, di organizzazione dei servizi di Pronto Soccorso, di diagnosi strumentale e di decentramento dell'assistenza verso setting assistenziali extra degenza ospedaliera o verso i servizi distrettuali.
Le differenze dei TD medici sono, in massima parte, spiegabili dalle variabili legate alla struttura dell'offerta ed alle politiche organizzative di governo della domanda. Anche il TD chirurgico è correlato al dimensionamento dell'offerta, ma a tale riguardo è importante considerare anche altri fattori che possono influenzare caratteristiche e volumi del servizio reso in termini di accesso ed erogazione delle prestazioni chirurgiche, in particolare quando si evidenziano situazioni di sovra o sotto utilizzo delle stesse (ad esempio, consenso non univoco dei professionisti riguardo le indicazioni all'intervento, caratteristiche dei setting assistenziali proposti, livello di informazione dei pazienti etc.).

Tasso di dimissioni ospedaliere per DRG medici e chirurgici*

$$\frac{\text{Numeratore: Dimissioni ospedaliere per DRG medici e chirurgici}}{\text{Denominatore: Popolazione media residente}} \times 1.000$$

Percentuale di DRG chirurgici sul totale dei dimessi

$$\frac{\text{Numeratore: Dimissioni ospedaliere per DRG chirurgici}}{\text{Denominatore: Dimissioni ospedaliere per DRG medici e chirurgici}} \times 100$$

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

Validità e limiti. Nel calcolo del tasso di ospedalizzazione sono stati considerati i soli ricoveri ospedalieri per acuti escludendo i ricoveri per lungodegenza e riabilitazione. Quando si confrontano singoli DRG o casistiche omogenee riferite alla medesima disciplina ed a popolazioni confrontabili per caratteristiche demografiche ed epidemiologiche, il TD esprime la domanda soddisfatta. Quando si confrontano dati relativi al complesso della casistica trattata in un determinato contesto geografico, invece, intervengono anche dei fattori confondenti per cui deve essere posta la massima attenzione alla possibile variabilità determinata da differenze demografiche ed epidemiologiche esistenti nelle diverse realtà. Per evitare di sottovalutare tali aspetti ed attenuare, almeno in parte, il fattore di confondimento dovuto alla diversa composizione per età della popolazione, i TD sono stati standardizzati per età con riferimento alla popolazione media residente in Italia nel 2011. Peraltro, qualche cautela va prestata nei confronti regionali dei tassi di ospedalizzazione in regime di Day Hospital medico, in quanto alcune regioni hanno adottato proprie modalità di registrazione dei cicli e degli accessi effettuati in regime diurno. Per i DRG chirurgici occorre tenere conto del fatto che alcune regioni, soprattutto del Centro e del Nord, hanno da tempo attivato percorsi ambulatoriali extra degenza per l'esecuzione di interventi chirurgici di bassa complessità ed alta incidenza (ad esempio, decompressione tunnel carpale, interventi sul cristallino etc.).

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono riferimenti normativi per i tassi di ospedalizzazione dei ricoveri di tipo medico o chirurgico. L'allegato 2 del Patto per la Salute 2010-2012 prevede, per l'indicatore "Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico sul totale dei ricoveri", uno standard pari al valore medio delle regioni che garantiscano l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza con adeguati standard di appropriatezza, di efficacia e di efficienza.
In questa sede riteniamo che il confronto dei tassi regionali con il valore nazionale consenta di eviden-

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 563

ziare la diversa propensione al ricovero ospedaliero per le due tipologie considerate. È opportuno, peraltro, precisare che, per i ricoveri di tipo medico, i TD più bassi possono fornire una misura abbastanza significativa delle reali possibilità di contenere l'ospedalizzazione e contrastare l'inappropriatezza dei ricoveri. Al contrario, per i DRG chirurgici, gli scostamenti dal valore nazionale, sia in senso positivo che negativo, consentono solo una descrizione del fenomeno ed, in assenza di ulteriori e più approfondite indagini, non permettono di trarre conclusioni certe riguardo all'appropriatezza dell'offerta ed al governo della domanda.

Tabella 1 - Tasso (standardizzato per 1.000) di dimissioni ospedaliere per DRG medici e chirurgici e dimissioni ospedaliere (valori percentuali) per DRG chirurgici per regime di ricovero e per regione - Anni 2012-2014

Regioni	2012									2013*									2014								
	DRG Medici			DRG Chirurgici			% DRG Chirurgici			DRG Medici			DRG Chirurgici			% DRG Chirurgici			DRG Medici			DRG Chirurgici			% DRG Chirurgici		
	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale
Piemonte	53,2	16,2	69,4	51,3	20,4	71,7	55,1	53,8	54,8	51,1	14,4	65,5	49,5	18,7	68,2	48,9	56,1	50,7	49,4	13,4	62,9	47,9	17,6	65,5	48,9	56,4	50,7
Valle d'Aosta	71,7	25,1	96,7	56,2	29,4	85,5	50,8	49,0	50,2	70,7	24,6	95,3	56,4	29,7	86,1	44,3	54,7	47,4	72,0	24,7	96,8	55,1	30,1	85,1	43,2	55,0	46,7
Lombardia	63,1	8,4	71,5	51,3	13,7	65,0	50,4	52,1	50,7	59,7	7,0	66,7	50,5	13,3	63,8	45,9	65,6	48,9	57,8	6,6	64,5	47,2	15,3	62,5	45,0	69,9	49,2
Bolzano-Bozen	84,1	13,9	98,1	44,2	24,5	68,7	40,4	62,4	46,6	81,7	11,8	93,6	44,1	23,5	67,6	35,5	66,9	42,6	81,4	11,2	92,8	42,8	22,2	64,9	34,8	66,7	41,7
Trento	64,1	16,1	80,3	39,4	42,4	81,8	44,6	69,1	54,8	61,9	14,6	76,5	39,6	36,0	75,6	39,1	71,2	49,9	60,5	13,9	74,5	38,9	35,5	74,3	39,0	71,7	49,9
Veneto	57,6	7,9	65,5	39,0	23,8	62,8	47,0	73,1	55,5	56,1	7,1	63,2	38,4	23,1	61,5	40,7	76,5	49,4	55,2	6,6	61,9	38,0	22,4	60,3	40,8	77,2	49,4
Friuli Venezia Giulia	60,6	13,6	74,2	46,2	23,3	69,5	52,7	59,3	54,8	59,2	12,8	71,9	45,7	20,8	66,5	43,0	61,7	47,4	56,4	11,7	68,2	43,8	19,6	63,4	43,0	62,4	47,5
Liguria	66,5	32,7	99,2	41,0	30,6	71,6	41,0	49,6	44,6	62,6	26,3	88,9	40,5	27,8	68,4	38,5	50,7	42,5	60,2	24,6	84,9	39,6	26,6	66,2	38,9	51,2	42,8
Emilia-Romagna	65,3	18,2	83,4	48,2	19,4	67,7	51,0	50,0	50,7	63,0	17,0	80,0	47,6	19,1	66,6	42,3	52,5	44,8	61,2	15,3	76,6	46,6	19,0	65,6	42,5	54,9	45,4
Toscana	58,7	16,6	75,3	45,0	18,3	63,3	51,7	48,3	50,6	56,1	15,8	71,9	43,7	18,1	61,9	43,2	53,3	45,7	54,8	15,3	70,2	43,0	18,1	61,1	43,3	54,2	46,0
Umbria	69,5	16,4	85,9	51,8	15,4	67,2	48,4	41,4	46,8	67,8	14,6	82,4	50,9	16,0	66,9	42,1	52,1	44,1	66,5	13,0	79,6	50,3	15,9	66,2	42,2	54,7	44,6
Marche	61,6	17,2	78,8	50,1	17,8	67,9	52,0	46,0	50,3	56,6	16,6	73,2	49,6	17,7	67,4	46,0	51,6	47,4	55,2	16,2	71,5	48,8	16,9	65,7	46,1	50,8	47,2
Lazio	66,3	35,3	101,6	46,9	20,4	67,2	43,2	33,1	39,0	63,0	33,5	96,6	45,4	20,0	65,4	41,9	37,4	40,4	59,6	29,8	89,5	43,1	18,6	61,7	41,9	38,5	40,8
Abruzzo	71,3	22,5	93,8	46,3	24,0	70,3	42,5	46,2	43,7	69,5	21,8	91,3	46,6	24,1	70,7	39,7	52,5	43,3	66,4	20,0	86,5	45,2	22,9	68,0	40,0	53,4	43,6
Molise	74,1	33,3	107,4	44,1	25,8	69,9	39,9	35,3	38,2	72,3	30,6	102,9	45,3	24,9	70,2	37,9	45,4	40,3	70,2	29,4	99,7	45,8	26,1	71,9	38,8	47,5	41,6
Campania	74,7	38,9	113,6	45,8	31,1	76,8	37,9	37,2	37,6	71,9	37,4	109,2	45,8	31,9	77,7	39,7	45,6	41,9	69,4	33,7	103,3	45,7	30,4	76,1	40,4	47,0	42,8
Puglia	81,3	23,2	104,5	49,9	18,5	68,4	39,1	35,9	38,3	77,2	20,8	98,0	49,6	13,9	63,5	39,4	40,1	39,5	74,5	18,3	92,9	47,9	12,6	60,5	39,3	40,8	39,6
Basilicata	62,8	24,8	87,6	43,2	16,6	59,8	44,6	34,6	41,3	60,5	18,0	78,6	43,7	17,3	61,0	41,6	49,0	43,4	59,9	17,7	77,7	43,1	16,5	59,6	41,4	48,4	43,1
Calabria	72,2	30,6	102,7	39,3	15,4	54,7	37,2	31,6	35,3	65,3	27,3	92,6	38,5	15,6	54,0	37,1	36,5	36,9	62,0	23,3	85,4	38,4	14,2	52,5	38,1	37,9	38,1
Sicilia	70,0	29,3	99,3	42,2	24,0	66,1	38,2	42,3	39,8	65,7	19,3	84,9	40,9	21,7	62,6	38,5	53,1	42,6	61,5	11,2	72,8	38,8	16,9	55,8	38,8	60,4	43,6
Sardegna	80,4	23,6	104,0	43,0	24,5	67,5	38,0	44,2	39,9	76,1	22,2	98,4	41,0	23,2	64,3	35,2	51,1	39,7	75,6	21,3	97,0	39,7	25,2	64,9	34,5	54,2	40,2
Italia	**66,2**	**21,3**	**87,5**	**46,5**	**20,9**	**67,4**	**45,1**	**44,6**	**45,0**	**63,1**	**18,9**	**82,0**	**45,7**	**20,0**	**65,6**	**41,9**	**51,3**	**44,4**	**60,9**	**16,8**	**77,8**	**44,2**	**19,3**	**63,5**	**41,9**	**53,5**	**44,9**

*La popolazione di riferimento è la popolazione residente al 1 gennaio 2013.

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione italiana residente al Censimento del 2011.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 564

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 565

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 indicatore rispetto al case-mix. La degenza media regionale standardizzata per case-mix rappresenta il valore teorico-atteso che si osserverebbe della degenza media se ogni regione presentasse una casistica di ricoveri ospedalieri della medesima complessità di quella dello standard di riferimento. Tale standard di riferimento è la composizione per DRG dei dimessi dell'intera casistica nazionale. 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*

$$\text{Degenza media} = \frac{\text{Giornate di degenza erogate in Ricovero Ordinario}}{\text{Dimissioni totali in Ricovero Ordinario}}$$

*La formula della standardizzazione 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.
La lettura della degenza media grezza e standardizzata, però, non è sufficiente a descrivere l'efficienza ospedaliera.

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono riferimenti normativi aggiornati sulla degenza media. Si è osservato, nel tempo, una progressiva tendenza alla riduzione della durata della degenza ospedaliera per effetto sia dell'introduzione del finanziamento prospettico delle prestazioni ospedaliere che per le politiche sanitarie in materia di appropriatezza.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 566

Tabella 1 - Degenza media (grezza e standardizzata per case-mix) per genere e per regione - Anni 2012-2014

Regioni	Maschi						Femmine						Totale					
	2012		2013		2014		2012		2013		2014		2012		2013		2014	
	Grezza	Std	Grezza	Std	Grezza	Std	Grezza	Std	Grezza	Std	Grezza	Std	Grezza	Std	Grezza	Std	Grezza	Std
Piemonte	7,1	7,3	7,0	7,2	7,0	7,3	6,7	6,9	6,7	6,8	6,7	6,8	6,9	7,0	6,9	7,0	6,8	7,1
Valle d'Aosta	8,1	7,4	7,5	7,3	7,1	6,9	7,3	7,2	7,1	7,2	6,5	6,4	7,7	7,4	7,3	7,2	6,8	6,8
Lombardia	7,0	7,4	7,0	7,4	7,2	7,5	6,6	6,9	6,5	6,9	6,6	6,9	6,8	7,2	6,7	7,2	6,9	7,2
Bolzano-Bozen	6,9	7,0	6,9	7,0	6,9	7,0	6,8	6,8	6,7	6,7	6,6	6,6	6,8	7,0	6,8	6,8	6,8	6,8
Trento	8,0	7,5	8,2	7,6	7,9	7,5	7,3	7,0	7,2	7,0	7,1	6,9	7,6	7,3	7,7	7,3	7,4	7,2
Veneto	8,7	8,3	8,6	8,2	8,6	8,3	7,8	7,5	7,7	7,5	7,8	7,5	8,2	7,9	8,1	7,9	8,2	7,9
Friuli Venezia Giulia	7,5	7,4	7,5	7,5	7,4	7,4	7,0	7,0	7,1	7,1	7,0	6,9	7,3	7,2	7,3	7,3	7,2	7,2
Liguria	8,4	7,6	8,3	7,5	8,4	7,6	7,7	6,9	7,5	6,8	7,6	6,9	8,0	7,2	7,9	7,2	7,9	7,2
Emilia-Romagna	6,5	6,6	6,5	6,6	6,5	6,7	6,1	6,1	6,1	6,1	6,0	6,1	6,3	6,3	6,3	6,3	6,3	6,4
Toscana	6,6	6,3	6,6	6,3	6,6	6,3	6,3	6,0	6,2	5,9	6,2	5,8	6,4	6,1	6,4	6,1	6,4	6,1
Umbria	6,2	6,6	6,5	6,9	6,5	6,9	5,9	6,1	5,9	6,2	6,0	6,3	6,0	6,3	6,2	6,5	6,2	6,6
Marche	7,4	7,4	7,3	7,3	7,2	7,3	6,9	6,8	6,8	6,9	6,7	6,8	7,1	7,1	7,1	7,1	7,0	7,0
Lazio	7,8	7,8	7,8	7,7	7,9	7,7	6,9	7,0	6,8	6,9	6,8	6,9	7,3	7,4	7,3	7,3	7,3	7,3
Abruzzo	7,4	7,4	7,3	7,3	7,4	7,3	6,9	6,8	6,9	6,7	6,9	6,7	7,1	7,0	7,1	7,0	7,1	7,0
Molise	7,2	7,6	7,1	7,5	7,2	7,7	6,8	6,8	6,7	6,8	6,8	6,8	7,0	7,2	6,9	7,2	7,0	7,3
Campania	6,2	6,7	6,3	6,9	6,2	6,9	5,7	6,2	5,7	6,2	5,7	6,3	6,0	6,5	6,0	6,5	5,9	6,6
Puglia	6,6	7,0	6,6	7,0	6,7	7,0	6,2	6,6	6,2	6,6	6,2	6,5	6,4	6,7	6,4	6,8	6,4	6,8
Basilicata	7,2	7,2	7,1	7,0	7,0	7,2	6,6	6,4	6,7	6,6	6,6	6,6	6,8	6,8	6,9	6,8	6,8	6,9
Calabria	6,9	7,2	6,9	7,2	7,0	7,1	6,4	6,6	6,3	6,5	6,3	6,5	6,6	6,9	6,6	6,8	6,6	6,8
Sicilia	6,8	6,8	6,9	6,8	7,2	7,1	6,4	6,3	6,4	6,3	6,5	6,5	6,6	6,5	6,7	6,6	6,8	6,7
Sardegna	6,9	7,3	6,8	7,2	6,9	7,2	6,6	6,8	6,5	6,7	6,5	6,7	6,8	7,0	6,7	7,0	6,7	7,0
Italia	**7,1**	**7,1**	**7,1**	**7,1**	**7,1**	**7,1**	**6,6**	**6,6**	**6,5**	**6,5**	**6,6**	**6,6**	**6,8**	**6,8**	**6,8**	**6,8**	**6,8**	**6,8**

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 567

Degenza media preoperatoria per le procedure chirurgiche

Significato. L'indicatore Degenza Media Preoperatoria (DMPO) è compresa nel set di indicatori di appropriatezza presi come riferimento dal Patto per la Salute 2010-2012.
In generale, il periodo di tempo trascorso in ospedale prima di eseguire un intervento chirurgico in regime di Ricovero Ordinario (RO) è utilizzato, il più delle volte, per effettuare accertamenti diagnostici o altre attività terapeutiche ed assistenziali propedeutiche all'intervento stesso. 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 di degenza attraverso l'adozione di adeguati modelli organizzativi come, ad esempio, percorsi diagnostici preferenziali e sale operatorie e/o sedute chirurgiche 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, anche in urgenza, 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 extraospedalieri 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*

Numeratore	Giornate di degenza media preoperatoria per DRG chirurgici
Denominatore	Dimissioni con DRG chirurgici

*La formula della standardizzazione per case-mix è riportata nel Capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati".

Validità e limiti. L'indicatore non è influenzato da fattori confondenti quando si confrontano singoli DRG o casistiche omogenee riferite alla medesima disciplina chirurgica. Quando si confrontano casistiche regionali che, verosimilmente, comprendono tutti i DRG chirurgici, deve essere posta la massima attenzione alla variabilità determinata dal diverso case-mix trattato dalle realtà considerate. Pertanto, per rendere quanto più possibile significativo il confronto dei dati rilevati nelle singole regioni, la DMPO degli anni 2007 e 2014, è stata standardizzata per il case-mix trattato in ciascuna struttura indagata.
Per la costruzione dell'indicatore sono state considerate tutte le procedure chirurgiche principali eseguite, ad eccezione di quelle relative al Capitolo 16 "Miscellanea di procedure diagnostiche e terapeutiche" della classificazione ICD-9-CM.

Valore di riferimento/Benchmark. L'allegato 2 del Patto per la Salute 2010-2012 prevede come benchmark il valore medio registrato nelle regioni che garantiscano l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza con adeguati standard di appropriatezza, di efficacia e di efficienza.
In questa sede riteniamo che il valore nazionale possa essere assunto come riferimento per il confronto delle diverse performance. Nello specifico, i valori più bassi di DMPO rispetto al dato nazionale forniscono una misura rappresentativa delle reali possibilità di miglioramento della gestione del percorso assistenziale preoperatorio messe in atto, rispetto a valori di DMPO più elevati.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 568

Tabella 1 - Degenza media preoperatoria (standardizzata per case-mix) in regime di Ricovero Ordinario per acuti e per tutte le procedure principali eseguite per regione - Anni 2007-2014

Regioni	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Piemonte	1,88	1,89	1,66	1,61	1,58	1,50	1,46	1,40
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	1,16	1,38	1,61	1,42	1,40	1,26	1,32	1,31
Lombardia	1,75	1,76	1,73	1,73	1,72	1,69	1,66	1,67
Bolzano-Bozen	1,59	1,61	1,61	1,57	1,63	1,52	1,53	1,47
Trento	1,90	1,98	1,81	1,76	1,72	1,63	1,60	1,47
Veneto	1,81	1,84	1,79	1,78	1,78	1,73	1,71	1,68
Friuli Venezia Giulia	1,56	1,57	1,78	1,63	1,71	1,64	1,84	1,80
Liguria	2,09	2,13	1,98	1,99	1,99	2,06	2,02	2,01
Emilia-Romagna	1,63	1,67	1,63	1,27	1,23	1,22	1,21	1,22
Toscana	1,79	1,71	1,45	1,41	1,41	1,37	1,38	1,35
Umbria	1,86	1,88	1,71	1,64	1,75	1,78	1,71	1,72
Marche	1,52	1,51	1,44	1,44	1,46	1,50	1,49	1,52
Lazio	2,82	2,65	2,48	2,47	2,43	2,32	2,23	2,17
Abruzzo	1,90	1,95	1,93	1,88	1,95	1,94	1,93	1,92
Molise	2,58	2,56	2,47	2,34	2,36	2,47	2,45	2,46
Campania	2,57	2,53	2,44	2,44	2,36	2,36	2,34	2,35
Puglia	2,38	2,31	2,34	2,37	2,36	2,30	2,24	2,12
Basilicata	2,34	2,38	2,24	2,25	2,28	2,13	2,05	2,09
Calabria	2,65	2,56	2,39	2,44	2,32	2,24	2,17	2,08
Sicilia	2,18	2,13	2,11	2,11	2,06	1,96	1,96	2,00
Sardegna	2,32	2,25	2,23	2,27	2,17	2,06	2,00	1,99
Italia	**1,99**	**1,97**	**1,88**	**1,88**	**1,85**	**1,81**	**1,78**	**1,76**

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2015.

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 569

Autori

Popolazione

Dott.ssa Ginevra Di Giorgio, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Dott.ssa Francesca Rinesi, Istituto Nazionale di Statistica, Roma

Sopravvivenza e mortalità per causa

Dott. Gennaro Di Fraia, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Dott.ssa Luisa Frova, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Dott. Enrico Grande, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Dott. Daniele Spizzichino, Istituto Nazionale di Statistica, Roma

Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione

Dott.ssa Emanuela Bologna, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Dott. Mauro Bucciarelli, OKkio alla SALUTE 2014, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Marta Buoncristiano, OKkio alla SALUTE 2014, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Elisabetta Del Bufalo, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Dott.ssa Lucilla Di Pasquale, Salute della popolazione e suoi determinanti, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott. Gianluigi Ferrante, Centro Nazionale di Epidemiologia Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Daniela Galeone, OKkio alla SALUTE 2014, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Lucia Galluzzo, Salute della popolazione e suoi determinanti, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Claudia Gandin, Salute della popolazione e suoi determinanti, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Silvia Ghirini, Salute della popolazione e suoi determinanti, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Livia Giordano, Centro di riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte, Torino
Dott.ssa Laura Iannucci, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Dott.ssa Laura Lauria, OKkio alla SALUTE 2014, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott. Ettore Mancini, Centro di riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte, Torino
Dott.ssa Marta Marino, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott.ssa Sonia Martire, Salute della popolazione e suoi determinanti, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Maria Masocco, Centro Nazionale di Epidemiologia Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Valentina Minardi, Centro Nazionale di Epidemiologia Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Paola Nardone, OKkio alla SALUTE 2014, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott. Sante Orsini, Istituto Nazionale di Statistica, 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. Antonio Ponti, Centro di riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte, Torino
Dott.ssa Valentina Possenti, Centro Nazionale di Epidemiologia Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Valeria Qualiano, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Dott.ssa Elisa Quarchioni, Centro Nazionale di Epidemiologia Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott. Guglielmo Ronco, Centro di riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte, Torino
Dott.ssa Tiziana Sabetta, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott.ssa Stefania Salmaso, Centro Nazionale di Epidemiologia Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott. Emanuele Scafato, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott. Riccardo Scipione, Osservatorio Nazionale

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 570

Alcol, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Prof. Nereo Segnan, Centro di riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte, Torino
Dott. Carlo Senore, Centro di riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte, Torino
Dott.ssa Angela Spinelli, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Aida Turrini, Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione, Roma

Incidenti

Dott.ssa Giordana Baldassare, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Dott.ssa Adelina Brusco, Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro, Roma
Dott.ssa Silvia Bruzzone, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Prof.ssa Flavia Carle, Direzione generale della programmazione sanitaria, Ministero della Salute, Roma - Centro di Epidemiologia, Biostatistica e Informatica medica, Università Politecnica delle Marche, Ancona
Ing. Pietro Granella, Direzione generale della programmazione sanitaria, Ministero della Salute, Roma
Dott.ssa Alice Mannocci, Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, "Sapienza" Università di Roma - Istituto di Sanità Pubblica, Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott.ssa Nadia Mignolli, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Dott. Sante Orsini, Istituto Nazionale di Statistica, Roma

Ambiente

Prof. Antonio Azara, Istituto di Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Sassari
Dott.ssa Alice Borghini, Istituto di Sanità Pubblica, Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Prof. Umberto Moscato, Istituto di Sanità Pubblica, Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Malattie cardio e cerebrovascolari

Dott. Luca Dematté, CINECA Consorzio Interuniversitario, Bologna
Dott.ssa Chiara Donfrancesco, Epidemiologia delle Malattie Cerebro e Cardiovascolari, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Simona Giampaoli, Epidemiologia delle Malattie Cerebro e Cardiovascolari, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott. Luca Giraldi, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott. Luigi Palmieri, Epidemiologia delle Malattie Cerebro e Cardiovascolari, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Rita Rielli, CINECA Consorzio Interuniversitario, Bologna
Dott.ssa Simona Carmen Ursu, Epidemiologia delle Malattie Cerebro e Cardiovascolari, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Serena Vannucchi, Epidemiologia delle Malattie Cerebro e Cardiovascolari, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Malattie metaboliche

Dott.ssa Rosa Alfieri, Area dipartimentale di Epidemiologia e Prevenzione, ASL 2, Napoli
Dott. Luca Giraldi, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Prof. Giorgio Liguori, Cattedra di Igiene ed Epidemiologia, Università degli Studi "Parthenope", Napoli
Dott.ssa Flavia Lombardo, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Marina Maggini, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott. Antonino Parlato, Area dipartimentale di Epidemiologia e Prevenzione, ASL 2, Napoli
Dott. Paolo Russo, Area dipartimentale di Epidemiologia e Prevenzione, ASL 2, Napoli
Dott.ssa Daniela Ugliano, Specialista ambulatoriale presso il Distretto Sanitario ASL 61, Salerno

Malattie oncologiche

Dott. Paolo Baili, Istituto Nazionale dei Tumori, Milano
Dott.ssa Roberta De Angelis, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott. Roberto Foschi, Istituto Nazionale dei Tumori, Milano
Dott.ssa Silvia Francisci, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Anna Gigli, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott. Stefano Guzzinati, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Marta Marino, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Università Cattolica del

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 571

Sacro Cuore, Roma
Dott. Aldo Rosano, Istituto per lo Sviluppo della Formazione professionale dei Lavoratori, Roma
Dott.ssa Silvia Rossi, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott. Andrea Tavilla, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Salute e disabilità

Dott.ssa Alessandra Battisti, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Dott.ssa Annabella Pugliese, Servizio Epidemiologia, ASL 3, Torino
Dott. Aldo Rosano, Istituto per lo Sviluppo della Formazione professionale dei Lavoratori, Roma
Dott. Amedeo Spagnolo, Istituto per lo Sviluppo della Formazione professionale dei Lavoratori, Roma

Salute mentale e dipendenze

Dott. Fabrizio Bert, Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università degli Studi di Torino
Dott.ssa Susanna Conti, Ufficio di statistica, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Denise Erbuto, Dipartimento di Neuroscienze, Salute Mentale e Organi di Senso, Servizio per la Prevenzione del Suicidio, Azienda Ospedaliera Sant'Andrea, "Sapienza" Università di Roma
Dott. Pietro Folino Gallo, Segreteria Scientifica, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott.ssa Silvia Ghirini, Salute della popolazione e suoi determinanti, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Maria Rosaria Gualano, Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università degli Studi di Torino
Prof. Maurizio Pompili, Dipartimento di Neuroscienze, Salute Mentale e Organi di Senso, Servizio per la Prevenzione del Suicidio, Azienda Ospedaliera Sant'Andrea, "Sapienza" Università di Roma
Dott. Emanuele Scafato, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott. Giacomo Scaioli, Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università degli Studi di Torino
Prof.ssa Roberta Siliquini, Dipartimento di Sanità Pubblica, Università degli Studi di Torino
Dott.ssa Monica Vichi, Ufficio di statistica, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Salute materno-infantile

Dott.ssa Silvia Andreozzi, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott. Fulvio Basili, Ministero della Salute, Roma
Dott.ssa Serena Battilomo, Direzione Generale della prevenzione sanitaria, Ministero della Salute, Roma
Dott. Simone Bolli, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott. Mauro Bucciarelli, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Marta Buoncristiano, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott. Massimo Casciello, Ministero della Salute, Roma
Dott.ssa Laura Dallolio, Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie, Alma Mater Studiorum, Università degli Studi di Bologna
Dott.ssa Paola D'Aloja, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott. Roberto De Luca, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Alessia D'Errico, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Dott.ssa Serena Donati, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Prof.ssa Maria Pia Fantini, Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie, Alma Mater Studiorum, Università degli Studi di Bologna
Dott. Simone Fiaccavento, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Lisa Francovich, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Dott.ssa Lidia Gargiulo, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Dott. Luca Giraldi, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott. Raniero Guerra, Direzione Generale della prevenzione sanitaria, Ministero della Salute, Roma
Dott.ssa Laura Iannucci, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Dott.ssa Ilaria Lega, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Marzia Loghi, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Dott.ssa Alice Maraschini, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott. Valerio Montorio, Ministero della Salute, Roma
Dott.ssa Marina Pediconi, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 572

Dott.ssa Giulia Scaravelli, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Lucia Speziale, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Angela Spinelli, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Roberta Spoletini, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Cristina Tamburini, Ministero della Salute, Roma
Dott.ssa Sara Terenzi, Direzione Generale della prevenzione sanitaria, Ministero della Salute, Roma
Dott. Ferdinando Timperi, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott. Vincenzo Vigiliano, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Gruppo di lavoro "Istituto Superiore di Sanità-Regioni"

Salute della popolazione straniera

Dott.ssa Valeria Alfonsi, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott. Giovanni Baglio, Istituto Nazionale per la promozione della salute delle Popolazioni Migranti, Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, Roma
Prof. Federico Bruno, Dipartimento di scienze motorie e della salute, Università degli Studi di Cassino e Lazio Meridionale
Dott.ssa Silvia Bruzzone, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Dott.ssa Alessandra Burgio, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Prof. Gianfranco Damiani, Istituto di Sanità Pubblica, Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott.ssa Alessia D'Errico, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Dott.ssa Ginevra Di Giorgio, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Dott.ssa Eugenia Di Meco, Area Sanitaria Caritas, Roma
Dott. Francesco Di Nardo, Istituto di Sanità Pubblica, Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott.ssa Anna Di Nicola, Area Sanitaria Caritas, Roma - Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, "Sapienza" Università di Roma
Dott.ssa Maria Cristina Epifani, Unità Operativa Epidemiologia, AUSL 4, Prato
Dott.ssa Luigina Ferrigno, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott. Antonio Fortino, Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti ed il contrasto delle malattie della Povertà, Roma
Dott.ssa Lisa Francovich, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Dott.ssa Lidia Gargiulo, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Dott. Salvatore Geraci, Area Sanitaria Caritas, Roma
Dott.ssa Barbara Giordani, Servizio Epidemiologia, ASL 3, Torino
Dott.ssa J-Jade King, Area Sanitaria Caritas, Roma
Dott.ssa Marzia Loghi, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Prof. Carlo Maccheroni, Dondena Centre for Research on Social Dynamics and Public Policy, Università Luigi Bocconi, Milano
Dott.ssa Donatella Mandolini, Unità Operativa Semplice Epidemiologia, Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti, Roma
Dott.ssa Giorgia Mazzarini, Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti ed il contrasto delle malattie della Povertà, Roma
Dott.ssa Nadia Mignolli, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Dott.ssa Pierangela Napoli, ASL RM B, Roma
Prof.ssa Roberta Pace, Università degli Studi di Bari Aldo Moro
Dott.ssa Chiara Pajno, Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti ed il contrasto delle malattie della Povertà, Roma
Dott.ssa Monica Perez, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Dott. Alessio Petrelli, Unità Operativa Semplice Epidemiologia, Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti, Roma
Dott.ssa Annabella Pugliese, Servizio Epidemiologia, ASL 3, Torino
Dott.ssa Francesca Rinesi, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Dott. Paolo Giorgi Rossi, Servizio interaziendale di Epidemiologia e Comunicazione del rischio, AUSL, Reggio Emilia
Dott.ssa Giulia Silvestrini, Istituto di Sanità Pubblica, Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott.ssa Angela Spinelli, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott. Daniele Spizzichino, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Prof.ssa Enrica Tamburrini, Istituto Clinica di Malattie Infettive, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott.ssa Maria Elena Tosti, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Gruppo di lavoro "Selam Palace e insediamenti Via delle Messi d'Oro e Via Collatina"

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 573

Assetto economico-finanziario

Prof. Eugenio Anessi Pessina, Facoltà di Economia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano - Direttore Centro Studi e Ricerche in Management Sanitario, Milano
Prof.ssa Elena Cantù, Facoltà di Economia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano - Responsabile area "Sistemi contabili", Centro Studi e Ricerche in Management Sanitario, Milano
Prof.ssa Maria Michela Gianino, Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università degli Studi di Torino
Dott. Luca Giraldi, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Assetto istituzionale-organizzativo

Prof. Americo Cicchetti, Facoltà di Economia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Ing. Lorenzo Leogrande, Associazione Italiana Ingegneri Clinici, Unità di Valutazione delle Tecnologie e Ingegneria Clinica, Policlinico "A. Gemelli", Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott. Angelo Tottoli, Facoltà di Economia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Assistenza territoriale

Dott.ssa Anna Acampora, Istituto di Sanità Pubblica, Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott.ssa Alessandra Burgio, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Dott. Albino Carli, Dipartimento di Diagnostica e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Verona
Dott.ssa Carla Ceccolini, Direzione generale della programmazione sanitaria, Ministero della Salute, Roma
Dott. Stefano Domenico Cicala, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Dott. Alessandro Cimbelli, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Dott. Claudio Coppo, Dipartimento di Diagnostica e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Verona
Prof. Gianfranco Damiani, Istituto di Sanità Pubblica, Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott.ssa Claudia Di Priamo, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Prof.ssa Maria Pia Fantini, Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie, Alma Mater Studiorum, Università degli Studi di Bologna
Dott. Paolo Francesconi, Agenzia Regionale di Sanità della Toscana
Dott.ssa Emanuela Maria Frisicale, Istituto di Sanità Pubblica, Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott.ssa Barbara Giordani, Servizio Epidemiologia, ASL 3, Torino
Dott. Luca Giraldi, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott.ssa Laura Iannucci, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Dott. Jacopo Lenzi, Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie, Alma Mater Studiorum, Università degli Studi di Bologna
Dott.ssa Laura Murianni, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Dott.ssa Alessandra Panunzi, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Prof. Albino Poli, Dipartimento di Diagnostica e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Verona
Dott.ssa Annabella Pugliese, Servizio Epidemiologia, ASL 3, Torino
Prof. Gabriele Romano, Dipartimento di Diagnostica e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Verona
Dott. Aldo Rosano, Istituto per lo Sviluppo della Formazione professionale dei Lavoratori, Roma
Dott.ssa Giulia Silvestrini, Istituto di Sanità Pubblica, Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott. Stefano Tardivo, Dipartimento di Diagnostica e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Verona
Dott. Massimo Volpe, Fondazione Policlinico Universitario "Agostino Gemelli", Roma
Dott. Roberto Zoffoli, Istituto Nazionale di Statistica, Roma

Assistenza farmaceutica territoriale

Dott. Pietro Folino Gallo, Segreteria Scientifica, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Assistenza ospedaliera

Prof.ssa Flavia Carle, Direzione generale della programmazione sanitaria, Ministero della Salute, Roma - Centro di Epidemiologia Biostatistica e Informatica Medica, Università Politecnica delle Marche, Ancona
Dott.ssa Carla Ceccolini, Direzione generale della programmazione sanitaria, Ministero della Salute, Roma
Dott.ssa Silvia Donno, Direzione generale della programmazione sanitaria, Ministero della Salute, Roma
Prof.ssa Maria Pia Fantini, Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie, Alma Mater Studiorum, Università degli Studi di Bologna
Dott. Giuseppe Franchino, Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie, Alma Mater Studiorum, Università degli Studi di Bologna
Dott. Luca Giraldi, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott. Jacopo Lenzi, Dipartimento di Scienze

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 574

Biomediche e Neuromotorie, Alma Mater Studiorum, Università degli Studi di Bologna
Dott. Antonio Nuzzo, Direzione generale della programmazione sanitaria, Ministero della Salute, Roma
Dott. Gianni Pieroni, Dipartimento Igienico Organizzativo, AUSL, Bologna
Dott.ssa Concetta Randazzo, Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie, Alma Mater Studiorum, Università degli Studi di Bologna

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, 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 Francesca Vespasiano, Centro Nazionale Trapianti, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Mortalità riconducibile ai servizi sanitari

Prof. Gianfranco Damiani, Istituto di Sanità Pubblica, Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Prof.ssa Maria Pia Fantini, Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie, Alma Mater Studiorum, Università degli Studi di Bologna
Prof.ssa Maria Michela Gianino, Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università degli Studi di Torino
Dott. Jacopo Lenzi, Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie, Alma Mater Studiorum, Università degli Studi di Bologna
Dott.ssa Aida Muça, Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università degli Studi di Torino

Stato dell'arte della prevenzione in Italia

Dott.ssa Marta Marino, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott. Aldo Rosano, Istituto per lo Sviluppo della Formazione professionale dei Lavoratori, Roma

Sintesi e Conclusioni del Rapporto Osservasalute 2015

Dott.ssa Marta Marino, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Prof. Walter Ricciardi, Direttore, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott. Alessandro Solipaca, Segretario Scientifico, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati

Prof. Eugenio Anessi Pessina, Facoltà di Economia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano - Direttore Centro Studi e Ricerche in Management Sanitario, Milano
Dott.ssa Alessandra Battisti, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Dott.ssa Alessandra Burgio, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Prof.ssa Flavia Carle, Direzione generale della programmazione sanitaria, Ministero della Salute, Roma - Centro di Epidemiologia Biostatistica e Informatica Medica, Università Politecnica delle Marche, Ancona
Prof. Americo Cicchetti, Facoltà di Economia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Prof. Giuseppe Costa, Dipartimento di Scienze cliniche e Biologiche, Università degli Studi di Torino
Prof. Gianfranco Damiani, Istituto di Sanità Pubblica, Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Prof.ssa Viviana Egidi, "Sapienza" Università di Roma
Dott. Pietro Folino Gallo, Segreteria Scientifica, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott. Luca Giraldi, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Prof.ssa Elisabetta Franco, Dipartimento di Sanità Pubblica, Università degli Studi "Tor Vergata", Roma
Dott.ssa Lucia Lispi, Direzione generale della Programmazione sanitaria, Ministero della Salute, Roma
Dott.ssa Marzia Loghi, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Dott. Aldo Rosano, Istituto per lo Sviluppo della Formazione professionale dei Lavoratori, Roma
Dott.ssa Stefania Salmaso, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott. Emanuele Scafato, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott. Alessandro Solipaca, Segretario Scientifico, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott.ssa Aida Turrini, Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione, Roma

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 575

Indice Generale

Premessa V

Organigramma
Coordinatori scientifici VII
Coordinamento redazionale ed edizione web www.osservasalute.it VII
Data Manager e responsabile revisione dati VII
Medical Expert VII
Scientific Executive Board VII
Peer review committee VII
Coordinatori Capitoli VIII
Referenti Regionali dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane IX
Segreteria Scientifica dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane X
Grafica GIS X
Amministrazione e Controllo di gestione X

PARTE PRIMA
Salute e bisogni della popolazione

Popolazione
Struttura demografica 2
Invecchiamento 5
Dinamica della popolazione 11
Fecondità 17
Ultracentenari 23

Sopravvivenza e mortalità per causa
Livelli e dinamica della sopravvivenza 26
Principali cause di morte a livello regionale: l'ordinamento in graduatorie 29

Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione
Fumo di tabacco 50
Consumo di alcol 54
Consumo di alimenti per tipologia 62
Sovrappeso e obesità 68
Sovrappeso e obesità nei bambini (OKkio alla SALUTE) 73
Attività fisica 77
Copertura vaccinale della popolazione infantile 83
Copertura vaccinale antinfluenzale 86
Screening per i tumori della mammella, della cervice uterina e del colon-retto 89
Screening mammografico su iniziativa spontanea 91
Screening per il tumore della cervice uterina su iniziativa spontanea 95
Screening per il tumore del colon-retto 99
Box - La pratica dell'attività fisica secondo le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità 103

Incidenti
Incidenti stradali 111

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 576

Infortuni e mortalità sul lavoro 117
Incidenti domestici 121
Box - Feriti gravi negli incidenti stradali: un primo tentativo di stima 124

Ambiente
Rifiuti solidi urbani (produzione) 131
Rifiuti solidi urbani (gestione) 136
Rifiuti solidi urbani (raccolta differenziata) 142
Acqua potabile 147
Box - Cambiamenti climatici 151

Malattie cardio e cerebrovascolari
Ospedalizzazione per patologie cardio e cerebrovascolari acute 156
Mortalità per malattie ischemiche del cuore 161
Box - Rischio Cardiovascolare Globale Assoluto e Osservatorio del Rischio Cardiovascolare 164

Malattie metaboliche
Ospedalizzazione di pazienti con diagnosi di diabete mellito 171
Mortalità per diabete mellito 175
Ospedalizzazione per amputazione all'arto inferiore nelle persone con diabete 178
Ospedalizzazione per complicanze a breve termine nelle persone con diabete 182

Malattie infettive (Rimando Osservasalute 2014)

Malattie oncologiche
Incidenza e prevalenza dei tumori più frequenti: colon-retto, mammella e prostata 186
Box - Valutazione economica dei percorsi di cura dei pazienti oncologici 193
Box - Epidemiologia e uso dei servizi nella diagnosi e nel trattamento dei tumori della tiroide 197

Salute e disabilità
Stato di salute fisico e psicologico delle persone con limitazioni funzionali 202
Persone con limitazioni funzionali che accedono alla vaccinazione antinfluenzale 205
Donne con limitazioni funzionali che accedono agli screening femminili 207
Persone con limitazioni funzionali che accedono allo screening del colon-retto 210
Persone con limitazioni funzionali in sovrappeso o obese 212
Box - Inserimento lavorativo delle persone con disturbo psichico 215

Salute mentale e dipendenze
Ospedalizzazione per disturbi psichici 218
Consumo di farmaci antidepressivi 222
Suicidi 225
Box - Servizio per la Prevenzione del Suicidio 229
Box - Soggetti ospedalizzati con almeno una diagnosi (principale o secondaria) alla dimissione di disturbo psichico alcol-correlato 230

Salute materno-infantile
Parti effettuati nei punti nascita 237
Parti con Taglio Cesareo 240
Unità Operative di Terapia Intensiva Neonatale presenti nei punti nascita 245
Procreazione Medicalmente Assistita 248
Abortività volontaria 254
Box - Riorganizzazione dei punti nascita 259
Box - Allattamento al seno: in aumento prevalenza e durata negli ultimi 20 anni 260
Box - Attività della sorveglianza ostetrica: l'Istituto Superiore di Sanità-Regioni per la gestione della grave morbosità materna da emorragia del post partum 264

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 577

Salute della popolazione straniera

Stranieri in Italia 270
Nati da cittadini stranieri in Italia 273
Ospedalizzazione tra gli stranieri in Italia 277
Abortività volontaria delle donne straniere in Italia 282
Epatite virale acuta tra gli stranieri in Italia 286
Mortalità per causa tra gli stranieri in Italia 293
Box - Prevenzione dei tumori femminili nelle donne straniere 302
Box - Ricorso alle visite mediche come forma di prevenzione primaria nella popolazione straniera ... 308
Box - Esperienza di rete per l'assistenza socio-sanitaria ai migranti in transito a Roma 313
Box - Migranti cinesi in gravidanza: stato sierologico relativo alle principali malattie infettive ed accesso ai servizi sanitari. L'esperienza nelle comunità di Roma e Prato 315
Box - Tavole di mortalità degli stranieri residenti in Italia: primi risultati per le cittadinanze più significative 319

PARTE SECONDA
Sistemi Sanitari Regionali e qualità dei servizi

Assetto economico-finanziario

Spesa sanitaria pubblica corrente per funzione in rapporto al Prodotto Interno Lordo 329
Spesa sanitaria pubblica pro capite 333
Disavanzo/avanzo sanitario pubblico pro capite 335
Box - Entità, evoluzione e copertura delle perdite accumulate dalle Aziende Sanitarie pubbliche 339

Assetto istituzionale-organizzativo

Tempi medi di pagamento (Days of Sales Outstanding) delle strutture sanitarie pubbliche 346
Struttura delle Aziende Sanitarie Locali per superficie e popolazione 348
Spesa per personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale 350
Struttura per età del personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale 353
Compensazione del turnover 358
Box - Survey dell'Associazione Italiana Ingegneri Clinici: lo stato di salute del parco tecnologico 360

Assistenza territoriale

Assistenza Domiciliare Integrata 365
Posti letto residenziali di tipo socio-sanitario per persone con disabilità e per anziani 370
Ospiti anziani e con disabilità nei presidi residenziali 372
Ospedalizzazione potenzialmente evitabile per complicanze a lungo termine del diabete mellito 374
Ospedalizzazione potenzialmente evitabile per broncopneumopatia cronico ostruttiva 376
Ospedalizzazione potenzialmente evitabile per insufficienza cardiaca senza procedure cardiache 378
Ospedalizzazione potenzialmente evitabile per asma in età pediatrica 380
Ospedalizzazione potenzialmente evitabile per gastroenterite in età pediatrica 383
Box - Visite mediche e accertamenti specialistici: come cambia l'accesso nel pubblico e nel privato . 386
Box - Accesso alle cure odontoiatriche: un confronto con gli anni prima della crisi 393
Box - Rete di offerta dell'emergenza sanitaria per infarto acuto del miocardio nelle regioni attraverso la georeferenziazione a livello comunale 397

Assistenza farmaceutica territoriale

Consumo territoriale di farmaci a carico del Servizio Sanitario Nazionale e lettura integrata dei dati di consumo e di spesa 404
Spesa farmaceutica territoriale lorda pro capite a carico del Servizio Sanitario Nazionale 416
Spesa farmaceutica pro capite per ticket e compartecipazione per i farmaci a brevetto scaduto 419

Assistenza ospedaliera

Posti letto ospedalieri per tipologia di attività e regime di ricovero 427
Interventi per frattura del collo del femore 432

Rapporto Osservasalute 2015bis:01 prex 31/03/2016 14:30 Pagina 578

Ospedalizzazione per patologie ad elevato impatto sociale ... 436
Ospedalizzazione in età pediatrica ... 442
Mobilità ospedaliera in età pediatrica ... 450
Complessità dei ricoveri in età pediatrica ed efficienza nell'erogazione delle prestazioni ... 454
Box - Riorganizzazione dei sistemi ospedalieri regionali in base al DM n. 70/2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" ... 460

Trapianti
Attività di donazione e procurement ... 466
Attività di trapianto ... 473
Valutazione degli esiti dei trapianti (cuore, fegato, rene) ... 477

Mortalità riconducibile ai servizi sanitari
Box - Mortalità riconducibile ai servizi sanitari: la situazione italiana nel panorama dei Paesi dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico ... 484

Stato dell'arte della prevenzione in Italia ... 487

Sintesi e Conclusioni del Rapporto Osservasalute 2015
PARTE PRIMA - Salute e bisogni della popolazione ... 493
PARTE SECONDA - Sistemi Sanitari Regionali e qualità dei servizi ... 502
Alcune Raccomandazioni di Osservasalute ... 507

Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati
Definizione degli Indicatori ... 509
Fonti dei dati ... 509
Classificazioni utilizzate ... 518
Misure per la costruzione degli Indicatori ... 520
Misure di precisione ... 522
Metodi per il confronto degli Indicatori ... 523
Metodi per la rappresentazione grafica ... 523
Avvertenze e cautele nella lettura dei dati ... 524

Approfondimenti (www.osservasalute.it) ... 525

APPENDICE

Sopravvivenza e mortalità per causa
Mortalità infantile e neonatale ... 529
Evoluzione e geografia della mortalità per causa ... 542

Assistenza ospedaliera
Ospedalizzazione ... 555
Ospedalizzazione per età e tipologia di attività ... 557
Ricoveri ed accessi in Day Hospital, Day Surgery e One Day Surgery ... 560
Ospedalizzazione per DRG medici e chirurgici ... 562
Degenza media ... 565
Degenza media preoperatoria per le procedure chirurgiche ... 567

Autori ... 569

Indice Generale ... 575