

Italian Health Policy Brief
presenta

COUNTRY REPORT ITALIA 2013

Le sfide decisionali per la salute e l'assistenza sanitaria in Italia



osservatorio
nazionale sulla salute nelle regioni italiane

istituto
di igiene
u.c.s.c.



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

Edito da

ALFIS



COUNTRY REPORT ITALIA 2013

Le sfide decisionali per la salute e l'assistenza sanitaria in Italia

Edito da

Altis Srl

Via della Colonna Antonina, 52 - 00186 Roma

Coordinamento editoriale

Dott.ssa Eleonora Benfatto

Italian Health Policy Brief

Impaginazione e stampa

S.P. Servizi Pubblicitari Srl - Gruppo Creativa

Finito di stampare nel gennaio 2013

“A service for the poor is a poor service”

Richard Titmuss

Indice

Premessa	7
<i>Sen. Antonio Tomassini</i>	
Prefazione	11
<i>Prof. Walter Ricciardi</i>	
1 La sanità italiana tra emergenza economica, ridefinizione della mission e rilancio sull'eccellenza	13
2 Aspetti socio-demografici	19
2.1 Struttura demografica	19
2.2 Aspettativa di vita	22
2.3 Situazione della mortalità	24
2.4 Commenti e riflessioni	28
3 Fattori di rischio e prevenzione	33
3.1 Fattori di rischio	33
3.2 Prevenzione primaria e secondaria	37
3.3 Commenti e riflessioni	41
4 Malattie croniche	45
4.1 Malattie metaboliche	45
4.2 Malattie cardio e cerebrovascolari	48
4.3 Tumori	51
4.4 Commenti e riflessioni	53
5 Particolari gruppi di popolazione	61
5.1 Infanzia ed adolescenza	61
5.2 Donna e gravidanza	64
5.3 Anziani	67
5.4 Immigrati	69
5.5 Disabili	72
5.6 Commenti e riflessioni	75

6	Assistenza	83
	6.1 Assistenza territoriale	83
	6.2 Assistenza farmaceutica	87
	6.3 Assistenza ospedaliera	92
	6.4 Commenti e riflessioni	94
7	Aspetti economici	103
	7.1 Spesa sanitaria (Confronto Italia ed Unione Europea)	103
	7.2 Spesa sanitaria e disavanzo	105
	7.3 Commenti e riflessioni	109
8	Aspetti della formazione	113
9	Aspetti della ricerca	119
	Conclusioni	127
	Autori	130

Premessa

A cura del Senatore Antonio Tomassini

Presidente Associazione di Iniziativa Parlamentare e Legislativa per la salute e la prevenzione, Presidente della 12^a Commissione permanente Igiene e Sanità, Senato della Repubblica

Il Servizio Sanitario Nazionale tra tradizione, efficienza e nuove sfide

Siamo consapevoli che oggi più che mai ciascun comparto del sistema globale rappresentato dal Paese debba essere osservato in funzione dei problemi generali oltre che di quelli specifici, come è altrettanto evidente a tutti che le emergenze della economia italiana portino ad un disinvestimento di risorse sul Servizio Sanitario Nazionale SSN in termini assoluti e relativi.

In un periodo caratterizzato dalla crisi economica internazionale e con una legislazione che si avvia a concludere il proprio mandato, il SSN ha una serie di problematiche da dover gestire dove deve dimostrare di essere in grado di rispondere positivamente alle grandi sfide dovute ai mutamenti economici-finanziari, demografici ed epidemiologici.

Del resto nel momento politico attuale in tutti i sistemi politici occidentali evoluti, come dimostra il caso della riforma Obama negli USA, la sanità gioca un ruolo chiave in termini economici e governativi.

In questi ultimi anni, in Italia, il SSN ha dovuto rimodulare le proprie strategie operative compressa da un lato da una crisi economica crescente che, proprio nella sanità, ha avuto grandi attenzioni da parte delle varie manovre finanziarie; dall'altro con un federalismo sanitario che ci consegna un quadro regionale complesso e difforme, spesso non in grado di affrontare in maniera strategica le problematiche presenti.

E così la sanità si trova, oggi, ad essere uno degli ammortizzatori sociali in un Paese in cui 8,3 milioni di cittadini vivono in povertà e circa 15 milioni sono a rischio di povertà o di esclusione sociale, con un tasso di disoccupazione giovanile pari al 27,8%. Tanto che la componente Sanità rappresenta circa il 25% della spesa complessiva per prestazioni di protezione sociale erogate in Italia dalle Amministrazioni Pubbliche (pari a 412.255 milioni di euro nel 2010), dopo la voce "Previdenza" che rappresenta la componente più rilevante con il 66,4%, seguita dall' "Assistenza" con l'8% .

Negli ultimi 10 anni la spesa sanitaria pubblica è cresciuta, complessivamente, di 61,8 miliardi di euro, passando dai 51,7 miliardi di euro agli attuali 113,5 miliardi di euro (se con-

sideriamo la componente privata si arriva a 144 miliardi di euro), aumentando più velocemente della crescita economica, peraltro estremamente contenuta nel nostro Paese.

Bisogna tenere anche ampiamente conto di come il miglioramento dei livelli di sopravvivenza, conseguente ad un andamento della mortalità in notevole diminuzione nel nostro Paese, l'innalzamento dell'aspettativa di vita della popolazione, che in Italia presenta valori tra i più alti dei Paesi europei, proiettino il nostro Paese davanti a delle sfide che necessitano di ampia condivisione ed interventi strategici mirati che non possono provenire da una sola parte.

L'attuazione di politiche condivise tra lo Stato e le Regioni volte a garantire la corretta erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, in condizioni di appropriatezza ed efficienza su tutto il territorio, che mirino a combattere le disuguaglianze nell'accesso e nella fruizione dei servizi, debbono oggi trovare una fattiva partecipazione dei vari attori istituzionali coinvolti, quali Parlamento, Governo e Regioni in una molteplicità di temi da affrontare che puntino ad avere interventi innovativi di protezione e promozione della salute, attraverso nuovi programmi di prevenzione delle malattie, non solo con gli interventi di prevenzione primaria delle stesse, ma anche di prevenzione secondaria e terziaria, con particolare riguardo alle malattie oncologiche, metaboliche e cardiovascolari, alle patologie da fragilità ed alle politiche materno-infantili.

Certamente in futuro è lecito immaginarsi un SSN che sia in grado di fornire nuovi modelli di assistenza sanitaria, con particolare attenzione alle cure primarie ed alla continuità assistenziale ospedale/territorio, coinvolgendo nel ruolo di attivi protagonisti i Medici di Medicina Generale con la copertura h24 sul territorio, anche con l'obiettivo di decongestionare le attività di emergenza/urgenza all'interno delle strutture ospedaliere.

Deve avanzare una visione politica che dia primaria importanza ad un'innovativa assistenza per i pazienti anziani, con presa in carico degli utenti in particolari condizioni di fragilità e di non autosufficienza, con coinvolgimento degli stakeholders, incrementando nel contempo l'accessibilità complessiva ai punti di riferimento sanitari, tenendo conto di un sistema di welfare in rapida evoluzione.

Un sistema che veda coinvolti differenti attori sul territorio, in cui la presenza del network sanitario sia evidente e percepito come un valore dai cittadini.

La riforma delle farmacie, introdotta dalla Legge n. 69/2009 e successivi decreti attuativi, che prevede nuovi compiti per le farmacie stesse (la possibilità di effettuare prenotazioni dei servizi sanitari e ritiro dei referti, la possibilità di effettuare prestazioni analitiche e strumentali finalizzate all'autocontrollo, la possibilità di usufruire di prestazioni fisioterapiche ed infermieristiche, il supporto all'assistenza domiciliare tramite la messa a disposizione anche di operatori sociosanitari, la disponibilità dei defibrillatori semiautomatici), ha posto l'accento sul ruolo centrale che il Farmacista può avere all'interno del nostro SSN.

La sanità nei prossimi anni si troverà, dunque, a fronteggiare uno scenario assai complesso: il progressivo invecchiamento della popolazione ed il conseguente incremento delle patologie croniche ad elevato impatto sulla spesa sanitaria pubblica impongono un ripensamento dell'offerta sanitaria che deve rispondere a criteri di efficacia ed efficienza e, nello stesso tempo, richiedono all'industria farmaceutica di mantenere un forte impulso innovativo.

La riforma dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) impone oggi l'esigenza di adeguare tempi e decisioni, di questo importante Ente regolatorio, alle esigenze di garantire sostenibilità, appropriatezza, innovatività e sviluppo.

Un'AIFA che stia attenta alle esigenze primarie di un Paese e di cittadini che debbono avere farmaci e livelli di cura in linea con i maggiori Paesi europei, dove le risorse economiche che si libereranno dall'aumentato utilizzo dei farmaci generici, dovranno essere riversate sulle terapie innovative ed in tutte quelle patologie che in futuro giocheranno un ruolo chiave a livello epidemiologico.

La sanità si trova ad una svolta. Per renderla moderna e sostenibile bisogna eliminare inefficienze ed intervenire sulla spesa sanitaria nel suo complesso e non solo sulla farmaceutica, che rappresenta il 16% del totale.

Dal SSN ai servizi sanitari regionali: una sfida di efficienza ed equità. Il federalismo rappresenta un'opportunità di crescita e di miglioramento del SSN. La crisi economica e le manovre di contenimento della spesa spingono molte Regioni ad introdurre misure restrittive quasi sempre rivolte a tagliare il costo dei farmaci, penalizzando l'innovazione e mettendo a rischio la tutela

Sono certo che in futuro un ruolo fondamentale nella politica sanitaria sarà giocato dal tavolo Stato-Regioni, che non potrà essere solo mera camera di compensazione tra la politica nazionale e le esigenze regionali, ma dovrà diventare fucina di strategie condivise per consentire al nostro SSN di rimanere ai livelli di eccellenza che ci vengono riconosciuti.

Già l'accordo Stato-Regioni, stipulato con il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2010-2012, con il quale le Regioni si impegnano a rafforzare il loro impegno per garantire un appropriato accesso dei cittadini ai servizi sanitari, ha posto l'accento sull'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza, sul rispetto delle classi di priorità e sulla trasparenza del sistema a tutti i livelli, i cui elementi innovativi sono, tra l'altro, l'aggiornamento dell'elenco delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera per le quali vanno fissati i tempi massimi di attesa da parte delle Regioni e delle Province Autonome.

Ma di fronte a quanto è stato fatto in questi anni, oggi la nostra sanità deve certamente tener conto della situazione critica dell'Italia dal punto di vista economico, con un Paese che non cresce in modo significativo da tantissimi anni. Mancata crescita e non riduzione del debito pubblico, in un collegamento evidente, hanno reso ormai insostenibile la situazione finanziaria italiana e hanno imposto ed imporranno scelte su tutti i settori, compresa la sanità. Interventi che tengano conto di tagli e manovre, con il rischio però di un sistema sanitario che si impoverisca, come recentemente detto dalla relazione annuale della corte dei conti ed in numerose analisi presentate dall'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, dal Centro Interdipartimentale di Studi Internazionali sull'Economia e lo Sviluppo, dal Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale dell'Università Bocconi e dal Centro Studi Investimenti Sociali.

Di fronte a questo bisognerà avere sempre di più un Parlamento in grado di rilanciare il dibattito sulla sanità arrivando, se necessario, a riformare il SSN così come istituito dalla Legge n. 833/1978 e come da più parti evocato.

Di quella legge, importante e fondamentale, bisogna riconoscere che in realtà, sono rimasti solo i principi, anche se quei principi sono ancora validi, ma spesso non sostenibili.

Oggi la classe politica è chiamata ad assicurare ai cittadini un sistema sanitario efficiente, in linea con una tradizione ed una efficienza universalmente riconosciute, in grado di fornire prestazioni di qualità all'interno di sfide che nuovi scenari politico-economici impongono.

Da tempo si è interrotto il dialogo che porta prospettiva e qualità nella sanità italiana. Ci si trova sempre di più a dover agire nell'emergenza piuttosto che nella programmazione, e di questo ne risente tutto il comparto che ruota attorno alla sanità. Ognuno lavora nel proprio alveo di competenza e l'interscambio di esperienze per creare valore, aggiunto all'iniziativa parlamentare e legislativa, si è interrotta.

Da qui l'esigenza che parlamentari, clinici, economisti, sociologi ed esperti si trovino assieme allo stesso tavolo per confrontarsi e costruire assieme nuovi scenari della sanità italiana. Questo è il fulcro e lo spirito con cui nasce l'Associazione di Iniziativa Parlamentare e Legislativa per la salute e la prevenzione ed il perché di un Country Report che vuole fornire spunti alla discussione ed al un confronto.

Prefazione

A cura del Prof. Walter Ricciardi
Coordinatore Scientifico del Country Report Italia 2013
Presidente European Public Health Association

L'art. 32 della Costituzione Italiana, nel sancire la tutela della salute come "diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività" "obbliga", di fatto, lo Stato a promuovere ogni opportuna iniziativa utile alla migliore tutela possibile del "valore" salute.

La crisi finanziaria sta inducendo nei decisori italiani l'adozione di politiche di contenimento drastico della spesa pubblica e, poiché è forte nel nostro Paese la convinzione che la sanità sia essenzialmente una voce di costo da controllare e ridurre, il diritto alla tutela della salute corre rischi sempre maggiori.

Sembra ragionevole affermare, difatti, che un crescente razionamento delle risorse, spesso cieco e fine a se stesso, porterà a minare quelli che sono stati i principi fondanti ed ispiratori del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) con la conseguente creazione di un sistema nuovo, ma peggiore e profondamente iniquo.

Alcuni dati:

- CENSIS, luglio 2012: 9 milioni di italiani hanno rinunciato totalmente o parzialmente alle cure;
- OCSE, 2012: Italia spende in sanità il 26,1% in meno rispetto a Francia e Germania;
- Cittadinanzattiva: la spesa privata dei cittadini per l'acquisto di farmaci di fascia A (rimborsati obbligatoriamente dallo Stato) è in crescita del 21% rispetto al 2010;
- Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane: tutte le regioni italiane si avviano a chiudere il 2012 in deficit a causa della sanità;
- Corte dei Conti, 2012: nel 2011 tagli superiori alle attese nella sanità per 2,9 miliardi.

La sanità del futuro è compatibile con l'universalità delle cure solo a patto di un radicale recupero di efficienza in un contesto di immutata efficacia.

È necessario definire in maniera rigorosa, chiara e trasparente i servizi che lo Stato può garantire ai cittadini attraverso la tassazione generale ed impegnarsi poi ad erogare effettivamente tali servizi a tutti gli Italiani, indipendentemente dalla regione di residenza.

Queste prestazioni dovranno essere facilmente misurabili, in modo che ogni cittadino possa comprendere quali sono i suoi diritti ed essere in grado di esigerli.

Ciò è particolarmente importante nelle fasce di popolazione più anziane, spesso ostaggio della propria condizione di fragilità.

Questo Country Report, il primo che l'Associazione di Iniziativa Parlamentare e legislativa per la salute e la prevenzione intende produrre ogni anno per i decisori italiani, rappresenta un sforzo per fornire dati, informazioni ed indicazioni precise a loro, ma anche a chi per motivi di studio, lavoro o di utilizzazione dei servizi sanitari vuole comprendere ed orientarsi nella realtà del settore più complesso ed al contempo cruciale per lo sviluppo civile, sociale ed economico del nostro Paese.

1. La sanità italiana tra emergenza economica, ridefinizione della *mission* e rilancio sull'eccellenza

In Italia il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), finanziato tramite la tassazione generale, è entrato in vigore nel 1978 ed è basato sul modello Beveridge che garantisce la fornitura universale di cure su tutto il territorio nazionale (1). La responsabilità per l'organizzazione e la fornitura dei servizi è attribuita alle Regioni e PA, mentre la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), il finanziamento complessivo, l'allocatione delle risorse, la *policy* ed il quadro di pianificazione sono stabiliti dal governo nazionale. Inoltre, lo Stato deve assicurarsi che le Regioni abbiano le adeguate risorse finanziarie per rendere i servizi disponibili, anche se la responsabilità per ogni deficit sostenuto resta in capo alle Regioni. Tuttavia, nonostante questa responsabilizzazione, le Regioni hanno ancora un limitato potere fiscale dato che la tassazione è ancora piuttosto centralizzata; infatti, il SSN è in gran parte finanziato attraverso la tassazione nazionale ed, in misura minore, da quella regionale, integrata con i ticket per l'assistenza farmaceutica ed ambulatoriale (1, 2).

Partendo da questo quadro di riferimento, nel seguente elaborato si andranno a considerare le situazioni che si trovano ad affrontare i *policy-maker* a seguito dello *shock* che la crisi finanziaria globale ha rappresentato per il settore sanitario, e quali dovrebbero essere le scelte che dovrebbero fare e quelle da evitare per affrontare al meglio la situazione.

Inoltre, verranno riportate le conseguenze che la crisi avrà sulla salute e sullo stile di vita della popolazione sia italiana, riferendosi al Rapporto Osservasalute, che globale, considerando le osservazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

In conclusione, verrà presentata l'iniziativa europea, denominata "Direttiva 24/2011" il cui scopo è quello di garantire la copertura sanitaria ai cittadini europei anche qualora si trovino in uno stato dell'unione diverso da quello di appartenenza.

La crisi finanziaria - La crisi finanziaria, iniziata nel 2007, irrompe prepotentemente nel contesto globale e per un sistema sanitario può essere considerata uno *shock*, essendo una situazione inaspettata, originata all'esterno del sistema, che produce una serie di effetti negativi sulla disponibilità di risorse e sui bisogni oltre che degli effetti incerti sulla domanda di servizi.

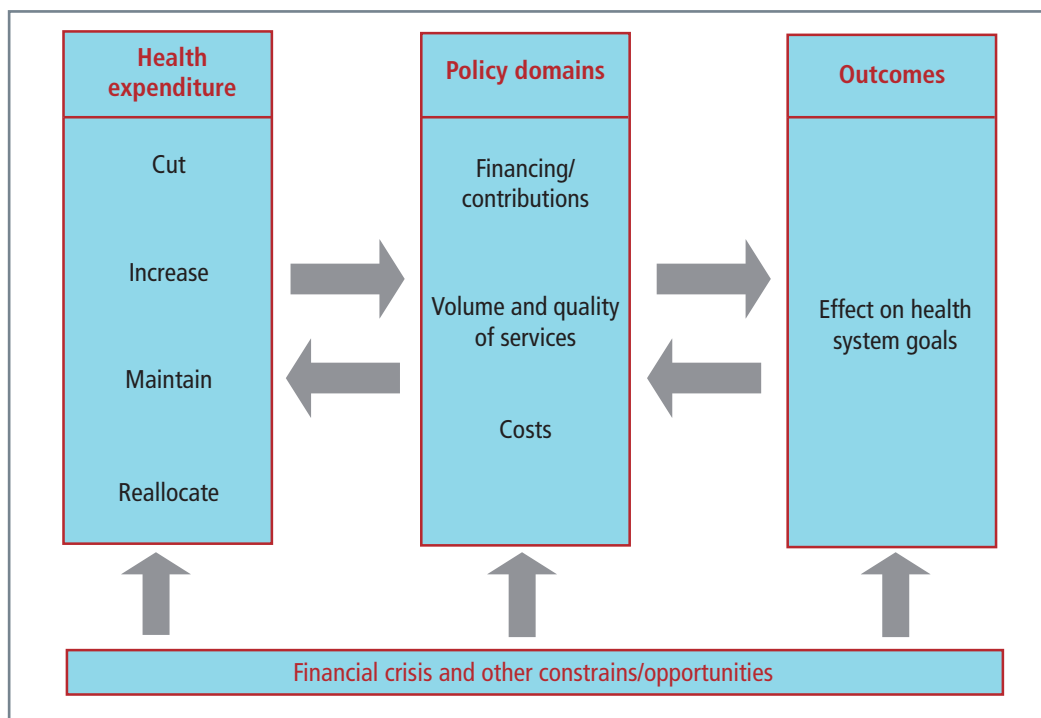
Gli *shock* economici come questo mettono i *policy-maker* di fronte a tre differenti si-

tuazioni collegate all'interruzione del finanziamento attraverso risorse pubbliche: difficoltà nel garantire il livello necessario di assistenza sanitaria; necessità di una maggiore quantità di risorse per far fronte ad alcune situazioni contingenti, quali ad esempio gli eventi avversi della disoccupazione sulla salute ed il taglio arbitrario dei livelli essenziali che può destabilizzare il sistema andando a ridurre la protezione finanziaria e l'accesso equo all'assistenza e la qualità dell'assistenza erogata.

I decisori politici, tuttavia, per la definizione delle *policy* sanitarie, da adottare in risposta alla crisi finanziaria, possono agire su tre dimensioni principali (Figura 1):

1. opzioni relative alla spesa sanitaria: i *policy-maker* possono decidere di mantenere, ridurre o accrescere l'attuale livello di spesa pubblica nel settore sanitario, ed in ogni caso possono scegliere se riallocare i fondi per incrementare l'efficienza o mutare l'accessibilità;
2. ambiti d'intervento delle politiche: essi si distinguono in base al livello di contribuzione ed alla qualità del finanziamento pubblico, oltre che per il volume e per i costi dell'assistenza finanziata con tali risorse. Le *policy* in questione possono incidere contemporaneamente su più aspetti;
3. *outcome*: i *policy-maker* nel prendere decisioni devono considerare l'impatto delle riforme proposte sul raggiungimento degli obiettivi del sistema sanitario. Tali obiettivi possono essere molteplici: stato di salute, protezione finanziaria, efficienza, equità, qualità, *responsiveness*, trasparenza ed *accountability* (3, 5).

Figura 1 - Principali dimensioni del framework per la definizione delle politiche sanitarie da adottare in risposta alla crisi finanziaria



L'OMS (2011) mette in evidenza che gli effetti sulla salute mentale della crisi economica devono essere affrontati con strumenti di *welfare* ed altre misure di politica, quali programmi di mercato del lavoro, che aiutino le persone a mantenere il proprio lavoro o a riguadagnarlo; programmi di supporto alle famiglie; politiche che portino ad un aumento dei prezzi delle bevande alcoliche ed a una restrizione della disponibilità di tali bevande.

Per quanto riguarda la salute degli italiani il pericolo, derivante dalla crisi finanziaria, si traduce in un aumento dei fattori di rischio, in una diminuzione dei servizi pubblici e, soprattutto, in un risparmio sull'attività di prevenzione. In più la crisi erode rapidamente la "rendita" del nostro Paese sia in termini di salute dei cittadini che sul versante sanitario. La situazione si sta avviando all'insostenibilità, soprattutto nelle regioni sottoposte a Piano di Rientro.

Il Rapporto Osservasalute 2011 riporta anche l'aumento della percentuale di pagamenti "out of pocket" nella spesa farmaceutica, nell'assistenza odontoiatrica e l'aumento dell'incidenza dell'edentulismo nel 2009, rispetto al 2008. La crisi è evidente anche nel ricorso ridotto ad altre abitudini salutari come assunzione di frutta e verdura durante i pasti e l'esercizio fisico. Inoltre, mentre aumentano il consumo di antidepressivi ed il numero dei suicidi, si riduce la mortalità per incidenti stradali e sul lavoro (4).

In Italia, tra i principali motivi per cui non si effettuano esami e/o visite mediche (Tabella 1) prevalgono gli ostacoli di natura economica e quelli legati alle liste di attesa, rispetto alle ragioni legate alla scarsità di tempo ed alla "attesa che il problema si risolva da solo" (Busilacchi, in corso di stampa).

Infatti, secondo le stime fatte da Quotidianosanita.it sulla base dei dati dell'Istituto Nazionale di Statistica, dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, del Ministero della Salute e delle Regioni, l'importo per i ticket che i cittadini avranno dovuto pagare nel 2012 per le prestazioni erogate dal SSN potrebbe raggiungere i 4,5 miliardi di euro, con una spesa media pro capite annua di circa €140 per i 32,4 milioni di italiani non esenti dal ticket (Dicembre 2011). Questo si associa alle misure nelle regioni in Piano di Rientro (3).

Tabella 1 - Principali motivi (valore percentuale) per cui non si effettuano esami e/o visite mediche in Italia ed in Europa

Motivazioni	Italia	Europa
Problemi economici	49	34
Liste d'attesa	20	14
Non ha tempo (lavoro o attività di cura)	2	13
Aspetta di vedere se il problema si risolve da solo	8	19

Infine, tra le principali paure che gli italiani hanno sul futuro della Sanità Pubblica, si riscontra al primo posto il timore che aumentino troppo le differenze di qualità tra le sanità regionali, seguito da quello per un'eccessiva interferenza della politica che danneggi in modo irreparabile la qualità della sanità. Di seguito sono riportati i dati completi ripartiti per area geografica (Tabella 2) (5).

Tabella 2 - Aspetti (valore percentuale) che gli italiani temono di più per il futuro della sanità italiana per ripartizione geografica

Aspetti	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud ed Isole	Totale
Che aumentino troppo le differenze di qualità tra le sanità regionali	31,6	24,2	38,2	42,6	35,2
Che l'interferenza della politica danneggi in modo irreparabile la qualità della sanità	29,5	41,2	36,2	35,2	35,0
Che problemi di disavanzo rendano indispensabili tagli all'assistenza	23,6	35,2	18,7	14,4	21,8
Che non si sviluppino le tipologie di strutture e servizi necessarie (es.: assistenza territoriale, domiciliare)	16,0	11,4	15,9	24,7	18,0
Che l'invecchiamento e la diffusione delle patologie croniche producano un intasamento delle strutture e dei servizi	19,1	14,3	23,7	11,0	16,3

Nota: il totale non è uguale a 100 perchè sono possibili più risposte.

La “Direttiva 24/2011” - In ambito europeo, va sottolineato come si stia cercando di favorire iniziative che garantiscano la più alta qualità di cure possibile a tutti i cittadini dell'Unione, tra queste va segnalata la cosiddetta “Direttiva 24”. Questa direttiva è volta a garantire la copertura sanitaria ai cittadini europei anche qualora si trovino in uno stato dell'unione diverso da quello di appartenenza, il quale si farà carico dei costi delle prestazioni erogate. Gli obiettivi di questa direttiva sono quelli di aiutare i pazienti ad esercitare i propri diritti di rimborso per le cure ricevute in un Paese dell'Unione Europea dal proprio, garantire uniformità nella sicurezza e nella qualità dei servizi su tutto il continente e definire una forma di cooperazione formale tra i vari Paesi. Inoltre, è prevista l'attivazione di “National contact point” per aiutare i pazienti a prendere decisioni informate sulla propria salute. Lo Stato di appartenenza del paziente sarà tenuto a pagare solo per quelle prestazioni di cui il cittadino avrebbe usufruito gratuitamente sul territorio del proprio Paese e le condizioni richieste per eseguire il trattamento nel Paese di origine dovranno essere applicate anche all'estero.

Riassumendo, il drammatico scenario che si pone di fronte all'Italia ha due componenti principali. Da un lato, l'economia non cresce facendo sì che non vi siano risorse aggiuntive né per il settore privato né per il pubblico per soddisfare le crescenti esigenze ed aspettative della popolazione. Dall'altro lato, l'Italia deve migliorare l'equilibrio pubblico per evitare un *default* finanziario. Questa cupa situazione fornisce il *background* che la politica sanitaria italiana si è trovata ad affrontare negli ultimi 2 anni (6).

Per far fronte a questa crisi i decisori potrebbero esser tentati d'introdurre strumenti che, pur riducendo la spesa, rischiano di minare gli obiettivi del sistema sanitario. Tra di essi si possono annoverare: la riduzione della portata dei servizi essenziali garantiti, la riduzione della copertura della popolazione, l'aumento dei tempi di attesa per i servizi essenziali e l'attrito con i dipendenti del settore sanitario a causa della riduzione dei salari e/o conflitti intergenerazionali (tempo indeterminato/precari).

Al contrario, sarebbe più opportuno implementare strumenti che consentono di promuovere gli obiettivi del sistema sanitario, quali: l'aumento del *risk pooling*, l'*health technology assessment* per supportare la definizione delle priorità associato all'*accountability*, al monitoraggio ed a misure di trasparenza; il controllo degli investimenti nel settore sanitario e delle misure di Sanità Pubblica per ridurre il *burden of disease*; la riduzione del prezzo dei farmaci associata all'utilizzo d'indicazioni di *cost-effectiveness* ed altre misure per promuoverne la prescrizione e la distribuzione razionale; l'integrazione e coordinamento dell'assistenza primaria e specialistica e dell'assistenza sanitaria e sociale (Euroobservatory, 2012).

Riferimenti bibliografici

- (1) Lo Scalzo A, Donatini A, Orzella L, Cicchetti A, Profili S and Maresso A. Italy: Health system review. *Health Systems in Transition* 2009; 11 (6).
- (2) Mangano A. An analysis of the regional differences in health care utilization in Italy. *Health & Place* 2010; 16 (2): 301-308.
- (3) de Belvis AG, Ferrè F, Specchia ML, Valerio L, Fattore G, Ricciardi W. The financial crisis in Italy: Implications for the healthcare sector. *Health Policy* 2012; 106 (1), 10-6.
- (4) de Belvis AG, Ricciardi W (a cura di). Rapporto Osservasalute 2011. Prex, Milano, 2012.
- (5) Mladovsky P, Srivastava D, Cylus J, Karanikolos M, Evetovits T, Thomson S, McKee M. Health policy in the Financial crisis. *Eurohealth incorporating Euro Observer*. 2012; 18 (1): 3-7.
6. Censis-Ricerca Biomedica. La crisi finanziaria in Italia: implicazioni per il settore sanitario. Roma, 2011.

Messaggi chiave

La crisi finanziaria, iniziata nel 2007, può essere considerata uno shock per il nostro sistema sanitario ed i *policy-maker* per farvi fronte possono agire su tre dimensioni principali: la spesa sanitaria, gli ambiti d'intervento delle politiche e gli *outcome*.

Per quanto riguarda la salute degli italiani il pericolo, derivante dalla crisi finanziaria, si traduce in un aumento dei fattori di rischio, in una diminuzione dei servizi pubblici e soprattutto in un risparmio sull'attività di prevenzione.

In Italia, tra i principali motivi per cui non si effettuano esami e/o visite mediche prevalgono gli ostacoli di natura economica e quelli legati alle liste di attesa, rispetto alle ragioni legate alla scarsità di tempo ed alla "attesa che il problema si risolva da solo".

In ambito Europeo, si sta cercando di favorire iniziative che garantiscano la più alta qualità di cure possibile e una di queste è la "Direttiva 24". Infatti, questa Direttiva è volta a garantire la copertura sanitaria ai cittadini europei anche qualora si trovino in uno stato dell'Unione Europea diverso da quello di appartenenza, il quale si farà carico dei costi delle prestazioni erogate.

Pertanto, i decisori dovrebbero implementare degli strumenti che, oltre a contrastare questa crisi, consentano anche di promuovere gli obiettivi del sistema sanitario, quali: l'aumento del *risk pooling*, l'*health technology assessment*; il controllo degli investimenti nel settore sanitario e delle misure di Sanità Pubblica per ridurre il *burden of disease* e la riduzione del prezzo dei farmaci associata all'utilizzo d'indicazioni di *cost-effectiveness*.

2.

Aspetti socio-demografici

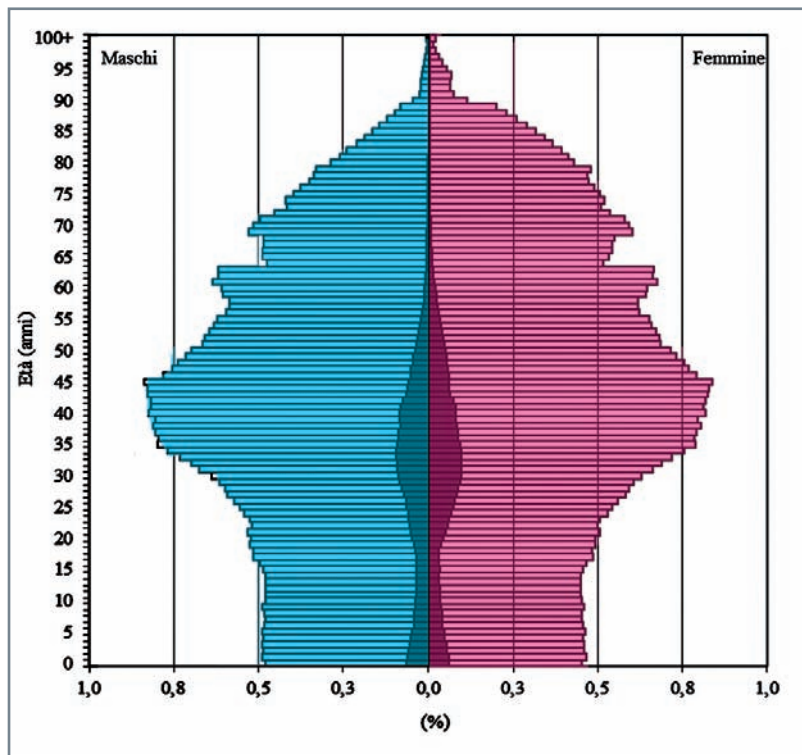
2.1 Struttura demografica

Descrizione della tematica - Per il dimensionamento e la programmazione dei servizi socio-sanitari fondamentale è l'analisi della struttura demografica della popolazione e la sua evoluzione nel tempo. Infatti, solo conoscendo la distribuzione per età e genere di una popolazione, è possibile adattare l'offerta sanitaria dei servizi, erogati sia dalla rete territoriale che ospedaliera, alla domanda di assistenza che ne deriva.

In particolare, nella pianificazione dei servizi influiscono in modo determinante le fasce di popolazione "fragili", come la popolazione "anziana" (65-74 anni) e "molto anziana" (75 anni ed oltre) che è quella maggiormente esposta al rischio di malattie gravi ed invalidanti, che richiedono un tipo di assistenza sanitaria articolata in più servizi ed in più figure professionali. Questo segmento di popolazione interessa in modo particolare il nostro Paese in quanto, una caratteristica dell'Italia, è proprio la forte tendenza all'invecchiamento (a livello nazionale si registra la presenza di una persona di 65 anni ed oltre ogni cinque residenti e poco più di una persona di 75 anni ed oltre ogni dieci residenti).

Oltre alla popolazione anziana e molto anziana importante è quantificare anche la quota della popolazione straniera, che in base alla struttura per età si differenzia da quella che caratterizza la popolazione italiana con evidenti conseguenze sui bisogni e sulla domanda, ed il tasso di fecondità che richiede la presenza sul territorio di servizi specialistici.

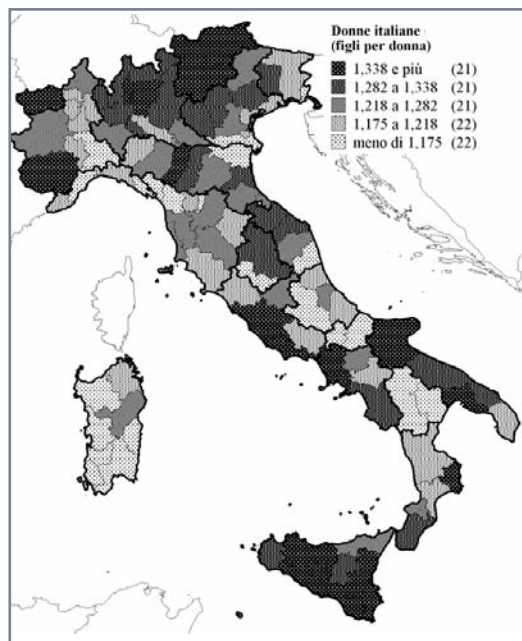
Grafico 1 - Piramide per genere ed età: Italia
Situazione al 1 gennaio 2010



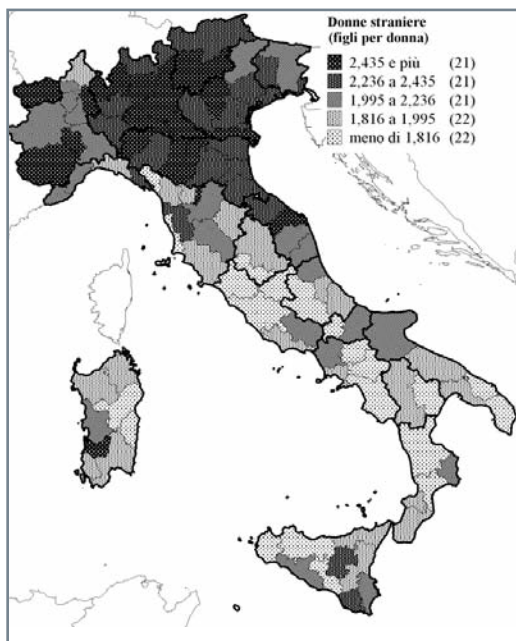
Nota: all'interno della piramide, nella parte centrale in colore più scuro, è rappresentata la popolazione residente straniera.

Fonte dei dati: Rapporto Osservasalute 2011 - Di Giorgio, Heins, Rinesi - Elaborazioni su dati Istat disponibili nel sito www.demo.istat.it. Anno 2011.

Tasso di fecondità totale delle donne italiane per provincia. Anno 2009



Tasso di fecondità totale delle donne straniere per provincia. Anno 2009



Analisi dei dati - Per rappresentare graficamente la struttura della popolazione residente nel nostro Paese, è stata elaborata la tradizionale “piramide” che mostra, nel complesso, la composizione dei cittadini per genere, età e cittadinanza (Grafico 1). Dall’analisi della forma assunta da tale piramide si evidenzia come il processo d’invecchiamento della popolazione risulta piuttosto avanzato. Infatti, la quota dei giovani sul totale della popolazione è estremamente contenuta, mentre il peso dei cittadini anziani e molto anziani è consistente. Complessivamente, il dato italiano della popolazione di 65-74 anni corrisponde al 10,3% (*range* 13,0-8,3%) della popolazione residente, mentre quella di 75 anni ed oltre al 10,0% (*range* 13,9-7,6%). Le regioni che detengono, ormai da tempo, il primato di regione più vecchia e più giovane d’Italia sono, rispettivamente, la Liguria e la Campania, che in ragione di tale diversità demografica dovrebbero presentare una diversa offerta di servizi, con conseguente diversa ripartizione delle spese in fase di programmazione.

Da osservare è anche il rapporto tra generi, che sottolinea lo sbilanciamento a favore delle donne che godono di una sopravvivenza più elevata. Nel dettaglio, la quota di donne rappresenta, a livello nazionale, il 53,6% della popolazione di 65-74 anni ed il 62,3% della popolazione *over* 75 anni.

All’interno della piramide, in colore scuro, è rappresentata la presenza di residenti stranieri che risulta maggiormente concentrata nelle età giovanili e centrali. Nello spe-

cifico, al 31 dicembre 2009, il peso relativo della componente straniera sul totale dei residenti è pari al 7,0% e presenta un trend in aumento. A livello territoriale la loro distribuzione risulta molto diversificata con percentuali più alte nelle regioni settentrionali e centrali e più contenute nel Mezzogiorno. Le comunità più numerose, per entrambi i generi, sono rappresentate da rumeni, albanesi e marocchini.

Per programmare l'offerta dei servizi sanitari specialistici, quali ad esempio il monitoraggio delle gravidanze e l'assistenza al parto, e per organizzare i servizi neonatologici e pediatrici, fondamentale è lo studio della fecondità nella popolazione di riferimento la cui osservazione costante nel tempo risulta particolarmente rilevante anche per conoscere l'andamento demografico.

L'Italia è uno dei Paesi europei dove i livelli di fecondità totale risultano tra i più contenuti. Nel 2009, il Tasso di fecondità totale (Tft) presenta un valore inferiore al livello di sostituzione (circa 2,1 figli per donna) che garantirebbe il ricambio generazionale ed in diminuzione rispetto all'anno precedente. Il Tft è, infatti, passato da 1,42 del 2008 a 1,41 del 2009 e le prime stime sul 2010 sembrano confermare questo trend. A livello territoriale, i valori più alti si registrano nel Settentrione, mentre le regioni del Sud e le Isole continuano a caratterizzarsi per un Tft decisamente contenuto. Importante, inoltre, è sottolineare che il comportamento riproduttivo, registrato con riferimento al nostro Paese nel suo complesso, è determinato oltre che dal comportamento delle donne italiane anche da quello delle donne straniere residenti il cui Tft si attesta su livelli superiori (2,23 figli per donna) rispetto a quello che caratterizza le donne con cittadinanza italiana (1,31 figli per donna). Molto marcata, come si evince dalla lettura congiunta dei due Cartogrammi, è anche la variabilità territoriale del dato di fecondità delle donne italiane e delle donne straniere in quanto, nelle province del Mezzogiorno, la quota di nati da madri straniere è minore rispetto ai valori che si osservano nelle province del Centro-Nord. Questa distribuzione sul territorio ricalca, sostanzialmente, la distribuzione della popolazione straniera residente nel nostro Paese.

Anche per quanto riguarda l'età media delle madri al parto, il cui valore nazionale, nel 2009, è pari a 31,8 anni (incremento di 0,7 anni rispetto al 2008), il comportamento complessivo della popolazione femminile è influenzata dall'età media al parto delle donne straniere residenti (28,0 anni) che risulta inferiore a quella delle italiane (31,8 anni).

2.2 Aspettativa di vita

Descrizione della tematica - Come confermato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'Italia si pone tra i primi Paesi al mondo in cui il tasso d'invecchiamento della popolazione è stato più intenso e veloce.

I dati demografici confermano, infatti, il costante incremento della vita media della popolazione italiana che ha caratterizzato tutto il secolo trascorso continuando ad aumen-

tare. Ciò è dovuto alla progressiva riduzione dei rischi di morte, con riferimento non solo alla mortalità generale, ma anche a quella infantile, grazie ai progressi compiuti soprattutto nel campo della medicina ed all'adozione di stili di vita salutari.

Presentazione dei dati

**Tabella 1 - Speranza di vita alla nascita per genere e regione
Anni 2006-2010**

Regioni	Maschi					Femmine				
	2006	2007	2008	2009*	2010*	2006	2007	2008	2009*	2010*
Piemonte e Valle d'Aosta	78,2	78,5	78,7	78,5	78,9	83,7	84,1	83,8	83,8	84,2
Lombardia	78,5	78,9	78,9	79,1	79,4	84,3	84,4	84,3	84,4	84,6
Bolzano-Bozen	78,8	79,3	79,2	79,8	80,0	84,6	84,9	85,2	85,4	85,5
Trento	78,6	78,9	79,2	79,4	79,7	84,7	85,1	85,0	85,3	85,2
Veneto	78,8	79,0	79,0	79,3	79,6	84,8	84,7	84,8	84,9	85,0
Friuli Venezia Giulia	78,1	78,6	78,5	78,7	79,1	83,9	84,2	84,1	84,3	84,5
Liguria	78,6	78,7	78,8	78,4	78,8	83,6	84,0	83,8	83,9	84,2
Emilia-Romagna	79,1	79,3	79,5	79,2	79,6	84,4	84,5	84,4	84,3	84,7
Toscana	79,2	79,3	79,4	79,6	79,9	84,6	84,6	84,5	84,5	84,9
Umbria	79,3	79,3	79,3	79,6	79,7	84,3	84,5	84,4	84,8	85,0
Marche	79,5	79,8	79,8	79,9	80,1	85,0	85,2	85,0	85,3	85,4
Lazio	78,1	78,6	78,9	78,9	79,0	83,6	84,0	84,0	83,9	84,2
Abruzzo e Molise	78,5	78,8	78,7	78,8	79,1	84,4	84,4	84,5	84,3	84,8
Campania	76,9	77,0	77,2	77,5	77,7	82,5	82,4	82,6	82,8	83,0
Puglia	78,9	78,8	79,2	79,2	79,7	83,9	83,7	84,1	84,0	84,4
Basilicata	78,1	78,5	79,2	78,8	79,3	83,3	83,6	83,9	84,5	84,5
Calabria	78,6	78,6	78,7	78,8	79,3	83,9	83,7	83,9	84,0	84,8
Sicilia	78,1	78,0	78,3	78,2	78,8	82,9	82,7	83,1	83,0	83,5
Sardegna	77,9	78,3	78,6	78,3	78,9	84,5	84,2	84,2	84,5	85,2
Italia	78,4	78,7	78,8	78,8	79,2	84,0	84,0	84,1	84,1	84,4

*Dati provvisori.

Fonte dei dati: Rapporto Osservasalute 2011 - Di Fraia, Spizzichino, Frova, Pappagallo, Egidi - Elaborazione su dati Istat disponibili nel sito <http://www.demo.istat.it/>. Anno 2011.

Analisi dei dati - L'analisi dei dati relativi alla speranza di vita alla nascita ha evidenziato che le donne, nell'anno 2010 (dati provvisori), possono aspettarsi di vivere, mediamente, 84,4 anni e gli uomini 79,2 anni. Si mantiene, quindi, il vantaggio femminile in termini di sopravvivenza, ma il divario continua a ridursi pur risultando ancora consistente (+5,2 anni a favore delle donne). Nell'arco temporale 2006-2010, la speranza di vita maschile è aumentata di 0,8 anni (78,4 vs 79,2 anni), mentre quella femminile è aumentata di 0,4 anni (84,0 vs 84,4). A livello territoriale, l'Italia presenta una situazione con forti differenziali. Infatti, la distanza tra la regione più favorita e quella meno favorita è di 2,4 anni per gli uomini e di 2,5 anni per le donne e per entrambi i generi i valori maggiori si osservano nel Centro-Nord.

Analoga situazione di vantaggio femminile si riscontra per la speranza di vita a 65 anni. Sono sempre le donne, infatti, a godere, nell'anno 2010, di una più elevata aspettativa di vita (+3,5 anni). Nel dettaglio, le donne possono aspettarsi di vivere ancora, mediamente, 21,9 anni e gli uomini 18,4 anni e la distanza tra la regione più favorita e quella meno favorita risulta più ridotta e pari, rispettivamente, a 2,1 ed a 1,7 anni. Anche per la speranza di vita a 65 anni i valori maggiori si riscontrano nel Centro-Nord.

2.3 Situazione della mortalità

Descrizione della tematica - Per definire lo stato di benessere di una popolazione e per orientare, in modo selettivo, gli interventi di Sanità Pubblica fondamentale è lo studio della mortalità, sia complessiva che per "gruppi" definiti di cittadini, e le relative modificazioni nel tempo.

Tabella 2 - Tasso standardizzato (per 10.000) di mortalità per regione e genere - Anni 2006-2008

Regioni	2006	2007	2008	2006	2007	2008
	Maschi			Femmine		
Piemonte	117,08	115,59	114,64	70,64	69,40	71,84
Valle d'Aosta- Vallée d'Aoste	121,40	127,22	111,57	71,64	70,57	70,50
Lombardia	113,33	112,16	111,47	66,47	67,03	67,38
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>107,38</i>	<i>103,98</i>	<i>110,24</i>	<i>64,95</i>	<i>63,27</i>	<i>63,14</i>
<i>Trento</i>	<i>113,91</i>	<i>109,97</i>	<i>109,92</i>	<i>62,26</i>	<i>63,10</i>	<i>63,71</i>
Veneto	110,39	110,16	110,33	63,43	64,96	64,59
Friuli Venezia Giulia	115,00	110,26	114,75	68,26	67,26	68,77
Liguria	113,98	112,28	112,01	70,13	68,04	69,89
Emilia-Romagna	107,08	106,27	106,04	65,35	66,18	66,50
Toscana	107,14	107,20	107,88	64,01	65,66	67,88
Umbria	106,76	106,87	108,00	64,24	65,18	66,81
Marche	103,40	103,14	102,84	61,75	61,31	62,68
Lazio	114,06	110,94	108,58	70,93	69,85	70,04
Abruzzo	107,40	108,18	106,56	64,88	66,58	64,49
Molise	111,78	107,56	114,00	67,77	64,83	64,53
Campania	124,01	124,53	122,16	78,88	81,79	79,47
Puglia	109,20	111,46	107,96	70,56	72,66	69,55
Basilicata	114,05	109,50	106,00	70,56	70,63	68,22
Calabria	109,00	109,78	107,89	69,44	71,72	70,44
Sicilia	114,90	116,88	115,13	77,53	79,06	76,57
Sardegna	112,36	107,99	107,00	65,35	66,54	67,40
Italia	112,56	111,85	110,92	68,73	69,44	69,46

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

Fonte dei dati: Rapporto Osservasalute 2011 - Di Fraia, Spizzichino, Frova, Pappagallo, Egidi - Istat. "Indagine sui decessi e cause di morte". Anni 2006-2008.

**Tabella 3 - Tasso standardizzato (per 10.000) di mortalità per classe di età e regione.
Maschi - Anni 2006-2008**

Regioni	0-18			19-64			65-74			75+		
	2006	2007	2008	2006	2007	2008	2006	2007	2008	2006	2007	2008
Piemonte	3,58	3,61	3,34	27,80	26,27	25,76	215,07	207,20	201,09	918,18	921,52	922,16
Valle d'Aosta- Vallée d'Aoste	1,06	5,20	4,96	29,10	32,58	25,23	230,04	232,91	210,89	947,20	977,96	873,80
Lombardia	3,24	3,12	3,22	26,87	25,24	24,06	214,95	207,63	200,50	881,29	888,82	898,01
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>5,02</i>	<i>3,87</i>	<i>3,71</i>	<i>24,88</i>	<i>23,16</i>	<i>23,10</i>	<i>193,02</i>	<i>177,83</i>	<i>181,89</i>	<i>848,24</i>	<i>841,78</i>	<i>912,54</i>
<i>Trento</i>	<i>3,89</i>	<i>2,03</i>	<i>3,32</i>	<i>25,73</i>	<i>26,22</i>	<i>23,44</i>	<i>214,94</i>	<i>196,34</i>	<i>193,80</i>	<i>895,40</i>	<i>871,53</i>	<i>892,14</i>
Veneto	3,68	4,05	3,50	25,67	24,13	24,62	203,90	201,40	194,47	867,75	878,87	886,99
Friuli Venezia Giulia	3,24	2,04	2,57	29,10	26,51	27,70	219,41	212,18	216,78	878,96	853,19	891,24
Liguria	2,70	3,52	2,39	26,65	26,41	26,83	215,70	205,18	199,42	890,91	883,61	886,75
Emilia-Romagna	3,25	3,24	3,73	24,67	24,69	23,65	193,32	191,22	185,96	849,72	842,49	852,97
Toscana	3,40	3,12	3,38	24,44	24,21	24,05	193,61	189,33	182,44	851,50	859,81	877,11
Umbria	3,25	3,30	2,68	23,72	25,00	24,26	175,44	178,41	178,55	875,17	863,05	883,23
Marche	4,95	3,47	3,32	23,23	21,58	22,50	184,11	179,85	174,78	824,14	841,96	838,12
Lazio	4,24	4,19	3,71	28,39	26,28	25,66	209,18	204,60	200,19	883,47	867,73	850,70
Abruzzo	4,76	4,34	4,88	26,66	25,09	25,62	196,31	199,32	201,59	831,56	849,93	822,47
Molise	3,65	3,69	6,15	30,20	25,39	28,93	202,23	187,64	198,90	852,39	856,11	887,17
Campania	4,09	4,13	3,98	32,45	33,01	30,70	252,77	251,83	247,16	918,45	921,55	916,72
Puglia	3,47	4,24	3,74	25,37	25,51	24,41	200,10	196,93	190,69	860,88	889,21	864,26
Basilicata	3,43	1,51	5,05	27,20	27,47	24,54	219,47	219,15	201,99	881,34	829,57	823,03
Calabria	5,62	4,55	3,75	26,68	27,62	26,73	206,18	201,36	199,52	836,50	847,02	835,14
Sicilia	4,29	4,18	4,38	28,04	28,22	27,21	218,31	217,01	210,36	884,76	908,93	903,35
Sardegna	3,50	4,08	3,63	31,73	29,48	28,68	217,86	192,60	198,99	828,84	823,37	810,72
Italia	3,79	3,71	3,64	27,19	26,35	25,62	210,49	205,48	200,48	873,89	878,05	878,83

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

Fonte dei dati: Rapporto Osservasalute 2011 - Di Fraia, Spizzichino, Frova, Pappagallo, Egidi - Istat. "Indagine sui decessi e cause di morte". Anni 2006-2008.

**Tabella 4 - Tasso standardizzato (per 10.000) di mortalità per regione e classe di età.
Femmine - Anni 2006-2008**

Regioni	0-18			19-64			65-74			75+		
	2006	2007	2008	2006	2007	2008	2006	2007	2008	2006	2007	2008
Piemonte	3,38	2,37	2,59	14,33	13,67	13,68	103,75	102,15	101,32	601,85	596,22	625,90
Valle d'Aosta- Vallée d'Aoste	4,19	4,59	3,37	12,66	13,22	14,95	119,63	111,24	84,71	605,05	597,47	619,07
Lombardia	2,17	2,53	2,33	13,16	13,14	12,89	100,98	100,89	98,22	566,82	572,97	582,86
Bolzano-Bozen	2,24	1,95	2,39	12,31	11,19	11,06	83,29	84,90	80,57	576,84	563,73	567,55
Trento	2,73	1,86	1,62	12,66	11,14	12,29	105,86	98,58	96,08	512,89	545,39	547,69
Veneto	2,18	2,42	2,18	12,71	12,90	12,41	95,99	93,14	87,71	539,97	559,83	566,30
Friuli Venezia Giulia	1,69	1,34	1,03	15,79	14,94	14,66	115,12	107,62	96,72	552,05	556,60	590,80
Liguria	2,27	2,91	2,42	15,20	13,85	14,76	105,35	98,82	103,88	589,70	581,52	591,51
Emilia- Romagna	2,56	2,89	2,40	13,70	13,13	12,53	99,86	96,19	95,12	549,93	567,93	578,66
Toscana	2,59	2,18	2,20	12,64	13,03	12,67	89,54	94,65	96,55	554,52	566,00	592,88
Umbria	2,78	2,36	2,97	13,05	12,23	12,41	90,92	86,94	87,65	552,05	575,37	591,29
Marche	2,28	2,17	2,42	11,49	11,00	12,56	83,42	83,65	82,65	544,43	542,74	548,14
Lazio	2,60	2,47	2,62	13,70	13,59	13,37	105,68	104,60	103,79	609,42	598,88	603,59
Abruzzo	2,87	3,12	4,06	11,62	12,56	11,43	91,62	91,15	89,16	569,47	582,75	566,64
Molise	2,35	3,06	1,68	13,85	11,37	13,39	92,79	94,27	100,06	586,97	567,03	544,11
Campania	3,41	3,18	2,97	15,89	16,40	15,55	136,25	134,35	130,29	648,45	682,31	666,51
Puglia	3,08	3,30	2,64	13,08	12,99	12,64	105,00	107,53	98,76	609,47	631,66	609,33
Basilicata	2,14	1,16	3,17	13,70	11,41	11,96	103,12	117,69	106,50	609,12	611,38	587,85
Calabria	3,34	3,57	3,42	12,77	12,69	12,98	106,82	110,64	104,96	595,58	618,20	607,97
Sicilia	2,76	3,31	3,44	14,87	14,91	14,23	120,99	121,19	120,41	660,22	676,84	652,83
Sardegna	2,68	2,59	1,83	12,76	12,22	13,97	96,36	98,18	96,26	561,08	577,39	578,48
Italia	2,67	2,71	2,60	13,66	13,50	13,31	104,64	104,03	101,52	584,58	594,85	599,94

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

Fonte dei dati: Rapporto Osservasalute 2011 - Di Fraia, Spizzichino, Frova, Pappagallo, Egidi - Istat. "Indagine sui decessi e cause di morte". Anni 2006-2008.

Analisi dei dati - L'analisi del trend sulla mortalità complessiva ha evidenziato, nel periodo 2006-2008, un leggero calo della mortalità negli uomini (112,56 vs 110,92 per 10.000) ed una variazione di pari entità, ma di segno opposto, nelle donne (68,73 vs 69,46 per 10.000) verificatasi, soprattutto, tra il 2006-2007 (Tabella 2).

Analizzando la mortalità per età, che permette di evidenziare i rischi di morte nelle diverse fasi della vita, si registra nel periodo temporale considerato, una riduzione, per entrambi i generi, nelle prime tre classi di età oggetto dello studio (0-18, 19-64 e 65-74 anni) nettamente più marcata negli uomini. Oltre i 75 anni, invece, si inverte la tendenza e l'aumento dei tassi più consistente si registra per le donne (2,6% vs 0,6%). A livello geografico si osserva, per il genere maschile, una dinamica generalmente più favorevole al Nord ed al Centro nelle età <65 anni e meno favorevole al Sud tra i molto anziani. Anche per le donne la dinamica è analoga, ma i peggioramenti oltre i 75 anni sono più generalizzati e coinvolgono quasi tutto l'intero territorio.

In generale, la contrazione di mortalità che ha caratterizzato le età fino a 64 anni è il risultato della riduzione di tutte le principali cause di morte. Sono diminuiti, infatti, i rischi di morte per i tumori e per le malattie del sistema circolatorio, del sistema respiratorio e dell'apparato digerente, con un'intensità diversa a seconda del genere e dell'età.

2.4 Commenti e riflessioni

Struttura demografica ed aspettativa di vita

A cura del *Prof. Alessandro Rosina*

La popolazione italiana continua ad invecchiare come conseguenza dell'aumento della longevità e della persistente denatalità. L'immigrazione straniera, solo in parte, ha contenuto la riduzione della popolazione più giovane. Inoltre, il fatto che l'immigrazione sia più concentrata nelle regioni del Nord e che nel Mezzogiorno la natalità sia scesa sotto i livelli nazionali, sta producendo come esito un invecchiamento che diventerà progressivamente più accentuato e problematico nelle regioni del Sud.

Risulta, poi, sempre più importante distinguere tra "giovani" e "grandi" anziani. La questione dell'invecchiamento attivo - ovvero delle opportunità, godendo di buona salute, di continuare a lavorare per scelta ed in condizioni adeguate e/o di essere impegnati socialmente - riguarda la maggior parte delle persone nella fase più giovane dell'età matura. Si tratta di una fase che si sta estendendo sempre di più, arrivando fino agli 80 anni (ma con forte eterogeneità individuale), e che va tenuta ben distinta dalla fase più avanzata, quella cioè caratterizzata dalla perdita di autosufficienza. Le opportunità nella fascia giovane-anziana tenderanno ad aumentare nei prossimi decenni, favorite anche dal fatto che entrano in età matura coorti sempre più istruite. Questo influirà positivamente sia sui li-

velli di salute e di partecipazione all'attività lavorativa, ma anche su altri aspetti legati al benessere più generale.

Sostanzialmente diversa è, invece, la situazione dei cosiddetti “grandi anziani” (gli *over 80* anni). Dopo tale età, infatti, la gran parte delle persone comincia a presentare rilevanti limiti all'autonomia e si trova essa stessa ad aver bisogno stabilmente di assistenza. L'invecchiamento attivo anche qui conta, ma in modo indiretto. Ovvero, chi si è mantenuto fisicamente ed intellettualmente più operoso, vivendo magari anche in un ambiente relazionalmente più ricco e stimolante, tende a posticipare maggiormente il momento dell'entrata in condizione di disabilità e, quindi, a conservare il controllo della propria vita il più a lungo possibile. Resta, però, il fatto che l'aumento della longevità non è solo crescita di vita in buona salute e che, per le dinamiche demografiche in corso, non è in aumento solo la popolazione anziana, ma ancor più lo è la componente dei “grandi anziani”. In prospettiva, tale crescita risulta per il nostro Paese ancor più accentuata dalla persistente bassa fecondità. Il numero medio di figli per donna, pur moderatamente in salita grazie anche all'immigrazione, continuerà a rimanere sotto la media europea anche per la cronica carenza di politiche familiari e di sostegno ai giovani nei percorsi di autonomia e formazione di una propria famiglia. Riguardo agli aspetti qualitativi, l'aumento relativo dei grandi anziani rischia di diventare ancor più problematico per il rallentamento recente dell'aspettativa di vita in buona salute e per la carenza di politiche adeguate per la non autosufficienza. Soprattutto sul versante delle donne si osserva un recente peggioramento che sembra dovuto ad un aumento della disabilità grave, ovvero della perdita totale di autonomia in almeno una delle funzioni fondamentali della vita.

Il fatto che in Italia la rete di solidarietà familiare sia ancora relativamente solida fa sì che, molto spesso, gli anziani vivano in prossimità abitativa con qualcuno dei figli e beneficino non solo della loro disponibilità a farsene carico, ma anche di relazioni affettive intense con figli e nipoti. Se da un lato esiste una maggior offerta di aiuto e sostegno reciproco legati a caratteristiche culturali dall'altro, la carenza di adeguate politiche accentua la domanda di aiuto che rischia di creare sovraccarico sulle famiglie. Vari studi hanno mostrato come un potenziamento del sistema di *welfare* pubblico, in particolare sul versante dei servizi, non riduca, ma anzi favorisca, i flussi di aiuto tra generazioni, con beneficio sia da parte di chi eroga che di chi riceve.

Situazione della mortalità

A cura della *Dott.ssa Stefania Salmaso*

Come già osservato altrove la mortalità generale continua il suo trend storico decrescente: dal 1980 al 2008 la mortalità generale si è quasi dimezzata passando da 162,2 a 85,8 decessi per 10.000, fra gli uomini, e da 156,1 a 83,6 per 10.000 fra le donne. I dati presentati per 3 anni di calendario (2006-2008) sono in linea con l'osservazione. Da altre

fonti sappiamo che la gran parte delle cause di morte ha concorso a tale riduzione, ma non tutte e non nella stessa misura. (Per una disamina sintetica rimandiamo al contributo di S. Conti, M. Masocco, G. Minelli in *La salute degli italiani nei dati del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute*, Istituto Superiore di Sanità, *Rapporti ISTISAN*: 12/5).

Il continuo processo d'invecchiamento della popolazione ha modificato, nel tempo, la struttura della mortalità per causa ed età. Il decesso, sempre meno probabile in gioventù ed in età adulta, è un evento che va progressivamente spostandosi verso età più elevate (il 49% di tutti i decessi nel 2008 ha interessato la classe di età 65-84 anni ed il 37% la classe di età 85 anni ed oltre). È nelle classi di età più anziane che si registra un numero di decessi sempre crescente nel tempo, cui si accompagna, di contro, una riduzione del tasso per l'aumentata proporzione di sopravvissuti nelle stesse classi.

Nonostante la mortalità sia il più robusto indicatore sanitario, i dati di mortalità, a livello nazionale, sono disponibili con un ritardo di 3 anni.

L'analisi per regione di residenza evidenzia ancora significative differenze territoriali, indipendenti dalle diverse strutture per età delle popolazioni poste a confronto. Le Marche si distinguono per essere la regione con i più bassi tassi di mortalità generale; nel 2008, fra gli uomini marchigiani si registra il tasso di mortalità più basso del Paese, significativamente minore rispetto al valore nazionale; anche fra le donne il tasso che si osserva nelle Marche è tra i più bassi.

Di contro, come già accadeva nel 2003, alla Campania spetta il titolo di regione con la più alta mortalità d'Italia sia per gli uomini che per le donne, con valori significativamente più elevati rispetto al resto del territorio.

Ad essa fa seguito la Sicilia: entrambe contribuiscono a rendere il valore medio osservato nel Sud d'Italia il più alto fra quelli medi delle altre ripartizioni geografiche.

Le differenze geografiche sono, principalmente, attribuibili al diverso impatto territoriale delle principali cause di morte tra la popolazione anziana, ma anche ad un'offerta sanitaria non equamente distribuita sul territorio nazionale.

Vanno messi a punto strumenti rapidi di monitoraggio della mortalità per guidare e monitorare gli interventi di contrasto agli eventi prematuri di morte.

Messaggi chiave

Struttura demografica ed aspettativa di vita

L'invecchiamento della popolazione risulterà più accentuato e problematico nelle regioni del Sud dove la natalità è scesa sotto i livelli nazionali e l'immigrazione straniera, che solo in parte ha contenuto la riduzione della popolazione più giovane, è più concentrata nelle regioni del Nord.

L'aumento della longevità non è solo crescita di vita in buona salute e, per le dinamiche demografiche in corso, non è in aumento solo la popolazione anziana, ma ancor più lo è la componente dei "grandi anziani" (gli over 80 anni). Dopo tale età la gran parte delle persone comincia a presentare rilevanti limiti all'autonomia e ad aver bisogno stabilmente di assistenza.

Il numero medio di figli per donna, pur se in aumento grazie all'immigrazione, continuerà a rimanere sotto la media europea anche per la cronica carenza di politiche familiari e di sostegno ai giovani nei percorsi di autonomia e formazione di una propria famiglia.

Situazione della mortalità

La mortalità generale continua il suo trend storico decrescente ed è un evento che va progressivamente spostandosi verso età più elevate. Ciò è il risultato della riduzione di tutte le principali cause di morte che hanno influito con un'intensità diversa a seconda del genere e dell'età.

3.1 Fattori di rischio

Descrizione della tematica - In questa sezione sono stati analizzati alcuni tra i principali fattori di rischio comportamentali e, quindi, modificabili degli italiani la cui presenza o compresenza, secondo vari studi epidemiologici, aumenta notevolmente la probabilità di sviluppare o di accelerare il decorso di diverse patologie, anche se la loro assenza non esclude la comparsa della malattia stessa.

I fattori di rischio esaminati sono:

- *fumo di tabacco*: il tabagismo rappresenta uno dei maggiori fattori di rischio per lo sviluppo di patologie croniche ed invalidanti, in particolare malattie cardiovascolari, respiratorie e neoplastiche. È per questo che il Servizio Sanitario Nazionale ha il compito di controllare questo fenomeno a tutela della salute dei fumatori e per la salvaguardia del benessere della collettività non fumatrice. Il fumo, inoltre, provoca importanti ripercussioni sull'economia dei Paesi essendo uno dei principali fattori responsabili delle spese in ambito sanitario. In Italia, grazie alla Legge sul divieto di fumo entrata in vigore nel 2003 ed alle tante campagne nazionali di prevenzione, sono stati raggiunti importanti obiettivi ma, per consolidare i risultati ottenuti e conseguirne di nuovi, bisogna continuare con la promozione di politiche socio-sanitarie mirate, principalmente, a prevenire l'iniziazione al fumo dei più giovani ed a "sostenere" chi vuole smettere;
- *alcol*: il consumo di alcol, oltre a provocare dannosi squilibri nutritivi e seri rischi di malnutrizione, può creare problemi di dipendenza e di tossicità. Di conseguenza, per una corretta programmazione sanitaria, fondamentale è conoscere le implicazioni di salute pubblica che ne derivano in modo da individuare adeguate politiche sanitarie che prevedano l'attuazione di campagne di prevenzione e di controllo finalizzate all'adozione di uno stile di vita più sano;
- *alimentazione*: la dieta mediterranea, tipica del nostro Paese, è un modello nutrizionale caratterizzato dal consumo di pasta e cereali, frutta e verdura, legumi, olio di oliva e, per gli adulti, dal consumo moderato di bevande alcoliche, essenzialmente in occasione dei pasti. Purtroppo, a partire dal *boom* economico degli anni Sessanta e Settanta, questo tipo di alimentazione è stata abbandonata perché ritenuta troppo povera e poco attraente rispetto ad altri modelli alimentari. Negli ultimi anni, invece, essendo stata di-

mostrata la “validità” della dieta mediterranea ed il suo effetto protettivo verso una serie di patologie cronico-degenerative, si sta assistendo e, promuovendo, il ritorno al consumo di quegli alimenti che la caratterizzano;

- *eccesso ponderale*: il sovrappeso e l'obesità, condizioni caratterizzate da un eccessivo accumulo di grasso corporeo dovuto, in genere, ad un'alimentazione scorretta ed ad una vita sedentaria, rappresentano un problema di Sanità Pubblica a livello mondiale. L'aumento di peso è, infatti, strettamente correlato alle principali patologie croniche che per morbosità, invalidità e mortalità incidono, in maniera significativa, sui costi economici e sociali che la società deve affrontare. Anche per questi fattori di rischio importante è monitorare il fenomeno nella popolazione per la pianificazione di strategie d'intervento caratterizzate da un approccio multisettoriale, con azioni di tipo comportamentale e sociale;

- *sedentarietà*: svolgere una regolare attività fisica di moderata intensità favorisce uno stile di vita sano con notevoli benefici sulla salute generale della persona. Infatti, l'esercizio fisico costante, preferibilmente di tipo aerobico (cammino, nuoto, bicicletta etc.), aiuta sia a prevenire l'insorgenza di diverse malattie croniche ed a ridurre la comparsa di eventuali complicanze che a favorire un maggior benessere psicologico, riducendo i livelli di stress, ansia e depressione. Promuovere l'attività fisica è, quindi, un'azione prioritaria di Sanità Pubblica che prevede la collaborazione attiva di tutte le strutture e le competenze interessate ma, soprattutto, la partecipazione responsabile della popolazione e della società civile.

Presentazione dei dati

Prevalenza (per 100) di persone di 14 anni ed oltre per abitudine al fumo per regione. Anno 2010

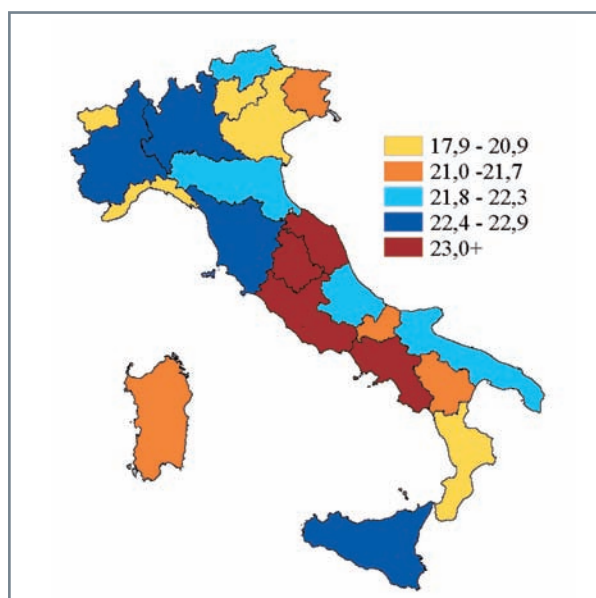
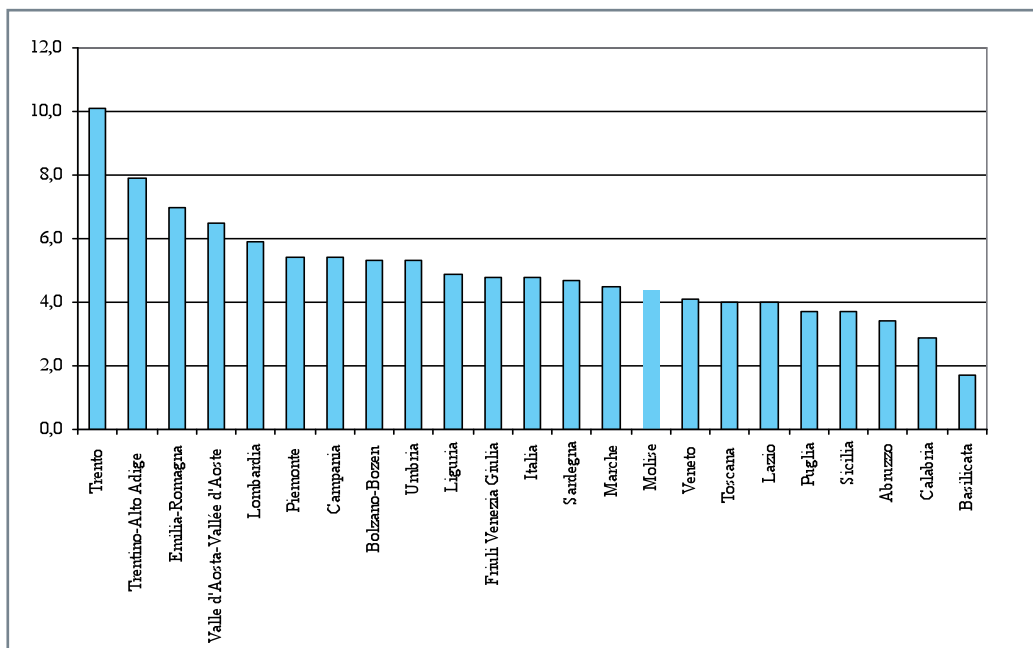
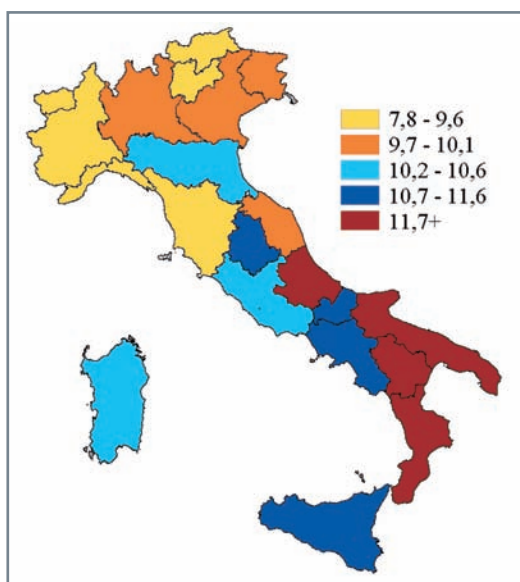


Grafico 1 - Percentuale di persone di 3 anni ed oltre della stessa zona per consumo di alcuni cibi (indicatore obiettivo: 5 o più porzioni al giorno di ortaggi, verdura e frutta) per regione. Anno 2009

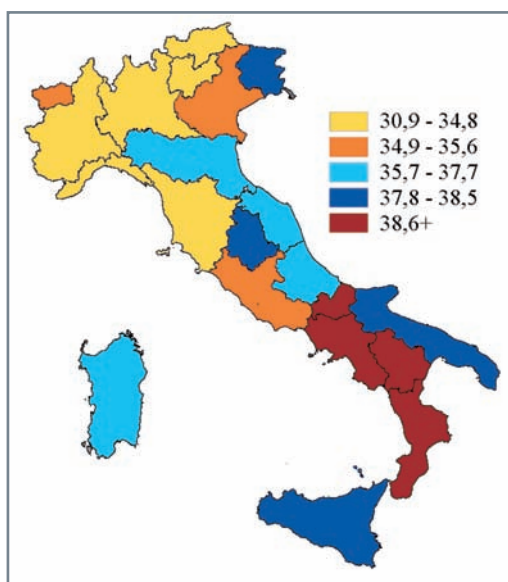


Fonte dei dati: Rapporto Osservasalute Anno 2011 - Turrini - Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2009.

Prevalenza (per 100) di persone di 18 anni ed oltre obese per regione. Anno 2010



Prevalenza (per 100) di persone di 18 anni ed oltre in sovrappeso per regione. Anno 2010



Analisi dei dati - Dallo studio dei dati è emerso quanto segue:

- *fumo di tabacco*: nel 2010, la quota di fumatori tra la popolazione di 14 anni ed oltre è pari a 22,8% e risulta, complessivamente, stabile negli ultimi anni. A livello territoriale, si riscontra una leggera prevalenza nell'abitudine al fumo nelle regioni centrali ed in alcune regioni meridionali. Lenta, ma in costante crescita, nel periodo 2001-2010, è la prevalenza di persone che hanno smesso di fumare (20,2% vs 23,4%). Anche il numero medio di sigarette fumate quotidianamente è in diminuzione. Il tabagismo, inoltre, è più diffuso nei giovani adulti, in particolare nella fascia di età 25-34 anni (32,3%) e, relativamente al genere, negli uomini rispetto alle donne. Da evidenziare sono i dati riguardanti i non fumatori e gli ex-fumatori che risultano inversamente distribuiti nei due generi. Infatti, esiste una netta prevalenza di non fumatori nelle donne (64,7%) rispetto agli uomini (38,3%), mentre tra gli ex-fumatori quest'ultimi sono quasi il doppio (30,7%) rispetto al genere femminile (16,7%);

- *alcol*: la prevalenza di consumatori a rischio negli adulti (19-64 anni) presenta un notevole svantaggio maschile (20,5% vs 5,3%) ed i consumi maggiori si registrano soprattutto nelle regioni settentrionali. Analoga differenza di genere si evidenzia anche considerando le tipologie di consumo a rischio, cioè la *binge drinking* (15,1% vs 3,9%) ed il consumo giornaliero eccedentario (8,5% vs 1,7%);

- *alimentazione*: per valutare la qualità della dieta sono stati analizzati i dati relativi al consumo di alimenti per tipologia. Da questo studio è emerso che, nel 2009, la proporzione di persone che assume almeno "5 o più porzioni al giorno di ortaggi, verdura e frutta" (indicatore obiettivo) (4,8%) presenta una flessione rispetto all'anno precedente (-0,9%) e che il ruolo della ristorazione collettiva (mensa) e commerciale (ristorante/trattoria) influenza positivamente lo stile alimentare globale. Questa flessione, verificatasi in un contesto di crisi economica globale, merita un'attenzione particolare evidenziando ancor più l'importanza di considerare la relazione della qualità della dieta non solo con la prevalenza di sovrappeso ed obesità, ma anche con la distribuzione della popolazione secondo le soglie di povertà;

- *eccesso ponderale*: considerando il periodo 2001-2010, la percentuale di persone di 18 anni ed oltre in condizione di sovrappeso o di obesità è aumentata progressivamente (sovrappeso 33,9% vs 35,6%; obesità 8,5% vs 10,3%). I dati analizzati e relativi all'anno 2010 evidenziano una prevalenza più alta di persone in eccesso ponderale nelle regioni meridionali. Inoltre, la quota di popolazione in condizione di sovrappeso o di obesità cresce con l'aumentare dell'età per poi diminuire lievemente negli anziani e risulta più diffusa tra gli uomini. Le differenze di genere potrebbero essere imputabili, in parte, al diverso comportamento rispetto alla frequenza del controllo del peso;

- *attività fisica*: essendo lo stile di vita sedentario responsabile, unitamente alla cattiva alimentazione, dell'eccesso ponderale, i dati relativi all'attività fisica hanno confermato il gradiente Nord-Sud osservato per il sovrappeso e l'obesità. Infatti, nelle regioni meridionali la prevalenza di coloro che dichiarano di svolgere attività fisica in maniera continuativa è

nettamente inferiore rispetto al Nord. In generale, rispetto al 2001, i dati del 2010 mostrano un andamento positivo poichè, in entrambi i generi, è aumentata la quota di persone che praticano sport in modo continuativo (uomini 23,1% vs 27,7%; donne 15,3% vs 18,1%) ed è diminuita la percentuale di sedentari, in particolare tra le donne (uomini 34,2% vs 33,5%; donne 46,1% vs 42,8%).

3.2 Prevenzione primaria e secondaria

Descrizione della tematica - Per rimuovere alcuni tra i principali fattori di rischio ambientali e comportamentali che gli studi epidemiologici hanno mostrato essere associati allo sviluppo di alcune gravi patologie, è necessario incentivare le attività di prevenzione primaria e secondaria.

Lo scopo della prevenzione primaria è quello di ridurre l'incidenza della patologia tenendo sotto controllo le abitudini di vita e può essere diretta a tutta la popolazione o a particolari categorie di persone considerate "ad alto rischio". Oltre alle campagne di educazione alla salute finalizzate all'adozione di stili di vita salutari, tra gli strumenti della prevenzione primaria rientrano anche i vaccini contro quegli specifici agenti infettivi (ad esempio, virus dell'epatite B e *Human Papilloma Virus*-HPV) che aumentano il rischio di sviluppare il tumore del fegato ed il cancro della cervice uterina.

Tra i programmi di prevenzione secondaria o diagnosi precoce rientrano gli screening in grado di diagnosticare la malattia allo stato iniziale ed asintomatico. Il fine della prevenzione secondaria è, quindi, di identificare la patologia in fase precoce poiché più tempestiva risulta la diagnosi più è probabile riuscire a modificare la storia naturale della malattia attraverso un trattamento efficace migliorando, di conseguenza, le prospettive di vita dei soggetti interessati.

Tale tipo di prevenzione dovrebbe essere erogata a tutta la popolazione bersaglio attraverso la diffusione di programmi di screening organizzati che, allo stato attuale delle conoscenze, sia mediche che scientifiche, risultano disponibili soltanto per alcune patologie oncologiche.

Nel 1968, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha stabilito i criteri universali in base ai quali una malattia, che interessa un'ampia parte della popolazione, è idonea ad essere oggetto di screening preventivo. Questi criteri sono:

- la malattia deve essere un reale problema di salute;
- deve esistere un trattamento idoneo a curare la malattia diagnosticata;
- deve essere riconosciuto uno stadio latente o devono essere riconoscibili i primi sintomi della malattia;
- lo screening deve essere universalmente accettato dalla popolazione.

Con questo tipo di screening si identificano più facilmente i tumori con una fase pre-clinica più lunga rispetto a quelli a crescita rapida. Ciò significa che i casi di cancro evi-

denziati dagli screening sono anche quelli che, per loro stessa natura, hanno una prognosi più favorevole.

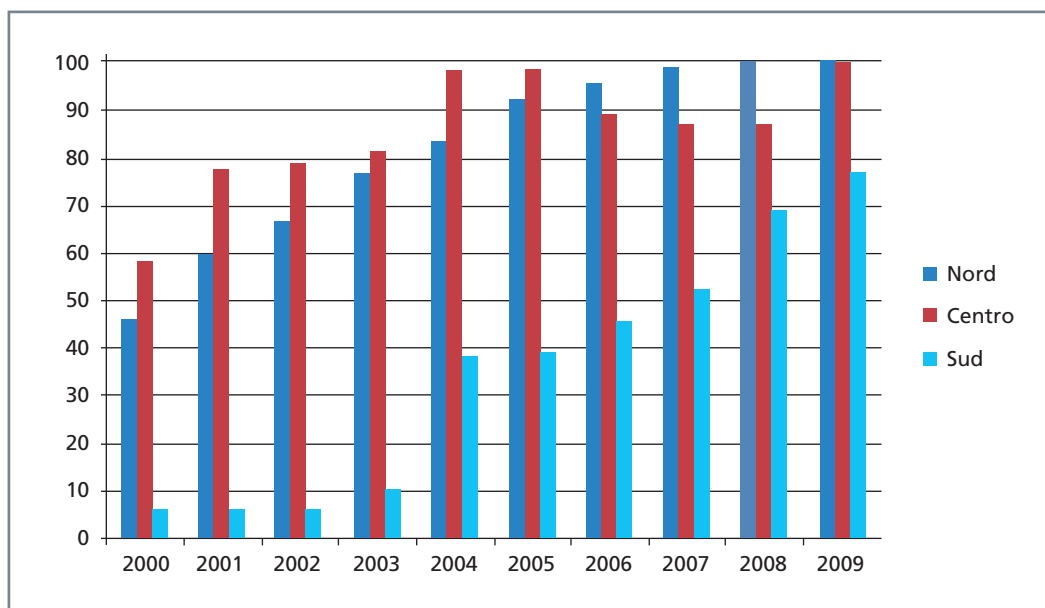
In generale, nelle regioni in cui l'adesione e la partecipazione consapevole dei cittadini alle campagne di prevenzione primaria e secondaria ha raggiunto buoni livelli, grazie anche al coinvolgimento di tutte le strutture sanitarie operanti nel territorio, i risultati attesi sono stati soddisfacenti facendo registrare, nel tempo, una riduzione sia del rischio che della mortalità ed un aumento, di conseguenza, della prevalenza e della sopravvivenza.

Le misure di prevenzione, però, non sono limitate solo alle fasi che precedono l'insorgenza della malattia oppure essere applicate quando la malattia è già presente, in quanto esiste anche una prevenzione, detta terziaria, che viene eseguita successivamente al suo manifestarsi e che prevede il controllo dopo intervento chirurgico o terapeutico.

In questa sezione, relativamente alle neoplasie femminili, sono stati oggetto di studio i dati relativi ai programmi di screening organizzati per il tumore della mammella e della cervice uterina mentre, per entrambi i generi, sono stati analizzati i dati dello screening per il tumore del colon-retto.

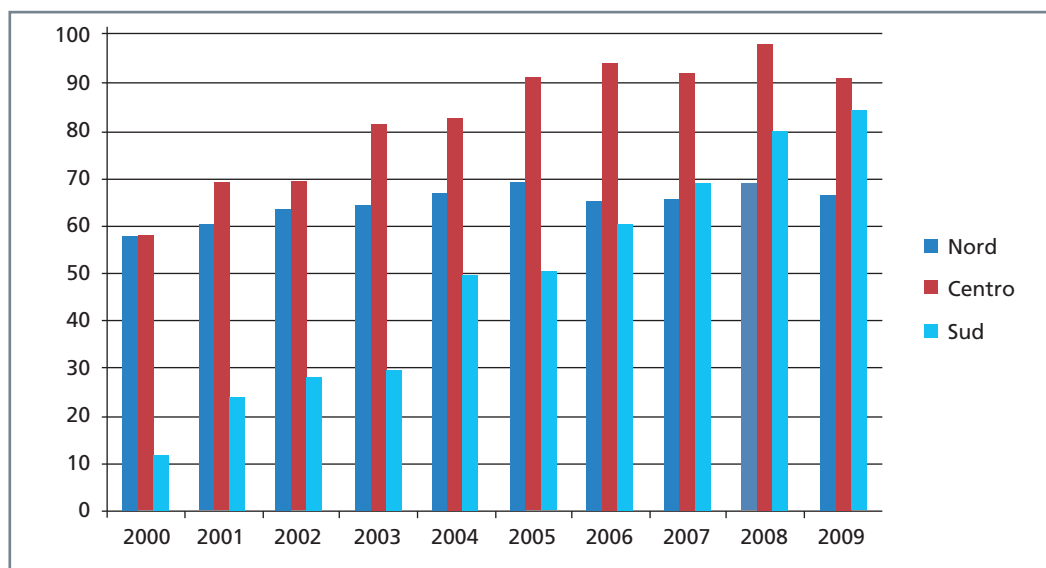
Presentazione dei dati

Grafico 1 - Percentuale di donne di 50-69 anni inserite in un programma di screening mammografico organizzato per macroarea - Anni 2000-2009



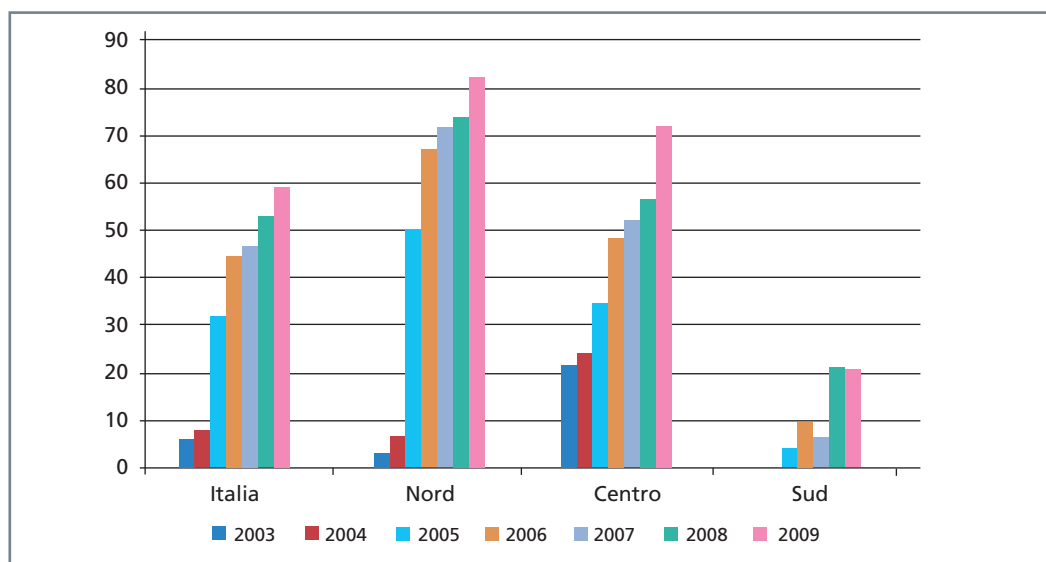
Fonte dei dati: Rapporto Osservasalute 2011 - Mancini, Giordano, Ponti, Ronco, Senore, Segnan - Osservatorio Nazionale Screening. Ottavo Rapporto. Anno 2009 (e precedenti edizioni). Per i dati del 2009: Osservatorio Nazionale Screening. Rapporto Breve. Anno 2010.

Grafico 2 - Percentuale di donne di 25-64 anni inserite in un programma di screening organizzato per il carcinoma della cervice uterina per macroarea - Anni 2000-2009



Fonte dei dati: Rapporto Osservasalute 2011 - Mancini, Giordano, Ponti, Ronco, Senore, Segnan - Osservatorio Nazionale Screening. Ottavo Rapporto. Anno 2009 (e precedenti edizioni). Per i dati del 2009: Osservatorio Nazionale Screening. Rapporto Breve. Anno 2010.

Grafico 3 - Percentuale di persone di 50-69 anni inserite in un programma di screening colorettaie organizzato per macroarea - Anni 2003-2009



Fonte dei dati: Rapporto Osservasalute 2011 - Mancini, Giordano, Ponti, Ronco, Senore, Segnan - Osservatorio Nazionale Screening. Ottavo Rapporto. Anno 2009 (e precedenti edizioni). Per i dati del 2009: Osservatorio Nazionale Screening. Rapporto Breve. Anno 2010.

Analisi dei dati - A livello nazionale, nel 2009, l'estensione teorica, cioè la proporzione della popolazione *target* (donne di 50-69 anni) che vive in un'area in cui è attivo un programma di screening mammografico, è pari a circa il 93%, mentre l'estensione effettiva, ovvero la proporzione della popolazione *target* realmente oggetto dell'invito, si attesta al 70,7%. Queste differenze, presenti in tutti i programmi di screening organizzati, sono dovute, principalmente, al fatto che la fase pratica ed operativa d'invito risulta più complessa.

Nel Grafico 1 è riportato l'andamento temporale, 2000-2009, dell'estensione teorica distinta per macroarea che, nell'ultimo anno esaminato, risulta completa nelle regioni del Nord e del Centro, mentre al Sud e nelle Isole i valori sono di poco inferiori all'80%, ma si osserva un considerevole incremento nel tempo.

Complessivamente, in Italia, l'estensione teorica dei programmi di screening organizzato per il carcinoma della cervice uterina nelle donne di 25-64 anni, si colloca intorno al 77%, mentre l'estensione effettiva raggiunge circa il 66%.

Nello specifico, a livello di macroaree, si osservano per l'estensione teorica valori superiori all'80% al Sud e nelle Isole ed inferiori al 70% al Nord, a causa della mancata attivazione dei programmi in diverse aree, mentre si registra una situazione inversa relativamente ai dati dell'estensione effettiva con valori minori al Sud e nelle Isole rispetto a quelli del Nord e del Centro.

In generale, dal confronto dei dati nel periodo temporale 2000-2009 (Grafico 2), si evidenzia per l'estensione teorica un incremento progressivo e costante con qualche eccezione, al Nord ed al Centro, negli anni tra il 2006-2009.

Per ambedue queste patologie oncologiche, inoltre, sono previsti specifici programmi di prevenzione primaria che comprendono, nello specifico, oltre all'adozione di corretti stili di vita (promozione di una dieta alimentare povera di grassi e ricca di frutta e verdura, l'abbandono del vizio del fumo, comportamenti sessuali sicuri ed uso del profilattico, disponibilità di vaccini anti-HPV) anche le visite specialistiche (ginecologo e senologo).

Relativamente ai programmi di screening colorettaie i risultati dell'indagine nazionale, nel 2009, evidenziano che l'estensione teorica della popolazione di età compresa tra 50-69 anni risulta pari a circa il 59%, mentre l'estensione effettiva si attesta su valori intorno al 40%.

Anche per lo screening del tumore colorettaie evidenti sono le differenze tra macroaree, con il Sud che risulta nettamente svantaggiato.

Infine, considerando l'arco temporale in esame (2003-2009), si osserva un trend in aumento.

3.3 Commenti e riflessioni

A cura del Dott. Giuseppe Ruocco

L'attuale quadro epidemiologico caratterizzato dalla prevalenza delle malattie cronicodegenerative ed il ruolo assunto nel loro determinismo da numerosi fattori, fra i quali quelli comportamentali o stili di vita, richiedono, prima ancora che s'instauri una patologia, di focalizzare l'interesse sulla promozione della salute, anche al fine di ridurre le disuguaglianze ed i costi sanitari e sociali. È necessario, dunque, sviluppare e rafforzare politiche e programmi che tengano in debito conto tutti i "determinanti della salute", attraverso l'attuazione di adeguate politiche "intersectoriali" a livello nazionale, regionale e locale.

L'attenzione deve essere centrata sulla prevenzione, riducendo i fattori di rischio a livello individuale ed agendo in maniera interdisciplinare ed integrata per rimuovere le cause che impediscono ai cittadini scelte di vita salutari. Sono noti diversi fattori che aumentano il rischio di sviluppare malattie, alcuni di essi modificabili, sui quali, pertanto, la prevenzione può intervenire, ed altri non modificabili. Un approccio "intersectoriale" e trasversale ai fattori di rischio consente di attuare interventi volti sia a modificare i comportamenti individuali non salutari, che a creare condizioni ambientali atte a favorire il cambiamento dello stile di vita.

Esistono prove scientifiche che la prevenzione primaria e secondaria per le malattie cardiovascolari ed il diabete, ad esempio, è non solo possibile, ma anche sostenibile dal punto di vista economico ed organizzativo. Interventi efficaci ma semplici, come smettere di fumare, aumentare l'attività fisica, migliorare l'alimentazione e moderare il consumo di alcol, permettono di ridurre sia le morti premature per malattie cardiovascolari sia la morbosità e la morbilità che queste malattie comportano. Per affrontare il contrasto a questi fattori di rischio con un approccio coordinato ed integrato, il Ministero della Salute promuove e coordina il Programma "Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari", una strategia nazionale basata sul principio della "Salute in tutte le politiche" ("Health in all policies"), con l'obiettivo di diffondere e facilitare l'assunzione di comportamenti che influiscono positivamente sulla salute della popolazione.

Il Programma promuove la salute come bene pubblico, attraverso l'integrazione tra le azioni che competono alla collettività e quelle che sono responsabilità dei singoli individui; si caratterizza per l'approccio trasversale ai fattori di rischio e la definizione di strategie intersectoriali, tra loro coordinate, per poter agire anche sui fattori ambientali e sui determinanti socio-economici che condizionano l'insorgenza delle malattie croniche.

Nell'ambito della prevenzione secondaria una idonea pianificazione contro l'insorgenza delle malattie croniche deve riguardare strategie ed obiettivi sia a livello di popolazione che d'individui con determinate caratteristiche, al fine di anticipare il più possibile la scoperta di uno stato morbosità. Gli obiettivi di prevenzione secondaria possono essere raggiunti mediante interventi di Sanità Pubblica di popolazione (screening) o mediante

un'attività d'iniziativa dei professionisti. Le misure di prevenzione individuale consentono d'individuare il soggetto ad alto rischio e d'inserirlo in un programma d'interventi, basati su valutazioni di *efficacy* (auspicabilmente "cost-efficacy").

La prevenzione terziaria, infine, si fa carico delle problematiche che insorgono durante il percorso di vita di chi ha sviluppato una patologia cronica, non solo al fine di ridurre i decessi per malattie, ma anche per garantire la continuità della presa in carico e migliorare la capacità di gestione delle stesse al fine di prevenire recidive e complicanze ed, in generale, di migliorare la qualità della vita del paziente, assicurando, ove opportuno, un supporto alle famiglie attraverso, ad esempio, l'assistenza domiciliare o il reinserimento sociale e lavorativo del paziente.

Alcuni di questi obiettivi sono ottenibili mediante il progredire delle conoscenze e l'innovazione tecnologica, ma è necessario assicurare a tutti i cittadini ciò che è già disponibile: appropriati approcci diagnostico-terapeutici, miglioramento dei programmi di *follow-up*, percorsi di presa in carico adeguati e continuità delle cure. Tale garanzia si deve attuare sia nella dimensione tecnico-professionale, mediante la diffusione ed utilizzo di protocolli adeguati, sia nella dimensione di adeguatezza ed integrazione operativa di strutture e servizi.

Come sottolineato anche dal Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012, in via di proroga, per lo sviluppo ottimale della gestione integrata delle malattie croniche appare fondamentale assicurare l'integrazione tra le diverse strutture assistenziali (strutture di assistenza primaria, ospedali, Pronto Soccorso, servizi specialistici etc.), il supporto alle cure primarie (*case management*), la valutazione dell'andamento della malattia e l'individuazione dei punti critici (*disease management*) ed il sostegno ed il rafforzamento delle risorse del paziente e della sua famiglia.

Messaggi chiave

Nell'ambito della prevenzione primaria e secondaria fondamentale è l'adesione e la partecipazione consapevole dei cittadini e di tutte le strutture sanitarie operanti nel territorio alle campagne di prevenzione primaria e secondaria.

Per ridurre i principali fattori di rischio comportamentali e, quindi, modificabili a livello individuale è necessario agire in maniera interdisciplinare ed integrata creando condizioni atte a favorire scelte di vita salutari.

Per identificare le patologie in fase precoce, invece, importante è favorire ed incentivare l'adesione ai programmi di screening poiché più tempestiva risulta la diagnosi più è probabile riuscire a modificare la storia naturale della malattia attraverso un trattamento efficace migliorando, di conseguenza, le prospettive di vita dei soggetti interessati..

4. Malattie croniche

4.1 Malattie metaboliche

Descrizione della tematica - Nei Paesi economicamente evoluti le malattie croniche su base metabolica e vascolare rappresentano, assieme ai tumori, i principali problemi di salute ad impatto socio-sanitario, oltre che le principali cause di morte nella popolazione generale.

Il diabete mellito e le sue complicanze sono al centro dell'attenzione dei decisori e degli operatori sanitari e di Sanità Pubblica per l'aumento della prevalenza registratosi negli ultimi anni: secondo i dati dell'Annuario Statistico Italiano (edizione 2010) dell'Istituto Nazionale di Statistica, infatti, è diabetico il 4,9% degli italiani, pari a circa 2 milioni 960 mila persone.

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. Nel tempo, l'iperglicemia e le alterazioni quantitativo/funzionali dell'insulina, possono compromettere la funzionalità di diversi organi ed apparati, con una notevole ripercussione sulla qualità di vita. Il tipo di diabete più frequente è il diabete "tipo 2" (85-95% dei casi) caratterizzato da insulino-resistenza, spesso associata ad obesità.

La malattia diabetica è uno dei maggiori fattori di rischio per le amputazioni dell'arto inferiore (circa il 60% di tutti gli interventi di amputazione). Analogamente, il piede diabetico si conferma tra le più importanti complicanze croniche della malattia, comportando il maggior numero di ricoveri ospedalieri ed un ingente peso economico.

Nel nostro Paese, più di 70.000 persone ogni anno utilizzano le strutture ospedaliere per l'assistenza alla malattia. L'assistenza al paziente diabetico richiede, pertanto, una rete di servizi integrati finalizzati alla prevenzione, diagnosi e cura della patologia e delle sue complicanze.

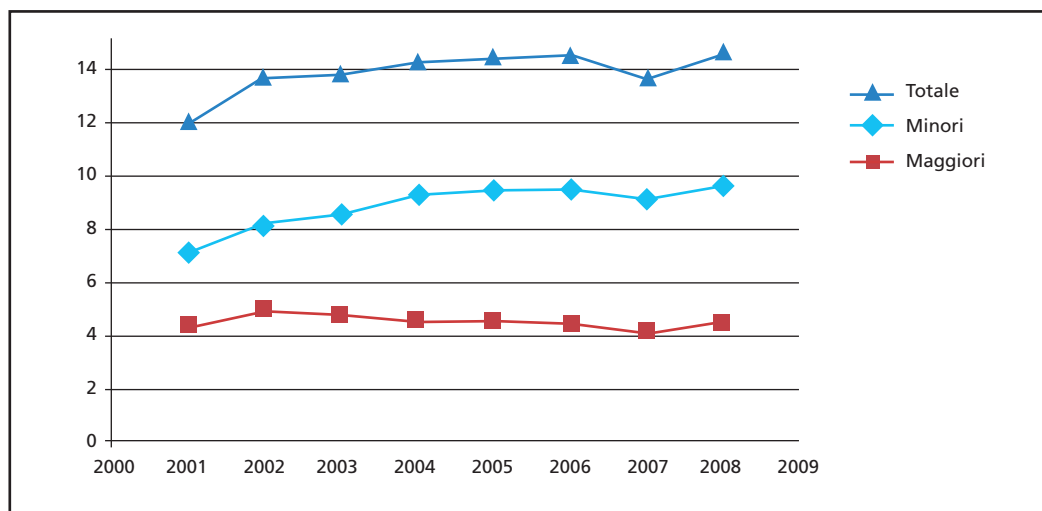
Presentazione dei dati

Tabella 1 - Tasso standardizzato (per 10.000) di dimissioni ospedaliere, da istituti pubblici e privati accreditati, per diabete mellito (diagnosi principale e secondaria), regime di ricovero e regione - Anni 2008-2009

Regioni	2008			2009		
	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale
Piemonte	53,52	12,52	66,04	53,44	9,21	62,58
Valle d'Aosta- Vallée d'Aoste	62,11	16,20	78,32	58,89	12,10	70,82
Lombardia	52,86	8,27	61,13	49,29	7,03	56,23
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>54,52</i>	<i>7,18</i>	<i>61,70</i>	<i>49,24</i>	<i>5,71</i>	<i>54,84</i>
<i>Trento</i>	<i>56,06</i>	<i>8,80</i>	<i>64,86</i>	<i>56,42</i>	<i>9,38</i>	<i>65,66</i>
Veneto	47,86	2,45	50,32	43,15	2,36	45,48
Friuli Venezia						
Giulia	54,99	5,83	60,82	53,94	5,71	59,60
Liguria	51,56	23,27	74,83	50,69	21,40	72,05
Emilia-Romagna	61,03	7,15	68,18	59,67	7,20	66,78
Toscana	52,01	10,45	62,46	52,73	9,26	61,92
Umbria	66,98	10,05	77,03	64,47	6,98	71,39
Marche	57,36	11,42	68,79	56,51	12,33	68,81
Lazio	72,43	18,12	90,55	70,36	18,18	88,30
Abruzzo	77,73	12,44	90,18	73,14	11,09	84,13
Molise	86,65	43,39	130,05	85,69	44,98	130,46
Campania	94,45	28,53	122,98	90,70	27,36	117,78
Puglia	103,29	39,46	142,75	102,56	31,05	133,25
Basilicata	75,81	40,62	116,43	78,54	41,91	120,15
Calabria	89,96	32,98	122,93	83,76	17,22	100,84
Sicilia	92,48	33,37	125,85	88,11	34,85	122,71
Sardegna	72,71	8,56	81,27	66,80	8,78	75,51
Italia	67,61	16,76	84,37	65,10	15,11	80,06

Fonte dei dati: Rapporto Osservasalute 2011 - Liguori, Parlato, Russo, Ugliano, Alfieri, Avolio - Ministero della Salute. SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2011.

Grafico 1 - Tasso (per 100.000) di dimissioni ospedaliere per amputazione all'arto inferiore nelle persone con diabete - Anni 2001-2008



Fonte dei dati: Rapporto Osservasalute 2011 - Maggini, Lombardo - Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2011.

Analisi dei dati - Sono di seguito riportate le principali evidenze emerse dall'analisi dei dati.

In Italia, nel 2009, con riferimento all'ospedalizzazione (tassi standardizzati di dimissione ospedaliera), la distribuzione dei valori per entrambe le tipologie di ricovero, Ricovero Ordinario (RO) e Day Hospital (DH), mostra che le regioni del Sud e le Isole presentano tassi di dimissione più elevati rispetto al dato nazionale (80,06 per 10.000), mentre le regioni del Centro-Nord hanno, prevalentemente, valori più bassi. Considerando separatamente i regimi di ricovero, si sottolinea che un elevato tasso di ricoveri in DH potrebbe non rappresentare necessariamente una cattiva assistenza territoriale, bensì essere riconducibile ad una particolare organizzazione dell'assistenza al cittadino diabetico.

Confrontando i dati dal 2005 al 2009, si evidenzia una costante diminuzione del tasso medio di dimissione per tutti i regimi di ricovero e sull'intero territorio nazionale, con un valore che varia da 92,21 (per 10.000) del 2005 ad 80,06 (per 10.000) del 2009. Rispetto agli anni precedenti, dunque, si conferma il trend in diminuzione dovuto, probabilmente, ad un complessivo miglioramento della qualità delle cure territoriali.

Per entrambe le tipologie di ricovero, i tassi standardizzati di dimissione ospedaliera sono maggiori negli uomini, con un rapporto nazionale di circa 1,5.

Una delle principali complicanze croniche del diabete mellito è rappresentata dall'amputazione degli arti inferiori. Infatti, circa il 60% delle persone che ogni anno subiscono un intervento di amputazione ha il diabete. In Italia, nel periodo 2001-2008, il tasso di dimissione per amputazione è aumentato da 12,0 a 14,6 (per 100.000), con un andamento stabile per le amputazioni maggiori ed un trend in crescita per gli interventi di amputazione minore. Tale indice, inoltre, aumenta fortemente con l'età in entrambi i generi ed in tutte le classi di età, con una maggiore frequenza fra gli uomini rispetto alle donne. A livello territoriale, sia per il totale delle amputazioni che per quelle maggiori, si osserva un'elevata variabilità regionale senza, però, l'evidenza di un netto gradiente geografico fra macroaree.

4.2 Malattie cardio e cerebrovascolari

Descrizione della tematica - Le malattie cardiovascolari costituiscono ancora oggi, in Italia, uno dei più importanti problemi di Sanità Pubblica: esse, infatti, vengono classificate 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, inoltre, che chi sopravvive ad un evento acuto spesso diventa un malato cronico, con notevoli ripercussioni sulla qualità della vita e sui costi economici e sociali che la società deve affrontare.

In generale, le malattie cardio e cerebrovascolari sono fra i maggiori determinanti delle malattie legate all'invecchiamento, producendo disabilità fisica e disturbi della capacità cognitiva.

Importanti, al fine d'impedire o ritardare l'insorgenza di tali patologie, sono gli interventi preventivi cioè l'adozione di sani comportamenti legati allo stile di vita (ad esempio, sana alimentazione, attività fisica regolare ed abolizione del fumo di sigarette).

In questa sezione sono stati analizzati i dati relativi all'ospedalizzazione ed alla mortalità.

Presentazione dei dati

Tabella 1 - Tasso (specifico per alcune classi di età e standardizzato per 10.000) di mortalità per malattie ischemiche del cuore e regione. Maschi - Anno 2008

Regioni	45-54	55-64	65-74	75+	Tassi std
Piemonte	4,03	9,76	23,68	102,74	13,45
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	4,32	12,49	28,09	95,30	14,31
Lombardia	3,37	9,02	23,31	114,79	14,65
Trentino-Alto Adige*	3,75	7,92	25,50	135,81	16,61
Veneto	2,77	8,44	22,79	131,49	15,65
Friuli Venezia Giulia	2,63	8,74	24,77	133,76	15,83
Liguria	3,10	9,44	18,31	113,33	13,23
Emilia-Romagna	3,21	9,62	22,28	127,15	14,97
Toscana	2,16	8,96	21,65	111,27	13,18
Umbria	2,33	9,71	20,55	155,50	17,15
Marche	3,72	6,45	22,80	129,67	14,87
Lazio	3,70	10,83	27,03	131,22	16,41
Abruzzo	2,75	11,21	27,48	118,18	14,84
Molise	4,46	12,69	32,98	146,99	18,43
Campania	3,78	12,45	33,24	129,43	17,45
Puglia	2,83	9,00	19,56	98,55	12,38
Basilicata	2,44	12,51	25,29	100,92	13,58
Calabria	3,32	10,51	26,17	99,67	13,30
Sicilia	3,78	11,50	26,93	109,47	14,34
Sardegna	3,33	8,77	24,49	99,62	12,94
Italia	3,31	9,81	24,40	118,08	14,75

*I dati disaggregati per le PA Bolzano e Trento non sono disponibili.

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

Fonte dei dati: Rapporto Osservasalute 2011 - Giampaoli, Palmieri, Avolio - Istat. Health For All-Italia. Anno 2011.

Tabella 2 - Tasso (specifico per alcune classi di età e standardizzato per 10.000) di mortalità per malattie ischemiche del cuore e regione. Femmine - Anno 2008

Regioni	45-54	55-64	65-74	75+	Tassi std
Piemonte	0,60	1,96	7,32	70,22	6,46
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,00	2,56	5,54	73,78	6,54
Lombardia	0,60	2,01	6,93	88,73	7,88
Trentino-Alto Adige*	0,86	1,90	7,64	112,71	9,33
Veneto	0,61	1,71	7,04	99,45	8,41
Friuli Venezia Giulia	0,81	0,48	6,69	116,45	9,16
Liguria	0,26	1,97	7,34	80,92	6,98
Emilia-Romagna	0,53	2,17	7,89	99,94	8,36
Toscana	0,61	1,26	6,85	88,60	7,38
Umbria	0,64	2,46	8,08	118,81	10,01
Marche	0,37	1,88	6,89	102,28	8,47
Lazio	0,46	1,96	8,39	106,55	9,54
Abruzzo	0,75	1,48	8,23	94,65	8,27
Molise	1,33	3,64	13,36	90,86	9,04
Campania	0,95	3,52	13,16	104,39	10,54
Puglia	0,53	1,97	8,33	82,10	7,75
Basilicata	0,48	1,77	9,14	73,71	7,19
Calabria	0,71	2,09	10,13	80,38	7,77
Sicilia	0,68	2,74	11,09	78,80	7,95
Sardegna	0,64	2,15	8,83	66,44	6,58
Italia	0,62	2,09	8,34	91,48	8,22

*I dati disaggregati per le PA Bolzano e Trento non sono disponibili.

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

Fonte dei dati: Rapporto Osservasalute 2011 - Giampaoli, Palmieri, Avolio - Istat. Health For All-Italia. Anno 2011.

Analisi dei dati - Non è facile avere stime affidabili delle malattie cardiovascolari in quanto, per valutare il loro impatto, è necessario tener presente che una quota degli eventi acuti provoca la morte del paziente prima dell'arrivo in ospedale; pertanto, qual-

siasi indicatore che si basi solo sui ricoveri o solo sulla mortalità risulta incompleto, anche se fondamentale e necessario. L'analisi dei dati disponibili ha, comunque, permesso di evidenziare quanto segue.

I tassi di ospedalizzazione per le malattie ischemiche del cuore e per le malattie cerebrovascolari presentano una marcata differenza di genere risultando più elevati negli uomini. Nello specifico, nel 2009, per le malattie ischemiche del cuore i tassi negli uomini risultano più del doppio rispetto a quelli delle donne, mentre per le malattie cerebrovascolari si registrano differenze nei due generi con valori maggiori di circa il 38% negli uomini. Per questi gruppi di malattie, considerate nel loro complesso, continua il trend in diminuzione.

La mortalità per le malattie ischemiche del cuore colpisce, nel 2008, quasi il doppio degli uomini rispetto alle donne (uomini 14,75 per 10.000; donne 8,22 per 10.000). Da evidenziare è il trend in aumento per classe di età. Tale incremento si manifesta, maggiormente, nel genere femminile il cui tasso di mortalità risulta 148 volte maggiore nella classe di età più anziana (75 anni ed oltre) rispetto alla classe di età 45-54 anni, mentre nel genere maschile l'aumento risulta più contenuto (36 volte). Ciò conferma che, nelle donne, l'effetto dell'età è più importante che negli uomini.

4.3 Tumori

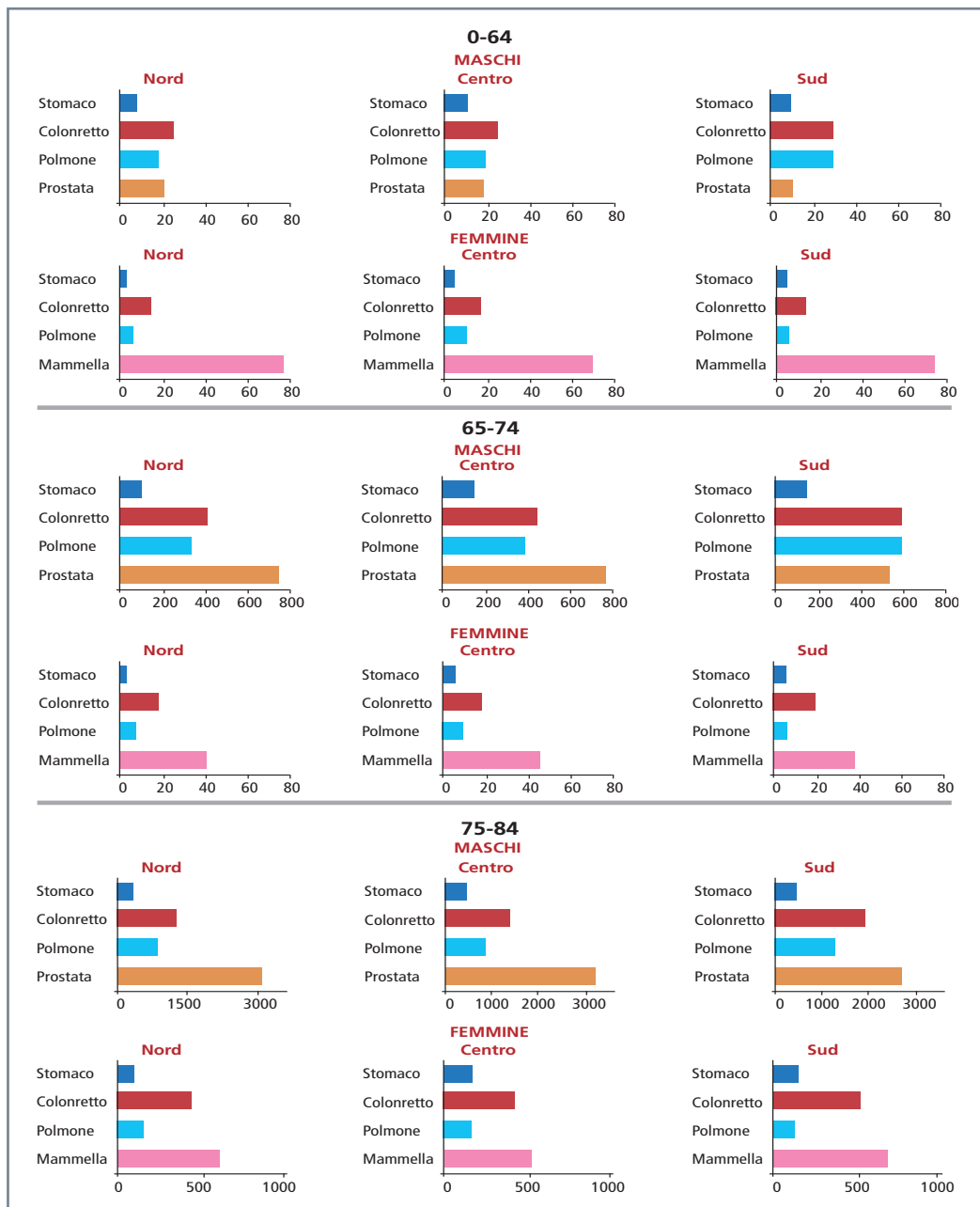
Descrizione della tematica - La patologia oncologica rappresenta un elemento rilevante per la descrizione dello stato di salute delle società moderne. In Italia, circa il 28% dei decessi è dovuto a patologie oncologiche ed, in relazione ai processi d'invecchiamento della popolazione, un numero crescente e rilevante d'individui ha la probabilità di contrarre la malattia nel corso della vita.

Negli ultimi decenni l'epidemiologia dei tumori si è fortemente modificata ed a ciò hanno concorso sia l'introduzione progressiva di efficaci misure terapeutiche, sia la migliorata attenzione diagnostica quando la malattia è al suo esordio o è asintomatica ovvero in fase subclinica (diagnosi precoce).

Per valutare l'andamento delle patologie oncologiche si utilizzano alcuni importanti parametri (incidenza, prevalenza, mortalità) la cui lettura trasversale consente di studiare e predire le dimensioni della malattia.

Presentazione dei dati

Grafico 1 - Tasso standardizzato (std europeo, per 100.000) d'incidenza per alcune sedi oncologiche, classe di età, genere e macroarea - Anno 2010



Fonte dei dati: Rapporto Osservasalute 2011 - Baili, Casella, Del Maso, Guzzinati - I tumori in Italia. www.tumori.net. Anno 2011.

Analisi dei dati - Viene di seguito riportata una sintesi delle risultanze dell'analisi dei dati disponibili.

In riferimento all'incidenza i dati indicano che, nel 2010, nella classe 0-64 anni i tumori a più elevata incidenza sono per gli uomini il tumore del colon-retto al Centro-Nord e del polmone al Sud, mentre per le donne il tumore della mammella in tutte le macroaree geografiche. Nella successiva fascia di età (65-74 anni) il tumore del polmone risulta essere ancora il più frequente tra gli uomini del Sud, mentre nel Centro-Nord prevale l'incidenza del tumore della prostata. Per le donne, invece, il tumore della mammella risulta ancora il più frequente in tutte le macroaree. Stessa situazione si riscontra nella classe di età più avanzata (75-84 anni) ad eccezione del tumore della prostata nelle aree meridionali, la cui incidenza risulta la più frequente..

Per quanto riguarda la prevalenza, nelle prime due classi di età considerate (0-44 e 45-59 anni) il tumore del colon-retto è il più prevalente tra gli uomini ed il tumore della mammella tra le donne. Anche nelle altre classi di età (60-74 e 75 anni ed oltre) per le donne la situazione rimane invariata, mentre per gli uomini la prevalenza maggiore si registra per il tumore della prostata. Questa situazione si riscontra in tutte le macroaree geografiche considerate (Nord, Centro, Sud ed Isole).

Per la mortalità nelle classi di età 0-64 e 65-74 anni, i tumori con tasso di mortalità più elevato risultano essere, in tutte le aree geografiche considerate, il tumore del polmone ed il tumore della mammella, rispettivamente, negli uomini e nelle donne. Nell'ultima fascia di età (75-84 anni), invece, negli uomini la mortalità maggiore è sempre dovuta al tumore del polmone, mentre nella popolazione femminile risulta più elevata la mortalità per il tumore del colon-retto.

Infine, le stime più recenti relative al 2012 confermano i tumori (175 mila decessi), quale seconda causa di morte (30%) dopo le malattie cardio-circolatorie (38%). A livello territoriale, le più colpite continuano ad essere le regioni settentrionali rispetto alle meridionali ma, complessivamente, migliorano le percentuali di guarigione: il 61% delle donne ed il 52% degli uomini. Una sopravvivenza particolarmente elevata si registra per i tumori più frequenti come quello alla mammella (87%) ed alla prostata (88%). Tale dato risulta favorito da una più alta adesione alle campagne di screening, che consentono di individuare la malattia in uno stadio iniziale, oltre che alla maggiore efficacia delle terapie.

4.4 Commenti e riflessioni

Malattie metaboliche

A cura del Prof. Renato Lauro

Oggi il Servizio Sanitario Nazionale è in larga parte organizzato per trattare patologie acute, mentre la medicina moderna deve misurarsi e mettere a punto procedure adeguate

per la diagnosi precoce ed il trattamento delle malattie croniche non trasmissibili. Un approccio diagnostico integrato incentrato sul paziente è in grado di definire al meglio le condizioni del paziente stesso consentendo, quindi, al medico di mettere a punto i percorsi di prevenzione e terapia più adeguati.

Il diabete è una delle principali cause di morbilità e mortalità nel nostro Paese, con le sue complicanze più rilevanti che sono la cecità, l'insufficienza renale e la cardiopatia ischemica. Merita considerazione il fatto che i dati epidemiologici attualmente a disposizione indicano una diversa prevalenza tra le regioni per il diabete di tipo 2 e l'obesità. In particolare, le regioni del Sud presentano prevalenze più elevate di quelle del Nord; questo fatto va studiato con attenzione essendo, sicuramente, dovuto a fattori modificabili su cui si può intervenire efficacemente con effetti benefici sia per la qualità della vita del paziente, che per l'impegno economico del sistema sanitario.

Tra l'altro, l'incidenza del diabete di tipo 2, come pure l'incidenza del diabete di tipo 1 in alcune zone del Paese, è in aumento e la diagnosi di malattia avviene sempre più precocemente.

Il diabete è una patologia complessa il cui sintomo principale è l'iperglicemia, ma fanno parte del quadro clinico obesità, dislipidemie ed ipertensione arteriosa: in altre parole i principali fattori di rischio responsabili dell'aterosclerosi e delle patologie cardiovascolari ad essa secondarie sono un problema sanitario di primaria importanza e gravità anche in Italia.

Il diabete può essere ritenuto a tutti gli effetti una malattia sociale perché, per le sue dimensioni epidemiologiche, investe la famiglia, le strutture sanitarie, l'assistenza ed il mondo del lavoro.

Di fronte ad una situazione di questo tipo è necessario che vengano poste in atto misure sufficienti a ridurre il numero di soggetti affetti, migliorare l'aspettativa e la qualità di vita (riducendo il rischio di complicanze costose ed invalidanti) e razionalizzare la spesa in modo da garantire risorse alla prevenzione senza intaccare il diritto alle cure più moderne ed efficaci. Un programma di così ampia portata ed ambizione ha bisogno di essere accuratamente tracciato e governato soprattutto attraverso il monitoraggio della raccolta dei dati.

In questa logica si possono identificare alcune linee di azione irrinunciabili:

1. creare consapevolezza nella popolazione generale e responsabilità tra i gestori politici relativamente alla serietà del problema e sulle possibilità di un'azione preventiva efficace, anche alla luce della Risoluzione delle Nazioni Unite sulle malattie non trasmissibili (NCDs), delle Delibere comunitarie e della *Copenhagen Roadmap*. Quest'azione non può non passare attraverso la creazione di nuove alleanze, con il coinvolgimento dell'opinione pubblica e di tutte le Istituzioni politiche, governative, scientifiche, sociali e private;
2. definire programmi d'intervento caratterizzati da direttive nazionali, ma capaci di ricadere in modo coordinato a livello di Governo e della sanità regionale e locale;
3. misurare il valore del trattamento per il singolo paziente tenendo conto della complessità

della malattia e delle sue implicazioni sociali ed economiche al fine di garantire la necessaria evoluzione della strategia d'intervento;

4. valorizzare il sistema di cure specialistiche del nostro Paese, tra i più avanzati al mondo, promuovendo una corretta cultura di gestione integrata tra diabetologi e Medici di Medicina Generale;

5. creare consapevolezza nelle persone con diabete attraverso il coinvolgimento delle Associazioni dei pazienti.

La diagnosi tempestiva ed il costante controllo delle persone con diabete, grazie a terapie di qualità, riducono del 10- 25% il rischio di complicanze minori (danni agli occhi ed ai reni) e del 15-55% il rischio di complicanze più gravi (insufficienza renale cronica, patologia coronarica e perdita della vista). Inoltre, si stima che tali azioni siano in grado di ritardare di oltre 5 anni l'insorgere di complicanze e di prolungare la vita delle persone affette da diabete, in media, di 3 anni. Nel lungo termine, un simile miglioramento del quadro terapeutico consentirà una riduzione media dei costi di oltre il 30%.

Un elemento imprescindibile nel miglioramento della terapia del diabete è, quindi, la valutazione continua delle azioni intraprese nei vari Paesi e finalizzate alla prevenzione, al progresso ed alla cura della patologia, ad ogni livello territoriale. Ciò consentirà di stabilire parametri di misurazione delle prestazioni mediche, d'individuare casi di *best practice* e di sviluppare una competizione "costruttiva" necessaria per promuovere il cambiamento.

Malattie cardio e cerebrovascolari

A cura del Prof. Filippo Crea

Il dato epidemiologico più rilevante emerso negli ultimi anni a proposito delle malattie cardiovascolari è che circa il 90% degli eventi cardio e cerebrovascolari ha cause ambientali note. Oltre ai fattori di rischio tradizionali (diabete, dislipidemia, ipertensione e fumo), ne sono emersi altri che sono eliminabili e modificabili semplicemente cambiando lo stile di vita (obesità, sedentarietà, dieta povera di pesce e verdura ed isolamento sociale). Pertanto, azzerando questi fattori di rischio sin dall'infanzia, si potrebbero sradicare le malattie cardiovascolari dal pianeta, così come è stato con i vaccini per numerose malattie contagiose. Siamo ancora lontani da questo ambizioso obiettivo perché gli investimenti nella prevenzione, soprattutto in età pediatrica, sono del tutto inadeguati.

Se si fallisce nella prevenzione in circa un quarto dei pazienti l'esordio delle malattie cardiovascolari è la morte improvvisa. Anche in questo caso è apprezzabile una forte carenza nell'attrezzare i luoghi affollati (dagli aeroporti, alle stazioni, alle scuole ed ai supermercati) con defibrillatori ed anche una forte carenza nell'educare i cittadini all'esecuzione del massaggio cardiaco (preferibilmente nelle scuole).

In circa la metà dei pazienti l'esordio delle malattie cardiovascolari è l'infarto acuto del miocardio. I risultati della terapia riperfusiva sono spettacolari se praticata entro poche

ore dall'inizio dei sintomi. Nel nostro Paese circa un terzo dei pazienti con infarto non viene trattato con terapia riperfusiva (fibrinolisi o angioplastica primaria) perché giunge troppo tardi in ospedale. La situazione è ancora più drammatica per i pazienti affetti da ictus.

Nel rimanente quarto l'esordio delle malattie cardiovascolari è rappresentato dall'angina stabile. In tutti questi pazienti la prognosi è fortemente influenzata dall'intensità con cui viene praticata la prevenzione secondaria, basata su uno stile di vita adeguato e sull'utilizzazione ottimale della terapia farmacologica. In questi pazienti, spesso, la terapia farmacologica non è utilizzata in maniera ottimale e si abusa, invece, degli interventi di rivascolarizzazione miocardica (angioplastica e bypass) che non modificano la prognosi nella maggior parte dei pazienti.

Un ultimo commento è sulla cardiopatia ischemica nelle donne. I dati epidemiologici europei più recenti dimostrano che le risorse diagnostiche e terapeutiche sono utilizzate meno efficacemente nelle donne che negli uomini, forse perché le malattie cardiovascolari sono considerate "maschili" e sono, quindi, meno sospettate e diagnosticate nelle donne.

In conclusione, le malattie cardio e cerebrovascolari sono la causa più frequente di morbosità e mortalità a livello mondiale. Il progresso delle nostre conoscenze ottenuto negli ultimi 20 anni è spettacolare, ma colpisce che queste conoscenze siano ancora lontane dall'essere utilizzate in maniera ottimale.

Tumori

A cura del Dott. Armando Santoro

Complessivamente in Italia vi sono 360 mila nuovi casi di tumore per anno con una prevalenza di oltre 2 milioni di casi. Tali numeri sono destinati ad aumentare progressivamente per una duplice ragione: l'incremento dell'età media della popolazione, della fascia cioè a maggior rischio di sviluppare un tumore, e la quota sempre maggiore di pazienti guariti o cronicizzati, grazie alle terapie oggi disponibili. Un'ulteriore problematica che si viene a creare in questo contesto è rappresentata anche da una maggiore complessità della patologia determinata dall'incremento dell'età media della popolazione affetta da cancro. È, infatti, ben dimostrato come l'aumento dell'età comporti un incremento progressivo delle patologie concomitanti (multimorbidity).

L'incremento progressivo della popolazione con patologia tumorale pone problematiche sempre maggiori nella gestione di tali pazienti, anche alla luce di una sempre maggiore attenzione alla sostenibilità della spesa sanitaria. Tale problema è accentuato dalla immissione in commercio di nuovi farmaci, prevalentemente biologici, con costi estremamente elevati. Inoltre, l'aumento della popolazione lungo-sopravvive (i cosiddetti *cancer survivors*) pone anche delle problematiche riguardo alla loro gestione ottimale sia in termini

di *follow-up* orientato all'evidenziare in maniera precoce eventuali recidive di malattia, che sull'attivazione di screening ottimali da eseguire e delle opportuni indagini orientate sugli effetti collaterali a distanza dei trattamenti eseguiti.

In sintesi, le problematiche emergenti possono essere così definite:

1. incremento dell'incidenza di patologia;
2. aumento della quota di pazienti anziani con patologia oncologica (multimorbidity);
3. gestione dei pazienti lungo-sopravvivenenti (*cancer survivors*);
4. sostenibilità della spesa sanitaria.

Le soluzioni da identificare sono complesse, a maggior ragione in un periodo di crisi economica con conseguente contrazione dei fondi dedicati alla salute.

Ovviamente, come segnalato in un recente editoriale di *The Lancet*, l'aumento della durata della vita media della popolazione va interpretato come un grande successo e non vissuto come un "problema economico".

È, quindi, necessario vivere tale condizione come una opportunità per attuare dei modelli innovativi di gestione complessiva della sanità.

Certamente uno sforzo va fatto non solo nell'incrementare l'adesione ai programmi di screening, ma anche attuando tutte quelle politiche di prevenzione primaria, quale attività fisica, lotta al sovrappeso, campagne antifumo e contro l'alcool che incidono in maniera fondamentale sulla durata e qualità di vita e non solo in senso oncologico. Inoltre, in una visione a lungo termine questo si può tradurre anche in un significativo risparmio della spesa sanitaria, come dimostrano vari modelli già valutati tipo l'esperienza californiana sulla lotta al fumo.

Un altro problema che dovrà essere affrontato è rappresentato dalla multimorbidity. La necessità di dovere gestire pazienti con più patologie associate è sempre più frequente ed un meccanismo di gestione multidisciplinare, con il coinvolgimento di più specialisti in un contesto di reale condivisione delle scelte, non è più procrastinabile. Si rende, quindi, necessario ricercare e sviluppare tali modelli, magari con un riconoscimento istituzionale che ne evidenzia le peculiarità e la necessità di *Diagnosis Related Groups ad hoc*.

Il progressivo incremento del numero di pazienti oncologici lungo-sopravvivenenti rappresenta la prova più evidente dei successi dei trattamenti oncologici. Questa realtà pone, comunque, ulteriori problematiche gestionali. Sarà, infatti, indispensabile un mutamento culturale negli oncologi e nei Medici di Medicina Generale nella gestione di questi pazienti che necessiteranno sempre più di un *follow-up* personalizzato orientato alla identificazione non solo delle recidive, ma anche alla definizione di programmi di screening e prevenzione primaria ben disegnati sul singolo paziente/patologia. Inoltre, questi pazienti presentano una serie di problematiche connesse alla loro iniziale patologia ed alle terapie somministrate che vanno affrontate in maniera sistematica e, spesso, prevenute prima dell'inizio

della terapia specifica; basta ricordare fra tutte la preservazione della fertilità, la vita sessuale, il rischio genetico e le ripercussioni psicologiche.

Infine, argomento di particolare attualità e rilevanza è rappresentato dalla sostenibilità della spesa sanitaria. È innegabile che in sanità vi siano degli sprechi e questo, certamente, non soltanto sui farmaci antitumorali.

Si rende, pertanto, indispensabile attivare dei meccanismi che consentano di razionalizzare la spesa mantenendo un livello assistenziale ottimale.

Questo obiettivo è raggiungibile solo con uno sforzo congiunto di tutte le figure coinvolte nel sistema sanitario e vanno da una adeguata informazione e comunicazione (ad esempio, sulla eventuale inutilità di esami di *follow-up* invasivi e costosi), ad un'attenzione degli organi regolatori sulla autorizzazione alla rimborsabilità di farmaci costosi con vantaggi reali ridotti ad un meccanismo di controllo di *outcome* ed appropriatezza d'indicazioni. Tale obiettivi potranno verosimilmente essere facilitati dalla creazione di reti regionali e nazionali con il sistema del *Hub and Spoke* che potrebbero consentire d'indirizzare pazienti con patologie complesse e/o rare presso strutture di eccellenza condividendone la gestione con strutture ad esse correlate.

Messaggi chiave

Malattie metaboliche

Il diabete è una delle principali cause di morbidità e mortalità nel nostro Paese e può essere ritenuto a tutti gli effetti una malattia sociale.

La diagnosi tempestiva ed il costante controllo delle persone con diabete riducono del 10-25% il rischio di complicanze minori e del 15-55% il rischio di complicanze più gravi.

È necessario che vengano posti in atto programmi d'intervento e misure sufficienti a ridurre il numero di soggetti affetti, migliorare l'aspettativa e la qualità di vita e razionalizzare la spesa in modo da garantire risorse alla prevenzione senza intaccare il diritto alle cure più moderne ed efficaci.

Malattie cardio e cerebrovascolari

Circa il 90% degli eventi cardio e cerebrovascolari ha cause ambientali note eliminabili e modificabili semplicemente attraverso l'assunzione di corretti stili di vita. Nel nostro Paese circa un terzo dei pazienti con infarto non viene trattato con terapia riperfusiva perché giunge troppo tardi in ospedale e la situazione è ancora più drammatica per i pazienti affetti da ictus.

Nelle donne, sulla cardiopatia ischemica i dati epidemiologici europei dimostrano che le risorse diagnostiche e terapeutiche sono utilizzate meno efficacemente rispetto agli uomini, forse perché le malattie cardiovascolari sono considerate "maschili".

Tumori

In Italia, vi sono 360 mila nuovi casi di tumore per anno con una prevalenza di oltre 2 milioni di casi. Tali numeri sono destinati ad aumentare progressivamente sia per l'incremento dell'età media della popolazione sia per la quota sempre maggiore di pazienti guariti o cronicizzati.

Si documenta una maggiore complessità della patologia tumorale determinata dall'incremento dell'età media della popolazione affetta da cancro che si correla ad insorgenza di patologie concomitanti (multimorbilità).

L'incremento progressivo della popolazione con patologia tumorale, ed in particolare dei lungosopravvissuti (cancer survivors), pone problematiche di gestione dei pazienti, nonché di sostenibilità della spesa sanitaria, che risente altresì dell'immissione in commercio di nuovi farmaci, prevalentemente biologici, con costi estremamente elevati.

5.1 Infanzia ed adolescenza

Descrizione della tematica - Molteplici sono le tematiche che ruotano attorno allo stato di salute della popolazione infantile ed adolescenziale. In questa sezione è stata esaminata la mortalità infantile e l'eccesso ponderale.

Il tasso di mortalità infantile può essere considerato una buona misura riassuntiva dello stato di salute dell'intera popolazione ed, in misura ancora maggiore, della salute dei bambini; rappresenta, inoltre, un indicatore chiave per la Sanità Pubblica e per la qualità del sistema di protezione socio-sanitaria verso la madre ed il bambino.

L'indicatore "Sovrappeso ed Obesità", invece, costituisce uno strumento fondamentale per la valutazione dello stile di vita dei bambini e può essere considerato quale metro della partecipazione alla promozione ed alla tutela della salute dei genitori nei confronti dei figli.

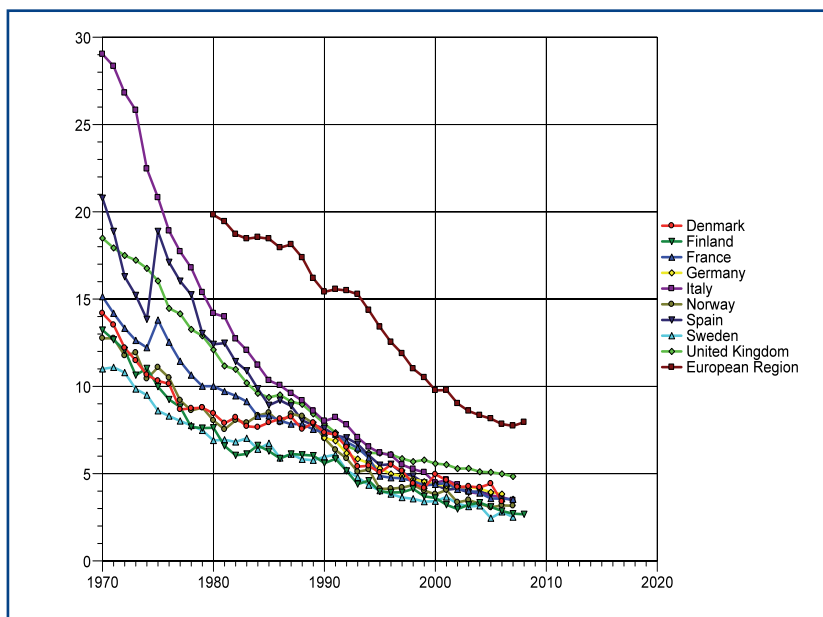
- *Mortalità infantile*: la mortalità infantile comprende la mortalità neonatale, relativa ai neonati deceduti entro le prime 4 settimane di vita e la natalità post-neonatale, relativa ai bambini deceduti nel periodo compreso tra il 2° ed il 12° mese di vita. La riduzione dei tassi di mortalità infantile è uno dei fenomeni epidemiologici più rilevanti emersi negli ultimi 60 anni in Italia ed in tutti i Paesi economicamente avanzati. Nello specifico, è soprattutto la mortalità neonatale, maggiormente legata a fattori biologici ed all'assistenza al parto, ad essersi ridotta in modo importante negli ultimi anni. La mortalità post-neonatale, invece, più influenzata dalla qualità dell'ambiente di vita, presenta una riduzione più contenuta. Inoltre, pressoché costante nel tempo, è il rapporto tra la mortalità post-neonatale e la mortalità neonatale rappresentando, quest'ultima, il 70% di tutta la mortalità infantile.

- *Sovrappeso ed obesità*: negli ultimi anni, il problema del sovrappeso e dell'obesità nei bambini ha acquisito un'importanza crescente e prioritaria sia per le implicazioni dirette sulla salute del bambino che per il fatto che queste condizioni rappresentano un fattore di rischio per l'insorgenza di gravi, e spesso disabilitanti, patologie in età adulta. Per monitorare tale fenomeno e per pianificare strategie d'intervento caratterizzate da un approccio multisettoriale, con azioni di tipo comportamentale e sociale, nel 2007 il Ministero della Salute/Centro nazionale per la prevenzione ed il Controllo delle Malattie

ha promosso l'iniziativa "OKkio alla SALUTE" con l'obiettivo di implementare un sistema di raccolta dati nazionale sullo stato ponderale ed i comportamenti a rischio dei bambini (8-9 anni) delle scuole primarie. Questa iniziativa prevede la compilazione di un questionario da parte dei genitori che, rispondendo a specifiche domande, forniscono informazioni sugli stili di vita dei figli.

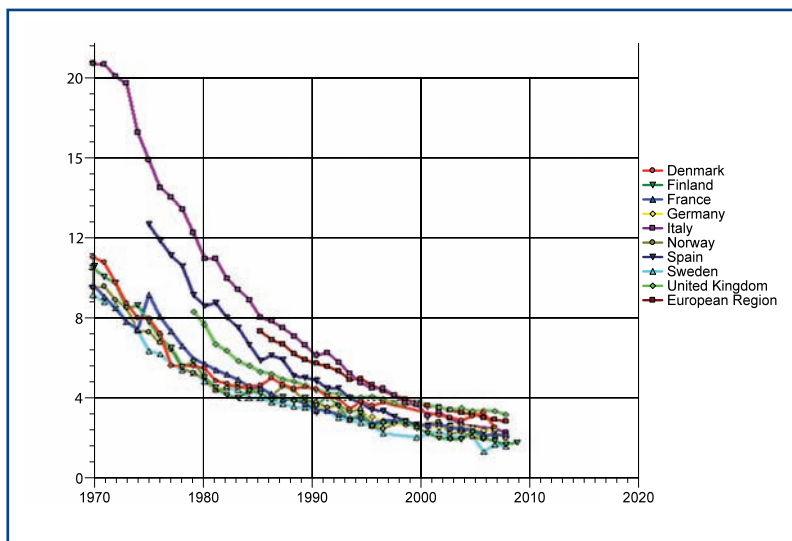
Presentazione dei dati

Grafico 1 - Tasso (per 1.000) di mortalità infantile in Italia ed in alcuni Paesi europei. Anni 1970-2008



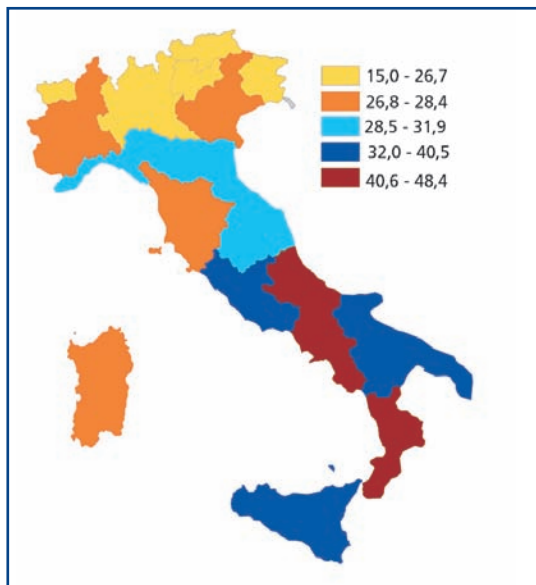
Fonte dei dati: European Health for all databases WHO Europe. Anno 2010.

**Grafico 2 - Tasso (per 1.000) di mortalità neonatale in Italia ed in alcuni Paesi europei
Anni 1970-2008**



Fonte dei dati: *European Health for all databases WHO Europe. Anno 2010.*

**Percentuale di eccesso ponderale (sovrappeso + obesità) nei bambini
di 8-9 anni per regione. Anno 2010**



Analisi dei dati - Dall'analisi dei dati è emerso quanto segue:

- *mortalità infantile*: in generale, i tassi di mortalità infantile, sia nella componente neonatale che post-neonatale, mostrano un andamento decrescente. Tale dato risulta ancor più eclatante se messo a confronto con quello riportato negli ultimi 40 anni dagli altri Paesi dell'area europea comparabili per condizioni socio-economiche e che pone l'Italia in una posizione di avanguardia (Grafici 1 e 2). Nonostante il tasso di mortalità infantile nel nostro Paese sia in continua riduzione è, però, ancora presente un evidente divario tra le regioni, con un forte svantaggio per quelle meridionali, anche se le differenze sembrano in costante riduzione. L'intero differenziale Nord-Sud nella mortalità infantile è da addebitarsi a differenze nella mortalità neonatale. Una costante riduzione della mortalità neonatale si evidenzia, particolarmente, nelle regioni del Centro e del Mezzogiorno. Nelle regioni del Nord è soprattutto la mortalità post-neonatale a diminuire ulteriormente. Nonostante nei dati più recenti si continua ad osservare una significativa e costante riduzione dei tassi di mortalità infantile in tutte le macroaree esaminate (Nord, Centro e Mezzogiorno), permangono disparità geografiche Nord-Sud che, seppure in riduzione, rappresentano una delle più gravi disuguaglianze che tuttora persistono nel nostro Paese;

- *sovrappeso ed obesità*: complessivamente, i dati rilevati nel 2010 risultano leggermente inferiori (sovrappeso -0,9%; obesità -3,5%) rispetto a quelli osservati nella prima raccolta (2008), ma confermano livelli preoccupanti di eccesso ponderale. Nello specifico, il 22,9% dei bambini è risultato in sovrappeso e l'11,1% in condizioni di obesità. Come si evince dal Cartogramma, in cui vengono riportati i valori complessivi dell'eccesso ponderale, vi è una spiccata variabilità interregionale con percentuali tendenzialmente più basse nell'area settentrionale e più alte nel Centro-Sud. Tale gradiente geografico si conferma anche considerando separatamente il sovrappeso e l'obesità. Dal confronto dei dati 2008-2010 si evidenzia che, relativamente al sovrappeso, nelle regioni Centro-settentrionali, ad eccezione del Veneto che presenta una tendenza opposta, si osserva un decremento che oscilla tra il -17,9% del Friuli Venezia Giulia ed il -1,5% del Piemonte. Gli incrementi, invece, riguardano il Meridione, tranne in Sicilia dove il trend è in diminuzione (-4,1%). Per l'obesità, considerando sempre lo stesso arco temporale (2008- 2010), si registra una diminuzione nelle regioni Centro-meridionali, ad eccezione della Toscana e della Basilicata in cui si riscontra un aumento (rispettivamente, +1,4% e +3,7%) e della Sicilia i cui valori risultano stabili. Tra le regioni del Nord, che presentano un trend in aumento, da evidenziare è la tendenza controcorrente del Veneto (-4,1%), ma soprattutto della Valle d'Aosta che presenta anche il maggior decremento in assoluto pari a -31,1%.

5.2 Donna e gravidanza

Descrizione della tematica - La salute materno-infantile rappresenta una parte importante della salute pubblica in quanto la gravidanza, il parto ed il puerperio sono, in

Italia, la prima causa di ricovero per le donne.

Tra i temi di maggiore rilievo possiamo considerare, in questo ambito sanitario, il numero ed il livello qualitativo dei punti nascita ed i parti con Taglio Cesareo (TC).

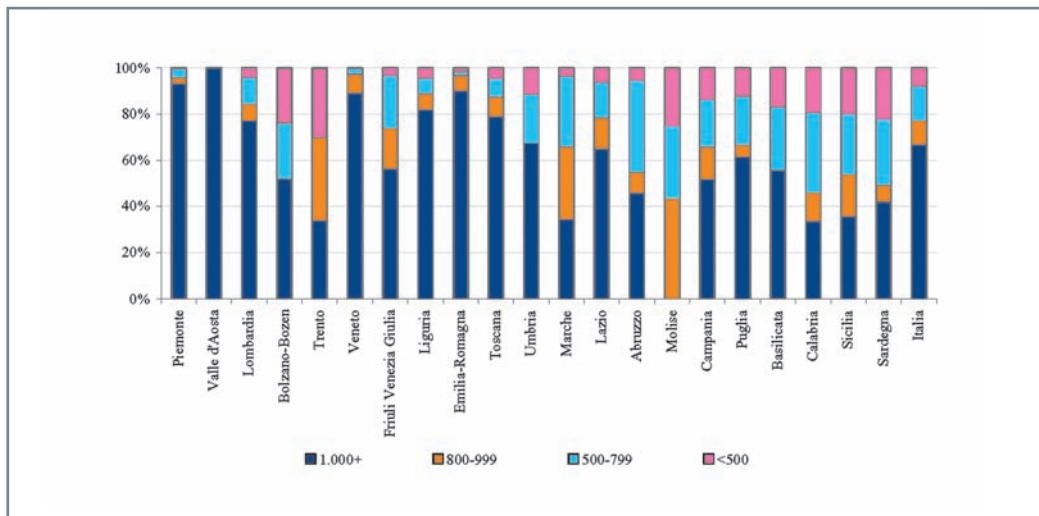
Da tempo, è emersa l'esigenza di riorganizzare la rete assistenziale del percorso nascita; l'Accordo (pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 13 del 18 gennaio 2011) approvato dalla Conferenza Stato-Regioni prevede, per tale percorso assistenziale, lo sviluppo di un Programma nazionale, articolato in dieci linee di azione, atto a promuovere e migliorare la qualità, la sicurezza e l'appropriatezza degli interventi ed a ridurre il ricorso al TC.

In vista di un riordino strutturale dei sistemi a tale programma preposti, in questa sezione verranno forniti i dati attualmente disponibili inerenti la rete dei punti nascita sul territorio nazionale considerando la loro suddivisione in tre livelli, così come prevista dal DM del 24 aprile 2000 "Progetto Obiettivo Materno Infantile".

Oltre a ciò verranno presentati i dati relativi all'eccessivo ricorso al Taglio Cesareo (con percentuali che superano ampiamente il valore di riferimento raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità pari al 15%).

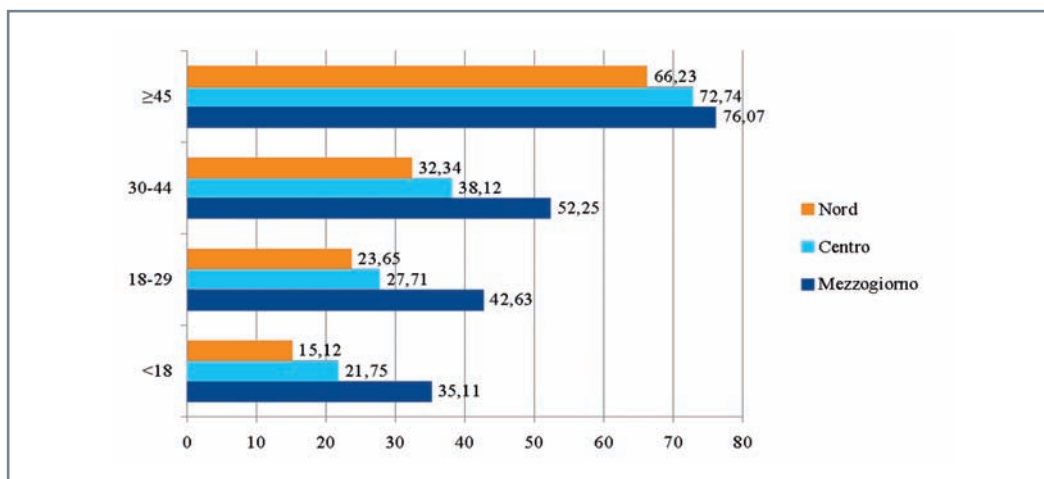
Presentazione dei dati

Gráfico 3 - Percentuale di parti effettuati nei punti nascita secondo la classe di ampiezza per regione. Anno 2009



Fonte dei dati: Rapporto Osservasalute 2011 - Ugenti, Boldrini, Di Cesare, Tamburini Ministero della Salute. Certificato di Assistenza al Parto. Anno 2009.

Grafico 4 - Proporzione (per 100) di Tagli Cesarei per classe di età e macroarea.
Anno 2009



Fonte dei dati: Rapporto Osservasalute 2011 - Di Gregori, Pieri, Dallolio, Fantini, Avolio - Ministero della Salute. SDO. Anno 2011.

Analisi dei dati - Per quanto riguarda la rete di offerta dei punti nascita, che risulta notevolmente diversificata sul territorio, i dati esaminati evidenziano che il 7,93% dei parti, nel 2009, sono avvenuti in strutture con un volume di attività < 500 parti/anno, cioè in quei punti dove il volume di attività è ritenuto non soddisfacente a garantire uno standard qualitativo accettabile per le cure perinatali ospedaliere. Dall'analisi di tale fenomeno emerge un netto gradiente Nord-Sud a sfavore delle regioni meridionali e delle Isole che presentano valori nettamente superiori al dato nazionale. Occorre precisare, però, che in quest'area del Paese i punti nascita si trovano, nella maggior parte dei casi, dislocati in Case di cura private accreditate che hanno, generalmente, una dimensione inferiore rispetto alle strutture gestite direttamente dal Servizio Sanitario Nazionale.

Il confronto della percentuale di parti cesarei effettuati in Italia nel 2009, rispetto all'anno precedente, evidenzia un trend sostanzialmente stabile intorno al 39%. Da notare, sono i valori che si registrano in tutte le regioni del Sud e nel Lazio che risultano superiori al 40% (con il primato negativo della Campania in cui addirittura il 62,0% delle donne ricorre al TC). Disaggregando il dato per classi di età si osserva come il fenomeno aumenta all'avanzare dell'età, fatto che può essere spiegato dal maggior rischio di complicanze in gravidanza. La percentuale di donne di 45 anni ed oltre che ricorre al TC è pari al 70,2%, in notevole aumento rispetto all'anno precedente (66,7%). Considerando la suddivisione per macroaree il Mezzogiorno risulta più svantaggiato per ciascuna classe di età, con valori al di sopra del dato nazionale.

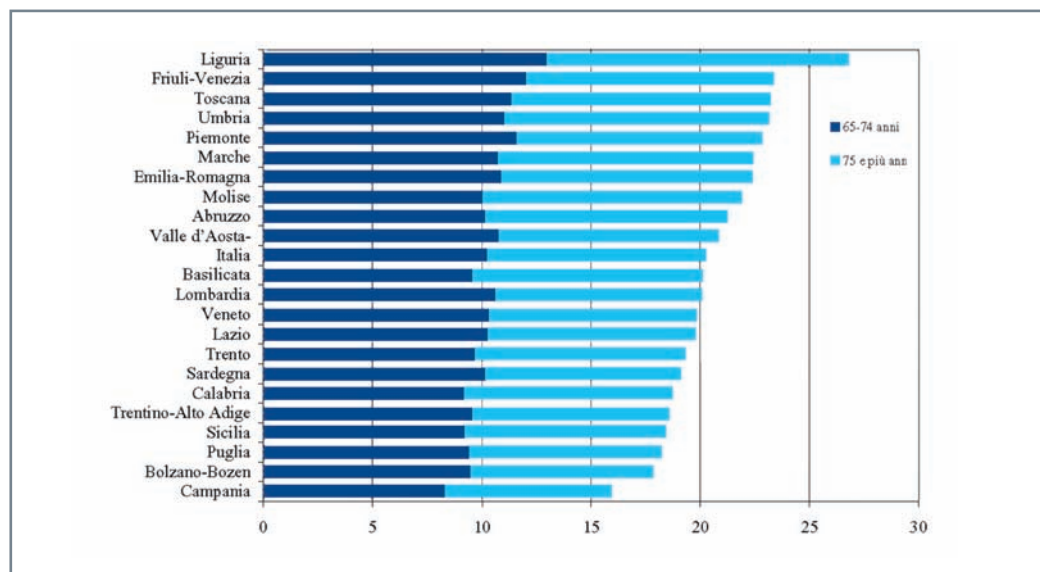
5.3 Anziani

Descrizione della tematica - L'Italia, caratterizzata da una fecondità particolarmente bassa ed un'aspettativa vita tra le più elevate, risulta essere il Paese più vecchio d'Europa ed il secondo più vecchio al mondo dopo il Giappone. Infatti, il processo d'invecchiamento della popolazione italiana risulta avanzato e ciò implica la necessità di adottare strategie e misure d'intervento in grado di fronteggiare le conseguenze sia dal punto di vista dello stato di salute che dell'offerta di assistenza. È per questo che la quota di popolazione anziana necessita di un opportuno e costante monitoraggio nel tempo.

In generale, nel nostro Paese l'assistenza agli anziani è affidata, principalmente, al settore *for-profit* o/e alla rete parentale ed amicale. Inoltre, sempre più diffuso è il ricorso all'assistenza affidata alle badanti (1,5 milioni).

Presentazione dei dati

Grafico 5 - Percentuale di popolazione di 65-74 e 75 anni ed oltre per regione. Situazione al 1 gennaio 2010



Fonte dei dati: Rapporto Osservasalute 2011 - Di Giorgio, Heins, Rinesi - Elaborazioni su dati Istat disponibili nel sito www.demo.istat.it. Anno 2010.

Tabella 1 - Percentuale della popolazione di 65 anni ed oltre che vive sola per genere e regione. Anno 2009

Regioni	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	20,1	38,8	30,9
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	17,0	44,1	32,6
Lombardia	14,0	37,7	27,8
Bolzano-Bozen	15,8	37,6	28,2
Trento	14,5	39,8	29,4
Veneto	11,1	35,4	25,2
Friuli Venezia Giulia	14,9	36,4	27,5
Liguria	20,5	43,6	34,1
Emilia-Romagna	15,5	38,3	28,6
Toscana	14,1	30,9	23,8
Umbria	13,6	35,9	26,4
Marche	10,8	32,0	22,9
Lazio	18,8	42,4	32,4
Abruzzo	11,4	35,1	25,0
Molise	15,3	38,7	28,8
Campania	14,8	35,7	26,9
Puglia	14,3	38,9	28,3
Basilicata	12,1	41,9	28,9
Calabria	13,4	41,7	29,4
Sicilia	14,7	41,8	30,2
Sardegna	15,8	37,8	28,3
Italia	15,1	38,0	28,3

Fonte dei dati: Rapporto Osservasalute 2011 - Di Giorgio, Heins, Rinesi - Istat. Health For All-Italia. Anno 2011.

Analisi dei dati - Complessivamente, la popolazione di 65-74 anni rappresenta il 10,3% della popolazione residente. Dall'insieme dei dati analizzati si evidenzia che le regioni che già presentavano alti livelli d'invecchiamento della loro popolazione residente abbiano subito, nell'arco temporale 2005-2010, processi di ulteriore invecchiamento più ridotti rispetto a quelli subiti dalle regioni dove la popolazione era di età meno avanzata.

La popolazione con 75 anni ed oltre (ossia i “molto anziani”) costituisce, invece, il 10,0% ed anche in questo caso emergono delle differenze geografiche in quanto la crescita relativa maggiore (ossia la variazione nel periodo 2005-2010) è avvenuta in quelle realtà territoriali dove la quota di *over* 75 anni era relativamente più contenuta rispetto al valore nazionale.

Inoltre, il segmento di popolazione che cresce più velocemente, tanto da raddoppiare nel 2020, è quello degli ultra 85enni.

Importante è sottolineare che in questi segmenti della popolazione la composizione per genere risulta sbilanciata a favore delle donne: a livello nazionale queste rappresentano il 53,6% della popolazione di 65-74 anni e ben il 62,3% della popolazione *over* 75 anni.

Ai fini della programmazione dei servizi territoriali di tipo socio-sanitario fondamentale è l'analisi della popolazione anziana in nucleo monocomponente, ovvero della quota di persone anziane (*over* 65) che vivono sole sul totale della popolazione della stessa fascia di età. Questo segmento deve, infatti, essere monitorato costantemente nel tempo poiché gli anziani che vivono da soli sono i maggiori fruitori dei servizi socio-sanitari in quanto al crescere dell'età le condizioni di salute possono complicarsi determinando una richiesta di assistenza anche nello svolgimento delle normali attività della vita quotidiana.

Nel 2009, a livello nazionale, più di un anziano ogni quattro vive in un nucleo monocomponente e la quota di coloro che vivono soli è aumentata rispetto al precedente anno (28,3% vs 27,8%).

Da sottolineare, relativamente al rapporto tra uomini e donne, è il netto sbilanciamento verso il genere femminile: solo il 15,1% (nel 2008 tale dato era pari a 14,5%) degli uomini di 65 anni ed oltre vive solo, mentre tale percentuale è decisamente più elevata, e pari al 38,0% contro il 37,5% del 2008, se si considera il corrispettivo contingente femminile. Questo divario può essere imputabile sia alla differenza di età fra i coniugi che alla più elevata mortalità maschile che rende le donne in coppia più a rischio di sperimentare l'evento vedovanza e di vivere sole nell'ultima parte della propria vita.

5.4 Immigrati

Descrizione della tematica - In un momento storico, caratterizzato da forti flussi migratori in parte imputabili alla crisi economica ed all'instabilità geopolitica di alcune aree “calde” del Mediterraneo orientale, il Parlamento Europeo ha adottato una risoluzione normativo-programmatica (8 marzo 2011) volta a tutelare la salute quale diritto inviolabile per tutti i cittadini, ivi compresi gli immigrati non in regola con le norme di soggiorno, ponendo particolare attenzione alle donne in gravidanza ed ai bambini.

Tale indirizzo di forte incoraggiamento per affrontare le disuguaglianze nell'accesso indistinto alle cure sanitarie per tutti, rappresenta un segnale internazionale estremamente

positivo, frutto del lavoro dei diversi *stakeholder* da anni impegnati nel supporto ai migranti, in una Europa frammentata da politiche nazionali sempre più restrittive nei confronti degli immigrati, soprattutto se irregolari.

Non è un caso che, proprio nei giorni dell'emanazione di questa risoluzione, peraltro seguita da un altro atto in favore della piena fruibilità dei diritti sanitari da parte della popolazione Rom in Europa, anche il nostro Paese abbia recepito la direttiva internazionale, pubblicando un documento congiunto tra la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni e la Società Italiana di Pediatria. Tale azione nazionale sottolinea l'importanza strategica, oltre che il dovere morale, di estendere i migliori livelli assistenziali a tutti i minori, indipendentemente dal loro *status* giuridico.

Presentazione dei dati

Percentuale della popolazione straniera residente iscritta in Anagrafe per Azienda Sanitaria Locale - Situazione al 1 gennaio 2010

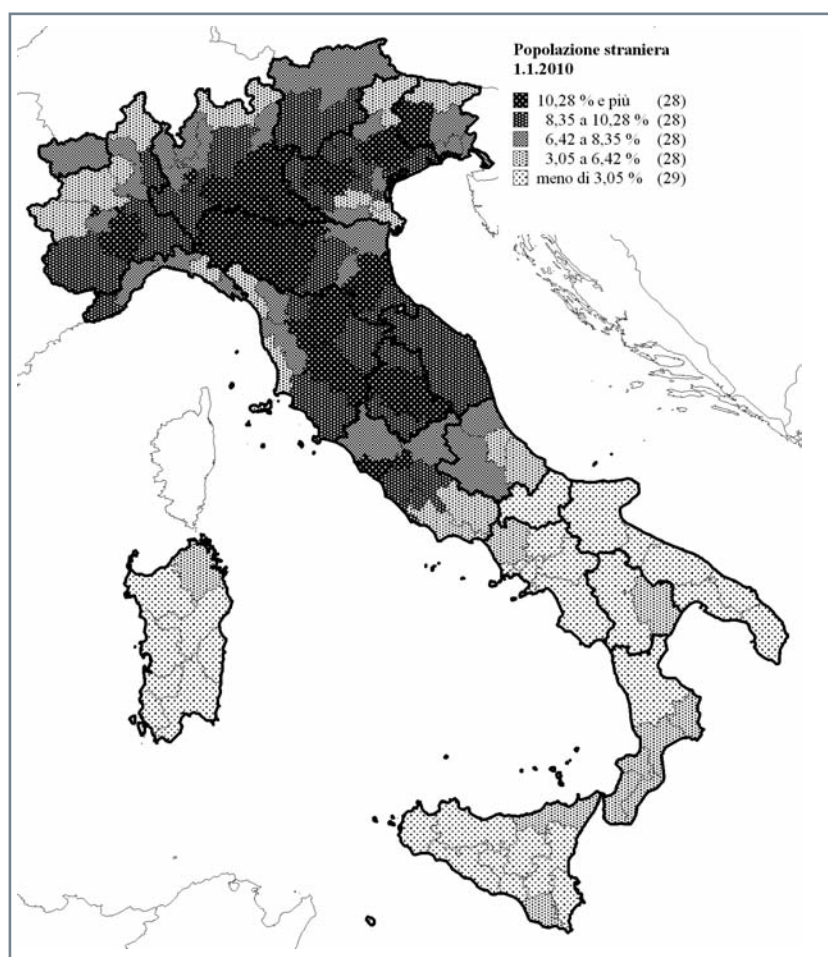
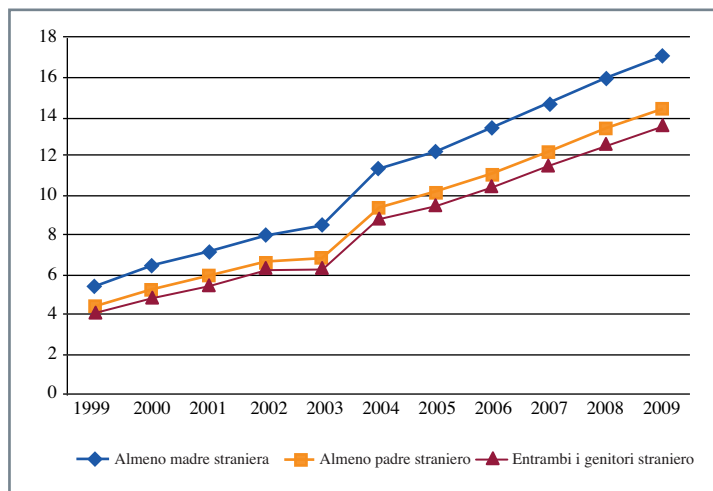


Grafico 6 - Percentuale di nati da cittadini stranieri.
Anni 1999-2009



Nota: elaborazioni su dati della Rilevazione degli iscritti in Anagrafe per nascita (Modello Istat P.4), della Rilevazione Movimento e calcolo della popolazione straniera residente (Modello Istat P.3) e del Movimento e calcolo della popolazione anagrafica residente (Modello Istat P.2).

Fonte dei dati: Rapporto Osservasalute 2011 - Rinesi, Di Giorgio - Istat. Demografia in cifre. Anno 2011.

Analisi dei dati - Il peso assoluto e relativo degli stranieri sulla popolazione residente è andato aumentando notevolmente nel tempo e ci si aspetta che tale trend proseguirà nei prossimi anni. Dall'analisi dei dati aggiornati al 31 dicembre 2009, gli stranieri residenti in Italia superano ampiamente i 4 milioni di unità e rappresentano il 7,0% della popolazione residente. Dalla lettura del Cartogramma, è possibile osservare come la presenza straniera regolare si articoli in un *continuum* Nord-Sud, dove la quota di stranieri residenti sul resto della popolazione è relativamente più alta nelle regioni settentrionali e centrali e più limitata nel resto del Paese. Rumeni, albanesi e marocchini costituiscono le tre comunità più numerose in termini di stranieri residenti, considerando sia gli uomini che le donne.

L'aumento del numero di cittadini stranieri stabilmente soggiornanti nel nostro Paese non può certamente essere trascurato in sede di programmazione e valutazione delle attività sanitarie e l'effetto di tale incremento demografico si riscontra nei dati, in costante aumento, delle degenze ordinarie e delle prestazioni in Day Hospital a carico degli stranieri.

La popolazione straniera, inoltre, presenta 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) e contribuisce ampiamente all'aumento del numero

delle nascite registrato negli anni più recenti. Basti pensare, in riferimento alle specifiche esigenze epidemiologiche che, per quanto concerne l'analisi per causa di morte in relazione all'area di cittadinanza (su dati 2008), i tassi standardizzati per classe di età 18-64 anni, presentano tra i principali gruppi di cause interessate le Malattie infettive e parassitarie, Tumori, Malattie del Sistema Circolatorio, Malattie del Sistema Respiratorio, Cause esterne di morbosità e mortalità ed Altre malattie.

Esaminando, in particolare, il totale dei decessi oltre il primo anno di vita in valore assoluto, nel 2008 la distribuzione territoriale tra le regioni di residenza rispecchia quella della presenza della popolazione straniera di riferimento, con una prevalenza nel Nord-Ovest e nel Centro. Questa situazione non può che rimandare alla geografia del lavoro degli immigrati in Italia, strettamente legata all'elevata mortalità per cause accidentali che ancora differenzia i cittadini stranieri.

Strettamente correlato alla geografia della concentrazione della presenza straniera, risulta anche il tema del comportamento riproduttivo delle donne.

Dai dati emerge un notevole aumento delle nascite da cittadini stranieri nel nostro Paese, sia con un solo che con entrambi i genitori stranieri (Grafico 6). Nello specifico, la quota più elevata è quella dei nati da madre straniera (indipendentemente dalla cittadinanza del padre). Le regioni dove tale incidenza è maggiore sono quelle del Nord, mentre in quasi tutte le regioni del Sud la quota appare non solo inferiore al dato nazionale, ma estremamente contenuta.

A livello nazionale, la macroarea che contribuisce maggiormente alle nascite nel nostro Paese è quella europea: il 19,5% dei nati stranieri ha la cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea (Romania in testa), mentre il 21,0% fa capo agli altri Paesi dell'Europa centro-orientale (specie Albania). Anche l'apporto del Nord-Africa alla natalità registrata in Italia è notevole (25,4% dei nati stranieri), così come quello dell'Asia (20,4%).

5.5 Disabili

Descrizione della tematica - La Classificazione Internazionale del Funzionamento definisce la disabilità come il risultato dell'interazione negativa tra la condizione di salute di un individuo ed il suo ambiente di vita, sia fisico (barriere) che culturale (pregiudizi, discriminazioni etc.) L'effetto di questa interazione negativa fa sì che queste persone siano meno autonome nello svolgere le attività quotidiane e spesso si trovino in condizioni di svantaggio nel partecipare alla vita sociale.

La conoscenza di questo segmento di popolazione consente una migliore pianificazione ed organizzazione dei servizi in funzione delle esigenze e delle richieste specifiche dell'utenza.

Presentazione dei dati

Tabella 2 - Popolazione (valori assoluti, tasso grezzo e standardizzato per 100) con disabilità per classe di età e regione - Situazione al 1 gennaio 2010*

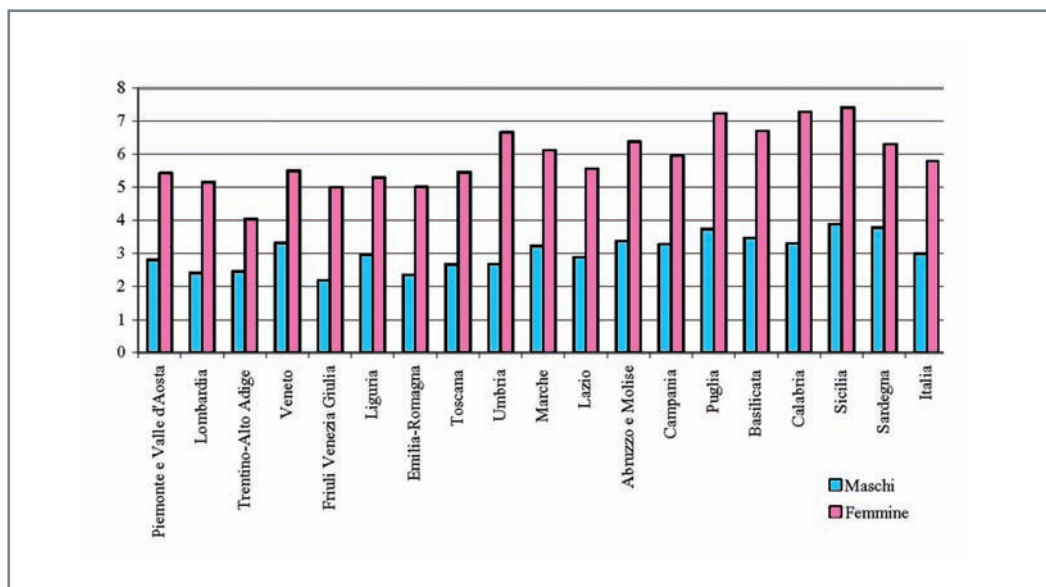
Regioni	6-64	65-74	75+	Totale	Tassi grezzi	Tassi std
Piemonte	34.392	29.508	152.103	216.003	5,1	4,7
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	812	1.172	3.299	5.283	4,4	4,3
Lombardia	73.684	64.962	251.687	390.333	4,2	4,3
Trentino-Alto Adige*	3.596	4.193	21.275	29.064	3,0	3,3
Veneto	33.878	31.493	145.429	210.800	4,6	4,7
Friuli Venezia Giulia	10.318	6.535	39.725	56.578	4,8	4,4
Liguria	9.118	14.725	69.432	93.274	6,0	4,7
Emilia-Romagna	26.628	26.021	137.494	190.143	4,6	4,1
Toscana	31.236	29.114	133.735	194.085	5,5	4,9
Umbria	8.094	9.231	35.088	52.413	6,1	5,4
Marche	10.237	13.362	57.354	80.953	5,5	4,9
Lazio	52.883	36.212	168.958	258.054	4,8	5,0
Abruzzo	11.963	12.326	47.747	72.037	5,7	5,3
Molise	2.286	3.327	13.618	19.232	6,3	5,7
Campania	82.347	37.692	156.251	276.290	5,1	6,0
Puglia	46.515	50.866	135.907	233.288	6,1	6,6
Basilicata	6.671	5.394	23.404	35.469	6,3	6,2
Calabria	22.884	21.786	68.981	113.652	6,0	6,3
Sicilia	56.322	47.603	209.394	313.319	6,6	7,0
Sardegna	16.894	14.479	50.844	82.216	5,2	5,6
Italia	540.761	460.000	1.921.726	2.922.486	5,1	5,1

*Valori stimati.

*I dati disaggregati per le PA di Trento e Bolzano non sono disponibili.

Fonte dei dati: Rapporto Osservasalute 2011 - Solipaca, Baldassarre - Istat. Indagine Multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", 2004-2005 e popolazione residente per età, genere e stato civile al 1 gennaio 2010.

Grafico 7 - Differenza tra speranza di vita a 65 anni e speranza di vita libera da disabilità a 65 anni per regione - Anno 2008



Fonte dei dati: Rapporto Osservasalute 2011 - Battisti - Istat. Indagine Multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" 2004-2005 - Istat. Tavola di mortalità 2008.

Analisi dei dati - Il numero delle persone con disabilità grave, cioè quelle persone che non sono affatto in grado di svolgere almeno una delle funzioni di base della vita quotidiana, ammonta, nel 2008, ad oltre 2 milioni 900 mila, pari al 5,1% della popolazione italiana di età >6 anni. Dall'analisi dei dati disponibili emerge che il numero delle persone con disabilità che vivono in famiglia è aumentato rispetto al 2005 a causa dell'incremento della popolazione anziana: circa il 66% di tale segmento della popolazione è, infatti, costituito da anziani con età >75 anni. Inoltre, nel 2008 si conferma il gradiente Nord-Sud, sostenuto da una prevalenza maggiore di disabilità nelle regioni del Mezzogiorno.

In termini di speranza di vita libera da disabilità, nel 2008 gli uomini a 65 anni hanno un numero medio di anni di vita in assenza di disabilità pari a 14,9 anni, mentre le donne 15,8 anni. Lo scenario attuale consente, quindi, un cauto ottimismo: a 65 anni una donna può aspettarsi di vivere i due terzi che le restano da vivere in piena autosufficienza; per un uomo la condizione di autosufficienza interessa circa l'80% dei restanti anni di vita attesi. L'analisi regionale evidenzia la presenza di valori più elevati nel Centro-Nord, mentre quelli più bassi si registrano nel Mezzogiorno, dove tutte le regioni presentano valori inferiori al dato nazionale.

L'analisi della differenza tra speranza di vita e speranza di vita libera da disabilità a 65 anni evidenzia come siano le donne a dovere sperimentare un numero medio di anni vissuti con disabilità maggiore rispetto agli uomini durante i quali avranno bisogno di servizi socio-sanitari personalizzati, integrati ed efficienti. Ciò si evidenzia in tutte le regioni, con differenze di genere maggiori nel Centro e nel Mezzogiorno.

In generale, quindi, le donne e gli uomini del Mezzogiorno sembrano sperimentare un numero medio maggiore di anni vissuti con disabilità rispetto ai loro coetanei del Nord, evidenziando nelle regioni del Sud e nelle Isole un maggiore bisogno di salute.

5.6 Commenti e riflessioni

Infanzia ed adolescenza

A cura del Prof. Alberto Giovanni Ugazio

La pediatria si trova, oggi, ad affrontare due sfide nuove ed in larga misura inattese:

- la crescita esponenziale dei bambini e degli adolescenti con malattie croniche (bambini con bisogni assistenziali speciali come, ad esempio, bambini diabetici, con malattie croniche complesse, affetti da paralisi cerebrale o da gravi malattie neuro-metaboliche);
- la necessità di avviare fin dai primi mesi di vita la promozione della salute dell'adulto e dell'anziano poiché l'epidemiologia e l'epigenetica stanno dimostrando in modo sempre più convincente che l'adozione di stili di vita salutari è tanto più efficace quanto più precocemente viene adottata. Promuovere la salute dell'adulto e dell'anziano, quindi, sta diventando il nuovo obiettivo prioritario della pediatria preventiva e sociale.

Formazione pediatrica, assistenza territoriale ed assistenza ospedaliera debbono, necessariamente, adeguarsi a questo mutamento radicale che coinvolge da un lato le patologie cui deve far fronte la pediatria curativa e, dall'altro, gli stessi obiettivi della pediatria preventiva. Il tutto in un contesto sociale che sta profondamente mutando, soprattutto per la vita delle famiglie e dei bambini: entrambi i genitori lavorano (spesso con lavori precari) e crescono di numero le famiglie monoparentali, le famiglie povere o sulla soglia della povertà ed i bambini migranti o figli di migranti.

È evidente che il pediatra di famiglia, isolato nel proprio studio, non può rispondere ai bisogni assistenziali dei bambini con malattie croniche e che ambulatori aperti poche ore al giorno e chiusi di sera, il sabato e la domenica sono inaccessibili alle nuove famiglie che perdono, così, l'opportunità di acquisire l'alfabetizzazione sanitaria, quindi l'*empowerment* necessario per conoscere ed adottare stili di vita salutari. Altrettanto evidente è che la maggior parte degli attuali reparti pediatrici ospedalieri, di piccole o piccolissime dimensioni, non hanno alcuna possibilità di offrire ai bambini con malattie croniche un contributo assistenziale significativamente differente da quello della pediatria di territorio.

È, quindi, indispensabile una riorganizzazione complessiva, simultanea e coordinata

della pediatria di territorio e di quella ospedaliera che consenta, anche tramite il passaggio di molti pediatri dall'ospedale al territorio, di costruire Centri pediatrici territoriali aperti 24 ore su 24 e 7 giorni su 7. In moltissimi casi proprio i piccoli reparti pediatrici, che non hanno più motivo di svolgere attività assistenziale ospedaliera, potrebbero trasformarsi in Centri pediatrici territoriali apportando il proprio patrimonio strutturale, di personale medico ed infermieristico, e tutti i servizi dell'ospedale indispensabili ad una pediatria di territorio che debba anche affrontare i problemi del bambino con malattia cronica. Questo trasferimento permetterebbe di ovviare all'attuale carenza di pediatri in ambito territoriale. Altri pediatri dei piccoli reparti che cessano la propria attività ospedaliera potrebbero, al contempo, incrementare la dotazione di personale necessaria al funzionamento di reparti pediatrici ospedalieri di maggiori dimensioni, realmente in grado di affrontare le problematiche delle malattie acute complesse e della riacutizzazione delle malattie croniche.

Donna e gravidanza

A cura del Prof. Giovanni Scambia

I dati del Rapporto Osservasalute (2011) mostrano che la proporzione di Tagli Cesarei (TC) risulta, in Italia, oscillare da un minimo del 15,12% nella classe di età <18 anni nel Nord ad un massimo del 76,07% nella classe di età ≥ 45 anni nel Mezzogiorno. Tale diversità individua le percentuali più alte nelle donne di età avanzata (≥ 45 anni) e raggiunge il massimo, indipendentemente dalla fascia di età, nelle gestanti che partoriscono nelle regioni meridionali.

Il dato anamnestico di precedente TC rappresenta una indicazione alla ripetizione di tale modalità di parto nella stessa paziente nelle successive gravidanze. Tale chirurgia ripetuta comporta un incremento della morbilità e mortalità materna.

L'attuale maggior pressione medico-legale fa optare per l'esecuzione di TC quale prevenzione dei rischi fetali correlati al parto vaginale (ad esempio: presentazione podalica del feto o gravidanza gemellare).

Il ricorso a tecniche di fecondazione assistita in età materna avanzata (in particolare, primipare attempate) comporta maggiori rischi di complicanza gravidiche e la minor volontà della donna di partorire per via vaginale.

Possono essere proposte le seguenti strategie:

- *applicazione diffusa delle Linee Guida nazionali*: diffusione presso tutti i punti nascita, nonché presso i Centri di sorveglianza ostetrica (consultori, ambulatori e studi privati), delle Linee Guida nazionali emanate, creando dei corsi d'istruzione per la diffusione a tutto il personale ostetrico (medici ed ostetriche) che deve essere motivato alla loro effettiva applicazione. Si mira a ridurre le differenze di "opinione" tra personale ostetrico

ambulatoriale e personale di sala parto. Di fatto, l'indicazione al TC talora viene data in sede ambulatoriale nel corso della gravidanza, senza considerazione delle linee di comportamento del Centro ospedaliero dove avverrà il parto;

- *sensibilizzazione sociale alla bontà del parto vaginale*: l'igiene della gravidanza dovrebbe rispecchiare la promozione della consapevolezza da parte delle pazienti della sicurezza e dei vantaggi del parto vaginale e ribadire l'esistenza d'indicazioni specifiche per la programmazione di un TC. È senza dubbio difficile modificare l'idea socialmente diffusa di una maggior sicurezza del parto mediante TC; per questo motivo si dovrebbe agire diffondendo le informazioni in maniera corretta sia negli ambienti sanitari di riferimento che tramite campagne mediatiche nazionali, specialmente nelle aree regionali con maggior incidenza;
- *alcune indicazioni al TC*: in considerazione delle indicazioni attualmente più comuni, si può agire nei seguenti casi:
 1. favorire il parto vaginale dopo pregresso TC: vi sono condizioni mediche ben definite in cui, anche in presenza di pregresso TC, è possibile affrontare con relativa sicurezza un parto vaginale. Oggi, solo in pochissimi Centri si affronta tale opportunità proponendola con convinzione alla gestante;
 2. volontà materna: negli ultimi anni si è osservato un aumento della richiesta da parte delle gestanti di esecuzione di TC per esclusiva loro volontà; si tratta, in genere, di donne che sono "spaventate" dal parto vaginale. L'azione dovrebbe essere mirata a modificare tale opzione indicando un percorso psicologico nel corso di tutta la durata della gravidanza a quante esprimono tale volontà;
- *formazione ed aggiornamento*: stabilire *stage* formativi e di aggiornamento presso Centri ad alta natalità che rispondano a determinati criteri e destinati a personale che opera presso Centri periferici con minor utenza. Si possono ipotizzare premi di "produzione" per i Centri con bassa percentuale di TC, pur nella totale salvaguardia della salute della donna e del neonato;
- *definire la tutela medico-legale del ginecologo*: talora la scelta del TC fa parte di una medicina difensiva attuata dal medico esposto a continui contenziosi medico-legali verso i quali risultano essere, attualmente, presenti scarse tutele, anche in caso di assenza di colpa, ma che anzi viene esasperata da campagne pubblicitarie che invitano i pazienti a denunciare gratuitamente.

Anziani

A cura del Prof. Roberto Bernabei

Molteplici sono le tematiche che ruotano intorno allo stato di salute ed all'assistenza degli anziani in quanto, questo segmento della popolazione, è e risulterà negli anni sempre più consistente. Basti pensare che, ad oggi, considerando il genere femminile che presenta

un'aspettativa maggiore rispetto agli uomini, una donna su due vive oltre i 90 anni, il 40% circa vive sola e che il 50% di queste è demente.

Ciò implica la necessità di adottare, in tempi brevi, strategie e misure in grado di fronteggiare le conseguenze dell'aumento della popolazione anziana, segnatamente all'esplosione della fragilità e della disabilità. Problematiche queste per le quali il Servizio Sanitario Nazionale non è attrezzato. È per questo, quindi, che il nostro sistema sanitario ha l'esigenza di delineare quali sono e quali saranno i reali bisogni assistenziali, sottolineando le possibili differenze territoriali, in modo da garantire all'utenza un'adeguata e soddisfacente offerta di servizi socio-sanitari.

Nel caso degli anziani la priorità, nell'organizzazione/riorganizzazione e pianificazione dei servizi con conseguente allocazione delle risorse, spetta all'assistenza territoriale. Soprattutto l'Assistenza Domiciliare Integrata, ma anche le Residenze Sanitarie Assistenziali e le tele/tecnoassistenza rappresentano l'obbligatorio futuro. Per il successo di tale sistema è necessario un forte coordinamento organizzativo tra *policy maker*, amministratori e singoli operatori, questi ultimi dotati di una cultura geriatrica. In questa prospettiva, l'assistenza a domicilio si presenta come valida alternativa per contrastare il fenomeno dei ricoveri ospedalieri. Occorre pensare a soluzioni innovative e *cost/benefit*, ad esempio, l'assistenza domotica e le tecnologie applicabili al domicilio per monitorare lo stato di salute dell'anziano attraverso *call center* territoriali.

Il progressivo invecchiamento della popolazione, quindi, e la conseguente espansione della cronicità, ci pone di fronte ad una crescita esponenziale di una nuova categoria di soggetti portatori di problematiche socio-assistenziali così complesse da rappresentare una sfida sia per i professionisti del settore che per l'intero sistema di *welfare*.

Immigrati

A cura del Dott. Salvatore Geraci

Da circa 30 anni l'Italia è divenuta terra d'immigrazione con una presenza di cittadini non italiani in costante crescita (circa 200 mila nel 1980, 500 mila nel 1990, poco oltre 1 milione e 600 mila nel 2000), attestandosi negli ultimi 3 anni, nonostante la crisi economica e sociale, intorno a 5 milioni d'individui regolarmente presenti. Quest'ultimi, hanno una incidenza di circa l'8% sulla popolazione nazionale (media europea 6,6%) con una distribuzione disomogenea sul territorio (61,3% Nord, 25,4% Centro, 13,3% Sud ed Isole). È una popolazione giovane, circa la metà è di genere femminile, in quanto significativa è la presenza di minori (circa 1 milione) di cui quasi il 70% nati in Italia, ma non per questo avente diritto di diventare cittadino italiano (se non al compimento del 18° anno a condizioni particolarmente restrittive). Provengono da oltre 190 Nazioni diverse, il 27,4% sono dell'Unione Europea ed il 23,4% sono europei non comunitari. Rappresentano il 10% degli occupati in Italia, prevalentemente impegnati nell'edilizia (uomini) e nei servizi alle persone (donne).

A fronte di questa presenza strutturata e necessaria anche sul piano economico (partecipano per circa il 12% alla produzione del Prodotto Interno Lordo) e demografico (il tasso di fertilità delle immigrate è quasi doppio rispetto alle italiane), le politiche di accoglienza ed integrazione sono condizionate da approcci spesso ideologici e poco lungimiranti. In controtendenza a ciò, le norme e le politiche sanitarie sono state costruite con attenzione e con coerenza in una logica di piena tutela di tutti gli individui presenti, con l'inclusione nel sistema sanitario di quanti siano regolarmente presenti e la garanzia di assistenza anche per coloro temporaneamente non in regola con il soggiorno. Questa impostazione (presente da metà/fine anni Novanta) ha prodotto, nel tempo, un aumento di accessibilità ai servizi sanitari (con miglioramento degli indicatori nell'ambito materno infantile e nei tassi d'incidenza di alcune malattie infettive), ma si scontra con l'incertezza delle politiche di accoglienza/inserimento (tassi costantemente alti nelle Interruzioni Volontarie di Gravidanza, aumento degli infortuni sul lavoro anche mortali) e con l'eterogeneità delle politiche sanitarie adottate dalle singole regioni che creano disuguaglianze nella fruibilità dei servizi.

Sul piano delle politiche sanitarie: la criticità maggiore è nella difformità locale dell'applicazione della normativa specifica con interpretazioni e soluzioni eterogenee e contraddittorie.

Sul piano dell'organizzazione dei servizi: vi è scarsa elasticità organizzativa nel riorientare le proprie strutture per renderle "culturalmente sensibili" e socialmente attente alle priorità emergenti e ciò è particolarmente evidente nell'ambito della prevenzione. Evidente è la necessità di flussi di dati ed indicatori condivisi, di una formazione costante del personale e del lavoro di rete tra attori con competenze diverse nella logica di una "mediazione di sistema".

Sul piano dei bisogni di salute: alcuni gruppi umani o situazioni sociali appaiono particolarmente fragili ed in gran parte sono stati analizzati nel recente Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM), a cui si rimanda nella lettura delle Raccomandazioni finali: "immigrati di seconda generazione"; lavoratori stranieri; detenuti e ristretti nei Centri d'Identificazione ed Espulsione; richiedenti asilo e rifugiati. A questi vanno aggiunti quei gruppi tradizionalmente deboli, come i minori (è in fase avanzata la proposta di varie società scientifiche dell'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale indipendentemente dallo *status* giuridico); le donne, con particolare riferimento a quelle senza un proprio progetto migratorio, a coloro dedicate a tempo pieno all'accudimento alla persona, alle vittime di sfruttamento e tratta; ai rom, sinti e camminanti; ai cittadini comunitari in condizione di povertà e marginalità.

Attualmente, abbiamo evidenze a sufficienza per indicare scelte di politiche sociali e sanitarie adeguate in una logica di "salute in tutte le politiche" e di "health impact assessment". In particolare, per tamponare la grande difformità delle politiche sanitarie locali (anche in termini d'individuazione d'indicatori, raccolta dati ed organizzazione dei servizi)

appare necessaria una *governance* nazionale in carico direttamente al Ministero della Salute con l'apporto delle singole regioni e Province Autonome, di Enti di ricerca istituzionali e delle società scientifiche con specifica esperienza (lavoro di rete istituzionale e non).

Per specifiche soluzioni nell'ambito dell'organizzazione dei servizi e della risposta a bisogni emergenti si faccia riferimento ai documenti tecnico-scientifici elaborati negli ultimi anni reperibili sul sito della SIMM (www.simmweb.it) ed alla specifica parte che, dal 2005, è presente nei Rapporti Osservasalute (www.osservasalute.it).

Disabili

A cura del Dott. Alessandro Solipaca

I nuovi concetti di disabilità, che sono stati esplicitati nella Classificazione Internazionale del Funzionamento, impongono alla nostra società, in maniera ferma ed esplicita, una difficile sfida, con forti implicazioni etiche e con conseguenze di natura economica.

Dal punto di vista etico, alla politica ed alla società civile si chiede di contribuire a realizzare la completa inclusione nella società di queste persone, come rispetto naturale dei diritti soggettivi di cui godono tutti gli individui.

A tale proposito, la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità (ratificata dal nostro Paese il 30 marzo 2007), nell'art. 1, impone agli Stati di "...promuovere, proteggere e garantire il pieno ed uguale godimento di tutti i diritti umani e di tutte le libertà fondamentali da parte delle persone con disabilità, e promuovere il rispetto per la loro intrinseca dignità..." ed, in particolare, di promuovere la non discriminazione, la piena ed effettiva partecipazione ed inclusione nella società, il rispetto per la differenza, la parità di opportunità e l'accessibilità.

Sul piano economico si pone il problema della sostenibilità degli sforzi economici necessari per il perseguimento dei suddetti obiettivi che si traducono in spese da destinare al complesso processo di presa in carico delle persone con disabilità che necessitano di assistenza sociale e sanitaria, all'inserimento scolastico e lavorativo ed all'adeguamento ambientale delle nostre città in termini di accessibilità di abitazioni e luoghi pubblici.

Il quadro fornito dai dati sulla disabilità descrive una realtà in chiaro scuro. Sono, infatti, evidenti i progressi che le politiche hanno introdotto nel corso dell'ultimo ventennio in un'ottica d'inclusione delle persone con disabilità e di assistenza socio-sanitaria (Leggi n. 104/1992, n. 68/1999, n. 328/2000). Questi interventi ci pongono per molti aspetti all'avanguardia tra i Paesi europei in materia di politiche sulla disabilità, ma permangono numerose lacune nell'attuazione di queste normative, dovute probabilmente alla lentezza delle amministrazioni nel loro recepimento ed alla scarsità di risorse finanziarie a disposizione dei governi locali competenti in materia sociale. Una delle conseguenze di quanto detto è che nel nostro Paese il principale strumento di supporto alle persone con disabilità ed alle loro famiglie è rappresentato dal sistema dei trasferimenti monetari, sia di tipo

pensionistico che assistenziale. Permane, quindi, la carenza di servizi e di assistenza formale da parte del sistema sociale. Questo deficit ricade, inevitabilmente, sulle famiglie che continuano a svolgere ed a farsi carico della maggior parte delle attività di cura e di aiuto ai loro componenti in condizione di disabilità.

Scendendo nel dettaglio di alcune importanti componenti dell'inclusione, dal lato delle politiche sull'inserimento scolastico e lavorativo si evince che non sono ancora stati conseguiti a pieno gli obiettivi prefissati, come testimoniato dai dati sui livelli d'istruzione delle persone con disabilità sensibilmente più bassi rispetto al resto della popolazione e dal numero di occupati che non è ancora in linea con il resto del Paese. Anche alcuni altri aspetti qualificanti della partecipazione sociale necessitano ancora di miglioramenti. I dati, infatti, testimoniano che vi sono ambiti in cui la mancanza di autonomia costituisce un elemento di esclusione e marginalizzazione, soprattutto laddove si tratta di attività sociali in cui ha una certa rilevanza la limitazione fisica; un esempio su tutti è rappresentato dalle difficoltà legate ai trasporti pubblici. Alcuni segnali positivi si possono scorgere, invece, per le attività che non coinvolgono fattori fisici o impedimenti legati all'età, ambiti nei quali le persone con disabilità svolgono attività di partecipazione abbastanza soddisfacente. In particolare, è il segmento giovanile che si manifesta vivace negli ambiti della partecipazione politica e dell'associazionismo, ma anche nell'utilizzo di nuove tecnologie della comunicazione e dell'informazione.

Le possibili soluzioni, nel medio-lungo, termine dei problemi appena evidenziati dovranno prevedere un ripensamento del sistema di *welfare*, non più incentrato sul modello risarcitorio basato sul mero trasferimento di risorse monetarie alle famiglie, ma finalizzato a fornire servizi ed a rimuovere le barriere, di qualsiasi natura, che ostacolano il processo d'inclusione delle persone con disabilità nel tessuto sociale.

Infatti, il modello risarcitorio, oltre a mostrare i limiti di efficacia sopra evidenziati, potrebbe non essere più sostenibile in futuro, in quanto presuppone l'esistenza di una rete familiare che si faccia carico dell'assistenza della persona con disabilità. Invece, le dinamiche demografiche in corso nel nostro Paese ci indicano che la struttura delle famiglie tende a disgregarsi a causa della diminuzione dei matrimoni e della fecondità. Gli anziani, pertanto, vivono molto più spesso che in passato soli o con un altro coniuge anziano e senza il supporto dei figli.

Il cambio di prospettiva proposto per le politiche di assistenza consentirebbe di acquisire maggiore equità al sistema di *welfare* e di rispondere più efficacemente alle esigenze delle persone con disabilità. Tuttavia, è necessario sottolineare che per rendere sostenibile tale prospettiva è necessario migliorare l'efficienza dei servizi alle famiglie ed alle persone. Infatti, è stato proprio il deficit di efficienza del settore dei servizi nel nostro Paese che nel corso degli anni ha indirizzato le politiche verso strumenti d'intervento legati, quasi esclusivamente, ai trasferimenti monetari.

Infanzia ed adolescenza

Due sono le sfide, oggi, della pediatria:

- l'aumento esponenziale del numero di bambini ed adolescenti con malattie croniche;
- la necessità di avviare discorsi di promozione della salute già dai primi anni di vita.

Queste sfide si accompagnano alla necessità di riorganizzazione complessiva, simultanea e coordinata della pediatria del territorio e di quella ospedaliera che punti alla costituzione di centri pediatrici territoriali aperti 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 con la ridistribuzione delle risorse esistenti tra ospedale e territorio.

Inoltre, si rendono sempre più necessari l'empowerment e l'alfabetizzazione sanitaria dei genitori che diano ai figli i giusti strumenti per l'adozione di stili di vita salutari, fondamentali per la riduzione, ad esempio, dei gravi problemi del sovrappeso e dell'obesità infantile.

Donna e gravidanza

La salute materno-infantile rappresenta una parte importante del sistema Salute Pubblica in Italia:

- il parto, la gravidanza ed il puerperio rappresentano nel complesso la prima causa di ricovero per la popolazione femminile.

La rete dei punti nascita è notevolmente diversificata sul territorio (nel 2009 il 7,93% dei parti sono avvenuti in strutture con attività inferiore ai 500 parti anno), con un netto gradiente Nord-Sud a sfavore delle regioni meridionali e delle Isole che presentano valori superiori ai dati nazionali. Questo dato evidenzia la necessità di un programma nazionale di riorganizzazione dei punti nascita. Il tasso nazionale relativo al ricorso al Taglio Cesareo, indicatore di appropriatezza della gestione del percorso nascita, è stabile intorno al 39%.

Anziani

Il progressivo invecchiamento della popolazione e la conseguente espansione della cronicità, nonché della correlata esplosione della fragilità e della disabilità, ci pongono di fronte a problematiche socio-assistenziali così complesse da rappresentare una sfida sia per il Servizio Sanitario Nazionale che per l'intero sistema di welfare.

Al fine dell'ottimale organizzazione/riorganizzazione e pianificazione dei servizi destinati agli anziani la priorità spetta all'assistenza territoriale (Assistenza Domiciliare Integrata e Residenze Sanitarie Assistenziali). Di strategica importanza per il futuro sarà l'adozione di soluzioni innovative quali la tele/tecnologia assistenza, l'assistenza domotica e le tecnologie applicabili a domicilio per monitorare lo stato di salute dell'anziano attraverso strumenti d'interazione ed interrelazione territoriali.

Immigrati

Gli immigrati regolarmente iscritti rappresentano circa l'8% della popolazione nazionale, concentrandosi soprattutto nell'area Nord del Paese e caratterizzandosi come popolazione giovanile (70% nati in Italia).

L'incertezza e l'eterogeneità regionale mostrati sinora dalle politiche di accoglienza ed inserimento, si scontrano con gli sforzi organizzativi volti all'aumento dell'accessibilità ai servizi sanitari per questa categoria di popolazione.

Si avverte l'esigenza di orientare maggiormente la risposta e la cultura dei servizi e degli operatori sanitari alla protezione di questi gruppi di popolazione più "fragili", a partire da iniziative di prevenzione e di raccolta di flussi di dati condivisi.

Disabili

In virtù dei principi sanciti dalla Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, si rileva la necessità di promuovere un cambio di prospettiva nelle politiche di assistenza, ovvero il passaggio dal sistema risarcitorio ad un sistema finalizzato a fornire servizi ed a rimuovere le barriere di qualsiasi natura.

La promozione della non discriminazione, della piena ed effettiva partecipazione ed inclusione nella società, del rispetto per la differenza, della parità di opportunità e l'accessibilità, consentirebbe al sistema di welfare di acquisire maggiore equità e di rispondere più efficacemente alle esigenze delle persone disabili.

6. Assistenza

6.1 Assistenza territoriale

Descrizione della tematica - L'assistenza territoriale comprende una serie di servizi rivolti alla comunità che si svolgono in un contesto prevalentemente extra-ospedaliero, caratterizzati da un approccio orientato alla comunità e basato sull'attenzione ai bisogni di assistenza della persona.

Nella sua complessità l'assistenza primaria o territoriale, caratterizzata da una molteplicità di relazioni multiprofessionali, multidisciplinari e multisettoriali, può essere considerata come una rete di relazioni a livello territoriale e tra territorio ed ospedale. Per il successo di tale sistema è necessario un forte coordinamento organizzativo tra *policy maker*, amministratori, singoli operatori ed assistiti per il raggiungimento delle finalità istituzionali.

Nel tempo il ricorso ad un'assistenza territoriale, strutturata e capillare, sia per ragioni cliniche che economiche si è resa sempre più necessaria.

Tra gli aspetti che caratterizzano questo ambito in maniera determinante sono stati analizzati i dati relativi all'Assistenza Domiciliare Integrata, alle Residenze Sanitarie Assistenziali ed agli *Hospice*.

- *Assistenza Domiciliare Integrata*: l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) si rivolge ai pazienti che necessitano maggiormente di continuità delle cure, tra questi: pazienti post-acuti dimessi dall'ospedale che, ove non adeguatamente assistiti a domicilio, potrebbero incorrere a breve in un secondo ricovero ospedaliero e pazienti cronici stabilizzati sul territorio, con elevati bisogni assistenziali a rischio di ricoveri inappropriati, per i quali il percorso di cura richiede una forte integrazione tra *team* multidisciplinari. In questa prospettiva, l'assistenza a domicilio, particolarmente per le forme di cronicità si presenta come valida alternativa per contrastare il fenomeno dei ricoveri ospedalieri inappropriati e come forma assistenziale da preferire per i vantaggi in termini di qualità di vita del paziente, a cui vanno aggiunti i benefici economici rispetto a forme di ricovero anche di carattere extraospedaliero.

- *Residenza Sanitaria Assistenziale*: il tema dell'assistenza agli anziani ed ai disabili assume, nel nostro Paese, dimensioni preoccupanti a causa del progressivo invecchiamento della popolazione e della conseguente espansione della cronicità cui la

disabilità è spesso associata. Pertanto, accanto a nuove forme di assistenza domiciliare è necessario l'incremento dell'assistenza residenziale nei casi in cui il paziente necessiti di particolari trattamenti o quando risulti in gravi condizioni di salute, ridimensionando in tal modo il ricorso all'ospedalizzazione.

- *Hospice*: l'*Hospice* è una struttura sanitaria residenziale per malati terminali. In altri termini, si tratta di un luogo d'accoglienza e ricovero temporaneo nel quale il paziente viene accompagnato nelle ultime fasi della sua vita con un appropriato sostegno medico, psicologico e spirituale affinché le viva con dignità nel modo meno traumatico e doloroso possibile. Inteso come una sorta di prolungamento ed integrazione della propria dimora, l'*Hospice* include anche il sostegno psicologico e sociale delle persone che sono legate al paziente, per cui si può parlare dell'*Hospice* come di un approccio sanitario inclusivo (globale, olistico) che oltre all'aspetto puramente medico si "prende cura" della persona nel suo insieme.

Presentazione dei dati

Tabella 1 - Assistibili (valori assoluti e tasso per 100.000) trattati in ADI ed assistibili anziani (per 100 e tasso per 1.000 residenti >65 anni) trattati in ADI per regione - Anno 2009

Regioni	Assistibili	Assistibili anziani	Tassi di assistibili	Tassi di assistibili anziani
Piemonte	30.096	77,2	677,9	24,2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	166	60,8	130,2	4,0
Lombardia	93.766	85,2	958,3	43,1
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>650</i>	<i>55,4</i>	<i>129,7</i>	<i>4,3</i>
<i>Trento</i>	<i>1.915</i>	<i>57,4</i>	<i>366,6</i>	<i>11,6</i>
Veneto	63.722	83,0	1.300,7	57,8
Friuli Venezia Giulia	25.069	88,1	2.034,0	81,3
Liguria	16.273	91,7	1.007,3	36,2
Emilia-Romagna	89.933	90,6	2.063,8	87,3
Toscana	24.505	78,3	658,9	23,3
Umbria	18.074	87,0	2.013,8	79,5
Marche	15.043	85,0	955,9	38,2
Lazio	51.324	86,2	907,7	41,9
Abruzzo	16.892	80,2	1.263,6	50,1
Molise	2.108	81,3	657,7	25,5
Campania	22.434	76,7	385,5	19,6
Puglia	17.991	83,7	440,8	21,5
Basilicata	7.382	81,5	1.251,7	53,0
Calabria	11.708	81,4	582,8	26,7
Sicilia	14.697	67,9	291,6	11,4
Sardegna	9.713	76,2	581,0	24,9
<i>Nord</i>	<i>321.590</i>	<i>85,8</i>	<i>1.170,3</i>	<i>49,7</i>
<i>Centro</i>	<i>108.946</i>	<i>84,4</i>	<i>919,8</i>	<i>38,1</i>
<i>Sud ed Isole</i>	<i>102.925</i>	<i>78,2</i>	<i>493,2</i>	<i>22,6</i>
Italia	533.461	84,1	886,3	38,9

Fonte dei dati: Rapporto Osservasalute 2011 - Tardivo, Coppo, Loss, Mantovani, Poli, Romano - Ministero della Salute. Direzione Generale del Sistema Informativo. Ufficio di Direzione Statistica. Anno 2011.

**Tabella 2 - Tasso (per 100.000) di posti letto residenziali per disabili ed anziani per regione.
Anno 2009**

Regioni	Disabili	Anziani	Totale
Piemonte	76,6	796,4	873,0
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	55,5	796,1	851,7
Lombardia	120,8	780,0	900,9
Bolzano-Bozen	103,9	756,8	860,7
Trento	106,7	867,0	973,7
Veneto	91,4	768,9	860,3
Friuli Venezia Giulia	72,8	860,0	932,8
Liguria	146,4	736,4	882,8
Emilia-Romagna	56,7	670,4	727,1
Toscana	51,9	439,0	490,9
Umbria	72,5	250,4	322,9
Marche	56,4	475,2	531,6
Lazio	62,6	241,0	303,6
Abruzzo	68,6	397,5	466,1
Molise	166,8	626,4	793,2
Campania	30,2	30,7	60,9
Puglia	30,4	181,4	211,8
Basilicata	129,6	141,6	271,2
Calabria	42,2	179,4	221,6
Sicilia	80,3	242,8	323,1
Sardegna	73,6	272,0	345,6
Italia	74,7	478,4	553,1

Fonte dei dati: Rapporto Osservasalute 2011 - Solipaca, Di Priamo, Pugliese, Auxilia, Cantù, Damiani - Istat. "Indagine sui presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari". Anno 2011.

Analisi dei dati - Dall'analisi dei dati è emerso quanto segue:

- *Assistenza Domiciliare Integrata*: a livello nazionale, nel corso del 2009, sono stati assistiti al proprio domicilio 533.461 pazienti. Il numero di pazienti trattati in ADI è in continua crescita, attestandosi ad un valore pari a 886,3 casi per 100.000 abitanti, con un incremento del 6,2% rispetto al 2008 (l'incremento rispetto al 2007 era stato del 4,4%). Un'analisi temporale del tasso di ospedalizzazione conferma la tendenza alla riduzione del ricovero ospedaliero ed un corrispettivo aumento del numero di pazienti assistibili in ADI. Globalmente, la percentuale di ADI erogata a

soggetti anziani è stata pari all'84,1% del totale, valore in crescita rispetto al 2008 ed in lieve diminuzione rispetto ai dati del 2005 e 2006 (84,2% e 84,8%, rispettivamente). Da sottolineare è, inoltre, in relazione alla percentuale di ADI per pazienti terminali, la marcata differenza fra le regioni del Nord e del Centro rispetto alle regioni del Sud (rispettivamente, 89,6%, 86,5% e 61,0%);

- *Residenza Sanitaria Assistenziale*: nel nostro Paese il tasso di posti letto residenziali relativo alle tipologie di utenza anziani e disabili è pari a 553,1 (per 100.000). La maggior parte dei posti letto rilevati sono specificatamente dedicati agli anziani, mentre solo quote residuali sono destinate ad utenti di età <65 anni con disabilità (rispettivamente, 478,4 e 74,7 per 100.000). L'analisi territoriale evidenzia una sensibile differenza tra le regioni del Nord, dove si registrano i tassi maggiori, e quelle del Mezzogiorno, mentre le regioni del Centro si collocano in una situazione intermedia.

Relativamente agli ospiti nei presidi residenziali gli anziani rappresentano l'84% e, nella maggior parte dei casi, sono non autosufficienti. Molto meno, invece, sono le persone con disabilità presenti nelle strutture residenziali. A livello nazionale il tasso di ospiti anziani non autosufficienti istituzionalizzati è pari a 1.743 (per 100.000) ed i valori maggiori si registrano al Nord, mentre nelle regioni del Sud i tassi si riducono considerevolmente. La dicotomia Nord-Sud si riscontra anche per quanto riguarda gli ospiti minori ed adulti con disabilità. Tale variabilità regionale, che evidenzia un maggior ricorso all'istituzionalizzazione nelle regioni settentrionali, risente della distribuzione territoriale dell'offerta residenziale;

- *Hospice*: i dati presentati nel Libro Bianco degli *Hospice*, pubblicato nel novembre 2007, confermano che a dicembre 2006 gli *Hospice* operativi erano 105, per un totale di 1.229 posti letto (pari a 0,21 posti letto ogni 10.000 abitanti). Fra i 105 *Hospice* operativi nel 2006, si evidenzia una preponderanza a gestione pubblica (54 strutture, pari al 51,4%), seguiti dagli *Hospice* gestiti da organizzazioni del terzo settore (31 strutture, pari al 29,5%), mentre risultano meno numerosi quelli privati (10 strutture, pari al 9,5%) ed a gestione mista (10 strutture, pari al 9,5%). Entro la fine del 2008 era stato stimato che, in Italia, sarebbero stati operativi 206 *Hospice*, dei 243 programmati, ma nel 2009 ne risultavano attivi 164. Secondo il Libro Bianco (II edizione), ad aprile 2010 erano 175 le strutture residenziali attive in tutto il Paese con un disequilibrio ancora evidente tra Nord e Sud. Anche l'assistenza domiciliare in cure palliative, di cui è stata definita una prima mappatura ufficiale, presenta ancora delle disparità tra regioni.

6.2 Assistenza farmaceutica

Descrizione della tematica - Il settore farmaceutico si caratterizza per una molteplicità di fattori che possono essere ricondotti sia alla particolare natura dei beni prodotti e del loro impatto sul benessere dei cittadini, sia alla pluralità degli attori coinvolti, quali

aziende farmaceutiche, Servizio Sanitario Nazionale (SSN), medici, farmacisti e consumatori portatori di diversi interessi, economici, sociali e di tutela della salute.

In considerazione della rilevanza sul benessere della collettività e sulle dinamiche della spesa sanitaria, il settore farmaceutico è sempre stato contraddistinto da una forte presenza dell'intervento pubblico nella duplice veste di finanziatore e regolatore.

L'assistenza farmaceutica, come le altre attività del SSN, è finanziata dallo Stato attraverso la fiscalità generale ed, in aggiunta, le regioni possono integrare il gettito fiscale con ulteriori entrate derivanti dall'introduzione di ticket farmaceutici, che hanno anche una funzione di contenimento dei consumi e, di conseguenza, della spesa. Abolito nel 2001 dal Governo centrale e reintrodotta nel 2002, il ticket rappresenta il contributo che i cittadini devono pagare, per ogni ricetta o confezione, per ottenere i farmaci rimborsabili dal SSN (farmaci di Classe A).

In base all'ultimo Rapporto OsMed, nel 2011, ben 15 Regioni e la PA di Bolzano sono ricorse a questa leva finanziaria per il finanziamento dell'assistenza farmaceutica ed il controllo della crescita della spesa.

L'intervento pubblico si rileva particolarmente significativo anche nella regolamentazione, risultando il settore farmaceutico come uno dei più regolati in ambito sanitario. Tale indirizzo si esercita nelle fasi di *licensing*, *reimbursement*, *price setting*, commercializzazione, farmacovigilanza e gestione/controllo della spesa.

L'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) è un organismo di diritto pubblico che rappresenta l'autorità nazionale competente per l'attività regolatoria dei farmaci in Italia, operando sulla base degli indirizzi e della vigilanza del Ministero della Salute.

Relativamente all'impatto economico del settore, esiste una forte preoccupazione circa la sostenibilità dell'assistenza farmaceutica da parte del servizio pubblico che, in linea con gli altri Paesi europei, sta sperimentando da una parte una crescita dei consumi di farmaci per effetto del progressivo invecchiamento della popolazione e conseguente aumento della prevalenza di condizioni di comorbidità e dall'altra, l'introduzione di farmaci innovativi, generalmente più costosi, che determinano un'espansione della spesa.

Tale situazione rischia di minare il delicato equilibrio necessario a garantire livelli appropriati di distribuzione ed erogazione dei farmaci ai cittadini, nel rispetto dei limiti normativi di spesa.

Al fine di contenere la crescita della spesa farmaceutica, diverse disposizioni normative di razionalizzazione delle risorse si sono susseguite nel tempo.

A decorrere dal 2002 con la Legge n. 326 del 2003 è stato introdotto il tetto di spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale (comprensiva della spesa farmaceutica convenzionata, Distribuzione Diretta-DD e Distribuzione per Conto) che stabilisce la soglia massima consentita, come percentuale della spesa sanitaria complessiva programmata, sia a livello nazionale che regionale. Tale valore è stato rideterminato nel 2010 con il Decreto Legge n. 78 del 2009 e fissato al 13,3%.

Nel 2008, la Legge n. 222 del 2007 ha stabilito il tetto della spesa farmaceutica com-

plessiva al 16,4% ed il tetto per la spesa farmaceutica ospedaliera (esclusa la DD) al 2,4%. Il Decreto Legge n. 39 del 2009 ha, successivamente, modificato il tetto della spesa farmaceutica complessiva, fissandolo al 16,0%.

Presentazione dei dati

Tabella 3 - Spesa (€) farmaceutica territoriale* lorda pro capite pesata per età a carico del Servizio Sanitario Nazionale e variazione percentuale per regione. Anni 2001, 2005-2010

Regioni	2001	2005	2006	2007	2008	2009	2010	% Δ (2001-2010)	% Δ (2009-2010)
Piemonte	183,2	195,9	195,9	195,0	197,2	202,0	194,0	5,9	-4,0
Valle d'Aosta- Vallée d'Aoste	176,5	188,6	185,7	182,4	176,8	182,0	185,9	5,3	2,1
Lombardia	187,1	207,3	203,4	197,5	195,2	197,6	198,4	6,0	0,4
Bolzano-Bozen**	160,4	183,3	160,1	151,6	149,1	148,5	152,8	n.d.	2,9
Trento**	160,4	168,8	172,3	168,3	164,1	166,2	167,9	n.d.	1,0
Veneto	179,3	194,5	191,6	188,4	185,4	189,1	189,2	5,5	0,1
Friuli Venezia Giulia	170,2	191,6	195,2	191,4	185,5	185,8	193,7	13,8	4,3
Liguria	213,4	225,0	220,3	203,0	200,6	199,9	197,8	-7,3	-1,1
Emilia-Romagna	176,0	192,2	187,6	182,8	177,4	179,3	179,4	1,9	0,1
Toscana	181,6	186,2	182,5	177,5	175,2	174,8	176,6	-2,8	1,0
Umbria	186,0	195,5	194,6	187,8	183,0	185,3	187,1	0,6	1,0
Marche	194,4	203,4	200,0	198,9	195,2	197,4	197,3	1,5	-0,1
Lazio	249,7	306,6	306,9	259,4	250,9	248,2	248,5	-0,5	0,1
Abruzzo	221,6	225,0	227,7	215,3	220,2	223,7	230,5	4,0	3,0
Molise	196,5	217,9	221,2	212,1	217,5	222,1	207,9	5,8	-6,4
Campania	257,8	258,1	249,8	235,7	239,8	242,6	241,0	-6,5	-0,7
Puglia	235,1	274,7	265,3	238,6	248,2	257,8	257,4	9,5	-0,1
Basilicata	210,4	209,7	213,2	208,7	210,2	217,7	205,2	-2,5	-5,8
Calabria	237,7	277,1	284,9	270,3	277,0	275,1	267,8	12,7	-2,7
Sicilia	260,3	299,5	301,3	272,3	265,0	262,1	266,0	2,2	1,5
Sardegna	219,9	254,7	248,0	225,9	223,6	228,6	234,5	6,6	2,6
Italia	209,9	231,6	228,8	215,0	213,4	215,3	215,1	2,5	-0,1

*Esclusa la Distribuzione Diretta e la Distribuzione per Conto.

**I dati disaggregati per le PA di Trento e Bolzano non sono disponibili per l'anno 2001.

n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati: Rapporto Osservasalute 2011 - Muscolo, Monaco, Cangini, Montilla, Pieroni, Folino Gallo - AIFA. OsMed. L'uso dei farmaci in Italia. Anno 2010.

Tabella 4 - Consumo (DDD/1.000 ab die) farmaceutico territoriale* pesato per età a carico del Servizio Sanitario Nazionale e variazione percentuale per regione. Anni 2001, 2005-2010

Regioni	2001	2005	2006	2007	2008	2009	2010	% Δ (2001-2010)	% Δ (2009-2010)
Piemonte	611	705	747	786	839	857	883	44,5	3,1
Valle d'Aosta- Vallée d'Aoste	615	758	786	816	843	859	885	43,9	3,0
Lombardia	619	723	748	777	816	816	844	36,3	3,5
Bolzano-Bozen**	554	675	648	669	691	678	711	n.d.	4,9
Trento**	554	638	709	748	784	791	817	n.d.	3,3
Veneto	632	750	787	823	863	864	893	41,3	3,3
Friuli Venezia Giulia	622	755	801	837	873	872	908	46,0	4,1
Liguria	672	791	828	855	892	890	910	35,4	2,3
Emilia-Romagna	633	791	828	866	903	907	934	47,5	3,0
Toscana	647	768	809	852	898	901	935	44,5	3,8
Umbria	684	810	864	902	946	960	1.000	46,2	4,2
Marche	649	776	811	856	902	903	933	43,8	3,3
Lazio	761	979	1.068	1.019	1.032	1.010	1.034	35,9	2,4
Abruzzo	673	786	860	879	933	933	964	43,3	3,4
Molise	596	699	807	838	898	917	929	55,8	1,2
Campania	737	889	937	945	1.003	1.021	1.023	38,8	0,2
Puglia	704	826	907	949	1.019	1.044	1.081	53,5	3,5
Basilicata	632	778	844	887	941	964	955	51,1	-1,0
Calabria	749	876	951	977	1.054	1.017	1.021	36,3	0,4
Sicilia	767	913	992	999	1.034	1.034	1.067	39,1	3,2
Sardegna	705	850	887	920	964	974	1.017	44,3	4,4
Italia	674	807	857	880	924	926	952	41,3	2,8

*Esclusa la Distribuzione Diretta e la Distribuzione per Conto.

**I dati disaggregati relativi alle PA di Bolzano e Trento non sono disponibili per l'anno 2001.
n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati: Rapporto Osservasalute 2011 - Muscolo, Monaco, Cangini, Montilla, Pieroni, Folino Gallo - AIFA. OsMed. L'uso dei farmaci in Italia. Anno 2010.

Analisi dei dati - La spesa farmaceutica rappresenta una componente rilevante del settore sanitario; in base ai dati dell'ultimo Rapporto OsMed (2011) il valore di mercato si attesta a 23,6 miliardi di euro, di cui il 75% a carico del Servizio Sanitario Nazionale e con una distribuzione che avviene, prevalentemente, attraverso le farmacie pubbliche e private.

Analizzando nel dettaglio il dato di spesa lorda pro capite territoriale, comprensiva dei farmaci a carico del SSN distribuiti dalle farmacie pubbliche e private, della quota di partecipazione dei cittadini e del ticket farmaceutico, si rileva nel 2010 una diminuzione dello 0,1% rispetto al 2009, a confronto dell'aumento del 2,5% registrato, invece, dal 2001 (Tabella 3). Notevole è la variabilità a livello regionale con un *range* compreso tra 152,8-267,8€ e con un evidente svantaggio delle regioni meridionali che superano il dato nazionale pari a 215,1€.

Stratificando i dati di spesa per classi di età è possibile osservare come le caratteristiche demografiche della popolazione incidano in modo rilevante sull'utilizzo dei farmaci, determinando una quota di spesa pro capite per i pazienti over 75 anni superiore di 13 volte circa quella della classe di età compresa fra 25-34 anni.

Per quanto riguarda la spesa per il ticket farmaceutico e la compartecipazione richiesta ai cittadini, che si applica come differenza tra il prezzo del farmaco originale ed il relativo prezzo di riferimento (corrispondente al prezzo più basso dei farmaci *off-label* equivalenti), nel 2010 si registra un valore complessivo di 998 milioni di euro, il più elevato a partire dal 2003, rappresentando il 7,7% della spesa territoriale lorda. A livello pro capite il valore italiano ammonta a 16,5€, con un aumento pari al 46% dal 2003.

Relativamente al consumo farmaceutico territoriale, nel 2010 si evidenzia una costante crescita pari al 2,8% rispetto all'anno precedente ed al 41,3% rispetto al 2001 (Tabella 4). A livello nazionale sono state prescritte 952 dosi (per 1.000) di farmaco al giorno ed i valori maggiori si registrano nelle regioni del Centro-Sud.

Anche per i consumi, la stratificazione dei dati per età rileva un notevole divario tra i soggetti anziani (75 anni ed oltre) ed i soggetti di età compresa fra 25-34 anni, risultando in un ricorso ai farmaci superiore, mediamente, di 17 volte.

L'analisi dei consumi per I livello Anatomico, Terapeutico e Chimico (ATC), evidenzia che i farmaci maggiormente prescritti riguardano il sistema cardiovascolare (47,4% del consumo totale di farmaci).

Infine, i dati sul consumo di antibiotici a carico del SSN, pongono l'Italia tra i Paesi a più elevato consumo in Europa, evidenziando un'ampia variabilità regionale con rilevanti differenze nel ricorso all'uso di tali farmaci tra Nord e Centro-Sud. Infatti, quasi tutte le regioni centrali e meridionali presentano valori superiori sia al dato nazionale che ai valori delle regioni settentrionali. Analizzando il trend dal 2002 al 2010, si registra un incremento del 4,2% anche se, tra il 2009 ed il 2010, si è osservata un'inversione di tendenza (-7,0%).

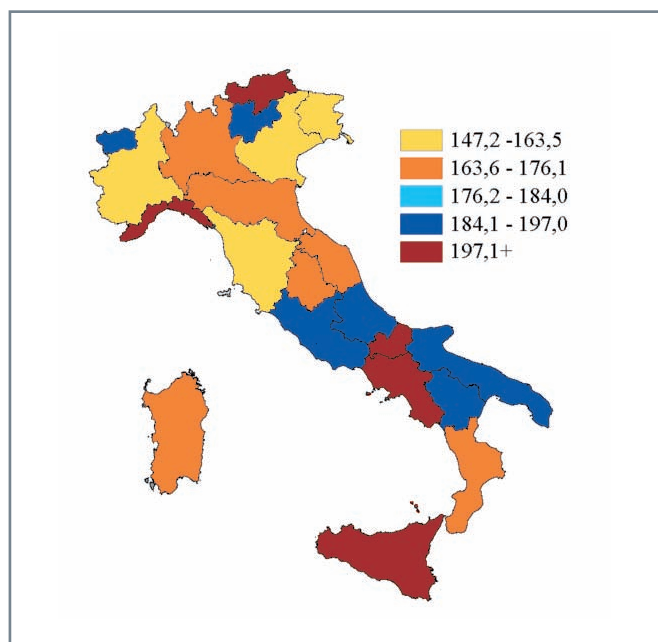
6.3 Assistenza Ospedaliera

Descrizione della tematica - Il sistema ospedaliero italiano è stato oggetto d'importanti riforme nel corso degli anni Novanta che hanno avviato un processo di modernizzazione e ridefinizione del suo ruolo nell'ambito della Sanità Pubblica; processo via via più rapido negli ultimi anni in virtù di due fattori: la transizione epidemiologica e demografica in atto nel nostro Paese e la riforma del Titolo V della Costituzione.

La forte autonomia acquisita in tema di programmazione ed erogazione dell'assistenza socio-sanitaria e la diretta responsabilizzazione riguardo l'equilibrio finanziario, in un quadro federalista della Sanità Pubblica, hanno determinato una generale razionalizzazione dell'offerta, un miglioramento dell'efficienza complessiva del sistema e, negli ultimi anni, la ricerca di una maggiore appropriatezza, qualificazione e sicurezza delle cure erogate, in un'ottica di "governo clinico" e di partecipazione dei professionisti ai cambiamenti proposti.

Presentazione dei dati

*Tasso standardizzato (per 1.000) di dimissioni ospedaliere per regione.
Anno 2009*



Analisi dei dati - Sul fronte della struttura dell'offerta è sancita la riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio Sanitario Regionale a 4 posti letto per 1.000 abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie (incrementabile del 5% in base al peso della popolazione ultra 75enne) ed esclusa la quota di posti letto da dedicare, prevalentemente, ai pazienti provenienti dalle altre regioni, da stabilire in un successivo ed ulteriore accordo. Il riferimento per il tasso di ospedalizzazione (TD) è confermato a 180 ricoveri per 1.000 abitanti, di cui il 20% in regime diurno (equivalente ad un TD di 36 ricoveri diurni per 1.000 abitanti). L'adeguamento ai nuovi standard, per cui erano previsti tempi differenziati per le regioni sottoposte ai Piani di Rientro (entro 2010) e margini maggiori per tutte le altre (giugno 2011), è finalizzato a promuovere un graduale processo di deospedalizzazione attraverso l'utilizzo più adeguato dei diversi *setting* assistenziali e la riduzione delle prestazioni ospedaliere ad alto rischio di non appropriatezza clinico-organizzativa.

La fotografia che emerge analizzando il tasso di ospedalizzazione conferma la tendenza alla riduzione del ricovero in entrambe le modalità, cioè sia in Ricovero Ordinario (RO) che in Day Hospital (DH). Nello specifico, l'analisi nel periodo temporale 2008-2009, evidenzia per il tasso complessivo una riduzione del 4,5%, per la modalità di ricovero in RO una riduzione del 2,4% e per il ricovero diurno una riduzione del 9,1%. Nel 2009, il tasso standardizzato di ospedalizzazione complessivo, a livello nazionale, è pari a 179,4 (per 1.000), di cui 126,4 (per 1.000) in modalità ordinaria e 53,0 (per 1.000) in modalità di ricovero diurno. In generale, le regioni del Sud, ad eccezione della Sardegna, presentano un tasso complessivo superiore sia allo standard normativo (180 per 1.000) che al valore nazionale, mentre quelle del Centro-Nord un tasso inferiore, ad eccezione di Lazio, Liguria e PA di Bolzano.

L'analisi delle dimissioni per tipologia di attività conferma il trend in diminuzione dei ricoveri di tipo riabilitativo, mentre si registra una stabilità dell'attività di lungodegenza (TD pari, rispettivamente, a 4,2 e 1,6 ricoveri per 1.000 abitanti). La distribuzione per età dei dimessi mostra che i TD più alti si rilevano nelle fasce di età "estreme" (<1 anno e >75 anni), dove si registrano anche variazioni regionali molto più ampie e, probabilmente, ingiustificate di quelle registrate in tutte le restanti classi.

Infine, relativamente alla degenza media si osserva, da diversi anni, una stabilità del dato anche se, nel 2009, si registra un lieve decremento rispetto al 2008 (6,7 giorni vs 6,8 giorni). Analoga tendenza si riscontra per la degenza media preoperatoria (1,88 giorni nel 2009 vs 1,97 giorni nel 2008). Per ambedue questi indicatori persistono significative e spesso ingiustificate differenze regionali con un evidente gradiente tra le regioni centro-settentrionali e quelle meridionali, segno di disomogeneità nella definizione di specifici percorsi diagnostici e clinico-assistenziali.

6.4 Commenti e riflessioni

Assistenza territoriale

A cura della Dott.ssa Mariadonata Bellentani

I dati riportati nel documento sono molto interessanti. È da evidenziare che sull'assistenza territoriale sono disponibili solo elementi descrittivi come il numero di assistiti in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) ed il tasso di posti letto residenziali per anziani e disabili. Non sono, invece, disponibili dati che caratterizzano quantitativamente il bisogno di salute del paziente, le attività e le prestazioni garantite ed il percorso di presa in carico.

Gli stessi dati sull'ADI dimostrano che questo settore di assistenza, pur essendo in crescita, è ancora molto lontano dal tasso di copertura di altri Paesi che hanno un'incidenza d'invecchiamento uguale o minore.

Sull'assistenza residenziale il panorama nazionale è molto diversificato per cui abbiamo le regioni del Centro-Nord che presentano un alto tasso di posti letto residenziali ed una situazione di carenza nelle regioni del Sud e nelle Isole, in cui l'assistenza residenziale deve essere potenziata, sempre tenendo conto della priorità dell'assistenza a domicilio.

Sull'assistenza domiciliare in cure palliative è stata condotta una prima mappatura nella ricerca Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali-Regioni-Società Scientifiche negli anni 2008-2010 ("Indagine conoscitiva nazionale sullo sviluppo delle cure palliative domiciliari come livello essenziale di assistenza") ed è in corso una nuova indagine sulle buone pratiche ("Accanto al malato oncologico e alla sua famiglia: sviluppare cure domiciliari di buona qualità"), tenendo conto di tre ambiti: centri di erogazione delle cure, modalità di supporto dei *caregiver* e della famiglia e continuità ospedale-territorio.

Nella fase attuale la riduzione dei nuovi standard dei posti letto ospedalieri prevista dalla Legge n. 135/2012 art. 15 renderà ancora più indispensabile una riorganizzazione dell'assistenza primaria e delle cure primarie, peraltro indicata nei suoi principi generali dal Decreto Legge n. 158/2012.

Inoltre, la necessità di spostare il baricentro del sistema sanitario dall'ospedale al territorio rappresenta una priorità per poter rispondere adeguatamente a nuovi bisogni di salute prevalentemente legati alla transizione epidemiologica con una migliore aspettativa di vita ed al contempo una costante crescita delle patologie croniche, della fragilità e della non autosufficienza soprattutto nelle classi di età più avanzate. Elementi che richiedono una risposta di sistema ed, in particolare, un progetto di riorganizzazione dei servizi sanitari territoriali, spostando l'attenzione dalla patologia alla persona ed al suo fabbisogno complessivo di salute.

Nel prossimo futuro sarà opportuno analizzare anche i dati dei nuovi flussi informativi sull'assistenza territoriale afferenti al Nuovo Sistema Informativo Sanitario (flusso dell'as-

sistenza domiciliare-SIAD, flusso dell'assistenza residenziale e semiresidenziale-FAR, flusso dell'assistenza erogata presso gli *Hospice*).

Inoltre, occorrerà sviluppare sul territorio presidi polifunzionali che consentano l'aggregazione dei Medici di Medicina Generale e di altre figure professionali in modo da facilitare l'integrazione multi professionale e multidisciplinare.

È necessario operare per percorsi assistenziali così come stanno facendo diverse regioni su alcune patologie croniche di particolare impatto e rilevanza, quali diabete, scompenso cardiaco ed altre, con investimento professionale e finanziario specifico e lavoro multidisciplinare sulla base dei modelli internazionali riconosciuti (ad esempio, il *Chronic Care Model* o l'*Expanded Chronic Care Model*).

Infine, occorre rivedere la configurazione giuridica della Medicina Generale, con scelte di sistema sui livelli di responsabilità gestionale.

Assistenza farmaceutica

A cura del Prof. Luca Pani

In un contesto caratterizzato da ridotta disponibilità di risorse economiche, invecchiamento della popolazione e crescente domanda assistenziale, il settore farmaceutico e la spesa che ne deriva hanno un forte impatto sull'opinione di cittadini, pazienti, aziende e sulla totalità degli operatori sanitari per via delle implicazioni non solo economiche, ma anche etiche e sociali. Una netta preoccupazione si evidenzia in merito alla sostenibilità dell'assistenza farmaceutica da parte del servizio pubblico. In tale contesto, l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ha un ruolo centrale nella tutela del diritto alla salute, nell'unitarietà del sistema farmaceutico, nell'accesso ai farmaci innovativi ed all'impiego sicuro ed appropriato dei medicinali. Del resto, in materia di appropriatezza d'uso, le recenti disposizioni normative suggeriscono l'aderenza da parte dei prescrittori alle Linee Guida ed alle buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica. Attuare una politica di contenimento della spesa non può prescindere da una valutazione approfondita dei contesti, sia per ciò che riguarda le differenti attitudini prescrittive dei medici sia per quanto riguarda le caratteristiche delle popolazioni. Da questa analisi non possono che scaturire riflessioni in merito all'aumento dei costi sanitari conseguenti a problemi emergenti, quali accesso ed appropriatezza delle cure, trasformazioni demografiche ed introduzione di medicinali innovativi, equivalenti e biosimilari.

La strategia politica rivolta al contenimento della spesa farmaceutica, non può basarsi su un taglio indiscriminato delle risorse, ma deve assicurare un'assistenza migliore mediante una loro efficiente allocazione. L'Agenzia si avvale di diversi strumenti utili per l'attuazione di una *governance* del sistema. L'AIFA intende, con revisione e potenziamento degli strumenti di monitoraggio a disposizione, rilevare consumi e reazioni avverse ed individuare aree d'inappropriatezza sulle quali agire anche mediante campagne di comuni-

cazione e sensibilizzazione rivolte ad operatori sanitari e cittadini, come quella relativa all'uso appropriato di antibiotici e dei farmaci equivalenti.

Un importante tema è quello delle patologie cardiovascolari. La ragione di questa particolare attenzione risiede nel fatto che i farmaci dell'apparato cardiovascolare sono la prima voce di spesa a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e che le malattie cardiovascolari rappresentano la principale causa di mortalità con circa l'80% degli eventi cardiovascolari prevenibili.

È essenziale identificare i soggetti ad elevato rischio cardiovascolare facendosi promotori di campagne sugli stili di vita da condurre a scopo preventivo della patologia cardiovascolare, valutare i livelli di appropriatezza d'uso dei farmaci e monitorare l'aderenza alle terapie.

Un altro esempio è rappresentato dagli antibiotici il cui uso inappropriato non rappresenta soltanto un problema di costi a carico del SSN, ma favorisce anche l'insorgenza di resistenze batteriche con progressiva perdita della loro efficacia. Sia il consumo che la spesa sono diminuiti rispetto al 2010, a conferma della validità della campagna di comunicazione *ad hoc* sul tema del corretto uso degli antibiotici promossa dall'AIFA.

La promozione e la negoziazione attenta dei prezzi degli equivalenti consente di muovere risorse da dedicare ai nuovi innovativi, così come quelle dei biosimilari potranno rappresentare l'area da cui ricavare risorse da rimettere in gioco.

L'AIFA ha previsto, per i farmaci potenzialmente innovativi e non solo, progetti di monitoraggio specifici volti a definirne il *place in therapy* avvalendosi, inoltre, di strumenti per garantirne l'appropriatezza prescrittiva come i registri di monitoraggio, le note ed i piani terapeutici.

In conclusione, l'AIFA punta ad una stretta collaborazione con operatori sanitari e malati, in quanto patrimonio irrinunciabile di conoscenze che deve essere valorizzato. In particolare, il rapporto con i Medici di Medicina Generale, con i quali è già stato avviato un processo di coinvolgimento mediante la creazione di un gruppo di lavoro sulla valutazione dell'uso dei farmaci nelle cure primarie. Tale iniziativa mira a valutare l'effettivo impatto del farmaco sul malato e a garantire una risposta mirata ai bisogni di salute della popolazione.

A cura del Prof. Americo Cicchetti

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) assicura, nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza, un'ampia disponibilità di prodotti ed un discreto accesso all'innovazione in campo farmacologico. Rispetto a molti altri Paesi europei, la spesa è ancora, prevalentemente, orientata su prodotti di tipo "branded" rispetto ai prodotti generici. La crescita della spesa per compartecipazione (quasi 1 miliardo di euro) segnala uno squilibrio che merita particolare attenzione.

Nell'ambito del SSN il sistema di regolazione del farmaco (che per la parte *licensing* è, oggi, prevalentemente centralizzata presso l'*European Medicine Agency*) ha garantito negli ultimi 10 anni l'incremento dei consumi (cresciuti di oltre il 40% tra il 2001 ed il 2010), con un aumento di spesa pari solo al 2,5%. Tale crescita è, significativamente, più bassa rispetto alla crescita dell'intero comparto sanità (+44,5%; Ragioneria Generale dello Stato e Ministero della Salute, Anno 2011). Nonostante la maggiore disponibilità di prodotti ed il consumo crescente, il sistema regolatorio ha garantito la tenuta dei tetti e la sostenibilità del sistema. Lo scenario nazionale nasconde, però, significative variabilità regionali. La variabilità riguarda le modalità ed i tempi di adozione delle innovazioni, la spesa ed i consumi. Nel caso del farmaco la relativa virtuosità di molte regioni (soprattutto del Centro-Nord) deve essere analizzata tenendo in considerazione proprio i diversi tempi per l'adozione dell'innovazione per via della presenza di soluzioni istituzionali (Prontuari Farmaceutici Regionali o Locali) che ancora oggi vanno ad incidere sull'accessibilità dei farmaci per i cittadini in relazione alla regione di appartenenza, con significative implicazioni per l'equità.

La diseguale disponibilità dei farmaci (soprattutto innovativi), dimostrata attraverso numerose analisi, rappresenta un problema che potrebbe acuirsi in presenza di una evoluzione del sistema sanitario in termini federali che non sia mitigato attraverso meccanismi di solidarietà interregionale. La dinamica industriale combinata con scenari di finanza pubblica non certo rassicuranti minano, attualmente, la sostenibilità dell'attuale assetto dell'assistenza farmaceutica e del sistema industriale. Gli stringenti vincoli di finanza pubblica imposti per i prossimi anni rischiano di togliere ai cittadini importanti opportunità di cura generando forti iniquità nel SSN. Le *pipeline* dell'industria farmaceutica in molti settori (oncologia, patologie infettive, diabete ed ambito cardiovascolare) promettono innovazioni potenzialmente efficaci a costi crescenti che impatteranno sul *budget* farmaceutico in modo tale da rendere non più sostenibile il livello dell'attuale tetto di spesa. D'altro canto, però, la possibile incapacità del sistema sanitario di assicurare la rimborsabilità ad alcune specialità potrebbe mettere a rischio la stessa capacità dell'industria di mantenere gli attuali livelli d'investimento in questo settore.

Le soluzioni devono essere immaginate tenendo ben presenti le "due sostenibilità": quella del SSN, con la garanzia dell'assistenza ai cittadini ed il controllo della spesa, e quella industriale, per la continuazione della presenza virtuosa dell'industria farmaceutica sul territorio nazionale con tutte le sue componenti: ricerca, produzione e commercializzazione. Per questo deve crearsi una diversa modalità d'interazione tra sistema regolatorio, industria, ricerca, cittadini e pazienti che responsabilizzi tutte le parti in un processo di governo dell'innovazione tecnologica condiviso, trasparente e basato sulla centralità dell'evidenza scientifica quale base di discussione aperta, ma strutturata da realizzarsi nell'ambito delle Istituzioni pubbliche nazionali, quali l'Agenda Italiana del Farmaco ed il

Ministero della Salute per adottare decisioni “sostenibili”. Si deve, quindi, incrementare il livello di selettività del sistema regolatorio che deve essere in grado di:

1. “disinvestire” in quegli ambiti in cui il valore generato dai prodotti sia incoerente con il loro costo-efficacia ipotizzando, in taluni casi, nuove forme di *co-payment*;
2. ampliare le opportunità per l’incremento del mercato dei prodotti genericati;
3. liberare risorse da dedicare alla reale innovazione giudicata in modo scientificamente robusto, ma che tenga in buona considerazione principi di giustizia distributiva condivisi con tutti gli *stakeholder*, grazie a procedure che ne garantiscano l’efficace coinvolgimento.

A cura del Dott. Massimo Scaccabarozzi

L’assistenza farmaceutica è un importante Capitolo della spesa sanitaria, che va inquadrato tra le prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) sia per dimensioni quantitative che per interrelazioni con le altre voci di spesa.

Nel 2011, la spesa farmaceutica pubblica, territoriale ed ospedaliera, è stata pari al 15% della spesa sanitaria effettiva, per l’85% composto da spese per il personale e da altri beni e servizi acquistati dal SSN.

Negli ultimi anni il trend della farmaceutica è stato molto diverso da quello della parte restante del SSN. Tra il 2006 ed il 2011, la spesa farmaceutica è cresciuta, complessivamente, del 2%, molto meno rispetto al totale della spesa sanitaria (10%) e degli altri beni e servizi acquistati dal SSN (17%).

Sempre nel 2011 c’è stato, addirittura, un calo (-4%) proseguito nel 2012 (-3%). La farmaceutica pubblica è stabile all’1,1% del Prodotto Interno Lordo e scenderà all’1,0% entro il 2014: il comparto non può essere visto come un problema per i conti pubblici perché la spesa pro capite, in Italia, è più bassa che negli altri Paesi europei (-26% in media), principalmente per livelli di prezzo inferiori. Prezzi in calo continuo ormai da 10 anni sia per le scadenze brevettuali che per i numerosi provvedimenti di contenimento della spesa, che negli ultimi 5 anni hanno determinato un costo cumulato per le imprese di oltre 11 miliardi. Un onere che, dopo le disposizioni introdotte dalla *spending review*, è destinato a crescere di oltre 4 miliardi all’anno.

Un peso sproporzionato per un settore che, come ricordato, vale il 15% della spesa sanitaria, ma che nelle ultime manovre ha dovuto sopportare fino al 40% dei tagli nella sanità.

La farmaceutica ha già contribuito al contenimento della spesa sanitaria e non può pagare squilibri generati dal restante 85% che va, invece, meglio gestito e contabilizzato. I risparmi già da tempo conseguiti nel settore del farmaco devono interessare tutte le altre voci di spesa dove i margini di risparmio, senza pregiudicare le prestazioni, sono ampi.

La digitalizzazione dell’economia e l’*e-government* forniscono strumenti adeguati per identificare le spese inappropriate e rendere più efficienti alcuni processi come, ad esempio,

la logistica ospedaliera, in particolare la gestione dei magazzini. Potrebbero derivarne risorse significative da reinvestire nell'innovazione e nel miglioramento delle terapie, superando un approccio teso, prevalentemente, al risparmio nella farmaceutica che penalizza l'accesso (tempi, prezzi e vincoli di spesa) alle nuove terapie.

L'innovazione deve, invece, essere un obiettivo di qualità, efficienza e competitività di tutto il Paese. Così come l'effettiva tutela della proprietà intellettuale ed il riconoscimento del valore del marchio che testimonia l'impegno industriale e non deve essere colpito da provvedimenti, come la prescrizione con principio attivo, che distorcono il mercato a favore di alcune imprese e, per di più, senza alcun risparmio di spesa pubblica.

In definitiva, è necessario che il contenimento della spesa sanitaria non sia un fine, ma un obiettivo per la sostenibilità, in grado di garantire cure adeguate e risorse necessarie per mantenere gli investimenti in Italia.

L'uso appropriato di farmaci e vaccini può determinare il miglioramento dei costi globali per la gestione delle patologie che possono ridursi se le terapie farmacologiche evitano l'aggravarsi delle condizioni dei malati ed il conseguente ricorso a prestazioni più costose con maggiori disagi per i pazienti e le loro famiglie.

Combattere sprechi ed inefficienze in tutta la sanità è la vera sfida per l'equilibrio e la sua sostenibilità. Solo così, a fronte della crescente domanda di salute, si potranno garantire adeguato accesso alle cure, politiche di prevenzione più incisive e maggiore qualità nell'assistenza sul territorio.

Assistenza ospedaliera

A cura del Dott. Fulvio Moirano e del Dott. Francesco Enrichens

Attualmente, la situazione della rete ospedaliera presenta diversità da regione a regione e risposte disomogenee anche in diversi territori in una stessa regione.

Nelle regioni in Piano di Rientro si individuano gravi squilibri tra la risposta ospedaliera e quella territoriale, con tassi di ospedalizzazione talora superiori a 200 (per 1.000), con accumuli di attività inappropriate che sono frutto di comportamenti inveterati.

Inoltre, il Programma Nazionale Esiti ha evidenziato come questi problemi siano presenti, anche se a macchia di leopardo, in alcune regioni non in Piano di Rientro.

La razionalizzazione della rete degli ospedali e delle strutture complesse in essi operanti, come dettata anche dall'esigenze della *spending review* che fissa al 3,0 (per 1.000) i posti letto per acuti ed allo 0,7 (per 1.000) quelli per post-acuti con tasso di ospedalizzazione del 160,0 (per 1.000), non deve penalizzare i livelli qualitativi dei servizi per il cittadino. Utilizzare il solo criterio epidemiologico può dare non sempre risposte efficaci. L'emergenza è un momento critico per l'intero sistema sanitario. In tempi strettissimi, in qualsiasi momento delle 24 ore, è necessario prendere in carico un paziente con una possibile situazione di pericolo di vita sottoponendolo ad accertamenti e terapie non programmate. Que-

sto compito richiede un sistema capillare in grado di fare una prima diagnosi ed avviare in modo corretto il paziente al centro più appropriato, dove si potranno effettuare le diagnostiche e le terapie che salvano la vita e che promuovono la possibilità di un recupero successivo. Quindi, le attività ospedaliere programmate, sono più facili da costruire se la rete ospedaliera soddisfa, con tempestività ed efficacia, l'esigenza dell'Emergenza-Urgenza. Il modello che l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali propone si basa su quattro principi fondamentali:

1. l'incrocio del dato epidemiologico con il dato delle prestazioni realmente effettuate derivate dalle Schede di Dimissioni Ospedaliere;
2. l'individuazione e l'implementazione, con i necessari correttivi ed integrazioni, della rete di Emergenza con le sue relazioni con il 118 territoriale e la rete ospedaliera, secondo il concetto di *Spoke* con definizione dei bacini di utenza e delle salvaguardie per la copertura delle zone disagiate, quale base su cui costruire la rete di tutte le patologie e la sua interazione con la rete territoriale;
3. la definizione del fabbisogno delle strutture complesse per singola disciplina, sulla base di un *range* per bacino di utenza massimo e minimo, incrociata con i volumi e gli esiti;
4. la definizione delle reti delle patologie complesse che si embricano sul sistema *Hub and Spoke* degli ospedali, dando risposte tempestive ai bisogni dettati da quelle tempo-dipendenti (quali la rete dei Politraumi, Cardiovascolare e dell'Ictus) avvalendosi di un efficiente 118 e della trasmissione in tempo reale di immagini e dati ed implementando le reti di elezione (quali la rete oncologica) utilizzando le indicazioni dettate da volumi ed esiti.

La necessaria razionalizzazione della rete ospedaliera si avvale della riconversione in strutture territoriali di ospedali che non rispondono a criteri di presidio di aree disagiate ed a criteri di efficienza, risultati ed economicità, con il trasferimento ad una rete territoriale più misurabile di tutta la inappropriata in maniera controllata, avendo a garanzia un sistema di Emergenza potenziato ed efficiente. Le tre reti, Ospedaliera, di Emergenza e Territoriale, dunque, sono rigorosamente caratterizzate nella loro specificità, ma dialogano attraverso piattaforme tecnologiche condivise, si misurano attraverso i flussi informatici ministeriali (Nuovo Sistema Informativo Sanitario e sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza in Emergenza-Urgenza e Territoriale) e svolgono funzioni sempre più appropriate facenti parte di uno stesso percorso tra esse condiviso.

Messaggi chiave

Assistenza territoriale

I dati relativi all'assistenza territoriale sono dati essenzialmente descrittivi: il numero di assistiti in Assistenza Domiciliare Integrata ed il tasso dei posti letto residenziali, seppure in crescita, è lontano dai valori di altri Paesi che hanno tassi d'invecchiamento uguali o minori rispetto all'Italia.

Sull'assistenza residenziale il panorama nazionale è molto diversificato, con al Nord un alto tasso di posti letto residenziali ed al Sud una condizione di carenza generale degli stessi.

Si palesa, quindi, la priorità dello spostare il baricentro del sistema sanitario dall'ospedale al territorio per poter rispondere adeguatamente ai nuovi bisogni di salute della popolazione, data la transizione epidemiologica caratterizzata dall'aumento dell'aspettativa di vita, delle patologie croniche, della fragilità e della non autosufficienza specie nelle classi con età più avanzata.

Assistenza farmaceutica

Una netta preoccupazione si evidenzia in merito alla sostenibilità dell'assistenza farmaceutica da parte del servizio pubblico, con la garanzia dell'assistenza ai cittadini ed il controllo della spesa, e da parte del settore industriale, per la continuazione della importante presenza dell'industria farmaceutica sul territorio nazionale con tutte le sue componenti: ricerca, produzione e commercializzazione.

La strategia politica rivolta al contenimento della spesa farmaceutica, non può basarsi su un taglio indiscriminato delle risorse, ma deve assicurare un'assistenza migliore mediante una loro efficiente allocazione.

In particolare, si possono individuare quattro aree di priorità:

1. attività di prevenzione rivolte alle malattie cardiovascolari, con un'attenzione mirata alla valutazione dei livelli di appropriatezza d'uso dei farmaci ed al monitoraggio dell'aderenza alle terapie.

2. riduzione del ricorso inappropriato agli antibiotici il cui uso non rappresenta soltanto un problema di costi a carico del Sistema Sanitario Nazionale, ma favorisce anche l'insorgenza di resistenze batteriche con progressiva perdita della loro efficacia.

3. ampliare le opportunità per l'incremento del mercato dei prodotti genericati, attraverso la promozione e la negoziazione attenta dei prezzi degli equivalenti.

4. reinvestire nell'innovazione e nel miglioramento delle terapie, come obiettivo di qualità, efficienza e competitività di tutto il Paese.

Assistenza ospedaliera

Il sistema ospedaliero, in Italia, è attualmente caratterizzato da una forte diversità di risposta, intra ed inter regionale, ai bisogni di salute della popolazione, con gravi squilibri ospedale-territorio non esclusivamente connessi alle politiche regionali di contenimento dei costi.

Si rende, pertanto, necessaria la creazione di una rete ospedaliera che dia risposte tempestive ed efficaci al bisogno di salute dei cittadini, specie per quanto riguarda la connessione emergenza-territorio.

A tal fine, potrebbe risultare utile: l'implementazione delle relazioni della rete di emergenza con il 118 territoriale e la rete ospedaliera, la definizione del fabbisogno delle strutture complesse per singola disciplina e la definizione delle reti atte alla cura delle patologie complesse.

7. Aspetti economico-finanziari

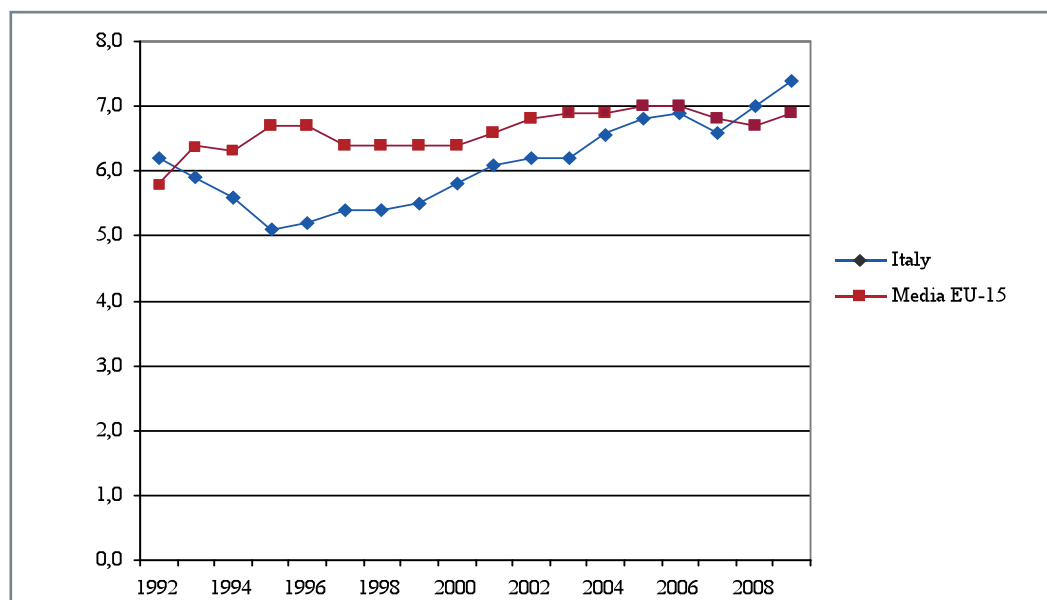
7.1 Spesa sanitaria (Confronto Italia ed Unione Europea)

Descrizione della tematica - In un'epoca di risorse sempre più scarse e di tagli al finanziamento del settore sanitario, il tema della sostenibilità economico-finanziaria del sistema sanitario e di allocazione ottimale delle risorse diventa centrale nell'esercizio della tutela della salute del cittadino/paziente.

Il tendenziale della situazione economico-finanziaria dell'ultimo decennio, alla luce dell'avvicendamento del federalismo, delle difficili condizioni della finanza pubblica italiana e del contesto internazionale parimenti problematico, merita un particolare ed utile approfondimento per una migliore comprensione delle dinamiche in atto.

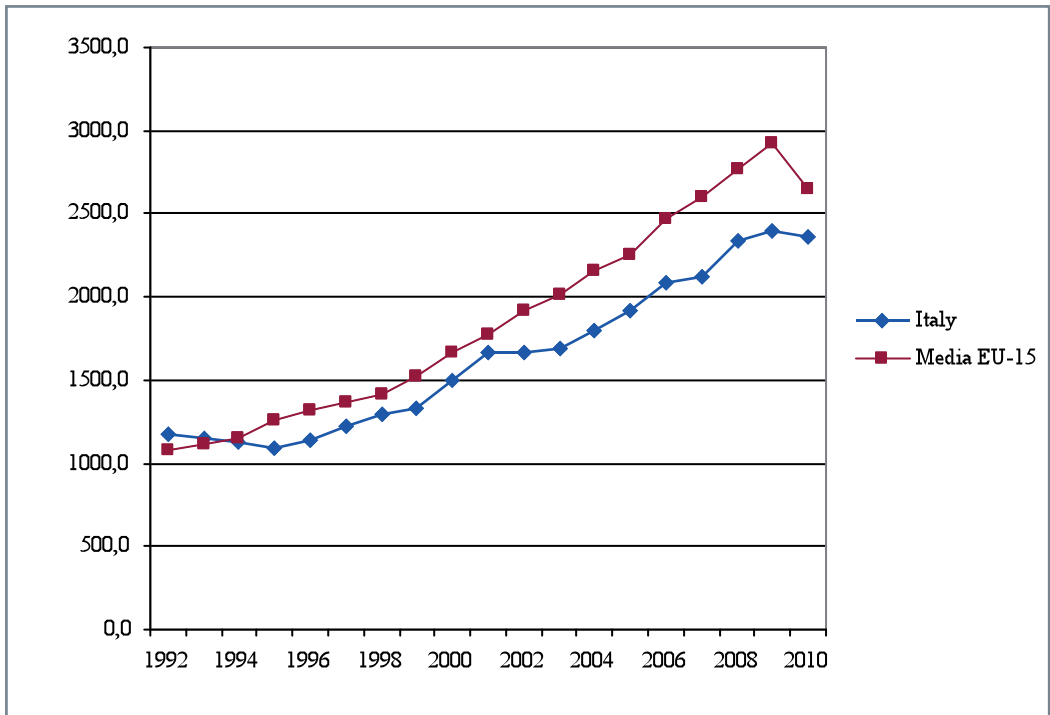
Presentazione dei dati

Grafico 1 - Percentuale della spesa sanitaria pubblica in rapporto al Prodotto Interno Lordo. Confronto Italia ed Unione Europea-15 - Anni 1992-2009



Fonte dei dati: Elaborazioni su dati OECD. Health Data. Anno 2012.

**Grafico 2 - Spesa (\$ PPA) pubblica pro capite. Confronto Italia ed Unione Europea-15.
Anni 1992-2010**



Fonte dei dati: Elaborazioni su dati OECD. Health Data. Anno 2012.

Analisi dei dati - A livello nazionale, nel confronto internazionale con l'Unione Europea dei 15 (UE-15), il trend della spesa pubblica, sia pro capite che in rapporto al Prodotto Interno Lordo (PIL), è tradizionalmente inferiore alla media degli altri Paesi (Grafici 1 e 2).

Da osservare è come la differenza tra la media europea ed il tendenziale nazionale sia andata significativamente modificandosi negli anni, per effetto di oscillazioni nei tassi di crescita. Ne sono esempio significativo i dati registrati agli inizi degli anni Novanta in cui la spesa sanitaria pubblica italiana risultava pienamente allineata alla media UE-15; ben diversa, la crescita decisamente inferiore al benchmark europeo ed addirittura negativa riscontrata nel 1992 per effetto del rigoroso contenimento dettato dall'Unione Monetaria Europea. Nel periodo 1996-2001, si è tornati nuovamente a registrare un andamento in crescita con un tasso medio annuo dell'8,1%, fino ad un nuovo arresto del tendenziale positivo nel biennio 2002-2003 in cui il divario raggiunse il massimo relativo del 13%. Infine, nel periodo 2004-2009, con la sola eccezione del

2007, il tasso di crescita medio annuo del nostro Paese è stato sistematicamente superiore alla media europea, risanando il *gap* tra i due tendenziali.

Tale riduzione costante e graduale, dal 1995 al 2008, del divario tra Italia e media UE-15 può essere sinteticamente rappresentata anche in termini d'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL. La fotografia del confronto internazionale mostra come nel 1995 il *gap* misurava 1,6 punti percentuali, riducendosi a 0,6 punti nel 2000 ed a 0,2 nel 2005, per poi cambiare segno nel 2008. Tale anno segna, infatti, una fase di contrazione dell'economia che, per la prima volta nel ventennio considerato, ha fatto sì che l'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL divenisse superiore, in Italia, rispetto alla media UE-15.

7.2 Spesa sanitaria e disavanzo

Descrizione della tematica - La dimensione economico-finanziaria è andata nel tempo acquisendo un ruolo sempre più influente in termini d'impatto sui diversi livelli decisionali di politica sanitaria ed aziendale, orientando le scelte ai principi del risparmio e della razionalizzazione, con relativo effetto di contenimento o persino arresto di iniziative di sviluppo ed innovazione. Tale fenomeno, relativo alle dinamiche dell'assetto economico-finanziario, viene tradizionalmente dimensionato da indicatori di spesa e disavanzo (disavanzo pro capite, spesa pubblica pro capite, spesa pubblica/PIL).

Ad oggi, purtroppo, l'attendibilità dei dati riferibili a tali indicatori è ancora in fase di consolidamento in prospettiva dei miglioramenti che dovrebbero poter derivare dalle recenti disposizioni in tema di armonizzazione contabile (D. Lgs. n. 118/2011) e di "certificabilità" dei bilanci aziendali e consolidati (Patto per la Salute 2010-2012).

Tuttavia, tali evidenze risultano di fondamentale importanza per cominciare a misurare l'efficacia delle iniziative di contenimento della spesa intraprese negli ultimi anni e l'atteggiamento delle aziende sanitarie in risposta ai vincoli economico-finanziari imposti.

Presentazione dei dati

Tabella 1 - Percentuale di spesa sanitaria pubblica corrente in rapporto al Prodotto Interno Lordo, variazione percentuale e tasso (per 100) medio composto annuo per regione. Anni 2002, 2007, 2008

Regioni	2002	2007	2008	% Δ 2007-2008	% Δ 2002-2008	Tassi % 2002-2008
Piemonte	5,44	5,98	6,37	6,58	17,26	2,69
Valle d'Aosta- Vallée d'Aoste	5,44	5,70	5,99	5,10	10,10	1,62
Lombardia	4,61	4,88	5,24	7,31	13,81	2,18
<i>Bolzano-Bozen</i>	-	-	6,76	-	-	-
<i>Trento</i>	-	-	5,62	-	-	-
Veneto	5,09	5,41	5,62	3,75	10,31	1,65
Friuli Venezia Giulia	5,61	5,86	6,59	12,51	17,52	2,73
Liguria	6,53	7,02	7,31	4,13	11,84	1,88
Emilia-Romagna	5,07	5,29	5,64	6,65	11,21	1,79
Toscana	5,64	5,94	6,25	5,26	10,76	1,72
Umbria	6,64	6,77	7,14	5,52	7,46	1,21
Marche	6,00	6,04	6,34	5,00	5,65	0,92
Lazio	5,55	6,35	6,56	3,30	18,23	2,83
Abruzzo	7,52	8,01	8,30	3,70	10,42	1,67
Molise	8,73	9,76	10,07	3,18	15,34	2,41
Campania	9,03	9,83	10,46	6,34	15,81	2,48
Puglia	8,44	9,59	9,99	4,17	18,39	2,85
Basilicata	7,93	8,84	9,23	4,38	16,32	2,55
Calabria	9,15	10,68	10,3	-3,49	12,56	1,99
Sicilia	8,86	9,70	9,87	1,82	11,46	1,82
Sardegna	8,07	8,01	8,74	9,15	8,32	1,34
Italia	6,07	6,54	6,87	4,98	13,13	2,08

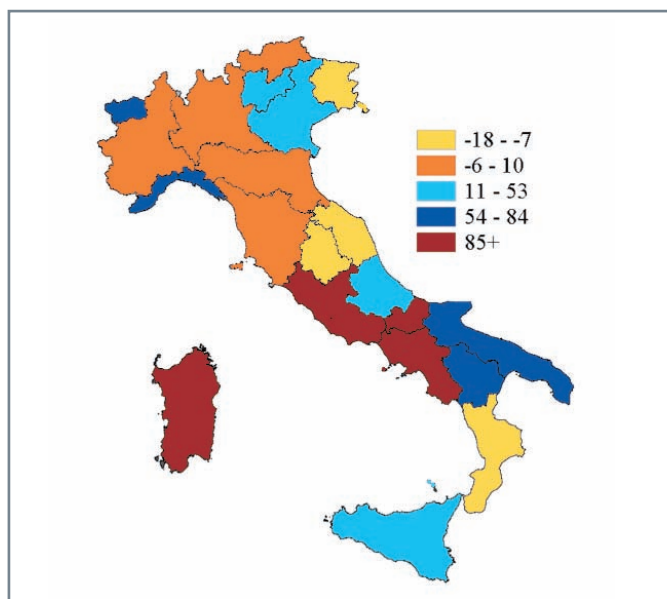
Nota: i dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili per gli anni 2002 e 2007.

Fonte dei dati: Rapporto Osservasalute 2011 - Gianino, Longhi - Elaborazioni su dati Istat. Contabilità nazionale. Anno 2011.

Tabella 2 - Spesa (€) sanitaria pubblica pro capite, variazione percentuale e tasso (per 100) medio composto annuo per regione - Anni 2004, 2009, 2010

Regioni	2002	2007	2008	% Δ 2007-2008	% Δ 2002-2008	Tassi % 2002-2008
Piemonte	1.654	1.880	1.903	1,20	15,03	2,36
Valle d'Aosta- Vallée d'Aoste	1.707	2.070	2.169	4,81	27,07	4,07
Lombardia	1.437	1.758	1.805	2,66	25,60	3,87
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>1.976</i>	<i>2.124</i>	<i>2.191</i>	<i>3,12</i>	<i>10,86</i>	<i>1,73</i>
<i>Trento</i>	<i>1.664</i>	<i>2.034</i>	<i>2.079</i>	<i>2,19</i>	<i>24,93</i>	<i>3,78</i>
Veneto	1.491	1.764	1.802	2,17	20,88	3,21
Friuli Venezia Giulia	1.569	1.956	1.997	2,14	27,30	4,11
Liguria	1.806	2.025	2.008	-0,86	11,17	1,78
Emilia-Romagna	1.630	1.894	1.912	0,97	17,31	2,70
Toscana	1.583	1.914	1.899	-0,79	19,93	3,08
Umbria	1.573	1.800	1.805	0,25	14,74	2,32
Marche	1.506	1.749	1.799	2,86	19,46	3,01
Lazio	1.852	2.001	1.966	-1,75	6,17	1,00
Abruzzo	1.511	1.754	1.746	-0,46	15,55	2,44
Molise	1.614	2.074	2.055	-0,95	27,29	4,10
Campania	1.518	1.746	1.715	-1,74	12,99	2,06
Puglia	1.337	1.750	1.772	1,23	32,51	4,80
Basilicata	1.385	1.755	1.786	1,78	28,98	4,33
Calabria	1.377	1.745	1.706	-2,26	23,89	3,63
Sicilia	1.497	1.665	1.690	1,48	12,88	2,04
Sardegna	1.482	1.825	1.831	0,35	23,58	3,59
Italia	1.548	1.821	1.833	0,66	18,41	2,86

Fonte dei dati: Rapporto Osservasalute 2011 - Gianino, Longhi - Elaborazioni su dati Istat. Contabilità nazionale. Anno 2011.



Analisi dei dati - Per rappresentare la dinamica della spesa nelle diverse realtà regionali, è fondamentale l'analisi dei dati relativi alla spesa sanitaria pubblica corrente in rapporto al PIL ed alla spesa sanitaria pubblica pro capite che presentano analoghi livelli di variabilità regionale e registrano un tendenziale di valori crescenti.

La spesa corrente pubblica sul PIL, *proxy* della misura del peso economico potenziale per la garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza e degli altri servizi socio-sanitari aggiuntivi che la regione vuole garantire ai suoi cittadini, presenta un trend in aumento "a macchia di leopardo" fra le regioni che non accenna a modificare l'andamento (Tabella 1). In riferimento ai dati più aggiornati (2008), il valore nazionale è pari a 6,87%, con significative differenze regionali. Evidente è il gradiente Nord-Sud con le regioni meridionali che dedicano quote più elevate del loro PIL, rispetto al resto del Paese, all'assistenza sanitaria.

Da sottolineare è, inoltre, il valore relativo alla spesa sanitaria pubblica pro capite, ovvero all'ammontare delle risorse monetarie disponibili in media per ogni individuo di una data regione, per far fronte all'erogazione di servizi di assistenza sanitaria per un periodo di riferimento (2004-2010) (Tabella 2). A livello nazionale tale indicatore mostra un trend incrementale (+0,66%), fra il 2009 ed il 2010, passando da 1.821€ a 1.833€. A livello regionale i valori minori si registrano nelle regioni del Sud dove, ad eccezione del Molise, la distribuzione della spesa pro capite mostra come la popola-

zione abbia molte meno risorse a disposizione di quante se ne registrino al Nord e, più in generale, a livello nazionale. Il Centro, d'altra parte, si distingue per la maggiore eterogeneità nei comportamenti e nella dispersione dei valori registrati.

Infine, il quadro d'insieme della struttura economico-finanziaria del nostro Paese può essere completato dall'osservazione dettagliata della sostenibilità economico-finanziaria dei Servizi Sanitari Regionali, espressa in termini di disavanzi pro capite.

Il Servizio Sanitario Nazionale mostra strutturali problemi di sostenibilità testimoniati dalla costante presenza di disavanzi ampi e/o crescenti nel tempo, nel livello e/o nell'andamento di ricavi e costi. In alcune realtà regionali, tali dinamiche strutturali sono in parte adducibili agli effetti causati da anni di difficoltà gestionali e da un governo inefficiente di contenimento del fenomeno.

A seguito di tali sviluppi, il disavanzo sanitario nazionale conta complessivamente 2,325 miliardi di euro circa, pari a 39€ pro capite, con una nota positiva d'inversione di tendenza in diminuzione rispetto agli anni precedenti: in particolare, nell'arco temporale compreso tra il 2002-2010, il disavanzo pro capite è andato via via riducendosi dal 2005 in poi, toccando il picco più basso nel 2010. Si noti, tuttavia, che la spiegazione di tale fenomeno di contenimento è riconducibile, in alcune realtà regionali, al ricorso di entrate "extra fondo" poste a carico del bilancio regionale, che sanciscono il carattere *de facto* "asimmetrico" del federalismo italiano.

Non trascurabili, infine, sono le significative differenze interregionali che si confermano tali rispetto al passato, con una variazione ancora piuttosto accentuata tra Nord-Sud, a svantaggio delle regioni meridionali che detengono la maggiore concentrazione di condizioni di deficit. Seppur in diminuzione, i dati puntuali di deficit, sono ancora fortemente preoccupanti se si pensa che 3 regioni da sole (Lazio, Campania e Sicilia) contano, nell'arco di meno di un decennio (2001-2010), il 69% del disavanzo cumulato.

L'applicazione dello strumento di contenimento dei Piani di Rientro, pone una nota positiva a favore delle regioni più deficitarie che hanno conseguito riduzioni significative nel proprio disavanzo pro capite.

7.3 Commenti e riflessioni

A cura del Prof. Eugenio Anessi Pessina

Le scelte nazionali e regionali di politica sanitaria, nonché i comportamenti delle singole aziende, sono ormai fortemente condizionati dalla centralità progressivamente assunta dalla dimensione economico-finanziaria, che focalizza l'attenzione sulla ricerca di risparmi e razionalizzazioni, anche a scapito delle iniziative di sviluppo ed innovazione.

I dati a disposizione, peraltro, evidenziano come la spesa del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) sia già sistematicamente inferiore alle medie europee e mostri, negli ultimi

anni, tassi di crescita molto bassi e disavanzi sempre più contenuti. Ciò rivela una certa efficacia delle politiche di contenimento della spesa, compresi i Piani di Rientro. Rivela, però, anche come gli ulteriori sacrifici richiesti alla Sanità Pubblica (da ultimo tramite la *spending review*) trovino origine non in una presunta dispendiosità del SSN, bensì altrove: da un lato, nell'elevato livello del debito pubblico e della correlata spesa per interessi (quest'ultima è pari a circa i 2/3 dell'intero fabbisogno sanitario nazionale), dall'altro nell'incapacità del sistema economico di crescere adeguatamente (tanto che l'aumento della spesa sanitaria pubblica, seppur spesso molto contenuto, è stato negli ultimi 20 anni quasi sempre superiore a quello del Prodotto Interno Lordo).

Nella lettura ed interpretazione dei dati va, comunque, ricordato che i bilanci della Sanità Pubblica non sono ancora pienamente attendibili e confrontabili.

La presenza di un'ampia differenziazione interregionale nei disavanzi pro capite testimonia la possibilità, in alcune regioni, di recuperare efficienza. Ciò richiede, però, forte volontà politica ed altrettanto forti competenze tecniche.

In altre regioni, i margini per ulteriori "efficientamenti" paiono molto limitati, perché grandi sforzi di miglioramento del rapporto *output/input* sono già stati compiuti negli anni passati.

Nel frattempo, rischia di aggravarsi il divario tra le risorse disponibili e quelle necessarie per rispondere in modo adeguato alle attese, intaccando ulteriormente una copertura pubblica già incompleta.

Le possibili soluzioni sono di tre tipi: 1. recuperare efficienza; 2. adottare esplicite scelte di razionamento; 3. ricercare risorse aggiuntive.

Nella ricerca di efficienza sta assumendo un ruolo propulsivo il governo centrale, anche per gli scandali recentemente emersi nelle regioni e per la delegittimazione subita dal *management*. Le politiche del governo centrale, tuttavia: 1. riflettono una propensione per "tagli lineari"; 2. presuppongono che i tagli inducano le aziende a "fare lo stesso con meno"; 3. sembrano spesso tarate su peculiarità e criticità delle regioni sotto Piano di Rientro, anche perché queste rappresentano ormai quasi la metà del Paese, destano le maggiori preoccupazioni, richiedono un più diretto coinvolgimento del livello centrale e, quindi, inevitabilmente ne condizionano maggiormente le percezioni e le scelte.

In realtà, però: 1. la differenziazione interregionale è troppo ampia per essere ignorata e presenta eccellenze che sarebbe inopportuno penalizzare; 2. i "tagli" agli *input* potrebbero non innescare l'auspicata ricerca del "fare lo stesso con meno" traducendosi, invece, in una riduzione degli *output* e della capacità di soddisfare i bisogni; 3. i potenziali benefici marginali del "fare lo stesso con meno" paiono, comunque, abbastanza limitati, mentre più efficace potrebbe rivelarsi l'innovazione di prodotto (il *mix* di servizi offerti) e di processo (le modalità di produzione ed erogazione dei servizi) che non può essere imposta dal centro, ma va sviluppata sul campo, dalle persone più direttamente coinvolte nei processi operativi

aziendali, per renderla coerente con le specificità di azienda e di ambiente. Occorre, quindi, un vero rafforzamento della responsabilità delle aziende sulle proprie *performance* economiche e di salute nonché, all'interno delle aziende stesse, un rafforzamento altrettanto vero degli strumenti gestionali, tra cui gli strumenti di gestione del personale, oggi spesso ancora carenti. Il ruolo del livello centrale e di quello regionale, d'altra parte, è quello di suggerire, sostenere ed incentivare concretamente l'innovazione e la responsabilizzazione.

Presumibilmente, però, tutto ciò potrebbe non bastare. Potrebbe, quindi, diventare necessario chiarire in modo più esplicito i livelli di assistenza che il SSN potrà continuare effettivamente a garantire su base universalistica. In caso contrario, il rischio è che si estendano forme di razionamento implicite e non governate, prevalentemente attraverso compartecipazioni alla spesa e lunghi tempi di attesa. Nel contempo, è opportuno attivare risorse aggiuntive, per esempio tramite lo sviluppo dell'attività a pagamento e dei fondi integrativi (naturalmente nel rispetto dei principi ispiratori del SSN), nonché un'integrazione più forte con l'assistenza socio-sanitaria, in termini di *governance*, di canali di finanziamento, di erogatori e di servizi erogati.

Messaggi chiave

La Sanità Pubblica è, oggi, stretta nella morsa delle pressioni economico-finanziarie dovute alle dinamiche derivanti dalla crescita del debito pubblico e dall'incapacità di sviluppo ed innovazione del sistema economico.

Occorre, dunque:

- una maggiore responsabilizzazione delle aziende sulle performance economiche e di salute e del livello regionale-istituzionale sulla rendicontazione contabile e sulla riduzione della differenziazione interregionale dei disavanzi;

- una chiara definizione dei livelli di assistenza che sia garante del principio di copertura universale e che ricorra a forme d'integrazione che tutelino l'integrità del nostro Sistema Sanitario Nazionale, arginando forme di razionamento non governate.

In un periodo di crisi generalizzata, che colpisce tutti i settori della vita pubblica di un Paese, è importante ricordare come l'istruzione, la formazione e, più in generale, il capitale umano contribuiscano in modo decisivo allo sviluppo socio-economico di qualsiasi nazione. A maggior ragione parlando dell'Italia, Paese d'immensa storia, gloriosa tradizione e profonda cultura che, però, a livello internazionale si trova a dover competere con una realtà sempre più complessa. Difatti, in un contesto globale in cui gli Stati Uniti d'America possono ancora investire puntando sulle risorse economiche, i BRICs (Brasile, Russia, India e Cina) e gli altri Paesi a rapida espansione economica possono contare sulle materie prime e risorse minerarie, le Nazioni del Nord-Europa mantengono il passo grazie alla propria struttura e puntando sulle risorse tecnologiche, l'Italia deve essere in grado di riconoscere il valore strategico della formazione per poter puntare con decisione sulle risorse a propria disposizione, in particolare quelle umane. A tal proposito, il tema della formazione e delle relative modalità di gestione ed organizzazione devono rimanere, a pieno titolo, ai primi posti nell'agenda del dibattito istituzionale, accademico e politico.

In sanità questo risulta ancora più vero ed urgente poiché il mondo della salute, per definizione, è un sistema complesso dove il rapido perfezionarsi e migliorarsi della conoscenza, il veloce ricambio tecnologico, la multi-professionalità e l'ultra-specializzazione pongono continuamente richieste ed esigenze nuove. È utile ricordare, infatti, come la *mission* del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) contempli, oltre ed insieme alle sue funzioni di prevenzione, cura e riabilitazione, anche attività di didattica e di ricerca biomedica.

L'obiettivo di una buona formazione in sanità deve essere la garanzia della qualità dei servizi sanitari centrati sulla professionalità delle risorse umane. In questo modo i cittadini vedranno aumentate le loro garanzie grazie allo sviluppo delle competenze delle figure professionali sanitarie. Il concetto di formazione risulta, quindi, essere un aspetto fondamentale nella gestione del cambiamento e nella capacità d'instaurare percorsi di crescita organizzativa in ambito clinico, assistenziale, formativo e manageriale.

Descrizione della tematica - La sanità dei nostri giorni si presenta come un sistema complesso alle prese con diverse problematiche, prime fra tutte quelle riguardanti la

sostenibilità e la *governance* (1).

Proporre una nuova visione per la formazione e lo sviluppo professionale può rappresentare la soluzione ad entrambe queste criticità, a patto di creare un modello complessivo che segua i percorsi di crescita dei professionisti sanitari, medici ed operatori, nel corso della loro carriera, dal corso di laurea alla formazione post-laurea (master, dottorato e specializzazione), dall'attività all'interno della struttura sanitaria alla formazione continua per tutto il prosieguo della professione. A tale avviso sarebbe auspicabile organizzare la trattazione del tema formazione in sanità in tre principali ambiti: il primo, legato alla riorganizzazione di una rete formativa che sia maggiormente funzionale a rispondere ai bisogni del territorio ed alle necessità programmatiche del Paese in ambito sanitario; il secondo, di pari importanza, collegato maggiormente al profilo ed alle competenze che un professionista sanitario deve necessariamente possedere e padroneggiare per creare valore nel sistema; il terzo, interconnesso ai precedenti, riguarda il rischio di un'emorragia massiva di capitale umano attratto da sistemi maggiormente attrattivi perché offrono migliori potenzialità in termini di crescita ed affermazione professionale, nonché un sostegno di tipo organizzativo ai professionisti. Per quanto concerne il primo ambito, è convinzione che la rete formativa debba, necessariamente, aprirsi ad un reale approccio integrato che veda le migliori esperienze del mondo ospedaliero, universitario e del territorio concorrere alla formazione di professionisti sanitari pronti ad inserirsi in un contesto organizzativo valido a soddisfare il crescente bisogno di salute in termini di cronicizzazione delle malattie derivante dal dato demografico relativo all'invecchiamento della popolazione. L'attuale formazione medica, invece, erogata quasi esclusivamente nelle strutture universitarie e su una formazione circoscritta a quest'ambito, con i limiti di una casistica "selezionata" e spesso insufficiente, forma risorse professionali "grezze", poco flessibili e non immediatamente spendibili, che necessitano di ulteriore sforzo formativo, spesso *in itinere*, per inserirsi a pieno nel mondo del lavoro, in una sanità che sta spostando i propri sforzi dall'assistenza alla prevenzione, dall'ospedale al territorio. Allo stesso modo è importante che la formazione parta da una corretta programmazione delle risorse umane da formare in modo da garantire qualità ed alta professionalità nell'unico settore dove il diritto all'istruzione è subalterno al diritto alla salute.

Difatti, la rivisitazione della formazione universitaria in medicina, nel senso di una necessaria aderenza all'esigenze del sistema attuale, permetterebbe di valorizzare un capitale umano che potrà dare reale garanzia di applicazione compiuta di nuove strategie. I concetti del *management* medico, ad esempio, strumento d'integrazione multi-professionale in grado di migliorare la qualità in termini di valore tecnico-professionale, gestionale e di qualità percepita, se maggiormente integrati nel percorso formativo potrebbero sanare, di fatto, la frattura esistente tra le esigenze dell'approccio gestionale ed economico delle direzioni generali/sanitarie e le istanze cliniche e professionali dei medici.

Presentazione dei dati

Tabella 1 - Personale operante nelle strutture sanitarie pubbliche equiparate alle pubbliche e private accreditate - Anno 2009

Strutture Sanitarie	Ruolo				di cui		
	Sanitario	Professionale	Tecnico	Amministrativo	Totale	Medici e Odontoiatri	Personale Infermieristico
Aziende Sanitarie Locali	300.756	1.132	74.108	54.934	430.930	71.213	169.261
Ospedali a gestione diretta	241.668	2.395	54.976	18.736	317.775	59.439	150.213
Aziende Ospedaliere	118.443	346	31.631	15.302	165.722	29.173	72.119
Policlinici Universitari	56.483	379	15.427	8.498	80.787	16.491	31.226
Altre strutture equiparate alle pubbliche	43.029	237	11.891	7.498	48.700	6.805	12.974
Case di cura private accreditate	57.288	480	17.579	8.249	86.124	20.386	25.608
Totale	575.999	2.574	150.636	94.481	812.263	144.068	311.188

Nota: in questa tabella è ricompreso il personale universitario e sono comprese le qualifiche atipiche. Le Aziende Ospedaliere Universitarie sono le Aziende Ospedaliere integrate con il Servizio Sanitario Nazionale, le Aziende Ospedaliere integrate con l'Università ed i Policlinici Universitari privati. Le altre strutture di ricovero equiparate alle pubbliche comprendono gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, gli Ospedali classificati o assimilati, gli Istituti privati qualificati presidio di Aziende Sanitarie Locali e gli Enti di Ricerca.

Il personale in servizio in tali Istituti è costituito da personale dipendente, cioè unità con rapporto d'impiego con l'Istituto, personale con altro tipo di rapporto, cioè unità in servizio presso la struttura e dipendente da altre istituzioni oppure a rapporto di collaborazione professionale coordinativa e continuativa.

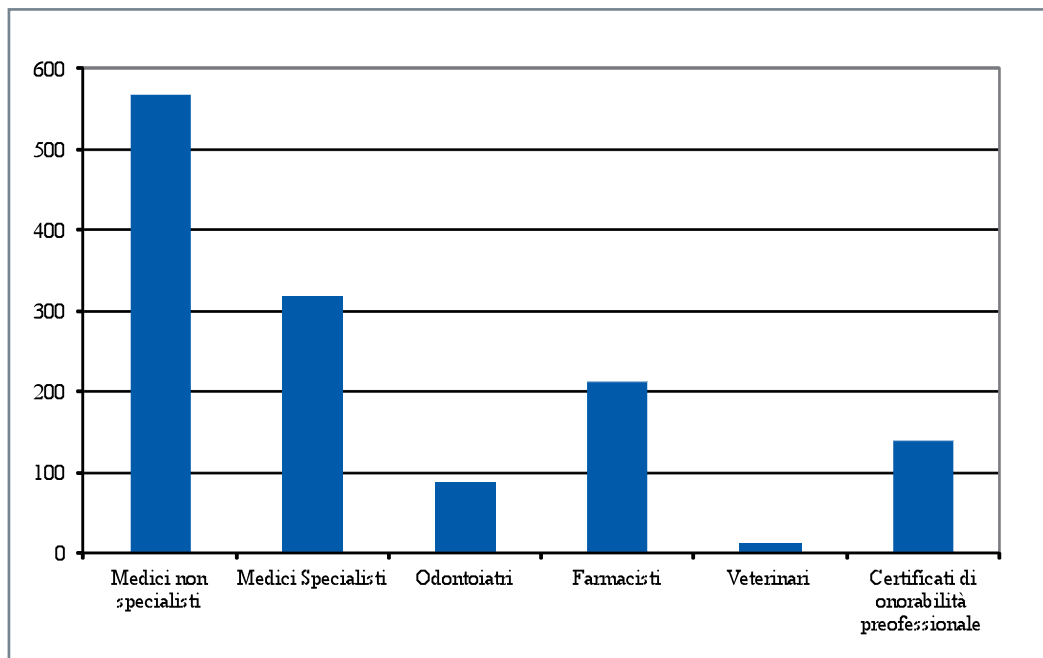
Fonte dei dati: Ministero della Salute. Sistema Informativo Sanitario. Anno 2009.

Tabella 2 - Facoltà di Medicina e Chirurgia e tasso (per 100.000) d'immatricolati ai corsi di laurea in Medicina e Chirurgia e Odontoiatria per macroarea - Anno 2011

Macroaree	Popolazione residente	N Facoltà di Medicina e Chirurgia	Tasso d'immatricolatiNord
Nord	27.766.910	17	14,7
Centro	11.943.409	13	27,2
Mezzogiorno	20.916.122	11	14,1
Totale	60.626.442	41	16,9

Fonte dei dati: Elaborazione su dati presenti nel Rapporto Osservasalute 2011 e sui dati disponibili sul sito: www.istruzione.it.

Grafico 1 - Professionisti che hanno richiesto certificazione, ai fini del riconoscimento del titolo di studio presso un altro Paese dell'Unione Europea, per singola professione - Anno 2009



Fonte dei dati: Ministero della Salute. Sistema Informativo Sanitario. Anno 2009.

Analisi dei dati - In Italia il 71% del personale operante nelle strutture sanitarie pubbliche, equiparate alle pubbliche e private accreditate, appartiene al ruolo sanitario e, di questi, il 25% è rappresentato da medici e odontoiatri, il 54% da personale infermieristico ed il 21% da altri professionisti sanitari (2).

Tali dati suggeriscono quanto variegata sia la composizione del personale sanitario e, pertanto, quanto complessa sia la programmazione di una corretta strategia di formazione utile a valorizzare al meglio il capitale umano di questo settore. Stringente è la necessità di orientare al meglio la formazione con “ponti didattici” che permettano di creare un linguaggio comune e di favorire le interconnessioni tra settori (assistenziale, amministrativo, gestionale etc.) (3) (Tabella 1).

Tale formazione è garantita dalle Facoltà di Medicina e Chirurgia per conto del Ministero dell’Istruzione, dell’Università e della Ricerca in stretta correlazione alle attività del SSN.

Nel nostro Paese sono 41 le Facoltà di Medicina e Chirurgia (38 statali e 3 private) che, per l’anno accademico 2011/2012, hanno immatricolato 9.411 studenti di medicina e 860 studenti di odontoiatria. Il loro numero complessivo, in relazione alla popolazione italiana residente (4), è pari a 16,9 (per 100.000) con un picco che si registra

al Centro, pari a 27,2 (100.000), e valori inferiori, ma omogenei, al Nord ed al Sud e nelle Isole (rispettivamente, 14,7 e 14,1 per 100.000) (Tabella 2).

Questa distribuzione indica un'elevata copertura delle strutture formative in ambito sanitario nel nostro Paese che, probabilmente, potrebbe essere maggiormente razionalizzata.

Nel Grafico 1, invece, è interessante il dato relativo al numero di professionisti che hanno fatto richiesta presso gli Uffici del Ministero della Salute di certificazione ai fini del riconoscimento del titolo di studio presso un altro Paese dell'Unione Europea (UE). L'ultimo dato disponibile, relativo all'anno 2009, conferma il trend in uscita di una fascia di professionisti molto più giovane delle precedenti. Infatti, nel periodo 2006-2007 il fenomeno migratorio riguardava, nella maggior parte dei casi, una categoria di professionisti che, oltre ad avere in media un'età $\geq 45-50$ anni, aveva maturato esperienza lavorativa nel nostro Paese. Negli ultimi anni, invece, nella maggior parte dei casi si tratta di neoabilitati o di medici neospecialisti, che si trasferiscono direttamente in un altro Paese per continuare la propria formazione o per cercare lavoro, senza avere svolto alcuna attività in Italia. Si tratta, quindi, di un crescente flusso verso l'estero di personale altamente qualificato, che non è al momento compensato dal flusso di professionisti che intendono trasferirsi in Italia da Paesi esteri (al momento, soprattutto l'Est-Europa ed il Nord-Africa).

Il fenomeno merita di essere indagato: è presumibile che ciò, in parte, possa essere stato determinato dalla scelta di svincolarsi al più presto da un sistema formativo *post-lauream* farraginoso, poco qualificante e difficilmente meritocratico, nonché da prospettive lavorative sottoposte ai vincoli finanziari ed al blocco delle assunzioni. Ciò ha alimentato una sacca di non occupazione, a fronte di proposte lavorative più qualificanti in altri Stati membri, dalla quale il SSN dovrebbe, invece, attingere per assicurare un futuro alla tutela della salute nel nostro Paese.

Commenti e riflessioni

A cura del Dott. Andrea Silenzi

1. puntare sulle risorse umane significa puntare sulle risorse più importanti che un sistema può avere, soprattutto laddove si parla di sostenibilità del SSN in un momento di scarsità di risorse economiche ed aumento dei costi dovuto alla richiesta di prestazioni ad elevata tecnologia ed all'invecchiamento della popolazione;

2. la formazione *pre-post lauream* in medicina e, di riflesso, in tutte le professioni sanitarie, necessita di una profonda riorganizzazione che parta dal rimettere al centro il merito e dalla reale riorganizzazione di una rete formativa maggiormente funzionale nella risposta ai bisogni espressi dal territorio ed alle necessità programmatiche del Paese in ambito sanitario;

3. l'Università italiana deve puntare sulla multidisciplinarietà e su nuove competenze per formare professionisti della salute pronti ad essere protagonisti nell'organizzazione della Sanità del XXI secolo e non aumentare il *gap* con il resto del Paese dell'UE;

4. un sistema che, dalla formazione all'accesso al mondo del lavoro, attua politiche svantaggiose per le nuove generazioni di professionisti della salute, sembra incapace di rigenerarsi e progettare il proprio futuro. Il rischio concreto è quello di un'emorragia massiva di capitale umano che, attratto da sistemi maggiormente capaci d'investire sui giovani, rendano inutili i già pochi investimenti effettuati in formazione.

Riferimenti bibliografici

- (1) Piano Sanitario Nazionale 2011-2013. Ministero della Salute. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it.
- (2) Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2009-2010. Ministero della Salute. Disponibile sul sito: www.rssp.salute.gov.it.
- (3) Gray M., Ricciardi W. Per una sanità di valore. 2009. Edizione Società Italiana Medici Manager SIMM. Roma.
- (4) Ricciardi W. Rapporto Osservasalute 2011. Edizioni Prex. 2012. Milano.

9. Aspetti della ricerca

NO HEALTH WITHOUT RESEARCH

“It seems astonishing that in 7th 21st century decision on health care can still be made without a solid grounding in clinical research”

WHO, 2011

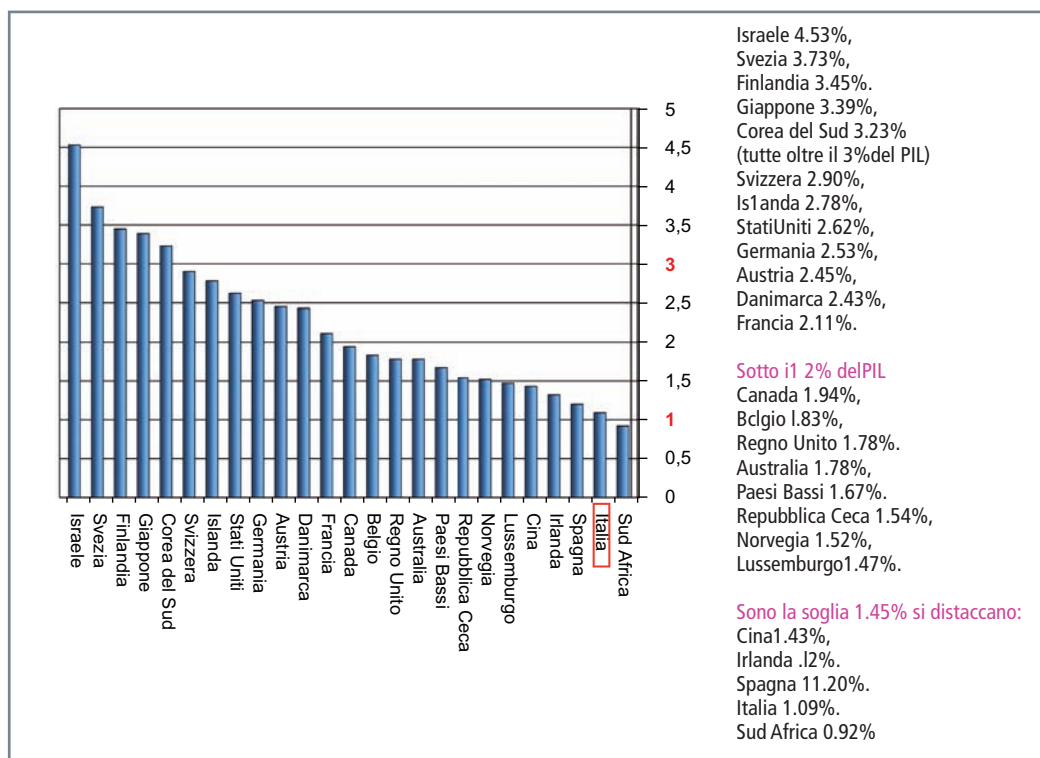
Il Consiglio Europeo riunitosi a Barcellona nel marzo del 2002, recependo quanto deliberato a Lisbona nel marzo 2000, stabilì che gli investimenti pubblici e privati in Ricerca e Sviluppo (*Research and Technology Development-RTD*) dei Paesi aderenti avrebbero dovuto raggiungere il 3% del Prodotto Interno Lordo (PIL) entro il 2010. In realtà, tale indicazione è stata quasi del tutto disattesa. Al momento, solo Finlandia, Svezia e Danimarca hanno raggiunto l’obiettivo assegnato; nel mondo solo Israele, Corea del Sud, Stati Uniti e Giappone raggiungono tale parametro. In questo contesto, l’Italia si colloca al 28° posto con un investimento in RTD pari all’1,09% del PIL, a fronte di un valore cumulativo dell’Unione Europea-27 (EU-27) dell’1,8% e del 2,4% dell’OCSE (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico) (Grafico 1). Questa situazione determina, come conseguenza diretta, che il numero di ricercatori si collochi anch’esso al di sotto della media europea con 8 ricercatori per 1.000 lavoratori, contro 10 dell’EU-27, 13 della Francia e 21 della Finlandia (Paese con la più alta percentuale in Europa).

La Commissione Europea, nell’ambito della strategia “Europa 2020” elaborata nel marzo 2010, ha stabilito come il conseguimento di un adeguato rapporto tra RTD e PIL sia uno dei cinque obiettivi cardine per accrescere i livelli di produttività, di occupazione e di benessere sociale. Questa decisione, in termini pratici, si trasformerà in processi operativi che avranno una influenza sui meccanismi di finanziamento comunitario della Ricerca e, specificamente, su quello previsto per il periodo 2014-2020 denominato “Horizon 2020”. In questo contesto, il contributo degli Stati membri in azioni strategiche di compartecipazione (*Public-Public-Partnerships-PPP* e *Public to Private Partnerships-P2P*) sarà fondamentale - come vera e propria azione di cofinanziamento - per strutturare quei livelli di competitività in grado di rendere i comparti RTD nazionali interoperabili su livelli di eccellenza a livello comunitario.

In tale prospettiva, la necessità d'incentivare l'investimento in RTD diviene prioritaria, in particolare da parte del comparto privato. L'UE ha fissato per il nostro Paese l'obiettivo dell'1,53% nel 2020.

Tale obiettivo è, sicuramente, ambizioso stante l'attuale partecipazione relativamente limitata ai programmi specifici di finanziamento RTD da parte del settore privato, sia per la peculiare struttura produttiva incentrata tradizionalmente sulle piccole medie imprese, sia per l'assenza di una incisiva azione d'incentivazione in RTD.

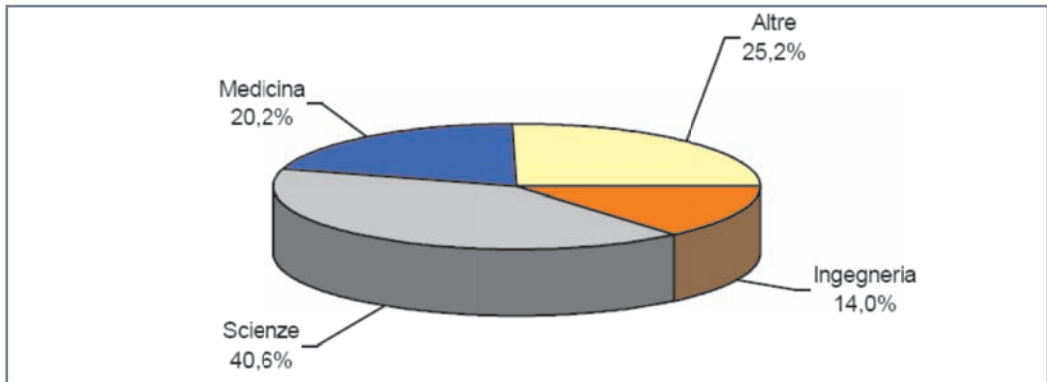
Grafico 1 - Investimenti (valore percentuale del Prodotto Interno Lordo) per ricerca e sviluppo. Anno 2008



Fonte dei dati: Eurostat. Anno 2008.

La spesa per la ricerca medica rappresenta una quota importante dell'intero impegno; il finanziamento, ad esempio, da parte del Ministero dell'Università e della Ricerca (MIUR) per il settore bio-medicale è ammontato, nel 2009, al 20,2% dell'erogazione totale.

Grafico 2 - Finanziamenti (valore percentuale) all'Università per programmi di ricerca di rilevante interesse nazionale per area disciplinare - Anno 2009



Fonte dei dati: Associazione Italiana per la Ricerca Industriale. Anno 2011.

Percentuali sostanzialmente analoghe si riscontrano negli altri maggiori Paesi europei e negli Stati Uniti (20,19% nel 2004).

Pur in presenza di fonti di finanziamento inferiori e di un numero di ricercatori percentualmente minore rispetto alla media europea, la produzione scientifica in ambito biomedico rimane un punto di eccellenza del nostro Paese.

Il numero di pubblicazioni su riviste dotate di *Impact Factor* (indice che misura il numero medio di citazioni ricevute in un dato anno dagli articoli pubblicati in una rivista scientifica) colloca l'Italia al 7° posto nel mondo ed al 4° in Europa (Tabella 1).

**Tabella 1 - Produzione scientifica in ambito biomedico
Anno 2010**

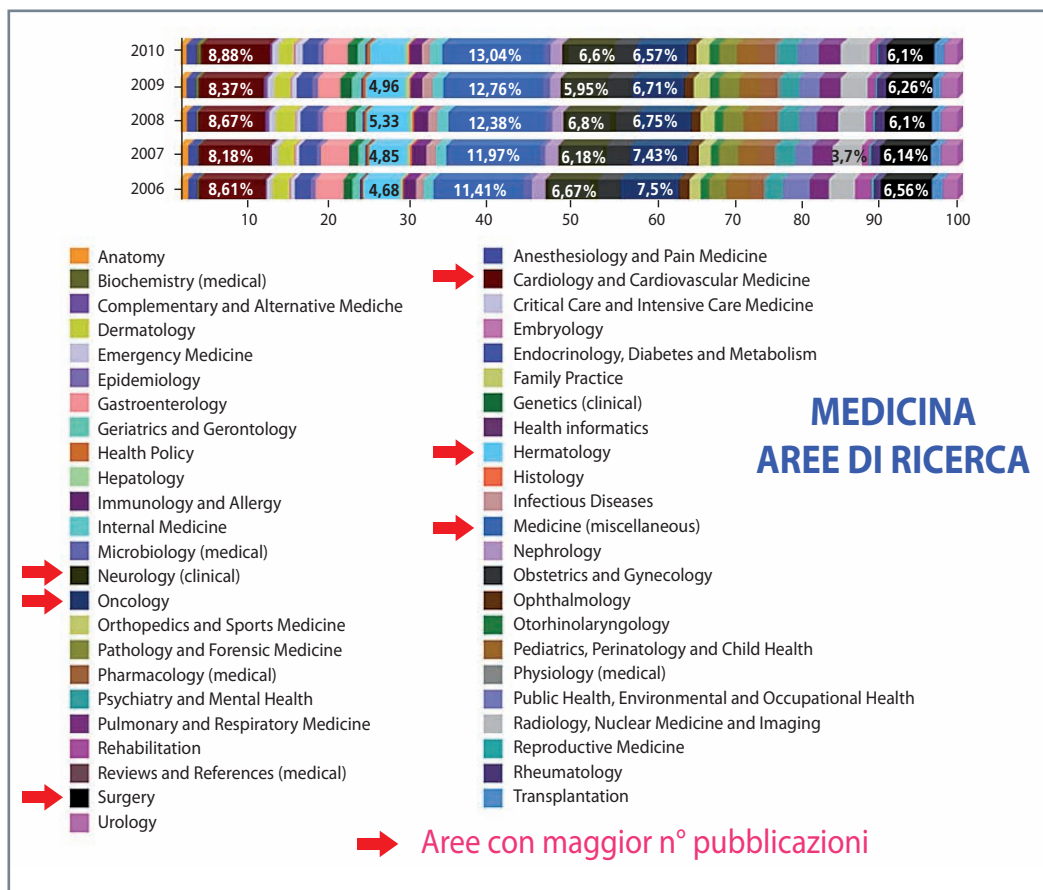
Paesi	Documentazione	Documenti citabili	Citazioni	Self-citazioni	Citazioni per documento	H-index
Stati Uniti	140.113	117.507	283.884	155.877	2,03	813
Regno Unito	40.594	32.174	85.365	24.676	2,10	525
Germania	34.351	28.352	65.515	19.308	1,91	435
Cina	28.272	26.842	25.185	8.534	0,89	160
Giappone	25.618	23.278	31.134	8.961	1,22	319
Francia	22.529	18.362	41.344	9.600	1,84	427
Italia	21.626	17.984	43.693	10.173	2,02	399
Canada	20.229	17.576	46.216	9.258	2,28	448
Spagna	17.344	13.863	26.549	6.339	1,53	295
Austria	16.534	13.834	32.825	7.914	1,99	325

Fonte dei dati: SCImago (2007). SJR - SCImago Journal & Country Rank. Retrieved October 09, 2012. Disponibile sul sito: <http://www.scimagojr.com>.

Una situazione del tutto sovrapponibile è quella che si evince analizzando la *performance* di Ricerca italiana attraverso l'indice H (indice che quantifica la produttività e l'impatto delle pubblicazioni di un singolo autore sulla base sia del numero delle pubblicazioni che del numero di citazioni ricevute) laddove i ricercatori italiani si collocano, comunque, ad un livello eccellente.

Nell'ambito delle diverse aree di ricerca, particolarmente performanti (Figura 1) risultano essere l'ematologia (1.193 pubblicazioni nel 2010, 3° al mondo), la cardiologia (2.357 pubblicazioni, 4° al mondo), la neurologia (1.751 pubblicazioni, 5° al mondo) e l'oncologia (1.745 pubblicazioni, 6° al mondo).

**Figura 1 - Aree di ricerca in Medicina
Anno 2011**



Fonte dei dati: SCImago (2007). SJR - SCImago Journal & Country Rank. Retrieved October 09, 2012. Disponibile sul sito: <http://www.scimagojr.com>.

Il dato positivo del livello raggiunto in termini di parametri scientometrici da parte dei ricercatori italiani (numero di pubblicazioni, *impact factor* ed *h-index*) si affianca a quello, che dimostra un trend altrettanto positivo, del numero di pubblicazioni in cui l'*authorship* comprende ricercatori italiani e ricercatori esteri: infatti, le pubblicazioni con ricercatori italiani affiancati da altri di altre nazioni sono passate dal 17% del 2000 al 33% del 2010.

Nel contesto dei Programmi Quadro (PQ) di finanziamento della Commissione Europea, l'Italia presenta una situazione dicotomica: mentre da un lato è molto alto il numero di proposte progettuali presentate che prevedono il coordinamento di un ricercatore italiano, non altrettanto positivo è il livello di finanziamento attratto (ovvero di successo) che si colloca, stabilmente, sotto al 10% del globale e non ha mostrato incremento tra il 6-7° PQ. Se si prende, ad esempio, il programma *Cooperation Health*, ovvero quello indirizzato alla ricerca cooperativa in ambito biomedicale, l'attrazione di circa il 9% (6° PQ) e di 9,8% (7° PQ) non pareggia la percentuale di contributo al programma che l'Italia versa in quanto Stato membro (al disopra del 14%, 3° in Europa). In termini di proposte coordinate dall'Italia il differenziale negativo sulla somma dei fondi attratti rispetto a quelli erogati si riflette sulla percentuale di proposte "vincitrici" in cui il coordinatore è italiano: 18,3% vs il 23,1% dell'Inghilterra, il 24,1% della Francia ed il 26,1% dell'Olanda (MIUR 2011).

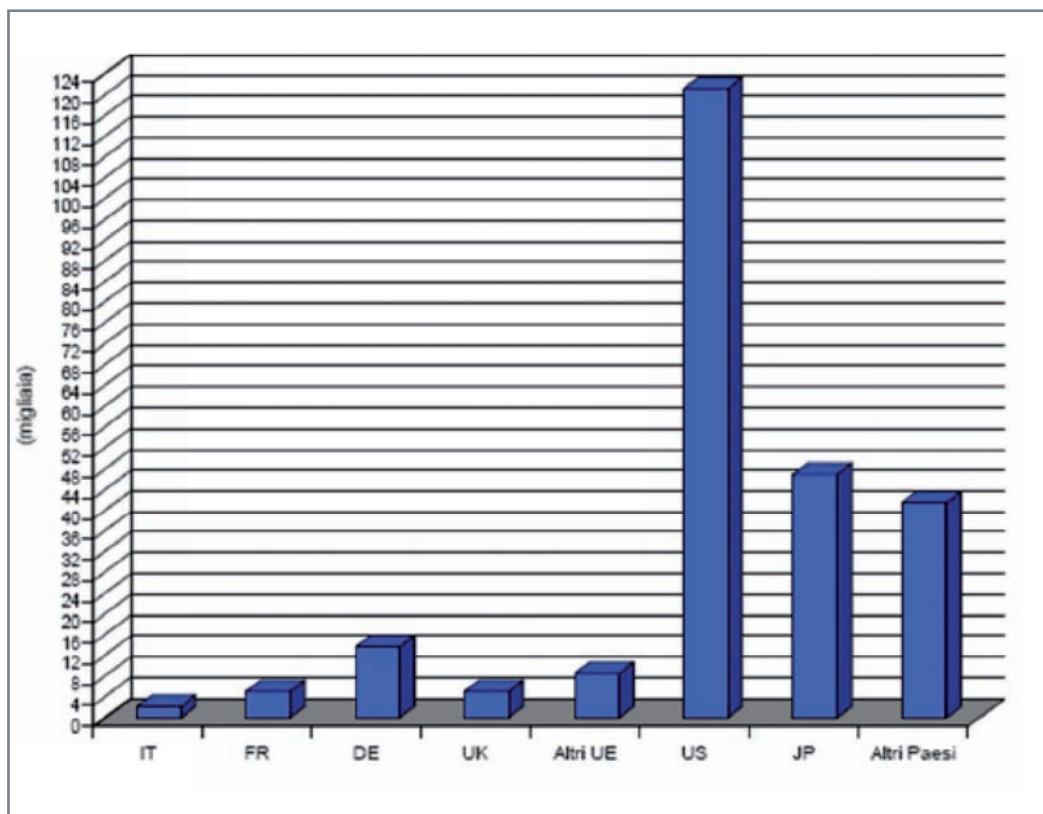
Questi risultati, evidentemente, configurano una situazione in cui è necessario strutturare un supporto strategico alla partecipazione italiana ai PQ comunitari che preveda l'attivo coinvolgimento istituzionale, tanto nella fase di preparazione dei bandi quanto nella fase di sottomissione e valutazione.

Commenti e riflessioni

A cura del Prof. Massimo Fini

1. i dati dimostrano come la ricerca biomedica abbia una *performance* nel complesso soddisfacente dal punto di vista della competitività nei confronti degli altri Paesi a maggior sviluppo economico, in particolare il rapporto tra spesa/risultati, misurato in termini di produzione scientifica, risulta eccellente;
2. maggiormente carente risulta essere la valorizzazione dei risultati della ricerca, usualmente analizzati tramite il numero di brevetti registrati e la costituzione di società *spin-off* (Grafico 3). Iniziative intese a favorire lo sviluppo di una cultura del *technology transfer*, come realizzata a suo tempo in particolar modo nei Paesi anglosassoni, diviene politica indispensabile per realizzare un corretto ed efficace collegamento tra ricerca e mondo del lavoro;

Grafico 3 - Brevetti per Paese e gruppi di Paesi
Anno 2010



Fonte dei dati: Associazione Italiana per la Ricerca Industriale su dati dell'Ufficio Brevetti USA.
Anno 2010.

3. porre maggiore attenzione ai bisogni emergenti di salute della popolazione, quali la cronicità e la complessità. Tale politica di indirizzo è di particolare rilevanza in Italia dove il tasso d'invecchiamento e l'indice di vecchiaia (inteso come il numero di persone di 65 anni ed oltre più presenti in una popolazione ogni 100 giovani - con <15 anni) della popolazione non ha eguali al mondo. La realizzazione di piattaforme integrate di ricerca traslazionale, che sappiano indirizzare le politiche di *governante*, risulterebbero utili ed efficaci in tal senso;

4. omogeneizzazione ed implementazione di fondi destinati al finanziamento della Ricerca in ambito pubblico. Un'agenzia nazionale di raccordo tra le varie istituzioni coinvolte che, partendo dall'istituzione di un'anagrafe nazionale della Ricerca, sappia coordinare gli interventi, definire le priorità e supportare i risultati, potrebbe costituire

una risposta semplice ed efficace. Auspicabile, inoltre, una politica di maggiore incentivazione e di ulteriore supporto alle aziende private che investono in ricerca ed investimenti.

Riferimenti bibliografici

- (1) Paola Galimberti. Qualità e quantità: stato dell'arte della valutazione della ricerca nelle scienze umane in Italia. JLIS. it. Vol. 3, n.1 (Giugno/June 2012).
- (2) David M. Cutler Declining disability among the elderly. *Health Affairs*, 20, no.6 (2001): 11-27.
- (3) VII Commissione cultura, scienza e istruzione della Camera dei Deputati. Indagine conoscitiva sullo stato della ricerca in Italia. Documento conclusivo approvato dalla Commissione. 30 Marzo 2011.
- (4) Evoluzione demografica nell'area dell'Euro: previsioni e conseguenze. BCE Bollettino mensile Ottobre 2006.
- (5) Il futuro demografico del paese. Previsioni regionali della popolazione residente al 2065. Istat, 28 Dicembre 2011.
- (5) Maurizio Zenezini. Invecchiamento della popolazione, crescita, occupazione. Studi e Note di Economia, Anno XIV, n. 3-2009, pagg. 431-468. Gruppo Montepaschi.
- (6) Federica Gallo, Nereo Segnan. La ricerca epidemiologica in Italia: un confronto con il resto d'Europa e gli Stati Uniti. *Epidemiol Prev* 2011; 35 (1): 12-17.
- (7) Aspen Institute Italia. La ricerca in Italia: punti di forza e di debolezza. Interesse nazionale. Gennaio 2012-10-29.
- (8) Tikki Pangl, Robert F. Terry, The PLoS Medicine Editors. WHO/PLoS Collection "No Health Without Research". *PLoS Medicine*. January 2011, Volume 8, Issue 1.
- (9) Science and innovation: Country Notes. Italy. OECD Science, Technology and Industry Outlook 2008 - ISBN 978-92-64-04991-8.
- (10) Gaétan Lafortune, Gaëlle Balestat, and the Disability Study Expert Group Members. Trends in severe disability among elderly people: assessing the evidence in 12 OECD Countries and the future implications. OECD Health Working Papers NO. 26. DELSA/HEA/WD/HWP (2007).
- (11) Cláudia Conceição, and Mark McCarthy. Public health research systems in the European Union. *Health Research Policy and Systems* 2011, 9: 38.
- (12) Pier Luigi Zorat. State of the art of health care in Italy. *RAYS*, 30,2, 2005, 127-135.
- (13) Rita Banzi, Vanna Pistotti, Lorenzo Moja, Andrea Facchini, Alessandro Liberati. Valutazione dell'impatto della ricerca biomedica e sanitaria: revisione sistematica di letteratura. *Politiche Sanitarie*, Vol. 11, N. 3, Luglio-Settembre 2010.
- (14) Roderik F Viergever, Sylvie Olifson, Abdul Ghaffar, Robert F Terry. A checklist for health research priority setting: nine common themes of good practice. *Health Research Policy and Systems* 2010, 8: 36.
- (15) WHO's role and responsibilities in health research. Draft WHO strategy on research for health. Report by the Secretariat. Sixty-Third World Health Assembly A63/22, 25 Marzo 2010.

Conclusioni

Il diritto alla salute è una delle caratteristiche del nostro Stato sociale che, attraverso il Servizio Sanitario Nazionale, ha il compito d'istituire ed attuare politiche sociali adeguate a garantire cure ed a tutelare la salute dei singoli e della collettività.

È per questo che, da oltre 10 anni, l'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane continua a monitorare, secondo criteri di scientificità, lo stato di salute della popolazione e l'impatto dei determinanti organizzativi e gestionali su cui si fondano, attualmente, i Servizi Sanitari Regionali con l'obiettivo di trasferire i risultati della ricerca ai responsabili istituzionali del settore sanitario ed alla comunità scientifica nazionale ed internazionale.

Il quadro che emerge dall'analisi dei dati relativi allo stato di salute della popolazione italiana evidenzia una condizione di benessere fisico dei cittadini complessivamente buona, ma sottolinea l'urgenza d'incentivare l'offerta di servizi preventivi e di politiche socio-sanitarie *ad hoc* che impediscano agli stessi di ammalarsi. Evidente, in questo ambito, è il *gap* tra Nord e Sud in quanto i settentrionali risultano essere molto più "salutisti" e, quindi, più attenti al loro stato di benessere fisico.

L'analisi dei dati relativi alla qualità dell'assistenza sanitaria ed all'erogazione dei servizi, invece, evidenzia una disomogeneità nel diritto all'assistenza sull'intero territorio nazionale in termini sia qualitativi che quantitativi. Anche in questo settore le aree di maggiore criticità si riscontrano, principalmente, nel Meridione dove l'offerta e la qualità dei servizi risultano carenti e, talvolta, insufficienti a sopperire alle richieste dell'utenza.

Partendo da un esame di contesto della popolazione *in toto* sono stati analizzati una serie d'indicatori la cui lettura trasversale ci ha permesso di evidenziare, per ciascuna patologia o tematica di salute esaminata, la situazione presente nel nostro Paese. Ogni area oggetto di studio, inoltre, è corredata da una serie di analisi e proposte da parte di autorevoli studiosi che da anni hanno focalizzato la loro attività in alcuni specifici settori d'intervento.

Nel dettaglio dall'analisi dei dati è emerso, principalmente, quanto segue:

- una forte tendenza all'invecchiamento della popolazione con uno sbilanciamento, nelle età più avanzate, a favore delle donne che godono di una maggiore sopravvivenza;
- l'aspettativa di vita è a vantaggio del genere femminile, ma il divario, in "anni di vita guadagnati", si sta riducendo a favore degli uomini pur risultando ancora consistente;
- la mortalità complessiva presenta un leggero calo per il genere maschile;

- la popolazione risulta ancora caratterizzata da comportamenti fortemente a rischio che necessitano d'interventi correttivi, soprattutto sulla fascia di popolazione giovane, per il contenimento degli stili di vita che possono influenzare in modo negativo sia la durata che la qualità della vita delle persone. Tra questi: il tabagismo che risulta più diffuso tra i giovani adulti, in particolare nella fascia di età 25-34 anni; l'eccesso ponderale (sovrappeso ed obesità) che negli anni sta aumentando progressivamente e l'attività fisica che, al contrario dei precedenti stili di vita, mostra un andamento positivo poiché, in entrambi i generi, è aumentata la quota di persone che praticano sport in modo continuativo ed è diminuita la percentuale di sedentari;
- in tutti i programmi di screening organizzati esistono differenze tra l'estensione teorica e l'estensione effettiva dovute, principalmente, al fatto che la fase pratica ed operativa d'invito risulta più complessa;
- l'ospedalizzazione per le malattie metaboliche presenta una costante diminuzione su tutto il territorio;
- le stime più recenti relative al 2012 confermano i tumori quale seconda causa di morte dopo le malattie cardio-circolatorie anche se, complessivamente, migliorano le percentuali di guarigione;
- i tassi di mortalità infantile, sia nella componente neonatale che post-neonatale, mostrano un andamento decrescente;
- nel nostro Paese la proporzione di parti cesarei è la più elevata, soprattutto nel Meridione, tra i Paesi dell'Unione Europea;
- più di un anziano ogni quattro vive in un nucleo monocomponente ed anche in questo caso si osserva un netto sbilanciamento verso il genere femminile;
- il peso assoluto e relativo degli stranieri sulla popolazione residente è aumentato notevolmente nel tempo e si prevede un ulteriore aumento nei prossimi anni;
- il numero delle persone con disabilità che vivono in famiglia è in crescita a causa dell'incremento della popolazione anziana;
- il trend del numero di pazienti trattati in Assistenza Domiciliare Integrata si conferma in aumento;
- il consumo di antibiotici pongono l'Italia tra i Paesi a più elevato uso in Europa;
- si conferma la tendenza alla riduzione del ricovero ospedaliero sia in regime ordinario che in Day Hospital;
- la spesa corrente pubblica sul Prodotto Interno Lordo presenta un andamento in aumento.

In conclusione, i dati presentati evidenziano come, nonostante gli apprezzabili guadagni nella salute e nell'aspettativa di vita della popolazione, il nostro Paese sia ancora caratterizzato da profonde differenze geografiche e che i soggetti maggiormente coinvolti risultano essere i meno abbienti ed i più poveri di risorse di reti familiari, soprattutto oggi in

considerazione delle ripercussioni della crisi finanziaria globale che ha investito e che continua ad investire l'Italia.

L'auspicio, quindi, è che questo Report venga utilizzato dagli "addetti ai lavori" per lo studio e, quindi, la pianificazione di azioni adeguate, razionali e tempestive idonee a migliorare la salute ed a soddisfare i bisogni delle popolazioni di riferimento.

Autori

Prof. Eugenio Anessi Pessina, Facoltà di Economia, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma

Dott.ssa Mariadonata Bellentani, Dirigente Sezione Organizzazione Servizi Sanitari, Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Prof. Roberto Bernabei, Direttore Dipartimento Assistenza Sanitaria di Geriatria, Neuroscienze e Ortopedia, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma

Prof. Americo Cicchetti, Facoltà di Economia, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma

Prof. Filippo Crea, Direttore Dipartimento Scienze Cardiovascolari, Dirigente Medico responsabile di Struttura Complessa Unità Coronarica e Terapia Subintensiva, Policlinico Universitario “Agostino Gemelli”

Dott. Antonio Giulio de Belvis, Direttore Programma Governo Clinico, Policlinico Universitario “Agostino Gemelli”

Dott. Francesco Enrichens, Direttore Dipartimento Chirurgia Generale e d’Urgenza, Centro Traumatologico Ortopedico di Torino, Esperto Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Prof. Massimo Fini, Direttore Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico San Raffaele Pisana

Dott. Salvatore Geraci, Caritas Diocesana, Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Prof. Renato Lauro, Rettore Università di Roma “Tor Vergata”, Presidente Italian Barometer Diabetes Observatory

Dott.ssa Agnese Lazzari, Società Italiana Medici Manager, Istituto di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma

Dott.ssa Silvia Longhi, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma

Dott.ssa Sara Lupidi, Istituto di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma

Dott. Walter Mazzucco, Ricercatore Dipartimento Scienza Promozione Salute e Materno Infantile, Università degli Studi di Palermo

Dott. Fulvio Moirano, Direttore Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Prof. Luca Pani, Direttore Generale Agenzia Italiana del Farmaco

Dott. Paolo Parente, Istituto di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma

Prof. Walter Ricciardi, Direttore Dipartimento Sanità Pubblica, Policlinico Universitario “Agostino Gemelli”, Direttore Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma

Prof. Alessandro Rosina, Facoltà di Economia, Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano

Dott. Giuseppe Ruocco, Direttore Generale della Prevenzione, Ministero della Salute

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

Dott.ssa Stefania Salmaso, Direttrice Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità

Dott. Armando Santoro, Direttore Humanitas Cancer Center, Istituto Clinico Humanitas

Dott. Massimo Scaccabarozzi, Presidente Farmindustria

Prof. Giovanni Scambia, Direttore Dipartimento Tutela della Salute della Donna e della Vita Nascente, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma

Dott. Andrea Silenzi, Segretario Generale Società Medici Manager, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma

Dott. Alessandro Solipaca, Sistema d’Informazione Statistica sulla Disabilità, Istituto Nazionale di Statistica; Segretario Scientifico Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma

Prof. Alberto Giovanni Ugazio, Direttore Dipartimento di Medicina Pediatrica, Ospedale “Bambin Gesù di Roma”

