

ROMA, 19

APRILE 2018

Rapporto Osservasalute 2017 – Sintesi

Italia, si muore meno per tumori e malattie croniche, ma solo dove la prevenzione funziona.

Piccoli passi avanti anche sugli stili di vita, aumenta la pratica sportiva, ma aumentano anche gli obesi e non diminuiscono i fumatori. In Italia si osservano livelli di cronicità e non autosufficienza tra gli anziani superiori alla media europea, a farne le spese sono soprattutto le donne. Non a caso l'Italia è addirittura 15esima tra i paesi dell'Unione Europea per speranza di vita alla nascita senza limitazioni fisiche. Persiste il divario Nord-Sud, con ricadute anche gravi sulla salute degli italiani lungo lo Stivale, come si vede anche dall'ampia disparità in Italia sulla capacità di prevenire e curare alcuni tipi di tumore. Tali criticità si registrano soprattutto in alcune regioni del Centro Sud.

Roma, 19 aprile 2018 – Laddove la prevenzione funziona, la salute degli italiani è più al sicuro, con meno morti per tumori e malattie croniche come il diabete e l'ipertensione (diminuiti del 20% in 12 anni i tassi di mortalità precoce per queste cause). Gli italiani, inoltre, cominciano timidamente a occuparsi in maniera più proattiva della propria salute, tendono a fare più sport (nel 2016 il 34,8% della popolazione, pari a circa 20 milioni e 485 mila). Nel 2015 erano il 33,3%, pari a circa 19 milioni e 600 mila), ma scontano ancora tanti problemi, in primis quelli con la bilancia (nel periodo 2001-2016 è aumentata la percentuale delle persone in sovrappeso - 33,9% contro 36,2%; soprattutto è aumentata la quota degli obesi - 8,5% contro 10,4%, poi anche il vizio del fumo che almeno dal 2014 resta in Italia praticamente stabile (al 2016 si stima fumi il 19,8% della popolazione over-14 anni).

Anche sul fronte dei consumi di alcolici il dato sembra assumere contorni a tinte fosche: si assiste a una lenta, ma inarrestabile diminuzione dei non consumatori (astemi e astinenti negli ultimi 12 mesi), pari al 34,4% (nel 2014 era il 35,6%, nel 2015 34,8%) degli individui di età >11 anni.

Il Servizio Sanitario Nazionale sembra aver almeno marginalmente migliorato le proprie performance, come dimostrato per esempio dal fatto che – per quanto in aumento – **le malattie croniche fanno sempre meno morti**. Infatti in Italia si verificano meno decessi in età precoce, cioè tra i 30-69 anni (la causa principe della mortalità prematura sono le malattie croniche; in particolare si considerano per tumori maligni, diabete mellito, malattie cardiovascolari e malattie respiratorie croniche): il tasso di mortalità precoce è diminuito di circa il 20% negli ultimi 12 anni, passando da un valore di circa 290 a circa 230 per 10.000 persone. Quindi il Servizio Sanitario

Nazionale è riuscito a incidere sulla mortalità evitabile, grazie alla corretta gestione di queste serie patologie.

E non è tutto, l'efficacia delle cure e della prevenzione delle neoplasie è andata sicuramente migliorando. In particolare per la prevenzione, ottimi risultati sono conseguiti alla diminuzione dei fumatori tra gli uomini e all'aumento della copertura degli screening preventivi (per esempio il pap test periodico e la mammografia) tra le donne. Lo dimostra la diminuzione dei nuovi casi di tumori al polmone tra i maschi (diminuiti del 2,7% l'anno dal 2005 al 2015) e della cervice uterina tra le donne (-4,1% annuo). È aumentata di 5,7 punti percentuali anche la sopravvivenza a 5 anni per il tumore al polmone e 2,4 punti per il carcinoma del collo dell'utero.

Al contrario, risultati negativi si riscontrano per il tumore polmonare tra le donne, tra le quali i nuovi casi sono in sensibile aumento (+1,6% tra il 2005 e il 2015); questo perché storicamente le donne in Italia hanno iniziato a fumare più tardi che in altri Paesi europei e quindi ancora si scontano le conseguenze dell'insalubre comportamento. Anche per questo tipo di tumore l'efficacia delle cure ha garantito un aumento della sopravvivenza a 5 anni di 5,6 punti percentuali (da 18,2% al 23,8%).

Ma ci sono ancora troppe ombre che aleggiano su salute degli italiani e sostenibilità del SSN. Sul fronte della salute gli italiani sono sempre più anziani e tra questi (in particolare tra gli over-75) aumentano quelli con limitazioni fisiche, che non sono in grado di svolgere da soli attività quotidiane semplici come telefonare o preparare i pasti (+4,6% tra 2015 e 2016 negli over-75 che riferiscono qualche limitazione nelle attività - Dati Eurostat). Per esempio tra gli ultrasessantacinquenni l'11,2% ha molta difficoltà o non è in grado di svolgere le attività quotidiane di cura della persona senza ricevere alcun aiuto, quali mangiare da soli anche tagliando il cibo, sdraiarsi e alzarsi dal letto o sedersi e alzarsi da una sedia (per confronto in Danimarca sono il 3,1% - valore più basso in Europa - in Svezia il 4,1% degli ultrasessantacinquenni, in Belgio - valore max in Europa - il 16,7%; la media UE-28 è più bassa rispetto al dato italiano ed è pari all'8,8% degli anziani over-65).

Aumentano del 12,1% dal 2012 al 2016 le malattie croniche e la compresenza in un paziente di più di una di queste malattie - la prevalenza di pazienti con multicronicità risulta in crescita dal 2012 (22,4%) al 2016 (25,1%) -. Tale prevalenza è più elevata nel genere femminile rispetto a quello maschile in tutti gli anni considerati e, nel 2016, è pari al 28,7% tra le donne e al 21,3% tra gli uomini.

Se confrontiamo l'Italia con altre realtà europee non sempre il nostro Paese ne esce con un quadro rassicurante. L'Italia è tra i Paesi più longevi d'Europa e del mondo - secondo gli ultimi dati disponibili, nel 2015 si colloca al secondo posto dopo la Svezia per la più elevata speranza di vita alla nascita per gli uomini (80,3 anni) e al terzo posto dopo Francia e Spagna per le donne (84,9 anni), a fronte di una media dei Paesi dell'Unione Europea (UE) di 77,9 anni per gli uomini e di 83,3 anni per le donne. Anche rispetto agli anni di vita attesa all'età di 65 anni gli uomini e le donne italiane vivono in media un anno in più del valore medio europeo (rispettivamente, 18,9 anni vs 17,9 e 22,2 anni vs 21,2 anni).

Tuttavia se si esamina la speranza di vita senza limitazioni, dovuta a problemi di salute, la situazione cambia: ad eccezione della Svezia, gli altri Paesi ai primi posti della graduatoria per speranza di vita alla nascita degli uomini, come Spagna e Italia, scendono, rispettivamente, al 7°

e 11° posto; per le donne, Francia e Spagna scendono al 6° e 8° posto, mentre l'Italia va nella 15a posizione, quindi anche al di sotto della media dell'UE.

E ancora, va rilevata la maggiore prevalenza di artrosi, che caratterizza gli anziani italiani rispetto a quelli degli altri Paesi europei (46,6% delle persone che riferiscono una condizione di artrosi, uno dei più alti valori in Europa subito sotto Portogallo e Ungheria, rispettivamente 47,2% e 52,0%, contro i valori più bassi della Gran Bretagna, 6,1% e dell'Estonia, 8,2%), e il loro basso livello di attività fisica.

Quanto alle buone pratiche sanitarie va rilevato come in Italia si consumino ancora più antibiotici rispetto al resto d'Europa: nel 2015, nell'UE, il consumo medio di antibiotici per uso sistemico nella popolazione, escludendo gli ospedali, è stato di 22,4 DDD per 1.000 abitanti, con valori compresi tra 10,7 DDD/1.000 ab die nei Paesi Bassi e 36,1 DDD/1.000 ab die in Grecia. L'Italia, con 27,5 DDD/1.000 ab die, è tra i Paesi con il consumo più alto di antibiotici, 6° posto nella graduatoria.

Sul fronte della sostenibilità del servizio sanitario va rilevato in primis che il decennio appena trascorso ha confermato una situazione da tempo nota e tollerata: il profondo divario fra Nord e Meridione sia nelle dimensioni della performance indagate che nella qualità della spesa pubblica e, nello specifico, di quella sanitaria; poi che la spesa out of pocket (sostenuta privatamente dai cittadini) è aumentata in maniera disuguale nel Paese (in particolare è cresciuta dell'8,3% nel periodo 2012-2016). L'aumento è stato elevato nelle regioni del Nord, nel Centro i valori di tale spesa sono stati costanti, mentre sono diminuiti nelle regioni meridionali.

Il decennio appena trascorso ha confermato una situazione da tempo nota e tollerata: il profondo divario fra Nord e Meridione sia nelle dimensioni della performance indagate che nella qualità della spesa pubblica e, nello specifico, di quella sanitaria.

Paradigmatica delle conseguenze del gradiente Nord-Sud che si abbattano sulla salute degli italiani è la sopravvivenza per tumori che mostra una certa variabilità geografica. Nelle aree del Centro-Nord la sopravvivenza è largamente omogenea per tutte le sedi tumorali esaminate, indicando una sostanziale equivalenza non solo dei trattamenti, ma anche delle strategie di diagnosi (introduzione dei programmi di screening), mentre al Sud e Isole risulta generalmente inferiore della media del Centro-Nord.

Per quanto riguarda i tumori oggetto di programmi di screening organizzato, gli effetti dell'introduzione di misure efficaci di prevenzione secondaria sono visibili nelle aree del Paese dove si è iniziato prima e dove la copertura è ottimale. Una documentata minor copertura di popolazione e una ritardata implementazione degli screening organizzati sono fattori da considerare per spiegare le diverse performance osservate nel Paese. Ad esempio nella PA autonoma di Trento lo screening preventivo per il tumore del colon retto raggiunge una copertura del 72% della popolazione, mentre nella regione Puglia la copertura degli screening preventivi per questo tumore arriva appena al 13%.

Infatti, se si guarda alle performance rispetto ad alcune forme tumorali prevenibili, le diverse aree del Paese evidenziano risposte diversificate per i tumori (polmone per gli uomini, cervice uterina per le donne) per i quali si è raggiunto un "progresso ottimale" (caratterizzato da incidenza in riduzione, mortalità in riduzione, sopravvivenza in aumento). Tra il 2005 e il 2015 i tassi standardizzati di incidenza sono diminuiti del 2,7% l'anno per il tumore polmonare maschile (da 73,4 a 55,8 per 100.000) e del 4,1% per il cervico-carcinoma (da 5,3 a 3,5 per 100.000). La

sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è aumentata negli uomini in valore assoluto di 5,7 punti percentuali per il tumore del polmone e di 2,4 punti percentuali per il tumore della cervice uterina. Per il tumore polmonare tra gli uomini, il progresso si è osservato per tutte le regioni, ma molto più marcato nel Nord-Est (Veneto in particolare, -4,9% variazione annua percentuale nella mortalità), inferiore nel Mezzogiorno (Basilicata e Calabria le regioni con progresso inferiore, -1,9 variazione annua percentuale nella mortalità). Il tumore alla cervice uterina evidenzia un progresso più uniforme sul territorio (la sopravvivenza aumenta con valori più o meno uniformi in tutte le regioni).

Alcune patologie tumorali prevenibili presentano un progresso parziale, è il caso dei tumori del colon-retto maschile e della mammella femminile, per i quali la mortalità si riduce, ma persiste un lieve aumento dell'incidenza.

Tra gli uomini l'incidenza del tumore colon-rettale, pur avendo subito un rallentamento della crescita, è stimata ancora in leggero ma significativo aumento (+0,5%; tasso standardizzato da 66,9 a 70,4 per 100.000).

Per il tumore della mammella la sopravvivenza a 5 anni è elevata e stimata ancora in aumento (+4,2%, da 86,9% a 91,1%). L'incidenza in leggero aumento in Italia (+1,0%: da 107,2 a 118,4 per 100.000). Un effetto analogo si osserva per la mortalità che, nell'insieme, diminuisce del 2,8% l'anno (da 22,5 a 17,0 per 100.000).

Il quadro nazionale non è, però, omogeneo sul territorio ed è la risultante di andamenti contrapposti, di reale progresso al Centro-Nord (dove l'incidenza si riduce o si stabilizza) e più sfavorevoli al Sud e nelle Isole. Nel caso del tumore alla mammella, si registra il massimo incremento di incidenza in Basilicata e in Calabria.

I progressi più inadeguati (incidenza stabile o in aumento, mortalità stabile o in aumento, sopravvivenza in aumento) **per i tumori prevenibili** si registrano per il cancro polmonare nelle donne. I nuovi casi di tumore sono aumentati ogni anno dell'1,6% tra il 2005 e il 2015 (da 16,9 a 19,9 per 100.000). Il parallelo incremento di mortalità (+0,8%) è stato mitigato dalla sopravvivenza che si è incrementata di 5,6 punti percentuali (da 18,2% a 23,8%). Le situazioni più critiche si registrano al Centro (Lazio, Umbria e Marche), quelle meno critiche al Nord.

Sono questi alcuni dei dati che emergono dalla XV edizione del Rapporto Osservasalute (2017), un'approfondita analisi dello stato di salute della popolazione e della qualità dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane presentata oggi a Roma. Pubblicato dall'**Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane**, che ha sede a Roma presso l'**Università Cattolica**, e coordinato dal Professor **Walter Ricciardi**, Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità, Direttore dell'Osservatorio e Ordinario di Igiene all'Università Cattolica, e dal dottor **Alessandro Solipaca**, Direttore Scientifico dell'Osservatorio, il Rapporto (603 pagine) è frutto del lavoro di 197 ricercatori distribuiti su tutto il territorio italiano che operano presso Università e numerose istituzioni pubbliche nazionali, regionali e aziendali (Ministero della Salute, Istat, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale Tumori, Istituto Italiano di Medicina Sociale, Agenzia Italiana del Farmaco, Aziende Ospedaliere e Aziende Sanitarie, Osservatori Epidemiologici Regionali, Agenzie Regionali e Provinciali di Sanità Pubblica, Assessorati Regionali e Provinciali alla Salute).

“Il Servizio Sanitario Nazionale italiano - rileva il professor Walter Ricciardi - deve aumentare gli sforzi per promuovere la prevenzione di primo e secondo livello, perché i dati indicano

chiaramente che laddove queste azioni sono state incisive i risultati sono evidenti, come testimonia la diminuzione dell'incidenza di alcuni tumori”.

Nonostante l'invecchiamento della popolazione e il conseguente aumento delle malattie croniche in Italia si verificano meno decessi in età precoce: il tasso standardizzato di mortalità precoce che si verifica cioè tra i 30-69 anni e dovuta principalmente alle malattie croniche è diminuito di circa il 20% negli ultimi 12 anni, passando da un valore di circa 290 a circa 230 per 10.000 persone.

Gli uomini presentano un tasso di mortalità molto più alto delle donne, anche se nel corso degli anni il divario di genere è diminuito. Se negli ultimi anni il trend nazionale e di genere della mortalità precoce è stato sempre decrescente, nel 2015 si è avuta una battuta di arresto: dopo più di un decennio la mortalità non è diminuita. Nel corso degli anni (2004-2015), tutte le regioni hanno ridotto la mortalità precoce per le malattie croniche, alcune in maniera più significativa (Umbria e Lombardia) di altre (Sicilia e Sardegna).

Le differenze a livello territoriale della mortalità precoce sono evidenti e non si sono colmate con il passare degli anni, anzi la distanza tra Nord e Mezzogiorno è aumentata. Nel 2015, la PA di Trento ha presentato il valore più basso (195,6 per 10.000), mentre la Campania quello più alto (297,3 per 10.000), con un tasso del 22% circa maggiore di quello nazionale e del 14% circa più alto delle altre regioni del Mezzogiorno: la Campania, quindi, come per la speranza di vita, risulta distaccata dalle altre regioni. Oltre alla PA di Trento, le regioni con la mortalità precoce più bassa sono state l'Umbria (204,7 per 10.000), l'Emilia-Romagna (205,8 per 10.000) e il Veneto (206,9 per 10.000); quelle con la mortalità più alta, oltre la Campania, sono state la Sicilia (254,7 per 10.000) e la Sardegna (249,2 per 10.000). Il Lazio presenta un tasso abbastanza alto, pari a 245,3 per 10.000, più vicino alle regioni del Mezzogiorno che a quelle del Centro.

Se paragoniamo il 2015 con l'anno precedente, solo per le regioni del Nord il tasso è si è ridotto, anche se lievemente, mentre per le regioni del Centro o del Mezzogiorno è rimasto invariato e in alcuni casi è leggermente aumentato (per esempio in Sardegna).

ECCO L'ITALIA FOTOGRAFATA DA OSSERVASALUTE 2017.

Diminuisce il numero degli abitanti del nostro Paese, oltre un italiano su 5 ha più di 65 anni – Si conferma il dato, evidenziato per la prima volta negli ultimi decenni nella scorsa edizione del Rapporto, sulla diminuzione della popolazione residente. Tale diminuzione è dovuta in gran parte al saldo negativo della dinamica naturale (nascite e decessi) e alle cospicue cancellazioni imputabili, in parte, ancora al riallineamento Anagrafe-Censimento. Il numero medio di figli per donna per il complesso delle residenti è, nel 2015, pari a 1,35 figli per donna (per le italiane 1,27 figli per donna, per le straniere 1,94 figli per donna), in calo rispetto all'anno precedente (era 1,37). Si conferma anche quest'anno la tendenza alla posticipazione delle nascite, tanto che l'età media al parto delle residenti giunge 31,7 anni ((italiane: 32,3 anni; straniere 28,7 anni)). Poco meno di un nato ogni cinque ha la madre con cittadinanza straniera, con un picco di quasi un nato su tre in Emilia-Romagna.

Continuano a crescere i “giovani anziani”, anche tra gli stranieri residenti (ossia i 65-74enni): sono poco meno di 6,6 milioni e rappresentano il 10,9% della popolazione residente (nello scorso rapporto erano pari al 10,8% della popolazione residente). In altri termini oltre un residente su

dieci ha un'età compresa tra i 65-74 anni. I valori regionali variano da un minimo della PA di Bolzano (9,5%) e della Campania (9,6%) a un massimo di 12,7% della Liguria.

Il peso relativo dei 65-74enni sul totale della popolazione varia sensibilmente se si considera la cittadinanza: i 65-74enni rappresentano l'11,6% della popolazione residente con cittadinanza italiana vs il 2,7% registrato per gli stranieri (questo dato lo scorso anno era pari a 2,4%; in un solo anno, quindi, si registra l'aumento della componente di giovani anziani stranieri, segnale che anche il segmento di popolazione straniera è interessato dal processo di invecchiamento).

Stabile la quota degli "anziani" (75-84 anni): sono oltre 4,8 milioni e rappresentano l'8,0% del totale della popolazione. Anche in questo caso, è possibile notare delle differenze geografiche: in Liguria, dove rispetto alle altre regioni la struttura per età è più sbilanciata verso le classi di età più avanzata, tale contingente rappresenta ben il 10,7% del totale, mentre in Campania è "solo" il 6,2%. Le differenze nella struttura per età della popolazione per cittadinanza risultano, in questo caso, ancora più marcate: gli "anziani" sono l'8,7% degli italiani vs lo 0,9% dei residenti stranieri.

Praticamente stabili pure i "grandi vecchi": la popolazione dei "grandi vecchi" è pari a quasi 2 milioni che corrisponde al 3,4% del totale della popolazione residente (l'anno precedente erano pari al 3,3% del totale della popolazione residente). Anche tale indicatore mostra i valori maggiori in Liguria (5%) e i valori minori in Campania (2,4%).

La quota di popolazione straniera, in questa fascia di età, è del tutto irrisoria ed è rappresentata solo dallo 0,2% rispetto alla quota di cittadinanza italiana che è il 3,7%.

Le donne restano la maggioranza: si registra, anche per questa edizione, l'aumento del peso della componente femminile sul totale dei residenti all'aumentare dell'età: la quota di donne è del 52,9% tra i giovani anziani, sale a 57,3% tra gli anziani e arriva al 68,1% tra i grandi vecchi. Si noti che, sebbene le donne rappresentino la maggioranza degli anziani in tutte le classi di età considerate (specie al crescere dell'età), la componente maschile negli ultimi anni ha recuperato, seppur lentamente, tale svantaggio, grazie alla riduzione dei differenziali di mortalità per genere.

Continua il calo degli ultracentenari – Anche in questa edizione del Rapporto si assiste a una lieve diminuzione della popolazione ultracentenaria, imputabile sia all'eccesso di mortalità che ha caratterizzato il 2015 (che ha colpito gli ultracentenari e le coorti prossime al superamento dei 100 anni di età), sia all'esiguità strutturale delle coorti interessate al fenomeno in quanto nate negli anni della Prima Guerra Mondiale. Al 1 gennaio 2017 poco meno di tre residenti su 10.000 hanno 100 anni e oltre. In questo segmento di popolazione le donne sono estremamente più numerose.

Tanti gli italiani non autosufficienti tra gli anziani - Analizzando il fenomeno delle limitazioni nelle classi di età anziane, è stato osservato che tra gli ultra-sessantacinquenni l'11,2% ha molta difficoltà o non è in grado di svolgere le attività quotidiane di cura della persona senza ricevere

alcun aiuto, quali mangiare da soli anche tagliando il cibo, sdraiarsi e alzarsi dal letto o sedersi e alzarsi da una sedia, vestirsi e spogliarsi, usare i servizi igienici e fare il bagno o la doccia. Le quote di persone non autonome in queste attività si attestano al 3,2% tra gli anziani di 65-74 anni, al 12% tra quelli nella classe di età 75-84 e al 36,2% tra gli ultraottantacinquenni.

Ben il 30,3% degli ultrasessantacinquenni ha molta difficoltà o non è in grado di usare il telefono, prendere le medicine e gestire le risorse economiche preparare i pasti, fare la spesa e svolgere attività domestiche leggere, svolgere occasionalmente attività domestiche pesanti. Tali prevalenze

si attestano al 13% nella classe di età 65-74 anni, al 38% per gli anziani tra i 75-84 anni e al 69,8% tra gli ultra ottantacinquenni. Da ciò si evince una richiesta di aiuto e una difficoltà di gestione della quotidianità. Le reti di relazioni che si sviluppano intorno ad una persona potrebbero, in qualche modo, affiancare le persone con limitazioni nella gestione della quotidianità.

La problematica è destinata a riguardare sempre più anziani, sostiene il dottor Solipaca: le proiezioni per il **2028 indicano, infatti, che tra gli ultrasessantacinquenni le persone non in grado di svolgere le attività quotidiane per la cura di se stessi (dal lavarsi al mangiare) saranno circa 1,6 milioni (100 mila in più rispetto a oggi), mentre quelle con problemi di autonomia (preparare i pasti, gestire le medicine e le attività domestiche, ecc.) arriveranno a 4,7 milioni (700 mila in più), solo considerando il trend demografico di invecchiamento e gli attuali tassi di disabilità, ma i dati potrebbero rappresentare una sottostima del problema.**

“Ci troveremo di fronte a seri problemi per garantire un’adeguata assistenza agli anziani – avverte il dottor Solipaca - in particolare quelli con limitazioni funzionali (che non sono autonomi), perché la rete degli aiuti familiari si va assottigliando a causa della bassissima natalità che affligge il nostro Paese da anni e della precarietà dell’attuale mondo del lavoro che non offre tutele ai familiari *caregiver*”.

La speranza di vita - Al 2017, dai dati provvisori, la speranza di vita alla nascita è pari a 80,6 anni per gli uomini e 84,9 anni per le donne. Nei 5 anni trascorsi dal 2013 al 2017, gli uomini hanno guadagnato 0,8 anni, mentre le donne 0,3 anni. Come ormai è evidente da alcuni anni, le differenze di genere si stanno sempre più riducendo anche se la sopravvivenza è ancora a favore delle donne (+4,3 anni nel 2017 vs +4,8 anni nel 2013).

Sia per gli uomini che per le donne è la PA di Trento a godere della maggiore longevità (81,6 anni e 86,3 anni, rispettivamente). La Campania, invece, è la regione dove la speranza di vita alla nascita è più bassa (78,9 anni per gli uomini e 83,3 anni per le donne).

Confronto internazionale, l’Italia esce vincente su aspettativa di vita - L’Italia è da tempo tra i Paesi più longevi d’Europa e del mondo. Secondo gli ultimi dati disponibili, da fonte dell’Ufficio Statistico dell’Unione Europea del 2015, il nostro Paese si colloca al secondo posto dopo la Svezia per la più elevata speranza di vita alla nascita per gli uomini (80,3 anni) e al terzo posto dopo Francia e Spagna per le donne (84,9 anni), a fronte di una media dei Paesi dell’Unione Europea (UE) pari, rispettivamente, a 77,9 anni e 83,3 anni.

Per gli uomini a 65 anni, la vita media attesa nell’UE è di 17,9 anni, ma nel nostro Paese ci si può attendere di vivere in media un anno in più (18,9 anni). Anche per le donne, la vita attesa a 65 anni in Italia supera di 1 anno la media che si registra nell’UE (22,2 anni vs 21,2 anni), al terzo posto dopo Francia (23,5 anni) e Spagna (23,0 anni).

L’Italia presenta inoltre un livello di mortalità complessiva tra i più bassi in Europa (in linea con quelli di Francia e Spagna) e inferiore alla media dell’EU-28, sia negli uomini (1.079 decessi ogni 100.000 residenti vs 1.254 decessi ogni 100.000 residenti) che nelle donne (699 per 100.000 vs 818 per 100.000).

STILI DI VITA DEGLI ITALIANI IN LIEVE MIGLIORAMENTO, MA SONO SEMPRE TANTI I CHILI DI TROPPO. AUMENTANO I BEVITORI DI ALCOLICI

Continuano ad aumentare gli obesi – Per quanto sia preferibile analizzare intervalli temporali più ampi per osservare il trend della silhouette italiana, si rileva che nel 2016, rispetto al 2015, vi è stato un aumento di un punto percentuale di persone obese e una diminuzione di 1,4 punti percentuali delle persone in sovrappeso. Nel 2016 più di un terzo della popolazione adulta (35,5%) è in sovrappeso, mentre poco più di una persona su dieci è obesa (10,4%); complessivamente, il 45,9% dei soggetti di età ≥ 18 anni è in eccesso ponderale.

In Italia, nel periodo 2001-2016, è aumentata la percentuale delle persone in sovrappeso (33,9% vs 36,2%), soprattutto è aumentata la quota degli obesi (8,5% vs 10,4%). Il sovrappeso si riferisce a un Indice di Massa Corporea – IMC – tra 25 e 30, l'obesità a valori di IMC superiori a 30.

Le differenze rilevate sul territorio sono considerevoli e si conferma il gradiente Nord-Sud e Isole: come per il 2015, le regioni meridionali presentano la prevalenza più alta di persone di età 18 anni e oltre obese (Abruzzo 14,2%, Puglia 13,1% e Molise 12,4%,) e in sovrappeso (Basilicata 40,6%, Calabria 40,4% e Molise 39,8%) rispetto alle regioni settentrionali, che mostrano i dati più bassi di prevalenza (obesità: PA di Bolzano 8,1%, PA di Trento 8,3% e Lazio 8,6%; sovrappeso: PA di Bolzano 30,7%, PA di Trento 31,6% e Valle d'Aosta 31,7%). Nel 2016, il Lazio entra a far parte delle regioni più virtuose in termini di prevalenza di persone obese.

Eccesso di peso, un problema che aumenta con l'età: Nel 2016, il sovrappeso passa dal 14,8% della fascia di età 18-24 anni al 45,6% tra i 65-74 anni, mentre l'obesità dal 2,6% al 15,5% per le stesse fasce di età.

Un problema più maschile che femminile: risulta in sovrappeso il 44,5% degli uomini vs 27,2% delle donne e obeso l'11,1% degli uomini vs 9,8% delle donne.

Bambini e ragazzi in lotta con la bilancia: bambini e adolescenti di 6-17 anni in sovrappeso o obesi sono il 24,7% (media 2015-16).

Emergono forti differenze di genere; il fenomeno è più diffuso tra i maschi (28,6% vs 20,5% femmine).

Tali differenze non sussistono tra i bambini di 6-10 anni, mentre si osservano in tutte le altre classi di età e sono più marcate tra gli adolescenti (14-17 anni).

L'eccesso di peso raggiunge la prevalenza più elevata tra i bambini di 6-10 anni dove raggiunge il 34,2%. Al crescere dell'età il sovrappeso e l'obesità vanno diminuendo, fino a raggiungere il valore minimo tra i ragazzi di 14-17 anni.

Si osserva un forte gradiente Nord-Sud e Isole. Le prevalenze di sovrappeso e obesità tra i minori aumentano, significativamente, passando dal Nord al Sud del Paese (33,0% al Sud vs 19,5% del Nord-Ovest, 22,2% del Nord-Est, 23,2% del Centro e 23,8% delle Isole - dati non presenti in tabella), con percentuali particolarmente elevate in Campania (37,4%), Molise (34,1%), Calabria (30,1%), Abruzzo (30,0%) e Puglia (29,9%).

Analizzando il fenomeno dell'eccesso di peso in relazione ad alcune informazioni che si riferiscono al contesto familiare, si osservano prevalenze più elevate tra i bambini e i ragazzi che vivono in famiglie con risorse economiche scarse o insufficienti, ma soprattutto in cui il livello di istruzione dei genitori è più basso, con una influenza maggiore del titolo di studio della madre rispetto a quello del padre.

Chili di troppo per i bimbi se anche mamma e papà hanno problemi di linea: sono soprattutto i bambini e i ragazzi che vivono in famiglie in cui almeno uno dei genitori è in eccesso di peso a

essere, anche loro, in sovrappeso o obesi; se entrambi i genitori sono in eccesso di peso, la percentuale di bambini e adolescenti di età 6-17 anni in sovrappeso o obesi sale al 34,8% rispetto alla percentuale del 26,4%, solo madre in eccesso di peso, e del 23,5%, solo padre in eccesso di peso. La quota di bambini in eccesso di peso con entrambi i genitori normopeso scende al 19,5%.

Leggero aumento degli sportivi – Nel 2016, in Italia, le persone di età 3 anni e oltre che dichiarano di praticare uno o più sport nel tempo libero sono il 34,8% della popolazione, pari a circa 20 milioni e 485 mila. Nel 2015 erano il 33,3% della popolazione, pari a circa 19 milioni e 600 mila. Il 25,1% si dedica allo sport in modo continuativo (distribuiti in maggioranza nelle regioni settentrionali, in particolare la PA di Bolzano, la PA di Trento, l'Emilia-Romagna, la Lombardia e il Veneto), mentre il 9,7% in modo saltuario. Coloro che, pur non praticando uno sport, svolgono una attività fisica sono il 25,7% della popolazione, mentre i sedentari sono circa 23 milioni e 85 mila, pari al 39,2%.

Le regioni che registrano la più bassa quota di praticanti sportivi sono la Campania (20,0%), la Sicilia (24,0%), la Calabria (24,2%), il Molise (25,1%) e la Basilicata (26,1%). Nella maggior parte delle regioni meridionali, più della metà della popolazione non pratica sport né attività fisica, in particolare in Sicilia (58,4%), Campania (56,9%), Calabria (53,4%) e Molise (52,5%), dove ben oltre la metà delle persone di età 3 anni e oltre è sedentaria

I dati di lungo periodo evidenziano un aumento della propensione alla pratica sportiva in modo continuativo (dal 19,1% del 2001 al 25,1% del 2016). Rispetto al 2015, si registra un aumento nel 2016 della quota di quanti praticano attività sportiva in modo continuativo, mentre risulta stabile la quota di coloro che dichiarano di svolgere sport in modo saltuario. Inoltre, rispetto all'anno precedente, nel 2016 si riscontra una lieve, ma significativa, riduzione sia delle persone che praticano qualche attività fisica (-0,8 punti percentuali) che della popolazione sedentaria (-0,7 punti percentuali).

L'aumento dello sport continuativo e la riduzione della pratica di qualche attività fisica si osserva in entrambi i generi, mentre la riduzione della quota di chi non svolge né sport né attività fisica si osserva maggiormente tra le donne.

Alcolici, continuano a diminuire i non consumatori – Si riduce ancora, anche se di poco, la percentuale dei non consumatori (astemi e astinenti negli ultimi 12 mesi), pari al 34,4% (nel 2014 era il 35,6%, nel 2015 34,8%) degli individui di età >11 anni. A livello territoriale, si rileva un importante incremento dei non consumatori in Abruzzo, Calabria e Piemonte; la percentuale è, invece, diminuita in Puglia (-4,8 punti percentuali), Valle d'Aosta (-4,7 punti percentuali) e Friuli Venezia Giulia (-3,5 punti percentuali) dove, tra il 2014 e il 2015, si era registrato un incremento significativo. Le variazioni segnalate sono confermate anche tra gli astemi in Abruzzo (+4,6 punti percentuali) e in Puglia (-4,7 punti percentuali), oltre alla Calabria in cui si registra un incremento di individui che non hanno mai consumato bevande alcoliche nella vita pari a +4,5 punti percentuali.

Consumatori a rischio - La prevalenza di consumatori a rischio, nel 2016, è pari al 23,2% per gli uomini e a 9,1% per le donne. Il dato è rimasto pressoché stabile rispetto al 2015 sia a livello nazionale che regionale, ad eccezione della PA di Bolzano dove i valori dei consumatori a rischio sono aumentati di 4,7 punti percentuali nelle donne.

Nel 2016, le regioni con i valori di prevalenza di consumatori a rischio inferiore al valore nazionale sono state, per entrambi i generi, come l'anno precedente, la Sicilia (M=13,9%; F=4,5%) e la

Campania (M=17,1%; F=6,6%), oltre al Lazio (20,2%) e alla Puglia (20,5%) per i soli uomini e alla Basilicata (6,5%) e alla Calabria (4,7%) per le sole donne. Valori superiori al dato nazionale, invece, sono stati rilevati, per entrambi i generi, nella PA di Bolzano (M=38,6%; F=16,6%) e in Friuli Venezia Giulia (M=32,8%; F=13,2%), a cui si aggiungono per i soli uomini il Molise (29,3%), la PA di Trento (31,4%), la Sardegna (32,0%) e la Valle d'Aosta (34,3%) e per le sole donne la Lombardia (11,4%), la Liguria (12,3%), la Valle d'Aosta (15,6%) e l'Emilia-Romagna (13,7%).

Considerando i giovani (11-17 anni) consumatori a rischio va rilevato per la Campania un aumento notevole per entrambi i sessi, +78,2% rispetto al 2015.

Costante il numero degli italiani fumatori – Rispetto agli anni precedenti in cui si registrava un calo (nel 2010 fumava il 22,8% degli over-14, nel 2011 il 22,3%, nel 2012 il 21,9% e nel 2013 il 20,9%), l'ultima edizione del Rapporto evidenzia un assestamento della quota dei fumatori.

Sono circa 10 milioni e 430 mila i fumatori in Italia nel 2016 (nel 2015 erano 10 milioni e 300 mila), poco più di 6 milioni e 300 mila uomini e poco più di 4 milioni e 100 mila donne. Si tratta del 19,8% della popolazione di 14 anni e oltre. Il numero di coloro che fumano è rimasto pressoché costante a partire dal 2014. Il numero medio di sigarette fumate al giorno continua a diminuire in un trend continuo dal 2001, da una media di 14,7 sigarette nel 2001 a 11,5 del 2016, una variazione che conferma la tendenza alla riduzione di tale abitudine. Rispetto al 2015 vi è una sostanziale stabilità; infatti, si è passati da 11,6 sigarette fumate in media al giorno a 11,5 sigarette nel 2016.

La più alta prevalenza di fumatori si continua a registrare in Campania (23,4% della popolazione di 14 anni e oltre), seguita dall'Umbria (22,8%) e dalla Basilicata (21,5%). La Calabria, invece, registra la più bassa prevalenza di fumatori di sigarette (15,9%), seguita dal Veneto (16,2%). Rispetto alla tipologia comunale, definita sia in termini di ampiezza demografica che in base all'appartenenza al centro o alla periferia di una area metropolitana, si evidenzia una percentuale superiore di fumatori nei Comuni grandi, sia del centro che della periferia dell'area metropolitana (rispettivamente, 21,2% e 22,4%) .

Lo studio della prevalenza di coloro che smettono di fumare, gli ex-fumatori, evidenzia una certa stabilità in quanto, nel 2016, presenta un valore di 22,6% vs 22,8% del 2015. La stabilità sia della prevalenza dei fumatori che di quella degli ex-fumatori sembra indicare che, in Italia, le politiche sanitarie messe in campo per la lotta al fumo stanno dando i loro frutti da qualche anno, ma non riescono a determinare ulteriori diminuzioni.

La prevalenza maggiore di ex-fumatori nel 2016, analogamente a quanto è accaduto nel 2015, si evidenzia in Emilia-Romagna, capofila tra le regioni con il 27,1% della popolazione di 14 anni ed oltre che si dichiara ex-fumatore. In generale, analizzando le regioni in termini di ripartizioni a cinque, sono le regioni del Nord-Est quelle con la più alta prevalenza di ex-fumatori (26,0%), mentre le regioni del Sud quelle in cui la prevalenza è più bassa (18,0%). Rimane molto elevata la differenza tra uomini e donne.

Fumano sempre più gli uomini delle donne: Nel 2016, si mantiene la differenza evidenziata negli anni precedenti di quasi 10 punti percentuali: 15,1% di donne di 14 anni e oltre dichiara di fumare sigarette vs 24,8% di uomini di pari età. Differenze ancora più marcate si registrano tra gli ex-fumatori: 29,0% tra gli uomini over 14 anni vs 16,6% delle donne.

Vizio duro a morire tra i giovani: Le fasce di età che risultano molto critiche, con differenze rispetto al valore medio maggiore, per gli uomini sono, nel 2016, quella dei giovani tra i 25-34 anni e i 35-44 anni in cui, rispettivamente, il 33,5% e il 32,2% degli over 14 anni si dichiarano fumatori e

le classi di età 20-24 anni e 55-59 anni per le donne per le quali il 19,9% e il 20,4% si dichiarano fumatrici.

I più accaniti sono gli individui over-60 - In merito al numero medio di sigarette fumate al giorno, i più accaniti fumatori sono gli uomini rispetto alle donne (12,5 vs 9,9 sigarette). Gli uomini nella classe di età 55-59 rappresentano i fumatori più “forti”, 14,4 sigarette in media, mentre per le donne è la classe tra i 60-64 anni quella in cui fumano di più (11,3 sigarette).

“In Italia - sottolinea il dottor Solipaca - dopo una sensibile riduzione del numero dei fumatori avvenuta nel periodo sopra indicato, si è entrati in una fase di stallo, nella quale la prevalenza dei fumatori è rimasta stabile. Sarebbero auspicabili ulteriori azioni, scoraggiando, per esempio, il consumo di tabacco con l'aumento del costo dei pacchetti, così come hanno già fatto altri Paesi”.

Nel 2016, in Italia, il costo medio di un pacchetto di sigarette del brand più venduto a parità di potere d'acquisto era 5,62€, contro i 10,07€ della Norvegia o 10,26€ dell'Irlanda.

CRONICITÀ

Aumento delle malattie croniche - La dimensione della cronicità è in costante e progressiva crescita (secondo dati Istat nel 2013 circa il 38% dei residenti in Italia dichiarava di essere affetto da almeno una delle principali patologie croniche, nel 2016 tale quota sale al 39,1%), con conseguente impegno di risorse sanitarie, economiche e sociali. L'aumento di questo fenomeno è connesso a differenti fattori, che vanno dal miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie, economiche e sociali, all'innalzamento dell'età media, alle conoscenze sull'impatto degli stili di vita e dell'ambiente sulla salute e alla disponibilità di nuove terapie farmacologiche.

IPERTENSIONE - Nel 2016, sono stati registrati 315.630 soggetti adulti con diagnosi di ipertensione arteriosa in carico agli 800 MMG del network Health Search (HS), per una prevalenza di patologia pari al 30,4%. Tale stima di prevalenza presenta un trend crescente nel periodo 2012-2016, variando dal 28,0% del 2012 al 30,4% del 2016. Le stime di prevalenza sono risultate maggiori nelle donne rispetto agli uomini (31,3% vs 29,4% nel 2016).

La prevalenza di ipertensione aumenta all'aumentare dell'età e raggiunge il picco massimo tra i soggetti di 85-89 anni (79,5% nel 2016). Nel 2016, l'analisi geografica della prevalenza di patologia evidenzia che le regioni con una prevalenza superiore al dato nazionale sono la Liguria (33,0%), la Campania (32,8%), la Calabria e l'Emilia-Romagna (entrambe 32,4%), la Sicilia (31,8%), l'Abruzzo/Molise e la Puglia (entrambe 31,1%).

I soggetti con ipertensione arteriosa hanno assorbito nel 2016 il 68,2% di tutte le prescrizioni farmaceutiche a carico del SSN; inoltre, questi pazienti hanno pesato per il 52,2% delle richieste di visite specialistiche, per il 51,7% degli accertamenti generando il 59,7% dei contatti con il MMG. Osservando l'assorbimento di queste prestazioni a livello regionale in Campania, Puglia, Calabria, Sicilia e Liguria l'assorbimento di tutte le prestazioni analizzate è risultato superiore al dato registrato a livello nazionale.

DIABETE - Nel 2016, 83.238 pazienti risultavano affetti da diabete mellito tipo 2, con una prevalenza di patologia pari all'8,0%. La prevalenza di diabete mellito tipo 2 risulta leggermente in crescita dal 2012 (7,5%) al 2016 (8,0%), con valori sempre maggiori negli uomini rispetto alle donne (8,7% vs 7,3% nel 2016). L'analisi della prevalenza per classi di età mostra un trend crescente al crescere dell'età, con un picco nella classe 80-84 anni (23,6%) (Grafico 10). Osservando l'analisi per singole regioni, emerge un gradiente geografico della prevalenza di questa patologia, con un aumento progressivo delle stime andando dal Nord verso il Meridione. Le regioni

con una prevalenza superiore al dato nazionale sono: Calabria (9,9%), Sicilia (9,6%), Puglia, Abruzzo/Molise e Lazio (8,7%), Campania (8,5%) e Basilicata (8,2%).

I pazienti presenti in HS e affetti da diabete mellito tipo 2 hanno pesato per il 24,7% delle prescrizioni a carico del SSN, per il 18,5% delle richieste di visite specialistiche, per il 18,2% degli accertamenti e per il 20,4% dei contatti con il MMG. L'analisi per singola regione evidenzia come questi assorbimenti siano più rilevanti tra le regioni del Meridione e, in particolare, per Campania, Puglia, Calabria e Sicilia.

OSTEOARTROSI - Nel 2016, i pazienti con diagnosi di osteoartrosi sono stati 186.624, pari a una prevalenza di malattia del 18,0%. La prevalenza di osteoartrosi è cresciuta dal 2012 (17,0%) al 2016 (18,0%). Le donne hanno fatto registrare valori nettamente più elevati rispetto agli uomini (22,2% vs 13,5% nel 2016). L'analisi per fasce di età mostra come la prevalenza di osteoartrosi cresca al crescere dell'età, con il picco massimo di prevalenza tra gli 85-89 anni (56,5%). Osservando l'analisi per regioni si notano differenze geografiche nelle stime di prevalenza, con valori più elevati soprattutto tra le regioni meridionali rispetto a quelle del Nord. Le regioni con valori al di sopra di quello nazionale sono: Campania (28,2%), Emilia-Romagna (21,1%), Basilicata (20,7%), Sicilia (20,5%), Liguria (19,3%) e Lazio (18,3%).

Nel 2016, questi pazienti hanno pesato per il 40,7% delle prescrizioni farmaceutiche a carico del SSN, per il 35,0% delle richieste di visite specialistiche, per il 32,0% degli accertamenti e per il 37,1% dei contatti con il MMG. L'Emilia-Romagna e tutte le regioni del Meridione hanno fatto registrare valori superiori al dato nazionale per tutte le prestazioni analizzate.

DISTURBI TIROIDEI - Nel 2016, i soggetti adulti affetti da disturbi tiroidei (con l'eccezione dei tumori tiroidei) sono stati 159.508, per una prevalenza del 15,3%. Tale stima di prevalenza risulta in aumento dal 2012 (12,5%) al 2016 (15,3%), con valori nettamente più elevati nella popolazione femminile rispetto a quella maschile (23,7% vs 6,5% nel 2016). L'analisi per fasce di età evidenzia come la prevalenza dei disturbi tiroidei aumenti fino ai 70-74 anni (23,6%), per poi diminuire nelle classi di età successive. A livello regionale si nota che le regioni con un dato sensibilmente superiore al valore nazionale sono: Campania (21,3%), Basilicata (20,5%), Lazio (19,3%), Emilia-Romagna (18,9%) e Calabria (18,0%). I pazienti affetti da disturbi tiroidei (con esclusione dei tumori tiroidei), nel 2016, è stato pari al 26,5% delle prescrizioni farmaceutiche a carico del SSN, al 27,1% delle richieste di visite specialistiche, al 26,7% degli accertamenti e al 26,5% dei contatti con il MMG. Le regioni con valori di tutte le prestazioni più elevati rispetto al dato nazionale sono: Lazio, Campania, Calabria, Basilicata, Emilia-Romagna e Sardegna.

Nel 2016, questi pazienti hanno pesato per il 26,5% delle prescrizioni farmaceutiche a carico del SSN, al 27,1% delle richieste di visite specialistiche, al 26,7% degli accertamenti e al 26,5% dei contatti con il MMG. Le regioni con valori di tutte le prestazioni più elevati rispetto al dato nazionale sono: Lazio, Campania, Calabria, Basilicata, Emilia-Romagna e Sardegna.

Il numero di soggetti con più di una **condizione cronica (multicronicità)** sta aumentando con l'incremento dell'età della popolazione ed è un fenomeno dilagante tra i pazienti di 65 anni e oltre. Il progressivo aumento del numero concomitante di patologie croniche si accompagna a un incremento del rischio di mortalità, ospedalizzazione, terapia farmacologica inappropriata, reazioni avverse ai farmaci, duplicazione degli accertamenti e consigli medici contrastanti. A ciò va aggiunto anche che i quadri clinici di multicronicità sono spesso complicati dalla presenza di

disturbi cognitivi, dalla presenza di disabilità e di tutte quelle condizioni che determinano la fragilità del soggetto anziano. Il fenomeno della multicronicità è, inevitabilmente, associato a un aumento delle risorse economiche necessarie per gestire tale livello di complessità.

La prevalenza di pazienti con multicronicità risulta in crescita dal 2012 (22,4%) al 2016 (25,1%). Tale prevalenza è più elevata nel genere femminile rispetto a quello maschile in tutti gli anni considerati e, nel 2016, è pari al 28,7% tra le donne e al 21,3% tra gli uomini.

La combinazione di patologie croniche più frequente, nel 2016, tra i soggetti con due patologie concomitanti è stata ipertensione e osteoartrite (30,0%), seguita da ipertensione e disturbi tiroidei (14,6%) e da diabete tipo 2 e ipertensione (11,6%). Nel gruppo di pazienti con tre patologie concomitanti la combinazione più frequente è stata ipertensione, osteoartrite e disturbi tiroidei (18,9%), a cui si aggiunge l'ipertensione nei soggetti con quattro patologie. Nel complesso, il 70,7% dei pazienti con almeno due patologie croniche concomitanti risulta essere in politerapia farmacologica, ossia con cinque o più farmaci differenti. Tale quota è anche più elevata in alcune regioni, in particolare, Puglia (77,0%), Marche (76,8%), Umbria (76,6%), Toscana (74,4%), Abruzzo/Molise e Sardegna (entrambe 75,0%). Osservando il tasso di pazienti presenti in politerapia farmacologica in funzione del numero di patologie croniche concomitanti, si nota come questo aumenti all'aumentare del numero di patologie concomitanti, andando dal 61,7% dei pazienti con due patologie fino al 100% dei pazienti con tutte le nove patologie croniche presenti contemporaneamente. Infine, i pazienti con multicronicità, nel 2016, hanno generato il 56,2% dei contatti con il MMG a livello nazionale, con stime più elevate nelle regioni del Meridione e, in particolare, in Campania (68,2%), Sicilia (64,0%) e Calabria (62,3%).

SALUTE MENTALE

Continuano a diminuire i ricoveri per disturbi psichici – L'esame dell'andamento temporale dell'indicatore negli anni 2001-2015, mostra un trend in costante ma lieve decremento, per entrambi i generi, maggiormente accentuato nella fascia di età più avanzata. Si registrano tassi più elevati per i soggetti ultra 75enni in tutti gli anni presi in considerazione.

Il tasso standardizzato totale di dimissioni ospedaliere con diagnosi principale o secondaria di disturbo psichico, nel periodo 2001-2014, mostra una considerevole flessione, che si accentua a partire dall'anno 2005, fino a raggiungere il valore più basso (48,9 per 10.000 vs 71,5 per 10.000 nel 2001) nell'ultimo anno di rilevazione (2015). I dati confermano la tendenza verso una positiva riduzione dei ricoveri, in particolar modo a partire dal 2005 in avanti.

Antidepressivi, continua la crescita dei consumi – I consumi sono pari a 39,87 Dosi Definite Giornaliere-DDD/1.000 ab die nel 2016 (erano 39,6 l'anno precedente).

Si noti che, dopo l'aumento costante registrato nel decennio 2001-2011, il volume prescrittivo sembrava aver raggiunto nel 2012 una fase di stabilità (38,50 DDD/1.000 ab die nel 2011; 38,60 DDD/1.000 ab die nel 2012), mentre, in realtà, nel quadriennio successivo si è registrato un nuovo incremento (39,10 DDD/1.000 ab die nel 2013; 39,30 DDD/1.000 ab die nel 2014; 39,60 DDD/1.000 ab die nel 2015; 39,87 DDD/1.000 ab die nel 2016).

Il trend in aumento può essere attribuibile a diversi fattori tra i quali, ad esempio, l'arricchimento della classe farmacologica di nuovi principi attivi utilizzati anche per il controllo di disturbi psichiatrici non strettamente depressivi (come i disturbi di ansia), la riduzione della stigmatizzazione delle problematiche depressive e l'aumento dell'attenzione del Medico di Medicina Generale nei confronti della patologia.

I consumi di farmaci antidepressivi più elevati per l'ultimo anno di riferimento (2016) si sono registrati in Toscana (60,96), PA di Bolzano (53,63), Liguria (53,09) e Umbria (52,06), mentre le regioni del Sud e le Isole presentano i valori più bassi (in particolare, Campania (30,59), Puglia (31,33), Basilicata (31,42), Sicilia (31,58) e Molise (31,95).

Pressoché stabile il dato sui suicidi – Nel biennio 2013-2014, si sono tolte la vita 8.216 persone e, tra queste, gli uomini rappresentano il 77,4%. Il tasso medio annuo di mortalità per suicidio è stato pari a 7,88 (per 100.000) residenti di età ≥ 15 anni. Nel biennio precedente il tasso medio annuo di mortalità per suicidio è stato pari a 8,06 (per 100.000) residenti di 15 anni e oltre. Nel biennio 2008-2009, il tasso medio annuo di mortalità per suicidio era pari a 7,23 per 100.000 residenti. Nel biennio successivo, 2009-2010, era 7,21. Nel biennio 2011-2012, il tasso annuo di mortalità per suicidio è stato pari a 7,99 (per 100.000).

Il tasso standardizzato di mortalità per suicidio è pari a 13,11 (per 100.000) per gli uomini e a 3,37 (per 100.000) per le donne.

DENTRO OSSERVASALUTE LA FOTOGRAFIA DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Sale la spesa sanitaria pubblica pro capite, ma resta più bassa che in altri paesi – Su base nazionale, la spesa sanitaria pubblica pro capite è aumentata dello 0,38% tra il 2015 e il 2016, attestandosi a 1.845€. Ha, quindi, proseguito la leggera crescita registrata nel 2015, riportandosi ai livelli del 2012.

La spesa sanitaria pubblica pro capite italiana resta, comunque, tra le più basse dei Paesi dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE). Per il periodo 2010-2016, inoltre, il suo tasso medio composto annuo di variazione resta negativo e pari a -0,13%. Coerentemente, anche il rapporto spesa pubblica/PIL è rimasto pressoché stabile (6,79% nel 2015).

La spesa varia fra 2.285€ della PA di Bolzano a 1.738€ della Sicilia e si registra un gradiente Nord-Sud e Isole.

Spesa privata dei cittadini – Diverso, e quasi complementare, è il comportamento della spesa sanitaria privata pro capite rispetto a quello della spesa pubblica.

A livello nazionale la spesa privata raggiunge, nel 2015, la quota di 588,10€ con un trend crescente dal 2002 a un tasso annuo medio dell'1,8%.

Tutte le regioni registrano un tasso medio di crescita che oscilla dallo 0,6% delle Lombardia al 3,7% della Basilicata. Nel 2015, e in valori assoluti, la spesa privata pro capite più alta si registra in Valle d'Aosta con 948,72€ e la più bassa in Sicilia con 414,40€. Se si effettua una analisi comparativa dell'andamento della spesa sanitaria pubblica e privata pro capite si nota che la seconda non accenna a diminuire né a livello nazionale né regionale, mentre la spesa sanitaria pubblica pro capite ha un andamento incostante sia a livello nazionale che regionale, senza denunciare un chiaro e costante andamento nel tempo.

Allo stato attuale, in Italia la spesa sanitaria pro capite è ancora composta per circa i tre quarti dalla spesa pubblica, collocando il nostro Paese in linea con gli altri Paesi dell'Unione Europea che hanno adottato un sistema di finanziamento prettamente a carico dello Stato.

Continua a essere ridotta la spesa per il personale sanitario - L'incidenza della spesa per personale dipendente del SSN sulla spesa sanitaria totale si è ridotta di 1,1 punti percentuali tra il 2012 e il 2015, passando dal 32,2% al 31,1%; si conferma il trend già osservato a partire dal 2010. L'analisi dei dati relativi alla spesa per il personale, rapportata alla popolazione residente nel periodo 2012-2015, mostra una diminuzione del 5,4%, passando da un valore di 601,7€ a un valore di 569,2€; si conferma il trend già osservato a partire dal 2010.

Il contenimento della spesa si è registrato, prevalentemente, nelle regioni sottoposte a Piano di Rientro (Campania, Calabria, Sicilia, Lazio e Puglia) e in 3 regioni/PA del Nord (PA di Bolzano,

Lombardia e Liguria). In questo gruppo di regioni, tuttavia, la situazione non è omogenea. Infatti, 4 regioni (Lazio, Campania, Lombardia e Puglia) presentano nel quadriennio di riferimento valori inferiori al dato nazionale, mentre le altre 4 presentano valori costantemente superiori al dato nazionale.

La diminuzione della spesa è sostanzialmente il risultato delle politiche di blocco del *turnover* attuate dalle regioni sotto Piano di Rientro e delle misure di contenimento della spesa per il personale, portate avanti autonomamente anche dalle altre regioni.

Si riduce il personale medico e infermieristico – A livello nazionale il numero di medici e odontoiatri del SSN si è ridotto in modo costante tra il 2012 e il 2015, passando da 109.151 unità nel 2012 a 105.526 unità nel 2015 (-3,3%). Il medesimo trend si riscontra, seppur in maniera più accentuata, se si rapporta il numero di medici e odontoiatri del SSN alla popolazione; infatti, in questo caso la riduzione del numero di unità è del 5,4%.

Anche per quanto riguarda il personale infermieristico, si riscontra a livello nazionale una riduzione costante, ma meno marcata (-2,1%), del numero di unità (Tabella 3), che passano da 271.939 nel 2012 a 266.330 nel 2015.

Performance del sistema sanitario - L'analisi delle performance del nostro Servizio sanitario mette in evidenza che, nonostante la spesa sanitaria pubblica pro capite sia cresciuta meno rispetto agli anni precedenti ed è in flessione dal 2012, il punteggio del monitoraggio dei LEA (che costituisce un indicatore della capacità dei SSR di erogare le prestazioni previste ai propri residenti; le prestazioni contenute nei LEA devono essere garantite dal SSR) è in costante crescita in quasi tutte le regioni; la percentuale di persone che dichiarano di aver rinunciato alle cure è stabile (nel 2015 è il 7,89% dei pazienti in media, l'82,5% dei quali lo fa per motivi economici, mentre il 7,8% per le liste d'attesa). All'interno di questa quota, cresce in un anno (2014-15) del 4,8% la proporzione di coloro che rinunciano per motivi economici, mentre diminuisce del 2,2% la quota di coloro che rinunciano a causa delle file di attesa. La stabilità del dato nazionale rivela delle importanti differenze tra le regioni con quelle del Centro-Nord in flessione e quelle del Sud e Isole in forte crescita. Si tratta, comunque, della rinuncia a una prestazione sanitaria ritenuta necessaria che non può essere interpretata come rinuncia alle cure *tout court*. **La spesa out of pocket (da parte dei cittadini) nel periodo in studio è aumentata, mediamente, di circa l'8,3% (2012-2016) ma in maniera disuguale nel Paese. L'aumento è stato elevato nelle regioni del Nord, nel Centro i valori di tale spesa sono stati costanti, mentre sono diminuiti nelle regioni meridionali.** Il picco dell'aumento si è avuto negli anni 2011-2012, dopodiché i valori si sono stabilizzati al Nord e calati nel Centro e nel Sud e Isole. La mobilità sanitaria vede una situazione di debito delle regioni meridionali a favore di quelle del Nord, con l'eccezione del Piemonte e della Liguria, che nel tempo tendono a mostrare saldi negativi, e del Molise che, invece, mostra netti saldi positivi.

Il decennio appena trascorso ha confermato una situazione da tempo nota e tollerata: il

profondo divario fra Nord e Meridione sia nelle dimensioni della performance indagate che nella qualità della spesa pubblica e, nello specifico, di quella sanitaria. La progressiva attenzione al rientro dagli eccessi di spesa e alla copertura dei disavanzi pregressi, peraltro, non è stata accompagnata da una analoga attenzione al superamento delle diseguaglianze in termini di assistenza garantita. Le fonti pubbliche coprono circa il 95% della spesa ospedaliera, ma solo circa il 60% della spesa per prestazioni ambulatoriali e circa il 65% delle spese di assistenza di lungo termine (*Long Term Care-LTC*) nelle strutture residenziali. Sono dedicate a prestazioni ambulatoriali e *LTC* i circa 35 miliardi di euro di spesa sanitaria privata, corrispondente a circa il 23% della spesa sanitaria complessiva, di cui solo una piccola parte è mediata dai fondi assicurativi, mentre la gran parte è a carico diretto delle famiglie. Nel decennio 2005-2015 si è osservato un netto incremento della spesa privata (+23,2%, da 477,3 euro pro capite a 588,1), soprattutto nelle regioni del Nord. Tali regioni si contraddistinguono per alti livelli di spesa pubblica pro capite, buoni livelli di erogazione dei LEA e quote basse di persone che rinunciano alle cure.

“Tale evidenza può essere interpretata”, sottolinea il dott. Solipaca, “come il risultato di scelte individuali di cittadini che, avendo la possibilità economica, preferiscono rivolgersi al settore privato, ottenendo un servizio più tempestivo o di migliore qualità. D’altra parte non va dimenticato che spesso la compartecipazione alla spesa richiesta dal settore pubblico è confrontabile con la tariffa del privato”. Si osserva che a guidare la classifica delle regioni con la spesa privata pro capite più alta troviamo la Lombardia (608€), l’Emilia-Romagna (581€) e il Friuli Venezia Giulia (551€), che vantano anche strutture sanitarie pubbliche con standard qualitativi più elevati rispetto alle altre regioni. Calabria (274€), Campania (263€) e Sicilia (245€) chiudono questa graduatoria, che appare invariata in tutto il periodo di osservazione. **Confrontando la situazione italiana con il contesto europeo, l’Italia è 13/ima in termini di quota di spesa out of pocket (di poco superiore alla media dell’Unione Europea-UE) e 7/a con la quota più alta di persone che dichiarano di aver rinunciato a una prestazione sanitaria di cui avevano bisogno, quasi il doppio della media dell’UE.**

Se nel Meridione i consumi *out of pocket* delle famiglie sono bassi, di contro la quota di persone che dichiarano di non aver soldi per pagarsi le cure è assai elevata. Si tratta di una persona su cinque, quattro volte la percentuale osservata nelle regioni settentrionali. Gli esiti di salute, in particolare la mortalità prevenibile attraverso adeguati interventi di Sanità Pubblica, sono drammaticamente più elevati nelle regioni meridionali. La Campania, e in particolare la Calabria, sono le regioni che nel quadro complessivo delineato dagli indicatori selezionati mostrano il profilo peggiore.

Un’analisi su più parametri, ha permesso di delineare il quadro della *performance* dei SSR e della dinamica osservabile nel periodo in studio, dal 2008 al 2015. La proiezione delle regioni sul piano delinea quattro gruppi di regioni: quelle a bassa *performance* (Campania, Sardegna, Sicilia in miglioramento, Calabria e Puglia) quelle a media *performance* (Basilicata in miglioramento, Molise in peggioramento, Abruzzo e Lazio), quelle con buona *performance* e alta spesa (Valle d’Aosta, Trentino-Alto Adige, Piemonte e Liguria in peggioramento) e quelle ad alta *performance* (Umbria in peggioramento, Marche, Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana, Veneto e Friuli Venezia Giulia). Il quadro nazionale della *performance* in sanità rileva situazioni di buona copertura dei sistemi sanitari nelle regioni del Centro-Nord, mentre per il Meridione appare urgente un forte intervento in grado di evitare discriminazioni sul piano dell’accesso alle cure e dell’efficienza del sistema.

UNA CONCLUSIONE

“Per concludere”, dichiara il prof. Walter Ricciardi, “è evidente il fallimento del Servizio Sanitario Nazionale, anche nella sua ultima versione federalista, nel ridurre le differenze di spesa e della *performance* fra le regioni. Rimane aperto e sempre più urgente il dibattito sul ‘segno’ di tali differenze. Si tratta di differenze inique perché non ‘naturali’, ma frutto di scelte politiche e gestionali.

È auspicabile che si intervenga al più presto partendo da un riequilibrio del riparto del Fondo Sanitario Nazionale, non basato sui bisogni teorici desumibili solo dalla struttura demografica delle Regioni, ma sui reali bisogni di salute, così come è urgente un recupero di qualità gestionale e operativa del sistema, troppo deficitarie nelle regioni del Mezzogiorno, come ampiamente evidenziato nel nuovo Rapporto Osservasalute”.