Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:44 Pagina 1

Rapporto Osservasalute 2023

Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

VIHTALI
Value In Health Technology and Academy for Leadership & Innovation

SPIN OFF DELLA UNIVERSITÀ CATTOLICA DEL SACRO CUORE

Questo Rapporto è stato realizzato grazie anche al supporto e contributo non condizionato di:

Fondazione MSD

Unipol GRUPPO

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:44 Pagina 2

© COPYRIGHT 2024

www.com4pub.com
Via Bogliasco 38
060165 Roma RM
tel. 3297836557
E-mail: mail.comsrl@gmail.com
Partita IVA 12143441009

Edizione Italiana
© 2024

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

ISBN 979-12-8104-819-5

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:44 Pagina 3

INDICE

Premessa V

Organigramma VII

Elenco delle abbreviazioni XIII

PARTE PRIMA
Salute e bisogni della popolazione

Contesto demografico

Popolazione 1

Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione

Fumo, alcol, alimentazione, eccesso ponderale e prevenzione 19

Incidenti 83

Ambiente 107

Condizioni di salute

Sopravvivenza e mortalità per causa 125

Impatto epidemiologico delle cronicità in Medicina Generale 151

Malattie cardio e cerebrovascolari 185

Malattie metaboliche 213

Malattie infettive 229

Malattie oncologiche 251

Disabilità 253

Salute mentale 273

Salute materno-infantile 307

Salute della popolazione straniera 357

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:44 Pagina 4

Parte Seconda
Servizi Sanitari Regionali e qualità dei servizi

Servizi Sanitari Regionali: spesa, attività e qualità dei servizi

Assetto economico-finanziario 417

Assetto istituzionale-organizzativo 433

Assistenza territoriale 451

Assistenza farmaceutica territoriale 483

Assistenza ospedaliera 493

Mortalità riconducibile ai servizi sanitari 537

La sanità italiana nel confronto europeo 539

Vigilanza sui dispositivi medici 573

Approfondimenti (*www.osservatoriosullasalute.it*) 585

Elenco Tabelle (*www.osservatoriosullasalute.it*) 587

Appendice

Sopravvivenza e mortalità per causa 599

Assistenza ospedaliera 611

Autori 637

Indice Generale 645

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:44 Pagina 5

Premessa

La Sanità Pubblica italiana vive un momento particolare, nel quale da una parte promuove una forte spinta innovativa, sia organizzativa, la riforma dell'assistenza territoriale, sia di processo, la promozione della sanità digitale sull'impulso derivante dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Sperimenta, dall'altra parte, uno dei periodi peggiori dal punto di vista delle risorse economiche e dell'accessibilità del Servizio sanitario Nazionale (SSN).

La riforma dell'Assistenza territoriale, finanziata in massima parte dalle risorse messe a disposizione dal PNRR, rappresenta potenzialmente un passo avanti per la Sanità Pubblica, perché dovrebbe attuare un sistema virtuoso e complesso di offerta di salute, caratterizzato dal coinvolgimento della persona assistita, degli *stakeholder* comunitari e dei diversi attori coinvolti nei vari *setting* assistenziali, con la finalità di prendere in carico i singoli individui e la comunità in cui vivono.

La sanità digitale è un'opportunità da non perdere, il settore deve mettersi al passo con l'innovazione tecnologica per assicurare sempre maggiore efficacia delle cure, recupero di efficienza e miglioramento dell'accessibilità. Il processo è complesso, perché presuppone una forte iniezione di risorse, il finanziamento previsto dal PNRR non potrà sostenere nel medio lungo termine il mantenimento del parco tecnologico e delle infrastrutture necessarie. D'altra parte, la digitalizzazione consentirà la circolazione delle informazioni e permetterà la cura a distanza dei pazienti, con evidenti vantaggi di qualità, tempestività e accessibilità dell'assistenza.

I fattori di criticità sono legati alla scarsità delle risorse che si è andata aggravando nel corso degli anni e che inizia a prospettare una diminuzione della capacità di assistenza del SSN.

La spesa sanitaria pubblica corrente nel 2023 si attesta a 131 miliardi di €, stesso ammontare del 2022, a fronte di un aumento del Prodotto Interno Lordo del 6,2%, come a dire che l'allocazione della ricchezza nazionale non privilegia la Sanità Pubblica. Il dato è ancora più allarmante se consideriamo la variazione in termini reali, cioè depurata dall'aumento dei prezzi, infatti la spesa a prezzi costanti nel 2023 è diminuita del 2,9% rispetto all'anno precedente. Le Regioni faticano a mantenere il pareggio di bilancio e il disavanzo torna a crescere, 1,4 miliardi di €, attestandosi ai valori osservati nei periodi in cui si registravano forti disavanzi.

Le risorse di personale restano sostanzialmente invariate dal 2000, le variazioni medie osservate in un ventennio non arrivano all'1%, tuttavia il dato allarmante riguarda la quota elevata di personale medico e infermieristico con un'età avanzata: tra gli infermieri il 40,5% ha un'età compresa tra i 50-59 anni, nella stessa fascia di età sono il 26,6% tra i medici. Ancora più elevata la quota di "anziani" tra i Medici di Medicina Generale: ben l'81,3% ha un'età superiore a 55 anni.

La carenza di risorse si riflette sull'accessibilità e la qualità dell'assistenza, i dati sui tempi di attesa per gli interventi urgenti di chirurgia all'anca, angioplastica coronarica e per il bypass aortocoronarico (quelli da eseguire entro 30 gg) evidenziano un peggioramento nel 2022 rispetto all'anno precedente.

Ancora elevata e in crescita la mobilità interregionale che evidenzia ancora una volta uno squilibrio tra Centro-Nord e Meridione.

Il Rapporto risulta così strutturato:

- **112 *Core indicators***, con cui vengono descritti gli aspetti essenziali della salute degli italiani e dei servizi sanitari di tutte le regioni del nostro Paese, anche con l'ausilio di grafici, tabelle e cartogrammi;
- **15 *Box***, focalizzati su esperienze innovative sperimentate in alcune singole realtà;
- **2 Approfondimenti**, in cui alcuni problemi prioritari vengono analizzati per prospettare possibili soluzioni e che sono pubblicati sul sito *www.osservatoriosullasalute.it*;
- **242 Autori**, esperti di Sanità Pubblica, clinici, demografi, epidemiologi, matematici, statistici ed economisti;
- **248 Tabelle**, scaricabili in formato excel sul sito *www.osservatoriosullasalute.it*.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:44 Pagina 6

Raccomandazioni

In estrema sintesi, il Rapporto Osservasalute fotografa il SSN da diversi punti di vista, dai quali si osservano pochi progressi e tanti punti di criticità.

L'aumento delle persone anziane è destinato ad aumentare la pressione sulle strutture sanitarie e non si osservano sostanziali progressi in termini di stili di vita e prevenzione. L'equità e la qualità dell'assistenza sono il solito punto critico del sistema, i divari tra Nord e Sud sono sempre evidenti e non migliora la tempestività delle cure.

Nonostante le criticità, dal confronto con gli altri Paesi europei, si osservano *performance* migliori in termini di efficacia delle cure, come dimostra la graduatoria relativa alla mortalità evitabile, nella quale il nostro Paese si colloca al terzo posto.

La sfida che ci aspetta per il futuro è quella di non dissipare quanto di buono è stato fatto dalla Sanità Pubblica, cogliendo le occasioni che offrono i finanziamenti previsti dal PNRR per riorganizzare l'assistenza territoriale e introdurre la digitalizzazione nel settore della sanità. Si potrebbe trattare dell'ultima occasione per rilanciare il nostro SSN.

In generale, l'approccio che si suggerisce ai *decision makers* è di considerare la salute come benessere e non come assenza di malattia, investire tanto nell'area della prevenzione e della promozione della salute, quanto in quella della cura e della riabilitazione. Infine, si sollecita un forte impegno per contrastare ogni diseguaglianza nell'accesso alle cure, garantendo contestualmente la qualità e la tempestività dell'assistenza.

Dott. Alessandro Solipaca
Direttore Scientifico
Osservatorio Nazionale sulla Salute
nelle Regioni Italiane

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

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:44 Pagina 7

Organigramma

Coordinatori scientifici

Prof. Walter Ricciardi, Direttore, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott. Alessandro Solipaca, Direttore Scientifico, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Coordinamento redazionale, videoimpaginazione e *web content editor* (*www.osservatoriosullasalute.it*)

Dott.ssa Tiziana Sabetta, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Data Manager e responsabile revisione dati

Dott.ssa Tiziana Sabetta, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Collaboratori

Leonardo Villani, Responsabile Coordinamento Collaboratori, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott.ssa Ada Maida, Coordinamento Collaboratori, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott.ssa Anna Scardigno, Coordinamento Collaboratori, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma*Dott.*
Dott. Andrea Zaino, Coordinamento Collaboratori, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott. Michele Bonacquisti, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott. Emanuele Capogna, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott.ssa Sara Farina, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott. Gianluca Fevola, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott.ssa Giorgia Gabrielli, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott. Giuseppe Greco, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott.ssa Alessandra Maio, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott.ssa Federica Rizzo, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane,

Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott.ssa Chiara Scarfagna, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Scientific Executive Board

Prof. Eugenio Anessi Pessina, Facoltà di Economia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano - Direttore Centro Studi e Ricerche in Management Sanitario, Milano
Dott.ssa Alessandra Battisti, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Dott.ssa Alessandra Burgio, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Prof.ssa Flavia Carle, Centro di Epidemiologia Biostatistica e Informatica Medica, Università Politecnica delle Marche, Ancona
Prof. Americo Cicchetti, Direttore Generale della Programmazione Sanitaria, Ministero della Salute
Dott. Claudio Cricelli, Health Search, Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie, Firenze
Prof. Gianfranco Damiani, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Prof.ssa Viviana Egidi, "Sapienza" Università di Roma
Dott.ssa Lucia Lispi, Direzione Generale dei dispositivi medici e del servizio farmaceutico, Ministero della Salute, Roma
Dott.ssa Marzia Loghi, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Dott. Aldo Rosano, Istituto Nazionale per l'Analisi delle Politiche Pubbliche, Roma
Dott. Alessandro Solipaca, Direttore Scientifico, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Peer review committee

Dott. Giovanni Baglio, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, Roma
Dott.ssa Silvia Bruzzone, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Dott.ssa Alessandra Burgio, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Prof. Marcantonio Caltabiano, Facoltà di Scienze Politiche, Università degli Studi di Messina
Prof.ssa Viviana Egidi, "Sapienza" Università di Roma
Dott. Roberto Gnavi, Servizio Sovrazonale di Epidemiologia, ASL 3, Regione Piemonte, Gruglasco
Prof.ssa Paola Mancini, Demografia, Facoltà di Economia, Università degli Studi del Sannio, Benevento
Prof. William Mantovani, Agenzia Provinciale per i Servizi Sanitari, Provincia Autonoma di Trento
Dott.ssa Marta Marino, Unità Operativa Complessa Analisi dei bisogni, Programmazione e Committenza, Distretto 14, ASL 1 Roma
Dott. Gianni Pieroni, Institute Montecatone Rehabilitation Hospital, Imola
Dott. Aldo Rosano, Istituto Nazionale per l'Analisi delle Politiche Pubbliche, Roma
Dott. Alessandro Solipaca, Direttore Scientifico, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Prof.ssa Maria Lucia Specchia, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott.ssa Modesta Visca, Direzione generale della programmazione sanitaria, Ministero della Salute, Roma

Coordinatori Capitoli

Popolazione: *Dott.ssa Ginevra Di Giorgio*, *Dott.ssa Francesca Rinesi*, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Fumo, alcol, alimentazione, eccesso ponderale e prevenzione: *Dott.ssa Emanuela*

Bologna, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Incidenti: *Dott.ssa Silvia Bruzzone*, *Dott.ssa Nadia Mignolli*, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Ambiente: *Prof. Antonio Azara*, Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche e Sperimentali, Università degli Studi di Sassari; *Prof. Umberto Moscato*, Sezione di Medicina del Lavoro, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Sopravvivenza e mortalità per causa: *Dott. Gennaro Di Fraia*, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Impatto epidemiologico delle cronicità in Medicina Generale: *Dott. Claudio Cricelli*, Health Search, Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie, Firenze
Malattie cardio e cerebrovascolari: *Dott. Luigi Palmieri*, Dipartimento Malattie Cardiovascolari, Dismetaboliche e dell'Invecchiamento, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Malattie metaboliche: *Prof. Giorgio Liguori*, Dipartimento di Scienze Motorie e del Benessere, Università degli Studi "Parthenope", Napoli
Malattie infettive: *Prof. Paolo Villari*, Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, "Sapienza" Università di Roma
Malattie oncologiche: *Dott.ssa Roberta De Angelis*, Dipartimento di Oncologia e Medicina Molecolare, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Disabilità: *Dott.ssa Alessandra Battisti*, Istituto Nazionale di Statistica, Roma; *Dott. Aldo Rosano*, Istituto Nazionale per l'Analisi delle Politiche Pubbliche, Roma
Salute mentale: *Dott.ssa Silvia Ghirini*, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma; *Dott. Valerio Manno*, Servizio tecnico scientifico di statistica, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Salute materno-infantile: *Dott.ssa Marzia Loghi*, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Salute della popolazione straniera: *Dott. Giovanni Baglio*, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, Roma; *Dott.ssa Silvia Bruzzone*, *Dott.ssa Nadia Mignolli*, Istituto Nazionale di Statistica, Roma; *Dott.ssa Roberta Pace*, Università degli Studi di Bari
Assetto economico-finanziario: *Prof. Eugenio Anessi Pessina*, Facoltà di Economia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano - Direttore Centro Studi e Ricerche in Management Sanitario, Milano; *Prof.ssa Maria Michela Gianino*, Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università degli Studi di Torino
Assetto istituzionale-organizzativo: *Prof. Americo Cicchetti*, Direttore Generale della Programmazione Sanitaria, Ministero della Salute
Assistenza territoriale: *Prof. Gianfranco Damiani*, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Assistenza farmaceutica territoriale: *Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane*, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Assistenza ospedaliera: *Dott.ssa Velia Bruno*, Direzione Sanitaria Aziendale ASL Roma 5; *Prof.ssa Flavia Carle*, Centro di Epidemiologia Biostatistica e Informatica Medica, Università Politecnica delle Marche, Ancona; *Dott.ssa Carla Ceccolini*, Direzione generale della programmazione sanitaria, Ministero della Salute, Roma
Mortalità riconducibile ai servizi sanitari: *Prof.ssa Maria Pia Fantini*, Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie, Alma Mater Studiorum, Università degli Studi di Bologna
La sanità italiana nel confronto europeo: *Dott.ssa Laura Iannucci,* Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Dispositivi medici: *Dott.ssa Lucia Lispi*, Direzione Generale dei dispositivi medici e del servizio farmaceutico, Ministero della Salute, Roma

Referenti Regionali dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane

Piemonte: *Prof.ssa Roberta Siliquini*, Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università degli Studi di Torino

Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste: *Dott.ssa Miriana Detti*, Dipartimento Sanità e Salute, Regione Autonoma Valle d'Aosta, Aosta; *Dott.ssa Patrizia Vittori*, Osservatorio Regionale Epidemiologico e per le Politiche Sociali, Aosta

Lombardia: *Prof. Francesco Auxilia*, *Prof. Antonio Pagano*, Dipartimento di Sanità Pubblica-Microbiologia-Virologia, Università degli Studi di Milano

Bolzano-Bozen: *Dott.ssa Carla Melani*, Osservatorio Epidemiologico Provinciale, Provincia Autonoma di Bolzano

Trento: *Dott. Silvano Piffer*, *Dott. Robertovito Rizzello*, Agenzia Provinciale per i Servizi Sanitari, Provincia Autonoma di Trento

Veneto: *Prof. Albino Poli*, *Prof. Gabriele Romano*, *Dott. Stefano Tardivo*, Dipartimento di Diagnostica e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Verona

Friuli Venezia Giulia: *Dott. Carlo Francescutti*, *Dott.ssa Antonella Franzo*, *Dott. Giorgio Simon*, Agenzia Regionale di Sanità, Friuli Venezia Giulia, Pordenone

Liguria: *Prof. Pietro Crovari*, Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Genova

Emilia-Romagna: *Prof. Carlo Signorelli*, Istituto di Igiene, Università degli Studi di Parma; *Prof.ssa Maria Pia Fantini*, Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie, Alma Mater Studiorum, Università degli Studi di Bologna

Toscana: *Dott. Gabriele Messina*, *Prof. Nicola Nante*, Dipartimento di Fisiopatologia, Medicina Sperimentale e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Siena

Umbria: *Dott. Marsilio Francucci*, Azienda Ospedaliera "Santa Maria", Terni; *Dott.ssa Margherita Tockner*, Osservatorio Epidemiologico, Distretto 1, Terni

Marche: *Prof.ssa Flavia Carle*, Centro di Epidemiologia Biostatistica e Informatica Medica, Università Politecnica delle Marche, Ancona; *Prof. Marcello Maria D'Errico*, Cattedra di Igiene, Università Politecnica delle Marche, Ancona;

Lazio: *Prof. Guido Citoni*, Dipartimento di Medicina Sperimentale e Patologia, "Sapienza" Università di Roma; *Prof. Paolo Villari*, Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, "Sapienza" Università di Roma

Abruzzo: *Prof. Tommaso Staniscia*, Dipartimento di Medicina e Scienze dell'Invecchiamento, Università degli Studi "G. D'Annunzio", Chieti-Pescara

Molise: *Prof. Guido Maria Grasso*, Dipartimento di Scienze per la Salute, Università degli Studi del Molise

Campania: *Prof. Giorgio Liguori*, Dipartimento di Scienze Motorie e del Benessere, Università degli Studi "Parthenope", Napoli; *Prof. Paolo Marinelli*, Dipartimento di Medicina Pubblica, Clinica e Preventiva, Seconda Università degli Studi di Napoli

Puglia: *Prof. Salvatore Barbuti*, *Prof.ssa Cinzia Germinario*, Istituto di Igiene, Università degli Studi di Bari; *Dott. Michele Conversano*, ASL 1, Taranto

Basilicata: *Dott. Rocco Galasso*, Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica, Ospedale Oncologico Regionale di Rionero in Vulture, Potenza

Calabria: *Prof.ssa Maria Pavia*, Cattedra di Igiene, Università della Magna Græcia, Catanzaro

Sicilia: *Dott. Walter Mazzucco*, *Prof. Francesco Vitale*, Dipartimento di Scienze per la Promozione della Salute e Materno Infantile, Università degli Studi di Palermo

Sardegna: *Prof. Antonio Azara*, *Prof.ssa Ida Mura*, Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche e Sperimentali, Università degli Studi di Sassari

Segreteria Scientifica dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane

Prof. Eugenio Anessi Pessina, Professore Ordinario, Facoltà di Economia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano - Direttore Centro Studi e Ricerche in Management Sanitario, Milano

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

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:44 Pagina 11

Prof. Gianfranco Damiani, Professore Associato, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott. Antonio Giulio de Belvis, Direttore, Unità Operatica Complessa Percorsi e Valutazione degli Outcome Clinici, Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli-IRCCS, Roma
Prof. Walter Ricciardi, Direttore, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Prof.ssa Roberta Siliquini, Professore Ordinario, Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università degli Studi di Torino
Dott. Alessandro Solipaca, Direttore Scientifico, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Grafica GIS

Dott. Pasquale Cacciatore, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma; GlaxoSmithKline, Wavre, Belgio
Dott. Leonardo Villani, Coordinamento, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott. Michele Bonacquisti, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott. Gianluca Fevola, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott. Giuseppe Greco, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott.ssa Alessandra Maio, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott.ssa Federica Rizzo, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott.ssa Chiara Scarfagna, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Si ringraziano: Ministero della Salute-Direzione generale della programmazione sanitaria e Istituto Nazionale di Statistica-Servizio Sistema integrato salute, assistenza, previdenza e giustizia per il loro contributo senza il quale questo Rapporto non sarebbe stato possibile

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:44 Pagina 12

Elenco delle abbreviazioni

ACI = Automobile Club d'Italia
ADI = Assistenza Domiciliare Integrata
Agenas = Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali
AIFA = Agenzia Italiana del Farmaco
ASL = Azienda Sanitaria Locale
CCM = Centro nazionale per la prevenzione ed il Controllo delle Malattie
CE = Commissione Europea
CedAP = Certificato di Assistenza al Parto
COVID-19 = *Coronavirus Disease*-19
DDD = *Defined Daily Dose*
DH = Day Hospital
DL = Decreto Legge
D. Lgs. = Decreto Legislativo
DM = Decreto Ministeriale
DPCM = Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri
DRG = *Diagnosis Related Groups*
ECDC = *European Centre for Disease Prevention and Control*
GU = Gazzetta Ufficiale
HIV/AIDS = *Human Immunodeficiency Virus*/*Aquired Immune Deficiency Syndrome*
HPV = *Human Papilloma Virus*
IC = Intervalli di Confidenza
ICD-9-CM = *International Classification of Diseases*-9th *Revision-Clinical Modification*
IMC/BMI = Indice di Massa Corporea/*Body Mass Index*
INAIL = Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro
ISS = Istituto Superiore di Sanità
Istat = Istituto Nazionale di Statistica
IVG = Interruzione Volontaria di Gravidanza
LEA = Livelli Essenziali di Assistenza
MMG = Medico di Medicina Generale
NCD = *Non Communicable Diseases*
NSIS = Nuovo Sistema Informativo Sanitario
OCSE/OECD = Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico/*Organisation for Economic Cooperation and Development*
OMS/WHO = Organizzazione Mondiale della Sanità/*World Health Organization*
OR = *Odds Ratios*
PA = Provincia Autonoma
PASSI = Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia
PDTA = Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali
PIL = Prodotto Interno Lordo
PLS = Pediatri di Libera Scelta
PMA = Procreazione Medicalmente Assistita
PNE = Programma Nazionale Esiti
PNP = Piano Nazionale della Prevenzione
PNPV = Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale
PNRR = Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
p.p. = punti percentuali
PS = Pronto Soccorso
RO = Ricovero Ordinario
SARS-CoV-2 = *Severe Acute Respiratory Syndrome-Corona Virus*-2
SDO = Scheda di Dimissione Ospedaliera
SSN = Servizio Sanitario Nazionale
SSR = Servizio Sanitario Regionale
TAC = Tomografia Assiale Computerizzata
TC = Taglio Cesareo
Tasso std = Tasso standardizzato
UE = Unione Europea
UOTIN = Unità Operative di Terapia Intensiva Neonatale

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:44 Pagina 14

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:44 Pagina 15

PARTE PRIMA

Salute e bisogni della popolazione

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:44 Pagina 16

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:44 Pagina 1

Popolazione

Nel Rapporto Osservasalute 2023 si analizzano i dati dell'Istat di fonte anagrafica che consentono di calcolare i principali indicatori demografici della popolazione residente in Italia nel suo complesso e, ove possibile e di interesse, distinguendo tra cittadini italiani e cittadini stranieri. Le analisi sono effettuate a livello regionale (tabelle e grafici) e provinciale (cartogrammi).

Il Capitolo si apre con l'analisi della struttura demografica della popolazione per età, genere e cittadinanza seguita da indicatori che evidenziano l'evoluzione del processo di invecchiamento. Viene, poi, analizzata la tendenza della popolazione ultracentenaria e l'andamento del comportamento riproduttivo della popolazione residente.

I valori degli indicatori demografici sono, per loro natura, piuttosto stabili nel tempo.

Nel complesso:

- si confermano gli effetti del processo di invecchiamento della popolazione, che appaiono evidenti sia dalla lettura della piramide della popolazione per età, genere e cittadinanza, sia quando si analizzano i diversi contingenti che compongono la popolazione anziana nel suo complesso ("giovani anziani", "anziani" e "grandi vecchi");
- si registra l'aumento della popolazione ultracentenaria, dovuta al fatto che entrano in questa fascia di età i sopravviventi dei nati dopo la Prima Guerra Mondiale, coorti assai più numerose rispetto a quelle che le hanno precedute. Tra gli ultracentenari le donne sono estremamente più numerose;
- continua la contrazione del numero medio di figli per donna per il complesso delle residenti. Si conferma anche la tendenza alla posticipazione delle nascite, così come testimoniato dall'aumento dell'età media al parto delle residenti, e l'importante contributo dei nati da madri con cittadinanza straniera, specie in alcune aree del Paese.

Ogni anno si mette in risalto l'importanza di analizzare, a livello nazionale, regionale e provinciale la popolazione anziana non come un unico segmento, ma suddividendo il contingente per fasce di età prefissate cercando di cogliere le peculiarità di questa parte di popolazione. In questi anni più che mai, infatti, si è visto come l'impatto della pandemia sia diverso tra gli anziani, sia per le differenti condizioni patologiche pregresse della popolazione *over* 65 anni, sia per la grande eterogeneità per età della popolazione anziana (per un'analisi dettagliata si rimanda al Capitolo "Sopravvivenza e mortalità per causa").

G. DI GIORGIO, F. RINESI

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:44 Pagina 2

Struttura demografica

Significato. La conoscenza della struttura demografica della popolazione per età e genere rappresenta il punto di partenza per la comprensione dei principali bisogni di salute di un Paese, che si differenziano a seconda delle diverse fasi di vita delle persone. La piramide per età e genere che viene qui proposta utilizzando i dati anagrafici dei residenti in Italia al 1° gennaio 2023 è una efficace rappresentazione grafica della struttura della popolazione. La forma della piramide fornisce un quadro accurato, ed al tempo stesso sintetico, della struttura demografica della popolazione e permette di delineare con buona approssimazione quale sarà la struttura della popolazione nel prossimo futuro. La piramide per età e genere è stata costruita in modo da evidenziare il contributo della popolazione straniera residente in Italia. Oltre alla piramide, in cui vengono riportati i dati a livello nazionale per ciascuna fascia di età considerata, sono state elaborate anche le piramidi della Liguria, in quanto regione con la struttura per età più invecchiata, e della Campania, regione che, insieme alla PA di Bolzano, ha la struttura per età meno invecchiata.

Validità e limiti. I dati utilizzati nelle analisi che seguono sono di fonte anagrafica e vengono forniti annualmente dall'Istat per singola età, genere e con dettaglio territoriale che giunge fino al singolo Comune. Le analisi qui proposte scendono fino ad un dettaglio regionale. I dati, inoltre, consentono la distinzione tra i residenti con cittadinanza italiana e i residenti stranieri. Essi, però, non consentono di effettuare analisi nelle quali si rende necessario tener conto, contemporaneamente, della struttura per età e della singola cittadinanza degli stranieri.

Descrizione dei risultati

Il Grafico 1 rappresenta la composizione della popolazione per età, genere e cittadinanza al 1° gennaio 2023, attraverso la tradizionale "piramide per età, genere e cittadinanza". La rappresentazione grafica della struttura della popolazione residente, riferita all'Italia nel suo complesso, è affiancata da quella relativa a due situazioni regionali tra loro storicamente contrapposte, che forniscono un chiaro quadro delle diverse strutture demografiche associate alle due realtà regionali: da un lato troviamo la Liguria, regione che ormai da tempo detiene il record di regione "più vecchia" d'Italia, dall'altro la Campania, dove il processo di invecchiamento della popolazione si trova in uno stadio relativamente meno avanzato grazie all'alta natalità che ha caratterizzato questa regione fino a pochi anni fa.

Dall'analisi del grafico risulta evidente come in Italia la quota dei giovani sul totale della popolazione sia molto contenuta, mentre il peso relativo della popolazione anziana resta consistente anche se si considerano solo le età più avanzate (vedere Indicatore "Invecchiamento"). Si noti anche la consistente presenza dei residenti stranieri nelle età giovani e adulte (parte grigio scura delle barre). Per quanto riguarda la composizione per genere (ossia il rapporto tra il numero di uomini e quello di donne) si evidenzia come, nelle età più avanzate, questo sia fortemente sbilanciato a favore delle donne che godono di una sopravvivenza più elevata.

In effetti, la struttura di oggi, è fortemente condizionata dalla dinamica demografica degli anni passati e, ovviamente, è la base di quella che si manifesterà negli anni futuri. Quindi, è facilmente prevedibile che nei prossimi decenni si assisterà ad un ulteriore aumento del numero di anziani e del loro peso relativo dovuto sia all'aumento della speranza di vita alle età avanzate sia anche allo "slittamento verso l'alto" (ossia all'invecchiamento) delle coorti del *baby boom*, assai numerose, che oggi si trovano nelle classi di età centrali. L'età media della popolazione, che è pari a 46,4 anni nel 2023 (1) si stima raggiungerà i 50,7 anni nel 2050 (2). Inoltre, nei prossimi decenni si prevede il proseguire del calo della popolazione residente dovuto al protrarsi del regime di bassa fecondità e alla graduale diminuzione dei flussi migratori dall'estero. Si prevede, infatti, che la popolazione residente passerà dai 59,0 milioni di abitanti attuali ai 54,4 milioni di residenti nel 2050 (2).

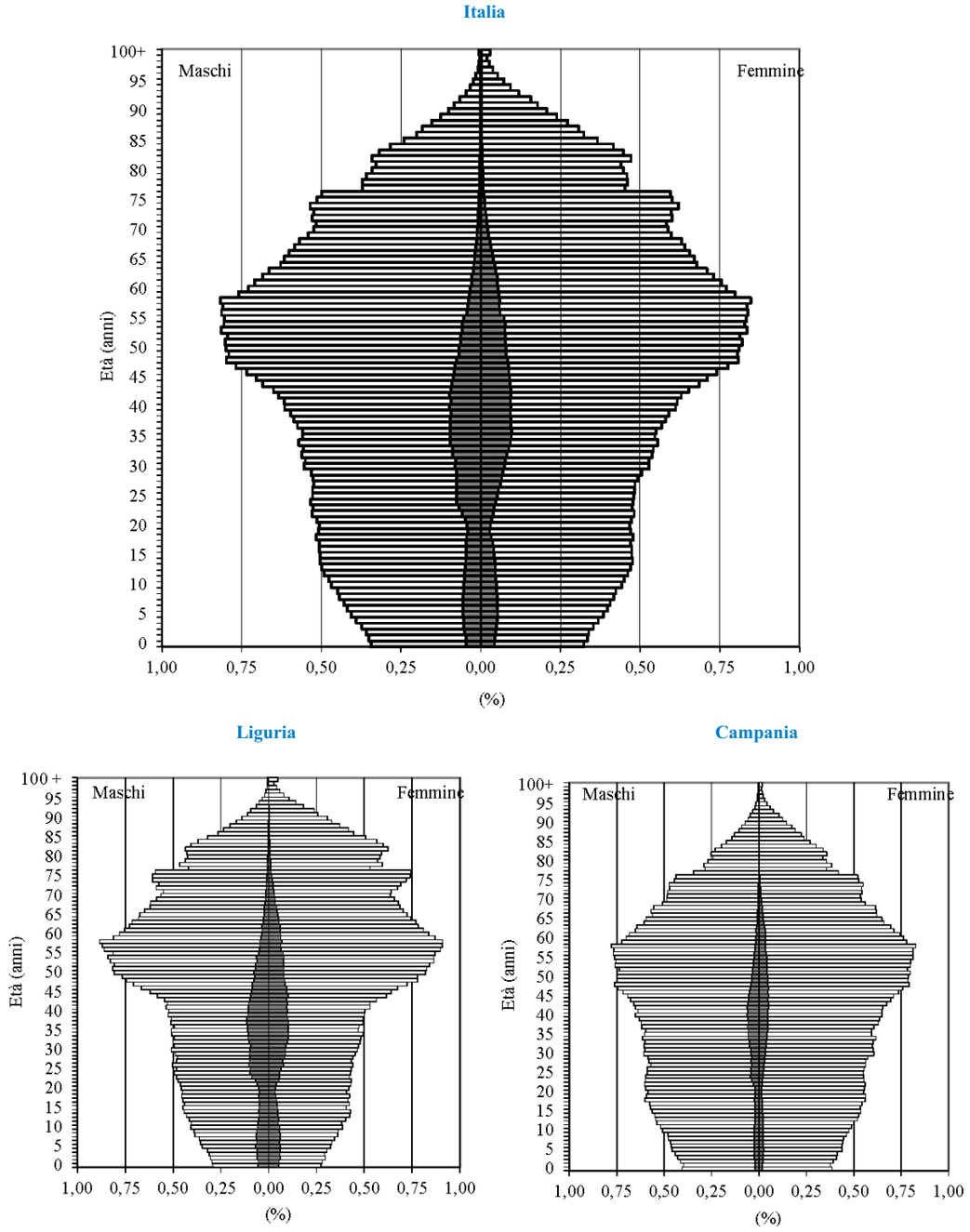
Il confronto tra le piramidi per età e genere della popolazione residente in Liguria e in Campania evidenzia la persistenza di una forte difformità delle strutture demografiche regionali alle quali i servizi socio-sanitari locali sono chiamati a rispondere. La struttura della popolazione della Liguria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

Dalle previsioni di popolazione (scenario mediano) emerge come il processo di invecchiamento caratterizzerà tutte le regioni, ma sarà mediamente più marcato nelle regioni che attualmente presentano un profilo per età più giovane, tanto da capovolgere in alcuni casi la graduatoria che oggi osserviamo. Nelle regioni meridionali, infatti, l'età media aumenterà di oltre 6 anni passando da 45,3 anni nel 2022 a 51,5 anni nel 2050, mentre nelle regioni del Nord questa aumenterà

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:44 Pagina 3

di oltre 3 anni passando da 46,6 anni attuali a 50,1 anni. In particolare (Grafico 2), si prevede che l'età media dei residenti in Campania passerà da 43,6 a 50,4 anni, mentre quella in Liguria passerà da 49,4 a 51,3 anni, con aumento di soli 1,9 anni nel lungo periodo considerato, aumento minimo tra quelli registrati nelle regioni.

Grafico 1 - *Piramide dell'età della popolazione residente per genere e cittadinanza (valori per 100): italiani e stranieri in Italia, Liguria e Campania - Situazione al 1° gennaio 2023*

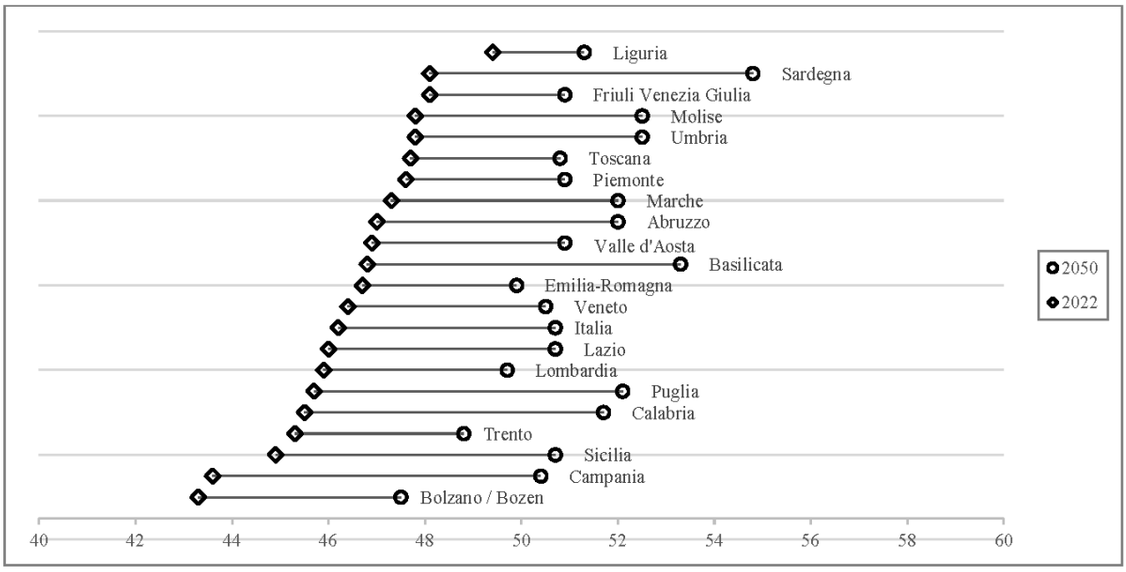


Legenda:
Italiani = barre di colore bianco.
Stranieri = barre di colore grigio scuro.

Fonte dei dati: Rilevazione "Popolazione residente per sesso, età e stato civile" e Rilevazione "Popolazione straniera residente per sesso, età e stato civile". Disponibile sul sito: https://demo.istat.it Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:44 Pagina 4

Grafico 2 - *Età (valori in anni) media della popolazione residente per regione - Situazione al 1° gennaio 2022 e al 1° gennaio 2050 (previsioni, scenario mediano)*



Fonte dei dati: Previsioni della popolazione residente. Disponibile sul sito: dati.istat.it. Anno 2023.

Raccomandazioni di Osservasalute

Ancora una volta è importante sottolineare l'utilità di monitorare con attenzione la struttura per età, genere e cittadinanza della popolazione residente, struttura che in buona parte determina quella che sarà la struttura di domani. La popolazione residente, infatti, è composta da tante sottopopolazioni che esprimono bisogni sanitari differenti che dovrebbero trovare risposte nei servizi socio-sanitari regionali e provinciali. In particolare, gli stranieri, componente ormai stabile del tessuto socio-demografico italiano con un peso crescente nel tempo sul totale della popolazione, presentano una struttura per età che ben si differenzia da quella che caratterizza i residenti italiani con evidenti conseguenze sui bisogni e sulla domanda di servizi sanitari.

Riferimenti bibliografici

(1) Istat. Indicatori demografici. Anno 2023. Statistiche Report. 202. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/archivio/283229.
(2) Istat. Previsioni della popolazione residente e delle famiglie (base 1.1.22). Statistiche Report. 2023. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/archivio/288443.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:44 Pagina 5

Invecchiamento

Significato. Per una programmazione dei servizi socio-sanitari e assistenziali che sia efficace ed efficiente è fondamentale monitorare nel tempo la composizione per età della popolazione. Le condizioni di salute che caratterizzano le varie fasce di età della popolazione fanno sì che l'offerta sanitaria debba essere diversificata a seconda del *target* di popolazione a cui si rivolge. In questo contributo viene presentata la percentuale di popolazione di tre distinte fasce di età (65-74, 75-84 e 85 anni ed oltre) sul totale dei residenti per regione.

Proporzione di "giovani anziani"

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

Proporzione di "anziani"

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

Proporzione di "grandi vecchi"

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

Validità e limiti. Gli indicatori relativi alla struttura della popolazione sono stati ottenuti da elaborazioni di dati raccolti dall'Istat nell'ambito della rilevazione sulla popolazione residente per genere ed età e fanno riferimento ai residenti al 1° gennaio 2023. In questo contributo si scenderà fino ad un dettaglio regionale per tabelle e grafici e ad un dettaglio provinciale per i cartogrammi. Le fasce di popolazione considerate possono essere definite come "fragili" perché maggiormente esposte al rischio di insorgenza di malattie gravi ed invalidanti che possono portare a condizioni di disabilità e di cronicità che richiedono assistenza ed impegni mirati da parte delle strutture sanitarie. Tuttavia, considerare la popolazione di età 65 anni ed oltre come un unico gruppo di popolazione appare riduttivo in quanto i bisogni sanitari differiscono, significativamente, al suo interno e, in particolare, aumentano al crescere dell'età. Pertanto, si è scelto di distinguere tra i "giovani anziani" (65-74 anni), gli "anziani" (75-84 anni) e i "grandi vecchi" (85 anni ed oltre). Tuttavia, va tenuto presente che i limiti di età utilizzati nel definire tali sottogruppi sono, esclusivamente, di natura anagrafica; anche all'interno di queste classi, infatti, esiste un'accentuata variabilità in termini di condizioni di salute fisica e mentale degli individui che le compongono. Ne consegue che la domanda di assistenza socio-sanitaria di individui appartenenti ad una stessa classe di età può essere eterogenea.

Verranno, inoltre, proposti due cartogrammi con dettaglio provinciale: nel primo viene rappresentata la quota di popolazione di età 65 anni ed oltre e nel secondo la quota di popolazione di età 85 anni ed oltre. La scala della campitura è, così come per gli altri indicatori dell'intero Capitolo, costruita in modo da garantire l'uguaglianza del numero di province appartenenti a ciascuna classe.

Descrizione dei risultati

La popolazione di età 65 anni ed oltre rappresenta il 24,0% della popolazione residente ossia quasi una persona su quattro ha 65 anni ed oltre (Grafico 1). I divari territoriali sono evidenti. Come già sottolineato, la Liguria è la regione più invecchiata del Paese (la quota di over 65 anni è pari al 28,8%) ed al suo opposto troviamo la PA di Bolzano e la Campania (rispettivamente, 20,3 e 20,6%). Più in generale, ad eccezione della PA di Bolzano e, anche se in minor misura la PA di Trento, il processo di invecchiamento finora ha coinvolto maggiormente le regioni del Centro-Nord, con delle differenze territoriali a livello sub-regionale, così come mostrato dai cartogrammi. Tuttavia, come anticipato nel paragrafo precedente, dalle previsioni di popolazione (scenario mediano) emerge come il processo di invecchiamento dal 2022 al 2050 sarà mediamente più marcato nelle regioni che attualmente presentano un profilo per età più giovane.

A livello nazionale, prosegue il trend in aumento in

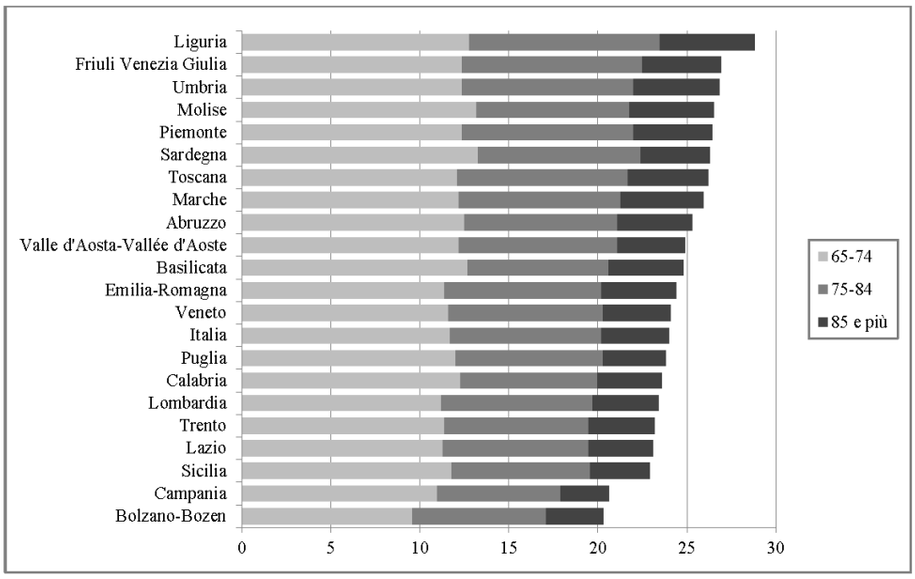
G. DI GIORGIO, F. RINESI

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:44 Pagina 6

valore assoluto dei "giovani anziani" (65-74 anni) che al 1° gennaio 2023 ammontano a 6,9 milioni e rappresentano l'11,7% della popolazione residente (Tabella 1): in altri termini, oltre un residente su dieci ha una età compresa tra i 65-74 anni. I valori regionali variano da un minimo della PA di Bolzano (9,6%) ad un massimo di 13,2% e di 13,3%, rispettivamente in Molise e in Sardegna. Il peso relativo dei 65-74enni sul totale della popolazione varia sensibilmente se si considera la cittadinanza: i 65-74enni rappresentano il 12,4% della popolazione residente con cittadinanza italiana vs il 4,3% registrato per gli stranieri. Tuttavia, occorre notare come il processo d'invecchiamento interessi anche la popolazione straniera: la quota di giovani anziani stranieri è, infatti, ancora contenuta ma il suo ritmo di crescita è più sostenuto di quello calcolato con riferimento alla popolazione residente con cittadinanza italiana. Gli "anziani" (75-84 anni) sono leggermente superiori ai 5 milioni e rappresentano l'8,5% del totale della popolazione (Tabella 2). 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 6,9%. Le differenze nella struttura per età della popolazione per cittadinanza si fanno, in questo caso, ancora più marcate: gli "anziani" sono il 9,2% degli italiani *vs* l'1,1% dei residenti stranieri. La popolazione dei "grandi vecchi" (85 anni ed oltre) (Tabella 3) raggiunge oltre i 2,2 milioni di unità, pari al 3,8% del totale della popolazione residente. Anche tale indicatore mostra i valori maggiori in Liguria (5,3%) ed i valori inferiori in Campania (2,7%). La quota di popolazione straniera, in questa fascia di età, è ancora irrisoria ed è rappresentata solo dallo 0,3% *vs* la quota di cittadinanza italiana pari al 4,1%. Si registra, inoltre, l'aumento del peso della componente femminile sul totale dei residenti all'aumentare dell'età: la quota di donne è del 52,7% tra i giovani anziani, sale a 56,2% tra gli anziani ed arriva al 65,7% 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), tale vantaggio va decrescendo nel tempo in tutte e tre le classi di età. Ciò è dovuto alla riduzione dei differenziali di mortalità per genere (vedere Capitolo "Sopravvivenza e mortalità per causa").

Le tabelle appena presentate mostrano come complessivamente, con riferimento all'invecchiamento della popolazione, permanga la dicotomia Nord-Sud ed Isole. Dall'analisi dei cartogrammi è possibile notare, però, delle eccezioni. In particolare, in alcune province della Lombardia, del Veneto, dell'Emilia-Romagna e del Trentino-Alto Adige il peso della popolazione anziana è relativamente contenuto. Altra eccezione è costituita da alcune province interne del Sud e della Sardegna, dove la quota di anziani è sensibilmente più elevata di quella che caratterizza il resto del Mezzogiorno. A parte gli effetti strutturali della più alta fecondità in Trentino-Alto Adige, tali eccezioni sono anche imputabili agli spostamenti migratori: soprattutto quello positivo dall'estero nelle aree del Nord e in negativo quello interno in alcune province interne del Mezzogiorno.

Grafico 1 - *Proporzione (valori per 100) della popolazione di età 65 anni ed oltre per classe di età sul totale della popolazione. Graduatoria regionale - Situazione al 1° gennaio 2023*



Fonte dei dati: Rilevazione "Popolazione residente per sesso, età e stato civile". Disponibile sul sito: https://demo.istat.it. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:44 Pagina 7

Tabella 1 - *Popolazione (valori assoluti in migliaia e peso per 100 sul totale della popolazione) di età 65-74 anni per cittadinanza e popolazione femminile (rapporto di composizione per 100) per regione - Situazione al 1° gennaio 2023*

Regioni	Italiani		Stranieri		Totale		
	Valori assoluti	Peso	Valori assoluti	Peso	Valori assoluti	Peso	Popolazione femminile (rapporto di composizione)
Piemonte	512,0	13,4	17,2	4,1	529,2	12,4	52,6
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	14,6	12,7	0,5	5,4	15,1	12,2	52,0
Lombardia	1.069,5	12,2	43,3	3,7	1.112,8	11,2	52,8
Bolzano-Bozen	*49,1*	*10,2*	*2,4*	*4,6*	*51,5*	*9,6*	*52,3*
Trento	*59,9*	*12,0*	*2,1*	*4,6*	*62,0*	*11,4*	*51,1*
Veneto	542,8	12,5	19,3	3,9	562,1	11,6	52,1
Friuli Venezia Giulia	141,8	13,2	6,0	5,2	147,8	12,4	53,0
Liguria	186,3	13,7	7,3	4,9	193,6	12,8	53,0
Emilia-Romagna	481,8	12,4	25,5	4,6	507,3	11,4	53,0
Toscana	420,9	13,0	21,0	5,0	441,8	12,1	52,9
Umbria	101,2	13,2	5,2	5,9	106,4	12,4	52,6
Marche	174,3	12,9	6,9	5,3	181,2	12,2	52,5
Lazio	619,1	12,2	28,0	4,4	647,1	11,3	53,5
Abruzzo	155,1	13,0	4,2	5,1	159,3	12,5	52,5
Molise	37,8	13,6	0,5	4,0	38,3	13,2	51,6
Campania	603,9	11,3	10,4	4,1	614,3	11,0	52,7
Puglia	464,5	12,3	5,2	3,6	469,7	12,0	52,9
Basilicata	67,6	13,2	0,7	3,1	68,4	12,7	52,1
Calabria	222,7	12,7	3,8	3,9	226,5	12,3	51,8
Sicilia	562,3	12,2	6,8	3,5	569,1	11,8	53,1
Sardegna	207,2	13,6	3,0	5,9	210,1	13,3	52,3
Italia	**6.694,5**	**12,4**	**219,2**	**4,3**	**6.913,7**	**11,7**	**52,7**

Fonte dei dati: Rilevazione "Popolazione residente per sesso, età e stato civile" e "Popolazione straniera residente per sesso, età e stato civile". Disponibili sul sito: https://demo.istat.it. Anno 2023.

Tabella 2 - *Popolazione (valori assoluti in migliaia e peso per 100 sul totale della popolazione) di età 75-84 anni per cittadinanza e popolazione femminile (rapporto di composizione per 100) per regione - Situazione al 1° gennaio 2023*

Regioni	Italiani		Stranieri		Totale		
	Valori assoluti	Peso	Valori assoluti	Peso	Valori assoluti	Peso	Popolazione femminile (rapporto di composizione)
Piemonte	401,2	10,5	5,3	1,3	406,5	9,6	56,2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	10,8	9,4	0,1	1,7	10,9	8,9	54,9
Lombardia	831,8	9,5	11,9	1,0	843,7	8,5	56,6
Bolzano-Bozen	*39,0*	*8,1*	*0,9*	*1,6*	*39,9*	*7,5*	*56,0*
Trento	*43,5*	*8,7*	*0,7*	*1,5*	*44,2*	*8,1*	*55,6*
Veneto	418,1	9,6	4,9	1,0	423,1	8,7	55,8
Friuli Venezia Giulia	119,2	11,1	1,5	1,3	120,8	10,1	56,3
Liguria	159,4	11,7	2,3	1,6	161,7	10,7	57,3
Emilia-Romagna	384,6	9,9	6,6	1,2	391,2	8,8	55,8
Toscana	346,6	10,7	6,2	1,5	352,7	9,6	56,1
Umbria	80,3	10,5	1,7	1,9	81,9	9,6	55,6
Marche	133,0	9,8	2,2	1,7	135,3	9,1	55,9
Lazio	459,7	9,0	7,1	1,1	466,8	8,2	57,0
Abruzzo	107,6	9,0	1,2	1,5	108,9	8,6	55,4
Molise	24,7	8,9	0,1	1,1	24,9	8,6	55,4
Campania	384,3	7,2	1,6	0,6	385,9	6,9	56,6
Puglia	322,1	8,6	1,3	0,9	323,4	8,3	55,8
Basilicata	42,5	8,3	0,2	0,7	42,6	7,9	55,7
Calabria	141,1	8,1	0,8	0,8	141,9	7,7	54,9
Sicilia	373,2	8,1	1,5	0,8	374,7	7,8	56,4
Sardegna	142,4	9,3	0,7	1,5	143,1	9,1	56,0
Italia	**4.965,1**	**9,2**	**59,0**	**1,1**	**5.024,2**	**8,5**	**56,2**

Fonte dei dati: Rilevazione "Popolazione residente per sesso, età e stato civile" e "Popolazione straniera residente per sesso, età e stato civile". Disponibili sul sito: https://demo.istat.it. Anno 2023.

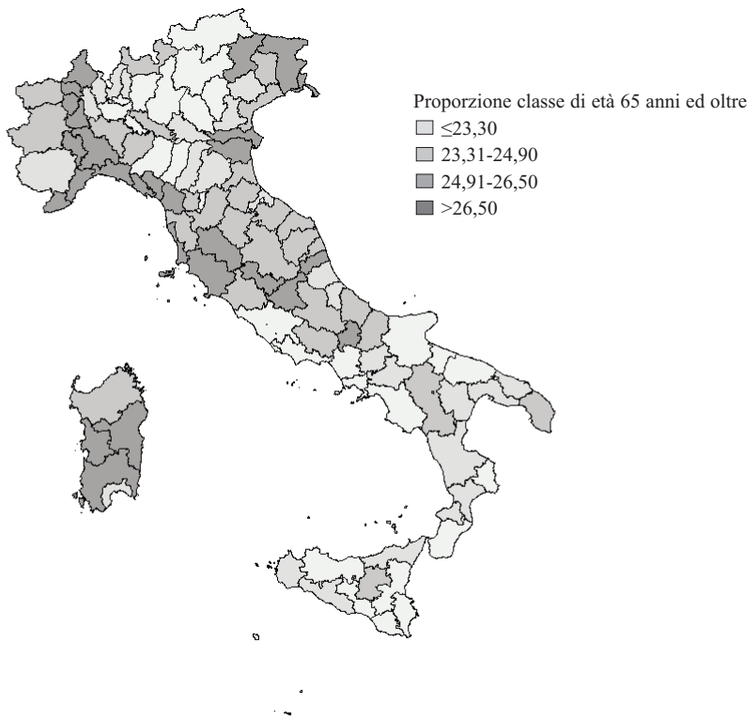
Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:44 Pagina 8

Tabella 3 - *Popolazione (valori assoluti in migliaia e peso per 100 sul totale della popolazione) di età 85 anni ed oltre per cittadinanza e popolazione femminile (rapporto di composizione per 100) per regione - Situazione al 1° gennaio 2023*

Regioni	Italiani		Stranieri		Totale		
	Valori assoluti	Peso	Valori assoluti	Peso	Valori assoluti	Peso	Popolazione femminile (rapporto di composizione)
Piemonte	184,9	4,8	1,2	0,3	186,1	4,4	66,0
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	4,7	4,1	0,0	0,5	4,7	3,8	67,3
Lombardia	367,3	4,2	2,6	0,2	369,9	3,7	67,2
Bolzano-Bozen	*16,7*	*3,5*	*0,2*	*0,5*	*17,0*	*3,2*	*64,3*
Trento	*19,9*	*4,0*	*0,1*	*0,3*	*20,0*	*3,7*	*67,2*
Veneto	182,3	4,2	1,1	0,2	183,4	3,8	66,7
Friuli Venezia Giulia	52,4	4,9	0,3	0,3	52,8	4,4	67,5
Liguria	79,4	5,9	0,5	0,3	80,0	5,3	67,0
Emilia-Romagna	186,6	4,8	1,5	0,3	188,1	4,2	64,8
Toscana	163,5	5,0	1,3	0,3	164,8	4,5	65,1
Umbria	40,4	5,3	0,3	0,4	40,7	4,8	65,5
Marche	67,7	5,0	0,5	0,4	68,2	4,6	65,1
Lazio	205,1	4,0	1,9	0,3	207,0	3,6	65,4
Abruzzo	53,3	4,5	0,3	0,3	53,5	4,2	64,7
Molise	13,6	4,9	0,0	0,3	13,7	4,7	65,6
Campania	148,9	2,8	0,3	0,1	149,2	2,7	65,8
Puglia	137,1	3,6	0,2	0,2	137,3	3,5	64,3
Basilicata	22,7	4,4	0,0	0,1	22,7	4,2	64,2
Calabria	66,7	3,8	0,2	0,2	66,9	3,6	63,6
Sicilia	156,2	3,4	0,3	0,2	156,5	3,3	64,4
Sardegna	60,8	4,0	0,1	0,3	60,9	3,9	65,3
Italia	**2.230,2**	**4,1**	**13,3**	**0,3**	**2.243,4**	**3,8**	**65,7**

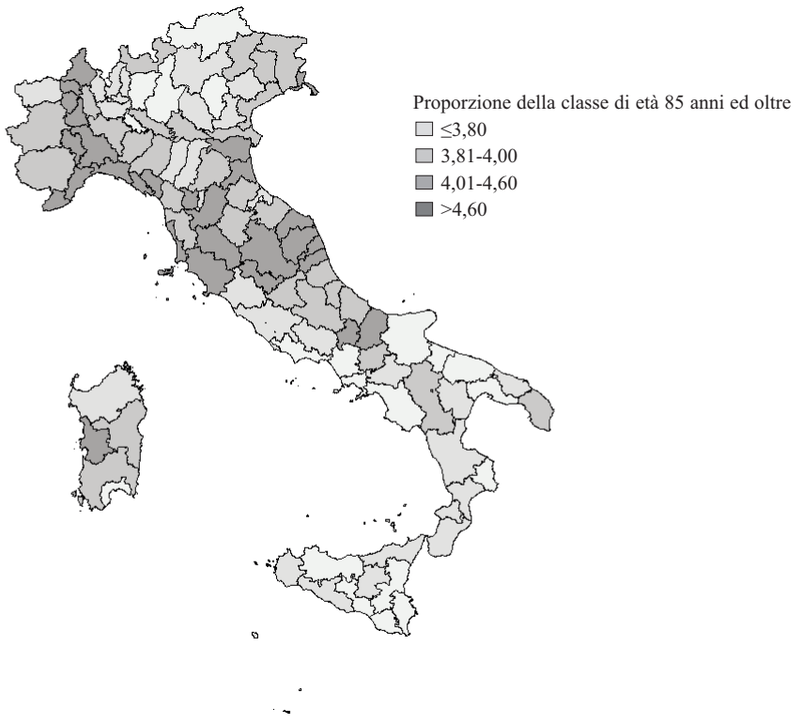
Fonte dei dati: Rilevazione "Popolazione residente per sesso, età e stato civile" e "Popolazione straniera residente per sesso, età e stato civile". Disponibili sul sito: https://demo.istat.it. Anno 2023.

Proporzione (valori per 100) della popolazione residente di età 65 anni ed oltre sul totale della popolazione per provincia. Situazione al 1° gennaio 2023



Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:44 Pagina 9

Proporzione (valori per 100) della popolazione residente di età 85 anni ed oltre sul totale della popolazione per provincia. Situazione al 1° gennaio 2023



Raccomandazioni di Osservasalute

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

Il processo di invecchiamento è destinato ad accentuarsi nei prossimi anni, quando le coorti del *baby boom* (1961-1976) passeranno dall'età attiva (39-64 anni) a quella anziana (65 anni ed oltre) e ciò sarà maggiormente accentuato nelle regioni meridionali. Secondo le ultime previsioni demografiche (scenario mediano) la popolazione *over* 65 anni potrebbe rappresentare entro il 2050 il 34,9% del totale della popolazione (1).

I "giovani anziani" e gli "anziani" sono dei segmenti di popolazione sui quali si potrebbe agire per limitare gli interventi di assistenza socio-sanitaria più impegnativi ed onerosi da un punto di vista economico che si rendono necessari all'aumentare dell'età. In effetti, soprattutto la popolazione di età 65-74 anni rappresenta un gruppo demografico dalle buone potenzialità che, peraltro, vanno migliorando con il progressivo subentrare in questa classe di età di generazioni più istruite e più attente alla propria salute. Sono, altresì, auspicabili interventi di promozione della salute (prevenzione e adozione di stili di vita salutari) sui giovani adulti che saranno gli anziani di domani.

Come in ogni Edizione del Rapporto Osservasalute nelle raccomandazioni a chiusura della Sezione sull'invecchiamento della popolazione italiana poniamo ancora una volta l'attenzione a considerare la popolazione anziana non nel suo complesso, ma come una componente molto articolata. Il diffondersi della pandemia da COVID-19 ha evidenziato l'importanza di tener conto della struttura della popolazione nella misura in cui si assiste ad una mortalità fortemente differenziata per classi di età.

Riferimenti bibliografici

(1) Istat. Previsioni della popolazione residente e delle famiglie (base 1.1.21). Statistiche Report. 2022. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/archivio/274898 e https://demo.istat.it.
(2) Istat. Indicatori demografici. Anno 2021. Statistiche Report. 2022. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/archivio/269158.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:44 Pagina 10

Ultracentenari

Significato. L'obiettivo di questo contributo è di analizzare l'andamento della popolazione ultracentenaria esaminando la tendenza in termini assoluti e relativi per genere. In analogia a quanto recentemente proposto in letteratura con riferimento allo studio dei semi-super centenari, condotto dall'Istat, si è scelto di rapportare la popolazione ultracentenaria sia al totale della popolazione residente che alla popolazione di età 80 anni ed oltre fornendo il dettaglio regionale. La scelta di studiare la consistenza e l'andamento della popolazione ultracentenaria è dettata dal fatto che il peso di questo segmento di popolazione è andato crescendo significativamente negli ultimi anni ed è frutto della positiva evoluzione della longevità che riguarda, da diverso tempo, il nostro Paese. Ancora è aperto il dibattito su quale possa essere (se esiste) il limite biologico di vita delle persone, su quanto ancora vedremo aumentare la sopravvivenza delle fasce di età più anziane, su quali possano essere le domande di assistenza e su quali possano essere le risposte più adeguate alle esigenze di un contingente di popolazione così selezionato. Non è nelle nostre intenzioni dare risposte o indicazioni in questa direzione, ma ci è sembrato interessante poter rappresentare il trend della consistenza numerica della componente degli ultracentenari negli ultimi anni.

Quota di popolazione ultracentenaria

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Popolazione residente di età 100 anni ed oltre}}{\text{Popolazione residente}} \times 10.000$$

Quota di popolazione ultracentenaria sulla popolazione di età 80 anni ed oltre

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Popolazione residente di età 100 anni ed oltre}}{\text{Popolazione residente di età 80 anni ed oltre}} \times 10.000$$

Validità e limiti. I dati utilizzati sono quelli della popolazione residente in Italia al 1° gennaio 2023. Così come per gli altri indicatori del Capitolo va tenuto presente che la domanda di assistenza socio-sanitaria di individui appartenenti ad una stessa classe di età, anche se dai confini ben limitati, potrebbe essere eterogenea. Gli ultracentenari, pur rappresentando una fascia di popolazione in espansione, sono ancora numericamente contenuti. Si è, quindi, preferito non effettuare analisi a livello sub-nazionale.

Descrizione dei risultati

Nel Grafico 1 e nel Grafico 2 è riportato l'andamento, in valori assoluti e relativi (per 10.000 residenti), dell'ammontare della popolazione residente di età 100 anni ed oltre per genere. Nel Grafico 1, inoltre, l'ammontare degli ultracentenari è messo in relazione al contingente di nati che nell'anno di analisi compierebbero 100 anni.

Si evidenzia (Grafico 1) come il numero di ultracentenari sia più che triplicato dal 2002 al 2015 passando da poco più di 6.100 unità a oltre 19.000. Negli anni successivi, però, si registra una flessione dell'ammontare degli ultracentenari che raggiunge il valore minimo di 14.456 unità nel 2019.

La diminuzione del numero assoluto di ultracentenari, che ha interessato maggiormente la più longeva componente femminile, può essere ricondotta al fatto che hanno superato la soglia dei 100 anni di età le generazioni nate durante la Prima Guerra Mondiale, quando si è assistito a un forte calo delle nascite dovuto al periodo bellico. Tali generazioni sono, quindi, meno numerose in partenza di quelle che le hanno precedute o seguite. Al contrario, a partire dal 2020 passano la soglia dei 100 anni le più numerose generazioni nate dopo la fine dalla Prima Guerra Mondiale. Ciò si riflette anche sul numero di ultracentenari che, infatti, va aumentando.

In termini relativi, nel 2002, ogni 10.000 residenti solo 1,1 era ultracentenario, valore che sale a 3,5 al 1° gennaio 2023 (Grafico 2). Se si considera il solo contingente femminile, negli stessi anni si è passati da 1,8 a 5,6 ultracentenarie ogni 10.000 residenti, mentre per gli uomini da 0,4 a 1,2. La componente femminile si conferma, quindi, di gran lunga quella più numerosa: al 1° gennaio 2023, infatti, le donne rappresentano l'83,1% del totale degli ultracentenari.

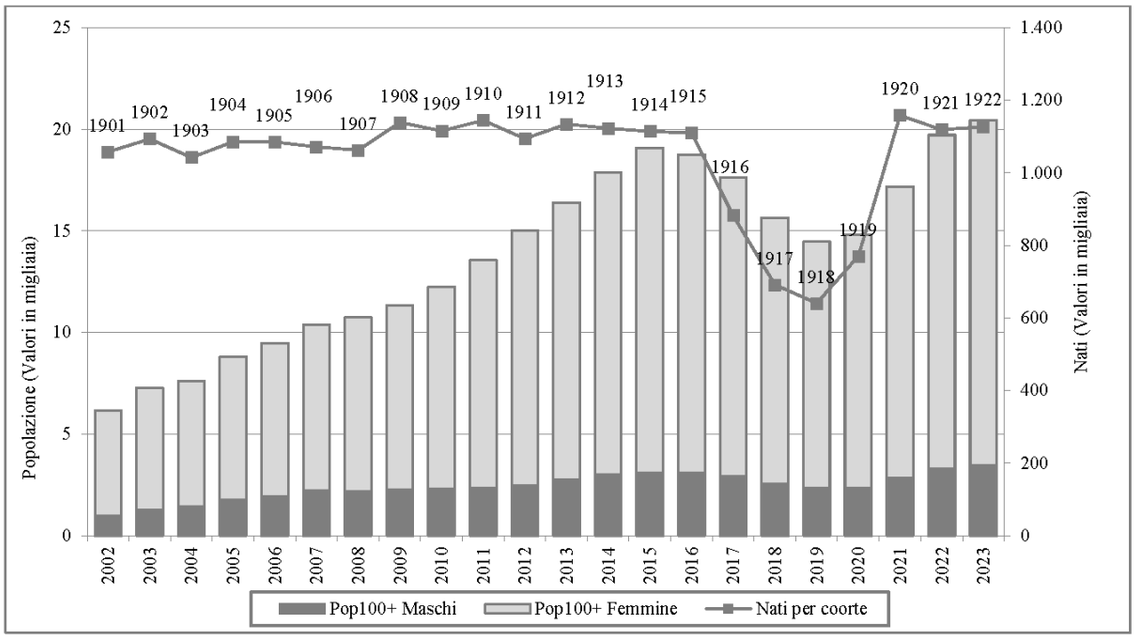
L'analisi dei dati più recenti a livello regionale (Grafico 3) mostra come la quota di popolazione ultracentenaria sul totale della popolazione varia, al 1° gennaio 2023, dal 5,8 per 10.000 del Molise e 5,6 per 10.000 della Liguria al 2,4 per 10.000 della Campania e al 2,8 per 10.000 della Sicilia. La graduatoria delle regioni per quota di popolazione di età 100 anni ed oltre varia se questi vengono rapportati alla popolazione di età 80 anni ed oltre (i potenziali futuri ultra-

G. DI GIORGIO, F. RINESI

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:44 Pagina 11

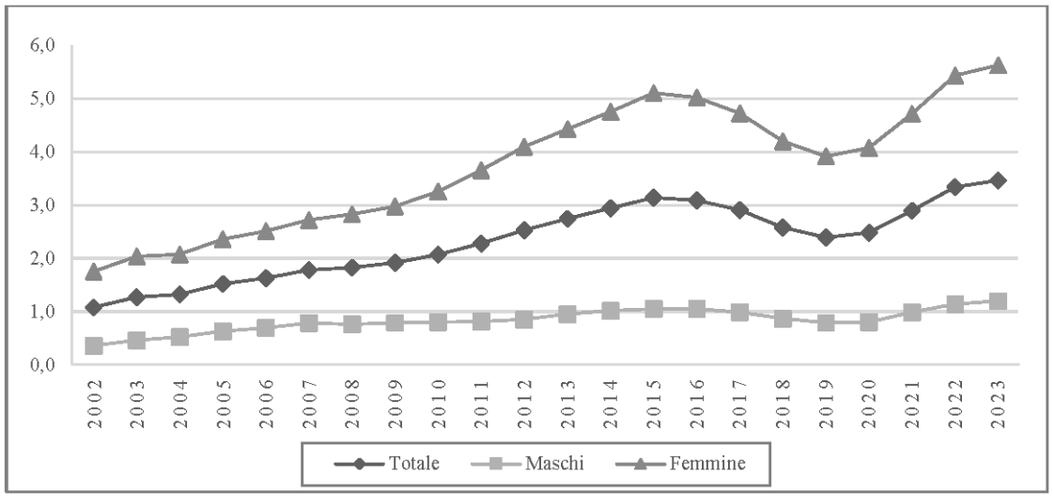
centenari) (Grafico 4) invece che al totale della popolazione residente. In particolare, in ultima posizione si colloca la Valle d'Aosta e non la Campania (che si trova nella metà bassa della classifica) e il Molise mantiene la prima posizione rispetto alla Liguria (quinta nella classifica). D'altra parte, a parità di numero di ultracentenari, la loro quota sul totale della popolazione di 80 anni ed oltre sarà più contenuta nelle regioni caratterizzate da una struttura della popolazione più invecchiata. Al contrario, questo si attesterà su valori più elevati nelle regioni meno invecchiate.

Grafico 1 - *Popolazione (valori assoluti in migliaia) ultracentenaria per genere - Anni 2002-2023 e Nati (valori assoluti in migliaia) - Anni 1901-1922*



Fonte dei dati: Rilevazione "Popolazione residente per sesso, età e stato civile". Disponibili sul sito: https://demo.istat.it. Anno 2023.

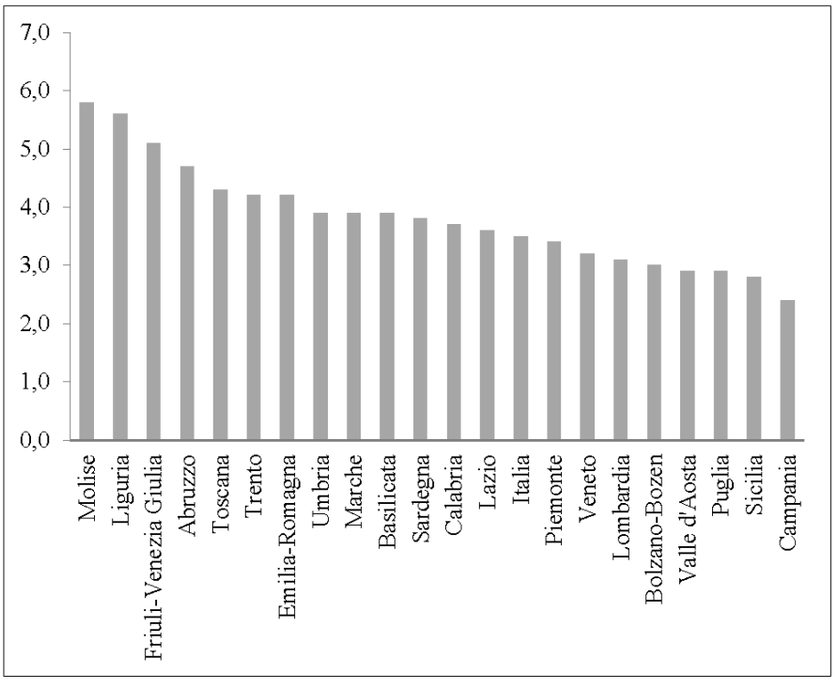
Grafico 2 - *Quota (valori relativi per 10.000) tra popolazione ultracentenaria e totale popolazione residente per genere - Anni 2002-2023*



Fonte dei dati: Rilevazione "Popolazione residente per sesso, età e stato civile". Disponibili sul sito: https://demo.istat.it. Anno 2023.

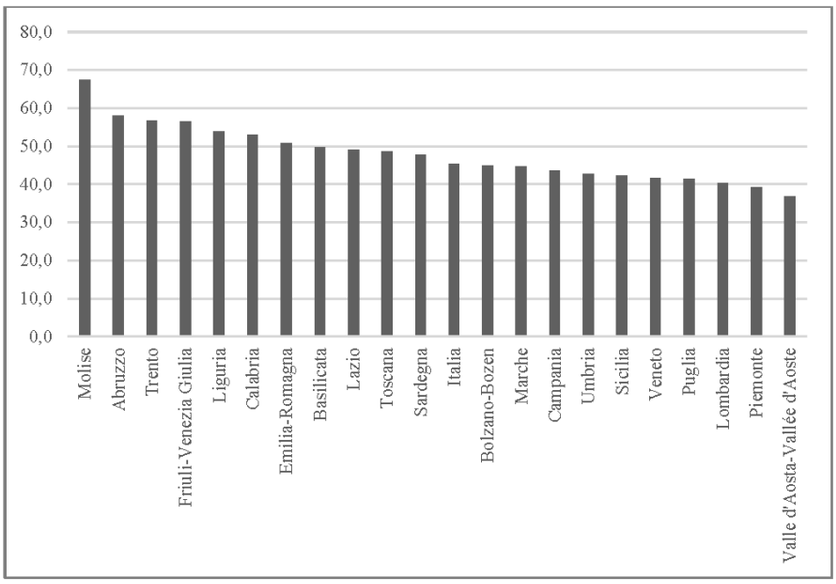
Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:44 Pagina 12

Grafico 3 - *Rapporto (valori per 100.000) tra popolazione ultracentenaria e totale popolazione residente per regione - Situazione al 1° gennaio 2023*



Fonte dei dati: Rilevazione "Popolazione residente per sesso, età e stato civile". Disponibili sul sito: https://demo.istat.it. Anno 2023.

Grafico 4 - *Rapporto (valori per 100.000) tra popolazione ultracentenaria e popolazione residente di età 80 anni ed oltre per regione - Situazione al 1° gennaio 2023*



Fonte dei dati: Rilevazione "Popolazione residente per sesso, età e stato civile". Disponibili sul sito: https://demo.istat.it. Anno 2023.

Raccomandazioni di Osservasalute

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

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:44 Pagina 13

Fecondità

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

Tasso di fecondità totale

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

Età media delle madri al parto

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

Quota di nati da madre straniera

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

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

Validità e limiti. Il Tft è un indicatore congiunturale che misura l'intensità finale (numero medio di figli per donna) del comportamento riproduttivo di una generazione fittizia che, in assenza di mortalità, assumerebbe a partire dall'anno di analisi tassi specifici per età (f_x) uguali a quelli osservati nell'anno considerato. L'età media delle donne al parto misura la cadenza della fecondità della medesima coorte fittizia. Infine, la proporzione di nati da madri straniere sul totale delle nascite è un indicatore che consente di valutare quanta parte delle nascite registrate sia imputabile a madri straniere.

Descrizione dei risultati

Nella Tabella 1 sono riportate le stime degli indicatori di intensità e di calendario della fecondità a livello regionale e delle PA, nonché la proporzione di nati da madre straniera sul totale dei nati con riferimento all'anno 2022. Per facilitare la lettura dei risultati così emersi ed evidenziare le dinamiche territoriali, la tabella è accompagnata da tre cartogrammi che mettono in luce gli aspetti più interessanti del comportamento riproduttivo registrato a livello sub-regionale. La scala della campitura è costruita in modo da garantire l'uguaglianza del numero di province appartenenti a ciascuna classe.

La fecondità, per il Paese nel suo complesso, è frutto del comportamento delle residenti italiane e straniere; un comportamento che si differenzia, significativamente, sia nell'intensità che nel calendario riproduttivo. Considerando il complesso delle residenti in Italia, il Tft è pari a 1,24 figli per donna (Tabella 1). A livello generale è importante sottolineare come il numero medio di figli per donna, calcolato per le donne straniere residenti, si attesti su livelli superiori a quelli che caratterizzano le residenti con cittadinanza italiana. Se si considera il Paese nel suo complesso, il primo è, infatti, pari a 1,86 figli per donna, mentre il secondo è pari a 1,18 figli per donna. A partire dal 1995 si è assistito ad un lento processo di ripresa dei livelli di fecondità imputabile sia al maggior peso della componente straniera che ad un "effetto recupero" delle donne più vicine alla fine dell'età fertile. Tuttavia, a partire dal 2010, in concomitanza del protrarsi della crisi economica che ha riguardato l'Italia, la lenta ripresa dei livelli di fecondità si è arrestata, così come la crescita del

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:44 Pagina 14

numero dei nati. Il calo della natalità, dovuto sia alla riduzione della propensione ad avere figli che all'invecchiamento della struttura per età della popolazione (escono dalla fase riproduttiva le *baby-boomers*), si è accentuato nei mesi di novembre e dicembre 2020 quando si iniziano a intravedere gli effetti della pandemia da COVID-19 ed è proseguito per tutto il 2021 e si è confermato nel 2022 quando si è scesi sotto la soglia dei 400 mila nati, raggiungendo il record negativo di 393.333 nascite. I dati provvisori dei primi mesi del 2023 confermano la flessione del numero delle nascite: si stima, infatti, un ulteriore calo nel numero dei nati (-1,9%), rispetto allo stesso periodo del 2022 (1).

Nel 2022, i valori più alti del Tft si registrano nella PA di Bolzano (1,64 figli per donna), seguita dalla PA di Trento (1,36 figli per donna), la Sicilia (1,35 figli per donna) e la Campania (1,33 figli per donna). Sono numerose le regioni dove si registra un Tft particolarmente basso (ossia inferiore o pari a 1,2 figli per donna in età feconda) e si collocano nel Centro-Sud ed Isole, si segnalano in particolare il Molise, la Basilicata (entrambe con 1,10 figli per donna) e la Sardegna (0,95 figli per donna).

A livello nazionale, l'età media delle madri al parto per il totale delle donne residenti (Tabella 1) risulta pressoché stabile e pari a 32,4 anni. Le variazioni regionali appaiono relativamente contenute: Basilicata (33,1 anni), Lazio (33,0 anni), Molise e Sardegna (entrambe 32,9 anni) sono le regioni dove l'età media al parto raggiunge i valori più elevati, mentre la regione in cui l'età al parto raggiunge il suo minimo è la Sicilia (31,4 anni).

Anche in questo caso, è possibile analizzare distintamente gli indicatori presentati per cittadinanza italiana e straniera della madre: l'età media al parto delle straniere è inferiore a quella delle italiane (rispettivamente, 29,5 anni e 32,9 anni).

L'ultimo indicatore qui proposto è la quota di nati da madre straniera sul totale delle nascite: a livello nazionale tale indicatore è pari a 18,6%: in altre parole, poco meno di un nato su cinque ha la madre con cittadinanza straniera. È possibile, inoltre, evidenziare una forte variabilità a livello territoriale: nelle regioni del Mezzogiorno (ad esclusione dell'Abruzzo che, comunque, presenta un valore di oltre 4 p.p. inferiore a quello nazionale) la quota di nati da madri straniere è decisamente più contenuta di quanto non accada nelle regioni del Centro-Nord. Il valore minimo si registra in Campania (7,1%) e Sardegna (entrambe 7,2%). Al contrario, in Emilia-Romagna la quota di nati da madre straniera raggiunge il suo massimo (29,1%) ovvero poco meno di un nato ogni tre ha una madre con cittadinanza diversa da quella italiana, tale valore è in lieve flessione rispetto all'anno precedente quando era pari a 30,9%. Valori elevati si registrano anche in Lombardia dove i nati da madre straniera sono il 27,4%, seguita da Liguria (26,5%) e Veneto (25,5%). Appare evidente, quindi, come i livelli di natalità più alti registrati in molte regioni del Centro-Nord, rispetto al resto del Paese, siano in gran parte imputabili all'apporto fornito dalle donne straniere residenti. La distribuzione territoriale della quota dei nati da madri straniere mostra, infatti, un andamento che, come facilmente intuibile, ricalca sostanzialmente la distribuzione della popolazione straniera residente nel Paese. L'andamento a livello provinciale dei principali indicatori sopra commentati (numero medio di figli per donna, età media delle madri al parto e quota di nati da madre straniera) può essere apprezzato nei cartogrammi che seguono.

La lettura sub regionale mostra alcune tipicità. I Tft più elevati si riscontrano nelle regioni del Centro-Nord e, in particolare, in parte del Piemonte e nell'area compresa tra la Lombardia, le PA di Trento e di Bolzano, il Veneto e l'Emilia-Romagna. Livelli di fecondità simili si ritrovano anche in alcune aree del Meridione, specie in Sicilia, nella provincia di Napoli e in parte della Calabria. Al contrario, appaiono assai contenuti i tassi stimati nelle aree del delta del Po, nel Piemonte orientale, nella zona del viterbese e del reatino, nelle aree della dorsale appenninica e, soprattutto, in Sardegna.

I fattori che influenzano le differenze territoriali nel calendario della fecondità sono complessi; l'età media delle madri al parto risente sia del livello di fecondità stessa che dei fattori di natura economica, culturale e sociale. Nelle province metropolitane, come per esempio Milano, Firenze, Genova e Roma, l'età media delle madri al parto è più elevata che nel resto del Paese, specie quelle meno urbanizzate. Nell'area interna del Mezzogiorno, dove la fecondità è più bassa, l'età media al parto è più elevata che nelle aree limitrofe. Di particolare interesse è, poi, il comportamento delle residenti nelle due isole maggiori: da un lato troviamo la Sardegna (dove tale indicatore si attesta su valori particolarmente elevati) ed al suo opposto troviamo la Sicilia.

Dall'analisi della distribuzione della quota di iscritti in Anagrafe per nascita da madre straniera a livello subregionale non emergono particolari tipicità che discostano significativamente l'andamento provinciale di questo indicatore da quello regionale già commentato nelle tavole precedenti.

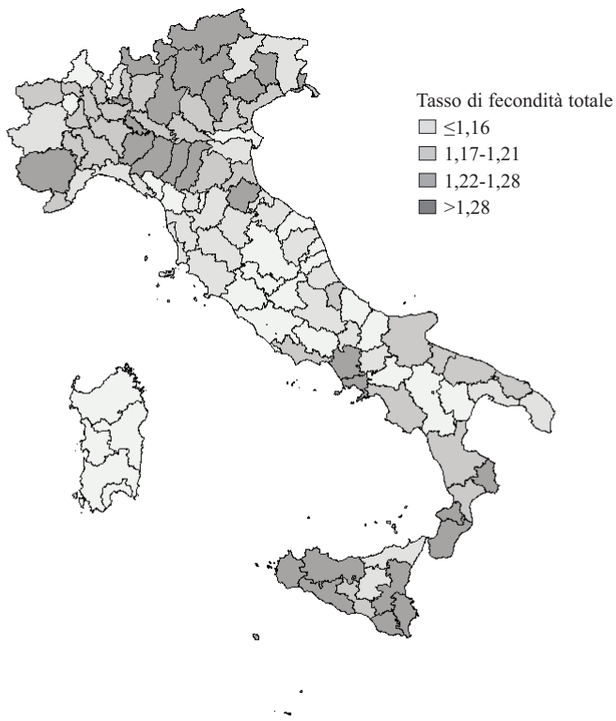
Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:44 Pagina 15

Tabella 1 - *Tasso di fecondità totale (numero medio di figli per donna), età media (valori in anni) della madre al parto e quota (valori per 100) di nati da madre straniera per regione - Anno 2022*

Regioni	Tasso di fecondità totale			Età media delle madri al parto			Quota di nati da madri straniere
	Totale	Italiane	Straniere	Totale	Italiane	Straniere	
Piemonte	1,22	1,12	1,86	32,5	33,1	29,6	24,0
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	1,27	1,26	1,63	32,3	32,6	29,8	14,3
Lombardia	1,25	1,14	1,93	32,7	33,4	29,8	27,4
Bolzano-Bozen	*1,64*	*1,55*	*2,49*	*31,8*	*32,2*	*29,2*	*21,2*
Trento	*1,36*	*1,28*	*2,15*	*32,5*	*33,0*	*29,5*	*20,5*
Veneto	1,26	1,16	2,01	32,5	33,3	29,4	25,5
Friuli Venezia Giulia	1,26	1,14	2,12	32,4	33,2	29,0	24,7
Liguria	1,20	1,08	1,92	32,4	33,3	29,3	26,5
Emilia-Romagna	1,27	1,14	1,92	32,4	33,3	29,6	29,1
Toscana	1,16	1,09	1,66	32,8	33,6	29,3	23,8
Umbria	1,13	1,06	1,64	32,4	33,1	29,2	22,3
Marche	1,16	1,10	1,71	32,6	33,2	29,4	19,6
Lazio	1,16	1,12	1,53	33,0	33,6	29,9	18,7
Abruzzo	1,18	1,13	1,84	32,8	33,2	29,2	14,4
Molise	1,10	1,08	1,62	32,9	33,1	29,3	9,0
Campania	1,33	1,31	1,87	32,0	32,2	29,5	7,1
Puglia	1,22	1,19	1,95	32,3	32,5	28,7	7,5
Basilicata	1,10	1,05	1,95	33,1	33,5	29,2	10,5
Calabria	1,28	1,27	1,63	32,1	32,3	29,0	8,5
Sicilia	1,35	1,32	2,04	31,4	31,6	29,0	7,4
Sardegna	0,95	0,93	1,44	32,9	33,0	29,9	7,2
Italia	**1,24**	**1,18**	**1,86**	**32,4**	**32,9**	**29,5**	**18,6**

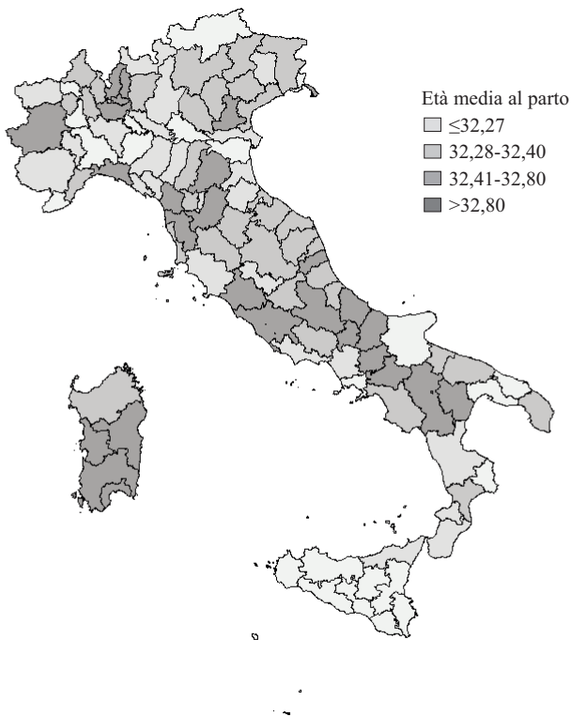
Fonte dei dati: Rilevazione sulle Nascite. Disponibili sul sito: dati.istat.it. Anno 2023.

Tasso di fecondità totale (numero medio di figli per donna) per provincia. Anno 2022

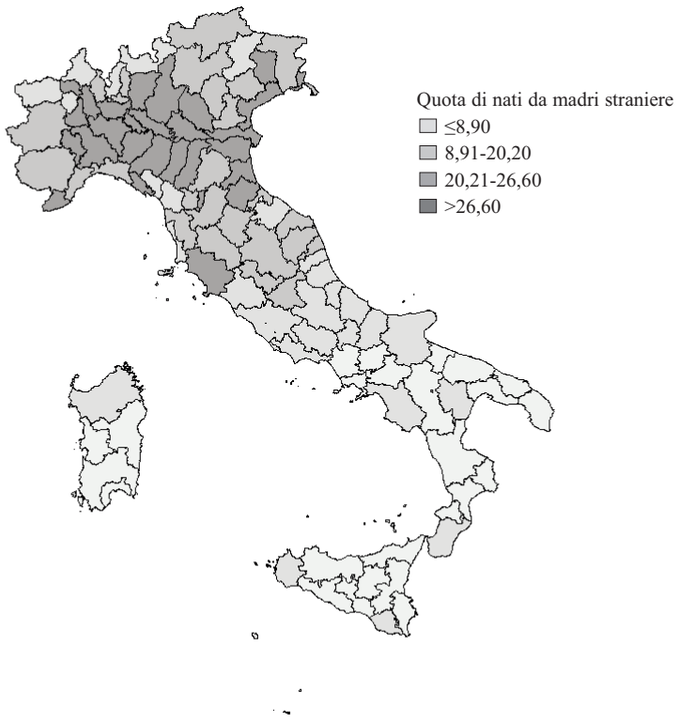


Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:44 Pagina 16

Età media (valori in anni) delle madri al parto per provincia. Anno 2022



Quota (valori per 100) di nati da madre straniera per provincia. Anno 2022



Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:44 Pagina 17

Raccomandazioni di Osservasalute

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

Riferimenti bibliografici

(1) Istat. Natalità e fecondità della popolazione residente. Anno 2022. Statistiche Report 2024. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/archivio/289772.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:44 Pagina 18

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:44 Pagina 19

Fumo, alcol, alimentazione, eccesso ponderale e prevenzione

Secondo quanto indicato dall'OMS, ogni anno le malattie non trasmissibili (NCD) uccidono 41 milioni di persone, pari al 74% di tutti i decessi a livello globale.

Le malattie cardiovascolari rappresentano la maggior parte dei decessi per NCD, ovvero 17,9 milioni di persone all'anno, seguite da tumori (9,3 milioni), malattie respiratorie (4,1 milioni) e diabete (2 milioni, includendo anche i decessi dovuti a patologie renali connesse al diabete). Questi quattro gruppi di malattie rappresentano oltre l'80% di tutte le morti premature di NCD.

L'uso del tabacco, l'inattività fisica, l'uso dannoso di alcol, una dieta non salutare e l'eccesso di peso rappresentano fattori di rischio in grado di aumentare il rischio di mortalità per NCD. Tali fattori di rischio rappresentano comportamenti nella maggior parte modificabili per i quali è fondamentale il rilevamento, lo screening e il contrasto.

Il tabacco, anche a causa degli effetti dell'esposizione al fumo passivo, causa più di 8 milioni di decessi ogni anno e si prevede che il suo impatto aumenterà notevolmente nei prossimi anni. Inoltre, 1,8 milioni di decessi annuali sono stati attribuiti all'assunzione eccessiva di sale, concausa dell'ipertensione. Più della metà dei 3 milioni di decessi annuali attribuibili all'uso di alcol sono riferibili a NCD, incluso il cancro. Infine, 830 mila decessi l'anno possono essere attribuiti a una insufficiente attività fisica.

I fattori di rischio metabolici contribuiscono a determinare quattro principali cambiamenti metabolici che aumentano il rischio di malattie non trasmissibili: l'aumento della pressione sanguigna, sovrappeso/obesità, iperglicemia (alti livelli di glucosio nel sangue) e iperlipidemia (alti livelli di grasso nel sangue). In termini di decessi attribuibili, il principale fattore di rischio metabolico a livello globale è l'elevata pressione sanguigna (a cui sono attribuiti il 19% dei decessi globali), seguita da sovrappeso e obesità e aumento della glicemia.

Diversi fattori di rischio ambientali contribuiscono alle NCD. L'inquinamento atmosferico è il principale di questi, responsabile di 6,7 milioni di decessi a livello globale, di cui circa 5,7 milioni sono dovuti alle NCD, tra cui ictus, cardiopatia ischemica, broncopneumopatia cronica ostruttiva e cancro ai polmoni.

Le malattie non trasmissibili colpiscono in modo sproporzionato le persone nei Paesi a basso e medio reddito in cui si verificano 31,4 milioni dei decessi globali per NCD, pari a più di tre quarti del totale. La povertà è strettamente legata alle NCD. Le persone vulnerabili e socialmente svantaggiate si ammalano e muoiono prima delle persone con posizioni sociali più elevate, soprattutto perché sono maggiormente a rischio di essere esposte a prodotti nocivi, come il tabacco o pratiche alimentari non salutari, e hanno una minore probabilità di avere accesso ai servizi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione.

Considerando la situazione in Italia, c'è da osservare come nel tempo il quadro complessivo delle condizioni di salute è stato caratterizzato da un buon miglioramento, testimoniato dal progressivo incremento della longevità e che ha portato il nostro Paese a permanere nel tempo una delle Nazioni con la più alta speranza di vita nel contesto europeo.

I miglioramenti hanno riguardato tutte le fasi della vita con un'evoluzione positiva anche della mortalità evitabile grazie anche all'adozione di stili di vita più salutari. A partire dai primi mesi del 2020, tuttavia, il diffondersi della pandemia di SARS-CoV-2 (COVID-19) su scala mondiale ha innescato una battuta d'arresto rispetto a questo miglioramento, costituendo ad oggi una delle minacce più importanti per la salute registrate negli ultimi decenni. L'epidemia ha colpito in modo violento specialmente gli anziani e le persone più fragili e svantaggiate, acuendo al contempo le significative disuguaglianze sociali che affliggono il nostro Paese, come testimoniano i differenziali sociali riscontrabili nell'eccesso di mortalità causato dal COVID-19. Attualmente, a distanza di 4 anni dallo scoppio della pandemia, la situazione generale si è pressoché riassestata alla situazione pre-pandemica, ma permangono ancora visibili gli strascichi che l'emergenza sanitaria ha provocato.

Per ridurre l'impatto delle NCD sugli individui e sulla società, è necessario un approccio globale che richieda a tutti i settori, inclusi sanità, finanza, trasporti, istruzione, agricoltura, pianificazione e altri, di collaborare per ridurre i rischi associati alle NCD e promuovere interventi per la prevenzione ed il loro contrasto. Inoltre, riduzioni sostanziali nella mortalità delle NCD richiedono un sistema sanitario rafforzato per fornire servizi che migliorino la diagnosi, il trattamento, la riabilitazione e la palliazione, compreso il controllo dell'ipertensione, e politiche che riducano drasticamente i fattori di rischio per NCD.

Il PNP 2020-2025 adottato nell'agosto 2020 con Intesa in Conferenza Stato-Regioni, come già il piano che lo ha preceduto, mette in evidenza tra i suoi macro obiettivi al primo posto proprio la "riduzione del carico

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:44 Pagina 20

prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili". Il Piano rappresenta lo strumento fondamentale di pianificazione centrale degli interventi di prevenzione e promozione della salute da realizzare sul territorio. Esso mira a garantire sia la salute individuale e collettiva, sia la sostenibilità del SSN attraverso azioni quanto più possibile basate su evidenze di efficacia, equità e sostenibilità che accompagnano il cittadino in tutte le fasi della vita, nei luoghi in cui vive e lavora. Il PNP 2020-2025 mira a contribuire al raggiungimento degli obiettivi dell'Agenda 2030 delle Nazioni Unite, che definisce un approccio combinato agli aspetti economici, sociali e ambientali che impattano sul benessere delle persone e sullo sviluppo delle società, affrontando dunque il contrasto alle disuguaglianze di salute quale priorità trasversale a tutti gli obiettivi. L'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile riconosce le NCD come una grande sfida globale per lo sviluppo sostenibile. Nell'ambito dell'Agenda, i capi di Stato e di governo si sono impegnati a sviluppare risposte nazionali ambiziose, entro il 2030, per ridurre di un terzo la mortalità prematura da malattie non trasmissibili attraverso la prevenzione e il trattamento (Obiettivo 3.4 dei *Sustainable Development Goals*). Questo obiettivo proviene dalle riunioni ad alto livello dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite sulle NCD nel 2011 e 2014, che hanno ribadito il ruolo di leadership e coordinamento dell'OMS nella promozione e nel monitoraggio dell'azione globale contro le NCD. Nel 2019, la *World Health Assembly* ha esteso al 2030 il Piano d'Azione Globale dell'OMS per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili 2013-2020 e ha chiesto lo sviluppo di una *Roadmap* di attuazione 2023-2030 per accelerare i progressi nella prevenzione e nel controllo delle NCD. La *Roadmap* sostiene le azioni per raggiungere una serie di nove Obiettivi globali con il maggiore impatto sulla prevenzione e la gestione delle NCD.

In Italia, l'importanza di un monitoraggio epidemiologico costante nei confronti delle NCD e dei fattori di rischio per la salute è stata formalizzata dal quadro normativo dettato sia dal DPCM del 12 gennaio 2017 sui nuovi LEA (che inserisce la "Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione" all'interno dei nuovi LEA relativamente all'area Prevenzione collettiva e Sanità Pubblica) che dal DPCM del 3 marzo 2017 sui Registri e sorveglianze (che inserisce, ad esempio, il sistema di monitoraggio sull'alcol fra quelle a rilevanza nazionale).

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

Le analisi che vengono proposte in questo Capitolo permettono di mettere in evidenza i trend in atto sui diversi fenomeni analizzati: da una parte fattori di rischio come il consumo di alcol, l'abitudine al fumo, la carenza di attività fisico-motoria, il sovrappeso e l'obesità generale e infantile e, dall'altra, le attività di prevenzione tramite screening (mammografico, cervice uterina, colon rettale). L'importanza di tutto ciò dipende dal fatto di essere consapevoli che per avviare i cambiamenti richiesti è necessario partire da un elevato livello di conoscenza individuale e collettiva sia dei danni e dei rischi legati ai comportamenti non salutari e sia di quanto questi siano diffusi sul territorio in maniera differenziata e tra i diversi *target* di popolazione. I risultati degli studi condotti evidenziano sia segnali positivi, sia negativi e testimoniano l'importanza e l'efficacia delle strategie preventive se adottate adeguatamente. Si avverte ancora forte la necessità di proseguire ed ampliare gli interventi di educazione alla salute in atto o di intraprendere nuove misure di provata efficacia per controllare la diffusione di comportamenti a rischio e promuovere l'offerta dei servizi di prevenzione, questo in maniera differenziata nei diversi *target* di popolazione, con particolare attenzione verso i gruppi più vulnerabili.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:44 Pagina 21

Fumo di tabacco

Significato. L'abitudine al fumo di tabacco continua a rappresentare una delle principali cause di morte evitabili. Anche per il 2023 nell'ambito della "Giornata mondiale senza tabacco" promossa dall'OMS si evidenzia il connubio tra la salvaguardia dell'ambiente e del territorio e il consumo di tabacco: "Abbiamo bisogno di cibo e non di tabacco" è il nuovo e attrattivo slogan della campagna di comunicazione (1). Ambiente e abitudine al fumo rappresentano due temi di estrema attualità che consentono, ancora una volta, di dare ampio respiro alla lotta contro l'abitudine al fumo attraverso la promozione a livello globale della sostituzione della coltivazione di tabacco con colture sostenibili. L'abitudine al fumo continua a rappresentare la causa di morte di 8 milioni di persone l'anno in tutto il mondo (di cui 1 milione 300 mila persone per sola esposizione). Secondo i dati più recenti, a livello mondiale sono fumatori di tabacco il 22,3% della popolazione (il 36,7% degli uomini e il 7,8% delle donne) (2).

Prevalenza di persone per abitudine al fumo

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

Validità e limiti. Riguardo l'abitudine al fumo, sono stati analizzati i dati riportati nell'Indagine Multiscopo dell'Istat "Aspetti della vita quotidiana". Per l'indagine relativa al 2022, è stata adottata una tecnica mista di rilevazione, *Computer Assisted Web Interviewing*/*Computer Assisted Personal Interviewing* /*Paper And Pencil Interviewing*. L'indagine è condotta su un campione di circa 25.000 famiglie.

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

Descrizione dei risultati

Nel 2022 sono poco più di 10 milioni le persone di età 14 anni ed oltre fumatrici, pari al 19,6% della popolazione in questa fascia di età. Un dato sostanzialmente stabile negli ultimi anni dopo una diminuzione costante registrata nell'ultimo ventennio (era il 23,7% nel 2001); infatti, nel 2021 erano il 19,0%; nel 2020 i fumatori erano il 18,6% e nel 2019 il 18,4%. Si conferma il differenziale tra uomini e donne rispetto all'abitudine al fumo: sono fumatori il 23,8% degli uomini (circa 6 milioni) rispetto al 15,6% delle donne (4 milioni 180 mila), sebbene la forbice si sia ridotta negli anni: nel 2001 era di 14,1 p.p. mentre nel 2022 è di 8,2 p.p. (Grafico 1). Differenze di genere ancora più marcate si registrano tra gli ex-fumatori: nel 2022 si registra il 17,8% delle donne *vs* il 29,1% degli uomini.

Nel 2022 la regione in cui si registra il numero maggiore di fumatori è l'Umbria con il 22,9% di fumatori, segue la Sicilia con il 22,0%, qui si registra una variazione significativa rispetto al 2021 con un aumento di 3,2 p.p.. Seguono, in ordine decrescente rispetto all'incidenza di fumatori, Liguria (21,7% e aumento statisticamente significativo di 4,0 p.p. rispetto al 2021) ed Emilia-Romagna (21,6% e un aumento di 3,4 p.p). Solo in Sardegna si assiste ad una diminuzione del numero di fumatori di 3,5 p.p.. Nel 2022 il Veneto si conferma come la regione con la percentuale più bassa di fumatori (15,7%), seguono i residenti della Valle d'Aosta (16,2%), quelli delle PA di Bolzano (16,3%) e Trento (16,5%). Se si prende in considerazione l'ampiezza dei comuni, nel 2022 non si conferma l'evidenza che i Comuni grandi, sia del centro sia della periferia dell'area metropolitana abbiano percentuali di fumatori più elevate rispetto ai comuni di dimensioni inferiori. Infatti, nei centri più piccoli con meno di 2.000 abitanti si registra una percentuale di fumatori pari al 18,8%, mentre nei Comuni del centro dell'area metropolitana la percentuale è pari al 18,5% e in quelli della periferia è del 21,4%.

Anche nel 2022 la prevalenza di ex-fumatori nella popolazione di età 14 anni ed oltre non subisce variazioni significative ed è pari al 23,3% (negli anni precedenti il valore era pari al 24,0% nel 2021, 23,3% nel 2020, 23,0% nel 2019, 23,4% nel 2018).

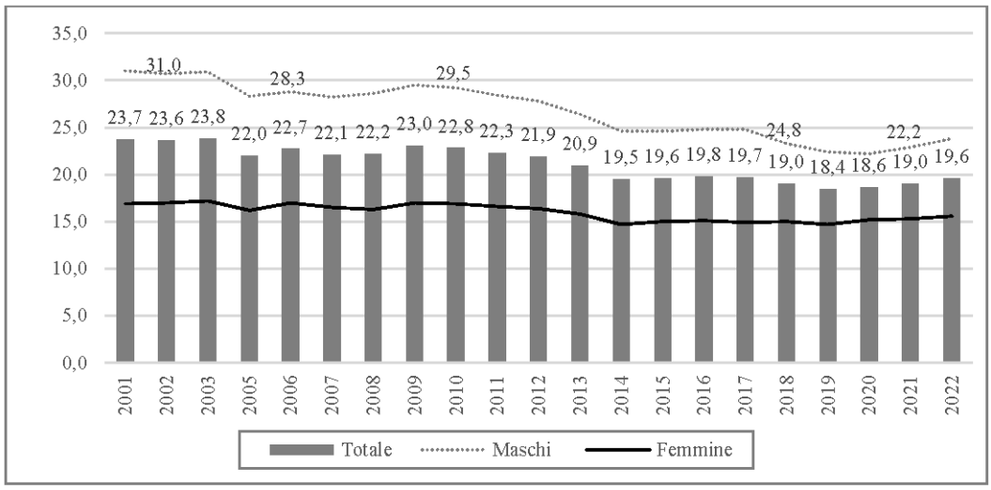
La prevalenza maggiore di ex-fumatori nel 2022 si registra ancora in Sardegna, capofila tra le regioni con il 29,1% della popolazione di età 14 anni ed oltre che si dichiara ex-fumatore. In generale, analizzando le regioni in termini di ripartizioni a cinque aree, le regioni del Nord-Ovest (23,8%), Nord-Est (25,6%) e Centro (24,6%) sono quelle con la più alta prevalenza di ex-fumatori, mentre le regioni del Sud e le Isole si confermano quelle in cui la prevalenza è più bassa (rispettivamente, 20,5% e 21,2%) (Tabella 1).

Nel corso del 2022, tra i fumatori, le fasce di età con le differenze più elevate rispetto al valore medio sono, per gli uomini quella dei giovani adulti tra i 25-44 anni: nella fascia di età 25-34 anni il 32,6% e tra i 35-44 anni il 33,7%. Tra le donne, pur mantenendo

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:44 Pagina 22

tassi più bassi di abitudine al fumo, si registrano valori al di sopra della media dai 20-64 anni.
Stabile il numero medio di sigarette fumate (11 sigarette al giorno). Si conferma, quindi, la diminuzione rispetto al 2003, anno nel quale erano 13,8 le sigarette fumate in media, anche se negli ultimi anni si osserva una sostanziale stabilità. Permane la differenza di genere, i più accaniti fumatori rimangono gli uomini rispetto alle donne (11,9 sigarette *vs* 9,6 sigarette fumate in media).
Tra gli uomini nella classe di età 45-74 anni si concentrano i fumatori più "forti" con un picco di 14,2 sigarette fumate tra i 60-64 anni; le fumatrici che mostrano i valori più elevati in termini di numero di sigarette fumate in media appartengono alla fascia di età 65-74 anni: 11,2 sigarette (Tabella 2).

Grafico 1 - *Prevalenza (valori per 100) di fumatori nella popolazione di età 14 anni ed oltre per genere - Anni 2001-2022*



Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:44 Pagina 23

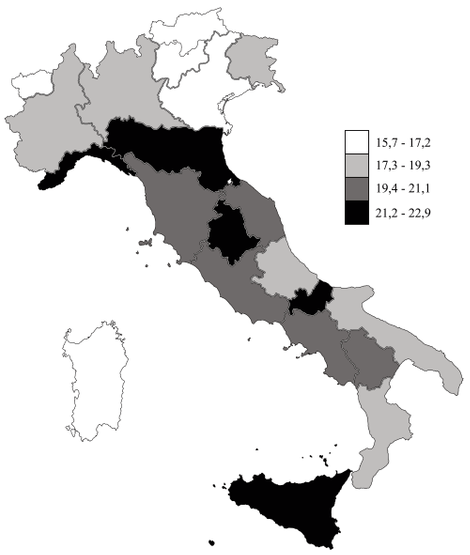
Tabella 1 - *Prevalenza (valori per 100) di fumatori, ex-fumatori e non fumatori nella popolazione di età 14 anni ed oltre per regione, macroarea e densità abitativa - Anno 2022*

Regioni/Macroaree/Densità abitativa	Fumatori	Ex-Fumatori	Non Fumatori
Piemonte	18,8	25,1	55,4
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	16,2	20,3	62,5
Lombardia	19,2	23,2	56,9
Bolzano-Bozen	*16,3*	*24,2*	*57,7*
Trento	*16,5*	*23,2*	*59,7*
Veneto	15,7	25,8	57,4
Friuli Venezia Giulia	19,3	24,6	55,5
Liguria	21,7	24,4	53,3
Emilia-Romagna	21,6	26,0	51,8
Toscana	20,5	24,0	54,7
Umbria	22,9	25,7	50,4
Marche	20,8	25,9	52,3
Lazio	20,5	24,5	54,1
Abruzzo	19,1	23,5	56,2
Molise	21,4	24,0	53,7
Campania	20,0	20,8	57,9
Puglia	19,3	19,8	59,6
Basilicata	19,9	20,8	58,4
Calabria	17,5	18,1	62,3
Sicilia	22,0	18,6	58,0
Sardegna	16,9	29,1	53,0
Italia	**19,6**	**23,3**	**56,1**
Nord-Ovest	*19,3*	*23,8*	*56,2*
Nord-Est	*18,4*	*25,6*	*55,2*
Centro	*20,7*	*24,6*	*53,8*
Sud	*19,4*	*20,5*	*58,7*
Isole	*20,7*	*21,2*	*56,7*
Comune centro dell'area metropolitana	18,5	24,8	55,7
Periferia dell'area metropolitana	21,4	23,1	54,8
Fino a 2.000 abitanti	18,8	20,8	59,1
Da 2.001 a 10.000 abitanti	18,8	22,9	57,3
Da 10.001 a 50.000 abitanti	19,2	23,2	56,4
>50.000 abitanti	20,9	23,5	54,7

Nota: il totale per riga non fa 100 perché vi è una quota residuale di "non indicato".

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2023.

Prevalenza (valori per 100) di fumatori nella popolazione di età 14 anni ed oltre per regione. Anno 2022



Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:44 Pagina 24

Tabella 2 - *Prevalenza (valori per 100) di fumatori ed ex-fumatori e numero medio (valori assoluti) di sigarette fumate al giorno per genere e classe di età - Anno 2022*

Classi di età	Maschi			Femmine			Totale		
	Fumatori	Ex-fumatori	N medio sigarette al giorno*	Fumatori	Ex-fumatori	N medio sigarette al giorno*	Fumatori	Ex-fumatori	N medio sigarette al giorno*
14-17	4,4	2,5	6,7	2,9	1,7	5,0	3,6	2,1	6,0
18-19	22,6	5,7	8,5	12,5	6,8	7,1	17,4	6,3	8,0
20-24	28,0	9,6	8,4	18,9	9,3	7,7	23,8	9,4	8,2
25-34	32,6	17,0	11,1	19,4	16,2	9,1	26,2	16,6	10,3
35-44	33,7	22,8	11,7	20,7	18,7	9,2	27,2	20,8	10,8
45-54	27,9	26,0	12,8	19,0	17,3	9,6	23,4	21,6	11,5
55-59	24,5	31,9	13,7	20,6	20,6	10,8	22,4	26,1	12,3
60-64	21,8	38,5	14,2	19,6	25,5	10,4	20,7	31,9	12,3
65-74	18,5	46,5	13,2	13,4	23,7	11,2	15,8	34,3	12,3
75+	7,9	52,9	10,7	4,3	16,5	8,0	5,8	31,7	9,4
Totale	**23,8**	**29,1**	**11,9**	**15,6**	**17,8**	**9,6**	**19,6**	**23,3**	**11,0**

*Media calcolata sui fumatori di sigarette.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2023.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'OMS, il Ministero della Salute e l'ISS continuano a incentivare le azioni, da parte dei Governi nazionali, proposte dal *Monitoring, Protect, Offer, Warn, Enforce and Raise* (2), un metodo pratico che si compone di sei azioni volte alla riduzione del consumo di tabacco. Necessarie appaiono le azioni di monitoraggio messe in atto dall'ISS (3-4), dal Ministero della Salute (5) e dall'Istat (6), nonché le attività di supporto alle persone che vogliono smettere di fumare. Il PNP 2020-2025 prevede che le Regioni siano chiamate a promuovere l'adozione consapevole di uno stile di vita sano e attivo in tutte le età, sviluppando programmi di contrasto al consumo dei prodotti del tabacco e con nicotina condivisi tra i servizi sanitari e socio-sanitari, Istituzioni educative e datori di lavoro, attivando reti e comunità locali (7).

Anche l'individuazione dei *target* più fragili, come i giovani, attraverso la realizzazione di indagini *ad hoc*, è fondamentale nelle strategie di contrasto al consumo di tabacco (8).

Riferimenti bibliografici

(1) Disponibile sul sito: www.who.int/campaigns/world-no-tobacco-day/2023.
(2) Disponibile sul sito: www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/tobacco.
(3) Disponibile sul sito: www.who.int/initiatives/mpower.
(4) Disponibile sul sito: www.epicentro.iss.it/passi/dati/fumo.
(5) Disponibile sul sito: www.iss.it/tabacco-sigarette-elettroniche/-/asset_publisher/8RGFP0hES89P/content/guida-smetto-di-fumare.
(6) Disponibile sul sito: http://dati.istat.it.
(7) Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/portale/prevenzione/homePrevenzione.jsp.
(8) GYTS. Disponibile sul sito: www.epicentro.iss.it/okkio-allasalute/hbscgyts/pdf/Italy%20GYTS%202010%20Factsheet%20(Ages%2013-15).pdf.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:44 Pagina 25

Consumo di alcol

Significato. L'alcol è una sostanza psicoattiva che può causare oltre 200 malattie e condizioni patologiche (1) tra cui infortuni, disordini psichici e comportamentali, patologie gastrointestinali, immunologiche, infertilità, problemi perinatali e numerosi tipi di cancro (2), come confermato dall'*International Agency for Research on Cancer* (3).
In tutto il mondo, 3 milioni di decessi ogni anno derivano dal consumo dannoso di alcol. Ciò rappresenta il 5,3% di tutti i decessi e, nel complesso, il 5,1% del carico globale di malattie e infortuni è attribuibile all'alcol, misurato in anni di vita corretti per la disabilità (*Disability Adjusted Life Years* - DALY) (4).
L'Osservatorio Nazionale Alcol dell'ISS (ONA-ISS), in accordo con l'OMS, la Società Italiana di Alcologia (SIA) e il Ministero della Salute, ha costruito un indicatore di sintesi per identificare il rischio attribuibile al consumo di alcol sulla base delle quantità di alcol consumate e delle modalità di consumo. L'indicatore è costruito tenendo conto del fatto che: sotto i 18 anni qualunque consumo deve essere evitato; per le donne adulte e per gli anziani (>65 anni) il consumo giornaliero non deve superare 1 Unità Alcolica (UA[1] = 12 grammi di alcol puro); per gli uomini adulti il consumo giornaliero non deve superare le 2 UA, indipendentemente dal tipo di bevanda consumata. Un altro comportamento molto rischioso per la salute è la pratica del *binge drinking*, ossia il consumo episodico eccessivo di alcol, più di 6 UA, concentrato nel tempo e in una singola occasione (il fegato è in grado di smaltire non più di 6 grammi di alcol all'ora (5). L'indicatore di sintesi identifica, quindi, come consumatori a rischio gli individui che praticano almeno una delle due componenti del rischio: il consumo abituale eccedentario non rispettoso delle Linee Guida e il consumo episodico eccessivo (*binge drinking*).

Prevalenza di consumatori giovani a rischio

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

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

x 100

Prevalenza di consumatori (uomini) adulti a rischio

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

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

x 100

Prevalenza di consumatori (donne) adulti a rischio

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

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

x 100

Prevalenza di consumatori (uomini) anziani a rischio

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

Denominatore: Popolazione maschile dell'Indagine Multiscopo Istat di età 65 anni ed oltre

x 100

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

S. GHIRINI, A. MATONE, C. GANDIN, M. SCIOTTI, M. VICHI, E. SCAFATO

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:44 Pagina 26

Prevalenza di consumatori (donne) anziani a rischio

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

Denominatore: Popolazione femminile dell'Indagine Multiscopo Istat di età 65 anni ed oltre

x 100

Validità e limiti. Gli indicatori proposti sono stati calcolati utilizzando i dati riportati nell'Indagine Multiscopo dell'Istat "Aspetti della vita quotidiana".
Il questionario viene auto-compilato dai membri delle famiglie ed è, quindi, verosimile che il fenomeno sia sottostimato a causa del timore a rispondere a quesiti su comportamenti socialmente stigmatizzati.
Gli indicatori sopra descritti sono utilizzati in tutti i sistemi di monitoraggio formali istituzionali: Sistema di Monitoraggio Alcol, ai sensi del DPCM del 3 marzo 2017 sul trasferimento all'ISS delle sorveglianze e nel Programma Statistico Nazionale come statistica derivata.

Valore di riferimento/Benchmark. Tenendo in considerazione le indicazioni di salute pubblica nazionali e internazionali, il valore di riferimento degli indicatori auspicabile dovrebbe essere 0; ciò nonostante, al fine di evidenziare le regioni con maggiori criticità, si è deciso di considerare come valore di riferimento la media delle regioni per ogni indicatore presentato:
- prevalenza di consumatori a rischio (11+ anni) uomini 21,1%, donne 9,1%;
- prevalenza di consumatori giovani a rischio (11-17 anni): totale 16,5%;
- prevalenza di consumatori adulti a rischio (18-64 anni): uomini 18,1%, donne 8,8%;
- prevalenza di consumatori anziani a rischio (65 anni ed oltre): uomini 31,3%, donne 8,0%.

Descrizione dei risultati

Non consumatori (Tabella 1). Nel 2022, il 32,0% degli italiani di età ≥11 anni non ha consumato bevande alcoliche e la prevalenza è diminuita rispetto al 2021 del 2,7%; a livello regionale si registrano delle variazioni statisticamente significative rispetto al precedente anno in Emilia-Romagna, e in Campania dove sono aumentati i consumatori (rispettivamente, +5,8% e +7,0%) a fronte di una diminuzione degli astemi (rispettivamente, -13,0% e -10,9%).
Nella PA di Bolzano sono diminuiti i non consumatori (sebbene in quest'ultima realtà territoriale la variazione non raggiunge la significatività statistica a causa verosimilmente dell'esiguo numero di casi) e sono aumentati i consumatori in maniera statisticamente significativa (+6,0%). In Veneto e in Abruzzo si osserva, infine, una riduzione della prevalenza dei non consumatori (rispettivamente, -9,5% e -11,1%).

Consumatori a rischio (Cartogrammi, Tabella 2). La prevalenza di consumatori a rischio in Italia, nel 2022, è pari al 21,1% per gli uomini e al 9,1% per le donne. Per gli uomini si osserva un incremento significativo del 5,5% rispetto al 2021. La prevalenza dei consumatori a rischio è più elevata tra gli uomini rispetto alle donne in tutte le realtà territoriali.
Per entrambi i generi si osservano valori statisticamente superiori alla media nazionale in Valle d'Aosta (M = 32,1%; F = 12,6%), Friuli Venezia Giulia (M = 28,0%; F = 13,0%), PA di Bolzano (M = 26,0%; F = 13,1%), Marche (M = 26,0%; F = 11,2%) e Piemonte (M = 23,8%; F = 11,7%), oltre a Veneto (27,6%), PA di Trento (26,9%), Sardegna (26,8%), Molise (26,5%) per i soli uomini, e Liguria (11,6%) e Toscana (11,1%) per le sole donne. Le regioni con le minori prevalenze di consumatori a rischio sono Sicilia (M = 12,6%; F = 5,5%), Campania (M = 16,5%; F = 6,3%) e Puglia (M = 16,6%; F = 7,3%), per entrambi i generi, oltre a Abruzzo, Calabria, Basilicata e Sardegna per le sole donne.

Giovani (Tabella 2). La prevalenza di consumatori a rischio tra i ragazzi di età 11-17 anni nel 2022 è stata del 16,5%, senza variazioni statisticamente significative, rispetto al 2021. L'unica regione per la quale si rileva una prevalenza di consumatori a rischio statisticamente superiore alla media nazionale è la Campania (23,9%).

Adulti (Tabella 2). Nel 2022 il 18,1% degli uomini e l'8,8% delle donne hanno consumato bevande alcoliche in modalità a rischio per la loro salute e, rispetto all'anno precedente, la prevalenza è aumentata per il solo genere maschile del 10,4%, annullando quindi la diminuzione registrata lo scorso anno. A livello territoriale, per gli uomini, si rileva un aumento dei consumatori a rischio rispetto al 2021 nelle Marche (+41,0%), in Valle d'Aosta (+44,0%) ed in Veneto (+28,7%). Per il genere femminile l'unico incremento significativo si registra in Friuli Venezia Giulia (+57,7%).
Le prevalenze sono più elevate tra gli uomini rispetto alle donne sia a livello nazionale sia in tutte le realtà territoriali considerate.
Le regioni che presentano una prevalenza di consumatori a rischio più elevata rispetto alla media sono, per entrambi i generi, la Valle d'Aosta (M = 31,4%; F = 13,2%) e PA di Bolzano (M = 29,3%; F = 14,9%) come lo scorso anno, il Friuli Venezia Giulia (M =

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:44 Pagina 27

27,0%; F = 15,3%) a cui si aggiungono, Sardegna (26,0%), Molise e Veneto (entrambe 24,2%), Marche (23,4%) e Abruzzo (22,1%) per i soli uomini, e il Piemonte (21,4%) e la Liguria (12,0%) per le donne. Per l'ottavo anno consecutivo in Sicilia (M = 10,2%; F = 4,6%) e in Campania (M = 11,2%; F = 4,8%) la prevalenza dei 18-64enni a rischio sono inferiori alla media nazionale per entrambi i generi, oltre alla Puglia (13,8%) per i soli uomini.

Anziani (Tabella 2).
La prevalenza di consumatori anziani a rischio, nel 2022, è stata del 31,3% tra gli uomini e dell'8,0% tra le donne e non si rilevano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione né a livello nazionale né a livello regionale.
I valori più alti di prevalenza di consumatori a rischio si registrano tra gli anziani di genere maschile in Veneto (39,9%) come lo scorso anno e in Piemonte (42,3%) per le sole donne e la Valle d'Aosta (12,6%) sebbene in quest'ultima realtà territoriale la variazione non raggiunge la significatività statistica a causa verosimilmente dell'esiguo numero di casi. I valori più bassi si registrano, invece, come lo scorso anno per entrambi i generi, in Sicilia (M = 17,8%; F = 2,8%) e in Calabria (M = 21,8%; F = 2,9%) oltre a Basilicata (3,8%), Abruzzo (3,4%) e Sardegna (4,3%) per le donne e a PA di Bolzano (19,3%) e Puglia (24,7%) e per i soli uomini.

Tabella 1 - *Prevalenza (valori per 100) di astinenti, astemi, non consumatori e consumatori di alcol per regione - Anni 2021-2022**

Regioni	2021				2022			
	Astinenti	Astemi	Non consumatori	Consumatori	Astinenti	Astemi	Non consumatori	Consumatori
Piemonte	3,0	27,3	30,3	69,2	3,8	26,3	30,1	69,2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	3,2	25,5	28,7	70,7	3,3	24,4	27,7	71,3
Lombardia	5,0	25,9	30,9	68,6	3,7	27,5	31,2	68,0
Bolzano-Bozen	*6,4*	*24,2*	*30,6*	*66,7*	*5,3*	*21,6*	*26,9*	*70,7*
Trento	*4,7*	*25,0*	*29,7*	*69,6*	*4,2*	*26,5*	*30,7*	*68,4*
Veneto	4,5	26,1	30,6	68,9	3,3	24,4	27,7	71,3
Friuli Venezia Giulia	4,6	25,1	29,7	69,6	4,9	24,3	29,2	70,4
Liguria	3,8	25,6	29,4	70,1	3,4	23,9	27,3	71,8
Emilia-Romagna	3,5	27,0	30,5	68,7	3,6	23,5	27,1	72,7
Toscana	4,3	26,5	30,8	68,9	5,1	25,4	30,5	69,0
Umbria	4,6	24,9	29,5	70,0	4,5	27,6	32,1	67,6
Marche	4,4	24,5	28,9	70,0	3,9	25,2	29,1	69,8
Lazio	4,2	27,3	31,5	68,2	4,7	28,1	32,8	66,6
Abruzzo	3,4	31,6	35,0	64,8	4,6	26,5	31,1	68,3
Molise	3,5	30,7	34,2	65,3	4,8	25,7	30,5	68,6
Campania	5,1	33,1	38,2	61,5	3,8	29,5	33,3	65,8
Puglia	5,2	30,8	36,0	62,0	4,6	31,6	36,2	62,8
Basilicata	4,7	32,2	36,9	62,5	3,6	34,4	38,0	61,6
Calabria	4,5	31,5	36,0	62,2	3,8	35,3	39,1	59,2
Sicilia	4,6	35,1	39,7	59,0	3,5	35,1	38,6	60,0
Sardegna	5,1	30,7	35,8	63,1	4,8	33,6	38,4	60,8
Italia	**4,5**	**28,5**	**32,9**	**66,3**	**4,0**	**28,0**	**32,0**	**67,1**

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

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol ISS su dati dell'Indagine Multiscopo Istat "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2023.

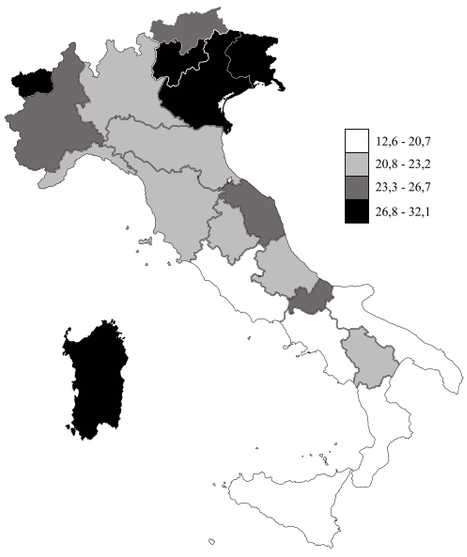
Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:44 Pagina 28

Tabella 2 - *Prevalenza (valori per 100) di consumatori a rischio di alcol per classe di età, genere e regione - Anno 2022*

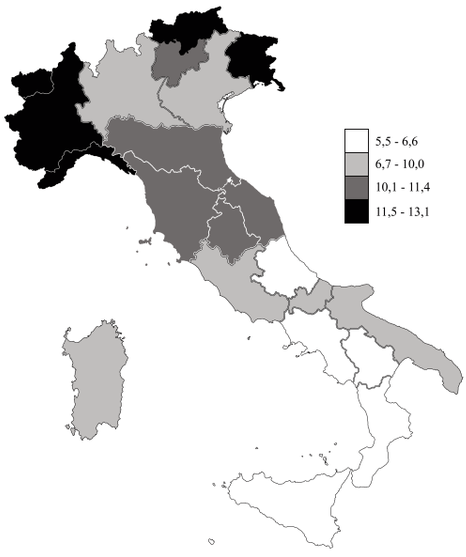
Regioni	11-17	18-64		65+		11+	
	Totale	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Piemonte	12,4	21,4	11,6	33,0	12,2	23,8	11,7
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	17,3	31,4	13,2	35,5	12,6	32,1	12,6
Lombardia	14,5	18,7	9,5	35,9	8,9	21,9	10,0
Bolzano-Bozen	*19,1*	*29,3*	*14,9*	*19,3*	*4,8*	*26,0*	*13,1*
Trento	*9,5*	*26,7*	*12,0*	*33,8*	*7,7*	*26,9*	*10,6*
Veneto	20,9	24,2	9,8	39,9	6,8	27,6	9,8
Friuli Venezia Giulia	12,4	27,0	15,3	33,6	9,4	28,0	13,0
Liguria	14,8	18,3	12,0	34,9	10,6	22,8	11,6
Emilia-Romagna	16,5	17,7	10,0	30,8	10,5	21,2	10,2
Toscana	16,4	17,2	10,7	35,7	10,5	21,8	11,1
Umbria	9,6	20,2	11,3	31,5	9,2	22,3	10,5
Marche	17,9	23,4	11,2	35,1	9,1	26,0	11,2
Lazio	13,6	15,8	8,7	32,0	9,8	19,7	9,0
Abruzzo	19,0	22,1	6,6	25,9	3,4	23,2	6,1
Molise	23,7	24,2	8,4	34,2	8,8	26,5	9,8
Campania	23,9	11,6	5,1	30,1	4,8	16,5	6,3
Puglia	12,2	13,8	6,8	24,7	8,4	16,6	7,3
Basilicata	18,7	21,6	6,2	29,2	3,8	23,2	6,5
Calabria	21,4	19,0	6,5	21,8	2,9	20,2	6,2
Sicilia	17,1	10,7	4,9	17,8	2,8	12,6	5,5
Sardegna	17,3	26,0	7,7	29,2	4,3	26,8	6,7
Italia	**16,5**	**18,1**	**8,8**	**31,3**	**8,0**	**21,1**	**9,1**

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol ISS su dati dell'Indagine Multiscopo Istat "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2023.

Prevalenza (valori per 100) di consumatori a rischio di alcol nella popolazione di età 11 anni ed oltre per regione. Maschi. Anno 2022



Prevalenza (valori per 100) di consumatori a rischio di alcol nella popolazione di età 11 anni ed oltre per regione. Femmine. Anno 2022



Raccomandazioni di Osservasalute

Durante la pandemia di COVID-19, i livelli di consumo di alcol e le modalità di consumo hanno subito molti cambiamenti che sono stati influenzati da fattori psicologici, sociali, biologici, economici e politici. È, inoltre, proprio tra le persone con preesistenti livelli di consumo di alcol a rischio che i consumi sembrano essersi consolidati o intensificati (6-8). Alla luce dei cambiamenti dello stile di vita portati dalla pandemia, sono quindi necessarie politiche e interventi post-pandemici per aiutare le persone, soprattutto quelle più vulnerabili, a migliorare la propria salute mentale e il proprio benessere fisico. Le Nazioni Unite e l'OMS, al fine di ridurre il consumo dannoso di alcol, suggeriscono la pianificazione di interventi finalizzati a promuovere politiche nazionali sull'alcol basate sull'evi-

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:44 Pagina 29

denza scientifica di comprovata efficacia. L'OMS ha promosso a tal proposito l'iniziativa SAFER (9) basata sull'evidenza scientifica, l'efficacia e il rapporto costo-efficacia delle diverse opzioni politiche. L'acronimo SAFER evidenzia i cinque interventi più efficienti in termini di costi per ridurre i danni alcol-correlati: *Strengthen restrictions on alcohol availability* (rafforzare le restrizioni sulla disponibilità di alcol), *Advance and enforce drink driving countermeasures* (consolidare le misure di prevenzione su alcol e guida), *Facilitate access to screening, brief interventions and treatment* (facilitare l'accesso a programmi di screening, intervento breve e trattamento), *Enforce bans and comprehensive restrictions on alcohol advertising*, *sponsorship and promotion* (applicare e far rispettare i divieti e le restrizioni su pubblicità, sponsorizzazioni e sulla promozione delle bevande alcoliche), *Raise prices on alcohol through excise taxes and pricing policies* (aumentare i prezzi degli alcolici attraverso accise, tasse e politiche dei prezzi). Sono questi, infatti, gli interventi di provata efficacia inseriti dalle Nazioni Unite e dall'OMS come "best-buys", migliori acquisti, che i decisori politici dovrebbero seguire nella programmazione delle politiche sanitarie, interventi troppo spesso ostacolati nel corso degli ultimi anni dall'interferenza dei portatori d'interesse (commerciali ed economici).

Come richiesto dal PNP 2020-2025 e alla luce dei cambiamenti dello stile di vita registrati negli ultimi anni, appare fondamentale quanto di seguito riportato: promuovere programmi per l'identificazione precoce e l'intervento breve nei contesti dell'assistenza sanitaria primaria e in quelli lavorativi; favorire la collaborazione tra servizi alcologici territoriali, servizi sociali e le Associazioni di auto-mutuo aiuto; assicurare l'applicazione delle leggi che regolano l'alcol alla guida e la vendita di alcolici; promuovere interventi di promozione della salute effettuati in ambiti mirati (luoghi di aggregazione, luoghi in cui si svolgono attività sportive, scuole etc.).

Ringraziamenti

Si ringrazia la Dott.ssa Rosaria Russo per la collaborazione fornita alla realizzazione delle analisi, alla redazione dei risultati e all'assistenza amministrativa connessa alle attività di ricerca oggetto della presente pubblicazione ed attuate dall'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità.

Riferimenti bibliografici

(1) World Health Organization Status report on alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European countries 2019. Disponibile sul sito: www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2019/status-report-on-alcohol-consumption,-harm-and-policy-responses-in-30-european-countries-2019.

(2) International Agency for Research on Cancer (IARC), (2015), IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Disponibile sul sito: http://monographs,iarc,fr/ENG/Classification/latest_classif,php.

(3) World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research, Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective, Washington DC: AICR, 2007. (1) World Health Organization Global status report on alcohol and health - 2018. Disponibile sul sito: www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/gsr_2018/en.

(4) E. Scafato, S. Ghirini, C. Gandin, A. Matone, M. Vichi e il gruppo di lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol). Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute e del Piano Nazionale della Prevenzione. Rapporto 2023. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2023. (Rapporti ISTISAN 23/3).

(5) Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ministero della Salute. Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della Legge 30.03.2001 N. 125 "Legge Quadro in materia di alcol e problemi alcol-correlati" anno 2022. Roma: Ministero della Salute; 2023.

(6) Effect of COVID-19 lockdown on alcohol consumption in patients with pre-existing alcohol use disorder. DOI. Disponibile sul sito: https://doi.org/10.1016/S2468-1253(20)30251-X.

(7) Kilian C, O'Donnell A, Potapova N, López-Pelayo H, Schulte B, Miquel L, et al. Changes in alcohol use during the COVID-19 pandemic in Europe: a meta-analysis of observational studies. Drug Alcohol Rev. 2022; 41: 918-931.

(8) Matone, A., Ghirini, S., Gandin, C., Scafato, E., & for the European Study Group on Alcohol Use and COVID-19. (2022). Alcohol consumption and COVID-19 in Europe: how the pandemic hit the weak. Annali dell'Istituto Superiore Di Sanità, 58(1), 6-15. Disponibile sul sito: https://annali.iss.it/index.php/anna/article/view/1437.

(9) World Health Organization. The SAFER initiative. A world free from alcohol related harm. Geneva: WHO; 2017. Disponibile sul sito: www.who.int/initiatives/SAFER; ultima consultazione 21.01.2024.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:44 Pagina 30

Consumo di alimenti per tipologia

Significato. Le frequenze di consumo, rilevate attraverso l'Indagine Multiscopo dell'Istat "Aspetti della vita quotidiana", riferite all'anno 2022 (1), consentono di trarre indicazioni sull'alimentazione nelle regioni in termini di frequenza di assunzione dei differenti alimenti dalle persone di età 3 anni ed oltre. La classe di frequenza di assunzione degli alimenti varia da gruppo a gruppo, a seconda dell'uso abituale quotidiano, settimanale o più rarefatto e della porzione ritenuta auspicabile rispetto ad una dieta equilibrata e variata (2).
Inoltre, le Linee Guida per una sana alimentazione (2) assegnano un ruolo centrale alla varietà di alimenti e, tra i diversi gruppi alimentari, Verdura, Ortaggi e Frutta (VOF) spiccano per le forti evidenze di associazione con la riduzione del rischio di malattie cardiovascolari e, più in generale, per la loro capacità di veicolare le sostanze antiossidanti all'interno dell'organismo umano. In riferimento alle indicazioni internazionali, il consumo di 4/5 porzioni e più al giorno di VOF rappresenta un obiettivo di politica nutrizionale (3-5) ed oggetto di sorveglianza (6).
Luoghi, tempi ed occasioni di assunzione dei pasti variano a seconda delle caratteristiche regionali e possono influenzare i profili di consumo.
La qualità del modello di alimentazione viene sintetizzata attraverso la stima dell'indice di aderenza alla dieta mediterranea (3) che rappresenta un modello di alimentazione noto per gli effetti benefici sulla salute umana sin dal *Seven Countries Study* (4).

Percentuale di popolazione per gruppo di alimenti consumati

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

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

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

Indicatore di aderenza alla dieta mediterranea

Numeratore: Persone di età 14 anni ed oltre per grado di aderenza alla dieta mediterranea (bassa, media e alta)
Denominatore: Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di età 14 anni ed oltre
x 100

L'Indice di Aderenza alla Dieta Mediterranea (IAMD) è calcolato per la popolazione di età ≥14 anni, come determinata dalla somma dei punteggi attribuiti di seguito riportati (7):

Gruppo alimentare	Più di 1 volta al dì	1 volta al dì	1 volta a settimana	Meno di 1 volta a settimana	Mai
Pasta, riso e pane	4	3	2	1	0
Verdure a foglia	4	3	2	1	0
Frutta	4	3	2	1	0
Latte	3	4	2	1	0
Pesce	1	3	4	2	0
Carne bianca	0	1	4	3	2
Carne rossa	0	0	2	4	3
Maiale	0	0	4	4	3
Salumi	0	0	1	4	3
Uova	0	2	4	3	1
Prodotti caseari e formaggi	1	2	4	3	0

Fonte dei dati: Benedetti et al., 2016 (7). Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:44 Pagina 31

Validità e limiti. L'indice di aderenza alla dieta mediterranea così calcolato sintetizza la frequenza di consumo delle principali categorie alimentari, ad esclusione delle bevande. La limitazione è dovuta all'uso della sola frequenza e non della quantità assunta in grammi o, ancora meglio, delle calorie (8).

Valore di riferimento/Benchmark. L'indice di aderenza alla dieta mediterranea varia tra 0 (minima aderenza) e 56 (massima aderenza).

Descrizione dei risultati

La distribuzione territoriale dei consumatori di età ≥14 anni ed oltre in base allo IAMD (Grafico 1) vede un'adesione alta nelle regioni del Centro (Lazio 28,6%, Umbria 25,8%, Toscana 21,0%, Marche 20,9%,) insieme ad una regione del Nord-Est, l'Emilia-Romagna (21,7%), seguite da 4 regioni del Meridione, Abruzzo (19,0%), Molise, Puglia e Basilicata (18,9%) tutte a livello della media Italia. Se, però, consideriamo i valori complessivi di aderenza medio-alta, alle regioni suddette si aggiungono Campania, Sicilia e Liguria, delineando un quadro prevalentemente Centro-Sud ed Isole di aderenza medio-alta.

Un maggiore dettaglio dei consumi di alimenti per tipologia che caratterizzano le diverse regioni è riportato nelle tabelle. Analizzando i consumi giornalieri di VOF si osserva che, nel 2022, quasi tre quarti della popolazione di età 3 anni ed oltre dichiara di consumare giornalmente frutta (72,9%); meno diffuso il consumo di verdura, che riguarda la metà della popolazione (49,2%), e di ortaggi, che risulta pari al 43,5% (Tabella 1). Nel complesso il 79,6% della popolazione di età 3 anni ed oltre assume almeno una porzione di VOF al giorno, valore costante rispetto al 2021.

I consumi giornalieri di verdura ed ortaggi sono più diffusi nelle regioni del Nord e del Centro, mentre al Meridione si osservano prevalenze più elevate nel consumo giornaliero di frutta.

Prendendo in considerazione le porzioni di VOF consumate giornalmente si osserva come, in tutte le regioni, il consumo sia diffusamente al di sotto delle 5 porzioni e si attesti principalmente tra le 2-4 porzioni. In alcune regioni (Abruzzo, Molise, Puglia e Basilicata) un quinto della popolazione consuma solo 1 porzione al giorno di VOF, restando così più lontane delle altre dall'obiettivo delle 5 porzioni giornaliere. L'abitudine alle 5 porzioni di VOF è più diffusa nella PA di Trento, dove riguarda l'8,6% dei consumatori giornalieri di VOF, seguita dalla PA di Bolzano (7,4%) e da Friuli Venezia Giulia e Liguria (rispettivamente, 7,3% e 7,2%). Le prevalenze più basse nel consumo giornaliero raccomandato di VOF si osservano, invece, in molte regioni del Meridione (Campania, Basilicata, Calabria, Abruzzo e Puglia). Analizzando i profili percentuali, il consumo di frutta e il consumo di verdura o ortaggi hanno tendenzialmente un andamento di segno opposto, ossia se la percentuale di consumatori è più elevata per la frutta lo è di meno per la verdura o gli ortaggi, rappresentando un indicatore di preferenze diversificate da regione a regione denotando tradizioni gastronomiche differenziate (Tabella 1).

Nell'analisi territoriale della frequenza di consumo di alcune tipologie di alimenti, si osservano diversi andamenti nella graduatoria delle regioni, a seconda del tipo di alimento considerato (Tabella 2), risulta essenzialmente coerente con la distribuzione per livelli dell'IAMD. Per maggiore chiarezza, precisiamo che i valori percentuali sono considerati uguali alla media nazionale se l'arrotondamento all'unità fornisce lo stesso risultato.

Per grandi linee, la mappatura geografica vede una caratterizzazione prevalente al Centro-Sud ed Isole (9 regioni su 12) per alimenti consumati quotidianamente come "pane, pasta, riso" e "latte". Si aggiungono regioni del Nord, in particolare, l'Emilia-Romagna per "pane, pasta e riso", PA Bolzano e Liguria per "latte" (il Centro al completo e 3/8 regioni del Sud ed Isole). Si discostano, mostrando valori più bassi al Centro-Sud ed Isole, in particolare, la Sardegna per "pane, pasta, riso" e Basilicata, Sardegna, Calabria, Abruzzo e Sicilia per "latte".

Un simile quadro geografico si ha per alimenti a consumo settimanale come "carni bovine", "carni ovine", "carne di maiale", "pesce", "uova", "legumi in scatola" e "salumi". Si aggiungono regioni del Nord, in particolare Valle d'Aosta e Piemonte per le "carni bovine"; Emilia-Romagna e Friuli Venezia Giulia per la "carne di maiale"; Piemonte, Valle d'Aosta e PA di Bolzano per le "uova", Lombardia, PA di Trento, PA di Bolzano ed Emilia-Romagna per i "salumi".

Andamento diverso si ha, invece, per i formaggi, per i quali le regioni settentrionali sono compattamente al di sopra della media nazionale (insieme a 2 regioni meridionali: Sardegna e Calabria).

Le "Carni bianche" e il consumo di "Salumi" presentano una mappatura più variegata, poiché hanno un consumo maggiore o simile alla media nazionale in tutte le regioni del Centro (Lazio, Umbria, Marche e Toscana), in 3 regioni del Nord (Piemonte, Veneto e Emilia-Romagna), e in 6 regioni del Meridione (escluse solo Puglia e Sardegna).

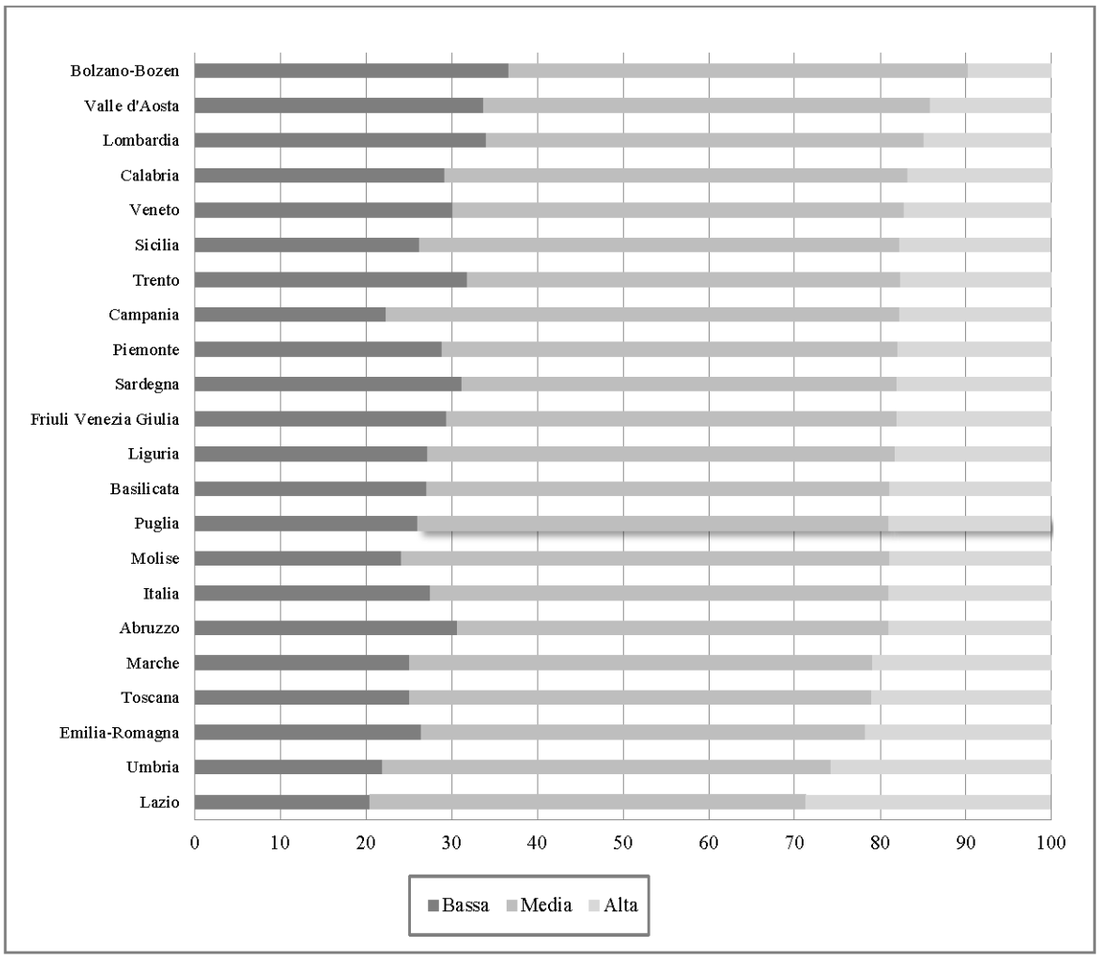
Analizzando, infine, il consumo almeno settimanale di dolci e snack salati, si osserva un valore maggiore o simile alla media nazionale in tutte le regioni del Nord e in 3 del Centro (fa eccezione il Lazio) per i dolci, mentre gli snack hanno frequenze di consumo superiori alla media italiana solo in alcune regioni del Mezzogiorno (Campania, Molise, Puglia, Calabria e Basilicata) ma anche in Lombardia e Veneto, prefigurando una certa omogeneità inter-territoriale.

L'uso dell'olio d'oliva presenta elevatissime percentuali in tutte le regioni e PA (la percentuale meno elevata si osserva nella PA Bolzano per l'uso a cotto,

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:44 Pagina 32

89,3%, per l'uso al crudo 93,2%). Nel Meridione ed al Centro è maggiormente diffusa l'abitudine ad usare l'olio d'oliva ed altri oli vegetali sia come condimento a crudo che nella preparazione di cibi cotti.
Infine, si evidenziano differenze regionali nel consumo di sale iodato, con un suo uso più esteso in quasi tutte le regioni del Nord (eccetto la Liguria, che si affaccia sul mare) e in alcune del Centro (Umbria e Toscana), ma anche in Basilicata, Molise e Puglia. L'attenzione al consumo di sale vede solo 2 regioni al Nord con una percentuale inferiore alla media nazionale (PA di Bolzano e Valle d'Aosta), mentre al Sud ed Isole, sono Campania, Sicilia, Calabria e Puglia a porne di meno.

Grafico 1 - *Aderenza (valori per 100) alla dieta mediterranea in base all'Indice di Aderenza alla Dieta Mediterranea per regione - Anno 2022 (7)*



Fonte dei dati: Elaborazione metodologia Benedetti et al. (6) su dati frequenze di consumo di alimenti nella popolazione di età 14 anni ed oltre. Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2023 (1).

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:44 Pagina 33

Tabella 1 - *Popolazione (valori per 100) di età 3 anni ed oltre per consumo quotidiano di Verdura, Ortaggi e Frutta (VOF) e porzioni di VOF per regione - Anno 2022*

Regioni	Verdura*	Ortaggi*	Frutta*	VOF*	Porzioni di VOF**		
					1	2-4	5+
Piemonte	55,9	49,9	74,5	81,7	14,2	80,4	5,4
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	50,4	45,5	65,6	76,2	18,0	76,3	5,7
Lombardia	47,7	42,2	69,2	76,9	18,0	75,7	6,2
Bolzano-Bozen	*51,3*	*47,0*	*70,5*	*76,9*	*16,8*	*75,8*	*7,4*
Trento	*61,7*	*48,1*	*72,8*	*82,6*	*12,8*	*78,6*	*8,6*
Veneto	53,2	46,4	69,3	78,8	17,8	77,8	4,4
Friuli Venezia Giulia	57,1	46,2	69,2	79,3	15,3	77,4	7,3
Liguria	49,1	44,0	75,6	80,9	16,5	76,3	7,2
Emilia-Romagna	55,1	47,8	71,1	79,8	16,4	77,1	6,5
Toscana	51,2	46,3	73,5	81,4	16,5	77,1	6,4
Umbria	58,5	52,8	78,9	83,4	10,3	83,5	6,3
Marche	54,1	47,2	75,4	83,9	16,2	78,3	5,5
Lazio	57,4	49,1	74,6	81,1	13,0	82,2	4,8
Abruzzo	41,7	39,2	74,1	80,4	20,0	76,7	3,2
Molise	44,3	40,7	74,4	79,4	20,2	76,1	3,8
Campania	44,5	39,0	72,2	77,6	18,9	78,8	2,3
Puglia	38,2	35,4	73,3	77,3	20,8	75,9	3,3
Basilicata	35,2	33,4	71,8	77,0	20,6	76,5	2,9
Calabria	42,1	40,2	79,9	83,8	16,0	80,9	3,1
Sicilia	39,9	35,5	76,0	79,7	17,6	78,0	4,5
Sardegna	47,2	43,7	78,7	83,9	16,1	79,8	4,1
Italia	**49,2**	**43,5**	**72,9**	**79,6**	**16,9**	**78,1**	**5,0**

*Almeno 1 porzione al giorno.
**Per 100 persone di 3 anni ed oltre che consumano almeno 1+ VOF al dì nella regione.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2023 (1).

Tabella 2 - *Popolazione (valori per 100) di età 3 anni ed oltre per consumo di alcuni alimenti per regione - Anno 2022*

Regioni	Pane, pasta, riso*	Latte*	Formaggi*	Salumi°	Carni bianche°	Carni bovine°	Carni ovine°**	Carni di maiale°	Uova°	Legumi in scatola°	Pesce°	*Snack*°	Dolci°	Cottura con olio di oliva o grassi vegetali	Condimento a crudo con olio di oliva o grassi vegetali	Attenzione al consumo di sale e/o di cibi salati	Utilizzo di sale arricchito di iodio
Piemonte	69,4	45,4	24,9	56,7	81,5	62,4	20,3	38,3	72,3	45,0	57,9	30,1	53,2	96,8	98,1	76,6	46,6
Valle d'Aosta	69,1	41,1	31,8	58,3	79,2	62,5	23,4	35,8	71,2	48,7	57,1	29,4	51,2	91,1	96,9	70,4	66,5
Lombardia	70,8	45,3	24,6	61,0	79,3	59,2	18,5	36,5	64,1	44,0	59,9	36,0	55,0	92,7	97,2	74,1	51,5
Bolzano-Bozen	*65,9*	*48,0*	*32,9*	*59,2*	*55,7*	*42,0*	*17,0*	*32,0*	*71,0*	*39,9*	*38,3*	*27,5*	*53,6*	*89,3*	*93,2*	*60,2*	*64,8*
Trento	*73,6*	*44,1*	*29,2*	*60,3*	*71,5*	*52,4*	*19,1*	*40,1*	*66,2*	*51,3*	*51,7*	*27,1*	*50,9*	*93,7*	*96,6*	*74,1*	*58,6*
Veneto	69,6	44,5	22,6	55,7	82,2	60,3	15,4	40,2	64,4	41,6	56,6	35,7	56,9	95,8	97,5	75,6	55,4
Friuli Venezia Giulia	70,3	43,5	23,8	57,5	77,0	53,4	12,8	43,4	64,6	43,4	55,9	28,7	55,6	95,3	98,4	75,6	52,3
Liguria	71,5	46,1	22,7	58,5	77,0	60,4	21,2	35,6	68,1	44,2	60,4	26,7	51,1	96,9	97,8	74,8	44,3
Emilia-Romagna	75,6	43,2	18,5	59,1	80,2	56,1	19,7	43,4	65,2	50,3	58,9	29,2	54,5	97,5	98,3	76,5	60,2
Toscana	75,6	49,9	19,8	56,6	84,4	61,6	19,6	46,7	68,1	53,4	64,2	27,1	51,9	97,9	98,6	72,3	52,2
Umbria	79,6	54,9	22,2	63,4	85,7	63,8	28,1	50,9	68,9	55,9	60,9	26,7	51,0	96,9	98,3	73,2	57,0
Marche	76,5	48,3	17,8	60,5	85,2	64,0	27,0	48,7	68,7	47,9	65,5	29,9	55,1	97,4	97,9	75,5	44,8
Lazio	73,5	53,3	13,3	49,3	80,0	61,2	27,1	40,5	73,0	54,6	66,7	29,5	47,0	97,7	97,9	72,2	44,3
Abruzzo	78,8	45,4	18,3	63,9	80,5	57,9	33,2	44,4	69,7	59,5	58,5	31,0	51,1	97,6	98,2	76,2	40,8
Molise	82,4	48,5	16,6	69,5	84,0	63,9	39,5	53,6	70,3	74,6	65,9	35,9	52,6	97,0	99,0	72,8	53,7
Campania	79,5	47,6	10,7	63,5	81,1	69,5	38,5	57,7	70,2	78,9	73,0	37,2	49,7	96,3	97,3	68,3	41,2
Puglia	74,4	51,6	14,7	61,1	76,7	60,6	31,3	41,7	67,3	62,7	63,6	33,7	45,3	97,3	97,9	72,4	49,5
Basilicata	76,6	43,1	13,1	68,5	80,9	60,6	42,2	51,2	71,4	74,6	65,9	31,9	42,0	98,1	98,3	75,1	58,2
Calabria	83,3	45,2	23,2	67,0	80,6	67,6	39,4	53,5	74,9	70,4	71,2	32,8	45,4	96,4	96,8	70,6	47,0
Sicilia	83,4	46,1	17,4	57,9	80,3	68,7	27,3	40,8	71,1	49,0	65,0	28,3	42,0	96,7	97,2	69,9	36,8
Sardegna	72,3	43,8	24,3	55,6	75,2	56,9	29,2	47,6	64,4	40,5	52,6	26,9	48,1	96,3	96,9	75,3	36,6
Italia	**74,6**	**47,0**	**19,6**	**58,8**	**80,1**	**61,6**	**24,7**	**43,0**	**68,2**	**52,7**	**62,3**	**31,9**	**50,9**	**96,1**	**97,6**	**73,2**	**48,4**

*Almeno 1 porzione al giorno.
°Almeno qualche porzione alla settimana.
**Dato rilevato per la prima volta nel 2018.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2023 (1).

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:44 Pagina 34

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:44 Pagina 35

Raccomandazioni di Osservasalute

Le Linee Guida per una sana alimentazione (2) assegnano un ruolo centrale alla varietà di alimenti e, tra i diversi gruppi alimentari, Verdura, Ortaggi e Frutta spiccano per le forti evidenze di associazione con la riduzione del rischio di malattie cardiovascolari e, più in generale, per la loro capacità di veicolare le sostanze antiossidanti all'interno dell'organismo umano. In riferimento alle indicazioni internazionali, il consumo di 5 porzioni e più al giorno di VOF rappresenta oggetto di sorveglianza (6) perché costituisce un obiettivo di politica nutrizionale (3-5) confermato anche nella più recente revisione delle Linee Guida per una sana alimentazione, sottolineando che "dobbiamo considerare le 5 porzioni al giorno come un obiettivo di minima: anche in questo caso, almeno, 5 porzioni, ma se sono di più è meglio" (2). Nel 2022, il consumo quotidiano di VOF continua a riguardare quasi 8 persone su 10, rimanendo quindi al di sotto del *target* complessivo della popolazione totale: le raccomandazioni indicate negli anni passati (9) restano perciò valide. Inoltre, tra i consumatori giornalieri di frutta e verdura solo il 5,0% raggiunge le 5 porzioni al giorno.

Stimare le quantità medie giornaliere ingerite di alimenti, che sono la base per la valutazione dell'adeguatezza nutrizionale, della sicurezza d'uso e, più recentemente, dell'impatto ambientale della dieta (10), rappresenta un punto essenziale. La complessità di questi studi e la necessità di armonizzare la metodologia (11) non ha consentito finora di condurre a cadenza regolare gli studi, anche se in Italia sono stati realizzati studi sui consumi alimentari individuali ad una distanza approssimativamente decennale (12-16). I dati italiani sono attualmente inseriti in banche dati internazionali (17) e sono stati utilizzati in molti progetti italiani ed internazionali. L'importanza di stabilizzare questo tipo di rilevazione è stata trattata in progetti di ricerca italiani (10) ed europei (18-19), e può rappresentare una raccomandazione per il sistema statistico nazionale, al fine di produrre dati armonizzati e utilizzabili da tutti coloro, ricercatori, decisori politici, e tutte le autorità italiane ed internazionali che ne necessitassero.

Riferimenti bibliografici

(1) Istat. Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" - 2022. Istat. Disponibile sul sito: http://dati.istat.it; Stili alimentari e consumo di cibi. IstatData.
(2) CREA Alimenti e Nutrizione. Linee Guida per una sana alimentazione italiana. Revisione 2018. Roma. Disponibile sul sito: www.crea.gov.it/web/alimenti-e-nutrizione/-/linee-guida-per-una-sana-alimentazione-2018.
(3) Nishida C, Uauy R, Kumanyika S. Shetty P. 2004. The Joint WHO/FAO Expert Consultation on diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: process, product and policy implications. Public Health Nutrition: 7 (1A), 245-250.
(4) Menotti A., Puddu E. (2015) Le origini storiche della Dieta Mediterranea: il Seven Countries Study of cardiovascular diseases. Epidemiologia e Prevenzione, numero speciale "Cibo per prevenire, cibo per curare". Epidemiol Prev 2015; 39 (5-6): 285-288. Disponibile sul sito: www.epiprev.it/materiali/2015/EP5-6/EP5-6_285_art1.pdf.
(5) European Community Health Indicators Monitoring. Disponibile sul sito:
https://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list_en.
(6) Istituto Superiore di Sanità. La sorveglianza Passi-Consumo frutta e verdura. Disponibile sul sito:
www.epicentro.iss.it/passi/dati/frutta.asp.
(7) Benedetti I., Biggeri L., Laureti T., Secondi L (2016): Exploring the Italians' Food Habits and Tendency towards a Sustainable Diet: The Mediterranean Eating Pattern. Agriculture and Agricultural Science Procedia, Volume 8 - pages 433-440. Disponibile sul sito:
www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2210784316300407.
(8) Alberti-Fidanza A, Fidanza F. (2004): Mediterranean Adequacy Index of Italian diets. Public Health Nutr. 2004 Oct;7(7):937-41.doi:10.1079/phn2004557.PMID:15482621.
(9) Turrini A, Bologna E. 2023. Consumo di alimenti per tipologia. In: "Rapporto Osservasalute 2022". Capitolo "Fumo, alcol, alimentazione, eccesso ponderale e prevenzione": 32-38. Disponibile sul sito: www.osservatoriosullasalute.it.
(10) Turrini A (a cura di). 2013. Indagini armonizzate sul comportamento alimentare e lo stile di vita della popolazione italiana. Disponibile sul sito:
www.researchgate.net/publication/378240270_monografia-palingenio_con_allegato?_tp=eyJjb250ZXh0Ijp7ImZpcnN0UGFnZSI6ImhvbWUiLCJwYWdlIjoicHJvZmlsZSIsInByZXZpb3VzUGFnZSI6InByb2ZpbGUiLCJwb3NpdGlvbiI6InBhZ2VDb250ZW50In19.
(11) EFSA - European Food Safety Authority. 2014. Guidance on the EU Menu methodology. EFSA Journal, 12 (12). Disponibile sul sito: https://efsa.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.2903/j.efsa.2014.3944.
(12) Saba A, Turrini A, Mistura G, Cialfa E, Vichi M. 1990. Indagine nazionale sui consumi alimentari delle famiglie 1980-84: alcuni principali risultati, Rivista della Società Italiana di Scienza dell'Alimentazione, Anno 19, n. 4, pp. 53-65.
(13) Turrini A, Saba A, Perrone D, Cialfa E, & D'Amicis A. 2001. Food Consumption Patterns in Italy: the INN-CA Study 1994-96, European Journal of Clinical Nutrition, Vol. 55, 7, pp. 571-588.
(14) Leclercq C, Arcella D, Piccinelli R, Sette S, Le Donne C, Turrini A. on behalf of the INRAN SCAI 2005-06 study group (2009): The Italian National Food Consumption Survey INRAN-SCAI 2005-06. Main results in terms of food consumption. Public Health Nutrition, 12(12), pp. 2504 –2532 doi:10.1017/S1368980009005035.
(15) Turrini A, Catasta G, Censi L, Comendador Azcarraga FJ, D'Addezio L, Ferrari M, Le Donne C, Martone D, Mistura L, Pettinelli A, Piccinelli R, Saba A, Sette S, Barbina D, Guerrera D, Carbone P, Mazzaccara A on behalf of the Training Coure Team, A Dietary Assessment Training Course Path: The Italian IV SCAI Study on Children Food Consumption, Frontiers in Public Health, 9, 2021, 56. DOI=10.3389/fpubh.2021.590315 Corrigendum: A Dietary Assessment Training Course Path: The Italian IV SCAI Study on Children Food Consumption. Disponibile sul sito:
www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2021.708291/full.
(16) Le Donne C, Piccinelli R, Sette S, Martone D, Catasta G, Censi L, Comendador Azcarraga FJ, D'Addezio L, Ferrari M, Mistura L, Pettinelli A, Saba A, Barbina D,Guerrera D, Carbone P, Mazzaccara A and Turrini A (2022): Dietary assessment training: The Italian IV SCAI study on 10–74 year-old individuals' food consumption. Front. Nutr. 9:954939. doi: 10.3389/fnut.2022.954939.
(17) Disponibile sui siti:
https://mobil.bfr.bund.de/cm/349/efsas_concise_european_food_consumption_database.pdf;
www.efsa.europa.eu/en/data-report/food-consumption-data;

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:44 Pagina 36

www.fao.org/gift-individual-food-consumption/data/en; www.healthdata.org/research-analysis/gbd; www.globaldietarydatabase.org;
https://b2find.eudat.eu/dataset/ 422aa50e-67d9-5477-9b2a-ac74c5d5e849;
www.rivm.nl/ en/food-safety/chemicals-in-food/monte-carlo-risk-assessment-mcrahttps:
www.rivm.nl/en/food-safety/chemicals-in-food/monte-carlo-risk-assessment-mcra.
(18) Mertens E, Kuijten A, Dofková M, Mistura L, D'Addezio L, Turrini A, Dubuisson C, Favert S, Havard S, Trolle E, van't Veer P, Geleijnse JM. 2018. Geographic and socioeconomic diversity of food and nutrient intakes: a comparison of four European countries. European Journal of Nutrition. Disponibile sul sito:
https://doi.org/10.1007/s00394-018-1673-6.
(19) Koroušić Seljak B, Korošec P, Eftimov T, Ocke M, van der Laan J, Roe M, Berry R, Crispim S P, Turrini A, Krems C, Slimani N, Finglas P (2018). Identification of requirements for computer-supported matching of food consumption data with food composition data. Nutrients, 10 (4), 433; doi:10.3390/nu10040433.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:44 Pagina 37

Sovrappeso e obesità

Significato. Nel mondo l'obesità rappresenta la seconda causa evitabile di tumore dopo il fumo. Secondo il Ministero della Salute "la diffusione dell'obesità è aumentata nel tempo, raggiungendo dimensioni epidemiche, e costituisce ormai uno dei maggiori problemi di salute pubblica a livello mondiale, con una preoccupante espansione nell'età infantile che può provocare una precoce insorgenza di patologie croniche non trasmissibili" (1). Inoltre, essere obesi o in sovrappeso è un grande fattore di rischio per varie malattie non trasmissibili quali diabete, problemi cardio-vascolari e alcuni tipi di tumori (2).

Prevalenza di persone in sovrappeso ed obese

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Persone di età 18 anni ed oltre con Indice di Massa Corporea 25-29 e } \geq 30}{\text{Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di età 18 anni ed oltre}} \quad \text{Denominatore} \times 100$$

Validità e limiti. L'IMC è il parametro più utilizzato per la determinazione del peso ideale ed è dato dal rapporto tra il peso (kg) ed il quadrato dell'altezza (m^2). La classificazione dell'OMS distingue, inoltre, l'obesità in tre livelli: di primo grado o lieve - IMC fino a 34,99; di secondo grado o moderata - IMC da 35 a 39,99; di terzo grado o grave IMC con un valore di ≥40 (4).
Per la sua semplicità d'uso rappresenta uno strumento agevole nelle analisi che riguardano la popolazione adulta, senza distinzione di genere o fascia di età. L'OMS definisce "sovrappeso" un IMC ≥25 ed "obesità" un IMC ≥30 (5). Una critica che viene rivolta a questo indicatore è che si tratta di una misura incompleta, in quanto non fornisce indicazioni sulla distribuzione del grasso nel corpo e sulla quantità di massa grassa e massa magra. Infatti, conoscere la distribuzione del grasso corporeo è molto importante perché, ad esempio, un eccesso di grasso addominale può avere conseguenze molto gravi in termini di salute. Riguardo la prevalenza di eccesso ponderale sono stati analizzati i dati riportati nell'Indagine Multiscopo dell'Istat "Aspetti della vita quotidiana". Per l'indagine relativa al 2022, è stata adottata una tecnica mista di rilevazione *Computer Assisted Web Interviewing* /*Computer Assisted Personal Interviewing*/*Paper And Pencil Interviewing*.
L'indagine è condotta su un campione di circa 25.000 famiglie ed i dati sono stati ottenuti mediante intervista diretta o attraverso l'auto compilazione. Pertanto, le informazioni raccolte sono auto riferite.

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

Descrizione dei risultati

Nel 2022, le persone di 18 anni ed oltre in sovrappeso sono il 35,0%, dato sostanzialmente stabile rispetto al 34,2% del 2021. Sono obesi nel 2022 circa 5 milioni 600 mila adulti, che rappresentano l'11,4% della popolazione; complessivamente, il 46,4% dei soggetti di età ≥18 anni è in eccesso ponderale (Tabella 1, Grafico 1). Questi valori non presentano variazioni significative tra anni adiacenti, a conferma che le variazioni di questo fenomeno sono apprezzabili in intervalli temporali più ampi. Infatti, se si procede ad un'analisi delle serie storiche, dal 2001 al 2022, si vedono variazioni più decise: l'andamento dei dati sul sovrappeso presenta un andamento crescente in tutte le ripartizioni fino al 2013-2014 per poi diminuire tornando ai livelli del 2001 o in alcuni casi anche più bassi (Grafico 1). Rispetto all'obesità l'andamento nel ventennio in esame è in crescita, in linea con gli altri Paesi della regione europea, anche se non lineare. Raggruppando per macro-regioni (Nord-Ovest: Piemonte, Valle d'Aosta, Liguria, Lombardia; Nord-Est: PA di Bolzano, PA di Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia-Romagna; Centro: Toscana, Umbria, Marche, Lazio; Sud: Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria; Isole: Sicilia, Sardegna), si osserva che, dal 2001, i maggiori incrementi percentuali si sono realizzati nelle regioni del Nord-Ovest che partivano da livelli delle prevalenze più bassi.
Nel 2022 le differenze rilevate sul territorio si mantengono considerevoli. Nel confronto regionale si evidenzia una differenza di 10,4 p.p. tra la regione con l'incidenza più alta di persone in sovrappeso e quella con l'incidenza più bassa e di 6,2 p.p. in riferimento all'incidenza di obesità.
La prevalenza più alta di persone di età 18 anni ed oltre obese continua a essere rilevata nelle regioni del Sud: Basilicata (14,9%), Campania (13,6%), Molise e Sicilia (13,3%). Le regioni con la prevalenza minore di persone obese sono PA di Bolzano (8,7%), Lombardia (9,9%) Sardegna (10,1%) e PA di Trento (10,3%).
Anche nello studio della prevalenza di persone in sovrappeso le regioni meridionali sono ai primi posti: Molise (41,2%), Campania (41,0%) e Basilicata (40,1%). Nella parte bassa della graduatoria vi sono

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:44 Pagina 38

PA di Bolzano (30,4%), Valle d'Aosta (30,8%) e Lazio (31,2%).
La variabile età è una discriminante per l'aumento ponderale; infatti, al crescere dell'età aumenta la percentuale di popolazione in condizione di eccesso di peso (in sovrappeso o obesa). Anche nel 2022, la percentuale di persone in condizione di sovrappeso passa dal 17,4% della fascia di età 18-24 anni al valore massimo del 42,3% tra i 65-74 anni, fascia di età che si conferma più critica rispetto alla condizione di eccesso di peso con un aumento di circa 25 p.p. della prevalenza. Anche l'obesità è una condizione nella quale si trovano il 3,6% dei giovani di età 18-24 anni per arrivare a coinvolgere il 16,7% di coloro che hanno tra i 65-74 anni (Tabella 2).
La condizione di eccesso ponderale è caratterizzata da un deciso differenziale di genere a sfavore degli uomini; infatti, risulta in sovrappeso il 42,7% degli uomini rispetto al 27,8% delle donne ed obeso il 12,2% degli uomini rispetto al 10,6% delle donne. A partire dai 55 anni si registrano le percentuali più elevate di persone in eccesso di peso sia per gli uomini che per le donne. Tra i 45-54 anni si registra la maggiore differenza di genere tra la prevalenza sia di persone in sovrappeso (20,5 p.p.) sia per le persone obese (4,0 p.p.); in entrambi i casi a svantaggio della popolazione maschile (Tabella 2).

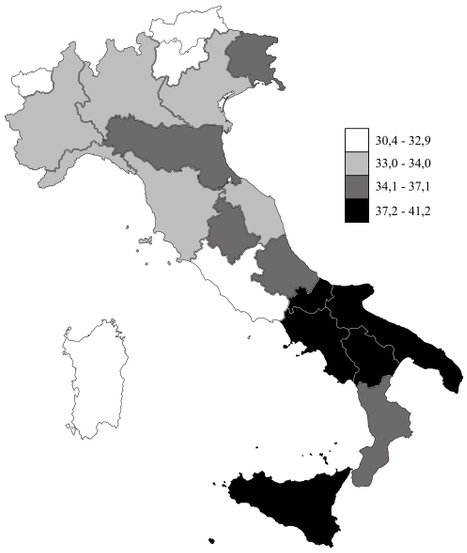
Tabella 1 - *Prevalenza (valori per 100) di persone di età 18 anni ed oltre in sovrappeso ed obese per genere e regione - Anno 2022*

Regioni	Sovrappeso			Obesità		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	40,9	27,6	34,0	12,0	9,3	10,6
Valle d'Aosta-Vallèe d'Aoste	40,5	21,6	30,8	12,1	10,6	11,4
Lombardia	42,0	24,5	33,0	10,3	9,4	9,9
Bolzano-Bozen	*40,4*	*21,0*	*30,4*	*9,8*	*7,7*	*8,7*
Trento	*37,6*	*27,7*	*32,5*	*12,0*	*8,7*	*10,3*
Veneto	41,9	25,9	33,7	11,2	9,9	10,5
Friuli Venezia Giulia	42,8	27,0	34,6	14,6	9,9	12,1
Liguria	37,5	29,4	33,3	11,9	9,9	10,9
Emilia-Romagna	42,8	28,6	35,5	12,8	10,2	11,4
Toscana	39,8	28,0	33,6	11,5	9,9	10,7
Umbria	46,8	25,6	35,6	12,7	10,7	11,6
Marche	38,5	29,8	34,0	10,0	12,0	11,0
Lazio	38,9	24,1	31,2	11,0	9,8	10,4
Abruzzo	44,7	26,9	35,5	14,2	11,8	13,0
Molise	46,3	36,4	41,2	14,3	12,3	13,3
Campania	48,7	33,7	41,0	14,3	12,9	13,6
Puglia	46,9	30,2	38,3	13,9	12,4	13,1
Basilicata	43,2	37,1	40,1	16,3	13,5	14,9
Calabria	44,4	30,3	37,0	13,5	10,5	12,0
Sicilia	44,8	30,2	37,2	13,6	13,0	13,3
Sardegna	40,8	25,1	32,7	11,6	8,7	10,1
Italia	**42,7**	**27,8**	**35,0**	**12,2**	**10,6**	**11,4**

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:45 Pagina 39

Prevalenza (valori per 100) di persone di età 18 anni ed oltre in sovrappeso per regione. Anno 2022



Prevalenza (valori per 100) di persone di età 18 anni ed oltre obese per regione. Anno 2022

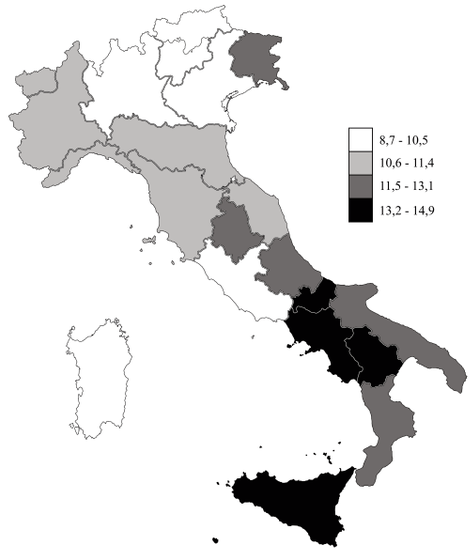
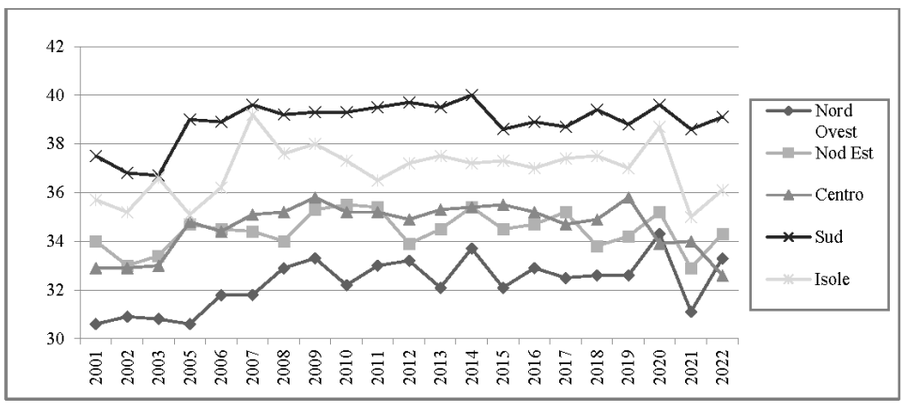
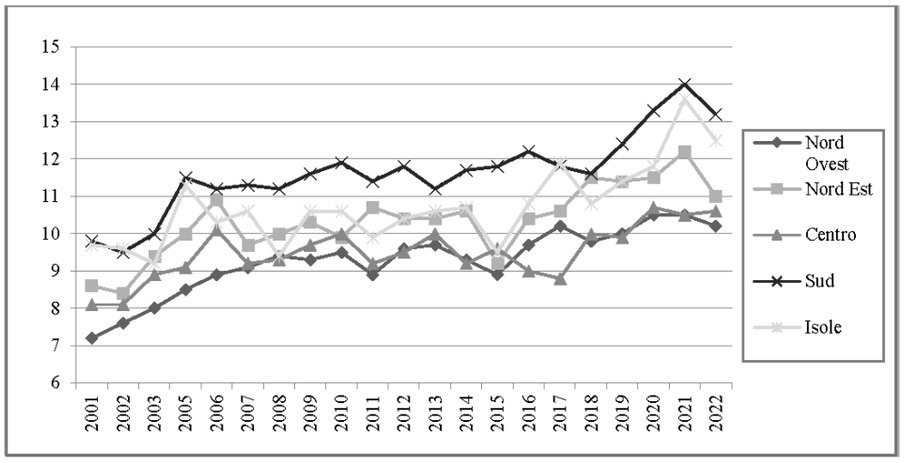


Grafico 1 - *Prevalenza (valori per 100) di persone di età 18 anni ed oltre in sovrappeso ed obese per macroarea - Anni 2001-2023*

Sovrappeso



Obesità



Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:45 Pagina 40

Tabella 2 - *Prevalenza (valori per 100) di persone in sovrappeso ed obese per genere e classe di età - Anno 2022*

Classi di età	Sovrappeso			Obesità		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
18-24	22,4	11,9	17,4	4,3	2,8	3,6
25-34	30,4	17,3	24,0	6,0	5,7	5,9
35-44	41,1	23,4	32,3	10,5	8,4	9,5
45-54	47,1	26,6	36,7	14,1	10,1	12,1
55-64	49,1	31,1	39,9	15,9	12,0	13,9
65-74	49,0	36,6	42,3	17,5	15,9	16,7
75+	49,6	36,8	42,2	12,4	14,0	13,3
Totale	**42,7**	**27,8**	**35,0**	**12,2**	**10,6**	**11,4**

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2023.

Raccomandazioni di Osservasalute

Obesità e sovrappeso sono condizioni prevenibili (3). È necessario sensibilizzare cittadini e istituzioni e incoraggiare la prevenzione dell'obesità, evitando discriminazioni, pregiudizi e l'uso di un linguaggio stereotipato e stigmatizzante sulle persone che vivono con l'obesità (4). Il *Global Obesity Observatory* (4) ha teorizzato la necessità di diffondere un'informazione appropriata rispetto all'eccesso di peso. Sono state elaborate delle "roots" necessarie per un corretto approccio alla prevenzione e cura: capire i motivi biologici legati all'insorgere del sovrappeso; pubblicizzare il ruolo negativo del cibo elaborato che ormai è diffuso in tutto il mondo; valutare la presenza di rischi di tipo genetico legati all'insorgenza della condizione di eccesso di peso; sostenere l'importanza del supporto di specialisti di Medicina dell'Obesità; considerare i cambiamenti del peso legati al ciclo di vita; analizzare il ruolo delle politiche di *marketing* tese alla vendita e consumo di cibi poveri di nutrienti e ricchi di grassi; mettere in evidenza come la presenza di malattie mentali e il consumo di farmaci possano indurre aumento di peso; sottolineare che la mancanza di sonno o la presenza di sonno irregolare inducono ad alti livelli di stress e a condizioni di sovrappeso. Anche nel WHO *European Regional Obesity Report* 2022 (5), vi è un ampio Capitolo dedicato alle politiche di prevenzione del sovrappeso e dell'obesità che pone forte attenzione alle determinanti commerciali dell'eccesso di peso e alla necessità di rivedere le politiche nazionali dei Paesi membri.

Riferimenti bibliografici

(1) Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3256_allegato.pdf.
(2) Disponibile sul sito: www.oecd-ilibrary.org/sites/cba592fb-en/index.html?itemId=/content/component/cba592fb-en#indicator-d1e21780-5977b97ddf.
(3) Disponibile sul sito: www.oecd.org/italy/Heavy-burden-of-obesity-Media-country-note-ITALY-In-Italian.pdf.
(4) Disponibile sul sito: www.worldobesity.org/what-we-do/world-obesity-day.
(5) Disponibile sul sito: www.who.int/europe/publications/i/item/9789289057738.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:45 Pagina 41

Eccesso di peso nei minori

Significato. La diffusione dell'obesità tra bambini e ragazzi è un fenomeno fortemente diffuso e che caratterizza non soltanto l'Italia e i Paesi europei, ma anche tutti i Paesi del resto del mondo, ad una velocità diversa a seconda del Paese in questione e seguendo differenti modelli di sviluppo. Mentre in passato l'obesità in età infantile veniva considerata un problema esclusivo dei Paesi ad alto reddito, attualmente si assiste ad un aumento dell'eccesso di peso anche in Paesi a basso e medio reddito, specialmente nei contesti urbani. L'OMS stima che, nel 2020, 39 milioni di bambini sotto i 5 anni di età sono in condizione di sovrappeso o obesità. A questi si aggiungono, inoltre, i 340 milioni di bambini e adolescenti di età 5-19 anni nella stessa condizione (1).
La diffusione del sovrappeso e dell'obesità tra bambini e ragazzi merita una particolare attenzione perché rappresenta un fattore di rischio per la salute che è connesso all'insorgenza di numerose patologie croniche (2). Numerosi studi hanno evidenziato come la condizione di obesità riscontrata tra bambini e ragazzi ha una forte capacità predittiva della presenza di obesità in età adulta (3, 4). Circa il 55% dei bambini obesi diventa obeso nell'adolescenza, circa l'80% degli adolescenti obesi sarà ancora obeso in età adulta e circa il 70% sarà obeso oltre i 30 anni (5).
In Italia, a partire dal 2010, l'Istat ha validato e reso disponibili le informazioni relative all'eccesso di peso (sovrappeso/obesità) dei minori di età 6-17 anni per analisi ed approfondimenti anche a livello di dati elementari. A partire dal 2019 sono stati resi disponibili anche i dati relativi ai bambini di età 3-5 anni.

Prevalenza media di minori in eccesso di peso

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Minori di età 3-17 anni in eccesso di peso}}{\text{Popolazione dell'Indagine Multiscopo di età 3-17 anni}} \times 100 \quad \text{Denominatore}$$

Validità e limiti. I dati vengono rilevati nell'ambito dell'Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" condotta annualmente su un campione di circa 20.000 famiglie, per un totale di oltre 40.000 individui.
Per la prima volta, quindi, sono disponibili periodicamente dati sull'eccesso di peso di una fascia estesa di minori (3-17 anni) rappresentativi a livello nazionale e subnazionale.
Per stimare la prevalenza dell'eccesso di peso tra i minori è stato calcolato l'IMC, ottenuto come dal rapporto tra il peso (kg) ed il quadrato dell'altezza (m^2), strumento agevole nelle analisi che riguardano ampi gruppi di popolazione e che viene diffusamente utilizzato anche a livello internazionale.
La possibilità di avere tramite l'indagine dell'Istat "Aspetti della vita quotidiana" informazioni periodiche sull'eccesso di peso di bambini e ragazzi, permette di monitorare la diffusione del fenomeno tra diversi gruppi di popolazione. Le analisi possono essere effettuate, infatti, con riferimento a diverse fasce di età o differenti zone territoriali (regioni o in alternativa macroaree ottenute da un loro raggruppamento); in relazione a informazioni di tipo familiare (eccesso di peso dei genitori, livello socio-economico della famiglia etc.) o rispetto ad indicatori che si riferiscono agli stili di vita dei minori (attività fisico-sportiva pratica vs sedentarietà). Inoltre, è possibile effettuare confronti con la diffusione del fenomeno a livello internazionale.
I dati vengono forniti come stime biennali che costituiscono valori più robusti e che permettono, quindi, un livello di analisi anche subnazionale.
I dati di peso ed altezza utilizzati per la stima della prevalenza dell'eccesso di peso dei minori sono ottenuti tramite autodichiarazione (diretta per i ragazzi di età 14-17 anni e in modalità *proxy* per i bambini e ragazzi di età 3-13 anni) e non tramite misurazione diretta. La modalità di rilevazione costituisce, di per sé, un limite perché è noto in letteratura che l'IMC ottenuto tramite dati auto dichiarati comporta problemi di stima del fenomeno (sottostima e sovrastima).
Per la definizione di sovrappeso e obesità sono stati utilizzati i valori soglia per l'IMC desunti da Cole e Lobstein (6) perché rappresentano valori di riferimento ampiamente utilizzati negli ultimi anni in numerosi studi nazionali ed internazionali. Tali *cut point*, tuttavia, non rappresentano gli unici valori di riferimento disponibili. Infatti, mentre per l'IMC degli adulti si è arrivati ormai ad un consenso internazionale sui valori soglia da adottare (valori di IMC ≥25 per il sovrappeso e ≥30 per l'obesità), ciò non è avvenuto per i minori e, ad oggi, non esiste ancora una convergenza in tal senso[1]. Il fatto di avere a disposizione diversi standard pone, tuttavia, seri problemi nella stima del fenomeno perché porta ad avere differenti stime, a volte anche molto diverse tra di loro, a seconda dei valori soglia utilizzati.

[1]Tra i *cut point* più utilizzati a livello internazionale, possiamo citare anche i *cut point* CDC-2000, WHO-2006, Cole-IOTF 2000. Nel contesto italiano va citato lo studio condotto da Cacciari et al. per la definizione di *cut point* specifici per bambini e ragazzi italiani di età 2-20 anni.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:45 Pagina 42

Valore di riferimento/Benchmark. Per l'eccesso di peso dei bambini e ragazzi non è disponibile un valore standard a cui fare riferimento. Si possono, quindi, assumere come riferimento i valori più bassi registrati nel biennio considerato (2021-2022). La valutazione dei valori osservati va anche vista in un'ottica di andamento temporale che valuti i cambiamenti intervenuti (in termini di miglioramento, stabilità o peggioramento) specialmente nei gruppi di popolazione in cui il fenomeno è più diffuso (maschi, 3-10 anni, residenti al Sud e nelle Isole, provenienti da famiglie in cui almeno uno dei genitori è in eccesso di peso etc.).

Descrizione dei risultati

I dati (media 2021-2022) mostrano che, in Italia, sono circa 2 milioni 240 mila i bambini e gli adolescenti di età 3-17 anni in eccesso di peso (pari al 27,2%). Nel decennio si è osservata dapprima una lieve riduzione del fenomeno (dal 28,5% del 2010-2011 al 25,5% del biennio 2016-2017) e successivamente una sua stabilità fino al 2018-2019, quando l'eccesso di peso si attestava al 25,6%. Tuttavia, a partire dal 2020 si sono cominciati a registrare segnali di crescita, con l'eccesso di peso che negli ultimi 3 anni è ulteriormente aumentato (6). Tale tendenza nel tempo può essere certamente legata anche all'aumento della sedentarietà che ha caratterizzato la popolazione giovanile nel biennio pandemico quando la chiusura forzata per lunghi periodi di palestre, centri sportivi e di tutti i luoghi deputati alla pratica sportiva organizzata hanno reso difficile la pratica di attività sportiva e certamente favorito la crescita di comportamenti sedentari. I dati del 2021 segnalano un aumento pari a circa 5 p.p. della sedentarietà nella fascia di età 3-17 anni e una riduzione della pratica di sport in modo continuativo tra i giovani di circa il 30% (-15,1 p.p.) (7, 8). Nel 2022 si è osservata una buona ripresa della pratica sportiva giovanile che ha raggiunto il 55,5%, sebbene si sia mantenuta ancora ben al di sotto dei livelli registrati nel 2019 (60,1%), mentre l'eccesso di peso si è mantenuto con valori stabilmente elevati.

Analizzando in dettaglio la distribuzione dell'eccesso di peso, si osserva una maggiore diffusione tra i bambini di età 3-10 anni, dove si raggiunge circa il 34% (con il picco più elevato tra le femmine di 3-5 anni e i maschi di 6-10 anni). Al crescere dell'età, il sovrappeso e l'obesità vanno tuttavia diminuendo, fino a raggiungere il valore minimo tra gli adolescenti di età 14-17 anni (17,1%). Tale andamento per età si osserva pressoché costante nel tempo, con valori significativamente sempre più elevati nelle fasce dei più piccoli (Tabella 1).

Come in passato, anche nel biennio 2021-2022 si evidenzia un forte *gap* di genere, con valori più elevati di eccesso di peso tra i maschi rispetto alle femmine (29,5% *vs* 24,8%). Le differenze di genere si osservano specialmente a partire dalla classe di età 6-10 anni e si incrementano nelle classi di età successive. La distanza favorevole per le ragazze, si è comunque leggermente ridotta nell'ultimo biennio, per effetto dell'aumento dell'eccesso di peso sia tra le bambine di età 3-5 anni (dal 33,8% al 35,2%) sia tra le ragazze di età 11-17 anni (dal 14,6% al 15,9%) (dati non presenti in tabella).

Come per l'eccesso di peso degli adulti, anche per quello dei minori si osserva un forte gradiente Nord-Centro vs Mezzogiorno consolidato nel tempo. Le prevalenze di sovrappeso e obesità tra i minori aumentano, significativamente, passando dal Nord al Sud e nelle Isole. Nel biennio 2021-2022 si osserva nel Mezzogiorno una quota di bambini e ragazzi di età 3-17 anni in eccesso di peso pari al 33,9% *vs* il 26,1% del Centro e il 22,6% del Nord (dati non presenti in tabella). I livelli più elevati si registrano specialmente in Campania (37,3%), Basilicata (37,1%), Calabria (36,9%) e Sicilia (33,6%). In queste regioni più di un ragazzo su tre è in eccesso di peso. Viceversa, i valori più bassi si osservano nelle PA di Bolzano e Trento (rispettivamente, 15,4% e 16,0%), Valle d'Aosta (16,5%) e Friuli Venezia Giulia (19,3%).

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 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.

Inoltre, 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 3-17 anni in sovrappeso o obesi è pari al 36,7% rispetto alla percentuale del 31,0% (solo madre in eccesso di peso) e del 25,8% (solo padre in eccesso di peso). Viceversa, la quota di bambini in eccesso di peso con entrambi i genitori normopeso si attesta al 21,5% (Tabella 3). Tali evidenze si confermano anche nell'analisi effettuata per le diverse macroaree del Paese, anche se si registrano distanze più marcate tra livelli socio-economici più elevati e livelli socio-economici meno elevati al Centro-Nord rispetto al Mezzogiorno.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:45 Pagina 43

Tabella 1 - *Prevalenza media (valori per 100) di minori in eccesso di peso per genere e classe di età - Anni 2021-2022*

Classi di età	Maschi	Femmine	Totale
3-5	31,9	35,2	33,5
6-10	35,3	33,0	34,2
11-13	30,0	19,5	24,9
14-17	20,9	13,3	17,1
Totale	**29,5**	**24,8**	**27,2**

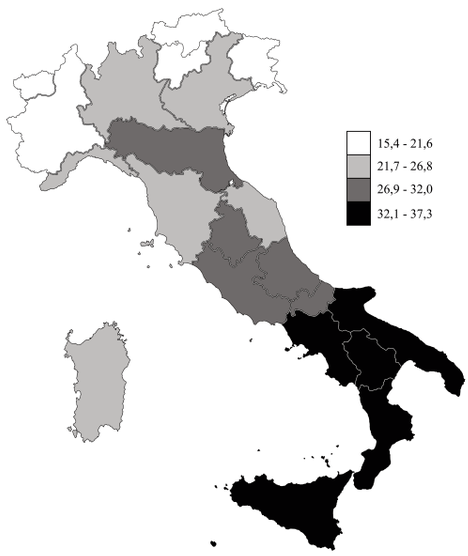
Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2023.

Tabella 2 - *Prevalenza media (valori per 100) di minori di età 3-17 anni in eccesso di peso per regione - Anni 2021-2022*

Regioni	Eccesso di peso
Piemonte	21,2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	16,5
Lombardia	21,9
Bolzano-Bozen	*15,4*
Trento	*16,0*
Veneto	23,1
Friuli Venezia Giulia	19,3
Liguria	23,9
Emilia-Romagna	27,5
Toscana	22,6
Umbria	29,0
Marche	26,8
Lazio	27,7
Abruzzo	30,7
Molise	31,5
Campania	37,3
Puglia	32,5
Basilicata	37,1
Calabria	36,9
Sicilia	33,6
Sardegna	22,3
Italia	**27,2**

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2023.

Prevalenza media (valori per 100) di minori di età 3-17 anni in eccesso di peso per regione. Anni 2021-2022



Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:45 Pagina 44

Tabella 3 - *Prevalenza media (valori per 100) di minori di età 3-17 anni in eccesso di peso per genere e alcune caratteristiche dei genitori/famiglia - Anni 2021-2022*

Caratteristiche genitori/famiglia	Maschi	Femmine	Totale
*Titolo di studio**			
Dottorato di ricerca e Laurea	23,0	20,7	21,9
Diploma scuola superiore	30,9	25,6	28,3
Scuola dell'obbligo	35,8	29,4	32,8
Risorse economiche della famiglia			
Risorse economiche ottime-adeguate	27,3	23,9	25,7
Risorse economiche scarse o insufficienti	33,8	26,7	30,4
*Eccesso di peso dei genitori**			
Nè il padre nè la madre in eccesso di peso	23,7	19,0	21,5
Solo la madre in eccesso di peso	35,0	26,6	31,0
Solo il padre in eccesso di peso	26,9	24,7	25,8
Sia il padre che la madre in eccesso di peso	40,3	33,2	36,7
Totale	**29,5**	**24,8**	**27,2**

*Si considerano solo i bambini ed i ragazzi che vivono con almeno un genitore.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2023.

Raccomandazioni di Osservasalute

La diffusione dell'obesità tra bambini e ragazzi è un fenomeno ampiamente diffuso in Italia e in tutti i Paesi del resto del mondo e che merita una particolare attenzione.

Più della metà dei bambini obesi diventa obeso nell'adolescenza e circa otto adolescenti su dieci saranno ancora obesi in età adulta. È, quindi, necessario intervenire per ridurre e prevenire l'obesità tra i più giovani anche per le forti ricadute sulla salute che l'obesità comporta.

La possibilità di avere periodicamente informazioni sull'eccesso di peso di bambini e ragazzi permette di monitorare la diffusione del fenomeno nei gruppi in cui è maggiormente presente (tra i maschi, tra chi risiede nel Meridione e tra chi vive in famiglie in cui almeno uno dei genitori è in eccesso di peso e con un livello socio-economico non elevato).

Ciò risulta di particolare importanza perché consente di avere strumenti teorici importanti che possono essere utilizzati per costruire azioni di prevenzione e di contrasto del fenomeno.

Un ruolo fondamentale gioca la famiglia, che risulta centrale nella crescita dei bambini e dei ragazzi rappresentando il luogo dove possono essere trasmessi stili di vita sani tramite una corretta alimentazione e incentivando l'attività fisica e sportiva. In tal senso, bisognerebbe programmare interventi di supporto alle famiglie per aiutarle a svolgere nel migliore dei modi questo importante ruolo educativo. Anche i programmi di educazione alimentare sviluppati all'interno delle scuole (9), oltre che la diffusione di programmi scolastici volti a favorire l'attività fisico motoria (10), possono essere veicoli fondamentali per la diffusione di modelli di comportamento e stili di vita sani tra bambini e ragazzi.

Riferimenti bibliografici

(1) World Health Organization (WHO). Obesity and overweight Fact sheet, 9 June 2021.
(2) Reilly J.J., Methven E., McDowell Z.C., Hacking B., Alexander D., Stewart L., Kelnar C. J. H. Health consequences of obesity. Arch. Dis. Children 2003, 88; 748-752.
(3) Serdula M.K., Ivery D., Coates R.J., Freedman D.S., Williamson D.F., Byers T. Do obese children become obese adults? A review of the literature. Preventive Medicine 1993, 22: 167-77.
(4) Rolland-Cachera M. F., Deheeger M., Bellisle F., Guilloud-Bataille M., Patois E. Adiposity rebound in children: a simple indicator for predicting obesity. The American Journal of clinical Nutrition 39, pp 129-135. 1984.
(5) Simmonds M., Llewellyn A., Owen C. G., Woolacott N. Predicting adult obesity from childhood obesity: a systematic review and meta-analysis. Obesity Reviews 2016 Feb;17(2):95-107.
(6) Cole T.J., Lobstein T. Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. Pediatr Obes 2012; 7: 284-94.
(7) Bologna E., Burgio A., Gargiulo L., Iannucci L. L'Obesità in Italia in "NO SILOS: sinergie per contrastare l'obesità", 5th Italian Obesity Barometer Report 2023.
(8) Istat. Sport, attività fisica, sedentarietà. Statistica today 01 dicembre 2022. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/files/2022/12/Sport-attivit%C3%A0-fisica-sedentariet%C3%A0-2021.pdf.
(9) Ministero dell'agricoltura, della sovranità alimentare e delle foreste. "Frutta e verdura nelle scuole". Disponibile sul sito: www.fruttanellescuole.gov.it/home.
(10) Sport e Salute, Ministero dell'Istruzione e del Merito (MIM). "SCUOLA ATTIVA KIDS". Disponibile sul sito: www.sportesalute.eu/progettoscuolattiva/kids/il-progetto.html.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:45 Pagina 45

Sovrappeso e obesità nei bambini (OKkio alla SALUTE): disuguaglianze associate alle condizioni socio-economiche

Significato. Le cause dell'obesità sono molteplici e dipendono da fattori ambientali, sociali, comportamentali, fisiologici, psicologici e genetici, che spesso interagiscono tra loro, rendendo molto complessa la sua prevenzione (1). Negli ultimi 40 anni la prevalenza di obesità in tutto il mondo è più che raddoppiata e nessun Paese, fino ad oggi, ha invertito in modo significativo tale trend, nonostante alcuni segnali di cambiamento positivo, che derivano principalmente da un recente appiattimento della prevalenza dell'obesità tra i bambini, registrata in determinati Paesi (2). Dal 1975 la percentuale di bambini e adolescenti obesi è aumentata di quasi tre volte in Italia, con una tendenza alla stabilizzazione negli ultimi 10 anni (2). Tuttavia, anche dove ci sono stati progressi, si segnala un persistere delle disuguaglianze nella prevalenza dell'obesità, associate spesso alle condizioni familiari e ambientali (2-4).
Dal 2007 è attivo nel nostro Paese il Sistema di sorveglianza nazionale OKkio alla SALUTE (5), promosso dal Ministero della Salute, coordinato dall'ISS e condotto in collaborazione con il Ministero dell'Istruzione e del Merito e le Regioni, che raccoglie dati sullo stato ponderale dei bambini, su alcune loro abitudini e sulle condizioni socio-economiche dei genitori. Il DPCM "Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie", pubblicato in GU n. 09 del 12 maggio 2017, ne ha ratificato l'importanza includendo OKkio alla SALUTE tra i flussi di rilevanza nazionale sotto la titolarità dell'ISS. Attraverso questo sistema di sorveglianza, l'Italia partecipa alla raccolta dati *Childhood Obesity Surveillance Initiative* (COSI) della Regione Europea dell'OMS dal suo inizio, svolgendo un ruolo importante nello sviluppo della metodologia adottata e permettendo un confronto con i dati di altri Paesi partecipanti al *network* (6). Ad oggi sono state condotte sei raccolte dati (nel 2008, 2010, 2012, 2014, 2016, 2019) e la settima si è conclusa nel giugno 2023.

Prevalenza di bambini in sovrappeso

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

Prevalenza di bambini obesi

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

Validità e limiti. Al fine di avere delle misure oggettive e uniformi di peso e statura su tutto il territorio nazionale, il Sistema di Sorveglianza OKkio alla SALUTE prevede che i bambini vengano misurati direttamente a scuola da personale formato, con procedure e strumentazioni comuni. L'IMC è utilizzato come indicatore indiretto dello stato di adiposità, mentre per la definizione di sottopeso, normopeso, sovrappeso, obesità e obesità grave dei bambini si utilizzano i valori soglia dell'*International Obesity Task Force* (IOTF) desunti da Cole et al. (7).
Come tecnica di campionamento si utilizza quella a grappolo (con unità la classe), che ha il vantaggio di concentrare il lavoro su un numero limitato di classi anche se i bambini all'interno dei grappoli tendono ad "assomigliarsi" e, di conseguenza, la variabilità stimata dal campione può sottostimare la reale variabilità nella popolazione. Questo inconveniente è compensato aumentando il numero dei soggetti campionati, al fine di raggiungere i livelli di precisione desiderati per la rappresentatività: 3% a livello regionale e 5% per le Aziende sanitarie.

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

Descrizione dei risultati

Dai dati 2019 di OKkio alla SALUTE su 45.735 bambini misurati (5) si evince che (utilizzando i *cut-off* IOTF) il 29,8% è in eccesso di peso (con una variazione regionale da 14,0% in Valle d'Aosta a 44,1% in Campania). In particolare il 20,4% (IC 95%: 19,9%-20,9%) sono in sovrappeso e il 9,4% (IC 95%: 9,0%-9,7%) obesi, compresi i bambini gravemente obesi che rappresentano il 2,4% (IC 95%: 2,3-2,6). Queste prevalenze mostrano una tendenza alla diminuzione del fenomeno rispetto ai dati raccolti negli anni precedenti (5).
Tuttavia, andando a stratificare per le caratteristiche socio-economiche dei genitori, si osservano delle notevoli differenze (Tabella 1). La prevalenza di

P. NARDONE, A. SPINELLI, S. CIARDULLO, M.A. SALVATORE, D. MANDOLINI, M. BUCCIARELLI, S. ANDREOZZI, M. BUONCRISTIANO, M. CIAMPECHINI, D. GALEONE, Gruppo "OKkio alla SALUTE" 2019

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:45 Pagina 46

sovrappeso diminuisce da 22,1% per i bambini con genitori con un livello di istruzione basso (al massimo la scuola dell'obbligo) al 18,5% per quelli con almeno un genitore laureato o con titolo superiore; il livello di istruzione dei genitori mostra variazioni ancora maggiori nella prevalenza dell'obesità dei loro bambini (passando, rispettivamente, da 14,6% a 5,6%).
La cittadinanza dei genitori non influenza di molto la prevalenza di sovrappeso e di obesità dei loro figli.
Un altro fattore importante risulta, invece, essere la condizione economica della famiglia, con un netto trend in aumento delle prevalenze di sovrappeso e di obesità dei bambini con l'aumentare delle difficoltà economiche della famiglia (variando da un 17,4% di bambini in sovrappeso e un 6,5% obesi in famiglie economicamente agiate a un 23,3% e un 13,4%, rispettivamente, in famiglie con molte difficoltà economiche).
Infine i bambini residenti nel Meridione hanno prevalenze di sovrappeso e di obesità maggiori di quelli residenti al Centro e al Nord (Tabella 1).
Al fine di valutare l'effetto di ciascuna caratteristica socio-economica dei genitori sulla prevalenza di eccesso di peso (sovrappeso+obesità) dei loro figli, indipendentemente dall'effetto di tutte le altre variabili, è stata applicata la tecnica della regressione logistica multivariata (Tabella 2). I risultati, in generale, confermano quanto osservato nella tabella precedente con un rischio di eccesso di peso e obesità maggiore nei figli di genitori in condizioni socio-economiche peggiori, per quelli che vivono al Sud e nelle Isole e per i maschi (per quanto riguarda l'obesità). L'area di residenza rappresenta la variabile più fortemente associata al rischio di prevalenze alte, con un rischio doppio per i bambini residenti nel Meridione di essere in eccesso di peso (OR = 1,99) e quasi triplo (OR = 2,80) di essere obesi rispetto ai bambini che vivono al Nord. Anche i bambini residenti nelle regioni del Centro hanno un rischio maggiore di essere in eccesso di peso (OR = 1,27) o obesi (OR = 1,38) rispetto a quelli del Nord (4).
Inoltre, l'istruzione dei genitori e le condizioni economiche delle famiglie si confermano fattori importanti, con un rischio più che doppio di essere obeso per i bambini con genitori con al massimo il diploma di scuola dell'obbligo rispetto a quelli che hanno almeno un genitore laureato o con titolo superiore (OR = 2,33) e un rischio maggiore di una volta e mezzo di essere in eccesso ponderale (OR = 1,54) o obeso (OR = 1,60) per i bambini con una famiglia che ha molte difficoltà economiche rispetto a quelli con una famiglia in cui non ci sono difficoltà (Tabella 2). Queste disuguaglianze per caratteristiche socio-economiche e area geografica sono simili a quelle osservate nelle precedenti raccolte del sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE.

Tabella 1 - *Prevalenza (valori per 100) di bambini di età 8-9 anni in sovrappeso e obesi per caratteristiche socio-economiche dei genitori - Anno 2019*

Caratteristiche socio-economiche	Stato ponderale del bambino	
	Sovrappeso	Obesità
Istruzione dei genitori		
Entrambi con scuola dell'obbligo	22,1	14,6
Almeno 1 con diploma scuola superiore	21,1	9,6
Almeno 1 con laurea o titolo superiore	18,5	5,6
Cittadinanza dei genitori		
Entrambi italiani	20,4	9,3
1 genitore straniero	19,2	8,3
Entrambi stranieri	20,8	8,5
Come la famiglia arriva economicamente a fine mese		
Molto facilmente	17,4	6,5
Abbastanza facilmente	19,7	7,8
Con alcune difficoltà	21,9	11,4
Con molte difficoltà	23,3	13,4
Area di residenza		
Nord	18,2	5,9
Centro	20,6	8,0
Sud ed Isole	23,7	15,7

Fonte dei dati: ISS. "OKkio alla SALUTE". Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:45 Pagina 47

Tabella 2 - *Odds Ratios e Intervalli di Confidenza al 95% di eccesso di peso e di obesità nei bambini aggiustati per tutte le variabili riportate. Modelli di regressione logistica - Anno 2019*

Variabile	Eccesso di peso Sì rispetto a No		Obesità Sì rispetto a No	
	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Genere del bambino				
Femmina	1,00		1,00	
Maschio	1,03	0,97 1,09	1,16	1,07 1,26
Istruzione dei genitori				
Almeno 1 con laurea o titolo superiore	1,00		1,00	
Almeno 1 con diploma scuola superiore	1,31	1,23 1,40	1,65	1,47 1,85
Entrambi con scuola dell'obbligo	1,58	1,45 1,71	2,33	2,03 2,66
Area di residenza				
Nord	1,00		1,00	
Centro	1,27	1,18 1,37	1,38	1,21 1,56
Sud ed Isole	1,99	1,86 2,13	2,80	2,52 3,11
Cittadinanza dei genitori				
Entrambi italiani	1,00		1,00	
1 genitore straniero	0,99	0,88 1,11	1,05	0,87 1,27
Entrambi stranieri	1,07	0,98 1,18	1,07	0,92 1,24
Come la famiglia arriva economicamente a fine mese				
Molto facilmente	1,00		1,00	
Abbastanza facilmente	1,10	1,00 1,21	1,07	0,911,25
Con alcune difficoltà	1,31	1,20 1,44	1,35	1,15 1,58
Con molte difficoltà	1,54	1,34 1,76	1,60	1,29 1,97

Fonte dei dati: ISS. "OKkio alla SALUTE". Anno 2023.

Raccomandazioni di Osservasalute

Sebbene in Italia si sia osservata una diminuzione di sovrappeso e obesità nei bambini negli ultimi anni, permangono notevoli differenze per le condizioni socio-economiche in cui essi vivono, con valori superiori tra quelli che vivono in condizioni più disagiate. Questi risultati evidenziano l'urgente necessità di dare priorità alla comprensione e alla risoluzione di queste disuguaglianze e di programmare interventi che cerchino di diminuirle.

Riferimenti bibliografici

(1) WHO Regional Office for Europe. WHO European Regional Obesity Report 2022. World Health Organization 2022. Disponibile sul sito: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/353747/9789289057738-eng.pdf.
(2) NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC) Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adults. Lancet 2017; 390 (10113): 2.627-2.642.
(3) Buoncristiano M, Williams J, Simmonds P, et al. Socioeconomic inequalities in overweight and obesity among 6- to 9-year-old children in 24 countries from theWorld Health Organization European region. Obes Rev 2021, 22 (Suppl. S6), e13213.
(4) Spinelli A, Censi L, Mandolini D, Ciardullo S, Salvatore MA, Mazzarella G, Nardone P, on behalf of the 2019 OKkio alla SALUTE Group. Inequalities in Childhood Nutrition, Physical Activity, Sedentary Behaviour and Obesity in Italy. Nutrients 2023 Sep 7; 15 (18): 3893.
(5) Nardone P, Spinelli A, Ciardullo S, Salvatore MA, Andreozzi S, Galeone D (Ed.). Obesità e stili di vita dei bambini: OKkio alla SALUTE 2019. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2022. (Rapporti ISTISAN 22/27).
(6) WHO- Regional Office for Europe. Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI). Disponibile sul sito: www.who.int/europe/initiatives/who-european-childhood-obesity-surveillance-initiative-(cosi).
(7) Cole TJ, Lobstein T. Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. Pediatr Obes 2012; 7: 284-94.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:45 Pagina 48

Attività fisica

Significato. Svolgere attività fisica con regolarità favorisce uno stile di vita sano, con notevoli benefici di tipo psicofisico per l'individuo. L'attività fisica, infatti, concorre a migliorare la qualità della vita: aumenta il benessere psicologico attraverso lo sviluppo dei rapporti sociali ed il rafforzamento di valori importanti come lo spirito di gruppo, la solidarietà e la correttezza, ed è associata positivamente allo stato di salute. In particolare, chi pratica regolarmente l'attività fisica riduce significativamente il rischio di avere problemi di ipertensione, malattie cardiovascolari, diabete tipo 2, osteoporosi, depressione, traumi da caduta (principalmente negli anziani) e alcuni tipi di cancro (soprattutto tumore del colon retto e della mammella), prevenendo la morte prematura (1).
Le stime globali sull'attività fisica indicano che un adulto su quattro non raggiunge i livelli globali raccomandati di attività fisica e che più dell'80% della popolazione mondiale adolescente non è sufficientemente attiva (2).
I dati evidenziano, inoltre, che nella maggior parte dei Paesi le donne sono meno attive degli uomini e che ci sono significative differenze nei livelli di attività fisica tra i diversi Paesi e tra le regioni di uno stesso Paese. Queste differenze possono essere spiegate dalle disuguaglianze nell'accesso alle opportunità di essere fisicamente attivi e non fanno altro che amplificare ulteriormente le disuguaglianze nella salute. Attualmente, non ci sono stime globali dei comportamenti sedentari, ma di certo l'innovazione tecnologica e lo spostamento verso attività lavorative e ricreative sempre più sedentarie hanno contribuito alla riduzione dell'attività fisica praticata (3).
Risulta, quindi, molto importante il passaggio dalla sedentarietà ad un livello di attività fisica anche modesto e l'adozione di uno stile di vita più sano, ad esempio attraverso il trasporto attivo come camminare o andare in bicicletta. È stato, inoltre, evidenziato che non esiste una precisa soglia al di sotto della quale l'attività fisica non produca effetti positivi per la salute (4).
A fronte di tali considerazioni, si ritiene di fondamentale utilità monitorare, attraverso sistemi di sorveglianza, i quadri epidemiologici e misurare il fenomeno nella popolazione per individuare adeguati interventi di promozione della salute.

Prevalenza di persone che praticano sport o attività fisica

$$\text{Numeratore} = \frac{\text{Persone di età 3 anni ed oltre che praticano sport o attività fisica}}{\text{Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di età 3 anni ed oltre}} \times 100$$

Validità e limiti. Per quanto riguarda la pratica di sport ed attività fisica, sono stati analizzati i dati relativi all'Indagine Istat "Aspetti della vita quotidiana", condotta nel 2022 su un campione di 18.440 famiglie, per un totale di 42.095 individui.
Si considera come pratica sportiva quella svolta nel tempo libero con carattere di continuità o saltuariamente dalla popolazione di età 3 anni ed oltre. Tra coloro che praticano solo qualche attività fisica sono, invece, compresi quelli che si dedicano a passatempi che comportano, comunque, movimento (fare passeggiate di almeno 2 km, nuotare, andare in bicicletta o altro); infine, i sedentari sono coloro che dichiarano di non praticare sport, né altre forme di attività fisica. L'attività sportiva rilevata si basa su una valutazione soggettiva dei rispondenti. I dati sono stati ottenuti mediante intervista diretta dei rispondenti di età 14 anni ed oltre, mentre per i bambini e ragazzi di età <14 anni le informazioni sono state fornite da un genitore o altro adulto.

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

Descrizione dei risultati

Nel 2022, in Italia, le persone di età 3 anni ed oltre che dichiarano di praticare uno o più sport nel tempo libero sono il 34,6% della popolazione, pari a circa 19 milioni 875 mila persone. Tra questi, il 26,3% si dedica allo sport in modo continuativo, mentre l'8,3% in modo saltuario. Coloro che, pur non praticando uno sport, svolgono un'attività fisica sono il 28,2% della popolazione, mentre i sedentari sono circa 21 milioni 375 mila, pari al 37,2% della popolazione.
I dati di lungo periodo evidenziano fino al 2020 un aumento della propensione alla pratica sportiva in modo continuativo (dal 19,1% del 2001 al 27,1% del 2020). Tuttavia, nel 2021 lo sport continuativo subisce una contrazione (dal 27,1% al 23,6%), mentre aumenta leggermente lo sport saltuario (pari al 10,9%) e in misura più decisa la pratica di attività fisica (dal 28,1% al 31,7%). Tale andamento può essere ricollegato al cambiamento negli stili di vita indotto dalle misure di contrasto alla pandemia di COVID-19, che hanno per lungo tempo ridotto la possibilità di svolgere attività sportiva strutturata negli ambienti chiusi di palestre, piscine e impianti sportivi (5). Al contrario, la possibilità di poter svolgere attività all'aperto ha,

E. BOLOGNA

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:45 Pagina 49

invece, avuto effetti positivi sull'aumento di attività fisiche non strutturate (fare lunghe passeggiate, andare in bicicletta, nuotare etc.). Nel 2022, si è osservato di contro un aumento dello sport praticato con continuità e una contrazione dello sport saltuario che ha portato sia il valore complessivo della pratica sportiva che nelle sue modalità di pratica (continua e saltuaria) ai livelli del 2019 (Tabella 1, Tabella 3).

Parallelamente a questo andamento si è osservata, tuttavia, una significativa contrazione della pratica di almeno qualche attività fisica che è passata dal 31,7% del 2021 al 28,2% del 2022. A ciò si unisce un forte aumento della quota di persone che ha dichiarato di non praticare sport o attività fisica nel tempo libero e che nel 2022 raggiunge quasi quattro persone di età 3 anni ed oltre su dieci (33,6% degli uomini e il 40,6% delle donne).

L'analisi territoriale mostra una differente attitudine alla pratica sportiva tra le diverse regioni del Paese che, verosimilmente, riflette anche una diversa disponibilità di strutture organizzate. Le regioni del Meridione si caratterizzano per la quota più bassa di persone che dichiarano di dedicarsi allo sport nel tempo libero, fatta eccezione per la Sardegna dove il 33,3% dichiara di praticare attività sportiva in modo continuativo o saltuario. Le regioni che registrano la più bassa quota di praticanti sportivi sono: Calabria (18,9%), Sicilia (22,1%), Campania (23,0%) e Basilicata (24,3%), mentre le regioni settentrionali, in particolare PA di Bolzano (61,8%), PA di Trento (50,2%) e Valle d'Aosta (47,6%) rappresentano le zone del Paese con la quota più elevata di persone che praticano sport (dati non presenti in tabella).

Anche per quanto riguarda la pratica di qualsiasi attività fisica, si registra un gradiente decrescente da Nord verso Sud ed Isole.

La sedentarietà, invece, è inversamente proporzionale al trend sinora registrato: emerge che, nella maggior parte delle regioni meridionali, più della metà della popolazione non pratica sport né attività fisica. In particolare, in Sicilia e in Calabria si osservano le quote più elevate di sedentari (con valori superiori al 58%), seguite da Puglia (53,8%) e Campania (53,4%).

Considerando l'ampiezza demografica dei comuni, i livelli di pratica sportiva sono più elevati nei comuni centro e periferie dell'area metropolitana (rispettivamente, 36,0% e 36,6%) e nei grandi comuni con oltre 2.000 abitanti (circa il 34,2%). Quote meno elevate si hanno, invece, nei piccoli comuni fino a 2.000 abitanti (29,3%) (dati non presenti in tabella).

Lo sport è un'attività del tempo libero fortemente legata all'età: la passione per lo sport è maggiormente diffusa tra i più giovani e raggiunge nel 2022 le quote più elevate tra i maschi di 11-17 anni (il 71,9%, di cui 64,7% in modo continuativo e 7,2% in modo saltuario - dati non presenti in tabella). Specialmente a partire dai 25 anni in poi le quote diminuiscono progressivamente fino a raggiungere il 7,9% tra gli ultra 74enni.

Nel trend temporale, si evidenzia come tra il 2019 e il 2020 e ancora di più tra il 2020 e il 2021 si sia registrato un forte decremento della pratica sportiva tra i bambini e adolescenti di età 3-17 anni. In queste classi di età tra il 2020 e il 2021 si è osservato un vero e proprio crollo della pratica sportiva specialmente di tipo continuativo, diminuita di circa 15 p.p. (dal 51,3% al 36,2%) e compensata soltanto in parte dalla pratica di qualche attività fisica (dal 18,6% al 26,9%), svolta in modo destrutturato e, quindi, al di fuori delle palestre e dei centri sportivi interessati dalle chiusure. La sedentarietà è, infatti, aumentata dal 22,3% al 27,2%.

Nel 2022 si è osservata una buona ripresa della pratica sportiva giovanile che ha raggiunto il 55,5% tra i ragazzi di età 3-17 anni, sebbene si sia mantenuta ancora ben al di sotto dei livelli registrati nel 2019 (60,1%) (dati non presenti in tabella).

L'analisi di genere mostra delle forti differenze uomo-donna, con livelli più elevati di pratica sportiva tra gli uomini in tutte le fasce di età, a eccezione dei giovanissimi (3-5 anni), fascia in cui la quota di praticanti è più elevata tra le bambine (26,9% *vs* 20,8% - dati non presenti in tabella). In tutte le altre fasce di età, invece, i livelli di pratica sportiva sono molto più alti fra gli uomini. Nel tempo si sta registrando un incremento seppur lieve in favore delle donne con conseguenza di una sottile riduzione del *gap* di genere (Tabella 1, Tabella 3).

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:45 Pagina 50

Tabella 1 - *Prevalenza (valori per 100) di persone di età 3 anni ed oltre che praticano sport in modo continuativo, in modo saltuario, svolgono qualche attività fisica o non praticano sport per genere - Anni 2001-2003, 2005-2022*

Anni	Sport in modo continuativo	Sport in modo saltuario	Qualche attività fisica	Nessuno sport	Non indicato
			Maschi		
2001	23,1	13,2	28,8	34,2	0,7
2002	23,9	12,4	27,9	35,1	0,6
2003	25,1	12,3	26,9	35,1	0,6
2005	25,2	12,9	26,4	34,7	0,8
2006	24,4	12,7	26,1	36,0	0,9
2007	24,8	11,9	28,1	34,5	0,7
2008	25,8	12,0	26,1	35,3	0,8
2009	25,8	11,6	25,8	36,1	0,6
2010	27,7	12,0	26,2	33,5	0,6
2011	26,1	12,5	26,0	34,9	0,4
2012	26,5	11,3	27,2	34,5	0,5
2013	26,0	11,1	26,3	36,2	0,3
2014	27,1	10,3	26,7	35,5	0,4
2015	28,3	11,4	24,8	35,1	0,4
2016	29,7	11,1	24,0	34,8	0,4
2017	28,9	11,1	26,2	33,4	0,4
2018	30,0	11,3	26,9	31,6	0,2
2019	31,2	9,8	27,5	31,5	0,0
2020	32,3	10,4	26,4	30,8	0,1
2021	27,9	11,9	29,9	30,3	..
2022	**30,9**	**9,3**	**26,2**	**33,6**	**-**
			Femmine		
2001	15,3	8,0	29,9	46,1	0,6
2002	15,7	7,6	29,3	46,9	0,6
2003	16,3	7,9	28,1	47,0	0,7
2005	16,9	7,9	29,8	44,5	0,8
2006	16,8	8,1	28,4	45,9	0,8
2007	16,7	7,4	31,0	44,2	0,6
2008	17,6	7,5	29,2	44,9	0,8
2009	17,5	7,6	29,4	44,8	0,7
2010	18,1	8,5	30,1	42,8	0,5
2011	18,0	7,9	29,2	44,4	0,6
2012	17,6	7,3	31,1	43,5	0,6
2013	17,2	7,3	29,4	45,8	0,3
2014	19,2	7,0	29,5	44,1	0,3
2015	19,5	7,7	28,1	44,3	0,4
2016	20,8	8,3	27,2	43,4	0,3
2017	21,0	7,2	28,9	42,5	0,4
2018	21,7	8,0	30,1	40,0	0,3
2019	22,2	7,0	31,1	39,5	0,1
2020	22,1	8,7	29,7	39,4	0,1
2021	19,6	10,0	33,5	36,9	..
2022	**21,8**	**7,4**	**30,2**	**40,6**	**..**

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:45 Pagina 51

Tabella 1 - (segue) *Prevalenza (valori per 100) di persone di età 3 anni ed oltre che praticano sport in modo continuativo, in modo saltuario, svolgono qualche attività fisica o non praticano sport per genere - Anni 2001-2003, 2005-2022*

Anni	Sport in modo continuativo	Sport in modo saltuario	Qualche attività fisica	Nessuno sport	Non indicato
			Totale		
2001	19,1	10,6	29,4	40,3	0,6
2002	19,7	9,9	28,6	41,2	0,6
2003	20,6	10,1	27,5	41,2	0,6
2005	20,9	10,3	28,2	39,8	0,8
2006	20,5	10,3	27,3	41,1	0,8
2007	20,6	9,6	29,6	39,5	0,7
2008	21,6	9,7	27,7	40,2	0,8
2009	21,5	9,6	27,7	40,6	0,6
2010	22,8	10,2	28,2	38,3	0,6
2011	21,9	10,1	27,6	39,8	0,5
2012	21,9	9,3	29,2	39,1	0,5
2013	21,5	9,1	27,9	41,2	0,3
2014	23,1	8,6	28,1	39,9	0,3
2015	23,8	9,5	26,5	39,9	0,4
2016	25,1	9,7	25,7	39,2	0,3
2017	24,8	9,1	27,6	38,1	0,4
2018	25,7	9,6	28,5	35,9	0,3
2019	26,6	8,4	29,4	35,6	0,0
2020	27,1	9,5	28,1	35,2	0,1
2021	23,6	10,9	31,7	33,7	..
2022	**26,3**	**8,3**	**28,2**	**37,2**	**..**

- = indica che il fenomeno non esiste, oppure che il fenomeno esiste e viene rilevato, ma i casi non si sono verificati.
..= indica che il fenomeno esiste, ma non si raggiunge la metà della cifra relativa all'ordine minimo considerato.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2023.

Tabella 2 - *Prevalenza (valori per 100) di persone di età 3 anni ed oltre che praticano sport in modo continuativo, in modo saltuario, svolgono qualche attività fisica o non praticano sport per regione - Anno 2022*

Regioni	Sport in modo continuativo	Sport in modo saltuario	Qualche attività fisica	Nessuno sport	Non indicato
Piemonte	28,9	9,5	30,7	31,0	-
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	34,5	13,1	31,4	21,1	-
Lombardia	29,2	11,2	33,2	26,4	-
Bolzano-Bozen	*45,7*	*16,2*	*21,7*	*16,5*	-
Trento	*36,0*	*14,2*	*34,4*	*15,4*	-
Veneto	31,6	10,3	31,5	26,6	-
Friuli Venezia Giulia	28,8	10,8	36,9	23,5	-
Liguria	29,6	7,7	31,7	31,0	-
Emilia-Romagna	29,8	9,4	32,3	28,5	-
Toscana	28,9	8,1	33,4	29,6	0,1
Umbria	29,9	8,6	30,1	31,4	-
Marche	29,4	8,8	29,7	32,1	-
Lazio	28,3	9,2	23,9	38,6	-
Abruzzo	23,9	8,8	30,9	36,4	-
Molise	20,4	6,5	28,7	44,4	-
Campania	17,7	5,3	23,6	53,4	-
Puglia	21,1	5,1	20,1	53,8	-
Basilicata	18,8	5,4	23,7	52,0	-
Calabria	15,2	3,7	22,8	58,4	-
Sicilia	17,8	4,3	19,1	58,8	-
Sardegna	27,3	6,0	30,3	36,4	-
Italia	**26,3**	**8,3**	**28,2**	**37,2**	**..**

- = indica che il fenomeno non esiste, oppure che il fenomeno esiste e viene rilevato, ma i casi non si sono verificati.
..= indica che il fenomeno esiste, ma non si raggiunge la metà della cifra relativa all'ordine minimo considerato.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:45 Pagina 52

Prevalenza (valori per 100) di persone di età 3 anni ed oltre che non praticano sport per regione. Anno 2022

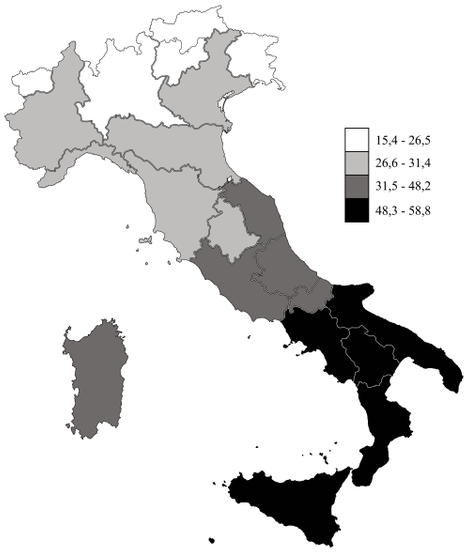


Tabella 3 - *Prevalenza (valori per 100) di persone che praticano sport in modo continuativo, in modo saltuario, svolgono qualche attività fisica o non praticano sport per genere e classe di età - Anno 2022*

Classi di età	Sport in modo continuativo	Sport in modo saltuario	Qualche attività fisica	Nessuno sport	Non indicato
			Maschi		
3-5	19,2	1,6	26,1	53,0	-
6-10	62,7	4,3	13,6	19,5	-
11-14	66,5	7,6	13,1	12,8	-
15-17	62,2	6,7	16,9	14,2	-
18-19	51,5	12,6	13,0	23,0	-
20-24	48,0	12,7	17,6	21,7	-
25-34	41,9	11,3	20,7	26,1	-
35-44	31,1	11,4	26,0	31,5	-
45-54	26,6	11,8	27,7	33,9	-
55-59	20,5	12,2	32,9	34,4	-
60-64	20,4	10,2	30,1	39,3	-
65-74	17,5	6,7	37,1	38,7	-
75+	8,4	3,6	30,7	57,2	-
Totale	**30,9**	**9,3**	**26,2**	**33,6**	**-**
			Femmine		
3-5	24,1	2,8	26,5	46,6	-
6-10	53,0	2,9	19,8	24,2	0,1
11-14	51,8	4,9	21,5	21,7	0,1
15-17	42,5	8,9	24,3	24,3	-
18-19	31,9	10,2	27,3	30,6	-
20-24	37,7	10,8	28,7	22,8	-
25-34	28,3	12,7	30,3	28,7	-
35-44	22,8	10,9	32,1	34,1	-
45-54	19,2	9,7	35,6	35,5	-
55-59	18,1	8,5	34,7	38,6	-
60-64	16,6	6,1	38,5	38,8	-
65-74	12,7	4,3	33,6	49,3	-
75+	3,5	1,5	20,7	74,4	-
Totale	**21,8**	**7,4**	**30,2**	**40,6**	**..**

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:45 Pagina 53

Tabella 3 - (segue) *Prevalenza (valori per 100) di persone che praticano sport in modo continuativo, in modo saltuario, svolgono qualche attività fisica o non praticano sport per genere e classe di età - Anno 2022*

Classi di età	Sport in modo continuativo	Sport in modo saltuario	Qualche attività fisica	Nessuno sport	Non indicato
	Totale				
3-5	21,5	2,2	26,3	50,0	-
6-10	58,1	3,6	16,6	21,7	..
11-14	59,3	6,3	17,2	17,2	0,1
15-17	52,3	7,8	20,6	19,3	-
18-19	41,3	11,3	20,4	26,9	-
20-24	43,2	11,8	22,7	22,2	-
25-34	35,2	12,0	25,4	27,4	-
35-44	26,9	11,2	29,1	32,8	-
45-54	22,9	10,7	31,7	34,7	-
55-59	19,2	10,3	33,8	36,6	-
60-64	18,5	8,1	34,4	39,0	-
65-74	14,9	5,4	35,2	44,4	-
75+	5,5	2,4	24,9	67,2	-
Totale	**26,3**	**8,3**	**28,2**	**37,2**	**..**

- = indica che il fenomeno non esiste, oppure che il fenomeno esiste e viene rilevato, ma i casi non si sono verificati.
..= indica che il fenomeno esiste, ma non si raggiunge la metà della cifra relativa all'ordine minimo considerato.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2023.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nonostante negli ultimi anni, sia a livello internazionale che nazionale, sia aumentata l'attenzione per le strategie mirate a modificare lo stile di vita ed in grado di ridurre i livelli di sedentarietà insieme agli altri fattori di rischio per la salute, i risultati relativi al 2022 mettono in evidenza elevati livelli di inattività fisica: quasi quattro persone su dieci, infatti, non hanno svolto nel tempo libero né sport né attività fisica, con un *gap* di genere a sfavore delle donne.

Su questi andamenti negli anni recenti ha fortemente pesato anche la situazione legata alla pandemia di COVID-19 e le restrizioni nella pratica che ne sono conseguite a causa della chiusura per la maggior parte del 2020 e buona parte del 2021 di palestre, centri sportivi e luoghi dove svolgere attività fisico-sportiva. Fortunatamente, nel 2022 si è osservata una buona ripresa della pratica sportiva specialmente tra i più giovani, che hanno recuperato molto nei livelli di pratica, mantenendosi però ancora ben al di sotto dei livelli registrati nel prepandemia.

Di fondamentale importanza sono gli interventi che mirano alla promozione dell'attività fisica per i diversi *target* di popolazione. La strategia europea "Guadagnare salute" (6), ad esempio, sostenuta anche dal PNP, è stata avviata in Italia da più di un decennio, per promuovere una sana alimentazione, la pratica regolare di attività fisica, il controllo del sovrappeso e dell'obesità, la lotta al fumo e al consumo dannoso di alcol, attribuendo un ruolo fondamentale al lavoro interistituzionale per la sensibilizzazione dei cittadini a migliorare gli stili di vita.

Il *Global Action Plan on Physical Activity* 2018-2030 ha, inoltre, definito 4 Obiettivi strategici e 20 Azioni politiche per ottenere una riduzione relativa del 15% nella prevalenza globale dell'inattività fisica tra gli adulti e gli adolescenti entro il 2030 (7, 10).

Per quanto riguarda le raccomandazioni dell'OMS che stabiliscono le Linee Guida sulle quantità di attività fisico sportiva da praticare per avere effetti positivi sulla salute, a novembre 2020, sono state pubblicate le nuove raccomandazioni globali che hanno sostituito le Linee Guida del 2010 e che si basano sui più recenti progressi negli studi sui comportanti attivi/sedentari in associazione alle loro ricadute sulla salute (8). Tali raccomandazioni sono state fornite, per la prima volta, mettendo in evidenza l'associazione sia dei comportamenti attivi che di quelli sedentari e le ricadute di entrambi questi tipi di comportamento sulla salute. Le linee Guida del 2020, inoltre, oltre a dare indicazioni sulla quantità di attività fisica (frequenza, intensità e durata) necessaria per offrire significativi benefici per la salute nelle diverse fasce di popolazioni distinte per età (bambini, adolescenti, adulti e anziani), si sofferma anche su altri *target* di popolazione come le donne in gravidanza e dopo il parto e le persone che vivono in condizioni di disabilità o cronicità (9).

Riferimenti bibliografici

(1) U.S. Department of Health and Human Services. Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report 2008.
(2) World Health Organization (WHO). Physical activity Fact sheet. Disponibile sul sito: www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity, 5 October 2022.
(3) Guthold R, Stevens GA, Riley LM, Bull FC. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1.9 million participants. Lancet Glob Health. 2018; 6 (10): e1077-e86.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:45 Pagina 54

(4) Wen, Wai, Tsai, et al. Minimum amount of physical activity for reduced mortality and extended life expectancy: a prospective cohort study. The Lancet 2011; 378: 1.244-1.253.
(5) Istat. Sport, attività fisica, sedentarietà. Statistica today 01 dicembre 2022. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/files/2022/12/Sport-attivit%C3%A0-fisica-sedentariet%C3%A0-2021.pdf.
(6) Italia. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 4 maggio 2007. Documento programmatico "Guadagnare salute - rendere facili le scelte salutari". Gazzetta Ufficiale - Serie Generale n. 117, 22 maggio 2007 - Supplemento ordinario n. 119.
(7) World Health Organization. Global action plan on physical activity 2018-2030: more active people for a healthier world. Geneva: World Health Organization; 2018.
(8) World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. Geneva: World Health Organization; 2010.
(9) World Health Organization (WHO). "WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour". Geneva: World Health Organization; 2020.
(10) Janssen I. Physical activity guidelines for children and youth. Can J Public Health 2007; 98: S109-S121.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:45 Pagina 55

Screening mammografico su iniziativa spontanea

Significato. Il carcinoma della mammella continua ad essere di gran lunga il tumore femminile più frequentemente diagnosticato rappresentando in Italia il 30% di tutti i tumori nelle donne. Nel 2023 sono stimate circa 55.900 nuove diagnosi di carcinomi della mammella. Con una stima della sopravvivenza netta a 5 anni dalla diagnosi dell'88% e della probabilità di vivere ulteriori 4 anni condizionata ad aver superato il primo anno dopo la diagnosi del 91%, si stima che oggi siano 834.200 casi prevalenti, ovvero le donne viventi con una diagnosi di tumore della mammella.
La mortalità per tumore della mammella si è comunque ridotta e fra il 2007 e il 2019 si stima che complessivamente siano state evitate 10.223 morti femminili per tumore della mammella, ovvero il 6% in meno delle morti attese calcolate sulla base della mortalità età-sede specifica osservata nel triennio 2003-2006 (1). La riduzione di mortalità per tumore della mammella nelle donne è certamente riconducibile ai miglioramenti terapeutici, ma anche ai programmi di screening.
Una quota rilevante di casi viene diagnosticata in una fase relativamente precoce, anche grazie alla disponibilità di programmi di screening mammografico che, nella fascia di età 50-69 anni, rientrano nei LEA. Il Ministero della Salute, infatti, raccomanda ai servizi sanitari l'esecuzione di screening di popolazione, un programma organizzato che offre sistematicamente ogni 2 anni la mammografia alle donne di età 50-69 anni. Dove questa offerta è attiva molte donne vi partecipano; tuttavia, una quota consistente di donne si sottopone a mammografia, a scopo preventivo, ma su iniziativa spontanea, ovvero fuori dai programmi organizzati.
Il sistema "PASSI" rileva informazioni sulla copertura dello screening mammografico, dentro i programmi organizzati dalle ASL oppure su iniziativa personale, i fattori predittivi della pratica dello screening e le attività di promozione.
PASSI è un sistema di sorveglianza in continuo che raccoglie ogni anno informazioni su un campione di oltre 35.000 persone, rappresentativo per genere ed età della popolazione residente in Italia di età 18-69 anni.
Nel presente Capitolo vengono presentati i dati PASSI riferiti al biennio 2021-2022, stimati su un campione complessivo di 11.292 donne di età 50-69 anni. La pandemia di COVID-19 ha avuto un impatto non trascurabile sull'offerta dei programmi di screening e sulla partecipazione dei cittadini agli stessi (fuori o dentro i programmi organizzati), che è stato rilevante nel 2020 e che solo in parte è rientrato nel 2022. Per questa ragione si è scelto di presentare i dati più aggiornati disponibili riferendosi al 2021-2022, pur fornendo comunque una descrizione degli andamenti temporali dal 2008.

Percentuale di donne che dichiarano di essersi sottoposte a mammografia a scopo preventivo su iniziativa spontanea

Numeratore: Donne di età 50-69 anni che dichiarano di essersi sottoposte a mammografia a scopo preventivo, nei 2 anni precedenti l'intervista, su iniziativa spontanea

Denominatore: Donne di età 50-69 anni intervistate che dichiarano di essersi sottoposte o meno a mammografia

x 100

Validità e limiti. Confrontando i dati riferiti provenienti dal *Behavioural Risk Factor Surveillance System*, con quelli ricavati da sistemi di registrazione clinici negli Stati Uniti, è stato osservato che raramente una donna che ha effettuato la mammografia nell'intervallo raccomandato, omette di riferirlo (elevata sensibilità). Invece, un certo numero di donne che ha effettuato la mammografia, prima del biennio precedente l'intervista, dichiara di averla fatta nelle tempistiche raccomandate (moderata specificità). Questo fenomeno viene attribuito, principalmente, al cosiddetto effetto "telescopico", per cui l'intervistato riferisce di aver effettuato il test più recentemente di quanto accaduto in realtà. Sono state escluse le donne che si sono rifiutate di rispondere e quelle che hanno risposto "non so".
A causa della specificità non ottimale, la copertura potrebbe essere sovrastimata. Anche se questo è stato verificato in contesti diversi dall'Italia, questa possibile sovrastima deve essere tenuta presente quando si interpretano i dati.
L'espressione di questo indicatore si riferisce al calcolo della stima per ASL; per garantire idonea rappresentatività degli stessi indicatori a livello regionale e nazionale, i dati delle singole ASL vengono aggregati per regione e opportunamente pesati.
Va ricordato che in Italia i registri dei programmi organizzati non raccolgono informazioni sui test eseguiti al di fuori dei programmi stessi; tali informazioni vengono, invece, rilevate sistematicamente da PASSI che riesce, pertanto, a fornire anche una stima della quota di donne che si sottopone a screening spontaneamente.

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

V. MINARDI, B. CONTOLI, F. ASTA, M. MASOCCO

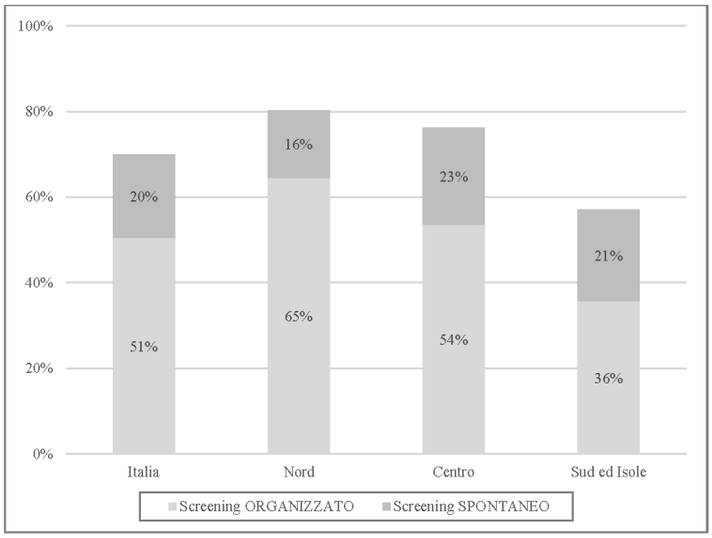
Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:45 Pagina 56

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

Descrizione dei risultati

Nel biennio 2021-2022 il 71% della popolazione target femminile, residente in Italia, si sottopone a mammografia, a scopo preventivo e nei tempi raccomandati, ma il 51% lo fa aderendo ai programmi di screening offerti dalle ASL, mentre il 20% su iniziativa spontanea (ovvero fuori dei programmi di screening organizzati).
La copertura totale dello screening mammografico disegna un chiaro gradiente Nord-Sud ed Isole, a sfavore delle regioni meridionali, che riflette la geografia dello screening organizzato. La copertura da screening organizzato è, infatti, più elevata al Nord (65%), minore al Centro (54%) e decisamente più bassa al Sud e nelle Isole (36%) mentre il ricorso allo screening mammografico su iniziativa spontanea è meno frequente al Nord (16%) e maggiore al Centro (23%) e nel Meridione (21%).
Negli anni, grazie all'aumento dell'offerta dei programmi organizzati, avvenuta ovunque nel Paese, è aumentata la quota complessiva di donne che si sottopone a screening per la diagnosi precoce del tumore alla mammella e si è ridotta la distanza fra Nord e Meridione. L'analisi temporale ha, inoltre, messo in evidenza che nel momento in cui si raggiungono buone coperture dello screening organizzato, come accaduto nel Nord e in alcune regioni del Centro, si riduce il ricorso allo screening su iniziativa spontanea, mentre dove l'offerta di programmi organizzati, pur aumentando, resta distante dai valori ottimali, come nel Sud e nelle Isole, continua lentamente ad aumentare (o comunque non si riduce) anche la copertura da screening spontaneo, senza però essere in grado di compensare la carenza di offerta/adesione ai programmi organizzati.
In questo quadro di evoluzione temporale si inserisce la pandemia di COVID-19, che nel 2020 ha determinato una significativa riduzione della copertura totale dello screening mammografico per una riduzione dell'offerta dei programmi da parte delle ASL, impegnate nella gestione dell'emergenza sanitaria, ma anche per un calo dell'adesione da parte delle donne alle quali erano rivolti gli inviti, che il ricorso allo screening su iniziativa spontanea non è riuscito a mitigare. Nel 2022 la copertura dello screening non è ancora tornata ai valori pre-pandemia, ma si registra un segnale di ripresa.
La quota di donne che si sottopone a screening mammografico fuori dai programmi organizzati è maggiore tra le 50-59enni (22% *vs* 16% fra le donne 60-69enni), tra le più istruite (31% fra le laureate *vs* 8% meno istruite) e tra quelle che riferiscono di non aver difficoltà economiche (21% *vs* 15% di chi riferisce di

Grafico 1 - *Quota media (valori per 100) di donne di età 50-69 anni che dichiarano di essersi sottoposte a mammografia a scopo preventivo nei 2 anni precedenti l'intervista, su iniziativa spontanea o nell'ambito di screening organizzati, per macroarea - Anni 2021-2022*



Fonte dei dati: PASSI. Anno 2023.

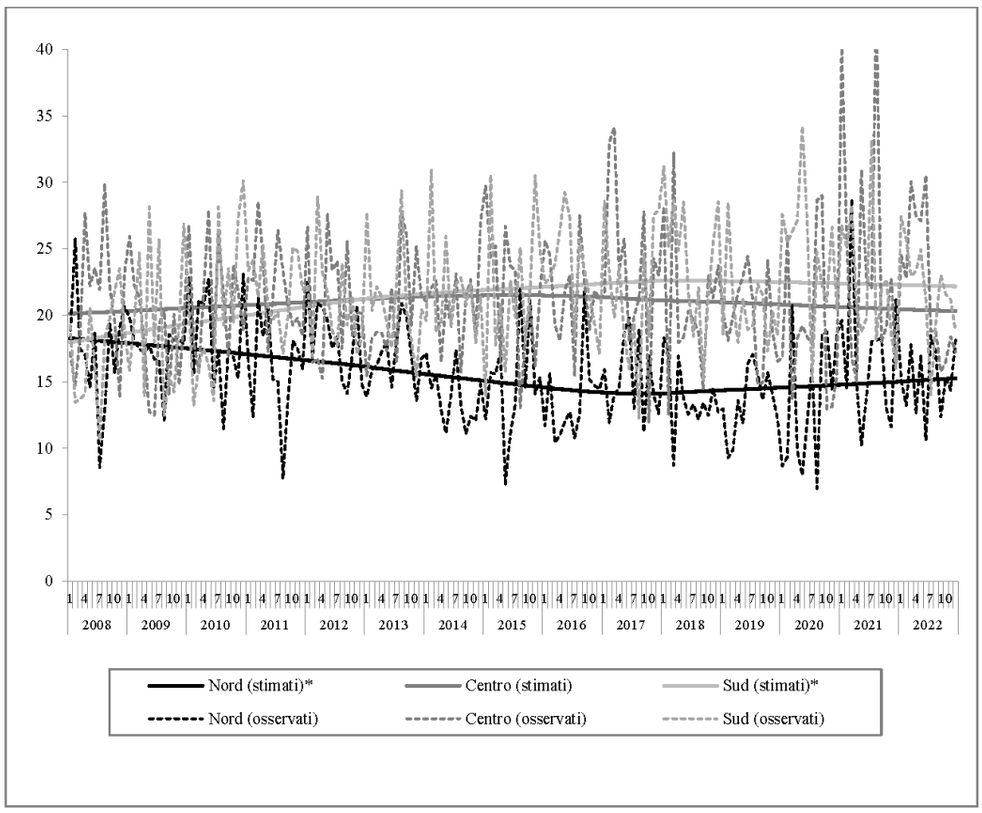
Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:45 Pagina 57

Quota media (valori per 100) di donne di età 50-69 anni che dichiarano di essersi sottoposte a mammografia a scopo preventivo nei 2 anni precedenti l'intervista, su iniziativa spontanea, per regione. Anni 2021-2022



Nota: dal 2017 la Lombardia non aderisce al sistema di sorveglianza PASSI.

Grafico 2 - *Quota media mensile (valori per 100) di donne di età 50-69 anni che dichiarano di essersi sottoposte a mammografia a scopo preventivo nei 2 anni precedenti l'intervista, su iniziativa spontanea, per macroarea - Anni 2008-2022*



*p <0,05.

Fonte dei dati: PASSI. Tendenze nel tempo delle coperture stimate da modelli di serie storiche (Locally Weighted Scannerplot Smoothing) su i dati osservati mensili. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:45 Pagina 58

Raccomandazioni di Osservasalute

Nel 2021-2022, otto donne su dieci, di età 50-69 anni, dichiarano di essere state raggiunte da almeno un intervento di promozione dello screening per il tumore della mammella fra lettera di invito delle ASL e consiglio del medico.

Promuovere lo screening mammografico con iniziative specifiche ne favorisce l'adesione, sia nell'ambito di programmi organizzati, sia su iniziativa spontanea. Infatti, il 33% delle donne, di età 50-69 anni, si sottopongono a screening mammografico nei tempi e modi raccomandati, pur non essendo state raggiunte da alcuna iniziativa di promozione, ma questa quota sale al 66% fra le donne che hanno ricevuto il consiglio da parte di un medico di sottoporsi a mammografia preventiva, al 69% fra le donne che hanno ricevuto la lettera di invito da parte delle ASL e raggiunge l'80% fra le donne che sono state raggiunte da entrambe le iniziative.

Promuovere campagne di sensibilizzazione rivolte ad operatori sanitari, affinché attivamente suggeriscano alle donne di fare prevenzione, può certamente contribuire ad aumentare la quota di donne che si sottopone a test per la diagnosi precoce dei tumori della mammella.

Riferimenti bibliografici

(1) I numeri del cancro in Italia, 2023. A cura di: AIOM, AIRTUM, Fondazione AIOM, Osservatorio Nazionale Screening, PASSI e PASSI d'Argento SIAPEC - IAP (ultimo accesso 16 febbraio 2024. Disponibile sul sito: www.aiom.it/wp-content/uploads/2024/02/2023_AIOM_NDC-web_def.pdf).

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:45 Pagina 59

Screening per il tumore della cervice uterina su iniziativa spontanea

Significato. Il carcinoma della cervice uterina è, dopo il tumore della mammella, il secondo tumore per frequenza tra le donne. Il tumore alla cervice uterina è curabile se riconosciuto precocemente ed adeguatamente trattato, ma anche prevenibile attraverso la protezione dall'infezione da HPV. L'infezione da HPV è l'infezione sessualmente trasmessa più diffusa ed è connessa all'insorgenza di diversi tumori in molti distretti, sia fra gli uomini che fra le donne. Sebbene la maggior parte delle infezioni da HPV decorra in maniera transitoria e asintomatica (il 60-90% delle infezioni, sia da genotipi oncogeni che non oncogeni, si risolve spontaneamente nell'arco di 1-2 anni dal contagio) la persistenza dell'infezione può determinare l'insorgenza di lesioni benigne e maligne della cute e delle mucose e si stima sia responsabile del 97% dei tumori della cervice uterina.
Per queste ragioni la vaccinazione anti-HPV è al centro della strategia internazionale dell'OMS "Call for action" per l'eliminazione del cancro della cervice uterina ed è grazie alla vaccinazione anti-HPV e alle campagne di screening per la diagnosi precoce che l'incidenza e la mortalità per tumore della cervice uterina si sono ridotte nel tempo.
Tuttavia, il trend in riduzione non può essere confermato nei Paesi in via di sviluppo a causa delle disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari e agli interventi di prevenzione; così, a livello globale, il tumore della cervice uterina resta il quinto tumore più comune, con tassi di incidenza, prevalenza e mortalità che variano moltissimo fra i Paesi ad alto e basso reddito. L'OMS stima tassi di incidenza standardizzati per età che variano dal 10 al 75 per 100.000 donne, rispettivamente, nei Paesi ad alto reddito e basso reddito, e percentuali di donne con carcinoma della cervice uterina che muoiono a causa della malattia del 30% nei primi e del 60% nei secondi.
Nella Regione europea il tumore della cervice uterina rappresenta la nona causa di cancro femminile ed è il secondo tumore più comune nelle donne di età 15-44 anni, ma anche all'interno della Regione europea la variabilità, in termini di incidenza e mortalità, è molto ampia, con un *range* che va da valori <5 per 100.000 donne nei Paesi dell'Europa occidentale a valori >20 per 100.000 in quelli dell'Europa orientale (1).
In Italia, nel 2022, si stimano circa 2.500 nuove diagnosi di tumore della cervice uterina (1,3% di tutti i tumori incidenti nelle donne) e un numero di casi prevalenti pari a 51.100 (donne viventi con diagnosi di tumore della cervice uterina); la sopravvivenza netta a 5 anni dalla diagnosi è pari al 68% e la probabilità di vivere ulteriori 4 anni dopo aver superato il primo anno dopo la diagnosi è pari al 75% (2).
In Italia, l'esecuzione dello screening (Pap test e/o HPV test) è raccomandata ogni 3 anni alle donne dai 25 anni di età fino ai 64 anni. Le Linee Guida europee e italiane raccomandano l'implementazione dei programmi di screening organizzati, basati su un invito attivo da parte della ASL, e l'offerta di un percorso di approfondimento assistenziale e terapeutico definito e gratuito. Dove questa offerta è attiva molte donne vi partecipano; tuttavia, una quota consistente di donne si sottopone ai test di screening raccomandato su iniziativa spontanea, ovvero fuori dai programmi organizzati.
Il sistema PASSI rileva informazioni sulla copertura dello screening per il tumore della cervice uterina, dentro i programmi organizzati dalle ASL oppure su iniziativa spontanea, i fattori predittivi della pratica dello screening e le attività di promozione.
Nel presente Capitolo vengono presentati i dati PASSI riferiti al biennio post-pandemico 2021-2022, stimati su un campione complessivo di 20.182 donne di età 25-64 anni.
La pandemia di COVID-19 ha avuto un impatto non trascurabile sull'offerta dei programmi di screening e sulla partecipazione dei cittadini agli stessi (fuori o dentro i programmi organizzati), che è stato rilevante nel 2020 e che solo in parte è rientrato nel 2022. Per questa ragione si è scelto di presentare i dati più aggiornati disponibili riferendosi al 2021-2022, pur fornendo comunque una descrizione degli andamenti temporali dal 2008.

Percentuale di donne che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il tumore della cervice uterina a scopo preventivo su iniziativa spontanea

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

V. MINARDI, B. CONTOLI, F. ASTA, M. MASOCCO

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:45 Pagina 60

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

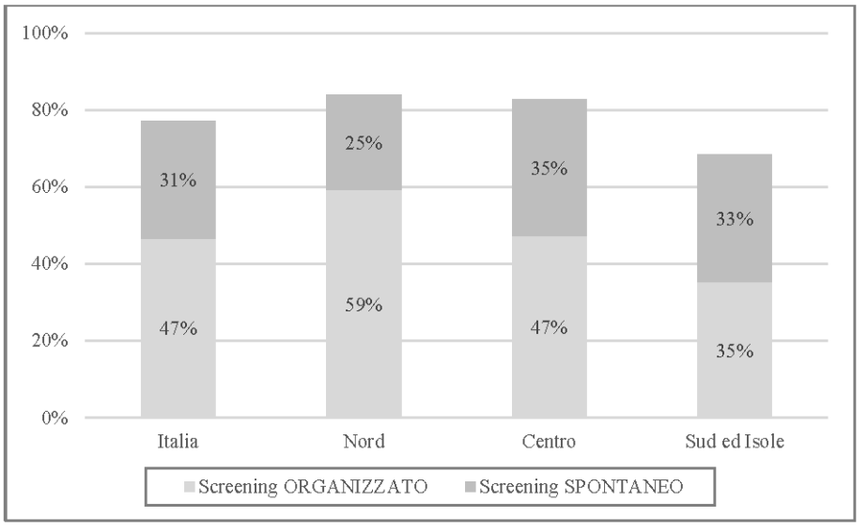
Valore di riferimento/Benchmark. Difficile individuare univocamente un valore di riferimento per questo indicatore.
Nelle realtà, dove l'estensione e la copertura dei programmi di screening organizzati raggiunga efficacemente la totalità della popolazione femminile *target* di età 25-64 anni, l'iniziativa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

Descrizione dei risultati

Nel periodo 2021-2022 il 47% della popolazione *target* femminile si sottopone a screening per il tumore della cervice uterina (Pap test e/o HPV test), aderendo ai programmi offerti dalle ASL, ma una quota rilevante, pari al 31%, si sottopone a screening cervicale a scopo preventivo e nei tempi raccomandati per iniziativa spontanea.
Nel Nord e nel Centro la quota di donne che si sottopone a screening per il tumore della cervice uterina nell'ambito di programmi organizzati è significativamente maggiore della quota di donne che lo fa su iniziativa spontanea (59% *vs* 25% nel Nord e 47% *vs* 35% nel Centro); nelle regioni meridionali la quota di donne che si sottopone a screening nell'ambito di programmi organizzati è fra le più basse (35%) e confrontabile con la quota di donne che lo fa su iniziativa spontanea (33%) (Grafico 1).
Nel tempo è aumentata significativamente la copertura totale dello screening cervicale in tutto il Paese, sostenuta principalmente dall'aumento dell'offerta e dell'adesione ai programmi organizzati; di contro, si riduce il ricorso allo screening su iniziativa spontanea e questo accade tanto più velocemente lì dove aumenta il ricorso allo screening organizzato.
L'emergenza sanitaria per la gestione della pandemia di COVID-19 ha, tuttavia, lasciato il segno e si è tradotta, da una parte, in un ritardo e in una conseguente sostanziale riduzione dell'offerta dei programmi di screening organizzati da parte delle ASL e, dall'altra, in una riduzione di adesione da parte della popolazione, con il risultato che nel 2020 la copertura totale dello screening cervicale (come accade per gli altri screening oncologici) subisce una significativa riduzione. Il ricorso allo screening cervicale su iniziativa spontanea solo in parte è riuscito a compensare questa riduzione. Di fatto, l'impatto della pandemia ha arrestato il trend in crescita della copertura da screening organizzato e il trend in riduzione del ricorso allo screening su iniziativa spontanea.
La quota di donne che si sottopone a screening per il tumore della cervice uterina su iniziativa spontanea è maggiore nella fascia di età 35-49 anni (35%) e tra le più istruite (37%) ed è particolarmente sensibile alle condizioni economiche: pari al 33% fra le donne che riferiscono di non aver alcuna difficoltà economica mentre scende al 23% fra quelle con molte difficoltà economiche.

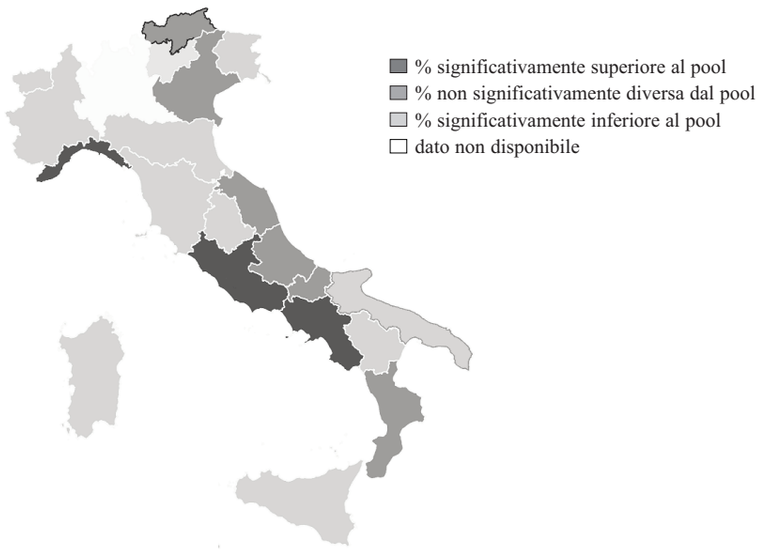
Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:45 Pagina 61

Grafico 1 - *Quota media (valori per 100) di donne di età 25-64 anni che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il tumore della cervice uterina a scopo preventivo nei 3 anni precedenti l'intervista, su iniziativa spontanea o nell'ambito di programmi di screening organizzati, per macroarea - Anni 2021-2022*



Fonte dei dati: PASSI. Anno 2023.

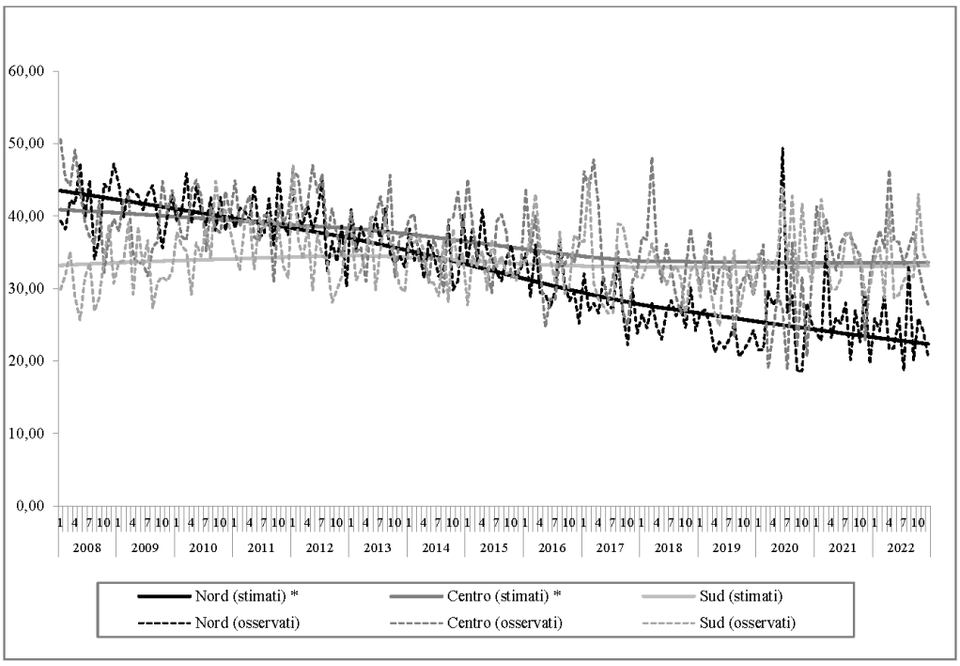
Quota media (valori per 100) di donne di età 25-64 anni che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il tumore della cervice uterina a scopo preventivo nei 3 anni precedenti l'intervista, su iniziativa spontanea, per regione. Anni 2021-2022



Nota: dal 2017 la Lombardia non aderisce al sistema di sorveglianza PASSI.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:45 Pagina 62

Grafico 2 - *Quota media mensile (valori per 100) di donne di età 25-64 anni che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il tumore della cervice uterina a scopo preventivo nei 3 anni precedenti l'intervista, su iniziativa spontanea, per macroarea - Anni 2008-2022*



*p <0,05.

Fonte dei dati: PASSI. Tendenze nel tempo delle coperture stimate da modelli di serie storiche (Locally Weighted Scannerplot Smoothing) su i dati osservati mensili. Anno 2023.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nel 2021-2022, l'85% delle donne di età 25-64 anni dichiara di essere stata raggiunta da almeno un intervento di promozione dello screening per il tumore della cervice uterina fra lettera di invito delle ASL e consiglio del medico.

Promuovere lo screening cervicale con iniziative specifiche ne favorisce l'adesione, sia nell'ambito di programmi organizzati, sia su iniziativa spontanea. Infatti, fra le donne di età 25-64 anni non raggiunte da alcuna iniziativa di promozione, solo il 43% si sottopone a screening cervicale nei tempi e modi raccomandati, mentre questa quota sale all'80% fra coloro che hanno ricevuto la lettera di invito da parte delle ASL, al 79% fra chi ha ricevuto il consiglio da parte di un medico di sottoporsi a screening cervicale, ed aumenta fino all'88% fra le donne che sono state raggiunte da entrambe le iniziative.

Promuovere campagne di sensibilizzazione rivolte ad operatori sanitari, affinché attivamente suggeriscano alle donne di fare prevenzione, può certamente contribuire ad aumentare la quota di donne che si sottopone a test per la diagnosi precoce dei tumori della cervice uterina.

Riferimenti bibliografici

(1) I numeri del cancro in Italia, 2022. A cura di:AIOM, AIRTUM, Fondazione AIOM, Osservatorio Nazionale Screening, PASSI e PASSI d'Argento SIAPEC-IAP (last access 16 febbraio 2023). Disponibile sul sito: www.aiom.it/wp-content/uploads/2022/12/2022_AIOM_NDC-web.pdf.

(2) I numeri del cancro in Italia, 2023. A cura di: AIOM, AIRTUM, Fondazione AIOM, Osservatorio Nazionale Screening, PASSI e PASSI d'Argento SIAPEC-IAP (ultimo accesso 16 febbraio 2024). Disponibile sul sito: www.aiom.it/wp-content/uploads/2024/02/2023_AIOM_NDC-web_def.pdf.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:45 Pagina 63

Screening per il tumore del colon-retto

Significato. Il tumore del colon-retto è uno dei tumori più frequenti nella popolazione italiana, secondo solo al tumore della mammella per incidenza complessiva, ma la diagnosi precoce dei tumori del colon-retto insieme al progresso dei trattamenti hanno prodotto un significativo miglioramento nelle percentuali di guarigione e nella sopravvivenza di questa patologia neoplastica.
Oggi si stima una probabilità di sopravvivenza netta a 5 anni pari al 65% negli uomini e 66% nelle donne e una probabilità di vivere ulteriori 4 anni condizionata ad aver superato il primo anno dopo la diagnosi pari al 77% per gli uomini e 79% per le donne.
Nel 2023, sono state stimate circa 50.500 nuove diagnosi di tumore del colon-retto (26.800 uomini e 23.700 donne) e oggi si stima siano 513.500 le persone viventi in Italia dopo una diagnosi di tumore del colon retto (280.300 uomini e 233.200 donne). Con 24.000 decessi (13.000 uomini e 11.200 donne) per questa neoplasia nel 2022 in Italia, il numero osservato per morti per tumori del colon-retto, dal 2007 al 2019, è stato ogni anno inferiore al numero atteso rispetto ai tassi medi del 2003-2006 (-16.188 morti maschili -10,8%; -11.067 morti femminili -8,9%), sia negli uomini che nelle donne (1).
La ricerca di Sangue Occulto nelle Feci (SOF) e la endoscopia digestiva (colonscopia e retto-sigmoidoscopia) sono i principali test di screening per la diagnosi precoce in pazienti asintomatici e lo screening può consentire il riscontro e la rimozione di precursori (adenomi) prima della trasformazione in carcinoma e la diagnosi di carcinomi in stadio iniziale, con la conseguente riduzione della mortalità.
Per questa ragione, in Italia, il Ministero della Salute raccomanda alle ASL di organizzare programmi di screening rivolti alla popolazione di età 50-69 anni, che offrano la ricerca del SOF con frequenza biennale. Tutte le Regioni (con l'eccezione del Piemonte) offrono alle persone di età 50-69 anni il test per la ricerca di SOF ogni 2 anni (con colonscopia come test di secondo livello, nei casi positivi al SOF). Alcune (fra cui il Lazio e l'Umbria) estendono l'invito fino ai 74 anni. Il Piemonte offre la retto-sigmoidoscopia a 58 anni una volta nella vita e in caso di non risposta offre il SOF biennale fino a 69 anni.
Il sistema "PASSI" rileva informazioni sulla copertura dello screening del tumore del colon-retto, dentro i programmi organizzati dalle ASL oppure su iniziativa personale, i fattori predittivi della pratica dello screening e le attività di promozione.
Nel presente Capitolo vengono presentati i dati PASSI riferiti al biennio 2021-2022, stimati su un campione complessivo di 19.755 persone di età 50-69 anni. I dati delle ASL piemontesi sono esclusi dalle analisi perché non direttamente confrontabili con il resto delle ASL.
La pandemia di COVID-19 ha avuto un impatto non trascurabile sull'offerta dei programmi di screening e sulla partecipazione dei cittadini agli stessi, che è stato rilevante nel 2020 e che solo in parte è rientrato nel 2022. Per questa ragione si è scelto di presentare i dati più aggiornati disponibili riferendosi al 2021-2022 pur fornendo comunque una descrizione degli andamenti temporali dal 2010.

Percentuale di persone che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il tumore del colon-retto a scopo preventivo nell'ambito di programmi organizzati o su iniziativa spontanea

Numeratore: Persone di età 50-69 anni che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il tumore del colon-retto (SOF nei 2 anni precedenti l'intervista e/o colonscopia/retto-sigmoidoscopia nei 5 anni precedenti l'intervista) a scopo preventivo nell'ambito di programmi organizzati o su iniziativa spontanea

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

x 100

Validità e limiti. L'indicatore fornisce una stima della quota complessiva di popolazione coperta da un intervento preventivo appropriato (sia nell'ambito di programmi organizzati che come iniziativa spontanea) e deriva dall'integrazione cumulativa delle prevalenze di coloro che hanno eseguito il SOF e/o l'endoscopia negli intervalli di tempo specificati. Gli studi che hanno valutato la validità dei dati riferiti per stimare l'effettuazione dello screening con il test SOF e gli esami endoscopici, hanno evidenziato una sovra-segnalazione per entrambi i test.
In mancanza di certezze sull'intervallo ottimale di esecuzione dell'esame endoscopico, l'indicatore è stato basato su un periodo di riferimento di 5 anni, seguendo l'indicazione del *Behavioural Risk Factor Surveillance System*.
Sono state escluse le persone che si sono rifiutate di rispondere e quelle che hanno risposto "non so".
Entrambi gli indicatori elementari, in base ai quali si calcola questo indicatore cumulativo, possono sovra-

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:45 Pagina 64

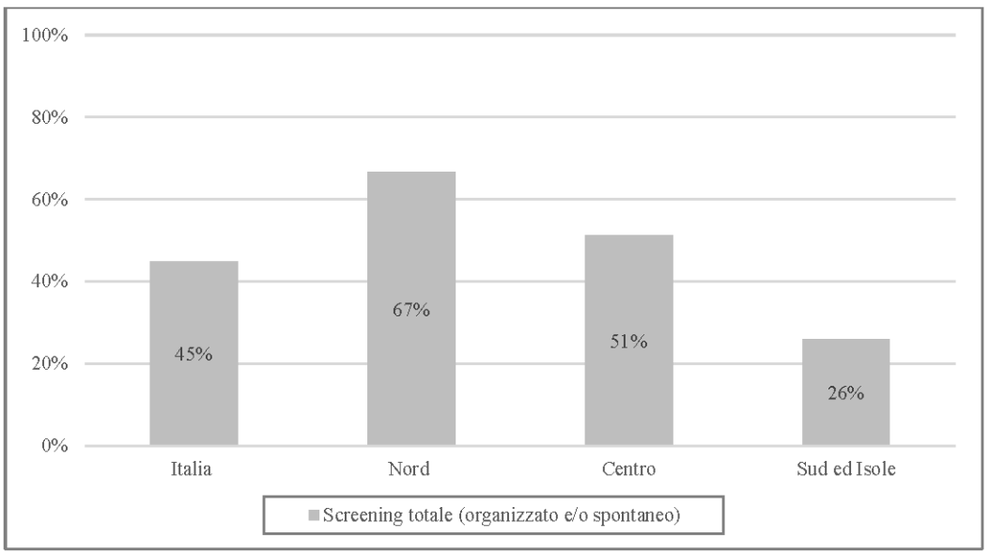
stimare la copertura; pertanto, mancando studi effettuati nel contesto italiano, è consigliata cautela nell'interpretazione di questo dato.
L'espressione di questo indicatore si riferisce al calcolo della stima per ASL; per garantire idonea rappresentatività degli stessi indicatori a livello regionale e nazionale i dati delle singole ASL vengono aggregati per regione e opportunamente pesati. Le ASL piemontesi sono escluse da queste stime a causa della non confrontabilità dei programmi di screening adottati.

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

Descrizione dei risultati

La copertura media nazionale dello screening per il tumore del colon-retto è molto lontana dall'atteso: dai dati PASSI 2021-2022, il 45% della popolazione *target* riferisce di essersi sottoposta, a scopo preventivo, ad uno degli esami (ricerca del SOF negli ultimi 2 anni, oppure colonscopia/retto-sigmoidoscopia, negli ultimi 5 anni) per la diagnosi precoce dei tumori colorettali.
Forte il gradiente geografico Nord-Sud ed Isole: la copertura dello screening per il tumore del colon-retto raggiunge valori più alti fra i residenti al Nord (67%), ma è significativamente più basso fra i residenti del Centro (51%) e del Meridione (26%). Ampia la variabilità fra regioni: il dato più elevato di copertura si registra in Friuli Venezia Giulia con il 73%, quello più basso in Puglia con il 12% (dati standardizzati per genere ed età).
Sebbene le coperture dello screening per il tumore del colon-retto siano ancora lontane dall'atteso, l'andamento è in crescita in tutto il Paese, grazie all'aumento dell'offerta e dell'adesione allo screening organizzato. Tuttavia, l'emergenza sanitaria per la gestione della pandemia di COVID-19 si è tradotta in un ritardo e in una conseguente sostanziale riduzione dell'offerta dei programmi di screening organizzati da parte delle ASL e, dall'altra, in una riduzione di adesione da parte della popolazione, con il risultato che nel 2020 si osserva l'interruzione del trend in crescita della copertura dello screening colorettale che si andava registrando negli anni precedenti.
Lo screening per il tumore del colon-retto è più frequente fra le persone più istruite (49% fra i laureati vs 32% in persone senza titolo di studio o con licenza elementare), tra le persone senza difficoltà economiche (50% *vs* 34% fra chi riferisce di avere molte difficoltà economiche) e tra gli italiani rispetto agli stranieri (45% *vs* 39%).

Grafico 1 - *Quota media (valori per 100) di persone di età 50-69 anni che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il tumore del colon-retto (SOF nei 2 anni precedenti l'intervista e/o colonscopia/retto-sigmoidoscopia nei 5 anni precedenti l'intervista) a scopo preventivo, su iniziativa spontanea o nell'ambito di programmi di screening organizzati, per macroarea - Anni 2021-2022*



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

Fonte dei dati: PASSI. Anno 2023.

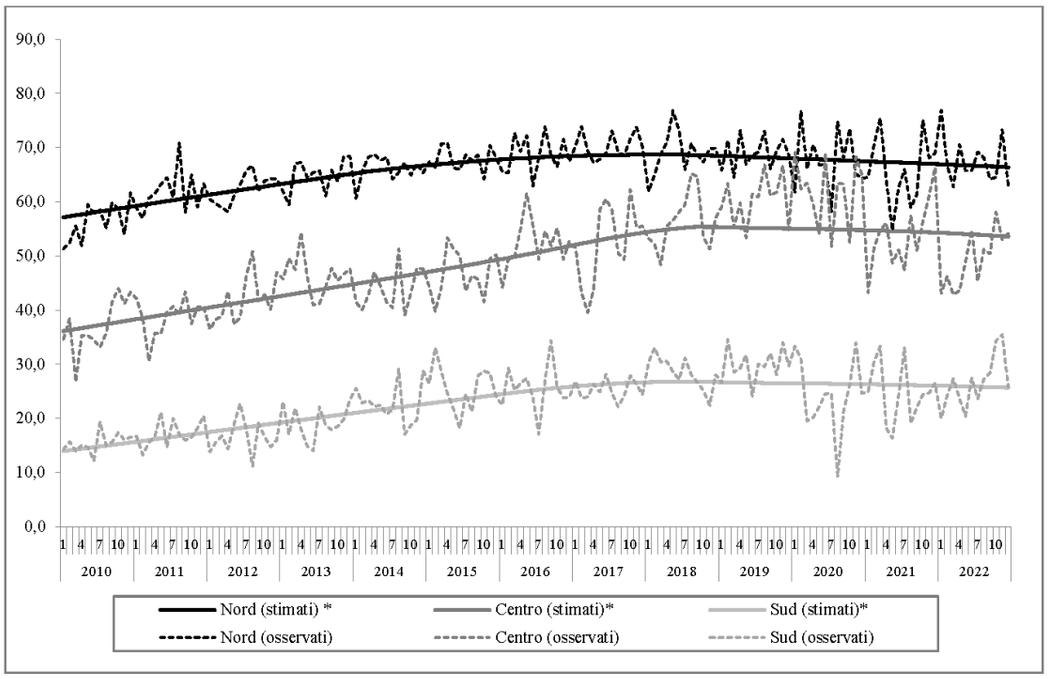
Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:45 Pagina 65

Quota media (valori per 100) di persone di età 50-69 anni che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il tumore del colon-retto (SOF nei 2 anni precedenti l'intervista e/o colonscopia/retto-sigmoidoscopia nei 5 anni precedenti l'intervista) a scopo preventivo, su iniziativa spontanea o nell'ambito di programmi di screening organizzati, per regione. Anni 2021-2022



Nota: dal 2017 la Lombardia non aderisce al sistema di sorveglianza PASSI.

Grafico 2 - *Quota media mensile (valori per 100) di persone di età 50-69 anni che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il tumore del colon-retto (SOF nei 2 anni precedenti l'intervista e/o colonscopia/retto-sigmoidoscopia nei 5 anni precedenti l'intervista) a scopo preventivo, su iniziativa spontanea o nell'ambito di programmi di screening organizzati, per macroarea - Anni 2010-2022*



*p <0,05.

Fonte dei dati: PASSI. Tendenze nel tempo delle coperture stimate da modelli di serie storiche (Locally Weighted Scannerplot Smoothing) sui dati osservati mensili. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:45 Pagina 66

Raccomandazioni di Osservasalute

Nel biennio 2021-2022, solo sei persone su dieci di età 50-69 anni sono state raggiunte da almeno un intervento di promozione dello screening per il tumore del colon-retto fra la lettera di invito della ASL, il consiglio medico o una campagna informativa. L'efficacia della promozione dello screening cresce all'aumentare del numero di *input* ricevuti, ma la lettera di invito della ASL e il consiglio medico sono i più efficaci, e in particolar modo se combinati: fra chi non è stato raggiunto da alcun intervento di promozione, il 4% si sottopone alla ricerca del SOF, mentre fra coloro che hanno ricevuto la lettera di invito da parte della ASL più della metà (53%) si sottopone alla ricerca del SOF e questa quota sale al 66% fra chi ha ricevuto, oltre alla lettera, anche il consiglio del proprio medico o di un operatore sanitario.

La lettera di invito da parte della ASL da sola non è sufficiente a garantire una buona adesione ai programmi di screening. Molto importante è il consiglio del proprio medico o di un operatore sanitario.

Promuovere campagne di sensibilizzazione rivolte ad operatori sanitari, affinché attivamente suggeriscano di fare prevenzione diventa prioritario.

Riferimenti bibliografici

(1) I numeri del cancro in Italia, 2023. A cura di: AIOM, AIRTUM, Fondazione AIOM, Osservatorio Nazionale Screening, PASSI e PASSI d'Argento SIAPEC-IAP (ultimo accesso 16 febbraio 2024). Disponibile sul sito: www.aiom.it/wp-content/uploads/2024/02/2023_AIOM_NDC-web_def.pdf.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:45 Pagina 67

Servizio "Telefoni Verde Dipendenze e Doping"

Dott. Guido Mortali, Dott.ssa Graziella Lanzillotta, Dott.ssa Luisa Mastrobattista, Dott. Piergiorgio Massaccesi, Dott.ssa Simona Pichini, Dott.ssa Rosilde Di Pirchio, Dott.ssa Renata Solimini, Dott.ssa Ilaria Palmi, Dott.ssa Claudia Mortali

Il Servizio "Telefoni Verde Dipendenze e Doping" dell'ISS ospita oggi il Telefono Verde contro il Fumo (TVF) - 800 554088, il Telefono Verde Alcol (TVAL) - 800 632000, il Telefono Verde Droga (TVD) - 800 186070, il Telefono Verde Nazionale per le problematiche legate al Gioco d'Azzardo (TVNGA) - 800 558822 e il Telefono Verde Anti-Doping (TVAD) - 800 896970.
Tutti e cinque i Telefoni Verde, ospitati presso il Centro Nazionale Dipendenze e Doping (CNDD), sono Servizi nazionali, anonimi, gratuiti e attivi dal lunedì al venerdì dalle ore 10.00 alle ore 16.00.
Ciascuno di questi telefoni verde si configura come strumento di prevenzione e promozione della salute a contatto diretto con il cittadino per il contrasto alle dipendenze e la promozione di comportamenti salutari.
Un gruppo di ricercatori psicologi ed esperti della materia opera trasversalmente su tutte le tematiche e, attraverso l'intervento telefonico strutturato secondo le competenze di base del *counselling*, fornisce una corretta informazione scientifica (1), motiva e sostiene l'utente in un processo di cambiamento verso scelte salutari, promuove l'attivazione e la valorizzazione di risorse personali, familiari e territoriali, orienta verso servizi di cura e altre risorse dedicate presenti sul territorio nazionale. Ogni telefonata si caratterizza, dunque, in un intervento professionale personalizzato, che integra conoscenze e competenze tecnico-scientifiche con quelle comunicativo-relazionali (1) e dove l'accoglienza, l'informazione e il sostegno alla motivazione ad adottare comportamenti salutari si configurano elementi salienti e imprescindibili della relazione di aiuto tra l'esperto e l'utenza (2). Il servizio promuove, inoltre, interventi di sensibilizzazione e promozione della salute e attività di divulgazione tramite produzione e diffusione di materiale scientifico e informativo e nell'ottica di favorire la continuità con il sistema di cura, ha tra i suoi obiettivi quello di sostenere il *network* dei servizi territoriali dedicati alle dipendenze amplificandone la visibilità e promuovendone la conoscenza e la fruibilità da parte dei cittadini, anche attraverso piattaforme web dedicate (*https://smettodifumare.iss.it e https://usciredalgioco.iss.it*).
Tali piattaforme sostengono l'attività di censimento e aggiornamento dei servizi territoriali al fine di avere mappature articolate delle risorse per la cessazione dal fumo di tabacco (Centri Anti Fumo-CAF) e dei servizi dedicati al disturbo da gioco d'azzardo (servizi di cura del pubblico e del privato sociale, gruppi di auto-mutuo aiuto e altre strutture specifiche per i problemi legali ed economici connessi al gioco d'azzardo).
Gli operatori dei Telefoni Verde nel corso delle telefonate raccolgono in maniera informatizzata e standardizzata alcuni dati, al fine di ampliare l'offerta ai cittadini e di rispondere in maniera sempre più personalizzata alle richieste portate dagli utenti.
La funzione di prevenzione e ausilio concreto per la tutela della salute pubblica del Servizio Telefoni Verde Dipendenze e Doping è particolarmente evidente nel caso del TVF e del TVNGA. Il TVF a seguito del D. Leg. n. 6/2016, compare su tutti i prodotti del tabacco da fumo con la dicitura "numero verde 800 554088 per smettere di fumare" (3). Il TVNGA a seguito del DL del 18 settembre 2018 del Ministro della Salute definisce che i tagliandi cartacei delle lotterie istantanee devono riportare tra le avvertenze relative ai rischi connessi al gioco d'azzardo anche la dicitura "telefono verde nazionale 800 558822 per i disturbi legati al gioco d'azzardo" (4).
Per effetto di questi Decreti e di campagne di sensibilizzazione le due *helpline* hanno avuto molta visibilità e sono state trainanti per numero di chiamate al servizio che, nel 2022, hanno superato complessivamente i 13.000 contatti.

Telefono Verde contro il Fumo

Il TVF, attivo sin dal 2000, rientra tra gli approcci *population wide* raccomandati dall'OMS per favorire il contrasto al tabagismo, diffondere una migliore consapevolezza e conoscenza del fenomeno e supportare i fumatori nella cessazione (4). Esso, al fine di fornire interventi personalizzati, orienta verso i Centri antifumo ma offre al cittadino anche altri strumenti di cessazione come materiali di *self-help* e percorsi di *counselling* telefonico, in modalità reattiva e proattiva, per accompagnare il fumatore in tutto il percorso di cessazione o supportarlo in caso di ricaduta.
Il TVF, nel 2022, ha preso in carico circa 8.700 telefonate. Le telefonate non rispondenti alle finalità del servizio sono state escluse, pertanto il calcolo dei dati e l'analisi descrittiva riguardano un totale di 5.661 telefonate.
Le chiamate sono giunte da tutte le regioni, con una maggiore frequenza per Lombardia (15,8%), Lazio (14,6%) e Campania (10,5%) (Grafico 1).
Si sono rivolti al servizio prevalentemente consumatori di tabacco e nicotina (92%), ma sono giunte al servizio anche telefonate di familiari che chiedevano aiuto per i loro parenti (7%) e operatori sanitari e scolastici (1%).

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:45 Pagina 68

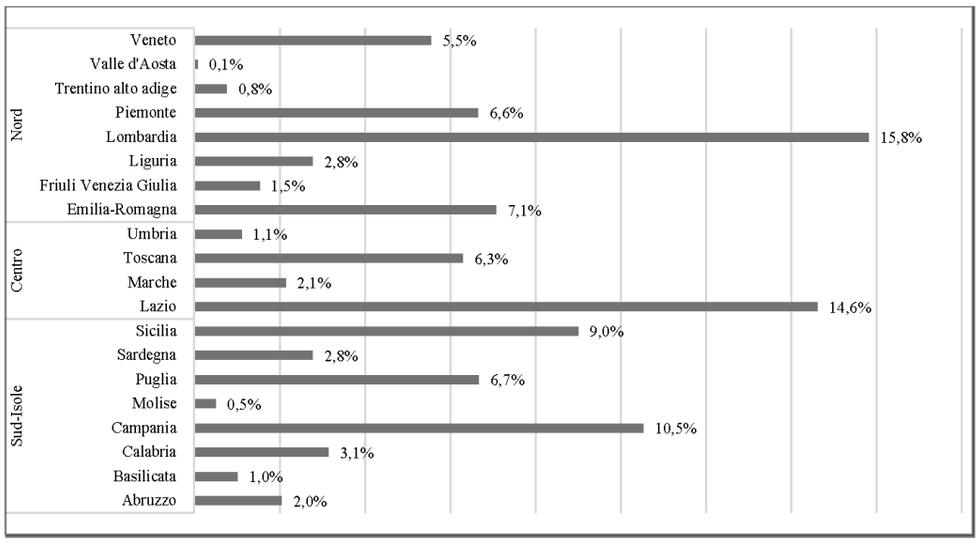
Rispetto al genere, sono stati soprattutto i maschi a telefonare (M 62% vs F 38%) e rispetto all'età le fasce maggiormente rappresentate sono 46-55 e 56-65 anni (18%) e 66-75 anni (16%).
Le principali richieste dell'utenza sono state aiuto per cessare l'assunzione di tabacco e/o nicotina (92%) considerando anche i precedenti tentativi non andati a buon fine; informazioni relative ai Centri Antifumo (23%); informazioni sulla legislazione/divieti/rischi per la salute derivanti dal fumo attivo e passivo (5%). Con l'incremento dell'utilizzo dei nuovi prodotti (sigaretta elettronica e prodotti a tabacco riscaldato) sono in aumento le richieste di informazioni relative ai rischi per la salute derivanti dal loro utilizzo (3%).
L'intervento di *counselling* personalizzato è risultato la principale offerta del servizio (58%). Esso si caratterizza nel motivare gli utenti verso scelte salutari, supportare i fumatori nel percorso di cessazione o sostenerli nel caso di tentativi già in corso e fornire suggerimenti ai familiari dei fumatori che chiamano per facilitare i loro cari nella cessazione. Inoltre, favoriscono l'orientamento verso i CAF (54%); informano sui rischi per la salute e sui benefici della cessazione (36%), sul servizio (33%) e sulle terapie (21%); propongono materiali di *self-help* ai fumatori che desiderano abbandonare la sigaretta in autonomia (19%).

Telefono Verde Nazionale per le problematiche legate al Gioco d'Azzardo

Il TVNGA, attivo dal 2017, nel 2022 ha preso in carico circa 3.800 telefonate. Anche in questo caso le telefonate non rispondenti alle finalità del servizio sono state escluse, pertanto il calcolo dei dati e l'analisi descrittiva riguardano un totale di 3.365 telefonate.
Le chiamate sono pervenute da tutto il Paese, con una frequenza maggiore per Lombardia (15,5%), Campania (14,7%) e Lazio (12,9%) (Grafico 2). Si sono rivolti al servizio maggiormente giocatori d'azzardo (75%), ma anche loro familiari/amici (23%).
Quasi tre quarti delle telefonate sono giunte da uomini (M 72% *vs* F 28%) e rispetto all'età quasi un quarto si concentra nella fascia di età 26-35 anni (24%).
Tra i giocatori, il 55% di coloro che hanno chiamato sono persone che, a seguito dell'attivazione dell'autoesclusione dal gioco a distanza, manifestano disagio e il desiderio compulsivo di tornare a giocare; a seguire la richiesta di aiuto per smettere di giocare (24%), avendo preso consapevolezza di avere un problema con la pratica del gioco d'azzardo; la richiesta di informazioni sui servizi di cura (15%). Tra i familiari, le motivazioni emerse più frequentemente hanno riguardato richieste di aiuto per far smettere di giocare i propri cari (70%); informazioni sui servizi di cura (60%); suggerimenti su come sostenere un familiare giocatore e accompagnarlo verso un percorso di cura (53%).
L'offerta principale del TVNGA ha riguardato informazioni sulla finalità del servizio (65,2%). Rispetto ai giocatori che hanno telefonato per problematiche inerenti l'autoesclusione, gli operatori telefonici hanno valorizzato il momento del contatto offrendo loro un'occasione per confrontarsi e rompere con una situazione non più funzionale, trasformando un momento di crisi nell'opportunità di un processo di cambiamento (49,2%). A seguire l'orientamento verso i servizi di valutazione psicodiagnostica e cura del disturbo da gioco d'azzardo, proposti dal SSN e dal privato sociale (43,5%), verso i gruppi di auto-mutuo aiuto (26,1%), verso le strutture per far fronte alle problematiche legali ed economiche legate all'indebitamento (21,9%).
Il servizio è raggiungibile anche attraverso gli indirizzi e-mail dedicati (*telefono.dipendenze@iss.it* e *tvdiplis@iss.it* rivolto alle persone sorde) e pubblica le sue iniziative attraverso il sito web dell'ISS e i canali *social* Facebook, Instagram, Twitter e YouTube del CNDD.

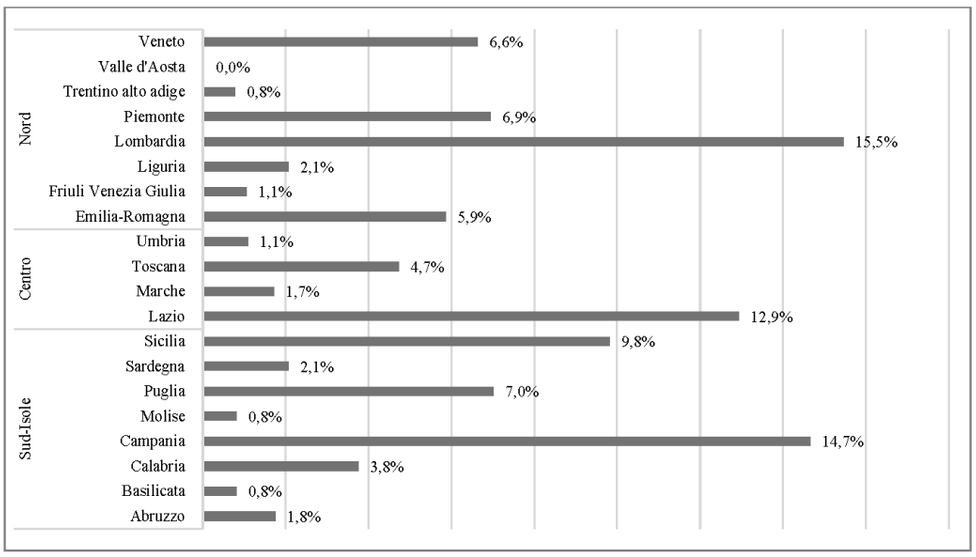
Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:45 Pagina 69

Grafico 1 - *Distribuzione (valori per 100) delle telefonate al Telefono Verde contro il Fumo per regione - Anno 2022*



Fonte dei dati: Centro Nazionale Dipendenze e Doping-ISS. Anno 2023.

Grafico 2 - *Distribuzione (valori per 100) delle telefonate al Telefono Verde per le problematiche legate al Gioco d'Azzardo - Anno 2022*



Fonte dei dati: Centro Nazionale Dipendenze e Doping-ISS. Anno 2023.

Riferimenti bibliografici

(1) Luzi AM, Colucci A, Gallo P, De Mei B, Mastrobattista L, De Santis M, Pacifici R, Taruscio D, Gallo C. The Communicative-Relational Operating Model of the Italian National Institute of Health for an Effective Telephone Intervention in Public Health, Structured on Basic Counselling Skills. Ann Ig. 2023 Jul-Aug;35(4):379-402. doi: 10.7416/ai.2023.2555. Epub 2023 Feb 3. PMID: 37184351.
(2) Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. Istituto Superiore di Sanità. Documento sulla metodologia del counselling telefonico nell'ambito dell'infezione da HIV e dell'AIDS. 2009.
(3) Decreto Legislativo 12 gennaio 2016. Disponibile sul sito: www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2016/01/18/13/sg/pdf.
(4) Decreto 18 settembre 2018 Ministero della Salute. Disponibile sul sito: www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2018/10/31/254/sg/pdf.
(5) World Health Organization Guidelines for implementation of Article 14 of the WHO Framework Convention on Tobacco Control (Demand reduction measures concerning tobacco dependence and cessation). Geneva 2010.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:45 Pagina 70

Dipendenze comportamentali nella Generazione Z - Studi di prevalenza nella popolazione scolastica

Dott.ssa Graziella Lanzillotta, Dott. Guido Mortali, Dott. Piergiorgio Massaccesi, Dott.ssa Rosilde Di Pirchio, Dott.ssa Simona Pichini, Dott.ssa Ilaria Palmi, Dott.ssa Luisa Mastrobattista, Dott.ssa Claudia Mortali

Il progetto "Dipendenze comportamentali nella Generazione Z. Studi di prevalenza nella popolazione scolastica (11-17 anni) e correlazione con percezioni e competenze genitoriali, anche alla luce dell'emergenza pandemica da COVID-19" è stato finanziato dal Dipartimento delle Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri con l'obiettivo di pervenire ad una stima della prevalenza di alcuni comportamenti a rischio di insorgenza di dipendenze comportamentali, quali *Social Media Addiction* (SMA), *Food Addiction* (FA) e *Internet Gaming Disorder* (IGD) e monitorare la tendenza al ritiro sociale nelle popolazioni scolastiche delle scuole secondarie di I grado e delle scuole secondarie di II grado (1).
Dopo uno studio per la validazione di strumenti di screening adatti per le popolazioni selezionate, sono state realizzate due indagini osservazionali trasversali nella popolazione studentesca (11-13 anni e 11-17 anni) e un *focus* sulle percezioni dei genitori degli alunni delle scuole di I grado. Le rilevazioni, realizzate in collaborazione con il Centro di ricerca e analisi statistica *Explora* ed effettuate mediante la somministrazione di questionari anonimi, sono state svolte nel periodo ottobre-dicembre 2022 e hanno interessato 8.755 alunni, di cui 3.623 afferenti alla scuola secondaria di primo grado (11-13 anni) e 5.132 afferenti alle scuole secondarie di secondo grado (14-17 anni).
Le analisi si sono concentrate sulle prevalenze dei fenomeni indagati, sui comportamenti a rischio secondo genere, età e area geografica, sui fattori associati ai comportamenti indagati. Le analisi hanno permesso di confrontare le caratteristiche dei ragazzi e delle ragazze a rischio con i profili dei coetanei che non presentano tale rischio (tratti di personalità; dimensione relazionale; contesto famigliare, scolastico e sociale; attitudine al rischio). Un altro *focus* di interesse è stato lo studio delle competenze genitoriali e il confronto tra i profili emotivi e comportamentali autodichiarati dagli studenti delle scuole secondarie di I grado con quelli riportati dai loro genitori.
Con SMA ci si riferisce ad una dipendenza comportamentale caratterizzata da un bisogno incontrollabile di accedere ad informazioni o veicolare dei contenuti propri verso terzi, in una maniera talmente compulsiva da compromettere gli altri ambiti di vita quotidiana (2). Si tratta, dunque, di un uso invasivo dei *social media* che toglie tempo a tutte le altre attività dell'individuo e nel caso dei ragazzi l'uso dei *social media* potrebbe avere un impatto negativo sugli studi. Tra i segnali più ricorrenti vi è l'impossibilità di smettere di usare i *social media*, diventare ansiosi o irritabili se ne viene proibito l'uso, avvertire il bisogno impellente e incontrollabile di utilizzare i *social media*.
Il disturbo da gioco in Internet (IGD) è stato incluso nella Sezione III "Condizioni che necessitano di ulteriori studi" del DSM-5 e viene definito come l'uso persistente e ricorrente di Internet per partecipare a giochi, spesso con altri giocatori, che porta a compromissione o disagio clinicamente significativi per un periodo di 12 mesi (3).
La FA è definita come un comportamento alimentare che comporta il consumo eccessivo di alimenti specifici in modo simile alla dipendenza (4). Il consumo eccessivo riguarda cibi altamente appetibili (cioè cibi ricchi di sale, grassi e zuccheri) in quantità superiori al fabbisogno energetico omeostatico (5). Le caratteristiche diagnostiche possono essere riassunte in perdita di controllo, tolleranza, impedimento a impegnarsi in altre attività, insuccesso nella riduzione del consumo, problemi psicologici e angoscia (6).
Oltre ai tre costrutti sopra indicati, la ricerca ha riguardato anche la definizione di "ritiro sociale" per il quale è stato recentemente proposto un nuovo criterio diagnostico internazionale (7), secondo il quale l'*Hikikomori* è una forma di ritiro sociale patologico o distacco sociale, la cui caratteristica essenziale è l'isolamento fisico nella propria casa per almeno 6 mesi a cui è associata compromissione funzionale o disagio. Nello studio qui descritto è stata monitorata la tendenza al ritiro sociale.

I dati epidemiologici

La SMA è stata misurata con la *Bergen Social Media Addiction Scale* (8), utilizzando il *cut-off* definito da Luo et al. (9).
Nella popolazione di età 11-17 anni, la prevalenza last year di comportamenti a rischio di SMA è 2,5% (pari a 99.632 studenti). Nello specifico, tra gli studenti di età compresa tra gli 11-13 anni, frequentanti la scuola secondaria di I grado, la prevalenza di SMA è 2,2% (pari a 37.594 studenti), mentre fra gli studenti di età compresa tra i 14-17 anni, frequentanti la scuola secondaria di II grado, la prevalenza è 2,7% (pari a 62.038 studenti). La prevalenza più elevata è tra le ragazze di età compresa tra i 14-17 anni frequentanti la scuola secon-

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:45 Pagina 71

daria di II grado (5,1% pari a 56.344 studentesse), a seguire le ragazze di età compresa tra gli 11-13 anni frequentanti la scuola secondaria di I grado (3,1% pari a 26.077 studentesse), mentre i ragazzi loro coetanei (1,2% pari a 10.888 studenti) e i ragazzi di età compresa tra i 14-17 anni (0,7% pari a 8.299 studenti) mostrano prevalenze sotto la media nazionale.

Dall'analisi delle prevalenze per macroarea geografica si rileva che nella popolazione di età 11-13 anni, le prevalenze più alte si registrano nelle Isole (3,0%) rispetto al 2,2% della media nazionale per questa fascia di età, mentre nella popolazione di età 14-17 anni, le prevalenze più elevate riguardano il Meridione (3,4%), il Nord-Ovest e il Nord-Est (entrambi 3,0%), in tutti e tre i casi si osservano prevalenze con valori sopra la media nazionale del 2,7%.

Il rischio di IGD è stato misurato con l'adattamento italiano dell'IGDS9-SF (10), composto da nove item corrispondenti ai nove criteri di IGD definiti nel DSM-5 (3). Nella popolazione di età 11-17 anni, la prevalenza di IGD è 12,0% (pari a 478.177 studenti). Nello specifico della popolazione di studenti di età 11-13 anni, frequentanti la scuola secondaria di I grado, la prevalenza di IGD è 14,3% (pari a 244.109 studenti). Nella popolazione di studenti compresi di età 14-17 anni, frequentanti la scuola secondaria di II grado, la prevalenza è 10,2% (pari a 234.068 studenti). Tra i ragazzi si osservano prevalenze di IGD più elevate rispetto alla media nazionale in entrambe le popolazioni. La prevalenza IGD tra i ragazzi di età compresa tra gli 11-13 anni è 18,0% (pari a 158.606 studenti) e tra i ragazzi di età compresa tra i 14-17 anni frequentanti la scuola secondaria di II grado è 13,8% (pari a 162.969 studenti). Tra le ragazze di età compresa tra gli 11-13 anni è 10,8% (pari a 89.666 studentesse), a seguire le ragazze di età compresa tra i 14-17 anni (5,5% pari a 61.073 studentesse).

Nella popolazione di età 11-13 anni si registrano prevalenze più alte di rischio di IGD nelle Isole (18,1%; n. 33.446) e nel Centro (17,4%; n. 58.020); similmente, nella popolazione di età 14-17 anni le prevalenze più elevate riguardano il Centro (13%; n. 56.582) e le Isole (11%; n. 28.220).

La prevalenza del rischio di FA nell'ultimo anno nella popolazione studentesca di età compresa tra 11-17 anni è 28,8% (n. 1.152.308): la FA lieve riguarda il 13,1% (n. 522.667), la FA moderata il 6,4% (n. 256.525), la FA grave il 9,3% (n. 373.116). Nella popolazione studentesca di età 11-13 anni, la prevalenza di FA è 26,4% (n. 451.530). In particolare, la prevalenza di FA lieve è 13,5% (n. 231.670), la prevalenza di FA moderata è 5,8% (n. 98.598), la prevalenza di FA grave è 7,1% (n. 121.262). Nella popolazione studentesca di età 14-17 anni, la prevalenza di FA è 30,6% (n. 700.778). Nello specifico, la prevalenza di FA lieve è 12,7% (n. 290.997), la prevalenza di FA moderata è 6,9% (n. 157.972), la prevalenza di FA grave è 11,0% (n. 251.854) (Grafico 1).

In generale, la prevalenza più alta del rischio di FA è stata osservata tra le ragazze e in tutti i livelli di rischio: tra le studentesse di età compresa tra 11-13 anni la prevalenza di soggetti a rischio è pari al 32,7%, mentre tra le studentesse di età compresa tra i 14-17 anni si riscontra una percentuale pari al 43,9%; tra gli studenti maschi, invece, la prevalenza di soggetti a rischio di FA è il 20,2% tra gli 11-13 anni e 19,5% tra quelli di età compresa tra i 14-17 anni (Grafico 2).

Nella Tabella 1 è possibile osservare le prevalenze dei diversi livelli di rischio di FA nelle macroaree geografiche. Tra coloro che hanno un'età compresa tra 11-13 anni, le prevalenze più alte di FA lieve sono state osservate nelle Isole e nel Centro, quelle di FA moderata sono state rilevate nelle nelle Isole e nel Sud e a seguire nel Centro e nel Nord-Ovest; quelle di FA grave tra coloro che sono residenti nelle Isole. Nella popolazione di età 14-17 anni, le prevalenze di FA lieve più alte sono state osservate nelle Isole e nel Sud; quelle di FA moderata nel Sud e nelle Isole; quelle di FA grave nel Nord-Est e nel Sud.

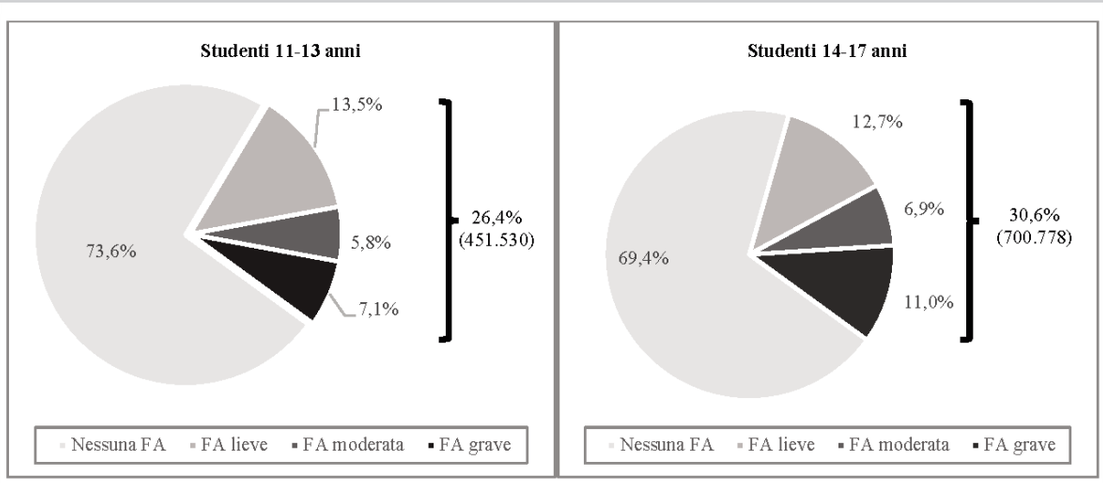
Negli studi presentati in questo rapporto tecnico, la tendenza al ritiro sociale è stata misurata con la versione ridotta dell'HQR-24 messa a punto nelle prime fasi dello studio.

La prevalenza relativa alla tendenza all'isolamento sociale negli ultimi 6 mesi antecedenti alla rilevazione è 1,6% (pari a 65.967 studenti). Nello specifico, la prevalenza tra gli studenti di età tra 11-13 anni è 1,8% (pari a 30.175 studenti) e quella tra gli studenti di età compresa tra i 14-17 anni è 1,6% (pari a 35.792 studenti). Tra le ragazze si osservano prevalenze della tendenza al ritiro sociale negli ultimi 6 mesi più elevate rispetto alla media nazionale in entrambe le popolazioni. La prevalenza della tendenza al ritiro sociale tra le ragazze di età compresa tra 14-17 anni è 2,4% (pari a 26.967 studentesse) e tra le ragazze di età compresa tra gli 11-13 anni frequentanti la scuola secondaria di I grado è 1,9% (pari a 15.758 studentesse). Tra i ragazzi di età compresa tra 11-13 anni è 1,4% (pari a 12.677 studenti), a seguire i ragazzi di età compresa tra 14-17 anni (0,7% pari a 8.680 studenti).

Per una miglior lettura del complesso quadro di prevalenze dei principali fenomeni indagati si rimanda alla Tabella 2.

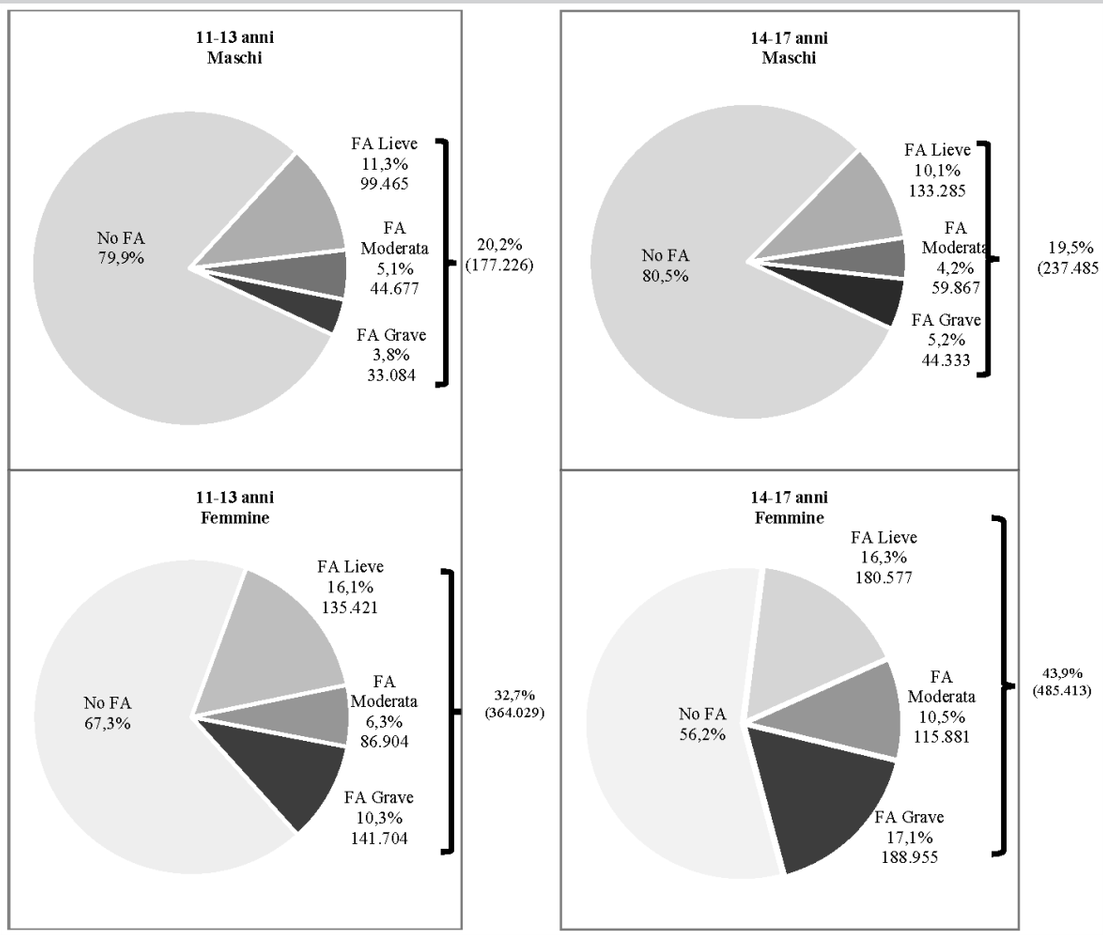
Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:45 Pagina 72

Grafico 1 - *Prevalenza (valori per 100) di Food Addiction per le due popolazioni di età 11-13 anni (Scuola secondaria di I grado) e 14-17 anni (Scuola secondaria di II grado) - Anni 2022-2023*



Fonte dei dati: Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità. Rapporti ISTISAN 23/25. Anno 2023.

Grafico 2 - *Prevalenze (valori per 100) di Food Addiction per genere nella popolazione studentesca di età 11-13 anni e 14-17 anni - Anni 2022-2023*



Fonte dei dati: Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità. Rapporti ISTISAN 23/25. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:45 Pagina 73

Tabella 1 - *Food Addiction: prevalenza (valori per 100) nella popolazione scolastica di età 11-13 anni e 14-17 anni per macroarea. Progetto "Dipendenze comportamentali Gen Z" - Anni 2022-2023*

Profilo di Food Addiction	Fascia di età (anni)	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud	Isole
Nessuna	11-13	73,1	79,1	71,0	73,7	61,6
	14-17	72,5	68,4	73,4	65,2	68,4
Lieve	11-13	13,9	12,6	15,1	12,6	15,2
	14-17	12,9	12,4	11,2	13,6	13,6
Moderata	11-13	6,2	2,4	6,5	7,5	8,2
	14-17	6,1	6,7	4,9	8,9	7,1
Grave	11-13	6,8	5,8	7,5	6,3	14,9
	14-17	8,4	12,5	10,6	12,3	10,9

Fonte dei dati: Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità. Rapporti ISTISAN 23/25. Anno 2023.

Tabella 2 - *Prevalenze (valori per 100) di Social Media Addiction, Internet Gaming Disorder, Food Addiction e Ritiro sociale nelle popolazioni di studenti di età 11-13 anni e 14-17 anni - 2022-2023*

Fenomeno indagato	Prevalenza 11-13 anni	Prevalenza 14-17 anni
Social Media Addiction	2,2 (37.594 studenti)	2,7 (62.038 studenti)
Internet Gaming Disorder	14,3 (244.109 studenti)	10,2 (234.068 studenti)
Food Addiction	26,4 (451.530 studenti)	30,6 (700.778 studenti)
	Lieve (231.670 studenti)	Lieve (290.997 studenti)
	Moderata (98.598 studenti)	Moderata (157.927 studenti)
	Grave (121.262 studenti)	Grave 11,0 (251.854 studenti)
Ritiro sociale	1,8 (30.175 studenti)	1,6 (35.792 studenti)

Fonte dei dati: Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità. Rapporti ISTISAN 23/25. Anno 2023.

Riferimenti bibliografici

(1) Mortali C, Mastrobattista L, Palmi I, Solimini R, Pacifici R, Pichini S, Minutillo A. Dipendenze comportamentali nella Generazione Z: uno studio di prevalenza nella popolazione scolastica (11-17 anni) e focus sulle competenze genitoriali. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2023. (Rapporti ISTISAN 23/25).
(2) Hawi NS, Samaha M. The relations among social media addiction, self-esteem, and life satisfaction in university students. Soc Sci Comput Rev. 2017; 35 (5): 576-86.
(3) APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
(4) Zawertailo L., Attwells S., deRuiter W.K., Le T.L., Dawson D., Selby P. Food Addiction and Tobacco Use Disorder: Common Liability and Shared Mechanisms. Nutrients. 2020; 12: 3834. doi: 10.3390/nu12123834.
(5) Kalon E, Hong JY, Tobin C, Schulte T. Chapter four. Psychological and neurobiological correlates of food addiction. In: Zahr NM, Peterson ET (Ed.). Imaging the addicted brain. Cambridge, MA: Academic Press, 2016. p. 85-110 (International Review of Neurobiology 129). Disponibile sul sito: https://doi.org/10.1016/bs.irn.2016.06.003.
(6) Carroll Turpin MA, Rowland K, Anugwom C, Arocha M, Carona A, Gonzalez BI, Iskander G, Snyder S, Wilson K, Kaye AD, Cornett EM. Chapter 18 - Types of addiction. Kaye AD, Urman RD, Cornett EM, Edinoff AN (Ed.). Substance use and addiction research. Cambridge, MA: Academic Press; 2023. P. 233-263. Disponibile sul sito: https://doi.org/10.1016/B978-0-323-98814-8.00027-5.
(7) Kato TA, Kanba S, Teo AR. Defining pathological social withdrawal: proposed diagnostic criteria for hikikomori. World Psychiatry. 2020; 19 (1): 116-7. doi: 10.1002/wps.20705.
(8) Monacis L, De Palo V, Griffiths MD, Sinatra M. Social networking addiction, attachment style, and validation of the Italian version of the Bergen Social Media Addiction Scale. J Behav Addict. 2017; 6 (2): 178-86.
(9) Luo T, Qin L, Cheng L, Wang S, Zhu Z, Xu J, Chen H, Liu Q, Hu M, Tong J, Hao W, Wei B, Liao Y. Determination the cut-off point for the Bergen social media addiction (BSMAS): Diagnostic contribution of the six criteria of the components model of addiction for social media disorder. J Behav Addict. 2021 May 18;10(2):281-290. doi: 10.1556/2006.2021.00025. PMID: 34010148; PMCID: PMC8996805.
(10) Monacis L, Palo V, Griffiths MD, Sinatra M. Validation of the Internet Gaming Disorder Scale - Short-Form (IGDS9-SF) in an Italian-speaking sample. J Behav Addict. 2016; 5 (4): 683-90. Disponibile sul sito: https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.083.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:45 Pagina 74

Effetti della pandemia da COVID-19 sui comportamenti di salute e sullo stile di vita di bambine, bambini e delle loro famiglie in Italia

Dott.ssa Silvia Ciardullo, Dott.ssa Paola Nardone, Dott.ssa Marta Buoncristiano, Dott.ssa Silvia Andreozzi, Sig. Mauro Bucciarelli, Dott. Marco Giustini, Dott.ssa Angela Spinelli, Gruppo di Ricerca "Effetti della pandemia da COVID-19 sui comportamenti di salute e sullo stile di vita dei bambini e delle loro famiglie in Italia" Istituto Superiore di Sanità

L'11 marzo 2020 l'OMS ha dichiarato il COVID-19 una pandemia globale (1). Diversi governi in tutto il mondo, inclusa l'Italia, hanno implementato misure di contenimento come la chiusura delle scuole, il distanziamento fisico, i *lockdown* e le quarantene a casa per tutelare le persone dal rischio di infezione dal virus SARS-CoV-2. Secondo l'*United Nations Educational*, *Scientific and Cultural Organization* (UNESCO), all'inizio di aprile 2020 più di 160 Paesi hanno chiuso le proprie scuole e oltre il 90% degli studenti in tutto il mondo ha continuato i programmi accademici a casa (2, 3). In Italia, da febbraio/marzo 2020 è stata disposta la chiusura delle scuole e tutti gli studenti di ogni ordine e grado hanno completato l'anno scolastico all'interno delle proprie abitazioni, frequentando la scuola a distanza tramite l'utilizzo degli strumenti informatici; contestualmente, non hanno potuto incontrarsi né interagire di persona tra loro. Successivamente, sono stati adottati diversi livelli di restrizione per consentire gradualmente una maggiore mobilità, pur mantenendo la sospensione di alcune attività in base alla situazione sanitaria in ciascuna regione e PA.

L'infanzia è un periodo fondamentale della vita durante il quale comportamenti salutari come un'alimentazione equilibrata, un adeguato livello di attività fisica e di sonno sono fondamentali per il benessere fisico e psichico dei giovani e garantiscono il loro adeguato sviluppo. La pandemia di COVID-19 e le misure di distanziamento adottate hanno cambiato profondamente la routine quotidiana dei più giovani, minando l'istruzione, la possibilità di movimento e le opportunità di socializzare con possibili risposte sfavorevoli anche a medio e lungo termine (4). La pandemia potrebbe aver avuto effetti più marcati sul benessere di bambini e bambine provenienti da contesti più svantaggiati, accentuando le disuguaglianze di salute (5).

Fin dall'inizio della pandemia, molti studi scientifici hanno indagato gli effetti del COVID-19 sui comportamenti di salute e gli stili di vita di bambini e bambine e sono stati riscontrati cambiamenti importanti dovuti al confinamento, tra cui un aumento del tempo trascorso di fronte a uno schermo e una diminuzione di quello dedicato al movimento (6, 7) e variazioni nel consumo di alcuni alimenti come l'aumento dell'assunzione di cibi non salutari, come snack salati e dolci (6, 8).

Nel 2021 l'ISS ha promosso e finanziato il Progetto "Effetti della pandemia da COVID-19 sui comportamenti di salute e sullo stile di vita dei bambini e delle loro famiglie residenti in Italia" (EPaS-ISS) (9). Lo studio, tramite un questionario compilato online da un campione di genitori di alunni del terzo anno della scuola primaria di scuole che avevano partecipato ad OKkio alla SALUTE nel 2019, ha raccolto informazioni sui cambiamenti di alcune abitudini e comportamenti di bambini e bambine (prevalentemente di età 8-9 anni) e delle loro famiglie durante il periodo pandemico. Ai genitori è stato richiesto di segnalare eventuali cambiamenti tra periodo pre-pandemico (periodo pre-COVID-19, anteriore a febbraio/marzo 2020) e pandemico (periodo COVID-19, da febbraio/marzo 2020 fino ad aprile 2022 in base ai periodi di sospensione dell'attività scolastica in presenza) sul consumo di alcuni cibi, sul tempo dedicato al gioco attivo e sull'utilizzo di dispositivi elettronici. Mediante il questionario è stato possibile anche rilevare lo stato ponderale di bambini e bambine al momento della compilazione, attraverso due domande fatte ai genitori, riguardanti il loro peso e la loro altezza. Lo studio ha, inoltre, raccolto informazioni socio-demografiche dei genitori quali regione e PA di residenza, titolo di studio e nazionalità, nonché situazione economica familiare.

Con alcune informazioni raccolte, lo studio EPaS-ISS fa parte di un'indagine, coordinata dalla *Childhood Obesity Surveillance Initiative* (COSI) della Regione europea dell'OMS, svolta in 16 Paesi (10). L'Italia partecipa al COSI con il sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE (11).

L'indagine EPaS-ISS è stata realizzata in 17 regioni e 2 PA, da aprile a settembre 2022. Allo studio hanno partecipato genitori di 4.863 bambini e bambine, per il 52,1% maschi e 47,9% femmine, di età media 8 anni e 9 mesi, così distribuite sul territorio nazionale: Nord 47,9%, Centro 24,4%, Sud 27,7%.

I dati raccolti non hanno evidenziato grandi variazioni nei consumi alimentari, in generale il 70-80% dei genitori ha dichiarato che i propri figli e le proprie figlie non hanno modificato le abitudini di consumo, ad eccezione dell'aumento del consumo di snack salati (23,9%) e cibi dolci (25,3%) e una lieve diminuzione nel consumo di pesce (13,8%), frutta (8,0%) e verdura (8,9%) (Grafico 1) (9, 12).

Dai dati è emerso che le misure di distanziamento fisico hanno influito sul tempo che i bambini e le bambine hanno dedicato al movimento e alle attività sedentarie. I risultati hanno, infatti, mostrato una riduzione del tempo dedicato al gioco attivo (44,0% nei giorni feriali e 39,3% nei giorni festivi) (Grafico 2), nonché un aumento

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:45 Pagina 75

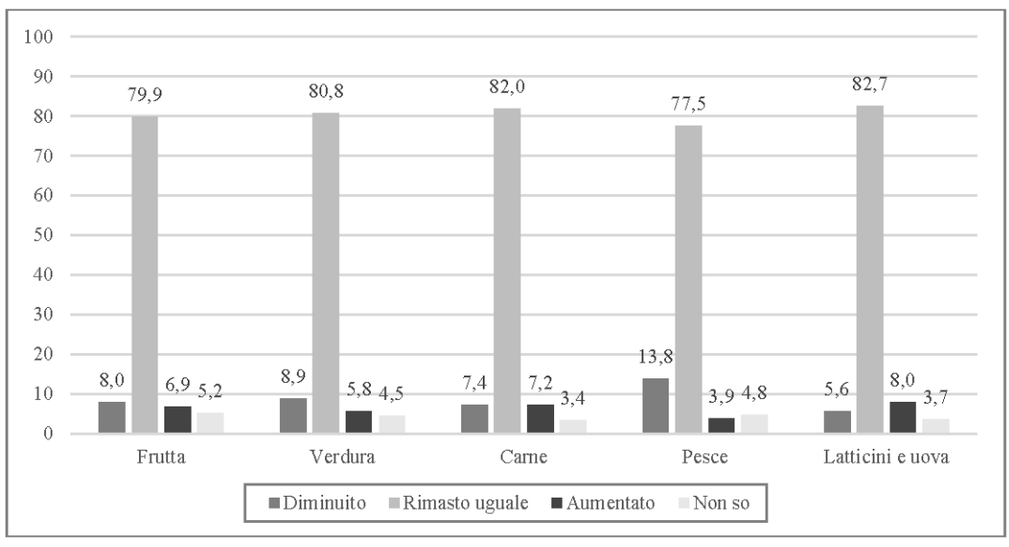
del tempo trascorso a guardare la TV, giocare ai videogiochi o utilizzare i social media per scopi non didattici (52,7% nei giorni feriali e 47,3% nei giorni festivi) (Grafico 3) (9).
Lo studio ha anche indagato l'impatto dell'isolamento da *lockdown* o quarantena sul benessere fisico e psicosociale dei bambini e delle bambine rilevando la percezione dei genitori su alcuni comportamenti e sentimenti che i propri figli e le proprie figlie hanno mostrato durante la pandemia e nel periodo precedente. I dati hanno evidenziato un peggioramento percepito dai genitori rispetto al periodo pre-COVID-19, in particolare, nel sentirsi bene, in forma e pieni di energie nonché tristi e soli. La capacità di concentrarsi e divertirsi con gli amici da parte di bambine e bambini sono altri aspetti che i genitori hanno percepito come maggiormente peggiorati durante il periodo pandemico (Tabella 1) (9, 13).
Dai dati su peso e altezza riferiti dai genitori è emerso che i bambini pesavano mediamente 32,5 kg (DS ± 7,4 kg) mentre le bambine leggermente di meno (31,3 kg, Deviazione Standard (DS) ± 7,1 kg). Molto piccola anche la differenza per quanto riguarda l'altezza: a fronte di un'altezza media di 134,7cm (DS ± 9,0 cm) per i maschi, le femmine sono risultate alte mediamente 133,4 cm (DS ± 8,6 cm).
Mettendo in relazione il peso corporeo di bambini e bambine con la loro altezza è possibile calcolare l'IMC (Kg/m^2). Per la definizione di sottopeso, normopeso, sovrappeso, obesità e obesità grave sono stati utilizzati i valori soglia raccomandati dall'*International Obesity Task Force*, desunti da "Cole and Lobstein" (14).
I bambini e le bambine in sovrappeso (non inclusi i bambini e le bambine con obesità) sono risultati il 21,2% e con obesità l'8,7% (compresi i bambini e le bambine con obesità grave); i maschi in sovrappeso e con obesità sono, rispettivamente, il 21,2% e il 9,3%, mentre le femmine sono il 21,3% e l'8,0% (Grafico 4).
Il dato complessivo emerso dallo studio EPaS-ISS è confrontabile a quello riscontrato nell'ultima raccolta dati pubblicata (2019) della sorveglianza OKkio alla SALUTE (11), con un leggero aumento della percentuale dei bambini in sovrappeso al quale si affianca una lieve riduzione della percentuale dei bambini con obesità (inclusi i bambini con obesità grave) (9).
I risultati riguardanti lo stato ponderale stratificati per area geografica, titolo di studio, nazionalità e condizione economica dei genitori, confermano quanto emerso dalla raccolta dati 2019 della sorveglianza OKkio alla SALUTE (11).
Il questionario ha anche indagato la percezione che i genitori hanno avuto del peso del proprio figlio/figlia chiedendo loro di classificare il peso del proprio bambino e della propria bambina durante il periodo pre-COVID-19 e il periodo COVID-19 (9). Il Grafico 5 evidenzia i dati della percezione dei genitori riferiti ad entrambi i periodi. A una lieve diminuzione delle frequenze di bambini e bambine percepiti/e sottopeso nel periodo COVID-19 (6,4% periodo pre-COVID-19 *vs* 5,8% periodo COVID-19), si affianca un marcato aumento della percezione del sovrappeso (9,7% periodo pre-COVID-19 *vs* 22,9% periodo COVID-19). L'incremento del percepito "molto in sovrappeso/con obesità" risulta in termini assoluti modesto.
Considerando la variazione della percezione dello stato ponderale tra periodo pre-COVID-19 e COVID-19, il 17,9% dei genitori ha percepito un aumento del peso dei figli/figlie, mentre il 2,0% una diminuzione.
Come per lo stato ponderale dei bambini e delle bambine anche la variazione della sua percezione tra periodo pre-COVID-19 e periodo COVID-19 mostra differenze per genere, area geografica, titolo di studio e nazionalità dei genitori e situazione economica familiare.
Lievi differenze nella percezione della variazione di stato ponderale sono state riscontrate tra maschi e femmine. Le frequenze riferite alla diminuzione del peso durante il periodo pandemico risultano poco superiori nelle femmine rispetto ai maschi (2,1% femmine *vs* 1,9% maschi) e quelle relative all'aumento di peso lievemente superiori nei maschi (18,5% maschi *vs* 17,3% femmine).
Stratificando per area geografica è stata evidenziata una frequenza crescente da Nord a Sud e nelle Isole di genitori che hanno dichiarato un aumento dello stato ponderale (14,5% Nord, 19,7% Centro e 22,1% Sud) (Grafico 6) rispetto al periodo pre-COVID-19. In merito alla diminuzione del peso percepito dei bambini e delle bambine, non si sono riscontrate particolari differenze tra le diverse aree geografiche.
Stratificando per titolo di studio dei genitori, la variazione della percezione sia di diminuzione (3,1% basso, 2,2% medio, 1,4% alto) che di aumento (19,3% basso, 18,7% medio, 17,5% alto) di peso rispetto al periodo antecedente la pandemia risulta in un lieve gradiente decrescente da genitori con titolo di studio "basso" a genitori con titolo di studio alto (Grafico 7).
Dai dati di stratificazione della variazione della percezione del peso dei bambini e delle bambine da parte dei genitori per nazionalità dei genitori è stata rilevata una comparabilità nella percezione dell'aumento del peso tra periodo pre-COVID-19 e periodo COVID-19, mentre la variazione della percezione della diminuzione del peso risulta maggiore nelle famiglie con almeno un genitore con nazionalità straniera (1,6% entrambi italiani, 4,2% almeno un genitore con nazionalità straniera) (Grafico 8).
Differenze più marcate sono state evidenziate stratificando i dati sulla variazione della percezione del peso dei

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:45 Pagina 76

bambini e delle bambine da parte dei genitori tra periodo pre-COVID-19 e periodo COVID-19 per situazione economica della famiglia durante il periodo pandemico (Grafico 9). Mentre risultano confrontabili le frequenze della variazione di peso percepito diminuito in relazione alla situazione economica, i dati sulla variazione del peso percepito aumentato rispetto al periodo antecedente la pandemia mostrano differenze più marcate a seconda delle difficoltà economiche della famiglia. All'aumentare di tali difficoltà incrementa tale variazione da 14,1% nelle famiglie che hanno dichiarato di arrivare molto facilmente a fine mese a 28,1% nelle famiglie che arrivano a fine mese con molte difficoltà.

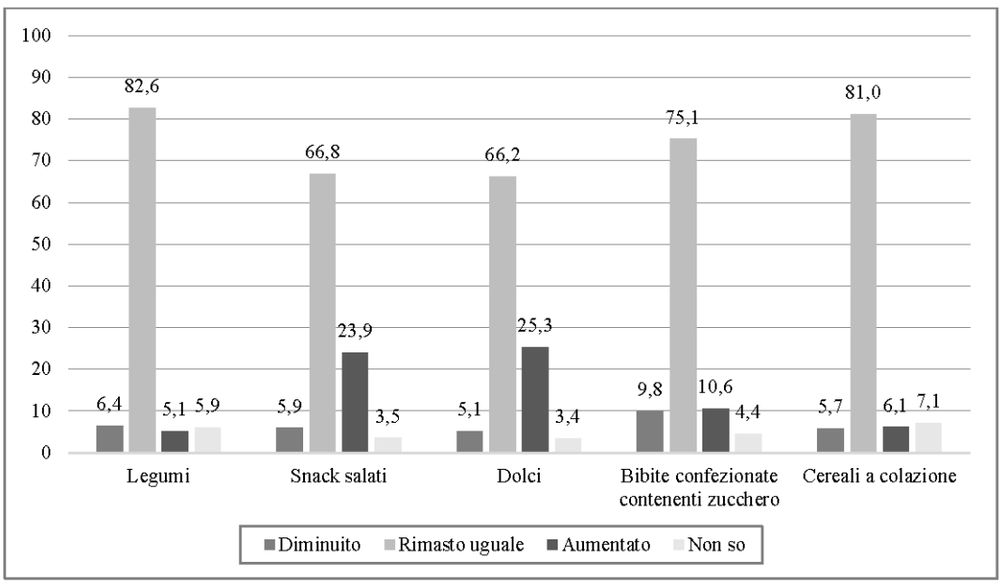
L'indagine EPaS-ISS ha permesso di rilevare e approfondire gli effetti che la pandemia da COVID-19 e le misure di distanziamento fisico hanno avuto sugli stili di vita e sul benessere di bambini e bambine del terzo anno di scuola primaria. L'incremento del consumo di alimenti non salutari (snack salati e dolci) e del tempo trascorso in attività sedentarie (tempo dedicato ai dispositivi elettronici per scopi non didattici), associati alla diminuzione del movimento (trascorso a giocare attivamente/energicamente al di fuori dell'orario scolastico), potrebbero aver avuto conseguenze negative sulla salute di bambini e bambine con un possibile impatto più severo in gruppi maggiormente fragili, come giovani con malattie croniche. I dati EPaS-ISS riguardanti lo stato ponderale dei bambini e delle bambine durante la pandemia e la variazione della percezione del loro peso tra periodo pre-COVID-19 e periodo COVID-19 hanno evidenziato una situazione che merita attenzione. Pur essendo i dati sullo stato ponderale in linea con quanto emerso da OKkio alla SALUTE 2019 (11), nell'ambito dello studio EPaS-ISS i genitori hanno dichiarato di aver percepito una variazione del peso dei propri figli e delle proprie figlie, con un aumento delle frequenze relative ad un incremento di peso percepito durante la pandemia rispetto al periodo antecedente. Sarà interessante monitorare questi cambiamenti nel tempo per valutarne l'evoluzione e l'effetto sullo stato ponderale dei bambini e delle bambine utilizzando come strumento di rilevazione il sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE anche in relazione alla letteratura scientifica che ha mostrato un aumento, nella popolazione giovanile, dello stato ponderale durante la pandemia da COVID-19 (6, 8, 15). L'approfondimento sullo stato ponderale dei bambini e delle bambine partecipanti allo studio EPaS-ISS e sulla percezione del loro peso nel periodo pre-COVID-19 e COVID-19 da parte dei genitori hanno mostrato variabilità per area geografica, titolo di studio, nazionalità dei genitori e situazione economica della famiglia, evidenziando l'importanza di individuare e proteggere le famiglie provenienti da realtà più svantaggiate sulle quali la pandemia potrebbe avere pesato in modo più severo.

Grafico 1 - *Cambiamenti nel consumo di alcuni cibi e bevande (valori per 100) da parte di bambini/bambine durante la pandemia da COVID-19 rispetto al periodo precedente - Anno 2022*



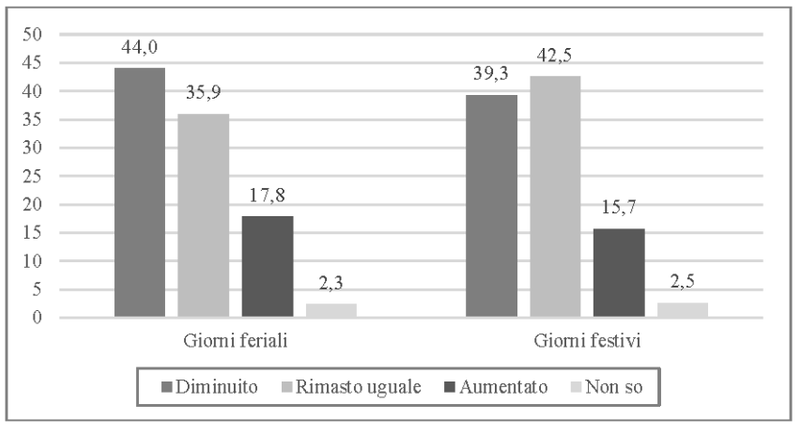
Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:45 Pagina 77

Grafico 1 - (segue) *Cambiamenti nel consumo di alcuni cibi e bevande (valori per 100) da parte di bambini/bambine durante la pandemia da COVID-19 rispetto al periodo precedente - Anno 2022*



Fonte dei dati: EPaS-ISS. Anno 2023.

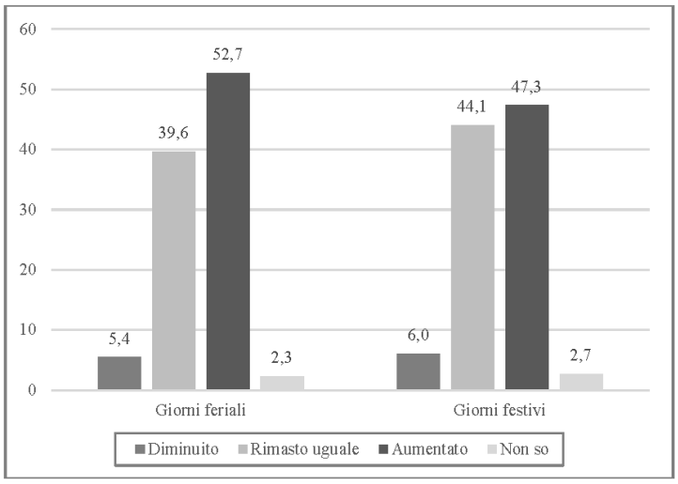
Grafico 2 - *Variazione nel tempo (valori per 100) che bambini/bambine hanno trascorso a giocare attivamente/energicamente (ad esempio correndo o saltando all'aperto o muovendosi e facendo giochi di movimento all'interno) al di fuori dell'orario scolastico durante la pandemia da COVID-19 rispetto al periodo precedente - Anno 2022*



Fonte dei dati: EPaS-ISS. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:45 Pagina 78

Grafico 3 - *Variazione nel tempo (valori per 100) che bambini/bambine hanno trascorso a guardare la TV, giocare ai videogiochi o utilizzare i social media per scopi non didattici durante la pandemia da COVID-19 rispetto al periodo precedente - Anno 2022*



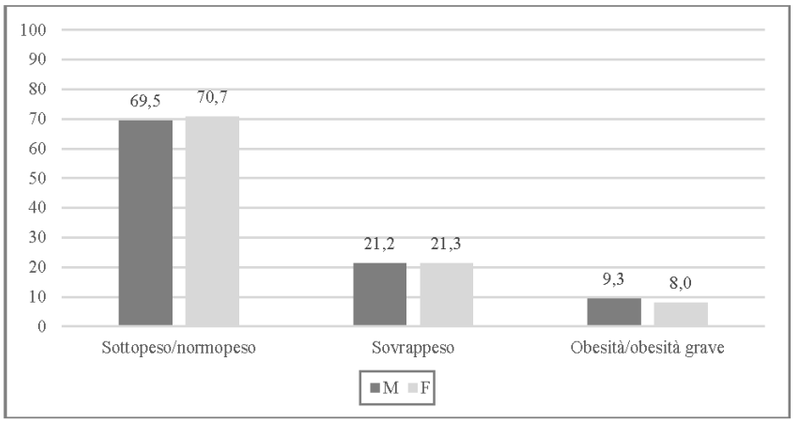
Fonte dei dati: EPaS-ISS. Anno 2023.

Tabella 1 - *Percezione (valori per 100) dei genitori circa alcuni aspetti del benessere di figli/figlie durante la pandemia da COVID-19 rispetto al periodo precedente - Anno 2022*

Comportamenti e sentimenti	Situazione peggiorata	Situazione invariata	Situazione migliorata
Divertirsi con gli amici	67,4	27,7	4,9
Essere in grado di fare ciò che si desidera nel tempo libero	50,9	35,9	13,2
Sentirsi pieno di energie	44,3	49,3	6,4
Sentirsi bene e in forma	44,0	50,9	5,1
Sentirsi solo	43,7	49,7	6,6
Sentirsi triste	37,4	55,5	7,1
Essere capace di concentrarsi	35,0	57,8	7,3
Avere buoni risultati a scuola	22,8	72,8	4,4
Avere abbastanza tempo per sé stesso	22,2	54,0	23,8
Sentirsi trattato in modo giusto dai genitori	18,1	75,1	6,8

Fonte dei dati: EPaS-ISS. Anno 2023.

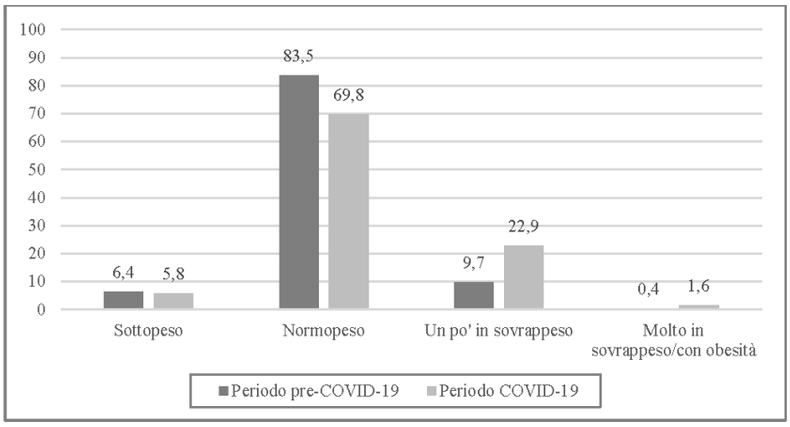
Grafico 4 - *Prevalenze (valori per 100) dello stato ponderale di bambini/bambine di età 8-9 anni - Anno 2022*



Fonte dei dati: EPaS-ISS. Anno 2023.

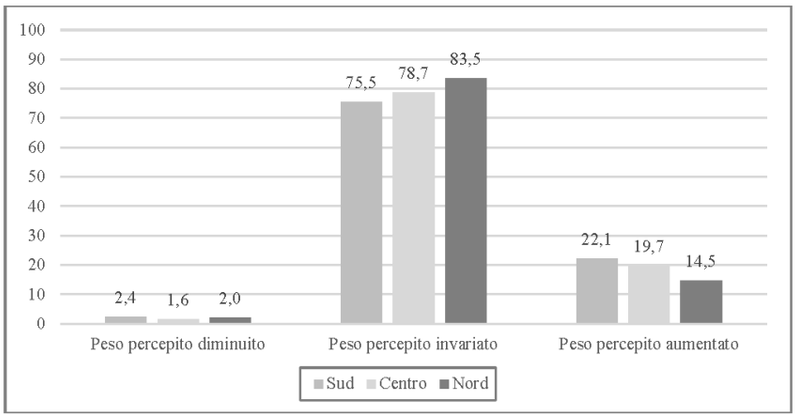
Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:45 Pagina 79

Grafico 5 - *Percezione (valori per 100) da parte dei genitori dello stato ponderale dei propri figli/figlie nel periodo pre-COVID-19 e COVID-19 - Anno 2022*



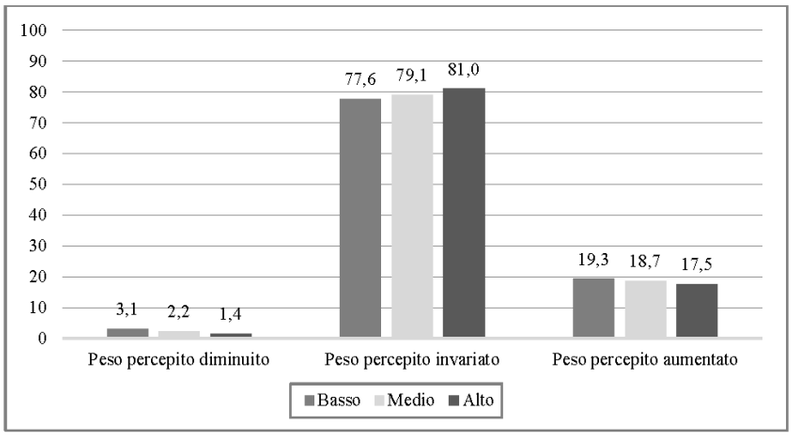
Fonte dei dati: EPaS-ISS. Anno 2023.

Grafico 6 - *Variazione (valori per 100) tra periodo pre-COVID-19 e COVID-19 della percezione del peso di bambini/bambine da parte dei genitori - Anno 2022*



Fonte dei dati: EPaS-ISS. Anno 2023.

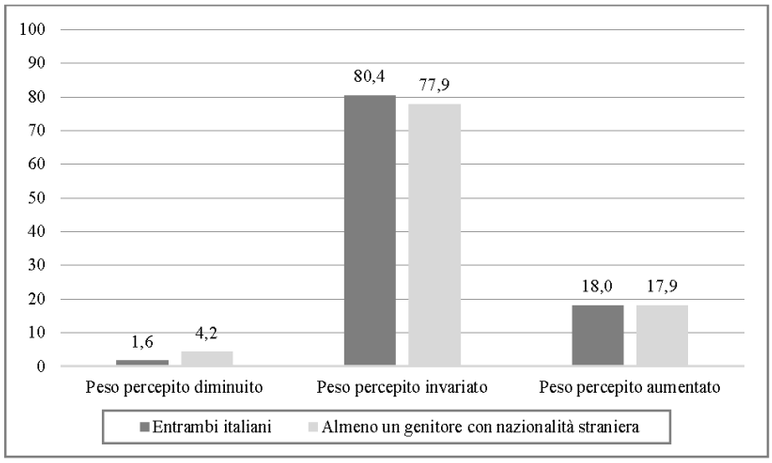
Grafico 7 - *Variazione (valori per 100) tra periodo pre-COVID-19 e COVID-19 della percezione del peso di bambini/bambine da parte dei genitori per loro titolo di studio - Anno 2022*



Fonte dei dati: EPaS-ISS. Anno 2023.

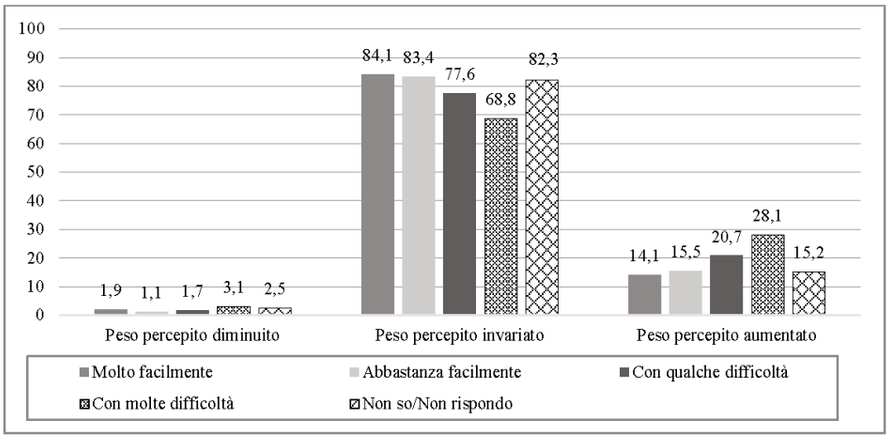
Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:45 Pagina 80

Grafico 8 - *Variazione (valori per 100) tra periodo pre-COVID-19 e COVID-19 della percezione del peso di bambini/bambine da parte dei genitori per loro nazionalità - Anno 2022*



Fonte dei dati: EPaS-ISS. Anno 2023.

Grafico 9 - *Variazione (valori per 100) tra periodo pre-COVID-19 e COVID-19 della percezione del peso di bambini/bambine da parte dei genitori per situazione economica familiare - Anno 2022*



Fonte dei dati: EPaS-ISS. Anno 2023.

Riferimenti bibliografici

(1) WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19. 11 March 2020. Geneva: World Health Organization; 2020. Disponibile sul sito: www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19 - 11-march-2020; ultima consultazione 29 gennaio 2024.
(2) UNESCO. Education: From disruption to recovery, monitoring of school closures. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization; 2020. Disponibile sul sito: www.unesco.org/en/covid-19/education-response; ultima consultazione 29 gennaio 2024.
(3) UNESCO, UNICEF, World Bank. What have we learnt? Overview of findings from a survey of ministries of education on national responses to COVID-19. Paris, New York, Washington, DC: UNESCO, UNICEF, World Bank; 2020.
(4) Clark H, Coll-Seck AM, Banerjee A, Peterson S, Dalglish SL, Ameratunga S, Balabanova D, Bhan, MK, Bhutta ZA, Borrazzo J, et al. A future for the world's children? A WHO–UNICEF–Lancet Commission. Lancet 2020; 395 (10224): 605-58.
(5) COVID-19: the intersection of education and health. Lancet 2021; 397 (10271): 253.
(6) Farello G, D'Andrea M, Quarta A, Grossi A, Pompili D, Altobelli E, Stagi S, Balsano C. Children and adolescents dietary habits and lifestyle changes during COVID-19 lockdown in Italy. Nutrients 2022;14:2135.
(7) McNicholas J, Hammersley ML, Hopkins S, McDermott S, Plaskett J. The Impact of COVID-19 restrictions on the healthy eating and movement behaviors of 0–12-year-old children in Western Sydney, Australia. Front Public Health 2022; 10: 841178.
(8) Palermi S, Vecchiato M, Pennella S, Marasca A, Spinelli A, De Luca M, De Martino L, Fernando F, Sirico F, Biffi A. The impact of the COVID-19 pandemic on childhood obesity and lifestyle-a report from Italy. Pediatr Rep 2022; 14: 410-418.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:45 Pagina 81

(9) Ciardullo S, Nardone P, Spinelli A, Giustini M, Andreozzi S, Cattaneo C, Giusti A. (Ed.). Effetti della pandemia da COVID-19 su salute e stile di vita di bambini, bambine e loro famiglie in Italia: risultati del progetto EPaS-ISS. Roma: Istituto Superiore di Sanità 2022. (Rapporti ISTISAN 23/30).
(10) WHO/Europe. Nutrition, physical activity, well-being and COVID-19 - Results from 13 countries participating in round 6 of the Childhood Obesity Surveillance Initiative study. Technical document 2023. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 2023. Disponibile sul sito: www.who.int/europe/publications/m/item/nutrition-physical-activity-well-being-and-covid-19-childhood-obesity-surveillance-initiative-study.
(11) Nardone P, Spinelli A, Ciardullo S, Salvatore MA, Andreozzi S, Galeone D. (Ed.). Obesità e stili di vita dei bambini: OKkio alla SALUTE 2019. Roma: Istituto Superiore di Sanità 2022. (Rapporti ISTISAN 22/27).
(12) Nardone P, Spinelli A, Buoncristiano M, Andreozzi S, Bucciarelli M, Giustini M, Ciardullo S, the EPaS-ISS Group. Changes in Food Consumption and Eating Behaviours of Children and Their Families Living in Italy during the COVID-19 Pandemic: The EPaS-ISS Study. Nutrients 2023; 15: 3326.
(13) Giustini M, Luzi I, Spinelli A, Andreozzi S, Bucciarelli M, Buoncristiano M, Nardone P, Ciardullo S. Exploring changes in children's well-being due to COVID-19 restrictions: the Italian EpaS-ISS study. Ital J Pediatr. 2023; 49: 11.
(14) Cole TJ, Lobstein T. Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. Pediatr Obes. 2012; 7 (4): 284-94.
(15) Anderson L, Yoshida-Montezuma Y, Dewar N, Jalil E, Khattar J, De Rubeis V, Carsley S, Griffith LE, Mbuagbaw L. Obesity and weight change during the COVID-19 pandemic in children and adults: A systematic review and meta-analysis. Obesity Reviews. 2023; 24:e13550.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:45 Pagina 82

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:45 Pagina 83

Incidenti

Nonostante la forte attenzione mediatica e la costante promozione di azioni di prevenzione, gli incidenti stradali, quelli sul lavoro e quelli domestici continuano a rappresentare le più rilevanti cause esterne di morbosità e di mortalità.

Per quanto concerne gli aspetti legati alla misurazione e alla valutazione, le diverse fonti statistiche svolgono un ruolo fondamentale, rendendo disponibili dati e indicatori il più possibile completi e adeguati alle analisi e al monitoraggio di questi fenomeni di interesse. A livello internazionale, ad esempio, l'OMS sottolinea che ogni anno l'insieme degli incidenti è responsabile della morte di 4,4 milioni di persone in tutto il mondo, pari all'8% dei decessi totali, quasi il doppio del numero delle vittime di HIV/AIDS, tubercolosi e malaria complessivamente (i dati più recenti disponibili si riferiscono al 2019) (1). Più specificatamente, ogni anno a livello mondiale 1,35 milioni di persone muoiono a causa di un incidente stradale, quindi circa 3.700 al giorno, e sono circa 50 milioni le persone che restano ferite o invalide. Più di un quarto delle vittime e dei feriti sono pedoni e ciclisti. Gli incidenti stradali rappresentano la principale causa di morte per i bambini e i giovani adulti di età compresa tra 5-29 anni (2, 3).

Per tali ragioni, il Piano delle raccomandazioni internazionali pone la prevenzione al centro e, in particolare rispetto agli incidenti stradali, evidenzia il ruolo fondamentale delle azioni di sensibilizzazione e di formazione da rivolgere sia ai conducenti sia agli altri utenti della strada. Tale piano evidenzia, inoltre, l'importanza di intensificare gli sforzi per la gestione della sicurezza stradale, attraverso un'attenzione costante rivolta alle condizioni delle strade, nonché dei veicoli, e alle persone. L'assistenza post-incidente (*post-crash care*) deve essere ulteriormente migliorata e deve essere affrontato il crescente fenomeno della distrazione alla guida causata dall'utilizzo dei dispositivi mobili. Il nuovo obiettivo globale per l'Agenda 2030, inoltre, individua il traguardo della riduzione del 50% delle vittime e dei feriti gravi in incidenti stradali entro il 2030. A questo si aggiunge la crescente adesione dei Paesi a *Vision Zero*, un approccio trasversale alla prevenzione sviluppato dall'*International Social Security Association* che, per qualsiasi tipo di incidente, integra le tre dimensioni di sicurezza, salute e benessere a tutti i livelli del lavoro: si basa sul presupposto che tutti gli incidenti, i danni e le malattie legate al lavoro si possano prevenire. Per quanto riguarda gli incidenti stradali, *Vision Zero* si pone il traguardo del loro azzeramento entro il 2050.

Al fine di monitorare il raggiungimento di tali obiettivi, a livello europeo è stato definito un set di indicatori di prestazione della sicurezza stradale (*Safety Performance Indicators*) che anche l'Italia si impegna a fornire con cadenza annuale. Ulteriori approfondimenti mettono in luce che, se da un lato la maggior parte dei Paesi dispone di politiche per la sicurezza stradale, dall'altro solo un numero molto ridotto di questi applica disposizioni e provvedimenti per prevenire tutte le altre tipologie di incidente. In tema di incidenti domestici e negli ambienti di vita, l'Osservatorio *European Association for Injury Prevention and Safety Promotion*, utilizzando i dati dell'OMS e dell'*European Injury Database*, riporta che ogni anno in tutta l'UE circa 20 milioni di infortuni non intenzionali si verificano nelle abitazioni, nello sport e nelle istituzioni. Si tratta di quasi il 52% del totale dei 38 milioni di infortuni che vengono curati ogni anno nei Dipartimenti di Emergenza degli Ospedali.

Le conseguenze sul piano economico, sociale e ambientale sono inevitabili e il forte impatto sul benessere delle persone coinvolge numerosi ambiti, compreso quello della Sanità Pubblica. In questo contesto, tra i Sustainable Development Goals che compongono l'Agenda 2030, che per l'Italia sono prodotti dall'Istat, sono inclusi anche numerosi riferimenti al benessere delle persone e all'equa distribuzione dei benefici dello sviluppo. Per l'Italia, inoltre, ben si colloca il PNP 2020-2025, adottato nel 2020 con Intesa in Conferenza Stato-Regioni, che si pone sei principali macro obiettivi, due dei quali focalizzati in particolare su "Incidenti domestici e stradali" e "Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali". Al fine di stabilizzare gli interventi di prevenzione già introdotti per queste tematiche, nonché di attuare ulteriori misure, il PNP mira a consolidare l'attenzione sulla centralità delle persone e sulla sensibilizzazione della popolazione riguardo ai rischi, promuovendo stili di vita corretti già a partire dalla scuola primaria e sottolineando l'importanza di adottare comportamenti responsabili.

Con riferimento alle statistiche disponibili in Italia, nel presente Capitolo sono illustrati i dati più recenti riguardanti gli incidenti stradali con lesioni a persone, i feriti gravi, gli infortuni con relativa mortalità sul lavoro e gli incidenti domestici.

Questo Capitolo si conclude con un *Box* sugli infortuni sul lavoro degli occupati nati all'estero, per i quali vige l'obbligo di assicurazione all'INAIL.

Per quanto riguarda gli incidenti stradali, nel 2022 si sono verificati in Italia 165.889 incidenti stradali

S. BRUZZONE, N. MIGNOLLI

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:45 Pagina 84

con lesioni a persone (+9,2% rispetto all'anno precedente); le vittime sono state 3.159 (+9,9%) e i feriti 223.475 (+9,2%) (4). I valori sono tutti in crescita rispetto al 2021, ma ancora in diminuzione nel confronto con il 2019, individuato come anno di benchmark per la nuova decade per la sicurezza stradale prevista dall'Agenda 2030. Gli incidenti e i feriti diminuiscono, rispettivamente, del -3,7% e del -7,4% rispetto al 2019, mentre il numero di vittime è pressoché stabile, di poco inferiore a quello registrato nel 2019 (-0,4%). Tra il 2021 e il 2022, il tasso di mortalità stradale passa da 48,6 a 53,6 morti per milione di abitanti (era pari a 52,6 morti per milione nel 2019). Rispetto al 2010, le vittime della strada diminuiscono del circa 23%. Dopo la pandemia e il graduale ritorno alla normale mobilità nel 2022, il primo semestre del 2023 si caratterizza per una decisa ripresa degli spostamenti e, quindi, inevitabilmente, anche dell'incidentalità stradale. Tuttavia, secondo le stime preliminari, nel semestre gennaio-giugno 2023, rispetto allo stesso periodo del 2022, si registra una lieve diminuzione del numero di incidenti stradali con lesioni a persone (79.124, -1,0%), dei feriti (106.493, -0,9%) e delle vittime entro il trentesimo giorno (1.384, -2,5%) (5).

Nel 2022 i feriti gravi a seguito di un incidente stradale risultano in aumento rispetto al 2021 e in lieve diminuzione rispetto al 2019; si registrano, infatti, 16.875 casi (+5,5% rispetto al 2021 e -4,1% rispetto al 2019). Nel periodo 2017-2022 il rapporto tra feriti gravi e decessi ha un andamento oscillante, con picchi nel 2018, nel 2021 (5,6) e nel 2020 (5,9). I valori dell'indicatore passano da 5,1 feriti per ogni vittima nel 2017 a 5,3 feriti per ogni vittima nel 2022. Nel 2022, i feriti gravi rappresentano circa l'8% del totale dei feriti nel complesso rilevati dalle forze dell'ordine. A livello territoriale persistono ancora alcune differenze: il rapporto tra feriti gravi e morti registra valori più elevati della media nazionale in Liguria (7,8), PA di Bolzano e Trento (7,1), Lazio (6,7), Abruzzo (5,9), Calabria (6,0), Campania (5,8), Lombardia (5,7) e Sicilia (5,6). I valori più contenuti si osservano in Basilicata (2,1), Molise (3,3), Piemonte (3,4), Valle d'Aosta (3,9) e Umbria (4,3).

Nel 2022, le denunce di infortunio sul lavoro per il settore Industria e Servizi sono state 582.890, in aumento del 23,3% rispetto all'anno precedente e del 15,6% rispetto al 2018. Il quinquennio 2018-2022 si contraddistingue per una sostanziale stabilità degli infortuni fino al 2020, cui segue un calo di oltre 31.000 denunce nel 2021 e una ripresa significativa nel 2022. Nel 2022, gli eventi mortali dell'Industria e Servizi sono stati 1.073, 155 casi in meno rispetto al 2021 (-12,6%) e 49 casi in meno dal 2018 (-4,4%). Analizzando i tassi di incidenza degli infortuni sul lavoro (per 100.000 addetti), tra il 2018 e il 2022 si osserva un aumento del tasso a livello nazionale, da 2.985,64 a 3.187,36. Il tasso di mortalità per infortuni sul lavoro passa, invece, da 6,64 a 5,87 per 100.000 addetti (6). Al fine di fornire un quadro esaustivo del fenomeno degli infortuni sul lavoro, occorre analizzare i molteplici aspetti e fattori che lo compongono. Oltre al rispetto delle regole da parte degli interessati e dei datori di lavoro, assumono una rilevanza centrale anche le politiche attuate a tutela del lavoratore e l'impatto dei fattori esterni come, ad esempio, lo stato in cui versano le infrastrutture della rete viaria nazionale, causa esogena che condiziona il livello della lesività e della mortalità causata dagli infortuni stradali sul lavoro o *in itinere*.

Passando agli incidenti domestici, purtroppo, le cause sono tutte attribuibili alla generale convinzione che la propria casa sia un luogo sicuro. Tuttavia, a differenza dei luoghi pubblici, l'arredamento e l'organizzazione delle abitazioni private spesso non rispettano le norme di sicurezza e sfuggono ai controlli, esponendo le persone a una moltitudine di rischi e insidie. A livello ambientale, le caratteristiche strutturali delle abitazioni, degli arredi, degli impianti e delle pertinenze, la presenza e le modalità di conservazione dei farmaci e di altri prodotti di uso quotidiano possono degenerare in situazioni di grave pericolo. A ciò si aggiungono i fattori di rischio di tipo individuale, che possono essere correlati allo sviluppo psicomotorio dei primi anni di vita dei bambini, alle attività lavorative in ambito domestico, che ancora coinvolgono soprattutto le donne, alle condizioni di deficit neuromotori e cognitivi, di fragilità o di scarsa attività fisica che riguardano soprattutto le persone di età più elevata. I dati più recenti del 2022, elaborati dall'Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana" dell'Istat, confermano lo svantaggio delle donne e delle persone di età >70 anni, che sono le più colpite dagli incidenti in ambiente domestico. Nei 3 mesi precedenti l'intervista, tali incidenti hanno coinvolto 549 mila persone (9,4 per 1.000 residenti). A partire da questa base è possibile stimare che, nell'arco di 12 mesi, il fenomeno abbia interessato 2 milioni 200 mila persone circa, ovvero 38 per 1.000 residenti. Il numero complessivo di incidenti domestici rilevato nel trimestre è stato di 612 mila (7).

In tema di prevenzione degli incidenti domestici, oltre a una sensibilizzazione all'educazione sanitaria e all'attuazione di interventi su ambienti e strutture, è auspicabile riuscire a raccogliere dati completi e sistematici sulla dinamica di questa tipologia di incidente, anche attraverso i sistemi di rilevazione presso il PS, in modo da integrarli con quelli già disponibili.

Riferimenti bibliografici

(1) World Health Organization - WHO. 2022. Preventing injuries and violence: an overview. Disponibile sul sito: www.who.int/publications/i/item/9789240047136.
(2) World Health Organization - WHO. 2023. Global status report on road safety 2023. Disponibile sul sito: www.who.int/publications/i/item/9789240086517.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:45 Pagina 85

(3) Istituto Superiore di Sanità. EpiCentro - L'epidemiologia per la sanità pubblica. Disponibile sul sito: www.epicentro.iss.it/temi/incidenti/incidenti.asp.
(4) Incidenti stradali in Italia. Anno 2022.Roma, Italia: Istat. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/archivio/286933.
(5) Incidenti stradali in Italia. Stima preliminare. Gennaio-giugno 2023. Roma, Italia: Istat. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/archivio/290874.
(6) Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro - INAIL. Banca Dati Statistica. Disponibile sul sito: http://bancadaticsa.inail.it/bancadaticsa/login.asp.
(7) Istituto Nazionale di Statistica - Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2022.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:45 Pagina 86

Incidenti stradali

Significato. La rilevazione degli incidenti stradali con lesioni a persone riguarda tutti gli incidenti stradali verificatisi sulla rete stradale del territorio nazionale, verbalizzati da un'Autorità di Polizia o dai Carabinieri, avvenuti su una strada aperta alla circolazione pubblica e che hanno causato lesioni a persone, morti e/o feriti, con il coinvolgimento di almeno un veicolo. La rilevazione è condotta correntemente dall'Istat, con la compartecipazione dell'ACI e di numerosi Enti pubblici istituzionali, ed è a carattere totale e a cadenza mensile (inserita tra le rilevazioni di interesse pubblico nel Programma Statistico Nazionale - IST00142). L'impianto organizzativo della rilevazione è diversamente articolato sul territorio. L'Istat, infatti, ha adottato un modello organizzativo flessibile del flusso di indagine attraverso la sottoscrizione di un Protocollo di intesa nazionale e la stipula di convenzioni specifiche con regioni e province. Tale sistema risulta funzionale al decentramento di alcune fasi del processo, risponde alle esigenze informative delle Amministrazioni locali connesse alle attività di programmazione di adeguati interventi in materia di sicurezza stradale e contribuisce a migliorare la qualità delle informazioni prodotte.
Per descrivere l'importanza e la gravità degli incidenti stradali in Italia, sono stati utilizzati due diversi indicatori: tasso std di mortalità e tasso di incidentalità stradale.
Tali indicatori consentono di definire letalità, occorrenza e severità del fenomeno oggetto di studio. Per fornire una misura diretta dell'intensità del fenomeno, sono stati inseriti nelle tabelle anche incidenti stradali e morti in valore assoluto.
Il livello di disaggregazione del territorio è dato da regioni e PA, la serie temporale analizzata è il triennio 2020-2022, mentre il tasso std di mortalità è calcolato anche per genere.
La standardizzazione dei tassi è stata effettuata con il metodo diretto della popolazione tipo. La popolazione standard utilizzata è quella al Censimento 2011. Il tasso di incidentalità stradale è calcolato come rapporto tra numero di incidenti con lesioni a persone e popolazione media residente ed è riferito al periodo 2020-2022.

Tasso di mortalità per incidente stradale

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

Tasso di incidentalità stradale

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

Validità e limiti. Il calcolo dei tassi std di mortalità si basa sull'utilizzo dei decessi registrati mediante la rilevazione Istat degli incidenti stradali con lesioni a persone. La fonte complementare per la rilevazione a cura delle Forze di Polizia e Carabinieri è l'indagine sulle cause di morte, condotta dall'Istat.
La scelta, operata da qualche anno, di utilizzare la verbalizzazione degli incidenti stradali in luogo della fonte sanitaria è motivata dalla necessità di utilizzare, per il calcolo degli indicatori citati, dati più omogenei tra di loro che siano confrontabili e armonizzati nelle definizioni utilizzate.
La qualità dei dati provenienti dalla rilevazione degli incidenti stradali con lesioni a persone è, a ogni modo, gradualmente migliorata nel tempo; a oggi, infatti, escludendo gli scostamenti tra i contingenti dovuti alle differenze definitorie, il numero dei decessi risulta congruente con quanto registrato dall'indagine sulle cause di morte.
Si aggiunge, infine, che i tassi std di mortalità e i tassi di incidentalità stradale sono calcolati rapportando i decessi in incidente stradale per regione o PA di evento alla popolazione residente e non alla effettiva popolazione presente sul territorio ed esposta al rischio di incidente, non disponibile a oggi da alcuna fonte di dati. Benché tale rapporto possa introdurre un *bias*, per la non corrispondenza tra numeratore e denominatore, questa approssimazione viene comunemente accettata ai fini dell'interpretazione del fenomeno. Per costruire indicatori statistici per l'incidentalità stradale con denominatori più aderenti alla misurazione del fenomeno, sono state pubblicate "statistiche sperimentali", a cura dell'Istat, basate sul rapporto tra incidenti stradali e lunghezze in metri di carreggiata per senso di marcia di arco stradale, desunte dal prodotto *Open Street Map*, liberamente scaricabile. La nuova misurazione fornisce sicuramente una prima serie coerente di dati relativi ai diversi territori. Tale infor-

S. BRUZZONE, G. BALDASSARRE

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:45 Pagina 87

mazione non è disponibile dalle statistiche ufficiali a livello nazionale, benché esistano archivi e grafi stradali dettagliati per singolo Comune, Provincia e Regione, non è stato ancora istituito, però, un catasto stradale nazionale armonizzato e sistematico.
In corso di realizzazione, inoltre, il progetto che prevede la stima dei reali flussi di traffico (veicoli/Km) sulla rete viaria nazionale, sia mediante l'utilizzo di basi dati amministrative (Revisioni Veicoli e Parco Veicolare fonte Ministero Infrastrutture e Trasporti e ACI), sia di fonte *Big Data*. Ciò consentirà di calcolare le probabilità di essere coinvolti in un incidente e i tassi reali di esposizione a rischio di incidentalità.
Infine, un altro approccio per fornire un quadro più completo del fenomeno dell'incidentalità stradale e studiarne più a fondo le cause, può essere un metodo esplorativo legato all'utilizzo di fonti integrate di dati e di analisi di contesto come, ad esempio, gli infortuni stradali in occasione di lavoro o *in itinere*, il parco veicolare circolante e i prezzi del carburante.

Valore di riferimento/Benchmark. I confronti sono effettuati tra i livelli dei tassi con dettaglio regionale e ripartizionale e il dato medio italiano.

Descrizione dei risultati

Il 2022 è caratterizzato da una netta ripresa della mobilità e, come conseguenza, anche dell'incidentalità stradale, dopo gli anni in cui la pandemia ha visto la sua fase più acuta. Rispetto al 2021 gli incidenti e gli infortunati fanno registrare, nel complesso, una crescita. Gli aumenti si concentrano, soprattutto, nel periodo da gennaio a luglio, negli stessi mesi del 2021 erano ancora in vigore misure per la limitazione del traffico e degli spostamenti per il contenimento del virus. A partire dal mese di agosto si rileva un calo di feriti e incidenti rispetto al 2021, mentre per le vittime si registrano ancora aumenti anche ad agosto, ottobre e dicembre. Nel 2022, sono 3.159 i morti in incidenti stradali in Italia (+9,9% rispetto all'anno precedente), 223.475 i feriti (+9,2%) e 165.889 gli incidenti stradali (+9,2%), valori tutti in crescita rispetto al 2021 ma ancora in diminuzione nel confronto con il 2019, individuato come anno di benchmark per la nuova decade per la sicurezza stradale prevista per l'Agenda 2030, per incidenti e feriti (rispettivamente, -3,7% e -7,4%). Il numero di vittime è, invece, pressoché stabile, di poco inferiore a quello registrato nel 2019 (-0,4%).
Dall'analisi dei tassi std di mortalità nel 2022, come di consueto più elevati per gli uomini, si rileva che le regioni con i livelli più elevati dell'indicatore, escludendo la Valle d'Aosta e le PA di Bolzano e Trento che assumono spesso valori oscillanti nel tempo a causa del numero assoluto più esiguo dei casi mortali rilevati, sono la Basilicata, l'Emilia-Romagna, il Veneto, la Sardegna e le Marche (valori tra 0,82 e 0,58 per 10.000). I livelli più bassi si registrano in Liguria, Calabria, Lombardia, Campania, Abruzzo e Molise (valori tra 0,34 e 0,45 per 10.000). In Italia il tasso varia tra il 2020 e il 2022 da 0,39 a 0,52 (per 10.000 abitanti).
Per analizzare le variazioni del tasso sul territorio, attenuando le oscillazioni degli indicatori per le regioni con numerosità più esigue di casi, è stato calcolato anche il tasso std medio su base triennale 2020-2022 (Tabella 1).
I tassi medi di incidentalità stradale più elevati, registrati nel periodo 2020-2022, sono, infine, in ordine decrescente, in Liguria, Toscana, Emilia-Romagna, Marche e Lazio (da 4,57 a 2,97 per 10.000); mentre quelli più bassi, in ordine crescente, si registrano in Calabria, Molise, Basilicata, Campania e Sardegna (da 1,35 a 1,89 per 10.000) (Tabella 2).

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:45 Pagina 88

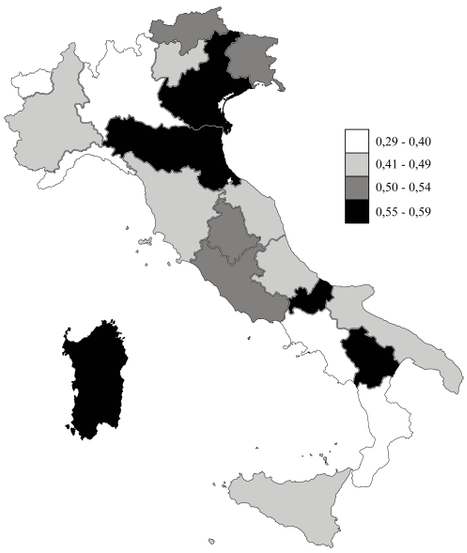
Tabella 1 - *Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità per incidente stradale per genere e regione - Anni 2020-2022*

Regioni	Maschi			Femmine			Totale			Tasso medio std (2020-2022)		
	2020	2021	2022	2020	2021	2022	2020	2021	2022	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	0,68	0,73	0,96	0,15	0,16	0,15	0,41	0,43	0,54	0,77	0,15	0,45
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,00	0,13	1,41	0,00	0,00	0,23	0,00	0,07	0,82	0,51	0,07	0,29
Lombardia	0,51	0,63	0,69	0,13	0,09	0,12	0,31	0,35	0,40	0,60	0,11	0,35
Bolzano-Bozen	*0,88*	*0,90*	*1,00*	*0,23*	*0,06*	*0,23*	*0,55*	*0,45*	*0,62*	*0,90*	*0,17*	*0,53*
Trento	*0,89*	*0,66*	*1,04*	*0,07*	*0,21*	*0,17*	*0,47*	*0,44*	*0,59*	*0,83*	*0,15*	*0,49*
Veneto	0,73	0,98	1,07	0,20	0,20	0,24	0,45	0,59	0,65	0,90	0,21	0,55
Friuli Venezia Giulia	0,62	1,15	0,94	0,14	0,24	0,23	0,36	0,69	0,58	0,87	0,20	0,53
Liguria	0,57	0,65	0,56	0,14	0,16	0,13	0,34	0,40	0,34	0,57	0,14	0,35
Emilia-Romagna	0,85	1,10	1,17	0,14	0,17	0,22	0,48	0,61	0,67	1,01	0,17	0,57
Toscana	0,72	0,87	0,96	0,12	0,16	0,22	0,40	0,50	0,57	0,81	0,16	0,48
Umbria	1,02	0,91	0,92	0,06	0,25	0,16	0,52	0,55	0,52	0,92	0,15	0,52
Marche	0,69	0,94	0,89	0,20	0,15	0,29	0,43	0,53	0,58	0,81	0,20	0,49
Lazio	0,76	0,86	0,92	0,16	0,16	0,27	0,44	0,50	0,58	0,83	0,19	0,50
Abruzzo	0,75	1,07	0,81	0,17	0,17	0,11	0,46	0,61	0,45	0,85	0,15	0,49
Molise	1,26	0,73	0,79	0,34	0,26	0,10	0,80	0,50	0,45	0,91	0,24	0,58
Campania	0,53	0,68	0,72	0,11	0,10	0,11	0,31	0,38	0,40	0,63	0,11	0,36
Puglia	0,69	0,91	0,96	0,14	0,14	0,22	0,41	0,51	0,57	0,83	0,16	0,49
Basilicata	0,56	0,90	1,47	0,10	0,39	0,23	0,33	0,64	0,82	0,96	0,24	0,59
Calabria	0,55	0,73	0,71	0,10	0,20	0,11	0,32	0,45	0,39	0,65	0,13	0,38
Sicilia	0,57	0,80	0,82	0,10	0,14	0,12	0,32	0,46	0,46	0,73	0,12	0,42
Sardegna	1,08	0,98	1,09	0,11	0,16	0,21	0,58	0,57	0,64	1,02	0,16	0,58
Italia	**0,67**	**0,83**	**0,89**	**0,14**	**0,15**	**0,18**	**0,39**	**0,48**	**0,52**	**0,78**	**0,15**	**0,46**

Nota: i tassi di mortalità standardizzati sono stati costruiti utilizzando la popolazione standard al Censimento 2011.

Fonte dei dati: Istat. Rilevazione degli incidenti stradali con lesioni a persone. Anno 2022; Istat. Popolazione Residente al 1° gennaio. Anni 2020-2022; per gli anni 2020-2023 i dati sulla popolazione residente sono di fonte "Bilancio demografico nazionale" - Istat. Anno 2023.

Tasso medio (standardizzato per 10.000) di mortalità per incidente stradale per regione. Anni 2020-2022



Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:45 Pagina 89

Tabella 2 - *Tasso e media (valori per 1.000) di incidentalità stradale, incidenti stradali e decessi (valori assoluti) per incidente stradale per regione - Anni 2020-2022*

Regioni	Tassi di incidentalità stradale				Incidenti stradali			Decessi per incidenti stradali		
	2020	2021	2022	Media (2020-2022)	2020	2021	2022	2020	2021	2022
Piemonte	1,66	2,29	2,39	2,11	7.147	9.759	10.148	182	192	241
Valle d'Aosta	1,56	2,00	2,66	2,07	194	247	327	0	1	10
Lombardia	2,00	2,59	2,89	2,49	19.964	25.838	28.786	317	357	402
Bolzano-Bozen	*2,32*	*2,80*	*3,32*	*2,80*	*1.239*	*1.492*	*1.775*	*31*	*24*	*33*
Trento	*1,62*	*2,08*	*2,48*	*2,05*	*880*	*1125*	*1.346*	*25*	*25*	*33*
Veneto	2,02	2,55	2,73	2,43	9.839	12.403	13.220	229	285	321
Friuli Venezia Giulia	1,95	2,48	2,73	2,38	2.344	2.970	3.265	47	82	74
Liguria	3,77	4,73	5,22	4,57	5.731	7.166	7.863	59	64	57
Emilia-Romagna	2,63	3,44	3,77	3,27	11.692	15.231	16.679	223	281	311
Toscana	2,80	3,70	4,12	3,54	10.350	13.596	15.111	152	190	225
Umbria	1,96	2,32	2,63	2,30	1.699	2.001	2.252	45	53	49
Marche	2,45	3,12	3,33	2,97	3.695	4.663	4.951	69	84	91
Lazio	2,32	3,06	3,55	2,97	13.300	17.486	20.275	261	288	339
Abruzzo	1,71	2,13	2,22	2,02	2.205	2.729	2.824	59	80	59
Molise	1,27	1,44	1,52	1,41	378	421	442	25	15	14
Campania	1,25	1,60	1,76	1,54	7.088	9.014	9.821	176	214	228
Puglia	1,84	2,31	2,38	2,18	7.265	9.086	9.286	160	203	226
Basilicata	1,23	1,69	1,70	1,54	677	918	914	18	36	46
Calabria	1,11	1,39	1,54	1,35	2.079	2.587	2.847	61	85	74
Sicilia	1,66	2,06	2,18	1,96	8.053	9.943	10.444	161	225	226
Sardegna	1,55	2,01	2,10	1,89	2.479	3.200	3.313	95	91	100
Italia	**1,99**	**2,57**	**2,82**	**2,46**	**118.298**	**151.875**	**165.889**	**2.395**	**2.875**	**3.159**

Fonte dei dati: Istat. Rilevazione degli incidenti stradali con lesioni a persone. Anno 2022; Istat. Popolazione Residente al 1° gennaio. Anni 2020-2022; per gli anni 2020-2023, i dati sulla popolazione residente sono di fonte "Bilancio demografico nazionale" - Istat. Anno 2023.

Confronto internazionale

Tra tutti i sistemi di trasporto, quello su strada è di gran lunga il più pericoloso e comporta il prezzo più alto in termini di vite umane. Anche sulle strade europee, il 2022 segna una totale ripresa della mobilità. Nell'UE-27 le vittime sono state 20.669 *vs* 19.932 del 2021, 22.761 del 2019 e circa 30.000 del 2010.

L'aumento nel 2022 è stato del 4,1% rispetto all'anno precedente, mentre si registra ancora un calo del 9,2% rispetto al 2019. La crescita del numero di vittime della strada non ha interessato tutti i Paesi: variazioni negative si rilevano, infatti, in Slovenia (-25,4%), Lettonia (-23,1%), Lituania (-18,4%), Cipro (-17,8%), Polonia (-15,5%), Finlandia (-15,1%), Estonia (-9,1%), Romania (-8,2%), Croazia (-5,8%), Bulgaria (-5,3%), Ungheria (-1,7%) e Repubblica Ceca (-0,8%). Gli aumenti più consistenti sono stati registrati, invece, a Malta (+188,9%), in Lussemburgo (+50,0%), nei Paesi Bassi (+26,6%), in Danimarca (+18,5%) e in Svezia (+18,2%).

Il tasso di mortalità stradale (morti per milione di abitanti) si attesta a 46,3 nella UE-27 e a 53,6 in Italia. Il nostro Paese passa, così, dal 13° posto al 19° nella graduatoria europea (Tabella 3, Grafico 1, Grafico 2). Per il decennio 2021-2030 gli obiettivi europei sulla sicurezza stradale prevedono il dimezzamento del numero di vittime e feriti gravi entro il 2030, rispetto all'anno di benchmark fissato nel 2019, e il monitoraggio di specifici indicatori di prestazione, *Key Performance Indicators* (KPI) sui temi di velocità, uso dei sistemi di protezione (casco, cinture di sicurezza e seggiolini per bambini), uso di alcool e droghe, livello di sicurezza del parco veicolare e della rete stradale nazionale, distrazione alla guida ed efficienza dei sistemi di soccorso in caso di incidente.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:45 Pagina 90

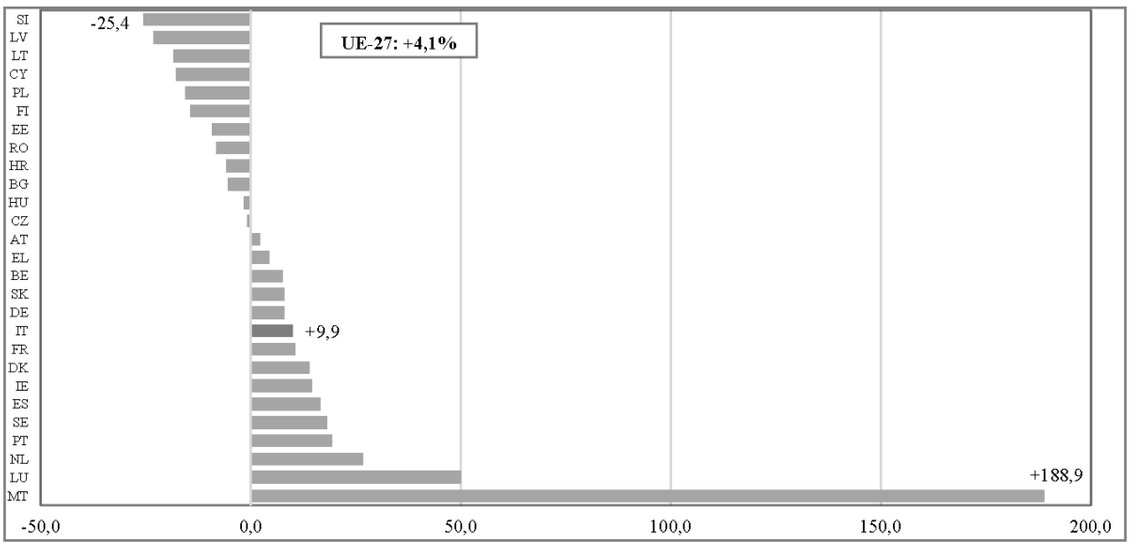
Tabella 3 - *Decessi (valori assoluti) per incidente stradale per Paese dell'Unione Europea-27 e dell'Unione Europea-28 - Anni 2001, 2010, 2015-2022*

Paesi	2001	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Austria	958	552	479	432	414	409	416	344	362	370
Belgio	1.486	841	762	670	609	604	644	499	516	521
Bulgaria	1.011	776	708	708	682	611	628	463	561	531
Cipro	98	60	57	46	53	49	52	48	45	37
Croazia	647	426	348	307	331	317	297	237	292	275
Danimarca	431	255	178	211	175	175	199	163	130	154
Estonia	199	79	67	71	48	67	52	60	55	50
Finlandia	433	272	270	258	238	239	211	223	225	191
Francia	8.162	3.992	3.461	3.477	3.448	3.248	3.244	2.541	2.944	3.260
Germania	6.977	3.651	3.459	3.206	3.177	3.275	3.059	2.719	2.562	2.776
Grecia	1.880	1.258	793	824	731	700	688	584	624	635
Irlanda	411	212	162	182	154	135	140	147	136	157
Italia	**7.096**	**4.114**	**3.428**	**3.283**	**3.378**	**3.334**	**3.173**	**2.395**	**2.875**	**3.159**
Lettonia	558	218	188	158	136	148	132	139	147	113
Lituania	706	299	242	192	192	173	186	175	147	120
Lussemburgo	70	32	36	32	25	36	22	26	24	36
Malta	16	15	11	22	19	18	16	12	9	26
Paesi Bassi	1.083	640	620	629	613	678	661	610	582	737
Polonia	5.534	3.907	2.938	3.026	2.831	2.862	2.909	2.491	2.245	1.896
Portogallo	1.670	937	593	563	602	675	626	509	532	614
Repubblica Ceca	1.334	802	734	611	577	658	617	517	531	527
Romania	2.450	2.377	1.893	1.913	1.951	1.867	1.864	1.646	1.779	1.634
Slovacchia	625	353	274	242	250	229	245	224	226	244
Slovenia	278	138	120	130	104	91	102	80	114	85
Spagna	5.517	2.478	1.689	1.810	1.830	1.806	1.755	1.370	1.533	1.759
Svezia	534	266	259	270	253	324	221	204	192	227
Ungheria	1.239	740	644	607	625	633	602	464	544	535
EU-27	**51.403**	**29.690**	**24.413**	**23.880**	**23.446**	**23.357**	**22.761**	**18.890**	**19.932**	**20.669**
Regno Unito	*3.598*	*1.905*	*1.804*	*1.860*	*1.856*	*1.839*	*1.808*	*1.516*	*1.608*	*1.750*
EU-28	**55.001**	**31.595**	**26.217**	**25.740**	**25.302**	**25.196**	**24.569**	**20.401**	**21.540**	**22.419**

Nota: stime preliminari 2022 per Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Irlanda, Lettonia, Lituania, Lussemburgo, Malta, Paesi Bassi, Portogallo, Repubblica Ceca, Spagna, Svezia, Ungheria.

Fonte dei dati: European Transport Safety Council. Annual PIN Report. Anno 2023.

Grafico 1 - *Decessi (variazioni - valori per 100) per incidente stradale per Paese dell'Unione Europea-27 - Anni 2021-2022*

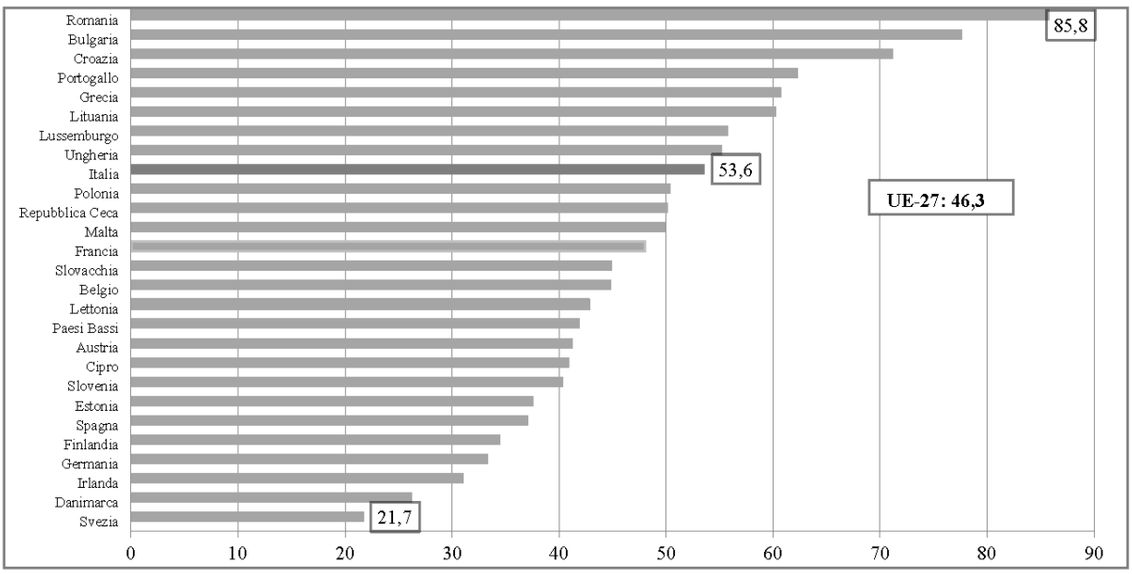


Legenda: AT Austria - BE Belgio - BG Bulgaria - CY Cipro - CZ Repubblica Ceca - DE Germania - DK Danimarca - EE Estonia - EL Grecia - ES Spagna - FI Finlandia - FR Francia - HR Croazia - HU Ungheria - IE Irlanda - IT Italia - LT Lituania - LU Lussemburgo - LV Lettonia - MT Malta - NL Olanda - PL Polonia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

Fonte dei dati: European Transport Safety Council. Annual PIN Report. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:45 Pagina 91

Grafico 2 - *Tasso (valori per 1.000.000) di mortalità per incidente stradale per Paese dell'Unione Europea-27 - Anno 2022**



*Il tasso di mortalità (per 1.000.000) per l'Italia, anno 2022, differisce dal valore riportato nel Report pubblicato dall'*European Transport Safety Council*, poiché ricalcolato utilizzando il numero di decessi in incidente stradale definitivo, diffuso dall'Istat.

Fonte dei dati: European Transport Safety Council. Annual PIN Report. Anno 2023.

Raccomandazioni di Osservasalute

Per il decennio in corso, l'UE ha fissato nel quadro della politica di sicurezza stradale 2021-2030 l'obiettivo di riduzione del 50% per i decessi e per le lesioni gravi entro il 2030. La Dichiarazione di Stoccolma del febbraio 2020, inoltre, ha aperto la strada per un ulteriore impegno politico globale per il prossimo decennio e ha gettato le basi per un nuovo e ambizioso target: 0 vittime sulle strade entro il 2050 ("Vision Zero"). Purtroppo, secondo le stime preliminari, nel semestre gennaio-giugno 2023 si registra, in Italia, rispetto allo stesso periodo del 2022, una contenuta diminuzione del numero delle vittime (1.384, -2,5%); il percorso verso il conseguimento degli obiettivi per la sicurezza stradale è iniziato, quindi, con difficoltà e con progressi molto lenti; tuttavia, si auspicano più ottimistici sviluppi per gli anni futuri.

Per raggiungere la "Vision Zero", la CE sta implementando, nel medio termine, un vero e proprio *Road Safety System*, con un *set* di indicatori di prestazione che anche l'Italia sta producendo sotto la guida del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti. Per monitorare i progressi dei Paesi dell'UE sono stati definiti i KPI che riguardano le aree: velocità, uso dei sistemi di protezione (casco, cinture di sicurezza, seggiolini per bambini), uso di alcool e droghe, livello di sicurezza del parco veicolare, livello di sicurezza della rete stradale nazionale, distrazione alla guida, efficienza dei sistemi di soccorso in caso di incidente.

Infine, per sostenere la linea strategica intrapresa dall'UE, Adina Vălean, Commissario europeo per i Trasporti, ha dichiarato che l'UE incentiverà lo sviluppo di una strategia globale per una mobilità sostenibile e intelligente, garantendo un settore dei trasporti adatto a un'economia pulita, digitale e moderna. Altro obiettivo sarà quello di modernizzare i sistemi di trasporto, come la mobilità connessa e automatizzata, con una forte attenzione all'innovazione digitale.

Riferimenti bibliografici

(1) Incidenti stradali in Italia. Anno 2022. Roma, Italia: Istat. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/archivio/286933.
(2) Incidenti stradali in Italia. Anno 2021. Roma, Italia: Istat. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/archivio/273324.
(3) Incidenti stradali in Italia. Anno 2020. Roma, Italia: Istat. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/archivio/259825.
(4) Incidenti stradali. Stima preliminare gennaio-giugno 2023. Roma, Italia: Istat. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/archivio/290874.
(5) European Transport Safety Council - ETSC. Annual PIN report. Year 2023. Disponibile sul sito: https://etsc.eu/17th-annual-road-safety-performance-index-pin-report.
(6) Commissione Europea. L'Europa in movimento: la Commissione completa la sua agenda per una mobilità sicura, pulita e connessa, Bruxelles, 17 maggio 2018. Disponibile sul sito: http://europa.eu/rapid/press-release_IP-18-3708_it.htm.
European Commission (21st February 2023). Road safety in the EU: fatalities below pre-pandemic levels but progress remains too slow. Disponibile sul sito: https://transport.ec.europa.eu/news-events/news/road-safety-eu-fatalities-below-pre-pandemic-levels-progress-remains-too-slow-2023-02-21_en.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:45 Pagina 92

Feriti gravi in incidenti stradali

Significato. Il programma di azione previsto per la decade sulla sicurezza stradale 2021-2030, proclamata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite e dall'UE, tenendo conto dei progressi compiuti durante il decennio di azioni appena concluso (1, 2), ha posto l'accento su un rinnovato impegno per il miglioramento della sicurezza stradale con il *target* di dimezzare il numero delle vittime in incidenti stradali entro il 2030 e il numero dei feriti con lesioni gravi. A seguito degli obiettivi fissati, per rendere comparabili e armonizzati i dati forniti dai Paesi dell'UE, sono state emanate le Linee Guida internazionali per la classificazione della gravità delle lesioni da incidente stradale. L'Italia, seguendo una delle possibili strategie proposte dalla CE per la produzione di statistiche armonizzate, ha definito il numero dei feriti gravi in incidenti stradali a partire dalle informazioni presenti sulle SDO, di titolarità del Ministero della Salute. Il calcolo dei feriti gravi è stato effettuato seguendo la Classificazione *Maximum Abbreviated Injury Scale* 3+ (MAIS3+)[1].

Per quanto concerne gli indicatori, il rapporto di gravità fornisce il numero di feriti gravi per ogni morto in incidente stradale, mentre il tasso grezzo di lesività indica quanti feriti gravi si contano ogni 100.000 abitanti.

Rapporto di gravità

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Feriti gravi per incidente stradale}}{\text{Decessi per incidente stradale}} \times 100$$

Tasso grezzo di lesività grave

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Feriti gravi per incidente stradale}}{\text{Popolazione media residente}} \times 100.000$$

Validità e limiti. Per la definizione di "ferito grave" e per la classificazione dei livelli di gravità delle lesioni, è stato proposto dalla CE (3) l'utilizzo dell'esistente Classificazione dei traumi *Abbreviated Injury Scale* (AIS) e, in particolare, della sua variante MAIS3+. L'AIS è una scala di misurazione basata su un sistema di punteggio da attribuire alla gravità globale della lesione, stabilita tenendo in considerazione l'importanza relativa delle lesioni riportate per regione del corpo colpita. Il livello di gravità viene misurato mediante una scala ordinale a 6 punti (1 = minimo; 6 = massimo).

La classificazione dei feriti gravi viene effettuata tramite l'utilizzo delle regole di riclassificazione dei codici ICD-9-CM (4, 5) in codici AIS, messi a disposizione dalla CE. La classificazione AIS abbreviata fornita prevede l'attribuzione di un codice 1 per i casi in cui viene accertata la gravità della lesione (punteggio AIS ≥3), di un codice 0 per i feriti non gravi (punteggio AIS <3) e di un codice 9 per i casi per i quali non è possibile definire la gravità[2]. Il *copyright* è dell'*Association for the Advancement of Automotive Medicine* (6).

Valore di riferimento/Benchmark. I confronti sono effettuati tra i livelli dei tassi e rapporti con dettaglio regionale e il dato medio italiano.

Descrizione dei risultati

Nel 2022 si rileva, come atteso, a seguito della completa ripresa della mobilità, un forte aumento degli incidenti stradali e infortunati coinvolti rispetto al 2021, ma ancora un decremento nel confronto con il 2019, ultimo anno pre-pandemia.

Nel 2022, in Italia, i feriti gravi a seguito di un incidente stradale sono in aumento rispetto al 2021 e in

[1]Nell'Edizione del Rapporto Osservasalute 2015 sono stati presentati i primi risultati dello studio sui feriti gravi in incidenti stradali, mediante l'adozione della classificazione MAIS3+, il testo redatto per l'Edizione corrente rappresenta un aggiornamento con dati riferiti al 2022.

[2]I casi riconducibili a lesioni in incidente stradale sono stati isolati utilizzando le informazioni congiunte tra il codice ICD-9-CM riferito alle lesioni, assegnato per le diagnosi principali e/o secondarie, l'informazione sulla modalità della causa accidentale e il codice della causa esterna (ICD-9-CM E), attribuito solo nel caso di ammissione ospedaliera a seguito di traumatismo o avvelenamento. Per ciascun anno elaborato è stato considerato solo il primo ricovero di ciascun soggetto e solo i record con codice anonimo di tracciamento valido; la selezione dei casi è stata effettuata includendo la diagnosi principale e le diagnosi secondarie. Gli individui deceduti entro 30 giorni dal ricovero sono stati esclusi dalla selezione (secondo la definizione internazionale si considera "morto in incidente stradale" un individuo deceduto sul colpo o entro il 30° giorno a partire da quello in cui si è verificato l'incidente). Per gli anni 2016-2020 la data di morte è stata ottenuta, con algoritmo messo a punto da Ministero della Salute, utilizzando il *linkage* con l'Anagrafe fiscale dell'Agenzia delle Entrate, per poter individuare anche i pazienti deceduti dopo la dimissione dall'ospedale o il trasferimento ad altro istituto per acuti. Per il calcolo dei dati, riferiti all'anno 2021 e 2022, l'elaborazione è stata effettuata dall'Istat direttamente sull'archivio delle SDO, in accordo con il servizio del Ministero della Salute competente, senza effettuare il controllo mediante l'accesso all'anagrafe dell'agenzia delle entrate, ma utilizzando la sola data di ammissione e dimissione, per il calcolo della durata della degenza e la modalità di dimissione (escludendo i deceduti entro i 30 giorni dall'incidente).

S. BRUZZONE, G. BALDASSARRE, C. CECCOLINI

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:45 Pagina 93

lieve diminuzione rispetto al 2019. Si registrano, infatti, 16.875[3] casi (+5,5% e -4,1% rispetto al 2021 e 2019). Nel 2022, valori più elevati di feriti gravi (tra 2.302 e 1.330) si registrano in Lombardia, Lazio, Emilia-Romagna, Veneto e Campania, regioni con una vasta ampiezza territoriale e forte peso demografico.
Il rapporto di gravità, ossia il rapporto tra il numero di feriti gravi in incidente stradale (provenienti da dati SDO) e i morti in incidente stradale (provenienti dai dati dell'Indagine sugli incidenti stradali con lesione a persone) (7), misura il numero di feriti gravi per ogni decesso avvenuto per incidente stradale. Nel 2022, si registrano in Italia 5,3 feriti gravi per ogni decesso in incidente stradale, valore variabile a livello regionale. Il livello del rapporto di gravità, nel 2022, rimane pressoché stabile rispetto al 2019 (5,5) e diminuisce rispetto al 2021 (5,6), in direzione opposta con quanto registrato per la mortalità stradale (+9,9% nel 2022 rispetto all'anno precedente). Nel 2022 in Liguria, Lazio, Abruzzo, Calabria e Campania si registra un numero più elevato di feriti gravi per ogni decesso (valori del rapporto di gravità compresi tra 7,8-5,8). Anche per le PA di Trento e Bolzano si registrano valori molto elevati, ma oscillanti nel tempo a causa della numerosità esigua di casi (7,1). In Basilicata, Molise, Piemonte, Umbria, Friuli Venezia Giulia e Veneto si rilevano i valori più bassi rispetto alla media nazionale (valori tra 2,1-4,8 feriti gravi per ogni decesso). Per avere la dimensione del fenomeno rispetto alla popolazione media residente nazionale, sono stati calcolati i tassi di lesività grave, ossia una misura del numero di feriti gravi per 100.000 abitanti (Cartogramma).
Nel 2022 in Italia si sono avuti 28,6 feriti gravi in incidente stradale ogni 100.000 abitanti, erano 27,0 nel 2021, 23,7 nel 2020 e 29,7 nel 2019. Valori elevati si riscontrano in PA di Bolzano, PA di Trento, Lazio, Emilia-Romagna e Sardegna (da 43,8 a 31,8 per 100.000), mentre valori più bassi si hanno in Molise, Basilicata, Piemonte, Lombardia e Calabria (da 15,8 a 23,5 per 100.000).

Tabella 1 - *Feriti gravi (valori assoluti) per incidente stradale e rapporto (valori per 100) di gravità* per regione - Anni 2017-2022*

Regioni	2017		2018		2019		2020		2021		2022	
	Feriti gravi	Feriti gravi/ morti	Feriti gravi	Feriti gravi/ morti	Feriti gravi	Feriti gravi/ morti	Feriti gravi	Feriti gravi/ morti	Feriti gravi	Feriti gravi/ morti	Feriti gravi	Feriti gravi/ morti
Piemonte	889	3,2	933	3,7	846	3,6	671	3,7	897	4,7	822	3,4
Valle d'Aosta**	42	5,3	58	4,8	45	11,3	29	-	25	-	39	3,9
Lombardia	2.456	5,8	2.450	5,1	2.126	4,9	1.879	5,9	2.141	6,0	2.302	5,7
Bolzano-Bozen	*197*	*6,6*	*181*	*5,5*	*185*	*4,0*	*139*	*4,5*	*222*	*9,3*	*234*	*7,1*
Trento	*194*	*6,7*	*216*	*7,2*	*199*	*8,0*	*179*	*7,2*	*193*	*7,7*	*235*	*7,1*
Veneto	1.346	4,5	1.494	4,8	1.621	4,8	1.297	5,7	1.448	5,1	1.543	4,8
Friuli Venezia Giulia	367	5,3	405	5,3	360	5,0	297	6,3	323	3,9	346	4,7
Liguria	463	5,3	318	2,6	410	6,4	360	6,1	382	6,0	443	7,8
Emilia-Romagna	1.686	4,5	1.666	5,3	1.675	4,8	1.302	5,8	1.496	5,3	1.628	5,2
Toscana	864	3,2	1.401	5,9	1.262	6,0	960	6,3	1.141	6,0	1.143	5,1
Umbria	205	4,3	200	4,2	179	3,5	193	4,3	209	3,9	209	4,3
Marche	487	5,1	554	6,4	583	5,9	398	5,8	437	5,2	445	4,9
Lazio	2.508	7,0	2.624	7,8	2.330	7,9	1.907	7,3	2.149	7,5	2.287	6,7
Abruzzo	545	7,9	570	7,5	510	6,5	426	7,2	464	5,8	347	5,9
Molise	88	3,3	77	5,1	69	2,5	57	2,3	55	3,7	46	3,3
Campania	1.342	5,5	1.443	7,0	1.393	6,2	1.088	6,2	1.198	5,6	1.330	5,8
Puglia	1.215	5,1	1.322	6,6	1.293	6,2	1.008	6,3	1.055	5,2	1.145	5,1
Basilicata	94	2,8	143	3,2	108	3,7	128	7,1	117	3,3	96	2,1
Calabria	643	6,4	736	5,8	612	5,9	350	5,7	403	4,7	433	5,9
Sicilia	1.085	5,2	1.306	6,2	1.321	6,3	1.034	6,4	1.147	5,1	1.272	5,6
Sardegna	593	6,6	517	4,9	473	6,7	400	4,2	488	5,4	530	5,3
Italia	**17.309**	**5,1**	**18.614**	**5,6**	**17.600**	**5,5**	**14.102**	**5,9**	**15.990**	**5,6**	**16.875**	**5,3**

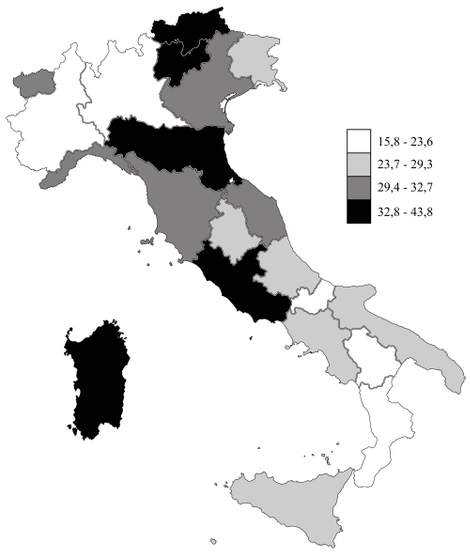
*Rapporto tra feriti gravi in incidente stradale (da dati SDO) e morti in incidente stradale (da Indagine su incidenti stradali con lesione a persone, Istat).
**Nel caso di valori troppo esigui o di impossibilità per eseguire il calcolo è stato utilizzato il segno convenzionale "-".

Fonte dei dati: Ministero della Salute, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria - Ufficio 6. Anno 2022; Istat - Rilevazione degli incidenti stradali con lesioni a persone. Anno 2022 (elaborazioni Istat 2024). Anno 2023.

[3]La lettura e l'interpretazione dei dati presentati, sebbene consenta di delineare un trend per il fenomeno, deve essere effettuata con estrema cautela. L'individuazione dei feriti gravi in incidenti stradali, infatti, è basata sulla qualità delle informazioni registrate nella SDO. Ruolo fondamentale è ricoperto dalla valorizzazione della variabile "causa esterna", che consente di isolare con certezza i casi di ricoveri a seguito di lesioni in incidente stradale. La mancata compilazione per tale variabile, se associata anche all'omissione di informazione sulla modalità dell'incidente, conduce all'eventuale esclusione del soggetto infortunato dal campo di osservazione.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:45 Pagina 94

Tasso (grezzo per 100.000) di lesività grave per regione. Anno 2022



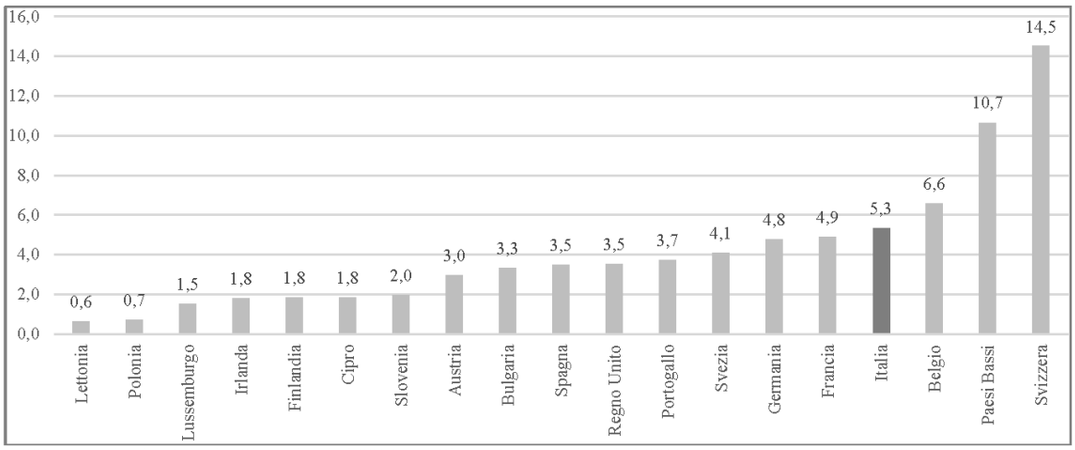
Confronto internazionale

Il quadro della situazione a livello nazionale può essere completato con uno sguardo al contesto europeo, in particolare analizzando i dati resi disponibili dai Paesi dell'UE-27 (incluso il Regno Unito seppure uscito dall'UE a seguito della Brexit il 31 gennaio 2020) che adottano la classificazione MAIS3+ per il conteggio dei feriti gravi. L'*European Transport Safety Council*, supportando la strategia della CE volta a diminuire il numero di feriti gravi e divulgare dati e informazioni per stakeholder e decisori, ha pubblicato nel giugno 2022 il consueto Report annuale "Performance Index" (8).

Nel Grafico 1 sono riportati, per l'ultimo anno disponibile per ciascun Paese, i dati riferiti a una graduatoria per il rapporto di gravità per Austria, Belgio, Bulgaria, Cipro, Finlandia, Francia, Germania, Irlanda, Italia, Lettonia, Lituania, Lussemburgo, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo, Regno Unito, Slovenia, Spagna, Svizzera e Svezia.

Sebbene i risultati presentati siano limitati ai Paesi per i quali è stato diffuso ufficialmente il dato sul numero di feriti gravi, adottando la classificazione MAIS3+, emergono informazioni interessanti. Dal confronto tra i dati disponibili si registra che i livelli del rapporto di gravità variano da 14,5 feriti gravi per ogni decesso sulle strade della Svizzera a 1,8 di Cipro, della Finlandia e Irlanda, 1,5 di Lussemburgo, 0,7 della Polonia e 0,6 della Lettonia. L'Italia, purtroppo, si trova ancora in una parte alta della classifica con 5,3 feriti gravi per ogni decesso.

Grafico 1 - *Rapporto (valori per 100) di gravità per incidente stradale per alcuni Paesi dell'Unione Europea - Anno 2022**



*Dati 2014 per Irlanda, Polonia, Slovenia; dati 2016 per Cipro, Regno Unito; dati 2018 per Lussemburgo; dati 2020 per Austria, Finlandia, Paesi Bassi, Spagna, Svezia, Svizzera; dati 2021 per Belgio, Germania; dati 2022 per Bulgaria, Francia, Italia, Lettonia e Portogallo.

Fonte dei dati: European Transport Safety Council, Annual PIN Report. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:45 Pagina 95

Raccomandazioni di Osservasalute

Il dimezzamento dei feriti gravi in incidenti stradali, con orizzonte temporale decennale, è stato posto formalmente come obiettivo nell'Agenda Sicurezza Stradale 2030.

Nel settembre 2020, inoltre, l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite ha adottato la linea "Improving Global Road Safety", avallando la Dichiarazione di Stoccolma del 2020. La risoluzione invita, infatti, gli Stati membri e la comunità internazionale a intensificare la collaborazione multilivello, per garantire maggiore impegno e continuità politica al fine di migliorare la sicurezza stradale.

Il primo passo per la valutazione della *performance* europea e di quelle nazionali è rappresentato, sicuramente, anche dall'armonizzazione dei metodi di calcolo e di classificazione, fase per la quale l'Italia sta lavorando nella direzione giusta, allineata alle raccomandazioni internazionali, grazie alle sinergie introdotte tra le Istituzioni coinvolte. Per il futuro, oltre agli obiettivi fissati per la prossima decade, sono state gettate le basi per nuovi e ambiziosi traguardi, in particolare la Dichiarazione di Stoccolma del febbraio 2020 prevede di arrivare a una "Vision Zero" di vittime nel 2050. Saranno le *best practice* dei Paesi più virtuosi, come la Svezia promotrice dell'iniziativa, a guidare nel raggiungimento degli obiettivi.

L'Agenda 2030, infine, definisce indicatori chiave di prestazione, KPI, condivisi e monitorati anche dall'Italia e che riguardano: velocità, uso dei sistemi di protezione (casco, cinture di sicurezza e seggiolini per bambini), uso di alcool e droghe, livello di sicurezza del parco veicolare e della rete stradale nazionale, distrazione alla guida ed efficienza dei sistemi di soccorso in caso di incidente.

Riferimenti bibliografici

(1) European Commission. EU Road Safety Policy Framework 2021-2030 - Next steps towards "Vision Zero". Brussels 19.6.2019, SWD (2019) 283 final. Disponibile sul sito: https://transport.ec.europa.eu/system/files/2021-10/SWD 2190283.pdf.
(2) European Commission Communication, Towards a European road safety area: policy orientations on road safety 2011-2020, COM (2010) 389.
(3) European Commission. European Commission's policy orientations on road safety 2011-2020, Brussels, 19.3.2013, SWD (2013) 94 final. Disponibile sul sito: http://ec.europa.eu/commission_2010-2014/kallas/headlines/news/2013/03/doc/swd%282013%2994.pdf.
(4) Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, Classificazione delle malattie, dei traumatismi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche, Versione italiana della Icd-9-CM - "International Classification of Diseases 9th revision Clinical Modification" 2007 - Roma, 2008.
(5) Organizzazione Mondiale della Sanità - OMS. Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati. Decima revisione. 3 volumi. Traduzione della prima edizione a cura del Ministero della sanità, Roma: Istituto poligrafico e zecca dello Stato, 2001.
(6) Association for the Advancement of Automotive Medicine (AAAM). Disponibile sul sito: www.aaam.org/index.html.
(7) Incidenti stradali in Italia. Anni 2017-2022. Roma, Italia: Istat. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/archivio/incidenti+stradali.
(8) European Transport Safety Council, Annual PIN report. Year 2023. Disponibile sul sito: https://etsc.eu/17th-annual-road-safety-performance-index-pin-report.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:45 Pagina 96

Infortuni e mortalità sul lavoro

Significato. Gli indicatori proposti forniscono una misura della rischiosità legata allo svolgimento dell'attività lavorativa; sono espressi come rapporto tra il numero di denunce di infortunio pervenute all'INAIL e ai lavoratori assicurati esposti al rischio di infortunarsi. Di seguito sono presentati due tassi: il primo riferito al totale dei casi denunciati e il secondo ai soli eventi mortali; entrambi sono calcolati per il settore dell'Industria e Servizi per il quale è noto il denominatore. Gli indicatori si riferiscono al territorio in cui si verifica l'evento infortunistico.

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

$$\frac{\text{Numeratore: Infortuni sul lavoro denunciati all'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro}}{\text{Denominatore: Popolazione lavorativa (addetti-anno Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro)}} \times 100.000$$

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

$$\frac{\text{Numeratore: Decessi per infortuni sul lavoro denunciati all'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro}}{\text{Denominatore: Popolazione lavorativa (addetti-anno Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro)}} \times 100.000$$

Validità e limiti. La base dati per calcolare i tassi del quinquennio 2018-2022 è rappresentata dai report pubblicati nella Banca Dati Statistica dell'INAIL, aggiornata al 31 ottobre 2023. Gli infortuni sul lavoro denunciati comprendono tutti i casi avvenuti in occasione di lavoro, per causa violenta ed esterna, che hanno determinato un'inabilità temporanea (>3 giorni) o permanente (parziale o assoluta) oppure la morte (art. 2 del DPR n. 1124/1965). Sono compresi anche gli infortuni in itinere, ossia quelli che accadono nel tragitto casa-lavoro e viceversa o nel raggiungimento di un'altra Sede di lavoro o luogo di ristoro (art.12 del D. Lgs. n. 38/2000). Dal 12 ottobre 2017 le denunce di infortunio comprendono anche le comunicazioni effettuate a soli fini statistici e informativi che comportano un'assenza dal lavoro di almeno 1 giorno (art. 18 D. Lgs. n. 81/2008). Tali casi, negli anni precedenti, erano costituiti sostanzialmente dalle franchigie (denunce di infortunio cautelative sotto la soglia dei 3 giorni). Gli eventi con esito mortale considerano, invece, tutte le denunce per le quali la morte è conseguenza dell'infortunio sul lavoro, anche se successiva alla data dell'evento. Dal 2020 rientrano tra gli infortuni sul lavoro (mortali e non) anche i contagi da COVID-19 (art. 42 D. Lgs. n. 18/2020 e Circolari INAIL n. 13/2020 e n. 22/2020), inquadrabili tra le malattie-infortunio per le quali la causa virulenta è equiparata alla causa violenta. La tutela riguarda sia i contagi in occasione di lavoro sia quelli avvenuti *in itinere*.

I lavoratori, ossia gli "addetti-anno", sono unità di lavoro annue stimate sulla base delle masse salariali dichiarate dai datori di lavoro rapportate alle retribuzioni medie giornaliere (dei soli lavoratori indennizzati per infortunio) moltiplicate per 300 (numero medio annuo di giornate lavorate); sono, inoltre, compresi i lavoratori autonomi per i quali si contano le teste effettive assicurate. Sono esclusi dal conteggio degli addetti-anno alcune categorie di lavoratori come, ad esempio, gli apprendisti e i lavoratori a somministrazione (ex-interinali).

Valore di riferimento/Benchmark. L'atteso è che i tassi di infortunio e di mortalità siano i più bassi possibili.

Descrizione dei risultati

Nel 2022, le denunce di infortunio sul lavoro dell'Industria e Servizi sono state 582.890, in aumento del 23,3% rispetto all'anno precedente e del 15,6% rispetto al 2018. Il quinquennio 2018-2022 si contraddistingue per una sostanziale stabilità degli infortuni fino al 2020, cui segue un calo di oltre 31.000 denunce nel 2021 (nel raffronto con l'anno precedente) e una ripresa significativa nel 2022 con oltre 110.000 casi in più. Dal 2020 in poi, i dati annoverano anche i contagi professionali da COVID-19 che hanno inciso, soprattutto, nelle fasi più acute della pandemia, rappresentando circa un quarto di tutte le denunce sul lavoro del 2020 e un sesto del 2022; più contenuto il peso nel 2021, quando il rapporto è stato di un contagio ogni dodici casi, quale effetto dell'attenuarsi del fenomeno (dati non presenti in tabella).

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:45 Pagina 97

Nel 2022, gli eventi mortali dell'Industria e Servizi sono stati 1.073, 155 casi in meno nel confronto con il 2021 (-12,6%) e 49 in meno dal 2018 (-4,4%). Il trend di periodo dei decessi professionali è altalenante, con un minimo di morti sul lavoro nell'ultimo anno e una punta massima nel 2020 anno, contraddistinto da un numero significativo di eventi mortali legati al contagio da SARS-CoV-2 (un terzo di tutte le vittime sul lavoro). Nel biennio successivo, la minore letalità del virus e le misure di contenimento adottate riducono l'incidenza sul totale dei decessi, che è pari a un caso ogni sei nel 2021 e pressoché nulla nel 2022, quando i decessi professionali si riducono a pochi casi.

Il significativo aumento degli infortuni sul lavoro nel 2022 rispetto all'anno precedente è dovuto, prevalentemente, alla componente in occasione di lavoro (+25,5%), mentre più modesta è la crescita dei casi i*n itinere* (+11,4%). Al netto dei contagi professionali da COVID-19, contratti nella quasi totalità dei casi in occasione di lavoro, la crescita annua delle denunce risulta più contenuta e pari a circa la metà.

L'incremento del numero di infortuni trova riscontro anche nella ripresa occupazionale: gli addetti-anno assicurati all'INAIL nel 2022 hanno superato i 18,2 milioni, aumentando quindi del 6,9% rispetto all'anno precedente e dell'8,3% rispetto al 2018.

Focalizzando l'attenzione sui tassi regionali relativi alle denunce di infortunio sul lavoro, notiamo che nel quinquennio mostrano un andamento altalenante: si osserva, infatti, una decrescita dal 2018 al 2019, per proseguire poi con una risalita nel 2020, una successiva contrazione nel 2021 e un nuovo aumento nel 2022. I tassi nell'ultimo anno aumentano in modo diffuso in tutti i territori, in particolare si registrano incrementi significativi dal 2021 per Liguria (42,2%), Campania (39,5%), Abruzzo (31,9%) e Lazio (31,3%), mentre i cali sono limitati solo alla PA di Trento e alla Basilicata (rispettivamente, -1,2% e -3,2%). Nella comparazione con il 2018, i tassi mostrano una riduzione sempre per PA di Trento e Basilicata a cui si aggiungono la PA di Bolzano, il Friuli Venezia Giulia, l'Emilia-Romagna e la Puglia.

Il Centro-Nord, in generale, presenta i tassi più elevati (Tabella 1): spiccano in particolare la Liguria (5.677,32 infortuni sul lavoro ogni 100.000 addetti nel 2022) e la PA di Bolzano (5.461,46 per 100.000, prima in termini di incidenza infortunistica per diversi anni); a seguire il Veneto (4.141,73 per 100.000) e l'Abruzzo (3.979,84 per 100.000). I livelli di rischiosità più bassi si osservano in Lazio (2.072,29 per 100.000, notoriamente la regione con i tassi più contenuti), Lombardia (2.544,13 per 100.000), Campania (2.605,47 per 100.000) e, più in generale, nelle regioni meridionali.

Anche i tassi per gli eventi mortali rivelano un andamento oscillante: valori più elevati si attestano nel 2020 per effetto dell'aumento significativo dei decessi a fronte di un'occupazione calante; nel 2021 i tassi, anche se inferiori all'anno prima, restano su livelli più elevati del periodo pre-pandemico, mentre nel 2022 raggiungono i livelli più bassi del quinquennio osservato, con un calo dovuto alla contrazione dei decessi controbilanciata da un numero di occupati in crescita (Tabella 2).

È sempre opportuno ricordare che i decessi in alcuni contesti territoriali risultano fortunatamente contenuti, per cui scostamenti di poche unità possono comportare variazioni anche significative dei tassi. A tal proposito, si osservino, per esempio, la Valle d'Aosta, il Molise e la Basilicata con tassi molto variabili nel tempo.

Le regioni meridionali risultano tra le più rischiose in termini di eventi mortali, contrariamente a quanto avviene per le denunce di infortunio in complesso, probabilmente per possibili situazioni di sotto denuncia dei casi di lieve entità.

Nel 2022, la Valle d'Aosta registra 16,43 decessi ogni 100.000 addetti, seguono poi la Calabria (9,81 per 100.000 addetti), l'Umbria (8,96 per 100.000 addetti), la Campania, la Basilicata e il Molise tutte con 8,9 decessi ogni 100.000 addetti. In generale, i tassi sui decessi nel 2022 variano in un range ampio compreso tra 3,37 e 16,43, con un dato medio nazionale di 5,87 ogni 100.000 lavoratori.

Infine, occorre osservare che alcuni territori presentano livelli di rischiosità molto diversi a seconda del tasso che si considera: per esempio, la Campania, la Basilicata e la Calabria con alti livelli di rischiosità riferiti ai decessi sono tra le regioni più virtuose per gli infortuni nel complesso. Situazione praticamente opposta, invece, si riscontra per la PA di Bolzano, che mostra livelli di rischiosità massimi (seconda in ordine di graduatoria) se si considerano le denunce di infortunio sul lavoro e minimi (tra le ultime) nel caso degli eventi mortali.

A incidere sugli andamenti regionali vari aspetti, non approfonditi in questo testo, come ad esempio, la struttura produttiva che localmente può essere caratterizzata da attività più o meno rischiose, la maggiore presenza di lavoratori nati all'estero, la geografia dei territori (condizioni climatiche, qualità delle strade che possono favorire il verificarsi degli eventi) e la propensione a denunciare gli incidenti sul lavoro.

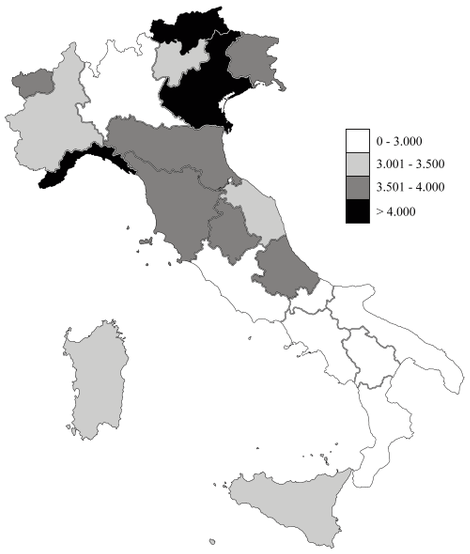
Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:45 Pagina 98

Tabella 1 - *Tasso (valori per 100.000) di infortuni sul lavoro per regione - Anni 2018-2022*

Regioni	2018	2019	2020	2021	2022
Piemonte	2.779,63	2.717,17	3.739,42	2.656,14	3.350,33
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	3.234,54	3.019,34	4.039,49	3.061,37	3.697,64
Lombardia	2.367,93	2.289,80	2.687,49	2.196,46	2.544,13
Bolzano-Bozen	*6.336,72*	*6.154,58*	*5.818,55*	*5.395,99*	*5.461,46*
Trento	*3.462,62*	*3.369,93*	*4.220,45*	*3.500,49*	*3.460,09*
Veneto	3.977,91	3.895,62	4.102,89	3.694,52	4.141,73
Friuli Venezia Giulia	3.842,50	3.672,82	4.002,47	3.666,79	3.689,66
Liguria	4.228,51	4.149,78	4.568,35	3.985,02	5.667,32
Emilia-Romagna	4.356,29	4.128,92	4.004,40	3.802,27	3.880,78
Toscana	3.618,82	3.522,63	3.555,81	3.301,18	3.703,77
Umbria	3.396,61	3.476,59	3.218,17	3.328,75	3.540,54
Marche	3.419,98	3.501,94	3.550,41	3.242,73	3.470,03
Lazio	1.761,99	1.699,34	1.715,93	1.578,86	2.072,29
Abruzzo	3.415,38	3.271,00	3.359,16	3.016,69	3.979,84
Molise	2.314,67	2.196,52	2.301,89	2.319,29	2.982,00
Campania	1.806,71	1.799,50	2.352,30	1.867,73	2.605,47
Puglia	3.210,29	3.162,03	3.249,50	2.811,68	2.923,29
Basilicata	2.702,78	2.820,36	2.984,30	2.726,66	2.639,83
Calabria	2.663,28	2.664,41	2.549,70	2.405,85	2.859,41
Sicilia	2.703,79	2.724,43	2.832,53	2.624,70	3.343,69
Sardegna	2.954,21	2.955,22	3.180,20	2.741,13	3.331,08
Italia	**2.985,64**	**2.908,33**	**3.166,18**	**2.764,03**	**3.187,36**

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati presenti in Banca Dati Statistica Inail (aggiornamento al 31 ottobre 2023). Anno 2023.

Tasso (valori per 100.000) di infortuni sul lavoro per regione. Anno 2022



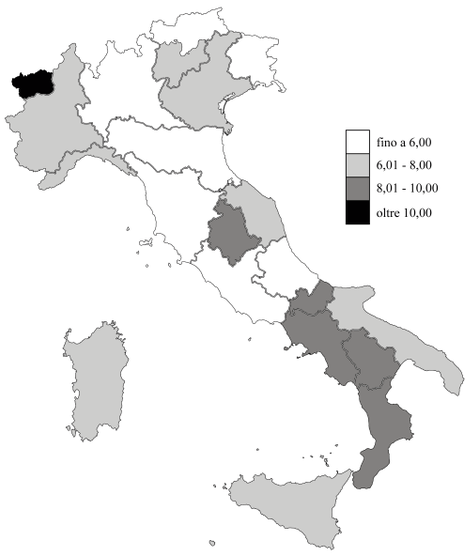
Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:45 Pagina 99

Tabella 2 - *Tasso (valori per 100.000) di mortalità per infortuni sul lavoro per regione - Anni 2018-2022*

Regioni	2018	2019	2020	2021	2022
Piemonte	7,56	6,51	9,76	7,87	6,73
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	2,35	2,27	5,08	9,85	16,43
Lombardia	4,51	4,25	8,31	4,34	4,20
Bolzano-Bozen	*4,10*	*6,11*	*3,81*	*5,27*	*5,42*
Trento	*2,20*	*5,39*	*5,19*	*5,65*	*7,33*
Veneto	7,04	6,05	6,84	6,48	6,50
Friuli Venezia Giulia	7,46	4,89	6,83	8,85	3,37
Liguria	10,33	5,99	14,66	9,03	6,12
Emilia-Romagna	6,49	5,77	8,49	6,63	5,03
Toscana	6,83	5,83	6,29	5,86	5,84
Umbria	9,11	5,88	5,98	10,57	8,96
Marche	4,95	7,05	12,65	7,30	7,85
Lazio	4,80	4,75	7,10	5,72	4,84
Abruzzo	7,76	10,20	14,83	12,16	5,87
Molise	16,77	16,98	31,71	22,43	8,86
Campania	11,27	9,37	19,65	14,54	8,89
Puglia	8,04	8,67	13,67	12,11	7,89
Basilicata	16,95	13,11	8,16	15,72	8,88
Calabria	15,78	8,85	18,13	8,88	9,81
Sicilia	8,38	9,77	12,85	9,36	6,72
Sardegna	6,65	5,57	9,08	8,79	7,97
Italia	**6,64**	**6,03**	**9,44**	**7,18**	**5,87**

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati presenti in Banca Dati Statistica Inail (aggiornamento al 31 ottobre 2023). Anno 2023.

Tasso (valori per 100.000) di mortalità per infortuni sul lavoro per regione. Anno 2022



Raccomandazioni di Osservasalute

Il quadro strategico in tema di salute e sicurezza sul lavoro 2021-2027 della CE definisce priorità e azioni per migliorare la salute e la sicurezza dei lavoratori. Di fondamentale importanza sono la prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali e la riduzione dei decessi sul lavoro ("Vision zero"). In un mondo che cambia velocemente, è importante anticipare i mutamenti in atto a livello demografico (si pensi all'invecchiamento della popolazione con conseguente aumento di lavoratori sempre più anziani), ambientale (con gli effetti dell'innalzamento delle temperature o dei livelli di inquinamento sulla salute della popolazione e dei lavoratori), lavorativo (nuove modalità di lavoro a distanza, utilizzo di apparecchiature frutto dei progressi tecnologici più avanzati, crescente digitalizzazione delle attività). In questo contesto, diventa fondamentale monitorare i nuovi rischi come, ad esempio, quelli legati agli effetti da esposizione dei lavoratori alle radiazioni ottiche e ai campi elettromagnetici (per analizzare la nocività degli apparecchi più potenti) o quelli legati al lavoro da remoto (posture incongrue e disturbi psichici).

Il monitoraggio dei rischi emergenti deve necessaria-

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:45 Pagina 100

mente essere supportato dalla produzione di statistiche sempre più puntuali, accurate e tempestive (in ottica *near real time*) che possano costituire un valido strumento al servizio del Paese per la prevenzione, la cura e la salute dei lavoratori.

Riferimenti bibliografici

(1) Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro - INAIL. Banca Dati Statistica. Disponibile sul sito: www.inail.it/cs/internet/attivita/dati-e-statistiche/banca--dati-statistica.html.
(2) Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro - INAIL. Report COVID-19 nazionali e regionali. Disponibile sul sito: www.inail.it/cs/internet/comunicazione/covid-19-prodotti-informativi/report-covid-19.html.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:45 Pagina 101

Incidenti domestici

Significato. Per incidenti domestici si intendono quegli eventi che si verificano in un'abitazione (all'interno o in locali adiacenti a essa), indipendentemente dal fatto che si tratti dell'abitazione propria o di altri (parenti, amici, vicini ect.), che determinano una compromissione temporanea o definitiva delle condizioni di salute a causa di ferite, fratture, contusioni, lussazioni, ustioni o altre lesioni del soggetto coinvolto e sono caratterizzati dall'accidentalità (indipendenza dalla volontà umana).
Gli incidenti domestici rappresentano un problema di Sanità Pubblica di grande rilevanza. Politiche di prevenzione e sicurezza, al fine di ridurre la portata di tale fenomeno, sono state avviate da alcuni anni in diversi Paesi europei ed extra-europei. In Italia, la Legge n. 493/1999 indica le funzioni del SSN in materia di sorveglianza e prevenzione degli incidenti domestici, dando particolare enfasi alle azioni di informazione e educazione sanitaria e alla realizzazione di un sistema informativo dedicato istituito presso l'ISS.

Tasso di persone coinvolte in incidenti domestici

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

Incidenti domestici per persona

Numeratore	Incidenti domestici
	———————————
Denominatore	Persone coinvolte in incidenti domestici

Validità e limiti. Le fonti attualmente disponibili non consentono di effettuare stime esaurienti sulla dimensione complessiva del fenomeno su scala nazionale in quanto l'Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana" fornisce stime sugli eventi non mortali, e i dati relativi alla mortalità, seppure in costante miglioramento qualitativo, sono sottostimati. Per i dati desumibili dalla SDO l'informazione sulla causa esterna del trauma è frequentemente omessa. Per gli accessi in PS non si dispone di rilevazioni routinarie esaustive a livello nazionale.
Un'altra fonte da indagine campionaria è il Sistema Informativo Nazionale sugli Infortuni negli Ambienti di Civile Abitazione (SINIACA) dell'ISS. Il SINIACA è stato recentemente integrato nel sistema europeo di sorveglianza ospedaliera degli incidenti denominato *European Injury Data Base* (EU-IDB) oltre che con i sistemi attivi a livello territoriale (Progetto multiregionale SINIACA-IDB) estendendo così la sua rete di sorveglianza, che attualmente copre 11 regioni (1).

Valore di riferimento/Benchmark. Sulla base dei dati dell'Istat da Indagine Multiscopo, si possono stimare circa 2 milioni 500 mila incidenti domestici non mortali per l'anno 2022, con 2 milioni 200 mila persone coinvolte (2).

Le stime del SINIACA-IDB possono essere utilizzate come proxy della gravità dell'incidente ovvero del numero di infortuni che determinano il ricorso alle strutture di PS e il ricovero. Secondo questa fonte, oltre 1 milione 800 mila persone sono giunte al PS a causa di un incidente domestico, mentre dai dati dei ricoveri ospedalieri risulta che circa 135 mila all'anno vengano eseguiti per questa causa[1].
Tale dato è in linea con quello rilevato nel 2014 dalla Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana", in occasione di un modulo di approfondimento al riguardo (in quel caso il 43% degli incidenti domestici risultava aver dato luogo al ricorso al PS).

Descrizione dei risultati

Nel 2022, gli incidenti in ambiente domestico hanno coinvolto, nei 3 mesi precedenti l'intervista, 549 mila persone, pari al 9,4 per 1.000 della popolazione (Tabella 1).
Su questa base si può stimare che, nell'arco di 12 mesi, il fenomeno abbia coinvolto 2 milioni 200 mila persone circa, cioè 38,0 individui ogni 1.000. Il numero complessivo di incidenti domestici rilevati nel trimestre è 612 mila (Tabella 2).
Il 65% circa di tutti gli incidenti accaduti riguarda le donne, con un quoziente di infortuni pari all'11,8 per

[1]Disponibile sul sito: www.iss.it/web/guest/siniaca-dati.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:45 Pagina 102

1.000, mentre tra gli uomini è del 6,9 per 1.000. Le casalinghe continuano a essere un gruppo di popolazione particolarmente esposto: oltre tre incidenti su dieci, occorsi alle donne di età >15 anni, le riguardano. A rischio, oltre alle donne, sono anche gli anziani: infatti, tra chi ha un'età >70 anni, oltre 13 persone ogni 1.000 hanno subito un incidente nei 3 mesi precedenti l'intervista.

Quanto alle differenze territoriali, nel 2022, nel Nord-Ovest sono state vittime di incidenti domestici 9,0 persone su 1.000, 10,8 nel Nord-Est, 11,6 nel Centro, 7,6 nel Sud e 7,2 nelle Isole.

Tabella 1 - *Persone (valori assoluti in migliaia) e tasso (valori per 1.000) di incidenti domestici nella popolazione che nei 3 mesi precedenti l'intervista hanno subito incidenti in ambiente domestico per regione - Anno 2022*

Regioni	N persone	Tassi
Piemonte	42	10,0
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	1	4,7
Lombardia	86	8,7
Bolzano-Bozen	*5*	*9,9*
Trento	*6*	*10,8*
Veneto	48	9,9
Friuli Venezia Giulia	14	12,0
Liguria	13	8,9
Emilia-Romagna	51	11,6
Toscana	44	12,0
Umbria	14	16,1
Marche	13	9,0
Lazio	65	11,3
Abruzzo	10	7,7
Molise	3	9,0
Campania	30	5,5
Puglia	43	11,0
Basilicata	5	8,5
Calabria	12	6,3
Sicilia	32	6,8
Sardegna	13	8,5
Italia	**549**	**9,4**

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2023.

Tabella 2 - *Incidenti (valori assoluti in migliaia e valori assoluti) in ambiente domestico nei 3 mesi precedenti l'intervista per regione - Anno 2022*

Regioni	Incidenti in ambiente domestico	Incidenti per persona coinvolta
Piemonte	46	1,1
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	1	1.0
Lombardia	98	1,1
Bolzano-Bozen	*5*	*1,0*
Trento	*7*	*1,2*
Veneto	50	1,0
Friuli Venezia Giulia	15	1,1
Liguria	16	1,2
Emilia-Romagna	57	1,1
Toscana	49	1,1
Umbria	15	1,1
Marche	13	1,0
Lazio	65	1,0
Abruzzo	14	1,4
Molise	3	1,0
Campania	32	1,1
Puglia	48	1,1
Basilicata	5	1,0
Calabria	12	1,0
Sicilia	42	1,3
Sardegna	18	1,2
Italia	**612**	**1,1**

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:45 Pagina 103

Raccomandazioni di Osservasalute

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

Gli approcci più produttivi, in termini di contenimento e riduzione del fenomeno, sono quelli di tipo integrato, comprendenti sia attività di informazione e educazione sanitaria, sia interventi su ambienti e strutture. Le azioni devono essere modulate sui singoli gruppi di popolazione (bambini, anziani, casalinghe etc.) in quanto i rischi sono differenziati, così come le modalità di accadimento degli eventi.

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

La Legge n. 145 del 30 dicembre 2018, "Bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021", ha esteso la tutela garantita dall'assicurazione contro gli infortuni in ambito domestico fino all'età di 67 anni e applica, inoltre, un abbassamento del grado di invalidità necessario per la costituzione della rendita.

Riferimenti bibliografici

(1) A. Pitidis, G. Fondi, M. Giustini, E. Longo, G. Balducci, e Gruppo di lavoro IDB. 2014. "Il Sistema SINIACA-IDB per la sorveglianza degli incidenti domestici. Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanita, Volume 27, N. 2.

(2) Istituto Nazionale di Statistica - Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2022.

(3) Infortuni nelle abitazioni. Manuale tecnico per gli operatori della prevenzione. Gruppo Sicurezza Abitazioni. Piano nazionale della prevenzione. Ministero della Salute, Centro Controllo Malattie, Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia - Dipartimento della Prevenzione. Autori vari (a cura di Patussi V. e Michelazzi R.). Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1484_allegato.pdf.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:45 Pagina 104

Infortuni sul lavoro degli occupati nati all'estero

Dott.ssa Adelina Brusco

Contesto

Nel 2022, gli infortuni sul lavoro occorsi agli occupati nati all'estero sono stati oltre 122 mila, il 17,5% delle oltre 703 mila denunce pervenute all'INAIL. Nello stesso anno gli eventi mortali degli occupati nati all'estero sono stati 243, il 19,5% dei 1.247 decessi sul lavoro.
Dal 2020, rientrano nella tutela assicurativa INAIL anche i contagi professionali da COVID-19, che hanno rappresentato una quota importante delle denunce in complesso nelle fasi più acute di diffusione del virus. Sul triennio cumulato 2020-2022 i contagi professionali degli stranieri hanno rappresentato circa l'11% di tutte le infezioni di origine lavorativa e il 9% dei decessi.

Metodi

La base dati di riferimento è rappresentata dalla Banca Dati Statistica dell'INAIL, con aggiornamento al 31 ottobre 2023, per eventi accaduti nel quinquennio 2018-2022. Le statistiche si riferiscono agli infortuni sul lavoro denunciati dagli occupati nati all'estero (di seguito per brevità stranieri) individuati tramite il codice fiscale (la Z alla dodicesima posizione e le tre cifre a seguire indicano il Paese estero di nascita), ritenuto più affidabile rispetto all'indicazione della cittadinanza poiché sottoposto a un controllo di validità accurato, soprattutto nel caso in cui all'infortunato venga riconosciuto un esborso monetario (ad esempio, per erogazione di una rendita diretta).
Per denunce di infortunio si intendono gli eventi avvenuti in occasione di lavoro, per causa violenta ed esterna, che hanno determinato un'inabilità temporanea di durata >3 giorni o un'inabilità permanente (assoluta o parziale) al lavoro o la morte. Dal 12 ottobre del 2017 rientrano anche le comunicazioni di infortunio di almeno 1 giorno raccolte ai soli fini statistici e informativi (tuttavia, senza valenza assicurativa). Sono compresi anche i casi avvenuti in itinere, ossia nel tragitto casa-lavoro-casa o nel raggiungimento di un'altra sede di lavoro o luogo di ristoro. Dal 2020 sono inclusi anche i contagi di origine professionale da COVID-19 (malattie-infortunio per le quali la causa virulenta è equiparata alla causa violenta). Per infortuni mortali si intendono tutte le denunce per le quali il decesso avviene in conseguenza dell'evento infortunistico, anche se in data successiva.

Risultati e discussione

Nel 2022, le denunce di infortunio a carico di lavoratori stranieri sono state 122.774, mentre quelle mortali 243; entrambe in aumento dal 2021 del 19,6% e del 10,0%.
Nel quinquennio 2018-2022 i dati statistici mostrano un andamento altalenante con una fase di crescita tra il 2018 e il 2019, seguita da una contrazione nel 2020 per via della diffusione dell'infezione da COVID-19 e da una risalita che nel 2021 resta sotto i livelli pre-pandemia, ma che li supera nel 2022, anno in cui si registrano i numeri più alti di tutto il periodo. Le denunce da COVID-19 hanno pesato sugli eventi degli stranieri, soprattutto nel primo anno con un caso ogni cinque infortuni per poi passare al 5% e al 9%, rispettivamente, per i due anni successivi.
Parallelamente le vittime sul lavoro crescono fino al 2020, anno di picco anche per gli stranieri, per poi diminuire nel 2021 e risalire nuovamente nel 2022. Occorre precisare che le morti da COVID-19 sono rilevanti nel primo anno della pandemia (un caso su quattro è dovuto al virus); tuttavia, già nel secondo anno pesano in maniera meno importante (9% circa) fino ad azzerarsi nel 2022.
Gli infortuni *in itinere* rappresentano il 14,8% delle denunce degli stranieri nel 2022. L'incidenza negli anni è abbastanza costante, fa eccezione il 2020 in cui la percentuale si riduce all'11,9% per una serie di fattori che hanno contribuito alla contrazione degli eventi (lavoro agile e limitazioni alla circolazione hanno ridotto di molto l'esposizione al rischio). Mediamente, nel quinquennio la quota di infortuni *in itinere* degli stranieri è in linea con quella osservata su tutte le denunce (il 14,4% *vs* 14,5% del complesso degli infortuni, ma lievemente più elevata se si considera il triennio 2020-2022). I decessi *in itinere*, invece, sono il 26,7% nel 2022, in aumento dopo la contrazione del 2020 (17,0%) e al di sotto dei valori pre-pandemia, quando un decesso lavorativo ogni tre avveniva nel tragitto casa-lavoro e viceversa. In generale, la percentuale per i lavoratori nati all'estero è più elevata di quella osservata sul complesso delle denunce mortali del quinquennio (26,7% *vs* 23,1%).
Gran parte degli infortuni degli stranieri avviene nelle attività della gestione assicurativa dell'Industria e Servizi (92,2% superiore all'82,8% registrato per il complesso delle denunce del 2022 prescindendo dalla nazionalità), il 4,2% in Agricoltura e il 3,5% nella gestione per conto dello Stato (per quest'ultima si osserva un'incidenza molto più elevata pari al 13,4% se il riferimento è a tutti gli infortuni) (Tabella 1).

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:45 Pagina 105

Anche gli eventi con esito mortale si verificano in buona parte nell'Industria e Servizi (85,2%), il 14,0% in Agricoltura, lo 0,8% nella gestione per conto dello Stato (per il complesso delle denunce, rispettivamente, 86,0%, 11,0% e 3,0%).
I settori di attività economica dell'Industria e Servizi che raccolgono il maggior numero di denunce, al netto dei casi ancora non determinati, sono il manifatturiero (26,6% dei casi nel 2022), la sanità e assistenza sociale (17,8%), il trasporto e magazzinaggio (13,4%), le costruzioni (13,1%), tutti contraddistinti da una presenza di lavoratori stranieri significativa. Le vittime si concentrano nelle costruzioni (29,9%), nel trasporto e magazzinaggio (21,6%) e nel manifatturiero (17,4%). Gli stessi settori produttivi contano un numero elevato di decessi sul lavoro anche quando si considerano tutte le denunce mortali; tuttavia, le incidenze sono tendenzialmente inferiori.
Tra gli infortunati prevalgono gli uomini: il 70% nel caso delle denunce dei lavoratori nati all'estero e oltre il 90% delle vittime (la quota relativa a tutti i lavoratori è del 62% per le denunce e del 90% circa per i casi mortali).
Gli stranieri che si infortunano sono generalmente più giovani: solo uno su quattro ha un'età >50 anni (il rapporto è di uno su tre per tutte le denunce del quinquennio); l'analisi dei singoli anni evidenzia un graduale aumento del numero di infortunati che passano dal 21% del 2018 al 27% del 2022, a rilevare il progressivo invecchiamento anche per questi lavoratori.
Le nazionalità più rappresentate sono nell'ordine: Romania (13,1%), Marocco (11,3%), Albania (10,1%), Perù (3,7%), Moldavia (3,6%), Pakistan (3,3%) e Senegal (3,2%). Per i casi mortali si confermano, pure se in ordine differente, almeno per le prime posizioni gli stessi Paesi delle denunce: Romania (17,3%), Albania (12,8%), Marocco (9,5%), a seguire Nigeria (4,9%), Egitto (4,5%) e India (3,7%).
Le regioni in cui si contano più infortunati stranieri sono in valore assoluto: Lombardia (23,8%), Emilia-Romagna (17,6%), Veneto (15,5%), Toscana (8,0%) e Piemonte (7,9%), territori a elevata vocazione industriale e con maggiore presenza di lavoratori stranieri. Le stesse regioni sono prime anche con riferimento agli eventi mortali, nell'ordine, sempre in valore assoluto: Lombardia (24,3%), Emilia-Romagna (13,6%), Veneto (12,3%) e Piemonte (11,5%).
L'incidenza delle denunce degli stranieri sul totale dei casi per regione (Cartogramma) mostra, per l'anno 2022, una maggiore presenza di infortuni di nati all'estero in Emilia-Romagna con oltre un caso ogni quattro (26,4%), PA di Trento (24,1%), Friuli-Venezia Giulia (23,9%) e Veneto (22,5%). In generale, valori percentuali superiori alla media nazionale (17,5%) si riscontrano in quasi tutte le regioni del Nord e in molte del Centro, mentre quelle del Meridione si collocano in fondo alla graduatoria con un minimo per Sardegna (3,9%), Campania (4,0%) e Sicilia (4,6%). Per gli infortuni mortali si osservano incidenze più elevate in Emilia-Romagna, dove un deceduto su tre è straniero (32,0%), Lombardia (29,6%), Piemonte (28,3%) e Abruzzo (24,0%).

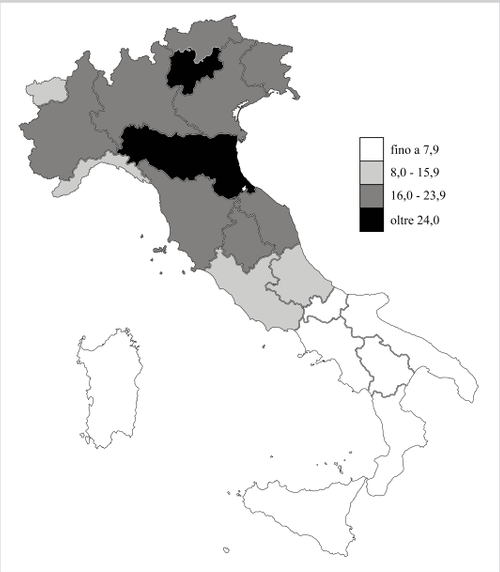
Tabella 1 - *Infortuni e casi mortali (valori assoluti) sul lavoro denunciati occorsi a nati all'estero per gestione assicurativa (Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro) - Anni 2018-2022*

Gestione assicurativa	2018	2019	2020	2021	2022
Industria e Servizi	94.250	97.751	92.810	94.451	113.245
Agricoltura	5.608	5.704	4.765	5.177	5.215
Per conto dello Stato	5.192	5.163	1.994	3.064	4.314
Totale	**105.050**	**108.618**	**99.569**	**102.692**	**122.774**
di cui casi mortali	*219*	*231*	*247*	*221*	*243*

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati presenti in Banca Dati Statistica Inail (aggiornamento al 31 ottobre 2023). Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:45 Pagina 106

Incidenza (valori per 100) di infortuni sul lavoro di nati all'estero sul complesso delle denunce per regione - Anno 2022



Riferimenti bibliografici

(1) Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro - INAIL. Banca Dati Statistica Inail. Disponibile sul sito: www.inail.it/cs/internet/attivita/dati-e-statistiche/banca--dati-statistica.html.
(2) Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro - INAIL. Report COVID-19 nazionali e regionali. Disponibile sul sito: www.inail.it/cs/internet/comunicazione/covid-19-prodotti-informativi/report-covid-19.html.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:45 Pagina 107

Ambiente

Tra i numerosi fattori che influenzano la salute umana, un ruolo di primo piano è sicuramente rivestito dall'ambiente. In questo Capitolo vengono descritti alcuni temi prioritari per la caratterizzazione del rapporto ambiente-salute (quali i rifiuti solidi urbani), attraverso l'impiego di indicatori, alcuni dei quali già adottati nelle precedenti Edizioni del Rapporto Osservasalute e di cui si riporta un aggiornamento.

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

La produzione di rifiuti solidi urbani, nel 2022, si attesta a poco più di 29 milioni di tonnellate, registrando una riduzione rispetto al 2021 di circa mezzo milione di tonnellate. Tale diminuzione si rileva in tutte e tre le macroaree geografiche. Anche la produzione pro capite nel 2022 (493,6 kg/ab) ha presentato una riduzione rispetto all'anno precedente (501,8 kg/ab); le macroaree del Centro e del Nord fanno rilevare i maggiori quantitativi prodotti rispetto a valori più bassi riscontrati al Sud e nelle Isole. Le punte più elevate si raggiungono in Emilia-Romagna per il Nord e in Toscana per il Centro, mentre nel Meridione, Basilicata e Molise registrano i valori più bassi. Come rilevato nei precedenti anni, è da rimarcare che la Lombardia ed il Lazio insieme generano un quarto della produzione totale nazionale di rifiuti.

Relativamente alle principali modalità di gestione, l'analisi dei dati mostra che i rifiuti solidi urbani smaltiti in discarica, nel 2022, ammontano a 5,2 milioni di tonnellate, facendo registrare una riduzione di circa il 7,9% rispetto all'anno precedente; mentre il numero delle discariche passa da 126 nel 2021 a 117 nel 2022. Peraltro, nel periodo 2017-2022, si nota come, nonostante la consistente diminuzione dei rifiuti trattati in discarica, tale forma di smaltimento si confermi ancora una forma di gestione molto diffusa, soprattutto nelle regioni del Meridione, che vi conferiscono maggiori quantitativi di rifiuti sia rispetto al Centro che al Nord.

Per quanto riguarda la termodistruzione, la capacità media nazionale di incenerimento ha raggiunto, nel 2022, il 18,3% del totale dei rifiuti solidi urbani, ancora al di sotto della media dei Paesi europei (27,0%), e ha superato i 5,3 milioni di tonnellate di rifiuto trattato. Il numero degli impianti, rispetto all'anno precedente, si riduce a 36 e si notano, peraltro, ampie differenze tra le regioni del Nord, che evidenziano elevati tassi di incenerimento in Lombardia (40,5%), PA di Bolzano (39,6%) ed Emilia-Romagna (32,3%), rispetto al Centro e al Meridione dove l'incenerimento è poco utilizzato.

La raccolta differenziata ha raggiunto, nel 2022, a livello nazionale, il 65,2% della produzione totale dei rifiuti solidi urbani con un incremento di 1,2 p.p. rispetto al 2021. Nelle regioni settentrionali, dove il sistema di raccolta è già particolarmente sviluppato da anni, si rileva il primato di più elevata percentuale di raccolta differenziata sui rifiuti prodotti e lo si migliora ulteriormente (+0,8 p.p.); anche le regioni centrali e meridionali fanno registrare un incremento (+1,1 e +1,7 p.p., rispettivamente).

Nell'ambito delle singole regioni, le maggiori percentuali di raccolta differenziata si rilevano in alcune regioni quali Veneto, PA di Trento, Sardegna ed Emilia-Romagna che, insieme alla Lombardia e alle Marche, raggiungono pienamente e superano l'obiettivo del 65% di raccolta differenziata fissato dalla normativa per il 2035.

A. AZARA, U. MOSCATO

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:45 Pagina 108

Rifiuti solidi urbani (produzione)

Significato. La produzione di rifiuti solidi urbani ha assunto, negli ultimi decenni, proporzioni sempre maggiori in relazione al miglioramento delle condizioni economiche, all'aumento dei consumi, al veloce progredire dello sviluppo industriale e all'incremento della popolazione e delle aree urbane.
Per contrastare questa tendenza (che a partire dal biennio 2011-2012 ha evidenziato una riduzione concomitante con la contrazione dei valori del PIL e dei consumi delle famiglie) sia in ambito europeo che nazionale, la legislazione prevede che le Autorità competenti adottino iniziative dirette a favorire, in via prioritaria, la prevenzione e la riduzione della produzione e della pericolosità dei rifiuti solidi urbani sui comparti ambientali potenzialmente più coinvolti (suolo, acqua e aria) nonché sulla salute (1).
L'indicatore qui proposto misura la quantità totale di rifiuti solidi urbani prodotti in Italia nel 2022 e, per favorire un confronto tra realtà regionali diverse, anche la produzione pro capite.

Produzione totale di rifiuti solidi urbani

Produzione pro capite di rifiuti solidi urbani

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Rifiuti solidi urbani prodotti}}{\text{Popolazione media residente}} \quad \text{Denominatore}$$

Percentuale di rifiuti solidi urbani prodotti sul totale nazionale

Validità e limiti. I dati riportati derivano dalle informazioni trasmesse all' Istituto Superiore per la Protezione e Ricerca Ambientale (ISPRA) da parte di soggetti pubblici e privati che, a vario titolo, raccolgono informazioni in materia di gestione dei rifiuti (2). A partire dai dati 2016, l'ISPRA effettua le proprie elaborazioni applicando la metodologia prevista dal Decreto del Ministero dell'Ambiente e della Tutela del Territorio e del Mare del 26 maggio 2016 (3).
Essendo i valori assoluti di produzione di rifiuti solidi urbani fortemente influenzati dalle differenti dimensioni territoriali e di popolazione di riferimento, al fine di valutare la produzione di rifiuti svincolandola dal livello di popolazione residente, si è fatto ricorso anche ad una analisi dei dati pro capite. Peraltro, tale modalità di analisi presenta il limite di non tener conto della cosiddetta popolazione fluttuante (legata, ad esempio, a flussi turistici) che può, invece, incidere anche in maniera sostanziale sul dato di produzione assoluta dei rifiuti solidi urbani e far, pertanto, lievitare il valore di produzione pro capite.
Il valore di produzione pro capite sensibilmente più elevato, registrato da alcune regioni, potrebbe dipendere dalle maggiori tipologie di rifiuti speciali che vengono, in tali regioni, assimilate agli urbani e che contribuiscono al dato di produzione degli stessi. Ogni Comune ha, infatti, facoltà di scegliere, nei limiti dei criteri qualitativi e quantitativi determinati dallo Stato, quali rifiuti speciali assimilare ai rifiuti urbani (4).

Valore di riferimento/Benchmark. I Paesi dell'UE riferita a 27 Stati membri (UE-27), nel 2021, hanno fatto registrare una produzione annua media pro capite dei rifiuti solidi urbani di 527 kg/ab; l'Italia, nello stesso anno, presenta una produzione di 494 kg/ab, inferiore del 6,3% rispetto alla media europea (2).

Descrizione dei risultati

La produzione di rifiuti solidi urbani, nel 2022, si attesta a circa 29,1 milioni di tonnellate (Tabella 1), registrando una riduzione rispetto al 2021 di circa 544.208 tonnellate (-1,8%). Prendendo in considerazione un arco temporale più lungo, si può osservare come tra il 2006 e il 2010 la produzione si sia mantenuta costantemente al di sopra dei 32 milioni di tonnellate mentre, dopo il brusco calo nel biennio 2011-2012, si è attestata su quantitativi inferiori a 30 milioni di tonnellate fino al 2015. In seguito, ad esclusione dell'anno 2017, i valori della produzione si sono mantenuti intorno ai 30,1 milioni di tonnellate, per poi iniziare a diminuire, in modo contenuto, nel 2019 e in modo più significativo, per effetto della pandemia, nel 2020 (Grafico 1).
Nel 2022, la diminuzione della produzione nazionale dei rifiuti urbani rispetto al 2021 si può osservare in tutte e tre le macroaree geografiche. Infatti, rispetto al 2021, si rileva una diminuzione di 315 mila tonnellate nel Nord (-2,2%), di 94.000 tonnellate al Centro (-1,5%) e di 136 mila tonnellate nel Meridione (-1,5%). In valori assoluti pro capite, i quantitativi maggiori di produzione, nel 2022, in analogia alle precedenti rilevazioni annuali, si riscontrano al Centro, con 532,0 kg/ab per anno, e al Nord, con 506,1 kg/ab per anno, mentre valori più bassi al Sud e nelle Isole con 453,8 kg/ab per anno. In valore assoluto, il quantitativo di rifiuti urbani prodotti nel 2022 è

A. AZARA, U. MOSCATO, G. DEIANA, A. PISCHEDDA, S. CARTA, C. MELIS

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:45 Pagina 109

pari a 13,8 milioni di tonnellate al Nord, 6,2 milioni di tonnellate al Centro e quasi 9,0 milioni di tonnellate nel Meridione (dati non presenti in tabella).
I dati relativi alla produzione pro capite (la cui analisi è utile per svincolare il dato dall'entità della popolazione residente) evidenziano, nell'ultimo anno di rilevazione (2022), una produzione di 493,6 kg/ab per anno, con una riduzione percentuale dell'1,6% rispetto al 2021 (501,8 kg/ab/anno). Retrospettivamente, a partire dal 2006, si rileva un aumento tra il 2020-2021 (+13,4 kg/ab per anno), una diminuzione tra il 2019-2020 (-15,0 kg/ab per anno) e tra il 2018-2019 (-0,8 kg/ab per anno), un aumento tra il 2017-2018 (+15,3 kg/ab per anno), una diminuzione tra il 2016-2017 (-8,0 kg/ab per anno), un aumento tra il 2015-2016 (+10,0 kg/ab per anno), una sostanziale fase di stasi tra il 2014-2015 (-1,0 kg/ab per anno) e tra il 2013-2014 (+1,0 kg/ab per anno) e una diminuzione tra il 2012-2013 (-18,0 kg/ab per anno), 2011-2012 (-23,0 kg/ab per anno), 2010-2011 (-8,0 kg/ab per anno), 2009-2010 (-4,0 kg/ab per anno), 2008-2009 (-9,0 kg/ab per anno), 2007-2008 (-5,0 kg/ab per anno) e tra il 2006-2007 (-4,0 kg/ab per anno).
Per quanto riguarda le singole regioni, è da rimarcare che la Lombardia (15,9%) e il Lazio (9,8%), insieme, generano più di un quarto della produzione totale nazionale di rifiuti solidi urbani (Tabella 1). Tra le regioni del Nord si registrano valori di 633,4 kg/ab in Emilia-Romagna e di 616,0 kg/ab in Valle d'Aosta, all'opposto, valori molto bassi come quelli della Lombardia (464,1 kg/ab) e del Veneto (477,4 kg/ab). Più uniforme, invece, la produzione rilevata nell'Italia centrale, che presenta valori pro capite compresi tra i 589,7 kg/ab della Toscana e i 501,4 kg/ab del Lazio. Nel Meridione, infine, Puglia e Campania presentano i valori maggiori di produzione pro capite, rispettivamente, di 469,0 kg/ab e 467,4 kg/ab, mentre gli indici più bassi si registrano in Basilicata (357,4 kg/ab) e in Molise (374,6 kg/ab).

Tabella 1 - *Produzione (valori assoluti in tonnellate, valori pro capite in kg/ab e valori per 100) di rifiuti solidi urbani per regione - Anno 2022*

Regioni	Produzione totale	Produzione pro capite	% produzione totale
Piemonte	2.107.724	497,0	7,3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	75.746	616,0	0,3
Lombardia	4.617.814	464,1	15,9
Bolzano-Bozen	*256.401*	*480,8*	*0,9*
Trento	*266.579*	*491,8*	*0,9*
Veneto	2.309.796	477,4	8,0
Friuli Venezia Giulia	589.473	494,4	2,0
Liguria	813.782	541,6	2,8
Emilia-Romagna	2.803.812	633,4	9,7
Toscana	2.153.005	589,7	7,4
Umbria	442.039	517,5	1,5
Marche	764.224	516,1	2,6
Lazio	2.861.424	501,4	9,8
Abruzzo	577.428	454,7	2,0
Molise	108.581	374,6	0,4
Campania	2.613.566	467,4	9,0
Puglia	1.829.588	469,0	6,3
Basilicata	191.815	357,4	0,7
Calabria	739.278	401,5	2,5
Sicilia	2.200.814	458,3	7,6
Sardegna	728.425	462,5	2,5
Italia	**29.051.314**	**493,6**	**100,0**

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati ISPRA. Rapporto Rifiuti Urbani. Edizione 2023. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:45 Pagina 110

Produzione (valori in kg/ab) pro capite di rifiuti solidi urbani per regione. Anno 2022

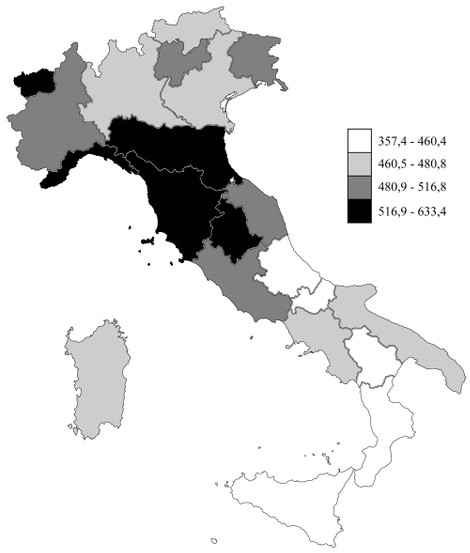
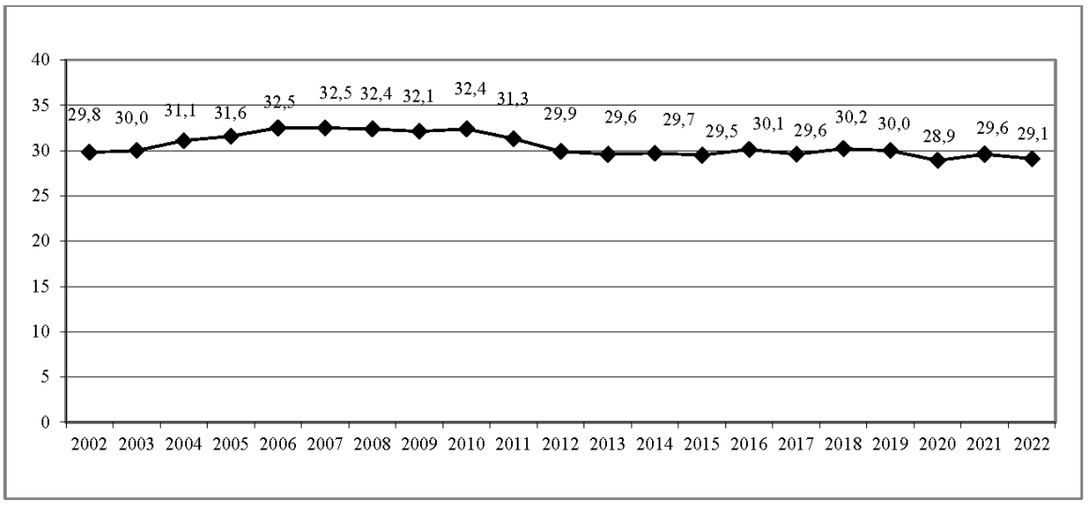


Grafico 1 - *Produzione (valori assoluti in milioni di tonnellate) di rifiuti solidi urbani - Anni 2002-2022*



Fonte dei dati: Elaborazione su dati ISPRA. Rapporto Rifiuti Urbani. Edizione 2023. Anno 2023.

Confronto internazionale

Nel 2021, la produzione di rifiuti solidi urbani nell'UE-27 ammonta a 235,4 milioni di tonnellate, con un aumento di circa l'1% rispetto all'anno precedente (pari a circa 233,2 milioni di tonnellate), che conferma la tendenza rilevata tra il 2020 e il 2019 (+4,5%), 2019 e 2018 (+1,3%), 2018 e 2017 (+0,4%), 2017 e 2016 (+0,2%), 2016 e 2015 (+0,7%), 2015 e 2014 (+0,8%) e tra il 2014 e il 2013 (+0,4%), ma in controtendenza alla riduzione registratasi tra il 2013 e il 2012 (-1,5%), 2012 e 2011 (-1,9%), 2011 e 2010 (-0,9%) e tra il 2010 e il 2009 (-0,2%) (2). Una possibile ipotesi interpretativa di tale tendenza è che le misure di prevenzione e minimizzazione della produzione di rifiuti solidi urbani, anche se ormai numerose e in via di diffusione in varie realtà territoriali, non abbiano ancora sortito gli effetti desiderati.

In particolare, l'analisi dei dati della produzione pro capite di rifiuti solidi urbani nei Paesi dell'UE, nel 2021 (2), evidenzia una marcata eterogeneità: l'Austria, con 835 kg/ab, si colloca ai vertici della classifica europea seguita da Lussemburgo (793 kg/ab), Danimarca (769 kg/ab) e Belgio (755 kg/ab), mentre i valori più bassi si registrano in Romania (302 kg/ab), Polonia (362 kg/ab) e Estonia (395 kg/ab). L'Italia con 494 kg/ab, è in linea con la media dell'UE (Tabella 2). In un più vasto arco temporale, la variazione percentuale verificatasi tra il 2007 e il 2021 evidenzia un calo medio dell'1,0%; infatti, se da un lato si osserva un rilevante incremento per Repubblica Ceca (+93,9%) e

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:45 Pagina 111

Slovacchia (+60,8%), alcuni Paesi mostrano una marcata riduzione percentuale della produzione di rifiuti solidi urbani (Estonia -26,3%; Romania -20,3%; Spagna -19,7%; Svezia -19,3% e Paesi Bassi -18,3%;). L'Italia, nello stesso periodo, diminuisce la produzione del 9,5% (Tabella 2) (2, 5).

Tabella 2 - *Produzione (valori pro capite in kg/ab) di rifiuti solidi urbani e variazione (valori per 100) per Paese dell'Unione Europea-27 - Anni 2007-2021*

Paesi	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Δ % (2021-2007)
Austria	597	601	591	591	552	552	578	565	560	564	570	579	588	834	835	39,9
Belgio	492	493	491	466	465	456	439	426	412	420	411	411	416	729	755	53,5
Bulgaria	468	467	468	410	375	460	432	442	419	404	435	407	442	408	445	-4,9
Cipro	754	770	778	760	658	663	624	614	638	640	637	n.d.	642	609	633	-16,0
Croazia	387	403	393	379	384	391	404	387	393	403	416	432	445	418	447	15,5
Danimarca	801	802	833	673	718	668	747	789	789	777	820	814	844	813	769	-4,0
Estonia	536	515	346	311	298	279	293	357	359	376	390	405	369	383	395	-26,3
Finlandia	507	522	481	470	505	506	493	482	500	504	510	551	566	609	630	24,3
Francia	541	543	536	532	526	534	530	519	517	511	526	527	546	538	565	4,4
Germania	564	581	587	583	597	611	617	631	632	627	627	615	609	641	620	9,9
Grecia	448	453	478	457	496	503	510	488	488	498	504	n.d.	524	n.d.	n.d.	n.a.
Irlanda	786	733	742	636	623	570	586	562	573	581	576	n.d.	n.d.	644	n.d.	n.a.
Italia	**546**	**541**	**532**	**531**	**535**	**505**	**488**	**488**	**486**	**497**	**488**	**499**	**503**	**487**	**494**	**-9,5**
Lettonia	377	331	333	304	350	301	312	364	404	410	411	407	439	478	461	22,3
Lituania	400	407	360	381	442	469	433	433	448	444	455	464	472	483	480	20,0
Lussemburgo	694	701	707	678	687	662	653	626	607	614	615	610	791	790	793	14,3
Malta	652	696	647	591	584	589	570	591	606	621	631	640	694	643	611	-6,3
Paesi Bassi	630	622	616	595	596	551	526	527	523	520	513	511	508	533	515	-18,3
Polonia	322	320	316	315	315	314	297	272	286	307	315	329	336	346	362	12,4
Portogallo	472	477	488	514	487	453	440	453	460	474	487	508	513	513	513	8,7
Repubblica Ceca	294	306	316	317	320	308	307	310	316	339	344	351	500	543	570	93,9
Romania	379	382	396	365	365	389	272	249	247	261	272	272	280	290	302	-20,3
Slovacchia	309	328	339	333	327	324	304	320	329	348	378	414	421	478	497	60,8
Slovenia	441	459	449	422	411	362	414	432	449	466	471	486	504	487	511	15,9
Spagna	588	575	547	535	531	464	449	448	456	443	473	475	476	464	472	-19,7
Svezia	518	515	485	465	460	462	453	438	447	443	452	434	449	431	418	-19,3
Ungheria	456	453	430	413	382	402	378	385	377	379	385	381	387	403	416	-8,8
EU-27	**522**	**524**	**513**	**502**	**503**	**489**	**481**	**478**	**481**	**483**	**488**	**489**	**504**	**521**	**527**	**1,0**

n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati: Elaborazione su dati Eurostat. Waste. Elaborazioni su dati ISPRA. Rapporto Rifiuti Urbani. Edizione 2023. Anno 2023.

Raccomandazioni di Osservasalute

La sostanziale stabilità della produzione dei rifiuti solidi urbani osservata in Italia negli ultimi anni può essere attribuita a diversi fattori. Infatti, se da un lato è indubbio che, in vari contesti territoriali, siano state attivate specifiche misure di prevenzione, quali l'adozione di strumenti finalizzati a minimizzare i flussi avviati ai sistemi di raccolta attraverso la riduzione dell'immesso al consumo, la maggiore diffusione del compostaggio domestico ed il diffondersi di strumenti di tariffazione puntuale dei servizi di raccolta, che incidono direttamente sui prezzi, è innegabile che vi sia una correlazione non solo con le crescenti limitazioni alla possibilità di assimilazione dei rifiuti speciali ai rifiuti solidi urbani, ma anche con il trend degli indicatori socio-economici (spese delle famiglie residenti e PIL).

Nel 2022, infatti, a fronte degli incrementi rilevati in relazione ai già citati indicatori socio-economici, rispettivamente 3,7% e 6,1% per PIL e spesa delle famiglie, si registra un disallineamento con i dati relativi alla produzione di rifiuti urbani, che si riduce dell'1,8% rispetto al 2021.

Una analisi più particolareggiata evidenzia, per tutti e tre gli indicatori, una crescita tra il 2002 e il 2006 con un aumento progressivo dei valori di produzione dei rifiuti solidi urbani per unità di PIL e per unità di spese delle famiglie, a indicare una crescita più sostenuta del dato dei rifiuti urbani rispetto a quelli degli indicatori socio-economici. Nel 2007, l'incremento prosegue, ma in maniera meno sostenuta per i rifiuti solidi urbani. Nel biennio 2008-2009 si assiste a un calo dei tre indicatori con una decrescita più contenuta della produzione dei rifiuti rispetto all'andamento del PIL e dei consumi delle famiglie (aumento del rapporto). Tra il 2009 e il 2012 si rileva una diminuzione della produzione dei rifiuti per unità di PIL e di spese delle famiglie (diminuzione del rapporto) e tra il 2012 e il 2013 un calo meno sostenuto dei tre indicatori (aumento del rapporto). Tra il 2013 e il 2014, i tre indicatori hanno un analogo andamento (rapporto costante), mentre tra il 2014 e il 2015 un trend discor-

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:45 Pagina 112

dante (riduzione della produzione e aumento dei consumi). Nel 2016 e nel 2018 tutti gli indicatori sono in crescita, con un aumento superiore per la produzione di rifiuti urbani, mentre nel 2017, nel 2019 e nel 2020 si registra il già citato andamento opposto dei tre indicatori. Nel 2021 la produzione registra un leggero incremento dello 0,1%, riportandosi ai livelli del 2013; contestualmente, si osserva un aumento del PIL del 3,8%, ma emerge una diminuzione dei consumi delle famiglie dello 0,4%.

È auspicabile, pertanto, in ambito nazionale, implementare le note strategie virtuose attraverso:

- riduzione della produzione dei rifiuti solidi urbani alla fonte, tramite specifiche misure di prevenzione messe in atto a livello regionale o sub-regionale;
- riduzione della quota relativa ai rifiuti solidi urbani assimilati, a seguito di gestione diretta da parte dei privati, soprattutto nel caso di tipologie economicamente remunerative;
- implementazione della diffusione di sistemi di raccolta domiciliare e/o di tariffazione puntuale, che possono concorrere ad una riduzione di conferimenti impropri.

In ambito Comunitario, invece, è auspicabile dare concreta attuazione alle indicazioni contenute nel VIII Programma d'Azione per l'Ambiente stilato dalla Commissione Europea (1). In tale ottica, nel rispetto della scadenza comunitaria prevista dalla Direttiva europea 2008/98/CE per dicembre 2013 (6), il Programma Nazionale di Prevenzione dei Rifiuti, emanato dal Ministero dell'Ambiente e della Tutela del Territorio e del Mare con Decreto Direttoriale del 7 ottobre 2013 (7), individua la produzione dei rifiuti urbani per unità di PIL come uno dei parametri oggetto di monitoraggio per la valutazione dell'efficacia delle misure intraprese. Per tale parametro è stato fissato un obiettivo di riduzione del 5%, misurato in relazione ai valori del 2010, da conseguire entro il 2020; il Programma prevede, inoltre, che nell'ambito del monitoraggio sia considerato anche l'andamento della produzione dei rifiuti urbani in rapporto ai consumi delle famiglie. Effettuando il calcolo per il periodo 2010-2022 si ottiene una variazione percentuale negativa per il rapporto rifiuti urbani/PIL (-13,2%) e positiva per la produzione dei rifiuti urbani per unità di spese delle famiglie (+0,5%). In qualunque caso, il dato rilevato per il 2022, non può essere ritenuto rappresentativo di una situazione ordinaria.

Peraltro, la disponibilità di dati relativi a un arco temporale più lungo potrà, sicuramente, fornire maggiori indicazioni nella non semplice interpretazione dell'indicatore sopracitato (2). Sarà, quindi, opportuno continuare a porre maggiore enfasi sulla prevenzione della generazione di rifiuti solidi urbani e sul riciclaggio, nel quadro di una politica integrata dei prodotti.

Riferimenti bibliografici

(1) The Eighth Environment Action Programme of the European Community to 2030. Disponibile sul sito: https://environment.ec.europa.eu/strategy/environment-action-programme-2030_en.
(2) Istituto Superiore per la Protezione e la Ricerca Ambientale. Rapporto Rifiuti Urbani. Edizione 2023. Rapporti 393/2023. Roma, Dicembre 2023.
(3) Decreto 26 maggio 2016. Linee guida per il calcolo della percentuale di raccolta differenziata dei rifiuti urbani. G.U. n. 146 del 24 giugno 2016.
(4) Decreto Legislativo 3 aprile 2006, n. 152. Norme in materia ambientale. G.U. n. 88 del 14 aprile 2006.
(5) Eurostat. Waste. Disponibile sul sito: https://ec.europa.eu/eurostat/web/waste.
(6) Direttiva 2008/98/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 19 novembre 2008 relativa ai rifiuti e che abroga alcune direttive. G.U. UE L312/3 del 22 novembre 2008.
(7) Decreto Direttoriale 7 ottobre 2013. Adozione e approvazione del Programma Nazionale di Prevenzione dei Rifiuti. G.U. n. 245 del 18 ottobre 2013.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:45 Pagina 113

Rifiuti solidi urbani (gestione)

Significato. L'indicatore misura la quantità di rifiuti solidi urbani trattati attraverso le metodiche considerate tradizionalmente più razionali discariche controllate e inceneritori nelle diverse regioni.
Queste due modalità di smaltimento dei rifiuti solidi urbani rientrano in una più articolata strategia di gestione, cioè di politiche volte a governare l'intero processo dei rifiuti, dalla loro produzione fino alla loro sorte finale.
La strategia di gestione adottata dall'UE e recepita in Italia con il D. Lgs. n. 22/1997 (1) e, in seguito, con il D. Lgs. n. 152/2006 (2), delinea priorità di azione e di gestione integrata del problema. In particolare, gli obiettivi generali della gestione dei rifiuti solidi urbani sono numerosi e vanno dalla riduzione a monte della quantità e pericolosità dei rifiuti solidi urbani ed industriali prodotti, agli interventi per il riciclaggio, il riuso ed il recupero di materia ed energia (anche attraverso il ricorso alla raccolta differenziata) e allo smaltimento finale in condizioni di sicurezza per l'uomo e l'ambiente.
L'entità del ricorso alla discarica e all'incenerimento dei rifiuti rappresenta un indicatore di rispondenza, sia in ambito nazionale sia regionale, che secondo la normativa (3) prevede da un lato la riduzione dello smaltimento finale di rifiuti e l'impiego della discarica solo per i rifiuti inerti o per quelli che residuano dalle operazioni di riciclaggio e, dall'altro, l'incenerimento in via preferenziale rispetto al conferimento in discarica.
Nell'ambito della gestione integrata dei rifiuti solidi urbani, riveste un ruolo di primo piano la raccolta differenziata, che permette non solo di ridurre la quota destinata allo smaltimento residuale in discarica e/o in inceneritore, ma anche di valorizzare e recuperare le frazioni merceologiche omogenee raccolte.

Rifiuti solidi urbani smaltiti in discarica

Rifiuti solidi urbani inceneriti

Percentuale di rifiuti solidi urbani smaltiti in discarica sui rifiuti solidi urbani prodotti

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Rifiuti solidi urbani smaltiti in discarica}}{\text{Rifiuti solidi urbani prodotti}} \times 100$$

Percentuale di rifiuti solidi urbani inceneriti sui rifiuti solidi urbani prodotti

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Rifiuti solidi urbani inceneriti}}{\text{Rifiuti solidi urbani prodotti}} \times 100$$

Validità e limiti. Pur non essendo esaustivo della totalità delle modalità impiegate per la gestione dei rifiuti solidi urbani, l'indicatore analizza due modalità di trattamento tra le più utilizzate sul territorio nazionale; infatti, è opportuno far notare che il trattamento meccanico-biologico rappresenta ormai il principale metodo maggiormente impiegato per lo smaltimento dei rifiuti, anche se viene diffusamente utilizzato come forma di pretrattamento prima dello smaltimento in discarica o dell'incenerimento. I dati riportati sono rilevati dall'ISPRA attraverso una articolata raccolta di informazioni (4) che, soprattutto negli anni passati, ha creato qualche difformità di interpretazione (dati incompleti e/o non aggiornati, inserimento di nuove Province con conseguente riorganizzazione amministrativa del territorio e difficile confronto con dati retrospettivi). Si evidenzia, inoltre, che 3 regioni del Nord (Valle d'Aosta, Liguria e PA di Trento), 2 del Centro (Umbria e Marche) e 2 del Meridione (Abruzzo e Sicilia) sono prive di impianti di incenerimento.

Valore di riferimento/Benchmark. In tale contesto, i Paesi dell'UE-27, nel 2021, hanno smaltito in discarica il 23% dei rifiuti solidi urbani prodotti e ne hanno incenerito il 27% (4).

Descrizione dei risultati

L'analisi dei dati mostra che i rifiuti solidi urbani smaltiti in discarica, nel 2022, ammontano a quasi 5,2 milioni di tonnellate, facendo registrare una riduzione di circa il 7,9% rispetto all'anno precedente.
Relativamente al numero delle discariche, dopo una importante riduzione ottenuta negli anni per effetto degli stringenti requisiti tecnici imposti dalla normativa (303 nel 2006, 270 nel 2007, 244 nel 2008, 229 nel 2009, 211 nel 2010, 192 nel 2011, 189 nel 2012, 180 nel 2013, 172 nel 2014, 149 nel 2015, 134 nel 2016 e 123 nel 2017), e un lieve aumento negli anni 2018

A. AZARA, U. MOSCATO, G. DEIANA, A. PISCHEDDA, S. CARTA, C. MELIS

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:45 Pagina 114

(127) e 2019 (131), si registra una nuova riduzione nel 2021 (126) e nel 2022 (117). Le discariche considerate trattano esclusivamente rifiuti solidi urbani non pericolosi (Tabella 1).
Peraltro, analizzando un più ampio arco temporale, 2017-2022, si osserva come, nonostante la percentuale dei rifiuti trattati in discarica sia notevolmente ridotta, lo smaltimento in discarica si conferma ancora una forma di gestione ampiamente diffusa (Grafico 1).
In tale contesto, le regioni del Centro e del Meridione, rispetto ai rifiuti solidi urbani prodotti, conferiscono in discarica quantitativi più elevati di rifiuti (rispettivamente, il 28,2% e il 22,5%) rispetto al Nord (10,1%).
Inoltre, analizzando il dato per macroarea geografica, rispetto al 2021, si osserva una riduzione del 17,1% dello smaltimento al Meridione, dove circa 417 mila tonnellate in meno di rifiuti sono smaltite in discarica, del 4,8% al Nord, mentre al Centro si registra un lieve aumento del 2,4% (dati non presenti in tabella). In particolare, la Campania, la Lombardia, il Friuli Venezia Giulia, l'Emilia-Romagna e il Trentino-Alto Adige (rispettivamente, con 0%, 3,5%, 5,0%, 5,2% e 5,3%), sono le regioni che smaltiscono in discarica la percentuale inferiore di rifiuti urbani rispetto al totale di quelli prodotti (Tabella 1).
Ottimi risultati in termini di riduzione dello smaltimento sono stati raggiunti anche in Piemonte (13,0%), nel Lazio (15,7%) e in Veneto (18,3%). Peraltro, è opportuno rilevare che, in alcune regioni, sono consistenti i quantitativi di rifiuti solidi urbani prodotti localmente che vengono smaltiti in altre regioni; è il caso di Lombardia, Lazio, Piemonte ed Emilia-Romagna dove, rispettivamente, 103 mila, 83 mila, 81 mila e 79 mila tonnellate vengono smaltite in discariche di territori extra-regionali.
Al Centro e nel Meridione si registrano percentuali inferiori al 30% in Abruzzo (22,7%), Puglia (24,8%), Sardegna (25,0%) e Calabria (25,8%). In particolare, consistenti miglioramenti si osservano in Sardegna, dove lo smaltimento tra il 2011-2022 passa da circa il 45% al 25% del totale dei rifiuti solidi urbani prodotti. Tali risultati sono in gran parte dovuti all'incremento della raccolta differenziata, che in questa regione fa registrare aumenti considerevoli, raggiungendo il 75,9%.
Le regioni che, invece, smaltiscono in discarica le maggiori quantità di rifiuti solidi urbani sono la Valle d'Aosta (59,4%) le Marche (50,0%) e la Basilicata (46,1%). Percentuali molto elevate si registrano anche nel Molise (77,1%) in cui, in realtà, vengono smaltite consistenti quote di rifiuti extraregionali; se non si considerasse tale quota, infatti, la percentuale di smaltimento si ridurrebbe a circa il 46% del totale dei rifiuti prodotti (4).
Per quanto riguarda la termodistruzione, la capacità media nazionale di incenerimento ha raggiunto il 18,3% del totale dei rifiuti solidi urbani, ancora al di sotto della media dei Paesi europei (27%), e ha superato i 5,3 milioni di tonnellate di rifiuto trattato (Tabella 1).
In particolare, nel 2022, rispetto all'anno precedente, si registra una riduzione di quantitativo assoluto di rifiuti inceneriti (102 mila tonnellate) e una sostanziale stabilità per quanto riguarda il rapporto con i rifiuti prodotti, che rimane al 18,3%. Tale riduzione del quantitativo incenerito, rispetto al 2021, può essere correlata sia con la diminuzione della produzione totale di rifiuti urbani (-1,8%) che con l'aumento percentuale della raccolta differenziata (+1,2%).
Nel periodo 2009-2022, i quantitativi di rifiuti solidi urbani e di Combustibile Derivato da Rifiuti avviati ad incenerimento sono progressivamente aumentati, passando da 4,6 milioni di tonnellate a quasi 5,3 milioni di tonnellate nel 2022. Dal confronto con l'anno precedente si osservano riduzioni delle quantità incenerite nelle macroaree geografiche del Nord (2,0%) e del Centro (4,4%), mentre nel Sud e nelle Isole si registra una sostanziale stabilità nei quantitativi di rifiuti avviati ad incenerimento. Tuttavia, è necessario precisare che quote considerevoli di rifiuti prodotte in alcune regioni vengono trattate in impianti localizzati al Nord. Infatti, la Lombardia e l'Emilia-Romagna ricevono nei propri contenitori, rispettivamente, circa 338 mila e circa 70.000 tonnellate di rifiuti prodotti da Piemonte, Campania, Lazio, Toscana e Puglia.
Rispetto all'anno precedente, il numero degli impianti operativi sul territorio scende da 37 (nel 2021) a 36 (nel 2022). La maggior parte di essi si localizza nel Nord (25) e, soprattutto, in Lombardia ed in Emilia-Romagna con, rispettivamente, 12 e 7 impianti operativi. Al Centro operano 5 impianti di cui 4 in Toscana e 1 nel Lazio. Nel Meridione esistono 6 impianti localizzati in Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria e Sardegna.
Il panorama italiano è, però, estremamente differenziato: infatti, soprattutto al Nord, si rilevano elevati tassi di incenerimento in Lombardia (40,5%), nella PA di Bolzano (39,6%) ed in Emilia-Romagna (32,3%); mentre regioni come Campania (28,3%), Piemonte (26,2%) e Friuli Venezia Giulia (20,4%) presentano valori >15%. Da rimarcare, inoltre, il dato del Molise, che ha il più elevato tasso di incenerimento sui rifiuti solidi urbani prodotti (80,4%), da attribuirsi quasi totalmente alle quote di rifiuti urbani di provenienza extraregionale.
Il pro capite di incenerimento, ascrivibile al ciclo di gestione dei rifiuti urbani, passa da 91,7 kg/ab per anno di Rifiuti Urbani, Frazione Secca e Combustibile Solido Secondario del 2021 a 90,2 kg/ab per anno del 2022, facendo registrare una riduzione del 1,6% (4). Esaminando i dati relativi all'ultimo quinquennio si osserva un lieve aumento del pro capite di incenerimento del 3,2%.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:45 Pagina 115

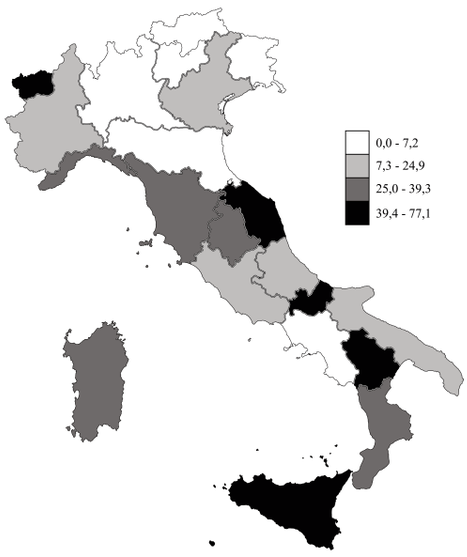
Tabella 1 - *Rifiuti solidi urbani (valori assoluti in tonnellate e valori per 100 sul totale dei rifiuti prodotti) smaltiti in discarica e inceneriti, impianti (valori assoluti) e produzione totale (valori assoluti in tonnellate) per regione - Anno 2022*

Regioni	Smaltimento in discarica			Incenerimento			Produzione totale
	Rifiuti solidi urbani	Rifiuti prodotti	Impianti	Rifiuti solidi urbani	Rifiuti prodotti	Impianti	
Piemonte	273.369	13,0	13	551.405	26,2	1	2.107.724
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	45.017	59,4	2	0	n.a.	0	75.746
Lombardia	163.833	3,5	9	1.871.156	40,5	12	4.617.814
Bolzano-Bozen	*27.824**	*5,3**	*6**	*101.542*	*39,6*	*1*	*256.401*
Trento				*0*	*n.a.*	*0*	*266.579*
Veneto	421.744	18,3	8	239.011	10,3	3	2.309.796
Friuli Venezia Giulia	29.549	5,0	2	120.214	20,4	1	589.473
Liguria	290.386	35,7	6	0	n.a.	0	813.782
Emilia-Romagna	146.268	5,2	4	906.234	32,3	7	2.803.812
Toscana	767.860	35,7	8	214.263	10,0	4	2.153.005
Umbria	155.792	35,2	4	0	n.a.	0	442.039
Marche	382.090	50,0	10	0	n.a.	0	764.224
Lazio	448.933	15,7	3	289.550	10,1	1	2.861.424
Abruzzo	130.826	22,7	6	0	n.a.	0	577.428
Molise	83.751	77,1	3	87.301	80,4	1	108.581
Campania	0	0,0	0	739.127	28,3	1	2.613.566
Puglia	453.652	24,8	8	65.298	3,6	1	1.829.588
Basilicata	88.331	46,1	5	4.813	2,5	1	191.815
Calabria	190.532	25,8	5	43.858	5,9	1	739.278
Sicilia	890.763	40,5	10	0	n.a.	0	2.200.814
Sardegna	181.974	25,0	5	73.406	10,1	1	728.425
Italia	**5.172.495**	**17,8**	**117**	**5.307.178**	**18,3**	**36**	**29.051.314**

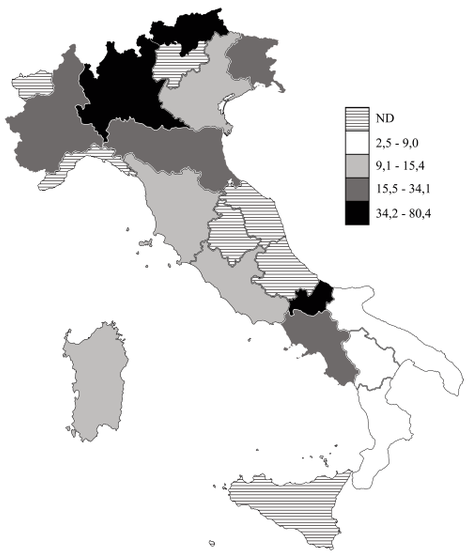
n.a. = non applicabile.
*Dati riferiti al Trentino-Alto Adige in quanto non disponibili suddivisi per singola PA.

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati ISPRA. Rapporto Rifiuti Urbani. Edizione 2023. Anno 2023.

Rifiuti solidi urbani (valori per 100) smaltiti in discarica sul totale dei rifiuti prodotti per regione. Anno 2022

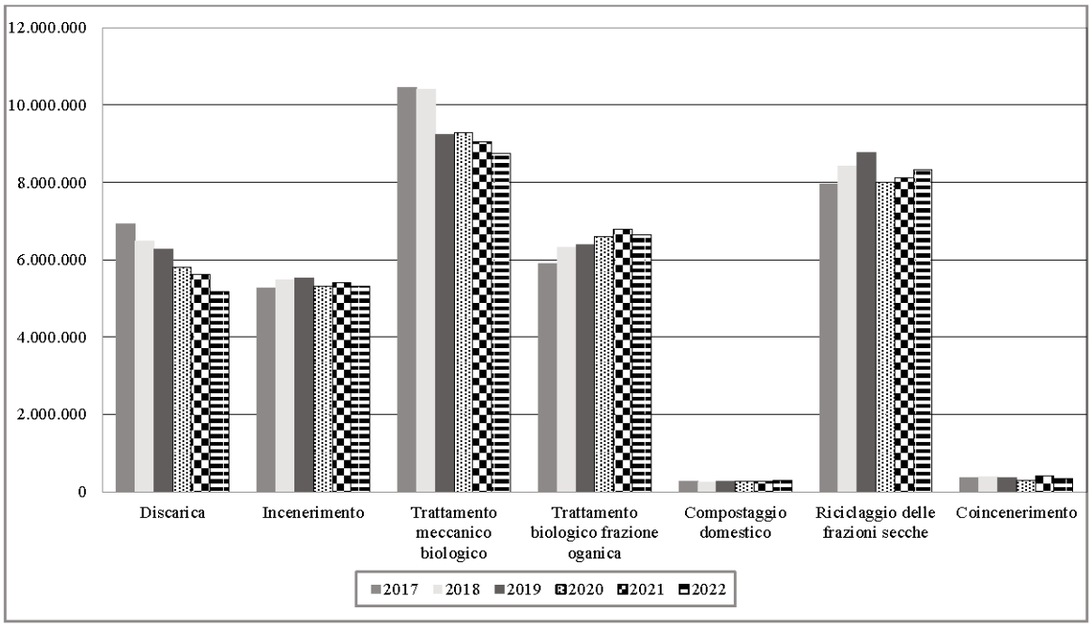


Rifiuti solidi urbani (valori per 100) inceneriti sul totale dei rifiuti prodotti per regione. Anno 2022



Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:45 Pagina 116

Grafico 1 - *Rifiuti solidi urbani (valori in tonnellate) classificati per tipologia di gestione - Anni 2017-2022*



Fonte dei dati: Elaborazione su dati ISPRA. Rapporto Rifiuti Urbani. Edizione 2023. Anno 2023.

Confronto internazionale

Nei Paesi dell'UE, nel 2021, circa il 23% dei rifiuti solidi urbani è stato smaltito in discarica, il 27% è stato incenerito (prevalentemente in impianti che effettuano il recupero di energia), mentre circa il 31% è stato avviato a riciclaggio ed il 18% a compostaggio e digestione anaerobica (4). Pertanto, in Europa, le discariche non rappresentano più la forma di gestione maggiormente utilizzata; il loro impiego è ancora importante nei nuovi Paesi membri, nonostante, rispetto al 2020, sia stata registrata una lieve riduzione che conferma la tendenza alla diminuzione di tale forma di smaltimento iniziata negli anni precedenti. Da rimarcare come, tra i diversi Stati membri, si noti una estrema variabilità di approccio alla gestione dei rifiuti urbani; infatti, per quanto riguarda lo smaltimento in discarica, si passa da percentuali molto basse (<2,0%) per Austria, Belgio, Danimarca, Finlandia, Germania, Paesi Bassi e Svezia, a percentuali superiori al 75% per Cipro, Malta e Romania.

Anche i dati dell'Ufficio Statistico dell'UE riferiti al 2021 (4, 5), espressi in kg/ab per anno (Tabella 2), evidenziano ampie differenze. Relativamente alla discarica, rispetto alla media dell'UE-27 di 121 kg/ab per anno, veramente residuale appare il suo impiego in Paesi come Svezia (2 kg/ab per anno), Belgio (3 kg/ab per anno), Finlandia (3 kg/ab per anno), Paesi Bassi (7 kg/ab per anno), Danimarca (8 kg/ab per anno) e Germania (9 kg/ab per anno). Con 95 kg/ab per anno, l'Italia è in una posizione intermedia ed è al di sotto di 26 kg rispetto alla media europea. Particolarmente ampi, invece, i quantitativi di rifiuti sversati nel terreno a Malta (519 kg/ab anno). Tra le migliori *performance* registrate nell'arco temporale 2000-2021, da rilevare le consistenti riduzioni nell'impiego della discarica raggiunte da Austria, Slovenia, Germania, Belgio, Svezia e Finlandia, comprese tra il -91,3% ed il -99,0%.

Per quanto riguarda l'incenerimento si rileva, nel 2021 rispetto al 2020, una sostanziale stabilità delle quantità trattate. Si assiste, peraltro, ad una situazione molto eterogenea tra gli Stati membri: infatti, il 54,8% del totale europeo (circa 33,8 milioni di tonnellate) è incenerito nelle sole Germania, Francia e Italia (4).

Rispetto ad un quantitativo medio di 138 kg/ab per anno, dati riferiti al 2021 (Tabella 2) evidenziano un comportamento particolarmente virtuoso della Finlandia (382 kg/ab per anno), ma anche di Belgio (332 kg/ab per anno), Lussemburgo (323 kg/ab per anno), Danimarca (318 kg/ab per anno), Austria (296 kg/ab per anno), Svezia (249 kg/ab per anno) e Paesi Bassi (210 kg/ab per anno); tale metodo è, comunque, ampiamente utilizzato negli Stati dell'Europa centro-settentrionale, quali Estonia (192 kg/ab per anno), Germania (191 kg/ab per anno) e Francia (181 kg/ab per anno). In altri Stati membri, invece, come Slovacchia, Malta, Romania, Lettonia, Cipro, Bulgaria e Croazia vengono incenerite quantità marginali (<40 kg/ab per anno).

Inoltre, rispetto al 2000, l'incenerimento nel 2021 aumenta del 74,7% ed è particolarmente rilevante l'incremento in Finlandia (634,6%), Austria (355,4%), Italia (143,6%), Repubblica Ceca (122,6%) e Belgio (115,6%) (Tabella 2).

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:45 Pagina 117

Tabella 2 - *Rifiuti solidi urbani (valori in kg/ab per anno) inceneriti e smaltiti in discarica e variazione (valori per 100) per Paese dell'Unione Europea-27 - Anni 2000, 2021*

Paesi	Incenerimento			Discarica		
	2000	2021	Δ % (2019-2000)	2000	2021	Δ % (2021-2000)
Austria	65	296	355,4	196	17	-91,3
Belgio	154	332	115,6	73	3	-95,9
Bulgaria	0	12	0,0	399	130	-67,4
Cipro	0	15	0,0	613	394	-35,7
Croazia	n.d.	1	n.a.	n.d.	261	n.a.
Danimarca	352	318	-9,7	67	8	-88,1
Estonia	0	192	0,0	438	78	-82,2
Finlandia	52	382	634,6	306	3	-99,0
Francia	169	181	7,1	220	131	-40,5
Germania	133	191	43,6	165	9	-94,5
Grecia	0	n.d.	n.a.	372	n.d.	n.a.
Irlanda	0	n.d.	n.a.	554	n.d.	n.a.
Italia	**39**	**95**	**143,6**	**385**	**95**	**-75,3**
Lettonia	0	16	0,0	258	242	-6,2
Lituania	0	169	0,0	344	74	-78,5
Lussemburgo	284	323	13,7	138	32	-76,8
Malta	0	25	0,0	465	519	11,6
Paesi Bassi	190	210	10,5	57	7	-87,7
Polonia	0	76	0,0	310	140	-54,8
Portogallo	96	120	25,0	338	271	-19,8
Repubblica Ceca	31	69	122,6	282	263	-6,7
Romania	0	18	0,0	294	228	-22,4
Slovacchia	39	40	2,6	196	202	3,1
Slovenia	0	56	0,0	402	31	-92,3
Spagna	37	54	45,9	339	245	-27,7
Svezia	164	249	51,8	98	2	-98,0
Ungheria	34	52	52,9	376	212	-43,6
UE-27	**79**	**138**	**74,7**	**288**	**121**	**-58,0**

n.d. = non disponibile.
n.a. = non applicabile.

Fonte dei dati: Elaborazione su dati Eurostat. Waste. Elaborazioni su dati ISPRA. Rapporto Rifiuti Urbani. Edizione 2023. Anno 2023.

Raccomandazioni di Osservasalute

I dati relativi alla gestione dei rifiuti solidi urbani, nel 2022, evidenziano, rispetto agli anni precedenti, un aspetto positivo rappresentato dalla riduzione dello smaltimento in discarica, che testimonia una progressiva tensione agli obiettivi legislativi del 2003 (3). Tuttavia, si osserva, nell'ultimo anno, una lieve riduzione nel numero degli impianti di incenerimento (36) e una riduzione più marcata nel numero delle discariche (117) (4). Per queste ultime si rileva, infatti, un importante trend in diminuzione negli ultimi decenni in cui si è passati dalle 657 del 2000 e dalle 303 del 2006 ai numeri attuali; le più coinvolte nella chiusura sono state le discariche di piccole dimensioni, a vantaggio di grandi impianti a servizio di aree geografiche più estese. Tale cambiamento rappresenta un aspetto positivo in quanto le discariche di maggiori dimensioni sono spesso dotate di sistemi di pretrattamento dei rifiuti in entrata e si configurano, sempre di più, come strutture complesse dotate di impianti di recupero del biogas e di trattamento del percolato prodotto.

È opportuno, quindi, che la chiusura delle discariche sia accompagnata dall'adozione delle adeguate procedure con le quali le discariche non più operative vengono gestite dopo la loro chiusura, ma anche dall'applicazione dei piani di adeguamento previsti dalla normativa (3), nonché da modifiche sostanziali nell'organizzazione del sistema di gestione dei rifiuti. Tutto questo affinché si possa effettuare quel salto di qualità che appare necessario soprattutto nelle zone dove lo stato di emergenza è divenuto la normalità e la chiusura degli impianti ha, invece, accentuato lo stato critico fino ad arrivare all'emergenza sanitaria.

Rispetto all'anno precedente, si rileva una stabilità della percentuale di rifiuti sottoposti a trattamento prima dello smaltimento in discarica, che nel 2022 rimane al 93,7%.

Quindi, nonostante il divieto imposto dall'art. 7 del D. Lgs. n. 36/2003 (3), nel 2022 ancora 324 mila tonnellate di rifiuti sono state allocate in discarica senza il preventivo ed idoneo trattamento. Sarà necessario, quindi, adottare politiche di gestione dei rifiuti che dovranno obbligatoriamente tenere conto delle priorità individuate a livello europeo, prima tra tutte l'abbandono dell'utilizzo della discarica e l'attivazione di azioni utili a potenziare il disaccoppiamento fra gli indicatori economici e la produzione dei rifiuti (4). La

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:45 Pagina 118

riduzione progressiva dello smaltimento in discarica dei rifiuti urbani biodegradabili è una delle priorità della gestione dei rifiuti indicata dalla normativa europea ed è stata confermata anche dalla revisione avvenuta con l'emanazione, nel luglio 2018, del così detto "pacchetto rifiuti" che racchiude modifiche alle tre più importanti direttive: Direttiva 2008/98/CE sui rifiuti, Direttiva 1999/31/CE sulle discariche di rifiuti e Direttiva 1994/62/CE sugli imballaggi e i rifiuti di imballaggio (6-9).

Riferimenti bibliografici

(1) Decreto Legislativo 5 febbraio 1997, n. 22. Attuazione delle direttive 91/156/CEE sui rifiuti, 91/689/CEE sui rifiuti pericolosi e 94/62/CE sugli imballaggi e sui rifiuti di imballaggio. G.U. n. 38 del 15 febbraio1997.
(2) Decreto Legislativo 3 aprile 2006, n. 152. Norme in materia ambientale. G.U. n. 88 del 14 aprile 2006.
(3) Decreto Legislativo 13 gennaio 2003, n. 36. Attuazione della Direttiva 1999/31/CE relativa alle discariche di rifiuti. G.U. n. 59 del 12 marzo 2003.
(4) Istituto Superiore per la Protezione e la Ricerca Ambientale. Rapporto Rifiuti Urbani. Edizione 2023. Rapporti 393/2023. Roma, Dicembre 2023.
(5) Eurostat. Waste. Disponibile sul sito: https://ec.europa.eu/eurostat/web/waste.
(6) Direttiva (UE) 2018/849 del Parlamento europeo e del Consiglio del 30 maggio 2018, che modifica le direttive 2000/53/CE relativa ai veicoli fuori uso, 2006/66/CE relativa a pile e accumulatori e ai rifiuti di pile e accumulatori e 2012/19/UE sui rifiuti di apparecchiature elettriche ed elettroniche. G.U. UE L150/93 del 14 giugno 2018.
(7) Direttiva (UE) 2018/850 del Parlamento europeo e del Consiglio del 30 maggio 2018, che modifica la direttiva 1999/31/CE relativa alle discariche di rifiuti. G.U. UE L150/100 del 14 giugno 2018.
(8) Direttiva (UE) 2018/851 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 30 maggio 2018, che modifica la direttiva 2008/98/CE relativa ai rifiuti. G.U. UE L150/109 del 14 giugno 2018.
(9) Direttiva (UE) 2018/852 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 30 maggio 2018, che modifica la direttiva 94/62/CE sugli imballaggi e i rifiuti di imballaggio. G.U. UE L150/141 del 14 giugno 2018.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:45 Pagina 119

Rifiuti solidi urbani (raccolta differenziata)

Significato. La raccolta differenziata è un sistema di raccolta che permette di raggruppare i rifiuti solidi urbani in frazioni merceologiche omogenee, compresa la frazione organica umida, destinate al riutilizzo, al riciclo e al recupero di materia; tale metodo permette di mitigare le pressioni esercitate dai rifiuti sull'ambiente e di ridurre il quantitativo di rifiuti da avviare a smaltimento.
La raccolta differenziata rappresenta, infatti, una metodologia fondamentale per la corretta applicazione della strategia europea (1) sui rifiuti, nell'ambito della quale è strettamente funzionale all'applicazione della cosiddetta "gerarchia dei rifiuti" che stabilisce, in base agli effetti che ciascuna opzione ha sull'ambiente, una preferenza per le diverse opzioni di gestione dei rifiuti, indicandone l'ordine di priorità: 1. minimizzazione della produzione; 2. riutilizzo del prodotto tal quale; 3. promozione di azioni di riciclaggio e recupero di materiali ed energia di cui il rifiuto è composto; 4. minimizzazione dell'eliminazione finale (smaltimento).
L'indicatore misura la quantità di rifiuti solidi urbani raccolti in maniera differenziata come valore assoluto, come quantitativo pro capite e, in percentuale, rispetto al quantitativo di rifiuti solidi urbani prodotti. L'entità del ricorso a questa modalità di gestione rappresenta, inoltre, un indicatore di risposta alla domanda della normativa (2-4), sia in ambito nazionale e regionale che comunale.

Rifiuti solidi urbani pro capite raccolti in maniera differenziata

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Rifiuti solidi urbani raccolti in maniera differenziata}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione media residente}}$$

Percentuale di rifiuti solidi urbani raccolti in maniera differenziata sui rifiuti solidi urbani prodotti

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Rifiuti solidi urbani raccolti in maniera differenziata}}{\text{Denominatore} \quad \text{Rifiuti solidi urbani prodotti}} \times 100$$

Validità e limiti. I dati riportati sono rilevati dall'ISPRA, attraverso una articolata raccolta di informazioni da numerosi Enti (Agenzia Regionale per la Protezione dell'Ambiente, Regioni, Province, Osservatori provinciali sui rifiuti e Imprese di gestione dei servizi di igiene urbana) (5) ed elaborazione dei dati relativi alla raccolta differenziata dei rifiuti solidi urbani, a livello di singolo Comune. Tuttavia, va evidenziato che la struttura delle informazioni disponibili non sempre consente di applicare il metodo in maniera rigorosa in quanto, nei vari contesti territoriali, si osservano differenti gradi di disaggregazione delle frazioni merceologiche, fattore che rende necessaria una attenta operazione di omogeneizzazione delle informazioni sulla base di criteri univoci. Pertanto, in alcuni casi, i dati relativi alle diverse frazioni merceologiche risultano aggregati e la differenziazione delle diverse tipologie di rifiuto non è sempre effettuabile; spesso, inoltre, si osserva la tendenza a computare nella voce "altro" della raccolta differenziata notevoli quantità di rifiuti senza che siano indicate le diverse tipologie raccolte.

Valore di riferimento/Benchmark. Gli obiettivi riferiti alla raccolta differenziata in base al D. Lgs. n. 22/1997 (2) sono: 15% entro il 1999; 25% entro il 2001 e 35% nel 2003. Successivamente, il D. Lgs. n. 152/2006 (art. 205) (3) ha posticipato al 31 dicembre 2006 la scadenza temporale per il conseguimento dell'obiettivo del 35% di raccolta differenziata, originariamente previsto per il 2003, ed ha introdotto due nuovi obiettivi, del 45% e del 65%, da conseguirsi, rispettivamente, entro la fine del 2008 ed entro la fine del 2012. Gli obiettivi precedentemente citati sono stati ulteriormente rimodulati e calendarizzati dalla Legge n. 296/2006 (4) che ha introdotto obiettivi ancora più elevati: almeno il 40% entro il 2007, almeno il 50% entro il 2009 e almeno il 60% entro il 2011. La direttiva è stata, successivamente, ampiamente modificata dalla direttiva 2018/851/UE (1), recepita dal D. Lgs. n. 116/2020 (6) che ha aggiunto ulteriori obiettivi da conseguirsi entro il 2025 (55%), 2030 (60%) e 2035 (65%). La normativa, inoltre, prevede che per quegli ambiti territoriali ottimali per i quali non si siano conseguiti gli obiettivi sopra riportati, la regione, previa diffida, provveda tramite un commissario *ad acta* a garantire il governo della gestione dei rifiuti, al fine di realizzare rilevanti risparmi di spesa ed una più efficace utilizzazione delle risorse.
In tale contesto, i Paesi dell'UE-27, nel 2021, hanno avviato a riciclaggio il 48,7% di rifiuti prodotti (5, 7).

A. AZARA, U. MOSCATO, G. DEIANA, A. PISCHEDDA, S. CARTA, C. MELIS

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:45 Pagina 120

Descrizione dei risultati

La raccolta differenziata, nel 2022, ha raggiunto, a livello nazionale, una percentuale pari al 65,2% (Tabella 1) della produzione totale dei rifiuti solidi urbani, valore che incrementa di 1,2 p.p.i il dato rilevato nel 2021 (64,0%), mentre, in valore assoluto (18,9 milioni di tonnellate), si registra una riduzione che corrisponde a poco più di 22.000 tonnellate. La macroarea geografica che ha contribuito maggiormente a tale riduzione è il Nord, che riduce il quantitativo di raccolta differenziata in valore assoluto, tra il 2021-2022, di circa 112 mila tonnellate, mentre il Centro e il Meridione presentano un incremento, rispettivamente, di 11.000 e 78.000 tonnellate.

Nell'ambito di un generale decremento nell'ultimo anno di rilevazione (2021-2022), le regioni settentrionali, dove il sistema di raccolta risulta già particolarmente sviluppato da anni, sono quelle che mantengono il primato di più elevata percentuale di raccolta differenziata sui rifiuti solidi urbani prodotti e lo migliorano ulteriormente passando dal 71,0% del 2021 al 71,8% del 2022 (+0,8 p.p.); peraltro, sia il Centro, che passa dal 60,4% del 2021 al 61,5% del 2022, sia il Sud ed Isole, che passano dal 55,8% al 57,5% di raccolta differenziata sui rifiuti prodotti, fanno registrare un maggior incremento percentuale (+1,1 e +1,7 p.p., rispettivamente).

Nell'ambito delle singole regioni, le maggiori percentuali di raccolta differenziata si rilevano, per l'anno 2022, nella PA di Trento (80,5%), Veneto (76,2%), Sardegna (75,9%) ed Emilia-Romagna (74,0%) (Tabella 1). Al di sopra del 65% si colloca la raccolta in Lombardia (73,2%), Marche (72,0%), PA di Bolzano (68,7%), Umbria (67,9%), Friuli Venezia Giulia (67,5%), Piemonte (67,0%), Valle d'Aosta (66,1%) e Toscana (65,6%).

Nel Mezzogiorno, solo la Sardegna supera il 70% (75,9%), mentre l'Abruzzo e la Basilicata raggiungono, rispettivamente, il 64,5% e il 63,7%. Le altre regioni si collocano tra il 50-60%.

I dati sopra esposti permettono, quindi, di evidenziare come al Nord (ad eccezione della Liguria) vengano raggiunti pienamente gli obiettivi del 60% e del 65% di raccolta differenziata fissati dalla normativa, rispettivamente, per il 2030 e per il 2035 (Grafico 1).

I dati regionali di raccolta differenziata pro capite (Tabella 1) evidenziano valori superiori rispetto al valore nazionale (321,7 kg/ab per anno) per tutte le regioni del Nord (fatta eccezione per la Liguria con 311,2 kg/ab per anno) e per le regioni centrali (eccetto il Lazio con 273,3 kg/ab per anno). L'Emilia-Romagna, la Valle d'Aosta, la PA di Trento, la Toscana e le Marche, in particolare, raccolgono in maniera differenziata oltre 365 kg/ab per anno, con quantitativi, rispettivamente, pari a 468,8 kg/ab per anno, 406,9 kg/ab per anno, 396,0 kg/ab per anno, 387,0 kg/ab per anno, 371,5 kg/ab per anno. Le regioni del Mezzogiorno, ad eccezione della Sardegna, la cui raccolta differenziata risulta pari a 350,8 kg/ab per anno, mostrano valori pro capite che oscillano dai 293,5 kg/ab per anno dell'Abruzzo ai 218,7 kg/ab per anno del Molise.

Relativamente alle varie frazioni merceologiche raccolte, è interessante notare come, rispetto al totale di 321,7 kg/pro capite anno raccolti in media in Italia, la componente organica sia quella che viene raccolta in maggiore quantità (123,1 kg/pro capite anno) seguita da carta e cartone (62,0 kg/pro capite anno), vetro (39,6 kg/pro capite anno), plastica (28,9 kg/pro capite anno) e legno (17,1 kg/pro capite anno) (dati non presenti in tabella). In tale ambito, per quanto riguarda la frazione organica, è il Nord che raccoglie i maggiori quantitativi (130,6 kg/pro capite anno); per contro, appare più modesto il contributo delle regioni meridionali (112,2 kg/pro capite anno). Per quanto riguarda la plastica si nota, invece, una minore variabilità tra macroaree: a fronte di 28,9 kg/pro capite anno raccolti a livello nazionale, le regioni del Nord raggiungono i 32,6 kg/pro capite anno, quelle del Centro i 27,9 kg/pro capite anno e quelle del Meridione i 24,4 kg/pro capite anno.

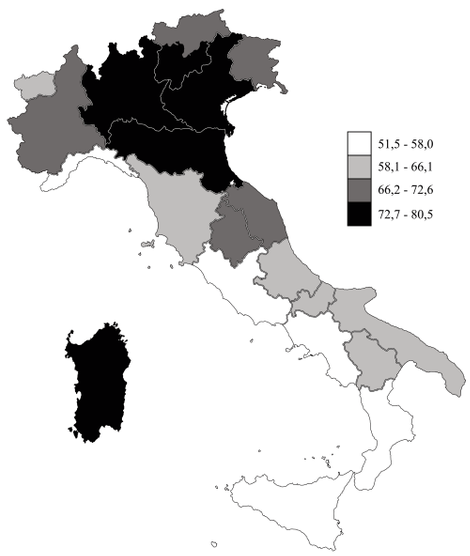
Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 121

Tabella 1 - *Rifiuti solidi urbani (valori assoluti in tonnellate, valori pro capite in kg/ab e valori per 100 sul totale dei rifiuti prodotti) raccolti in modo differenziato per regione - Anno 2022*

Regioni	Raccolta differenziata totale	Raccolta differenziata pro capite	Raccolta differenziata/ Totale rifiuti solidi urbani prodotti
Piemonte	1.413.174	333,2	67,0
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	50.031	406,9	66,1
Lombardia	3.379.735	339,7	73,2
Bolzano-Bozen	*176.131*	*330,3*	*68,7*
Trento	*214.644*	*396,0*	*80,5*
Veneto	1.760.606	363,9	76,2
Friuli Venezia Giulia	398.069	333,9	67,5
Liguria	467.585	311,2	57,5
Emilia-Romagna	2.075.202	468,8	74,0
Toscana	1.413.044	387,0	65,6
Umbria	300.343	351,6	67,9
Marche	550.081	371,5	72,0
Lazio	1.559.631	273,3	54,5
Abruzzo	372.670	293,5	64,5
Molise	63.395	218,7	58,4
Campania	1.453.729	260,0	55,6
Puglia	1.071.417	274,7	58,6
Basilicata	122.263	227,8	63,7
Calabria	403.516	219,2	54,6
Sicilia	1.132.419	235,8	51,5
Sardegna	552.576	350,8	75,9
Italia	**18.930.258**	**321,7**	**65,2**

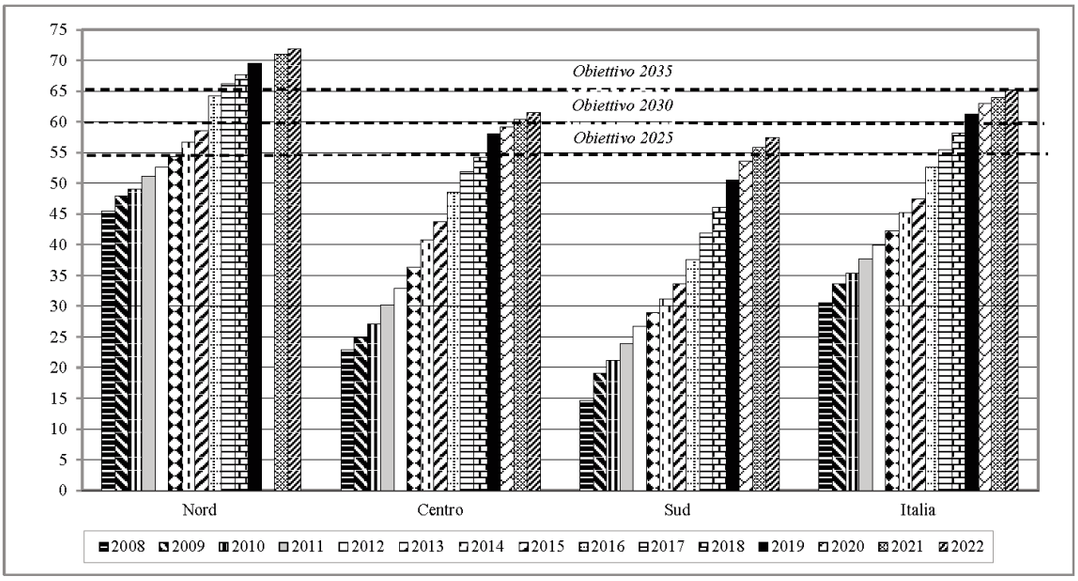
Fonte dei dati: Elaborazioni su dati ISPRA. Rapporto Rifiuti Urbani. Edizione 2023. Anno 2023.

Rifiuti solidi urbani (valori per 100 sul totale dei rifiuti prodotti) raccolti in modo differenziato sul totale dei rifiuti prodotti per regione. Anno 2022



Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 122

Grafico 1 - *Rifiuti solidi urbani (valori per 100) raccolti in modo differenziato per macroarea - Anni 2008-2022*



Fonte dei dati: Elaborazione su dati ISPRA. Rapporto Rifiuti Urbani. Edizione 2023. Anno 2023.

Confronto internazionale

Nel 2021 il riciclaggio interessa, nell'UE-27, circa 114 milioni di tonnellate di rifiuti urbani, corrispondente a circa il 48,7% dei rifiuti prodotti. Rispetto al 2020, si registra un incremento delle quantità trattate del 1,1% (da 113,1 milioni a circa 114,4 milioni di tonnellate).

In particolare, i Paesi dell'UE che, nel 2021, hanno registrato una percentuale di raccolta differenziata al di sopra del valore europeo (48,7%) (Tabella 2) sono, nell'ordine: Germania (67,8%), Austria (62,5%), Slovenia (60,8%), Paesi Bassi (57,8%), Danimarca (57,6%), Belgio (55,5%), Lussemburgo (55,3%), Italia (51,9%) e Slovacchia (48,9%). In altri Paesi si registrano percentuali assai inferiori, anche <20% come a Cipro, a Malta e in Romania.

I dati dell'Ufficio Statistico dell'UE riportano, per l'Italia, un valore del 51,9% (7); tale valore viene ampiamente superato dai dati riscontrati dall'ISPRA (5) che attribuisce al nostro Paese il 65,2% di raccolta differenziata.

Nell'ultimo triennio, è opportuno citare gli incrementi registrati in Slovacchia (+49,5%) e Repubblica Ceca (+46,1%), mentre le riduzioni più cospicue in termini percentuali si registrano in Svezia (-20,1%) e in Bulgaria (-19,2%).

L'incremento della raccolta differenziata è uno degli obiettivi stabiliti dalla revisione della Direttiva "rifiuti" 2008/98/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 19 novembre 2008 (8), recepita attraverso il D. Lgs. n. 205/2010 (9), nell'ambito della quale si prevede che, entro il 2015, gli Stati membri avrebbero dovuto istituire regimi di raccolta differenziata almeno per la carta, il metallo, la plastica ed il vetro. Dovranno, pertanto, adottare le misure necessarie affinché, entro il 2020, la preparazione per il riutilizzo e il riciclaggio dei rifiuti domestici di carta, metallo, plastica e vetro (e, possibilmente, di altra origine) aumenti, complessivamente, almeno del 50% in termini di peso. La Direttiva "rifiuti" è stata ampiamente modificata dalla Direttiva 2018/851/UE, che ha aggiunto ulteriori obiettivi per la preparazione, il riutilizzo e il riciclaggio, da conseguirsi entro il 2025 (55%), 2030 (60%) e 2035 (65%) (1).

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 123

Tabella 2 - *Rifiuti solidi urbani (valori per 100) raccolti in modo differenziato per Paese dell'Unione Europea-27 - Anno 2021*

Paesi	Raccolta differenziata
Austria	62,5
Belgio	55,5
Bulgaria	28,2
Cipro	15,3
Croazia	31,4
Danimarca	57,6
Estonia	30,3
Finlandia	39,0
Francia	43,8
Germania	67,8
Grecia	n.a.
Irlanda	n.a.
Italia	**51,9**
Lettonia	44,1
Lituania	44,3
Lussemburgo	55,3
Malta	13,6
Paesi Bassi	57,8
Polonia	40,3
Portogallo	30,4
Repubblica Ceca	43,3
Romania	11,3
Slovacchia	48,9
Slovenia	60,8
Spagna	36,7
Svezia	39,5
Ungheria	34,9
EU (27 Paesi)	**48,7**

*Dati ISPRA. Rapporto Rifiuti Urbani. Edizione 2023.

Fonte dei dati: Elaborazione su dati Eurostat. Waste. Elaborazioni su dati ISPRA. Rapporto Rifiuti Urbani. Edizione 2023. Anno 2023.

Raccomandazioni di Osservasalute

Il dato di raccolta differenziata raggiunto nel 2022 (65,2%) evidenzia una ulteriore crescita rispetto al dato rilevato negli anni precedenti (37,7% nel 2011; 39,9% nel 2012; 42,3% nel 2013; 45,2% nel 2014; 47,5% nel 2015, 52,6% nel 2016, 55,5% nel 2017, 58,2% nel 2018; 61,3% nel 2019; 63,0% nel 2020 e 64,0 nel 2021), raggiungendo il *target* del 65% fissato per il 2030. Si raggiunge comunque l'obiettivo del 55% fissato dalla normativa per il 2025.

Peraltro, è opportuno rimarcare come la situazione appaia decisamente diversificata passando da una macroarea geografica all'altra: infatti, mentre il Nord, con un tasso di raccolta pari al 71,8%, supera ampiamente l'obiettivo fissato per il 2035, il Centro e il Meridione, con percentuali pari al 61,5% e al 57,5%, raggiungono, rispettivamente, gli obiettivi del 2030 e del 2025.

La crescita inferiore registrata per le percentuali di raccolta differenziata in queste ultime macroaree e, in particolar modo, nel Meridione, è l'inevitabile conseguenza della mancata attivazione, in diversi contesti territoriali, di adeguati sistemi di intercettazione delle varie frazioni merceologiche e di perduranti condizioni di emergenza nel settore della gestione dei rifiuti solidi urbani.

Riferimenti bibliografici

(1) Direttiva (UE) 2018/851 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 30 maggio 2018, che modifica la direttiva 2008/98/CE relativa ai rifiuti. G.U. UE L150/109 del 14 giugno 2018.
(2) Decreto Legislativo 5 febbraio 1997, n. 22. Attuazione delle direttive 91/156/CEE sui rifiuti, 91/689/CEE sui rifiuti pericolosi e 94/62/CE sugli imballaggi e sui rifiuti di imballaggio. G.U. n. 38 del 15 febbraio 1997.
(3) Decreto Legislativo 3 aprile 2006, n. 152. Norme in materia ambientale. G.U. n. 88 del 14 aprile 2006.
(4) Legge 27 dicembre 2006, n. 296. Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007). G.U. n. 299 del 27 dicembre 2006.
(5) Istituto Superiore per la Protezione e la Ricerca Ambientale. Rapporto Rifiuti Urbani. Edizione 2023. Rapporti 393/2023. Roma, Dicembre 2023.
(6) Decreto Legislativo 3 settembre 2020, n.116. Attuazione della direttiva (UE) 2018/851 che modifica la direttiva 2008/98/CE relativa ai rifiuti e attuazione della direttiva (UE) 2018/852 che modifica la direttiva 1994/62/CE sugli imballaggi e i rifiuti di imballaggio. G.U. n. 226 del 11 settembre 2020.
(7) Eurostat. Waste. Disponibile sul sito: https://ec.europa.eu/eurostat/web/waste.
(8) Direttiva 2008/98/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 19 novembre 2008 relativa ai rifiuti e che abroga alcune direttive. G.U. UE L312/3 del 22 novembre 2008.
(9) Decreto Legislativo 3 dicembre 2010, n. 205. Disposizioni di attuazione della direttiva 2008/98/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 19 novembre 2008 relativa ai rifiuti e che abroga alcune direttive. G.U. n. 288 del 10 dicembre 2010.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 124

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 125

Sopravvivenza e mortalità per causa

In questo Capitolo vengono presentati i dati per la speranza di vita alla nascita e a 65 anni nel periodo 2019-2023.

Come noto, il 2020 e il 2021 sono stati 2 anni drammatici che hanno visto la comparsa e la diffusione della pandemia di COVID-19, con l'Italia che è stata duramente colpita in termini di decessi. Di conseguenza, la speranza di vita ha subito forti perdite nel 2020 e un tentativo di recupero nell'anno successivo (2021). Il 2022 è stato caratterizzato da una situazione di lieve ripresa per gli uomini e stabile per le donne. Con il 2023 si recupera, completamente per gli uomini e quasi completamente per le donne, la perdita del primo anno di pandemia.

Al 2023, dalle stime Istat, la speranza di vita alla nascita è pari a 81,1 anni per gli uomini e 85,2 anni per le donne.

Sia per gli uomini sia per le donne è la PA di Trento a presentare la maggiore durata media di vita (rispettivamente, 82,4 anni e 86,9 anni). La Campania, invece, presenta il valore più basso, tanto per gli uomini (79,4 anni) quanto per le donne (83,6 anni).

Per la mortalità per causa si analizzano i dati del 2021, secondo anno di diffusione in Italia della pandemia di COVID-19. I decessi sono diminuiti (da 743 mila circa del 2020 a poco più di 704 mila del 2021), come anche il tasso di mortalità nazionale (da 119,4 del 2020 a 111,7 per 10.000 uomini e da 77,7 a 73,9 per 10.000 donne).

Nel 2021 la geografia della mortalità, tuttavia, evidenzia da una parte quelle regioni del Nord (Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, PA di Bolzano, PA di Trento, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna) in cui diminuiscono gli effetti del COVID-19, con conseguente calo della mortalità generale, dall'altra parte, dalla Toscana in giù includendo la Sicilia, la mortalità per COVID-19 è decisamente peggiorata rispetto al 2020, contribuendo in molte di queste regioni ad un ulteriore crescita del tasso di mortalità.

In tale scenario la mortalità generale del 2021 continua ad essere più alta rispetto al valore medio registrato prima della diffusione della pandemia (valore medio del quinquennio 2015-2019 normalmente assunto come riferimento per valutare l'impatto della pandemia), con la Campania che torna ad essere la regione con la situazione peggiore, a cui si contrappongono le PA di Bolzano e Trento.

Per quanto riguarda la mortalità della fascia di età 30-69 anni dovuta a tumori maligni, diabete mellito, malattie cardiovascolari e malattie respiratorie croniche (*Sustainable Development Goals Indicator* 3.4.1 riguardante la mortalità precoce), dal 2004 al 2021 il tasso medio italiano è diminuito di circa il 35% per gli uomini, passando da un valore di 386,7 per 100.000 a circa 250 per 100.000, e del 22% per le donne, scendendo da 201,4 per 100.000 a circa 157 per 100.000 abitanti. Le differenze a livello territoriale, però, non si sono colmate con il passare degli anni, anzi la distanza tra Centro-Nord e Mezzogiorno si è accentuata.

G. DI FRAIA

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 126

Livelli e dinamica della sopravvivenza

Significato. La sopravvivenza viene misurata utilizzando come indicatore la speranza di vita (o durata media della vita o vita media) all'età *y* che rappresenta il numero medio di anni che una persona, alla data dell'y^{mo} compleanno in un certo anno di calendario, potrebbe aspettarsi di vivere se, nel corso della sua esistenza futura, fosse esposta ai rischi di morte osservati in quello stesso anno di calendario a partire dall'età *y*.

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

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

Significato delle variabili: x = età, varia da y a ω-1 (ω = età massima raggiunta da almeno un componente della popolazione);
L_x = numero di anni vissuti tra le età x e x+1 dalla generazione fittizia della tavola di mortalità;
l_y = numero di sopravviventi all'età y della generazione fittizia della tavola di mortalità.

Validità e limiti. Tra i vantaggi di questo indicatore c'è quello di essere indipendente dalla struttura per età della popolazione permettendo, così, di effettuare confronti nel tempo e nello spazio. Occorre, però, sottolineare che esso è il risultato di un modello teorico che presuppone la completa stazionarietà dei rischi di morte alle diverse età. Solo in questa ipotesi, infatti, le persone che compiono una certa età in un dato anno di calendario potrebbero avere la durata media della vita espressa dall'indicatore.
Si tratta, in definitiva, di un indicatore calcolato sui contemporanei (persone viventi di diverse età) e letto come se esprimesse la storia di sopravvivenza di una generazione (persone che oggi hanno la stessa età e che, quindi, appartengono ad una stessa generazione).

Descrizione dei risultati

Al 2023, dalle stime prodotte dall'Istat, la speranza di vita alla nascita è pari a 81,1 anni per gli uomini e 85,2 anni per le donne (Tabella 1).
L'aumento della mortalità dovuta alla diffusione dell'epidemia di COVID-19 ha causato una forte riduzione della speranza di vita alla nascita nel 2020. Per gli uomini, dal 2021 al 2023, c'è stata una continua ripresa, che ha permesso di tornare alla situazione pre-pandemica nel 2023. Per le donne la speranza di vita è aumentata nel 2021 mentre è rimasta stabile nel 2022, ed è nuovamente aumentata nel 2023, attestandosi su valori ancora di poco inferiori rispetto al periodo pre-pandemia.
Negli anni passati, le differenze di genere si stavano sempre più riducendo, vedendo un avvicinamento della speranza di vita di uomini e donne, ma con le seconde comunque in vantaggio. Nel 2019 tale vantaggio era pari a 4,3 anni. Il COVID-19, che ha colpito più gli uomini in termini di mortalità, ha fatto sì che tale distanza aumentasse nuovamente a favore delle donne nel 2020 e nel 2021. Dal 2022 gli uomini hanno iniziato nuovamente il recupero sulle donne riducendo il distacco. Al 2023 le donne hanno una speranza di vita di 4,1 anni in più rispetto agli uomini, riducendo quindi il divario rispetto al periodo pre-pandemia. Nel corso di 5 anni, 2019-2023, gli uomini sono tornati alla situazione del 2019, le donne hanno perso 0,2 anni.
Le differenze territoriali evidenziano che la distanza massima tra le regioni è di 3,0 anni per gli uomini e di 3,3 anni per le donne: è la PA di Trento ad avere il primato per la speranza di vita alla nascita tanto per gli uomini quanto per le donne: 1,3 anni in più rispetto al dato nazionale per i primi, 1,7 anni per le seconde. La regione più sfavorita è la Campania per entrambi i generi.
Come visto, la graduatoria trova per gli uomini la PA di Trento al 1° posto, con un valore pari a 82,4 anni, seguita dalla PA di Bolzano (82,0 anni), dalla Lombardia e dalla Toscana (entrambe con 81,9 anni). La Campania risulta essere la regione con la speranza di vita più bassa (79,4 anni).
Per le donne della PA di Trento la speranza di vita alla nascita è pari a 86,9 anni, seguita dalla PA di Bolzano (86,2 anni) e dal Veneto (86,0 anni). In ultima posizione, ancora una volta, c'è la Campania (83,6 anni), regione nella quale una donna vive 1,6 anni in meno rispetto al dato nazionale. Segue la Sicilia con una speranza di vita pari a 83,8 anni.
Come sottolineato nelle Edizioni precedenti del Rapporto Osservasalute, gli uomini nel 2020 hanno perso più di 1 anno di vita rispetto al 2019 (-1,3 anni), con il virus che ha colpito, soprattutto nella prima ondata, maggiormente il Nord-Italia che, quindi, ha visto un decremento maggiore nella speranza di vita (in media -1,8 anni). In tutte le regioni settentrionali è stato perso almeno 1 anno di vita. Minori rispetto al Nord sono state le perdite per il Centro e il Mezzogiorno (rispettivamente, -0,7 anni e -0,8 anni) nel corso del 2020.
Nel corso degli anni successivi (2021-2022-2023), a

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 127

livello nazionale si è tornati alla situazione del 2019. Nel 2023, rispetto al 2019, il Nord presenta una speranza di vita di 0,3 anni superiore rispetto al 2019, il Centro ha 0,1 anni in più, mentre il Meridione si trova indietro di -0,3 anni rispetto al periodo pre-pandemia. Nel 2023, tutte le regioni settentrionali, esclusi il Friuli Venezia Giulia e il Veneto, presentano una speranza di vita, superiore rispetto al 2019. Gli incrementi maggiori si riscontrano per la Lombardia e la PA di Trento (entrambe +0,4 anni). Non consideriamo la Valle d'Aosta che, a causa della ridotta ampiezza demografica, può subire oscillazioni elevate nella speranza di vita anche con lievi variazioni nel numero di morti. Al Centro, è la sola Toscana a vedere un incremento della speranza di vita (+0,2 anni). Al Meridione, invece, tutte le regioni (esclusa la Basilicata) sono ancora indietro rispetto al 2019 con perdite che arrivano a -0,5 anni per Abruzzo, Puglia e Calabria.

Le donne nel 2020 hanno perso quasi 1 anno di vita rispetto al 2019 (-0,9 anni). Come per gli uomini, anche per le donne il virus nella prima ondata ha colpito maggiormente le regioni del Nord-Italia che hanno subito un decremento maggiore nella speranza di vita (in media -1,4 anni). Minori rispetto al Nord sono state le perdite nel corso del 2020 per il Centro e il Mezzogiorno (entrambi -0,5 anni).

Come visto, a livello nazionale, al 2023 la speranza di vita è inferiore di -0,2 anni rispetto al 2019. A livello di ripartizione, al 2023, rispetto al 2019, il Nord presenta ancora una speranza di vita di -0,1 anni, il Centro ha nuovamente e raggiunto i livelli del 2019, mentre il Meridione si trova indietro di -0,3 anni rispetto al periodo pre-pandemia.

Al Nord, al 2023, la PA di Trento presenta una speranza di vita maggiore del 2019, la Lombardia e la PA di Bolzano presentano la stessa speranza di vita del 2019, mentre tutte le restanti regioni presentano una speranza di vita al 2023, inferiore rispetto al 2019. Al Centro è la sola Toscana a vedere una stabilità della speranza di vita, le altre regioni hanno tutte subito un calo. Nel Meridione, invece, tutte le regioni (esclusa la Basilicata) sono ancora indietro rispetto al 2019 con perdite che arrivano a -0,9 anni per il Molise.

All'età di 65 anni, un uomo ha ancora davanti a sé mediamente 19,5 anni di vita ed una donna 22,4 anni (Tabella 2). Per gli uomini la PA di Trento è in testa alla classifica (20,5 anni). Segue la PA di Bolzano (20,1 anni) e a pari merito Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana e Marche (19,9 anni). Gli uomini della Campania presentano la speranza di vita più bassa (18,4 anni), seguiti da Sicilia (18,7 anni) e Calabria (18,8 anni).

Per le donne, il primato spetta alla PA di Trento (23,9 anni), con 0,5 anni in più rispetto alla seconda regione: la PA di Bolzano con 23,4 anni. Seguono Veneto, Friuli Venezia Giulia e Umbria (tutte con 23,0 anni). In ultima posizione si trova la Campania (21,1 anni) seguita dalla Sicilia (21,3 anni).

Anche per le persone in età 65 ed oltre, è il Nord ad aver subito le maggiori perdite dal 2019 al 2020 (-1,7 anni gli uomini, -1,4 anni le donne), seguito dal Centro (-0,7 anni gli uomini, -0,5 anni le donne) e dal Mezzogiorno (-0,6 anni gli uomini, -0,4 le donne). Nell'anno successivo (2021) il Nord ha visto migliorare la propria speranza di vita, rimanendo però ancora al di sotto della situazione pre-pandemica. Ad eccezione degli uomini del Centro il cui valore è rimasto stabile, le donne del Centro e il Mezzogiorno (sia uomini sia donne) hanno subito un decremento anche nel 2021. Nel 2022 gli uomini vedono crescere di poco la speranza di vita (+0,1 anni), mentre le donne vedono ancora una leggera diminuzione (-0,1 anni). Nel 2023 gli uomini vedono una ripresa di 0,6 anni e le donne di 0,5 anni rispetto all'anno precedente. Al 2023, a livello nazionale, gli uomini di 65 anni sono tornati alla situazione del 2019; a livello di ripartizione il Nord ha incrementato di 0,2 anni la speranza di vita, il Centro l'ha mantenuta stabile e il Meridione ha subito un indietreggiamento di -0,1 anni. Le donne, invece, al 2023 sono indietro rispetto al 2019 (-0,2 anni), con decrementi in tutte le ripartizioni: Nord e Centro -0,1 anni, Mezzogiorno -0,3 anni.

Si è visto come la speranza di vita alla nascita e la speranza di vita a 65 anni abbiano andamenti molto simili, questo è dovuto al fatto che i decessi dovuti alla pandemia si concentrano soprattutto tra gli anziani.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 128

Tabella 1 - *Speranza di vita (valori in anni) alla nascita e variazione (valori assoluti) per genere, regione e macroarea - Anni 2019-2023*

Regioni/Macroaree	Maschi							Femmine						
	2019	2020	2021	2022	2023*	Δ (2023*-2022)	Δ (2023*-2019)	2019	2020	2021	2022	2023*	Δ (2023*-2022)	Δ (2023*-2019)
Piemonte	80.8	79.1	80.2	80.4	81.0	0.6	0.2	85.2	83.9	84.8	84.7	85.1	0.4	-0.1
Valle d'Aosta	79.9	78.4	80.3	80.5	81.5	1.0	1.6	85.6	83.5	84.4	84.2	84.9	0.7	-0.7
Lombardia	81.5	79.0	80.9	81.1	81.9	0.8	0.4	85.9	84.0	85.4	85.3	85.9	0.6	0.0
Bolzano-Bozen	*81.8*	*80.7*	*81.3*	*81.2*	*82.0*	*0.8*	*0.3*	*86.2*	*85.0*	*85.6*	*85.7*	*86.2*	*0.5*	*0.0*
Trento	*82.0*	*80.5*	*81.5*	*82.1*	*82.4*	*0.3*	*0.4*	*86.6*	*85.2*	*86.4*	*86.3*	*86.9*	*0.6*	*0.2*
Veneto	81.7	80.7	81.1	81.3	81.7	0.4	0.0	86.1	85.2	85.7	85.6	86.0	0.4	-0.1
Friuli Venezia Giulia	81.3	80.3	79.9	80.7	81.1	0.4	-0.1	85.9	85.1	84.9	85.4	85.7	0.3	-0.2
Liguria	80.9	79.3	80.6	80.4	81.1	0.7	0.2	85.5	84.1	85.0	84.7	85.2	0.5	-0.3
Emilia-Romagna	81.6	80.3	80.9	81.4	81.8	0.4	0.1	85.7	84.8	85.2	85.2	85.6	0.4	-0.1
Toscana	81.7	81.1	81.2	81.3	81.9	0.6	0.2	85.8	85.3	85.3	85.4	85.8	0.4	0.0
Umbria	82.1	81.2	81.0	81.2	81.6	0.4	-0.5	86.2	85.7	85.5	85.4	85.9	0.5	-0.3
Marche	81.9	81.0	81.1	81.2	81.8	0.6	-0.2	86.1	85.2	85.2	85.4	85.9	0.5	-0.2
Lazio	81.4	80.5	80.4	80.8	81.3	0.5	-0.1	85.5	84.9	84.8	85.1	85.4	0.3	-0.1
Abruzzo	81.2	80.2	80.4	80.3	80.6	0.3	-0.5	85.7	85.1	84.9	85.0	85.5	0.5	-0.2
Molise	80.5	79.8	78.7	79.6	80.0	0.4	-0.4	85.7	84.7	84.3	84.4	84.9	0.5	-0.9
Campania	79.7	78.5	78.6	79.0	79.4	0.4	-0.3	83.9	83.4	83.0	83.1	83.6	0.5	-0.3
Puglia	81.4	80.2	79.9	80.6	80.9	0.3	-0.5	85.4	84.6	84.2	84.6	84.9	0.3	-0.5
Basilicata	80.4	80.0	80.0	79.9	80.4	0.5	0.0	84.8	84.6	84.6	84.4	84.8	0.4	0.0
Calabria	80.3	79.9	79.4	79.6	79.8	0.2	-0.5	84.8	84.5	83.8	83.9	84.2	0.3	-0.6
Sicilia	80.2	79.4	79.2	79.4	79.9	0.5	-0.3	84.2	83.7	83.3	83.4	83.8	0.4	-0.4
Sardegna	80.4	79.8	79.9	79.6	80.0	0.4	-0.4	85.8	85.0	85.5	84.6	85.2	0.6	-0.7
Nord	*81.4*	*79.6*	*80.8*	*81.0*	*81.7*	*0.7*	*0.3*	*85.8*	*84.4*	*85.3*	*85.2*	*85.7*	*0.5*	*-0.1*
Centro	*81.5*	*80.8*	*80.8*	*81.1*	*81.6*	*0.5*	*0.1*	*85.6*	*85.1*	*85.1*	*85.2*	*85.6*	*0.4*	*0.0*
Mezzogiorno	*80.3*	*79.5*	*79.4*	*79.7*	*80.0*	*0.3*	*-0.3*	*84.6*	*84.1*	*83.8*	*83.9*	*84.3*	*0.4*	*-0.3*
Italia	**81.1**	**79.8**	**80.3**	**80.6**	**81.1**	**0.5**	**0.0**	**85.4**	**84.5**	**84.8**	**84.8**	**85.2**	**0.4**	**-0.2**

*Valori stimati.

Nota: i valori in tabella sono arrotondati al primo decimale; la differenza presentata nella tabella fa riferimento ai valori originali non arrotondati.

Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat disponibili nel sito www.demo.istat.it. Anno 2024.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 129

Tabella 2 - *Speranza di vita (valori in anni) all'età di 65 anni e variazione (valori assoluti) per genere, regione e macroarea - Anni 2019-2023*

Regioni/Macroaree	Maschi							Femmine						
	2019	2020	2021	2022	2023*	Δ (2023*-2022)	Δ (2023*-2019)	2019	2020	2021	2022	2023*	Δ (2023*-2022)	Δ (2023*-2019)
Piemonte	19.2	17.6	18.7	18.7	19.4	0.7	0.2	22.4	21.1	22.0	21.8	22.4	0.6	-0.1
Valle d'Aosta	18.9	17.3	18.9	19.1	19.7	0.6	0.8	22.9	20.6	22.1	22.2	22.5	0.3	-0.4
Lombardia	19.6	17.2	19.0	19.2	19.9	0.7	0.3	22.9	21.1	22.5	22.3	22.9	0.6	0.0
Bolzano-Bozen	*20.2*	*19.0*	*19.5*	*19.5*	*20.1*	*0.6*	*-0.1*	*23.6*	*22.2*	*22.7*	*22.7*	*23.4*	*0.7*	*-0.1*
Trento	*20.2*	*18.6*	*19.7*	*20.0*	*20.5*	*0.5*	*0.3*	*23.7*	*22.2*	*23.4*	*23.4*	*23.9*	*0.5*	*0.2*
Veneto	19.8	18.8	19.3	19.3	19.9	0.6	0.0	23.1	22.2	22.7	22.5	23.0	0.5	-0.1
Friuli Venezia Giulia	19.6	18.5	18.2	19.0	19.5	0.5	-0.2	23.0	22.2	22.1	22.5	23.0	0.5	-0.1
Liguria	19.4	17.9	18.8	18.7	19.4	0.7	0.0	22.7	21.4	22.3	21.9	22.4	0.5	-0.3
Emilia-Romagna	19.8	18.5	19.2	19.5	19.9	0.4	0.1	22.8	21.8	22.2	22.2	22.6	0.4	-0.1
Toscana	19.8	19.1	19.2	19.3	19.9	0.6	0.1	22.9	22.3	22.4	22.3	22.8	0.5	-0.1
Umbria	20.2	19.5	19.3	19.5	19.8	0.3	-0.3	23.3	22.8	22.6	22.5	23.0	0.5	-0.4
Marche	20.1	19.0	19.2	19.4	19.9	0.5	-0.1	23.2	22.3	22.3	22.5	22.9	0.4	-0.2
Lazio	19.7	18.9	18.8	19.1	19.5	0.4	-0.1	22.7	22.1	22.1	22.1	22.5	0.4	-0.2
Abruzzo	19.7	18.8	18.9	18.7	19.2	0.5	-0.5	22.9	22.3	22.2	22.1	22.6	0.5	-0.3
Molise	19.6	18.9	18.1	18.7	19.2	0.5	-0.4	22.7	22.2	21.8	21.6	22.1	0.5	-0.6
Campania	18.5	17.6	17.7	18.0	18.4	0.4	-0.1	21.4	21.0	20.6	20.6	21.1	0.5	-0.3
Puglia	19.6	18.8	18.5	19.1	19.5	0.4	-0.2	22.6	21.9	21.5	22.0	22.2	0.2	-0.4
Basilicata	19.3	19.1	19.0	18.8	19.1	0.3	-0.3	22.2	22.2	21.9	21.7	22.2	0.5	0.0
Calabria	19.2	18.8	18.4	18.5	18.8	0.3	-0.3	22.2	22.0	21.4	21.4	21.8	0.4	-0.5
Sicilia	18.8	18.3	18.1	18.2	18.7	0.5	-0.2	21.6	21.3	20.9	20.9	21.3	0.4	-0.3
Sardegna	19.5	18.9	19.1	18.6	19.2	0.6	-0.3	23.1	22.4	22.7	22.0	22.5	0.5	-0.6
Nord	*19.6*	*17.9*	*19.0*	*19.2*	*19.8*	*0.6*	*0.2*	*22.9*	*21.5*	*22.4*	*22.3*	*22.8*	*0.5*	*-0.1*
Centro	*19.7*	*19.0*	*19.0*	*19.2*	*19.7*	*0.5*	*0.0*	*22.8*	*22.3*	*22.2*	*22.3*	*22.7*	*0.4*	*-0.1*
Mezzogiorno	*19.0*	*18.4*	*18.3*	*18.4*	*18.9*	*0.5*	*-0.1*	*22.0*	*21.6*	*21.3*	*21.3*	*21.7*	*0.4*	*-0.3*
Italia	**19.4**	**18.3**	**18.8**	**18.9**	**19.5**	**0.6**	**0.0**	**22.6**	**21.7**	**22.0**	**21.9**	**22.4**	**0.5**	**-0.2**

*Valori stimati.

Nota: i valori in tabella sono arrotondati al primo decimale; la differenza presentata nella tabella fa riferimento ai valori originali non arrotondati.

Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat disponibili nel sito www.demo.istat.it. Anno 2024.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 130

Mortalità per causa per classi di età

Significato. La mortalità per causa viene misurata attraverso tassi std, complessivi e specifici per grandi classi di età (1-19; 20-39; 40-59; 60-74; 75-89; 90 anni ed oltre). Essi rappresentano il numero di decessi (totale e per grandi classi di età) che si osserverebbe, per una specifica causa o per gruppi di cause, in una popolazione di 10.000 persone con una struttura per età uguale a quella considerata nell'*European Standard Population*, Edizione 2013, proposta dalla banca dati europea Eurostat.
I dati analitici utilizzati nel calcolo (diffusi dall'Istat e disponibili sulla banca dati "I.stat") sono rappresentati, per ogni anno di osservazione, dai quozienti specifici per classi di età quinquennali (con l'eccezione delle classi 1-4 e 95 anni ed oltre), genere e causa.

Tasso di mortalità

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

Significato delle variabili: $D_{x,r}^i$ rappresenta il numero dei decessi all'età x per causa i nella provincia o regione r;
$P_{x,r}$ rappresenta l'ammontare della popolazione di età x nella provincia o regione r.

Validità e limiti. Come tutti i tassi std, anche quello di mortalità per causa non rappresenta una misura reale del fenomeno, in quanto indica il valore che il tasso di mortalità per una certa causa di morte assumerebbe qualora la struttura per età della popolazione considerata fosse uguale a quella della popolazione scelta come standard. Come pregio, il tasso std consente di effettuare confronti, tanto temporali che territoriali, al netto dell'influenza delle strutture demografiche reali delle popolazioni messe a confronto.

Descrizione dei risultati

L'analisi si concentra sui dati definitivi del 2021 diffusi dall'Istat attraverso l'Indagine su decessi e cause di morte. Come sottolineato già in passato, l'indagine ha una copertura totale e il suo campo di osservazione è costituito dall'insieme di tutti i decessi che si verificano sul territorio nazionale (popolazione presente) in un anno di calendario, per i quali vengono rilevate informazioni demo-sociali e di carattere sanitario. Le informazioni mediche contenute nei certificati di morte di ogni singolo individuo deceduto vengono codificate in base alla ICD-10 dell'OMS[1]. Tale processo richiede quasi 2 anni tra la raccolta dei dati (la scheda di morte Istat) e la pubblicazione dei dati finali, nel pieno rispetto del regolamento della banca dati europea Eurostat che fissa appunto a 2 anni la distanza tra data di evento e data di pubblicazione dell'informazione della mortalità per causa di morte.
Per i dati del 2021 l'attenzione è ancora rivolta agli effetti della pandemia di COVID-19, con l'analisi degli andamenti della mortalità per causa per regione di residenza, per genere e classi di età, rispetto sia al 2020 (disponibili sul Rapporto Osservasalute - Edizione 2022 Indicatore "Mortalità per causa per classi di età"), sia al quinquennio 2015-2019 (valore medio) che precede l'anno di diffusione della pandemia. Sul sito web dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane (*www.osservatoriosullasalute.it*) è disponibile una serie storica più ampia dell'indicatore della mortalità per causa (declinato per regione di residenza, genere e classi di età), come anche degli altri *core indicators* pubblicati in questi anni in questo Capitolo: mortalità infantile, mortalità precoce e mortalità sepsi-correlata (queste ultime sono presenti anche in Appendice).
Nel 2021, il numero di decessi in Italia è pari a 704.312 (individui residenti), con un tasso di mortalità di 111,7 per 10.000 uomini e 73,9 per 10.000 donne. Si tratta di un dato che seppur in calo a livello nazionale rispetto al 2020, è il risultato di andamenti regionali decisamente diversificati. Se nel 2020 gli effetti della pandemia hanno portato all'incremento della mortalità in tutte le regioni, il 2021 fa registrare da un lato una riduzione dei decessi e dei rischi di morte delle regioni che hanno maggiormente pagato in termini di mortalità l'anno precedente (tutte situate al Nord), dall'altro si ha un aumento della mortalità in gran parte delle regioni centro-meridionali (Tabella 1, Tabella 2).
Per quanto riguarda le regioni del Nord, la diminuzione della mortalità del 2021 è dovuta, principalmente, al contenimento degli effetti della pandemia. In Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, PA di Bolzano, PA di Trento, Veneto, Liguria ed Emilia-Romagna, per entrambi i generi si riduce notevolmente la mortalità per COVID-19 a cui si aggiunge il calo (in quasi tutte) delle altre principali cause come le malattie del sistema circolatorio e del sistema respiratorio, dei tumori e delle patologie endocrine (Tabella 3, Tabella 4). L'unica eccezione è il Friuli Venezia Giulia, dove la

[1]Istat, Indagine su decessi e cause di morte. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/archivio/4216.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 131

mortalità per COVID-19 cresce del 61% per gli uomini e del 43% per le donne. Da notare come, nonostante si registri un miglioramento tra il 2020 e il 2021, nelle regioni citate, la mortalità resti più alta rispetto al valore medio del quinquennio pre-pandemia 2015-2019.
Nelle altre regioni della penisola, dalla Toscana in giù includendo la Sicilia, la mortalità per COVID-19 è peggiorata rispetto al 2020, contribuendo in maniera importante alla determinazione del livello della mortalità generale. È il caso, ad esempio, della Calabria, del Molise, della Sicilia o della Puglia, dove la pandemia, e in parte anche altri gruppi di patologie (tra cui le malattie endocrine e le "mal definite"[2], hanno avuto un ruolo decisivo nell'incremento del tasso di mortalità, sia per gli uomini che per le donne. La Sardegna è l'unica regione, al di fuori della ripartizione settentrionale, che nel 2021 registra un calo del tasso di mortalità per COVID-19 e per il totale delle cause di morte.

Classe di età 1-19 anni
Il tasso del 2021, in Italia, si attesta sui 13 decessi per 100.000 maschi e a 9,3 per 100.000 femmine, valori quindi leggermente più alti rispetto all'anno precedente (Tabella 5, Tabella 6). Se si esclude la Valle d'Aosta, dove non si registrano decessi fino ai 19 anni, i valori più bassi si hanno in Basilicata (sia per i maschi che per le femmine). La mortalità maschile più alta (con almeno 15 decessi per 100.000) si ha in Sardegna, Friuli Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Sicilia, Campania e Veneto, quella femminile invece si ha in Molise, (con circa 20 decessi per 100.000), nelle PA di Bolzano e Trento e in Umbria con circa 13 decessi per 100.000 abitanti. Il dato sostanziale di questa classe di età rimane l'esiguo numero di decessi. Questo rende soggetti a forti oscillazioni casuali i tassi per le principali cause di morte che sono le cause esterne, i tumori e le malattie del sistema nervoso, che non si presentano necessariamente in questo ordine a livello regionale.

Classe di età 20-39 anni
In questa fascia di età è molto evidente la differenza di genere, con gli uomini decisamente più svantaggiati. A fare la differenza è la mortalità dovuta alle cause violente che per le donne del 2021 non supera in nessuna regione i 10 decessi per 100.000 abitanti (la media nazionale è di 5,5 per 100.000), mentre i valori massimi tra gli uomini variano da circa 11 decessi per 100.000 della Campania agli oltre 34 per 100.000 della Sardegna (Tabella 7, Tabella 8). Le altre cause principali sono: i tumori, la cui mortalità incide in modo analogo sia per gli uomini che per le donne e le malattie del sistema circolatorio, con tassi più alti per il genere maschile.
Trattandosi di un livello di mortalità molto basso, i trend a livello regionale e per causa di morte, sono suscettibili di evidenti variazioni da un anno all'altro. Se comunque confrontiamo i dati di questo anno con il 2020 e con il dato medio del quinquennio 2015-2019, la mortalità sembra essere in leggero aumento. Per entrambi i generi, infatti, la maggior parte delle regioni è interessata da tale variazione, anche se con intensità molto diverse. Tra i casi più evidenti si segnalano il Lazio, la Toscana, , l'Umbria e il Molise dove per gli uomini, rispetto al 2015-2019 si verificano incrementi tra il 20-30%. Tra le donne si sottolineano i casi della Liguria con un +68% e della Calabria con +28%.

Classe di età 40-59 anni
Come abbiamo avuto modo di evidenziare nel Rapporto Osservasalute - Edizione 2022, è dai 40 anni in su che gli effetti del COVID-19 assumono un ruolo importante. Nel 2021, la mortalità generale è peggiorata in quasi tutte le regioni e le poche eccezioni si hanno, soprattutto, dove la mortalità dovuta al virus si è ridimensionata. In entrambi i generi una diminuzione si osserva, considerando le regioni settentrionali, in Lombardia, PA di Bolzano e Liguria a cui si aggiunge, per le donne, la PA di Trento e il Piemonte (Tabella 9, Tabella 10). Soffermandoci sull'andamento della mortalità per COVID-19, si osserva che in molte regioni, soprattutto del Centro e del Meridione, gli incrementi sono stati decisamente elevati rispetto all'anno prima: per citarne alcune, tra gli uomini, il Molise (+248%), la Calabria (+208%), l'Umbria (+107%), la Sicilia (+98%) e la Puglia (+86%); per le femmine, l'Umbria (il tasso passa da 2,1 per 100.000 del 2020 a 14,4 per 100.000 del 2021), la Calabria (+308%) e la Basilicata (+404%). Tra la popolazione femminile, con incrementi più contenuti si aggiungono anche alcune regioni del Nord: Friuli Venezia Giulia e Veneto (oltre il 65% di mortalità in più) e le due PA (tra il 30-50%).
Dal confronto dei dati del 2021 con il quinquennio 2015-2019, si può vedere che la mortalità maschile diminuisce in maniera più evidente solo in poche regioni (PA di Bolzano -13%, Abruzzo -5%, Liguria -4%, Friuli Venezia Giulia -3%), nonostante le due principali cause di morte, tumori e malattie cardiocircolatorie dei decessi, diminuiscano in tutte le altre regioni (per le malattie del sistema circolatorio fanno eccezione l'Emilia-Romagna e la Valle d'Aosta). Analogamente per le donne, le uniche regioni con un trend negativo sono PA di Trento (-11%), PA Bolzano (-8%), Sardegna (-7%), Liguria (-6%) e Lombardia (-2%), pur avendo, nella maggior parte del Paese, tassi in netta diminuzione per i tumori e/o le malattie cardiovascolari. Tale scenario evidenzia l'impatto della pandemia sul trend della mortalità totale, nonostante la riduzione per i primi due

[2]Il gruppo dei Sintomi, segni e risultati anomali è influenzato dalla modifica da parte dell'OMS delle regole di codifica della ICD-10 a partire dai dati del 2020.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 132

gruppi di cause che in Italia insieme spiegano circa la metà della mortalità tra 40-59 anni.

Classe di età 60-74 anni

La variazione tra il 2020 e il 2021 del dato medio nazionale (per gli uomini -5,1%, per le donne +0,3%) nasconde, anche in questa classe di età, andamenti regionali decisamente diversificati (Tabella 11, Tabella 12). Da un lato ci sono le regioni che vedono ridursi i rischi di morte (tra cui Lombardia con -22% per gli uomini e -12% per le donne, Liguria circa -11% per entrambi, Valle d'Aosta -15% e -4%, Piemonte -11% e -5%, Emilia-Romagna -10% e -3%), dall'altro quelle in cui la mortalità è peggiorata (tra cui Molise con +18% per gli uomini e +10% per le donne, Friuli Venezia Giulia con +10% e +6%, Puglia +8% e +11%, Sicilia +5% e +7%, Calabria +4% e +7%) e, in entrambi i casi, ciò è dovuto principalmente alla dinamica della mortalità per COVID-19.

All'evoluzione generale contribuiscono, ovviamente, le variazioni delle altre principali cause di morte. Ad esempio, nel caso della popolazione maschile del Molise, oltre al COVID-19 (+177%) è cresciuta sensibilmente anche la mortalità per malattie del sistema circolatorio (+32%) e delle malattie endocrine (+21%), da cui risulta il tasso di mortalità maschile peggiore del Paese (1.845,6 per 100.000, con una media nazionale di 1.483,7 per 100.000). Similmente, le donne della Campania vedono incrementare il proprio svantaggio rispetto al resto del Paese (1.086,4 decessi per 100.000, con una media nazionale pari a 813,1 per 100.000), a causa del peggioramento sia della mortalità per COVID-19 (+99%) sia, tra le altre, per le malattie del sistema nervoso (+19%) e dell'apparato respiratorio (+19%).

C'è da dire che, rispetto al periodo pre-pandemia (quinquennio 2015-2019), per tutte le regioni (nonostante i recuperi di alcune) e per entrambi i sessi (tranne per le donne della Basilicata) si registra un tasso di mortalità in crescita imputabile sia al COVID-19 sia, in molte regioni, alle malattie endocrine per i maschi (in Italia il tasso aumenta dell'8% circa) e alle malattie del sistema nervoso per le femmine (il tasso nazionale aumenta del 9%).

Classe di età 75-89 anni

Per gli uomini di questa fascia di età la mortalità risulta più alta rispetto al 2020 in Molise (+11%), Calabria (+6%), Umbria (+4%), Sicilia (+3%), Puglia (+2%) e in Friuli Venezia Giulia (+1%) (Tabella 13, Tabella 14). Tutte queste regioni sono state interessate da incrementi importanti della mortalità per COVID-19, come anche la Campania, il Lazio, la Toscana, la Basilicata e l'Abruzzo dove però il tasso totale risulta in diminuzione (*range* da -1% a -5%). Al contrario la mortalità complessiva diminuisce (ma con valori tra il 10-25% circa) in quelle regioni in cui il virus ha ridotto notevolmente i suoi effetti: Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, PA di Bolzano, PA di Trento, Veneto, Liguria ed Emilia-Romagna (dove, comunque, i livelli del tasso per COVID-19 restano tra i più alti d'Italia). L'andamento generale del 2021, comunque, non è conseguenza solo del virus, ma anche di patologie, come quelle dell'apparato respiratorio che risultano in evidente calo in tutta Italia (dato medio nazionale -21%). Per concludere il quadro che riguarda gli uomini, le regioni che quest'anno presentano una mortalità totale sopra la media nazionale sono (in ordine decrescente di tasso): Campania, Sicilia, Molise, Calabria, Friuli Venezia Giulia, Puglia e Piemonte.

Per le donne la mortalità si è alzata rispetto al 2020 in Umbria e in tutto il Mezzogiorno, eccetto la Sardegna, e anche in questo caso tale risultato è in gran parte imputabile all'intensificarsi della pandemia. Tra le regioni con gli incrementi più alti ci sono Calabria (+120%), Sicilia (+83%), Puglia (+71%), Molise (+70%), Basilicata (+61%), Campania (+60%) e Umbria (+45%).

Laddove il tasso totale diminuisce (dal Piemonte alla Toscana, secondo l'ordine in tabella, escluso il Friuli Venezia Giulia), ciò è principalmente imputabile a riduzioni di mortalità per COVID-19, per malattie del sistema respiratorio (tranne nella PA di Bolzano dove cresce del 21%) e per le malattie del sistema nervoso (ad eccezione di Valle d'Aosta, dove risulta un +50% ed Emilia-Romagna con +15%). In generale, le donne di età 75-89 anni più svantaggiate sono quelle di Campania, Sicilia, Calabria, Puglia, Basilicata, Molise, Lazio e Abruzzo.

Anche per questa classe di età, in quasi tutte le regioni, sia per gli uomini (tranne in Valle d'Aosta) che per le donne (tranne Valle d'Aosta e Liguria), la mortalità supera quella del periodo 2015-2019, in quanto si registra un peggioramento soprattutto delle malattie endocrine e delle malattie del sistema nervoso, oltre ovviamente alla diffusione della pandemia da COVID-19.

Classe di età 90 anni ed oltre

Anche tra gli ultra 90enni sulla contrazione rispetto al 2020 del dato medio nazionale (-7% per gli uomini e -8% per le donne) pesa soprattutto quanto si è verificato nelle regioni del Nord (Tabella 15, Tabella 16). Tra queste spiccano Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, PA di Trento, Veneto e Liguria dove la mortalità totale per entrambi i generi (a cui si aggiungono la PA di Bolzano e il Friuli Venezia Giulia per le sole donne) si riduce di almeno il 10% circa, grazie soprattutto alla diminuzione della mortalità dovuta al COVID-19 e alle malattie respiratorie, oltre che a tumori, malattie circolatorie e disturbi psichici. Le regioni, invece, dove si ha un peggioramento stanno nel Mezzogiorno: dall'Abruzzo alla Sicilia aumenta la mortalità di tutta la popolazione ultra 90enne (tranne per gli uomini pugliesi), a fronte di una maggiore diffusione del COVID-19 (per citare alcuni

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 133

casi, in Calabria la mortalità da COVID-19 aumenta del 160% per le donne e 123% per gli uomini; in Campania, rispettivamente, del 74% e del 58%; in Sicilia del 57% e 53%). In questa area del Paese, inoltre, si è verificata in maniera abbastanza diffusa una crescita dei tassi per disturbi psichici e malattie endocrine. Se, però, le prime hanno un impatto (in termini di crescita di mortalità) che non coinvolge il Nord e parte del Centro-Italia, l'aumento di mortalità per le malattie endocrine riguarda quasi tutto il Paese e, come già visto nella classe di età precedente, si conferma anche rispetto al quinquennio pre-pandemia.

Tabella 1 - *Decessi (valori assoluti) per genere e regione - Anni 2015-2021*

Regioni	Maschi							Femmine						
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Piemonte	25.235	24.146	25.040	24.992	25.062	31.709	27.155	28.213	26.544	28.032	27.989	27.597	34.035	29.029
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	699	671	683	716	689	850	715	794	706	768	729	691	950	783
Lombardia	45.859	45.014	46.386	46.748	47.391	65.914	52.088	52.352	49.349	52.398	52.020	52.490	69.788	55.494
Bolzano-Bozen	*2.104*	*2.072*	*2.109*	*2.074*	*2.160*	*2.590*	*2.430*	*2.175*	*2.157*	*2.229*	*2.300*	*2.253*	*2.828*	*2.508*
Trento	*2.302*	*2.312*	*2.345*	*2.227*	*2.413*	*3.135*	*2.679*	*2.709*	*2.613*	*2.715*	*2.727*	*2.658*	*3.420*	*2.760*
Veneto	22.939	22.611	23.047	22.934	23.050	27.287	25.780	26.348	25.167	26.216	25.900	25.784	29.966	27.628
Friuli Venezia Giulia	6.792	6.595	6.754	6.597	6.650	7.696	8.024	7.832	7.404	7.687	7.674	7.555	8.591	8.370
Liguria	10.238	9.727	10.224	10.205	10.020	12.189	10.679	12.033	11.152	11.908	11.805	11.386	13.521	11.870
Emilia-Romagna	23.646	23.175	23.861	23.298	23.531	28.121	26.170	27.280	26.205	26.836	26.321	26.624	30.852	28.928
Toscana	21.265	20.005	20.873	20.119	20.462	22.657	22.557	23.806	22.513	23.533	22.914	23.143	25.074	24.874
Umbria	5.002	4.855	4.983	4.648	4.846	5.224	5.451	5.583	5.435	5.696	5.338	5.404	5.745	6.002
Marche	8.632	8.298	8.491	8.046	8.241	9.514	9.392	9.473	8.939	9.758	8.959	9.119	10.428	10.358
Lazio	27.867	27.259	28.693	27.724	28.162	31.307	31.969	30.655	29.415	31.426	29.926	30.545	32.905	33.717
Abruzzo	7.239	7.086	7.339	7.090	7.190	7.937	7.967	7.886	7.487	8.078	7.506	7.606	8.167	8.368
Molise	1.886	1.718	1.859	1.783	1.822	1.908	2.148	1.951	1.790	1.955	1.833	1.980	2.123	2.171
Campania	27.126	26.186	27.302	26.526	26.677	30.097	30.369	29.003	27.051	28.904	27.208	28.042	29.735	31.353
Puglia	19.216	18.269	19.578	18.876	19.292	21.779	22.874	20.288	19.044	20.728	19.914	20.240	22.341	23.672
Basilicata	3.131	2.988	3.261	3.084	3.166	3.302	3.370	3.251	3.169	3.157	3.081	3.324	3.379	3.492
Calabria	10.095	9.645	10.313	9.679	10.091	10.479	11.202	10.176	9.677	10.455	9.982	10.190	10.442	11.445
Sicilia	25.421	24.466	26.587	25.023	25.472	27.373	29.036	27.477	25.383	27.889	26.479	27.441	28.746	30.748
Sardegna	8.326	8.156	8.443	8.263	8.664	9.445	9.539	8.154	7.853	8.294	8.088	8.325	9.293	9.148
Italia	**305.020**	**295.254**	**308.171**	**300.652**	**305.051**	**360.513**	**341.594**	**337.439**	**319.053**	**338.662**	**328.693**	**332.397**	**382.329**	**362.718**

Fonte dei dati: Istat. "Indagine su Decessi e cause di morte". Anno 2024.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 134

Tabella 2 - *Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità per genere e regione - Anni 2015-2021*

Regioni	Maschi							Femmine						
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Piemonte	115,3	107,9	109,5	106,8	104,9	131,2	111,6	75,8	70,1	72,5	71,0	69,1	84,2	72,8
Valle d'Aosta-Vallée d'osta	120,7	111,7	111,6	115,8	107,8	131,4	108,5	79,4	69,0	73,5	68,1	64,5	87,4	72,5
Lombardia	108,7	103,2	103,4	100,9	99,5	135,5	106,3	70,8	65,3	67,2	65,3	64,3	84,6	67,9
Bolzano-Bozen	*104,2*	*98,7*	*96,5*	*92,3*	*92,3*	*107,8*	*100,7*	*64,9*	*62,6*	*62,0*	*63,0*	*60,3*	*73,9*	*66,3*
Trento	*100,0*	*97,6*	*96,9*	*88,1*	*92,6*	*120,2*	*100,7*	*64,6*	*60,3*	*62,0*	*60,5*	*58,0*	*73,7*	*61,1*
Veneto	108,3	103,5	103,1	99,6	97,0	112,3	104,1	70,0	65,3	66,9	64,9	63,3	72,3	67,1
Friuli Venezia Giulia	112,6	105,7	106,2	101,0	99,7	113,2	116,7	69,9	65,4	66,1	65,7	63,5	71,5	71,1
Liguria	113,2	105,5	109,0	107,2	104,3	125,8	110,2	73,7	67,8	70,5	69,7	66,7	79,2	70,4
Emilia-Romagna	105,7	101,7	103,0	98,4	97,1	114,4	106,0	71,4	67,6	68,1	65,9	65,8	75,2	71,3
Toscana	109,7	101,1	103,6	98,0	97,9	106,7	105,0	71,4	66,7	68,3	65,7	65,6	70,5	70,1
Umbria	106,2	101,1	102,2	94,0	95,8	102,7	105,1	68,3	65,5	67,5	62,9	62,4	66,0	68,8
Marche	108,1	101,2	102,1	95,1	95,9	109,6	107,6	69,0	64,1	68,5	62,5	62,6	71,4	71,4
Lazio	110,8	105,5	108,7	102,7	102,5	112,3	112,6	75,4	70,7	73,6	68,8	69,2	73,8	74,6
Abruzzo	110,5	105,8	107,3	102,2	101,8	111,5	111,4	73,4	67,5	72,2	66,8	66,9	71,8	72,7
Molise	115,6	103,2	110,2	104,7	106,1	109,7	123,7	72,0	64,1	69,4	64,5	68,4	74,0	76,4
Campania	128,7	121,6	124,0	117,6	116,8	129,1	128,0	89,4	81,8	85,6	79,4	80,8	85,2	89,0
Puglia	110,4	101,9	107,0	100,4	101,0	112,3	115,0	75,6	69,2	73,2	68,9	69,0	75,1	78,8
Basilicata	111,2	104,6	112,6	105,0	106,4	109,4	111,4	76,3	72,3	70,5	68,2	72,1	72,8	74,4
Calabria	114,4	106,9	112,2	103,3	106,8	110,3	116,8	76,6	71,5	75,7	71,2	72,2	73,8	80,6
Sicilia	119,2	112,1	120,3	111,1	112,4	119,3	124,5	84,3	76,4	82,1	77,0	79,1	82,1	87,1
Sardegna	110,0	104,7	105,9	100,5	103,5	110,2	108,9	70,3	65,9	67,5	64,2	64,0	70,2	67,9
Italia	**112,2**	**105,8**	**108,2**	**103,1**	**102,5**	**119,4**	**111,7**	**74,6**	**69,2**	**71,7**	**68,5**	**68,2**	**77,7**	**73,9**

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento *European Standard Population* 2013.

Fonte dei dati: Istat. "Indagine su Decessi e cause di morte". Anno 2024.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 135

Tabella 3 - *Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità per alcune cause di morte e regione. Maschi - Media 2015-2019, Anno 2021*

Regioni	2015-2019						2021						
	Malattie del sistema circolatorio	Tumori	Malattie del sistema respiratorio	Malattie endocrine, nutrizionali e del metabolismo	Sintomi, segni, risultati anomali	Totale	Malattie del sistema circolatorio	Tumori	COVID-19	Malattie del sistema respiratorio	Malattie endocrine, nutrizionali e del metabolismo	Sintomi, segni, risultati anomali	Totale
Piemonte	358,2	338,2	106,5	38,3	22,3	1.087,8	310,4	296,8	134,7	78,8	41,2	29,8	1.116,4
Valle d'Aosta	338,7	340,1	124,4	43,6	16,7	1.133,8	380,3	285,1	70,1	76,0	30,1	16,6	1.085,2
Lombardia	320,4	352,6	95,3	32,0	14,9	1.030,0	283,6	310,2	119,2	77,0	33,0	27,7	1.062,8
Bolzano-Bozen	*329,2*	*290,8*	*87,5*	*23,4*	*9,6*	*965,1*	*262,0*	*267,2*	*134,1*	*61,5*	*25,1*	*30,2*	*1.007,3*
Trento	*295,7*	*316,5*	*77,5*	*30,3*	*21,8*	*948,9*	*267,2*	*272,8*	*122,9*	*61,9*	*32,4*	*36,6*	*1.006,6*
Veneto	334,3	320,7	89,2	38,2	13,9	1.020,9	284,8	284,0	105,4	70,8	40,3	32,3	1.041,2
Friuli Venezia Giulia	338,9	339,8	102,1	35,7	16,2	1.048,1	308,4	299,8	189,0	73,5	38,9	27,7	1.167,1
Liguria	338,5	341,2	98,8	42,5	34,8	1.077,9	307,8	307,5	104,0	77,6	43,8	34,4	1.102,5
Emilia-Romagna	315,7	320,9	95,2	39,3	14,3	1.010,7	278,6	283,1	129,5	76,0	40,4	21,9	1.060,3
Toscana	328,2	323,0	94,3	38,3	24,2	1.019,3	288,2	294,8	95,7	79,1	39,6	41,1	1.049,9
Umbria	338,8	302,9	93,6	35,8	17,5	997,6	299,6	278,9	97,8	89,7	33,7	34,4	1.051,4
Marche	337,0	307,4	90,2	37,0	9,6	1.003,5	316,2	283,3	109,2	83,1	40,8	14,0	1.076,4
Lazio	361,5	338,6	94,6	46,1	12,3	1.059,4	329,7	311,6	117,1	87,9	48,2	21,5	1.125,7
Abruzzo	383,2	298,9	93,9	44,5	10,2	1.053,9	344,2	279,3	95,7	84,1	46,7	23,8	1.114,4
Molise	402,8	307,8	91,6	49,4	15,8	1.079,2	419,7	281,8	125,0	84,6	59,2	42,6	1.236,9
Campania	456,9	360,0	107,0	64,8	32,5	1.215,9	397,1	328,2	127,1	101,1	73,0	56,8	1.280,5
Puglia	346,7	316,6	99,4	51,9	16,7	1.040,4	326,4	296,1	127,8	85,0	61,9	33,4	1.150,3
Basilicata	395,6	299,4	102,2	50,9	17,4	1.078,7	353,9	273,8	76,0	104,3	59,6	26,2	1.113,8
Calabria	412,5	296,2	92,3	60,9	27,4	1.086,4	392,4	276,6	74,0	86,6	74,6	57,8	1.167,8
Sicilia	421,3	319,1	105,0	63,1	34,2	1.149,4	380,5	307,0	106,2	90,7	74,4	67,3	1.244,7
Sardegna	307,1	346,3	87,3	42,8	21,1	1.048,4	280,8	339,0	61,2	69,2	47,0	44,2	1.088,6
Italia	**355,2**	**331,4**	**97,1**	**43,9**	**20,0**	**1.062,4**	**317,4**	**300,7**	**115,3**	**81,8**	**47,9**	**35,5**	**1.117,2**

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento l'*European Standard Population* 2013; i dati del 2020 sono disponibili sul Rapporto Osservasalute - Edizione 2022 Indicatore "Mortalità per causa per classi di età".

Fonte dei dati: Istat. "Indagine su Decessi e cause di morte". Anno 2024.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 136

Tabella 4 - *Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità per le principali cause di morte e regione. Femmine - Media 2015-2019, Anno 2021*

Regioni	2015-2019						2021						
	Malattie del sistema circolatorio	Tumori	Malattie del sistema respiratorio	Malattie endocrine, nutrizionali e del metabolismo	Sintomi, segni, risultati anomali	Totale	Malattie del sistema circolatorio	Tumori	COVID-19	Malattie del sistema respiratorio	Malattie endocrine, nutrizionali e del metabolismo	Sintomi, segni, risultati anomali	Totale
Piemonte	251,4	200,5	52,1	28,1	23,6	716,3	221,8	189,6	64,8	36,9	29,2	29,9	728,2
Valle d'Aosta	230,5	194,4	53,6	24,7	16,4	708,4	230,6	194,7	46,7	42,0	26,1	11,2	725,4
Lombardia	220,2	205,8	48,2	22,5	14,5	665,0	194,2	193,1	54,1	36,5	24,0	23,8	679,2
Bolzano-Bozen	*228,2*	*175,2*	*43,8*	*16,4*	*6,3*	*624,9*	*199,1*	*169,6*	*63,8*	*24,5*	*19,3*	*21,9*	*662,6*
Trento	*206,3*	*187,9*	*36,1*	*21,2*	*19,0*	*610,1*	*179,2*	*175,0*	*47,9*	*28,8*	*23,1*	*25,4*	*611,1*
Veneto	227,3	190,2	44,2	25,3	12,8	660,3	196,2	177,8	50,4	34,8	27,3	27,3	670,6
Friuli Venezia Giulia	227,7	205,7	52,6	22,3	12,1	660,7	207,2	190,8	91,9	33,1	24,4	16,1	711,0
Liguria	237,3	197,7	45,7	31,4	21,0	696,5	204,6	188,4	49,0	36,0	35,8	25,3	703,6
Emilia-Romagna	224,3	197,1	51,1	27,5	12,7	677,1	202,6	187,4	64,6	41,0	28,0	20,2	713,4
Toscana	229,2	189,4	48,0	28,4	23,9	675,0	197,5	185,2	47,0	38,3	29,7	39,9	701,1
Umbria	234,6	177,5	46,5	25,0	17,4	653,1	199,5	181,0	45,7	42,7	28,2	28,8	687,6
Marche	234,2	177,7	43,8	27,1	8,5	653,2	221,8	183,7	59,2	33,0	27,6	12,1	713,6
Lazio	257,3	203,0	54,5	34,8	10,7	714,9	238,5	194,3	60,4	46,9	36,2	16,5	746,1
Abruzzo	278,3	168,8	40,1	33,7	9,9	693,2	249,5	160,4	52,8	37,2	37,9	18,4	727,5
Molise	295,5	155,7	41,3	36,3	13,0	676,7	272,8	172,3	57,9	32,3	40,0	32,2	763,5
Campania	359,8	195,6	51,0	58,4	18,5	833,4	322,8	193,7	68,2	50,6	62,7	33,0	890,2
Puglia	266,7	177,7	47,2	45,5	14,6	711,3	257,1	173,7	68,0	41,4	50,1	27,1	787,9
Basilicata	293,1	161,1	51,5	47,5	11,6	718,5	265,4	150,4	48,4	47,8	43,5	17,0	744,2
Calabria	316,1	163,0	41,2	50,2	21,6	734,2	306,3	171,1	41,4	40,9	60,0	37,9	805,8
Sicilia	322,9	184,7	46,9	52,9	30,3	797,3	292,4	184,2	60,6	46,0	59,2	55,5	870,7
Sardegna	204,6	191,3	42,4	29,9	20,8	663,1	185,3	182,8	31,1	37,4	33,2	34,0	679,3
Italia	**254,5**	**193,2**	**48,4**	**33,5**	**17,0**	**704,1**	**229,0**	**186,1**	**58,0**	**40,0**	**36,1**	**28,2**	**738,8**

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento l'*European Standard Population* 2013; i dati del 2020 sono disponibili sul Rapporto Osservasalute - Edizione 2022 Indicatore "Mortalità per causa per classi di età".

Fonte dei dati: Istat. "Indagine su Decessi e cause di morte". Anno 2024.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 137

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 138

Tabella 5 - *Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità nella popolazione di età 1-19 anni per le principali cause di morte e regione. Maschi - Media 2015-2019, Anno 2021*

Regioni	2015-2019				2021			
	Cause esterne di traumatismi e avvelenamenti	Tumori	Malattie del sistema nervoso	Totale	Cause esterne di traumatismi e avvelenamenti	Tumori	Malattie del sistema nervoso	Totale
Piemonte	5,3	3,7	1,4	13,5	6,1	1,4	0,8	11,7
Valle d'Aosta	14,2	7,2	0,0	23,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Lombardia	5,3	3,0	1,2	12,4	5,4	1,9	0,7	11,4
Bolzano-Bozen	*9,3*	*1,8*	*1,1*	*14,2*	*5,3*	*1,8*	*0,0*	*9,0*
Trento	*8,3*	*3,4*	*0,0*	*15,1*	*3,7*	*2,1*	*1,9*	*11,4*
Veneto	5,7	2,6	1,6	14,4	7,3	2,7	1,4	15,0
Friuli Venezia Giulia	6,0	4,2	1,2	15,1	4,9	6,0	1,2	16,0
Liguria	5,0	5,1	1,0	16,7	1,6	4,3	0,0	8,3
Emilia-Romagna	6,6	3,1	1,2	14,3	6,2	2,3	1,3	16,0
Toscana	5,5	2,9	0,7	12,5	3,7	1,6	1,0	9,6
Umbria	5,4	2,7	0,5	12,6	10,7	1,3	0,0	12,1
Marche	7,2	2,6	2,1	16,3	2,3	3,4	2,4	11,2
Lazio	5,6	2,8	1,0	12,7	4,6	3,1	0,4	12,4
Abruzzo	4,6	4,0	1,4	13,9	6,4	1,0	0,0	11,3
Molise	7,2	2,4	1,7	15,4	3,9	0,0	8,8	12,7
Campania	3,7	3,4	0,8	15,1	3,3	2,7	1,4	15,2
Puglia	6,0	3,0	1,1	13,8	5,1	4,2	0,3	12,2
Basilicata	3,5	3,1	1,7	15,2	2,0	2,0	0,0	5,9
Calabria	6,3	2,8	1,6	16,3	6,1	4,3	1,2	13,8
Sicilia	7,3	3,7	1,4	17,7	6,8	2,3	1,4	15,7
Sardegna	9,4	2,2	0,6	16,0	7,9	3,4	0,9	16,1
Italia	**5,8**	**3,2**	**1,2**	**14,3**	**5,3**	**2,6**	**1,0**	**13,0**

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento l'*European Standard Population* 2013; i dati del 2020 sono disponibili sul Rapporto Osservasalute - Edizione 2022 Indicatore "Mortalità per causa per classi di età".
Fonte dei dati: Istat. "Indagine su Decessi e cause di morte". Anno 2024.

Tabella 6 - *Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità nella popolazione di età 1-19 anni per le principali cause di morte e regione. Femmine - Media 2015-2019, Anno 2021*

Regioni	2015-2019				2021			
	Tumori	Cause esterne di traumatismi e avvelenamenti	Malattie del sistema nervoso	Totale	Tumori	Cause esterne di traumatismi e avvelenamenti	Malattie del sistema nervoso	Totale
Piemonte	2,5	2,3	0,7	8,6	3,5	2,4	0,3	9,3
Valle d'Aosta	0,0	0,0	0,0	5,7	0,0	0,0	0,0	0,0
Lombardia	2,3	1,6	0,9	7,6	2,4	2,7	0,3	9,2
Bolzano-Bozen	*1,2*	*3,0*	*2,3*	*10,3*	*3,8*	*5,8*	*0,0*	*13,6*
Trento	*4,0*	*2,4*	*1,2*	*10,9*	*4,0*	*6,4*	*0,0*	*12,7*
Veneto	2,6	2,1	0,7	7,8	3,4	3,0	1,0	11,4
Friuli Venezia Giulia	2,6	3,0	0,2	10,5	2,1	1,0	3,1	9,5
Liguria	2,3	2,5	0,7	10,6	3,5	1,7	0,0	9,1
Emilia-Romagna	2,2	1,9	0,9	8,4	1,9	3,7	0,3	9,6
Toscana	2,0	2,2	0,5	7,4	2,0	3,9	0,7	10,4
Umbria	0,3	1,7	0,3	4,0	6,0	1,4	0,0	13,4
Marche	1,9	2,9	1,1	8,3	1,6	5,2	1,0	10,3
Lazio	2,2	2,8	0,6	9,5	2,5	3,2	0,6	8,6
Abruzzo	3,6	1,5	0,8	9,4	0,0	3,8	0,0	5,8
Molise	0,0	3,4	0,0	9,4	9,5	5,1	0,0	19,9
Campania	2,1	0,6	0,6	8,1	1,0	2,8	0,6	6,9
Puglia	2,1	2,0	1,1	8,6	2,2	1,1	0,0	6,8
Basilicata	3,2	0,8	0,8	9,7	0,0	0,0	0,0	4,8
Calabria	2,4	1,5	0,5	8,0	1,8	0,0	0,6	8,2
Sicilia	2,5	1,7	1,0	9,3	2,3	3,2	0,4	11,5
Sardegna	2,2	1,6	1,0	7,8	1,9	0,8	0,0	7,7
Italia	**2,3**	**1,9**	**0,8**	**8,4**	**2,3**	**2,8**	**0,5**	**9,3**

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento l'*European Standard Population* 2013; i dati del 2020 sono disponibili sul Rapporto Osservasalute - Edizione 2022 Indicatore "Mortalità per causa per classi di età".
Fonte dei dati: Istat. "Indagine su Decessi e cause di morte". Anno 2024.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 139

Tabella 7 - *Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità nella popolazione di età 20-39 anni per le principali cause di morte e regione. Maschi - Media 2015-2019, Anno 2021*

Regioni	2015-2019				2021			
	Cause esterne di traumatismi e avvelenamenti	Tumori	Malattie del sistema circolatorio	Totale	Cause esterne di traumatismi e avvelenamenti	Tumori	Malattie del sistema circolatorio	Totale
Piemonte	26,8	8,9	7,1	51,7	24,7	8,7	5,1	50,4
Valle d'Aosta	46,8	4,6	3,0	66,3	15,7	0,0	15,5	47,0
Lombardia	21,9	8,4	5,5	45,2	20,4	7,6	5,2	42,0
Bolzano-Bozen	*28,2*	*9,6*	*4,1*	*48,3*	*27,3*	*8,0*	*1,6*	*47,9*
Trento	*26,4*	*8,3*	*7,2*	*48,9*	*24,5*	*6,7*	*8,2*	*56,2*
Veneto	26,3	8,4	5,6	50,1	29,0	7,8	4,3	53,2
Friuli Venezia Giulia	23,7	9,4	6,0	51,4	29,0	8,3	4,2	58,0
Liguria	17,5	6,6	3,9	49,4	14,8	8,2	2,9	48,8
Emilia-Romagna	23,5	9,8	4,4	50,4	25,9	10,4	4,9	53,9
Toscana	23,2	8,3	5,4	46,2	26,9	8,5	4,5	55,5
Umbria	20,5	8,6	5,5	46,1	22,6	12,4	9,1	56,6
Marche	24,5	11,3	5,6	50,1	22,9	7,8	5,2	49,4
Lazio	24,3	9,4	6,8	51,5	27,9	12,2	9,4	67,2
Abruzzo	24,8	10,2	7,3	52,0	27,4	8,6	7,2	55,3
Molise	24,0	10,4	8,6	58,0	24,5	9,2	6,2	70,9
Campania	14,2	11,4	8,4	58,7	10,8	11,8	6,4	69,8
Puglia	27,5	11,0	6,8	55,8	28,1	11,5	6,3	65,0
Basilicata	28,1	12,7	7,6	63,1	19,4	4,9	3,4	53,4
Calabria	22,2	11,6	7,4	55,1	19,8	7,4	5,6	58,8
Sicilia	22,8	9,7	8,9	54,7	26,3	10,5	6,0	64,0
Sardegna	35,5	9,8	6,3	64,4	34,1	12,0	7,8	69,6
Italia	**23,3**	**9,5**	**6,5**	**51,7**	**23,6**	**9,5**	**5,8**	**56,8**

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento l'*European Standard Population* 2013; i dati del 2020 sono disponibili sul Rapporto Osservasalute - Edizione 2022 Indicatore "Mortalità per causa per classi di età".
Fonte dei dati: Istat. "Indagine su Decessi e cause di morte". Anno 2024.

Tabella 8 - *Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità nella popolazione di età 20-39 anni per le principali cause di morte e regione. Femmine - Media 2015-2019, Anno 2021*

Regioni	2015-2019				2021			
	Tumori	Cause esterne di traumatismi e avvelenamenti	Malattie del sistema circolatorio	Totale	Tumori	Cause esterne di traumatismi e avvelenamenti	Malattie del sistema circolatorio	Totale
Piemonte	11,0	6,9	2,9	26,4	10,3	5,6	3,1	24,5
Valle d'Aosta	6,1	3,2	1,7	14,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Lombardia	8,7	5,3	2,3	21,3	8,7	4,9	2,2	20,9
Bolzano-Bozen	*8,3*	*8,5*	*3,6*	*24,0*	*15,3*	*1,7*	*0,0*	*25,3*
Trento	*7,4*	*8,2*	*2,0*	*20,3*	*7,2*	*6,9*	*0,0*	*21,0*
Veneto	9,5	6,2	2,3	23,5	7,6	9,0	1,2	22,6
Friuli Venezia Giulia	11,0	6,0	2,3	25,0	7,9	8,0	4,4	25,7
Liguria	7,9	3,1	0,9	21,9	10,4	9,5	3,7	36,8
Emilia-Romagna	8,2	7,7	2,5	23,6	9,4	5,4	1,3	21,3
Toscana	10,9	5,6	2,9	24,1	8,9	6,2	0,8	22,2
Umbria	8,5	7,0	2,0	22,3	9,3	4,7	0,0	23,3
Marche	10,2	7,6	2,5	25,0	10,7	5,4	2,0	28,2
Lazio	11,8	6,3	2,3	26,7	9,7	3,8	2,5	25,4
Abruzzo	9,5	7,6	3,5	27,6	7,5	6,9	3,8	25,0
Molise	5,8	4,7	2,9	22,6	6,7	3,4	0,0	27,0
Campania	12,3	2,7	2,9	27,8	8,8	3,6	4,1	29,2
Puglia	11,0	5,5	3,1	26,4	11,8	6,3	3,0	29,8
Basilicata	11,6	3,3	2,8	24,4	6,9	7,0	0,0	22,5
Calabria	11,6	5,0	2,9	27,4	17,3	6,3	1,5	35,1
Sicilia	10,3	4,6	3,9	26,6	10,5	5,2	3,0	29,8
Sardegna	10,2	5,8	3,4	26,7	13,1	6,1	3,3	30,2
Italia	**10,2**	**5,5**	**2,7**	**24,9**	**9,7**	**5,5**	**2,4**	**25,5**

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento l'*European Standard Population* 2013; i dati del 2020 sono disponibili sul Rapporto Osservasalute - Edizione 2022 Indicatore "Mortalità per causa per classi di età".
Fonte dei dati: Istat. "Indagine su Decessi e cause di morte". Anno 2024.

Tabella 9 - *Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità nella popolazione di età 40-59 anni per le principali cause di morte e regione. Maschi - Media 2015-2019, Anno 2021*

Regioni	2015-2019				2021				
	Tumori	Malattie del sistema circolatorio	Cause esterne di traumatismi e avvelenamenti	Totale	Tumori	Malattie del sistema circolatorio	Cause esterne di traumatismi e avvelenamenti	COVID-19	Totale
Piemonte	113,9	63,8	36,0	273,3	93,2	58,3	38,1	21,3	279,3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	103,1	57,5	32,6	258,1	81,4	58,5	50,1	0,0	260,2
Lombardia	100,4	53,1	29,1	235,6	85,5	48,8	28,6	14,2	236,2
Bolzano-Bozen	*89,6*	*47,3*	*49,1*	*228,9*	*71,0*	*30,9*	*32,6*	*12,6*	*199,1*
Trento	*84,5*	*42,4*	*43,4*	*218,1*	*63,2*	*40,3*	*49,6*	*15,9*	*240,2*
Veneto	93,5	49,3	34,6	231,1	81,1	45,6	34,9	15,4	243,3
Friuli Venezia Giulia	101,7	58,3	35,6	257,0	85,6	45,7	37,8	16,9	250,3
Liguria	110,5	53,2	21,8	280,7	91,6	43,4	29,9	16,5	269,6
Emilia-Romagna	101,5	45,3	34,8	239,2	84,4	46,8	33,2	24,2	245,4
Toscana	97,5	52,9	31,9	237,9	84,7	45,3	29,0	22,3	244,3
Umbria	97,4	49,0	35,8	234,7	83,0	42,0	30,0	21,8	248,5
Marche	98,7	51,5	35,3	237,9	94,7	45,3	31,4	19,2	251,0
Lazio	107,0	69,1	29,1	273,0	92,9	65,7	27,9	31,4	290,4
Abruzzo	104,8	73,7	36,0	283,2	82,1	58,6	34,2	27,2	269,0
Molise	113,6	75,1	34,0	313,5	78,2	73,6	22,1	52,0	342,4
Campania	130,7	87,4	19,6	343,3	119,4	72,0	18,9	46,1	386,5
Puglia	104,3	58,5	27,9	259,0	99,8	48,0	28,0	34,5	303,9
Basilicata	100,6	66,9	37,3	281,1	93,2	60,8	26,6	19,0	303,6
Calabria	103,4	75,4	31,7	294,3	101,8	70,6	29,0	19,7	344,9
Sicilia	107,0	76,0	28,2	286,9	101,2	65,9	27,3	33,6	337,0
Sardegna	125,9	65,0	45,3	323,7	124,4	57,0	53,9	13,0	356,1
Italia	**105,9**	**61,4**	**30,9**	**265,1**	**93,0**	**54,6**	**30,4**	**24,4**	**281,9**

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento l'*European Standard Population* 2013; i dati del 2020 sono disponibili sul Rapporto Osservasalute - Edizione 2022 Indicatore "Mortalità per causa per classi di età".

Fonte dei dati: Istat. "Indagine su Decessi e cause di morte". Anno 2024.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 140

Tabella 10 - *Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità nella popolazione di età 40-59 anni per le principali cause di morte e regione. Femmine - Media 2015-2019, Anno 2021*

Regioni	2015-2019				2021				
	Tumori	Malattie del sistema circolatorio	Cause esterne di traumatismi e avvelenamenti	Totale	Tumori	Malattie del sistema circolatorio	COVID-19	Cause esterne di traumatismi e avvelenamenti	Totale
Piemonte	101,3	18,3	9,4	158,9	88,7	19,8	7,2	11,0	158,2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	92,9	17,7	6,9	144,4	107,7	11,3	9,8	0,0	163,2
Lombardia	94,6	16,6	7,6	143,8	85,8	14,7	8,9	5,5	141,4
Bolzano-Bozen	*78,2*	*13,4*	*10,3*	*123,2*	*63,1*	*8,7*	*11,2*	*2,3*	*113,8*
Trento	*81,8*	*14,9*	*7,7*	*127,4*	*58,2*	*17,0*	*8,8*	*4,5*	*112,8*
Veneto	88,8	14,4	8,4	136,3	86,4	12,5	7,9	5,3	138,9
Friuli Venezia Giulia	95,8	13,8	10,0	144,0	80,2	19,7	10,8	12,3	155,2
Liguria	98,7	17,1	6,8	163,8	90,9	14,0	8,3	7,4	153,7
Emilia-Romagna	91,2	15,3	9,5	143,3	87,3	13,2	6,6	8,7	146,4
Toscana	96,1	17,4	6,7	148,0	93,9	13,7	8,1	8,4	153,4
Umbria	89,4	15,5	9,9	144,2	100,8	13,0	14,4	8,5	165,7
Marche	86,1	15,6	10,3	133,7	97,3	12,7	4,7	10,2	145,5
Lazio	102,4	20,7	8,2	162,2	96,2	18,2	6,6	11,6	165,3
Abruzzo	96,3	21,8	9,1	158,6	87,7	18,6	7,7	14,5	162,1
Molise	97,3	19,1	8,7	160,7	100,2	15,1	6,0	15,3	174,7
Campania	115,4	30,8	5,2	197,2	106,6	26,8	4,5	19,8	212,5
Puglia	96,2	20,5	6,7	155,4	93,9	17,6	3,0	14,3	166,6
Basilicata	89,8	23,1	7,8	153,6	79,9	18,7	10,7	7,2	164,1
Calabria	97,9	26,4	7,6	170,9	101,4	26,2	8,3	11,3	199,1
Sicilia	108,4	26,1	6,2	181,6	111,2	24,0	4,4	16,5	205,2
Sardegna	104,9	18,4	9,6	167,2	89,6	17,1	6,8	4,3	156,2
Italia	**98,4**	**19,7**	**7,8**	**157,2**	**93,0**	**17,6**	**7,0**	**10,4**	**162,8**

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento l'*European Standard Population* 2013; i dati del 2020 sono disponibili sul Rapporto Osservasalute - Edizione 2022 Indicatore "Mortalità per causa per classi di età".

Fonte dei dati: Istat. "Indagine su Decessi e cause di morte". Anno 2024.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 141

Tabella 11 - *Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità nella popolazione di età 60-74 anni per le principali cause di morte e regione. Maschi - Media 2015-2019, Anno 2021*

Regioni	2015-2019					2021					
	Tumori	Malattie del sistema circolatorio	Malattie del sistema respiratorio	Malattie endocrine, nutrizionali e del metabolismo	Totale	Tumori	Malattie del sistema circolatorio	COVID-19	Malattie del sistema respiratorio	Malattie endocrine, nutrizionale e del metabolismo	Totale
Piemonte	670,0	334,4	79,8	53,1	1.374,6	582,3	293,4	231,6	65,7	62,7	1.492,8
Valle d'Aosta	672,7	349,5	84,6	62,2	1.437,6	617,7	423,9	95,7	26,1	60,6	1.535,8
Lombardia	678,2	292,3	62,7	40,6	1.288,2	581,6	272,8	183,4	57,4	41,3	1.370,7
Bolzano-Bozen	*584,6*	*319,1*	*72,3*	*34,6*	*1.265,3*	*524,2*	*261,0*	*123,5*	*59,9*	*44,5*	*1.304,9*
Trento	*613,8*	*262,8*	*52,1*	*37,8*	*1.195,4*	*535,8*	*252,2*	*162,1*	*37,8*	*44,0*	*1.328,6*
Veneto	627,4	300,2	52,9	54,3	1.269,7	531,4	256,6	155,6	48,5	57,1	1.306,6
Friuli Venezia Giulia	687,5	307,1	73,4	53,0	1.389,0	579,1	326,0	275,3	59,3	54,0	1.623,1
Liguria	662,2	327,8	77,2	62,2	1.399,7	603,7	300,1	164,0	62,5	66,8	1.472,5
Emilia-Romagna	609,9	281,9	61,8	53,6	1.232,1	528,0	254,8	183,3	53,8	51,1	1.309,0
Toscana	632,0	291,8	66,1	45,9	1.251,6	557,0	272,7	156,7	53,8	46,9	1.334,5
Umbria	582,2	310,4	66,3	51,1	1.204,9	520,2	259,6	193,1	68,1	40,1	1.313,7
Marche	590,7	284,9	64,9	50,7	1.196,8	524,3	259,1	156,2	61,2	55,9	1.276,1
Lazio	684,0	368,9	77,9	60,3	1.416,2	600,0	351,8	215,3	79,5	59,0	1.558,7
Abruzzo	608,4	369,0	66,5	64,6	1.348,8	568,1	326,4	181,2	70,6	70,7	1.522,0
Molise	621,4	380,0	101,2	61,9	1.419,3	593,1	447,0	310,0	62,2	110,1	1.845,6
Campania	763,0	455,7	100,9	97,4	1.679,5	668,7	382,5	264,3	98,2	105,8	1.809,5
Puglia	624,4	326,7	75,3	70,4	1.316,5	597,5	293,4	250,0	78,1	75,0	1.560,5
Basilicata	596,1	383,6	83,4	78,8	1.385,4	596,6	338,4	129,3	92,0	64,3	1.508,4
Calabria	618,4	409,1	87,2	87,0	1.450,0	513,9	388,7	152,9	80,5	114,0	1.568,2
Sicilia	663,6	409,4	97,3	80,9	1.504,0	604,0	368,4	193,3	93,3	96,9	1.668,5
Sardegna	718,7	326,4	75,5	53,0	1.433,8	678,5	292,0	100,2	70,8	44,1	1.513,1
Italia	**659,8**	**337,5**	**74,1**	**60,1**	**1.365,2**	**582,2**	**306,5**	**195,2**	**68,8**	**64,7**	**1.483,7**

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento l'*European Standard Population* 2013; i dati del 2020 sono disponibili sul Rapporto Osservasalute - Edizione 2022 Indicatore "Mortalità per causa per classi di età".

Fonte dei dati: Istat. "Indagine su Decessi e cause di morte". Anno 2024.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 142

Tabella 12 - *Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità nella popolazione di età 60-74 anni per le principali cause di morte e regione. Femmine - Media 2015-2019, Anno 2021*

Regioni	2015-2019					2021					
	Tumori	Malattie del sistema circolatorio	Malattie del sistema nervoso	Malattie del sistema respiratorio	Totale	Tumori	Malattie del sistema circolatorio	COVID-19	Malattie del sistema nervoso	Malattie del sistema respiratorio	Totale
Piemonte	403,7	145,6	36,6	35,4	754,0	381,6	126,1	85,4	34,3	30,1	796,4
Valle d'Aosta	431,4	127,7	34,9	43,5	756,0	422,2	155,6	39,9	65,5	24,7	812,3
Lombardia	404,3	121,7	34,5	29,8	696,3	379,5	119,5	66,4	40,7	28,2	746,6
Bolzano-Bozen	*357,5*	*114,4*	*30,6*	*29,4*	*630,4*	*324,6*	*125,0*	*53,6*	*49,1*	*9,4*	*686,8*
Trento	*355,8*	*98,3*	*26,8*	*26,0*	*611,9*	*337,3*	*92,9*	*52,2*	*26,2*	*14,0*	*633,6*
Veneto	376,9	118,0	32,9	24,9	665,0	335,6	104,2	49,8	35,3	26,4	675,3
Friuli Venezia Giulia	412,3	127,2	37,2	27,0	725,5	394,0	106,2	113,6	42,6	13,3	802,5
Liguria	403,9	143,8	36,7	38,4	767,9	372,4	121,2	64,1	33,2	34,9	784,8
Emilia-Romagna	392,1	125,5	35,1	35,4	715,8	368,0	120,2	69,0	41,3	28,6	747,2
Toscana	381,6	127,4	34,4	34,8	694,6	378,5	113,5	63,3	37,9	29,5	766,1
Umbria	346,4	128,5	30,7	33,7	645,9	356,3	89,4	61,3	37,8	31,4	688,5
Marche	355,0	115,3	31,6	31,6	644,8	375,7	103,5	60,0	32,2	26,7	724,7
Lazio	423,5	162,3	33,6	41,0	797,0	394,5	153,1	89,6	35,5	39,8	848,6
Abruzzo	335,6	156,9	34,6	29,3	682,1	305,6	154,0	70,8	33,4	32,9	731,9
Molise	286,7	182,2	34,9	33,3	654,0	364,5	142,4	113,4	22,4	19,6	850,5
Campania	424,4	238,1	31,1	48,6	942,2	436,0	215,4	125,1	35,1	54,0	1.086,4
Puglia	358,0	153,8	33,5	31,4	725,4	353,6	145,7	109,0	39,4	29,5	842,1
Basilicata	322,2	184,6	32,0	46,0	743,6	300,6	144,9	65,3	25,4	30,7	712,1
Calabria	331,0	197,3	32,1	30,8	759,0	348,9	171,3	62,6	31,1	34,3	839,8
Sicilia	376,3	211,9	40,3	40,5	850,4	380,5	187,8	90,0	44,0	47,2	964,4
Sardegna	387,7	121,9	37,1	30,9	704,2	385,1	108,2	45,5	38,4	29,6	759,4
Italia	**389,7**	**151,5**	**34,5**	**34,8**	**746,2**	**375,7**	**138,7**	**78,8**	**37,6**	**33,3**	**813,1**

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento l'*European Standard Population* 2013; i dati del 2020 sono disponibili sul Rapporto Osservasalute - Edizione 2022 Indicatore "Mortalità per causa per classi di età".

Fonte dei dati: Istat. "Indagine su Decessi e cause di morte". Anno 2024.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 143

Tabella 13 - *Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità nella popolazione di età 75-89 anni per le principali cause di morte e regione. Maschi - Media 2015-2019, Anno 2021*

Regioni	2015-2019						2021						
	Malattie del sistema circolatorio	Tumori	Malattie del sistema respiratorio	Malattie del sistema nervoso	Malattie endocrine, nutrizionali e del metabolismo	Totale	Malattie del sistema circolatorio	Tumori	COVID-19	Malattie del sistema respiratorio	Malattie del sistema nervoso	Malattie endocrine, nutrizionale e del metabolismo	Totale
Piemonte	2.103,7	1.961,4	686,5	321,0	228,2	6.333,8	1.758,2	1.753,3	842,1	509,5	313,1	222,5	6.443,4
Valle d'Aosta	1.975,1	2.022,2	769,1	287,3	274,0	6.774,6	2.038,4	1.624,3	545,4	461,6	248,8	142,4	6.161,0
Lombardia	1.878,9	2.126,3	591,8	350,5	195,1	6.069,9	1.594,7	1.883,4	782,9	481,6	339,5	201,5	6.242,1
Bolzano-Bozen	*1.885,5*	*1.678,6*	*516,2*	*333,3*	*135,5*	*5.409,8*	*1.424,9*	*1.600,8*	*885,9*	*386,9*	*342,5*	*120,7*	*5.775,2*
Trento	*1.775,5*	*1.893,3*	*483,6*	*281,3*	*186,8*	*5.549,6*	*1.509,7*	*1.637,9*	*784,7*	*422,8*	*273,0*	*207,7*	*5.761,8*
Veneto	1.972,7	1.894,2	553,4	305,1	227,6	5.951,7	1.656,3	1.702,9	644,8	425,6	276,5	236,5	6.004,1
Friuli Venezia Giulia	2.014,6	1.979,3	631,5	243,1	214,7	6.071,6	1.777,7	1.764,8	1.252,1	421,3	265,6	236,6	6.735,2
Liguria	1.991,8	1.997,1	626,6	351,2	240,6	6.222,1	1.799,8	1.780,1	646,2	500,5	351,7	261,7	6.394,9
Emilia-Romagna	1.862,6	1.888,9	584,4	264,5	231,8	5.877,9	1.592,5	1.673,4	822,8	494,2	297,6	236,2	6.196,5
Toscana	1.898,7	1.913,3	599,8	336,5	230,6	5.922,0	1.604,0	1.771,8	600,2	491,4	333,6	233,1	6.047,2
Umbria	1.992,0	1.748,0	608,6	308,7	211,8	5.817,5	1.730,6	1.636,6	529,5	566,5	322,6	194,9	5.997,8
Marche	1.961,5	1.798,0	558,3	363,3	218,1	5.839,9	1.839,9	1.646,3	699,9	549,6	357,3	233,8	6.267,0
Lazio	2.109,1	1.976,7	598,3	304,9	279,5	6.178,3	1.820,9	1.838,4	678,9	561,7	314,4	284,7	6.438,5
Abruzzo	2.285,9	1.707,1	630,2	368,2	256,1	6.150,6	1.959,1	1.615,0	533,3	513,4	360,6	266,0	6.222,8
Molise	2.466,9	1.773,1	549,8	247,3	315,4	6.307,2	2.594,6	1.528,8	568,8	551,6	310,0	273,9	6.937,2
Campania	2.759,6	2.045,2	715,0	252,1	406,9	7.137,5	2.382,4	1.883,9	689,1	668,5	266,6	459,5	7.414,0
Puglia	2.057,7	1.861,0	644,2	325,1	320,9	6.124,6	1.917,3	1.662,6	747,9	537,1	356,5	394,2	6.641,2
Basilicata	2.340,3	1.738,0	672,9	268,3	288,0	6.218,8	2.025,5	1.514,6	433,8	630,3	289,2	327,2	6.278,8
Calabria	2.482,6	1.685,0	602,6	245,9	387,5	6.353,9	2.368,2	1.663,2	415,9	577,6	260,2	445,1	6.823,4
Sicilia	2.557,0	1.842,8	693,2	258,4	404,8	6.777,8	2.242,2	1.804,8	608,4	597,2	275,5	461,1	7.183,6
Sardegna	1.783,5	1.960,8	531,4	302,8	237,8	5.853,7	1.605,6	1.903,3	383,8	427,9	319,6	264,2	5.992,1
Italia	**2.096,7**	**1.937,9**	**617,4**	**307,4**	**265,6**	**6.193,5**	**1.820,7**	**1.769,6**	**702,9**	**519,2**	**312,2**	**283,9**	**6.439,9**

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento l'*European Standard Population* 2013; i dati del 2020 sono disponibili sul Rapporto Osservasalute - Edizione 2022 Indicatore "Mortalità per causa per classi di età".

Fonte dei dati: Istat. "Indagine su Decessi e cause di morte". Anno 2024.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 144

Tabella 14 - *Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità nella popolazione di età 75-89 anni per le principali cause di morte e regione. Femmine - Media 2015-2019, Anno 2021*

Regioni	2015-2019						2021						
	Malattie del sistema circolatorio	Tumori	Malattie del sistema respiratorio	Malattie del sistema nervoso	Malattie endocrine, nutrizionali e del metabolismo	Totale	Malattie del sistema circolatorio	Tumori	COVID-19	Malattie del sistema respiratorio	Malattie del sistema nervoso	Malattie endocrine, nutrizionale e del metabolismo	Totale
Piemonte	1.496,4	1.053,6	326,7	247,4	172,3	4.140,4	1.308,5	1.011,1	417,9	237,2	231,7	178,5	4.254,5
Valle d'Aosta	1.437,5	994,0	342,9	217,8	138,1	4.116,4	1.303,6	904,6	314,8	208,0	332,0	225,7	4.056,2
Lombardia	1.290,2	1.119,2	289,8	279,8	136,1	3.837,0	1.117,9	1.054,3	361,4	285,6	230,1	152,2	3.958,1
Bolzano-Bozen	*1.326,1*	*947,4*	*267,4*	*270,8*	*97,5*	*3.588,9*	*1.132,7*	*932,5*	*415,5*	*305,6*	*163,3*	*109,4*	*3.828,5*
Trento	*1.214,1*	*1.029,0*	*184,8*	*223,0*	*128,6*	*3.419,0*	*998,2*	*984,8*	*305,2*	*208,0*	*175,6*	*152,3*	*3.510,1*
Veneto	1.330,3	1.020,1	268,5	223,1	150,9	3.773,1	1.125,7	962,0	319,4	215,8	206,8	159,8	3.841,8
Friuli Venezia Giulia	1.331,5	1.100,9	316,7	180,5	131,2	3.732,2	1.175,3	1.032,3	596,0	210,7	218,5	149,8	4.114,2
Liguria	1.416,4	1.030,8	271,2	284,0	190,7	4.007,2	1.177,9	1.010,9	294,1	264,9	234,6	233,8	4.027,8
Emilia-Romagna	1.331,3	1.059,5	305,2	197,6	168,8	3.899,3	1.144,0	998,4	410,2	219,0	257,0	176,5	4.112,5
Toscana	1.334,2	982,2	294,7	283,8	180,8	3.850,1	1.109,2	944,4	298,0	278,7	241,0	180,1	3.923,0
Umbria	1.387,8	949,6	287,1	232,8	149,9	3.729,7	1.162,2	933,8	294,8	260,3	280,1	170,6	3.900,7
Marche	1.361,6	939,1	261,1	293,2	164,8	3.748,5	1.273,1	924,0	389,1	322,4	186,2	158,9	4.070,7
Lazio	1.544,8	1.043,6	343,9	238,4	217,0	4.150,1	1.374,1	1.026,4	378,3	227,5	297,4	221,4	4.318,3
Abruzzo	1.722,2	858,2	251,3	291,2	216,5	4.079,1	1.480,1	837,4	334,5	304,5	236,9	241,0	4.303,6
Molise	1.899,3	819,2	255,6	214,7	234,9	4.083,4	1.720,3	838,2	289,4	244,2	200,9	250,4	4.400,1
Campania	2.266,0	955,0	325,1	207,5	407,1	4.974,0	1.962,5	956,1	407,8	204,8	320,6	443,1	5.221,1
Puglia	1.638,0	923,1	288,9	274,0	306,4	4.204,9	1.546,7	881,0	419,2	286,7	257,2	341,6	4.648,0
Basilicata	1.814,4	812,4	311,3	225,9	322,9	4.250,9	1.635,8	778,0	348,3	275,5	326,2	322,9	4.580,6
Calabria	1.998,3	821,1	270,2	191,6	338,8	4.385,2	1.905,2	856,5	252,8	212,2	252,9	412,4	4.785,5
Sicilia	2.062,5	947,0	304,2	227,1	364,5	4.803,3	1.827,0	923,7	366,9	236,3	297,7	399,6	5.156,3
Sardegna	1.253,0	981,3	254,8	268,9	184,8	3.783,2	1.082,2	936,3	195,1	297,9	221,3	214,4	3.839,3
Italia	**1.538,1**	**1.010,7**	**297,2**	**246,1**	**214,9**	**4.090,5**	**1.345,9**	**974,1**	**365,2**	**251,0**	**250,9**	**232,9**	**4.280,8**

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento l'*European Standard Population* 2013; i dati del 2020 sono disponibili sul Rapporto Osservasalute - Edizione 2022 Indicatore "Mortalità per causa per classi di età".

Fonte dei dati: Istat. "Indagine su Decessi e cause di morte". Anno 2024.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 145

Tabella 15 - *Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità nella popolazione di età 90 anni ed oltre per le principali cause di morte e regione. Maschi - Media 2015-2019, Anno 2021*

Regioni	2015-2019						2021						
	Malattie del sistema circolatorio	Tumori	Malattie del sistema respiratorio	Disturbi psichici	Malattie endocrine, nutrizionali e del metabolismo	Totale	Malattie del sistema circolatorio	Tumori	Malattie del sistema respiratorio	COVID-19	Disturbi psichici	Malattie endocrine, nutrizionale e del metabolismo	Totale
Piemonte	11.529,4	3.637,3	3.606,2	1.222,0	867,0	26.050,9	10.385,2	3.237,6	2.496,9	2.297,9	1.111,6	1.006,4	26.001,5
Valle d'Aosta	10.644,4	3.636,4	4.807,6	2.640,9	855,8	25.867,7	12.723,8	3.081,1	3.043,3	1.063,5	1.521,6	605,3	25.540,1
Lombardia	10.553,8	4.021,4	3.536,0	1.166,0	755,2	25.035,2	9.608,5	3.768,3	2.732,9	2.219,2	1.178,8	782,7	25.692,5
Bolzano-Bozen	*11.138,0*	*3.247,2*	*3.220,4*	*1.693,8*	*553,5*	*24.232,0*	*9.602,3*	*3.070,0*	*1.995,2*	*3.899,1*	*1.243,2*	*647,5*	*26.003,4*
Trento	*9.630,2*	*3.774,8*	*2.887,5*	*1.187,2*	*743,9*	*22.936,3*	*9.171,5*	*3.384,8*	*2.056,5*	*2.772,9*	*824,3*	*677,6*	*24.136,4*
Veneto	11.171,1	3.726,6	3.413,5	1.759,5	866,7	25.349,8	9.614,9	3.528,3	2.692,8	2.348,5	1.530,0	923,3	25.962,7
Friuli Venezia Giulia	10.931,7	3.675,1	3.708,7	1.438,4	749,0	24.466,1	9.874,9	3.615,9	2.811,3	3.872,7	1.355,9	834,7	27.115,1
Liguria	10.935,2	3.907,3	3.375,4	1.091,9	970,9	25.373,7	10.161,0	3.728,5	2.418,9	2.054,1	932,4	958,9	25.647,6
Emilia-Romagna	10.623,9	3.806,7	3.612,4	1.441,0	888,4	25.281,4	9.458,1	3.578,1	2.664,7	2.620,2	1.173,6	1.013,6	26.118,2
Toscana	11.195,2	3.602,6	3.341,7	935,6	985,6	25.687,2	10.103,0	3.540,2	2.912,7	1.509,3	913,7	1.090,3	26.139,9
Umbria	11.297,6	3.743,9	3.207,1	1.181,0	730,2	25.226,7	10.450,0	3.549,5	3.132,7	1.757,9	1.137,0	951,4	26.846,5
Marche	11.716,9	3.555,3	3.304,2	1.258,9	856,6	25.532,2	11.236,3	3.636,6	2.685,2	2.216,9	1.044,3	1.038,8	27.868,3
Lazio	11.087,6	3.520,9	3.096,4	843,6	1.044,2	23.777,3	10.518,0	3.623,5	2.641,5	1.744,9	874,8	1.185,5	25.096,4
Abruzzo	11.716,1	2.976,8	2.978,0	1.035,2	970,1	24.235,2	11.561,0	3.132,8	2.884,2	1.471,0	1.240,5	1.033,3	27.296,0
Molise	11.974,3	2.905,9	2.659,4	752,9	901,3	23.376,1	11.651,9	3.777,6	2.723,0	1.164,5	718,5	1.251,6	25.684,8
Campania	13.451,5	3.091,2	2.940,9	703,2	1.073,6	25.175,3	12.182,0	3.065,4	2.658,5	1.433,0	857,5	1.266,0	25.835,9
Puglia	11.011,3	3.259,9	3.270,5	912,3	1.115,6	24.213,4	10.971,0	3.328,7	2.662,3	1.644,9	965,5	1.343,1	25.657,0
Basilicata	12.400,8	3.048,0	3.213,2	1.025,7	1.065,2	25.156,9	11.843,0	2.693,2	3.529,8	1.392,7	1.011,2	1.753,6	25.922,5
Calabria	12.349,1	2.738,8	2.683,5	826,4	1.040,9	23.605,8	11.798,4	2.798,7	2.416,3	945,4	606,2	1.466,5	24.552,2
Sicilia	12.565,1	2.953,4	3.016,4	1.043,4	1.301,8	25.836,6	12.061,9	3.195,9	2.382,7	1.607,7	1.080,4	1.528,5	27.809,7
Sardegna	9.102,3	3.328,5	2.936,2	1.509,0	1.131,9	23.246,1	8.633,5	3.681,9	2.060,1	975,5	1.558,3	1.368,6	23.773,5
Italia	**11.301,1**	**3.525,6**	**3.293,9**	**1.140,2**	**954,4**	**24.966,8**	**10.449,2**	**3.456,0**	**2.643,2**	**1.960,6**	**1.084,2**	**1.094,0**	**25.978,1**

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento l'*European Standard Population* 2013; i dati del 2020 sono disponibili sul Rapporto Osservasalute - Edizione 2022 Indicatore "Mortalità per causa per classi di età".

Fonte dei dati: Istat. "Indagine su Decessi e cause di morte". Anno 2024.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 146

Tabella 16 - *Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità nella popolazione di età 90 anni ed oltre per le principali cause di morte e regione. Femmine - Media 2015-2019, Anno 2021*

Regioni	2015-2019						2021						
	Malattie del sistema circolatorio	Tumori	Malattie del sistema respiratorio	Disturbi psichici	Malattie endocrine, nutrizionali e del metabolismo	Totale	Malattie del sistema circolatorio	COVID-19	Tumori	Malattie del sistema respiratorio	Disturbi psichici	Malattie endocrine, nutrizionale e del metabolismo	Totale
Piemonte	10.169,6	1.840,8	1.881,3	1.556,3	832,3	20.645,9	9.002,6	1.415,7	1.824,4	1.245,8	1.527,1	817,5	20.357,1
Valle d'Aosta	8.878,4	1.662,4	1.871,9	3.247,5	836,3	20.763,7	9.751,2	1.495,1	2.307,8	1.134,7	3.169,6	539,8	22.201,1
Lombardia	9.158,2	2.078,6	1.886,4	1.487,2	722,4	19.423,4	8.026,6	1.245,9	1.964,2	1.267,2	1.353,1	735,3	19.108,1
Bolzano-Bozen	*9.853,7*	*1.658,0*	*1.626,3*	*1.744,1*	*488,0*	*18.958,9*	*8.545,2*	*2.061,5*	*1.903,4*	*921,3*	*1.469,5*	*683,0*	*20.004,9*
Trento	*8.796,7*	*2.169,1*	*1.606,7*	*1.474,3*	*656,0*	*19.074,4*	*7.937,4*	*1.362,2*	*2.144,9*	*1.208,1*	*1.419,0*	*547,6*	*18.527,7*
Veneto	9.659,7	1.901,0	1.780,2	2.057,5	812,4	20.149,8	8.496,5	1.510,3	1.910,5	1.311,3	1.654,3	877,3	20.345,0
Friuli Venezia Giulia	9.561,9	1.989,2	2.166,3	1.361,6	699,8	19.204,5	8.846,0	2.205,5	1.892,0	1.192,9	1.273,8	692,7	19.638,6
Liguria	9.506,9	1.898,9	1.633,6	1.191,4	928,9	19.391,2	8.556,3	1.209,2	1.807,6	1.109,5	1.122,3	985,1	19.509,9
Emilia-Romagna	9.203,3	1.994,9	1.960,9	1.670,1	830,0	19.798,7	8.715,6	1.771,5	1.960,6	1.488,8	1.475,1	889,8	21.147,2
Toscana	9.571,6	1.815,7	1.760,4	1.183,4	872,6	20.216,0	8.598,8	1.020,3	1.829,8	1.328,7	1.297,5	914,7	20.878,8
Umbria	9.730,4	1.752,4	1.705,9	1.375,9	763,4	19.914,7	8.821,7	965,0	1.712,1	1.391,4	1.481,3	891,9	20.654,9
Marche	10.102,3	1.732,1	1.670,7	1.474,2	853,3	19.972,6	9.867,7	1.507,8	1.722,5	1.342,6	1.592,9	962,3	21.732,6
Lazio	10.038,9	1.796,6	1.862,5	1.077,4	996,0	19.540,8	9.756,6	1.172,0	1.739,5	1.506,4	1.249,8	1.041,7	20.486,6
Abruzzo	10.737,1	1.503,6	1.403,3	1.180,1	942,0	19.902,9	9.959,1	999,3	1.613,6	1.187,2	1.081,9	1.163,3	20.784,2
Molise	10.727,5	1.439,5	1.343,9	814,7	895,4	18.815,3	10.750,3	1.013,0	1.476,3	1.066,0	1.135,7	1.081,0	21.219,5
Campania	12.977,9	1.376,3	1.478,9	960,7	1.219,6	21.397,0	12.171,3	886,0	1.304,4	1.413,9	1.115,9	1.407,0	22.304,5
Puglia	10.370,7	1.503,2	1.764,3	1.086,9	1.184,0	20.114,7	10.372,6	1.212,9	1.586,8	1.509,8	1.088,2	1.304,9	21.923,5
Basilicata	10.999,1	1.468,5	1.797,9	1.085,8	1.143,2	20.215,3	10.552,1	782,4	1.479,6	1.506,3	1.179,1	1.059,9	20.779,3
Calabria	11.538,6	1.231,5	1.308,1	976,2	1.173,4	19.869,7	11.792,6	750,8	1.273,7	1.248,1	1.015,1	1.359,0	21.580,1
Sicilia	11.444,6	1.394,7	1.397,1	1.255,0	1.176,3	21.042,8	10.778,8	1.146,3	1.358,7	1.262,9	1.494,8	1.436,0	22.935,3
Sardegna	7.799,1	1.687,0	1.549,2	1.938,9	970,0	18.781,7	7.528,9	675,3	1.621,6	1.248,3	1.979,5	984,4	19.258,9
Italia	**10.011,3**	**1.785,3**	**1.751,4**	**1.400,5**	**909,4**	**19.986,8**	**9.286,3**	**1.266,4**	**1.750,7**	**1.329,1**	**1.371,9**	**987,4**	**20.664,9**

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento l'*European Standard Population* 2013; i dati del 2020 sono disponibili sul Rapporto Osservasalute - Edizione 2022 Indicatore "Mortalità per causa per classi di età".

Fonte dei dati: Istat. "Indagine su Decessi e cause di morte". Anno 2024.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 147

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 148

Mortalità prematura

Significato. L'indicatore si riferisce al *Sustainable Development Goals Indicator* 3.4.1, per il quale sono prese in considerazione tumori maligni, diabete mellito, malattie cardiovascolari e malattie respiratorie croniche (codici ICD-10: C00-C97, E10-E14, I00-I99, J30-J98) nella fascia di età 30-69 anni. Il tasso, quindi, si riferisce a malattie croniche e la morte che si verifica in questa classe di età è considerata prematura o precoce. In generale, come tutti i tassi, rappresenta il numero di decessi che si osserverebbe, per quelle specifiche cause e in quelle classi di età, in una popolazione di 10.000 persone con una struttura per età uguale a quella considerata nella *European Standard Population*-Edizione 2013, proposta dall'Ufficio Statistico dell'Unione Europea (Eurostat). I dati analitici utilizzati nel calcolo sono rappresentati, per ogni anno di osservazione, dai quozienti specifici per classi di età quinquennali (dai 30 ai 69 anni), genere e causa.

Tasso di mortalità prematura

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

Significato delle variabili: $D_{x,r}^i$ rappresenta il numero dei decessi all'età x con menzione della causa i nella provincia o regione r; $P_{x,r}$ rappresenta l'ammontare della popolazione di età x nella provincia o regione r.

Validità e limiti. Come tutti i tassi std, anche quello di mortalità precoce non rappresenta una misura reale del fenomeno, in quanto indica il valore che il tasso di mortalità per le cause di morte considerate assumerebbe qualora la struttura per età della popolazione considerata fosse uguale a quella della popolazione scelta come standard. Come pregio, il tasso std consente di effettuare confronti, tanto temporali che territoriali, al netto dell'influenza delle strutture demografiche reali delle popolazioni messe a confronto.

Descrizione dei risultati

L'Indicatore 3.4.1 dei *Sustainable Development Goals* si concentra sulla riduzione della mortalità prematura dovuta a malattie croniche. Questo obiettivo è cruciale per affrontare le principali sfide sanitarie del nostro tempo, comprese patologie come malattie cardiache, cancro, diabete e malattie respiratorie croniche, che rappresentano una parte significativa del carico globale di malattie. Il monitoraggio di questo indicatore rivela il progresso verso il raggiungimento di tale obiettivo, e ciò implica il monitoraggio dei principali fattori di rischio, come il fumo, l'obesità, l'attività fisica insufficiente e l'accesso a cure mediche appropriate.

Un aspetto cruciale di questo indicatore è la sua capacità di evidenziare le disuguaglianze nell'accesso alla salute e ai servizi sanitari. Laddove si presentano situazioni svantaggiate da questo punto di vista, spesso si registrano tassi più alti di mortalità prematura dovuta a malattie croniche, sottolineando l'importanza di politiche e interventi sanitari equi ed efficaci.

In generale, le malattie croniche possono avere periodi di latenza molto lunghi e restano latenti anche per decenni prima di manifestarsi clinicamente. Dato il lungo decorso, presentano diverse opportunità di prevenzione. I principali fattori di rischio sono conosciuti e modificabili, come l'alimentazione poco sana, il consumo di tabacco, l'abuso di alcol e la mancanza di attività fisica. L'OMS mette in evidenza come sia necessario ridurre tale mortalità e monitorare gli sforzi (e i risultati) che i singoli Paesi effettuano (e ottengono) per contrastare queste malattie. Sebbene il SSN (in particolare gli Ospedali) sia concentrato più sulle malattie acute, l'Italia è, comunque, tra i Paesi più attivi nel contrastare le malattie croniche con politiche di prevenzione e di monitoraggio delle persone già malate.

Gli uomini presentano un tasso di mortalità precoce più alto delle donne, anche se nel corso degli anni il divario di genere è diminuito. Infatti, dal 2004 al 2021, il tasso std di mortalità precoce a causa di malattie croniche è diminuito di circa il 35% per gli uomini, passando da un valore di 386,7 a circa 250 per 100.000, e del 22% circa per le donne, scendendo da 201,4 a circa 157 per 100.000 abitanti (Tabella 1).

Le differenze a livello territoriale non si sono colmate con il passare degli anni, anzi la distanza tra Centro-Nord e Mezzogiorno si è accentuata (Tabella 2, Tabella 3). Limitando l'analisi regionale a partire dal 2015, sia per gli uomini che per le donne, abbiamo da un lato regioni come le PA di Bolzano e Trento, il Veneto e l'Emilia-Romagna con un vantaggio sempre più ampio rispetto alla media nazionale; dall'altro lato, tra le regioni che vedono peggiorare il proprio divario, ci sono la Campania (nel 2021 il tasso di entrambi i generi è arrivato intorno al 28% in più sul dato nazionale), la Sicilia, la Calabria, la Sardegna. A queste ultime si aggiunge il Lazio che presenta un tasso abbastanza alto, più vicino alle regioni del Mezzogiorno che a quelle del Centro.

Tuttavia, nel corso degli anni quasi tutte le regioni hanno ridotto la mortalità precoce per le malattie croniche, con guadagni più significativi da parte di quelle

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 149

che già presentavano valori del tasso più bassi. L'unica regione in cui si ha un incremento tra il 2015 e il 2021 è il Molise, dove il tasso femminile è cresciuto del 20,2% rispetto al 2015.

Tabella 1 - *Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità prematura per genere - Anni 2004-2021*

Anni	Maschi	Femmine
2004	386,7	201,4
2005	375,0	198,7
2006	362,4	192,5
2007	352,2	192,7
2008	344,4	188,3
2009	338,5	188,3
2010	326,5	181,7
2011	323,9	183,1
2012	316,9	182,5
2013	303,3	175,0
2014	295,6	172,0
2015	295,6	172,9
2016	284,4	166,5
2017	278,0	166,4
2018	272,4	164,5
2019	262,6	159,9
2020	259,9	159,2
2021	250,3	157,3

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento l'*European Standard Population* 2013.

Fonte dei dati: Istat. "Indagine su decessi e cause di morte". Anno 2024.

Tabella 2 - *Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità prematura per regione. Maschi - Anni 2015-2021*

Regioni	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Piemonte	302,0	281,2	280,5	284,5	269,5	264,1	252,6
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	327,3	260,6	248,7	265,4	223,6	249,0	245,5
Lombardia	277,8	264,9	257,7	254,5	243,2	247,0	229,0
Bolzano-Bozen	*276,3*	*255,2*	*248,2*	*220,0*	*212,1*	*214,9*	*179,8*
Trento	*249,9*	*260,9*	*217,9*	*187,7*	*219,3*	*187,4*	*196,3*
Veneto	261,0	252,7	240,2	238,8	227,5	219,0	212,3
Friuli Venezia Giulia	287,2	277,5	254,4	268,0	252,4	253,2	238,3
Liguria	281,4	276,2	262,6	273,4	266,2	252,6	247,8
Emilia-Romagna	258,2	258,0	245,6	239,6	231,2	229,3	213,3
Toscana	268,8	261,4	245,7	244,6	250,4	231,5	222,0
Umbria	269,9	245,2	256,2	250,4	243,2	228,1	217,7
Marche	260,0	252,8	245,9	239,3	223,8	221,9	222,3
Lazio	310,6	297,6	291,2	277,2	276,0	270,7	268,6
Abruzzo	295,8	299,0	286,3	274,6	260,5	254,8	252,4
Molise	307,6	309,9	321,1	321,2	295,4	279,7	288,8
Campania	380,9	369,0	359,1	350,2	328,5	337,9	318,9
Puglia	282,5	271,4	276,5	268,4	260,6	264,7	255,1
Basilicata	290,6	274,6	301,6	286,7	262,4	271,6	271,5
Calabria	315,3	302,8	304,6	281,9	287,3	281,8	283,7
Sicilia	324,0	307,6	314,5	300,0	291,1	288,7	284,6
Sardegna	327,1	316,2	298,7	287,1	287,2	283,7	290,1
Italia	**295,6**	**284,4**	**278,0**	**271,6**	**262,6**	**259,9**	**250,3**

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento l'*European Standard Population* 2013.

Fonte dei dati: Istat. "Indagine su decessi e cause di morte". Anno 2024.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 150

Tabella 3 - *Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità prematura per regione. Femmine - Anni 2015-2021*

Regioni	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Piemonte	175,8	169,6	173,5	162,3	163,1	153,4	156,7
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	165,2	147,9	171,0	149,5	150,3	129,8	163,1
Lombardia	160,8	157,8	157,9	154,5	151,5	151,6	145,5
Bolzano-Bozen	*146,9*	*136,5*	*114,7*	*141,8*	*146,7*	*130,3*	*118,7*
Trento	*142,3*	*120,9*	*133,2*	*127,4*	*128,1*	*117,5*	*112,8*
Veneto	155,6	137,1	147,5	149,8	138,6	134,2	132,7
Friuli Venezia Giulia	167,7	149,3	156,6	154,8	152,6	146,6	142,6
Liguria	167,4	164,8	163,9	167,7	155,7	163,0	152,7
Emilia-Romagna	157,5	158,6	150,6	155,5	145,0	146,4	143,8
Toscana	164,3	161,0	159,9	152,2	155,1	146,4	148,8
Umbria	144,6	154,8	142,8	154,0	137,8	147,2	137,0
Marche	163,0	143,3	142,6	141,6	129,4	146,0	149,1
Lazio	186,7	181,5	182,1	171,7	169,8	164,9	168,0
Abruzzo	160,1	145,1	157,8	159,4	151,9	156,1	145,0
Molise	138,2	132,3	177,6	151,8	147,7	168,9	166,1
Campania	219,8	213,1	211,7	203,0	200,2	199,0	202,6
Puglia	165,1	162,6	157,4	157,4	154,9	159,3	153,4
Basilicata	180,5	160,4	148,1	164,3	161,2	153,7	128,2
Calabria	174,2	165,3	166,7	167,8	165,9	167,1	171,9
Sicilia	191,4	185,2	182,4	184,3	182,1	185,4	184,1
Sardegna	174,6	172,2	161,3	159,6	158,3	169,0	163,3
Italia	**172,9**	**166,5**	**166,4**	**163,8**	**159,9**	**159,2**	**157,3**

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento l'*European Standard Population* 2013.

Fonte dei dati: Istat. "Indagine su decessi e cause di morte". Anno 2024.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 151

Impatto epidemiologico delle cronicità in Medicina Generale

Da diversi anni è ormai noto come la popolazione italiana stia progressivamente andando incontro ad invecchiamento (1, 2). Il continuo calo demografico e l'incremento globale dell'aspettativa di vita sono i due fattori maggiormente associati a tale fenomeno. Questo progressivo invecchiamento si correla con l'aumento di numerose patologie croniche che insorgono ad un'età sempre più giovane (3).

Tutto ciò si associa ad una crescita esponenziale della spesa sociale, legata non solo all'invecchiamento della popolazione, ma anche all'assistenza socio-sanitaria sostenuta da famiglie unifamiliari, alla spesa per ricoveri ospedalieri, all'andamento del mercato del lavoro e ai provvedimenti sui sistemi pensionistici. Considerando che è responsabilità dei decisori politici (a tutti i livelli) promuovere e proteggere il diritto universale di tutti al godimento del più alto livello di salute raggiungibile (4), occorre dotarsi di strumenti adeguati a questo scopo.

Pertanto, sono necessari strumenti che siano volti a migliorare la *governance* dei sistemi sanitari e a sviluppare e potenziare i sistemi informativi e di gestione dei dati che favoriscano il monitoraggio della *governance* stessa, nonché rivalutare ed aggiornare i provvedimenti inerenti alle riforme del SSN. Questo quadro generale deve interessare in particolar modo il nostro Paese, nel quale oltre il 24% della popolazione presenta più di 65 anni.

Questa dimensione della cronicità mette a rischio il sistema di tutela statale ed universalistico del nostro Paese che, senza adeguati interventi, non può sostenere il nuovo bisogno di salute della popolazione. Tutto ciò è emerso in modo ancor più evidente durante la pandemia di COVID-19, la quale ha impattato, direttamente o indirettamente, a tutti i livelli del sistema salute del nostro Paese, compreso quello economico.

Proprio la pandemia ha messo forzatamente in risalto quanto discusso e noto ormai da tempo, cioè che la direzione verso cui si dovrebbe tendere passa, inevitabilmente, dal potenziamento dei servizi assistenziali extra ospedalieri, ossia dalla cosiddetta "assistenza territoriale", e dalla innovazione tecnologica, e che la sua buona riuscita dipende dalle risorse, non solo economiche, messe a disposizione per tale obiettivo.

Al fine di scegliere i modelli organizzativi più adeguati a rispondere a questo cambiamento inevitabile, è importante tenere in considerazione che gli obiettivi di cura nei pazienti con cronicità, non potendo essere rivolti alla guarigione, sono finalizzati al miglioramento del quadro clinico e dello stato funzionale, alla minimizzazione della sintomatologia, alla prevenzione della disabilità e al miglioramento della qualità di vita. Inoltre, la corretta gestione di una patologia cronica dovrebbe tendere alla riduzione del peso di tale condizione sull'individuo, sulla sua famiglia e sul contesto sociale, garantendo, di conseguenza, un miglioramento della qualità di vita. Solo mediante nuovi percorsi assistenziali in grado di prendere in carico il paziente nel lungo termine e nel suo complesso tenendo conto dell'ambiente in cui vive, prevenendo e contenendo la disabilità, garantendo la continuità assistenziale e l'integrazione degli interventi socio-sanitari, sarà possibile raggiungere tali obiettivi, in linea con quanto già previsto nel DPCM dei LEA del 12 gennaio 2017 e nel DM n. 77/2022 (7).

Per rispondere a questa nuova esigenza di salute il SSN, primo fra tutti i Paesi europei, ha posto le basi per un'appropriata ed equa gestione della cronicità, sviluppando il Piano Nazionale della Cronicità (PNC) (5) e istituendo un'apposita Cabina di Regia, il cui compito è di monitorare l'attuazione di tale piano nelle diverse regioni che, dal canto loro, sono chiamate ad articolare appositi Piani Regionali della Cronicità.

Il PNC nasce dall'esigenza di armonizzare, a livello nazionale, le attività di gestione della cronicità, con l'intento di promuovere interventi basati sull'unitarietà di approccio, centrati sulla persona e orientati verso una migliore organizzazione dei servizi e una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza. Difatti, gli obiettivi del PNC sono proprio quelli di: 1. valorizzare la rete assistenziale; 2. sviluppare modelli organizzativi flessibili così da garantire continuità assistenziale; 3. garantire un approccio integrato per garantire una presa in carico precoce della persona con malattia cronica in un percorso diagnostico-terapeutico multidisciplinare; 4. potenziare le cure domiciliari così da ridurre la necessità di ricovero; 5. sviluppare modelli assistenziali centrati sui bisogni dei pazienti.

Il PNC riconosce come pilastro portante il Sistema di Cure Primarie, individuando nel MMG e nel PLS i protagonisti al centro della "rete di servizi sanitari" in grado di rispondere alla nuova domanda di salute della popolazione. Inoltre, il Piano individua nel *Chronic Care Model Innovative* il modello organizzativo di elezione per rispondere a questa nuova sfida. Tale modello è centrato sulle cure territoriali e domiciliari integrate e delega all'assistenza ospedaliera la gestione dei casi acuti/complessi non gestibili dagli operatori sanitari delle cure primarie.

In questo modello organizzativo lo strumento per garantire appropriatezza ed efficacia dell'assistenza è costituito dai PDTA che rappresentano la contestualizzazione a livello territoriale delle Linee Guida per ogni data

C. CRICELLI, A. ROSSI, I. GRATTAGLIANO, O. BRIGNOLI, G. MEDEA, D. PARRETTI, F.P. LOMBARDO, P. LORA APRILE, M. CANCIAN, A. MAGNI, A. ZANCHE', T. MASTRONUZZI, E. LAGOLIO, F. LAPI, E. MARCONI, I. CRICELLI

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 152

patologia. Questo approccio dovrebbe avere l'obiettivo di offrire a ogni paziente il migliore percorso assistenziale, le cure appropriate al momento giusto e nel luogo giusto e di ricevere l'assistenza di operatori sanitari che, per ruolo e competenze, possono prenderlo in cura, in modo da poter affrontare e risolvere i problemi di salute con un approccio sistemico e multidimensionale.

Tutto questo va ad integrarsi con quanto la pandemia e le problematiche precedentemente descritte hanno determinato. Difatti, in virtù del piano di investimenti e riforme europeo *Next Generation* EU nel 2021, l'Italia ha approvato il PNRR (6) che, per gli anni 2021-2026, ha stanziato circa 15,63 miliardi di € destinati alla Missione 6 Salute.

La Missione 6 ha l'obiettivo di rafforzare la prevenzione, l'assistenza sul territorio al fine di garantire omogeneità nella capacità di dare risposte integrate, assicurare l'equità nell'accesso alle cure e nell'erogazione delle prestazioni; prevede l'ammodernamento delle dotazioni tecnologiche del SSN; potenzia il Fascicolo Sanitario Elettronico e lo sviluppo della telemedicina; sostiene le competenze tecniche, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario, oltre a promuovere la ricerca scientifica in ambito biomedico e sanitario.

Si articola in due Componenti: Componente 1 "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale", interamente dedicata appunto al miglioramento della rete dell'assistenza sanitaria territoriale, delle reti di prossimità, prevedendo strutture e telemedicina per l'assistenza territoriale sanitaria, tutto questo attraverso il potenziamento di Presidi territoriali (Case della Comunità), servizi domiciliari e digitali, e Ospedali di Comunità; Componente 2, innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN orientata a rendere l'Ospedale sostenibile e sicuro e luogo di ricerca traslazionale.

In applicazione degli adempimenti del PNRR è stato adottato il DM n. 77 del 23 maggio 2022, (7) che definisce i modelli organizzativi, standard e le principali tematiche connesse agli interventi previsti nell'ambito della Missione 6 Componente 1 "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria"; successivamente è stato affiancato dalle "Linee Guida Organizzative Contenenti il Modello Digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare", che definisce il modello organizzativo per realizzare i servizi di telemedicina (8).

La sfida della multicronicità, della multimorbidità e della fragilità

Il grande limite dei PDTA è legato al fatto che si tratta di strumenti "disease-oriented" e, pertanto, è estremamente complesso tenere in considerazione la presenza contemporanea di più patologie croniche per uno stesso paziente. Diversamente, le Linee Guida, sebbene ad oggi ne siano state sviluppate e pubblicate su questi temi, restano comunque strumenti complessi e dispendiosi da realizzare, nonché limitati ai contesti per le quali vengono realizzate.

Il fenomeno della multicronicità, nonché della multimorbidità e fragilità, è associato alla riduzione della qualità della vita, al declino funzionale e all'aumento dell'impiego di risorse sanitarie e, quindi, di costi a carico del SSN. La loro prevalenza aumenta all'aumentare dell'età dei pazienti, nonché in presenza di condizioni socio-sanitarie svantaggiate.

Multicronicità e multimorbidità non sono sinonimi: i due concetti fanno riferimento a modi diversi di considerare non solo il paziente, ma anche il processo di cura. Difatti, il concetto di multicronicità presuppone la presenza di uno stato patologico primario che diviene il *focus* dell'intervento, mentre il concetto di multimorbidità, definita dalla presenza di due o più condizioni a lungo termine, non considerando una gerarchia nelle patologie che caratterizzano la persona, consente di osservare il paziente secondo un approccio olistico che tiene conto della complessità della sua condizione (9).

La fragilità, invece, secondo la definizione della WHO del 2015 (10), è data da un progressivo declino correlato all'età nei sistemi fisiologici, che si traduce in una diminuzione delle riserve di capacità intrinseca, conferendo un'estrema vulnerabilità ai fattori di stress e aumentando il rischio di una serie di esiti avversi per la salute.

Numerosi sono gli strumenti che misurano la fragilità. Recentemente è stato pubblicato il *Frailty Index in Primary Care* (11), che appartiene al costrutto della fragilità da accumulo di *deficit* e nasce da un approccio *data-driven*. L'indice permette di stratificare il paziente in funzione del suo livello di fragilità (lieve, moderata e alta) mediante venticinque variabili utili a una consistente completezza della valutazione.

Proprio nel contesto della pandemia di COVID-19, la multicronicità, la multimorbidità e la fragilità hanno avuto un impatto importante sugli esiti legati a tale infezione, e in particolare sulla loro gravità e severità (12-15).

È evidente che né le Linee Guida né i PDTA sono in grado di fornire una risposta completa alla corretta gestione di multicronicità, multimorbidità e fragilità, in quanto, per la loro stessa natura, non riescono a prendere in considerazione tutte le svariate combinazioni di patologie croniche che possono affliggere i pazienti, nonché le loro relazioni. Inoltre, va considerato che, all'interno della stessa patologia, la rilevazione dei bisogni e la presa in carico devono riguardare anche aspetti non strettamente clinici sebbene estremamente rilevanti, come l'alimentazione, l'attività fisica, le abitudini quali il fumo e il consumo di alcol, nonché le dinamiche familiari, il lavoro e

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 153

la priorità con la quale ciascun individuo guarda alla propria salute. Questi sono elementi fondamentali al fine di arruolare il paziente nella pianificazione delle cure e massimizzare i risultati.

Lo strumento a cui si dovrebbe far riferimento è la Valutazione Multidimensionale (VMD), introdotta nel 1991 da Rubenstein (16), che per primo la propose e la definì come un "…processo diagnostico interdisciplinare multidimensionale incentrato sulla valutazione delle condizioni mediche, psicologiche e funzionali di una persona anziana fragile, al fine di sviluppare un piano coordinato e integrato per il trattamento e il follow-up a lungo termine"; valutazione finalizzata ad un Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) che garantisca, attraverso un approccio coordinato, il benessere dell'individuo, come richiamato all'art. 21 sui Percorsi assistenziali integrati del DPCM del 12 gennaio 2017 sui LEA. Lo stesso DM n. 77/2022, indica il PAI all'interno del "Progetto di Salute" (insieme ai Piani Riabilitativi Individuali) e, più in generale, lo identifica come strumento cardine per definire le modalità di presa in carico.

La Legge Delega n. 33 del 22 marzo 2023 ed il D. Lgs. collegato recentemente approvato insistono per una VMD unificata utilizzando strumenti validati con riferimento alle Linee Guida Nazionali. Le Linee Guida sulla VMD per la persona anziana, promosse dalla Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie (SIMG) e dalla Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio e sottoscritte da 25 Società scientifiche sono state pubblicate sul sito del Sistema Nazionale Linee Guida dell'ISS il 16 Novembre 2023 e riportano una raccomandazione specifica per l'utilizzo della VMD nel setting delle Cure Primarie per ridurre l'ospedalizzazione indicando l'utilizzo di due strumenti: il *Multidimensional Prognostic Index* (MPI) e il *Resident Assessment Instrument for Home Care*.

L'aumento del numero di patologie croniche che affliggono il soggetto si correla, generalmente, ad un aumento delle terapie farmacologiche prescritte, portando al ben noto problema della politerapia. Questo fenomeno è associato a un maggior rischio di eventi avversi, ad un aumento rischio di impieghi potenzialmente inappropriati dei farmaci così come a una riduzione dell'aderenza terapeutica.

In tale contesto, la difficoltà principale per la Medicina Generale (MG) deriva dal fatto che, spesso, il MMG si trova a dover gestire una serie di prescrizioni derivanti dal setting specialistico (17) ed, al contempo, dover gestire le eventuali interazioni e nel caso a dover mettere in pratica il complesso processo di deprescribing sulla base di criteri di appropriatezza validati (ad esempio, *Screening Tool of Older People's Prescriptions/ Screening Tool to Alert to Right Treatment* (18) o *The American Geriatrics Society Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults* (19)). Pertanto, risulta comprensibile che i pazienti con multimorbidità siano associati ad un maggior carico di lavoro per il MMG, in termini di visite e di richieste di prestazioni di qualsiasi tipo: dalla prescrizione dei farmaci alla richiesta di una visita specialistica (20), ma anche, e soprattutto, data la necessaria costante attività di *counselling*.

In particolare, il cosiddetto metodo incrementale realizzabile, grazie ad una relazione professionale di cura, poggia oltre che su competenza e autorevolezza dei professionisti anche su alcuni fondamentali requisiti organizzativi quali continuità, accessibilità e durata media del tempo di consultazione.

Nel contesto della multicronicità, multimorbidità e fragilità, nonché nella gestione farmaco-terapeutica relativa e, più in generale, nell'ottica di un'ottimizzazione della presa in carico anche attraverso una stratificazione della popolazione e dei relativi bisogni, i sistemi informatici di gestione delle cartelle cliniche possono fornire un valido supporto al MMG, sia nell'identificazione di tali pazienti, sia nel gestire la loro presa in carico in maniera adeguata tenendo conto delle strategie di *Shared Decision Making* fondamentali per il raggiungimento del principale obiettivo di cura, ossia migliorare la qualità di vita del paziente.

In ambito di *primary care*, uno degli strumenti validati in lingua italiana è il *Brief-Multidimensional Prognostic-Index* (*Brief*-MPI) (21) che si è dimostrato efficace, intuitivo e soprattutto pratico ed è stato validato rispetto alla versione estesa dello strumento MPI (uno dei due strumenti raccomandati dalle Linee Guida nazionali sopraindicate per la VMD).

Inoltre, a seguito dell'incremento della spesa socio-sanitaria (22), quale risultato dell'invecchiamento della popolazione e della cronicizzazione delle patologie, si è fatta sempre più pressante la necessità di strumenti di monitoraggio dell'appropriatezza clinica. In tale contesto, si inserisce il ruolo della medicina di iniziativa e di presa in carico, agendo attraverso la stratificazione della popolazione per intensità dei bisogni.

La conoscenza del profilo epidemiologico e degli indicatori correlati con i bisogni e gli esiti di salute della popolazione assistita costituiscono, pertanto, un aspetto fondamentale.

In tale contesto, il *network Health Search* (HS) è ormai da molti anni messo a disposizione per tracciare i percorsi assistenziali dei MMG, nonché per lo sviluppo di indicatori di *performance* assistenziale. Questi sono da intendere come "elementi specifici della pratica clinica", per i quali esistono solide evidenze scientifiche e sono utilizzabili come unità di misurazione della qualità della cura.

Health Search: uno strumento per monitorare la cronicità

In un momento cruciale per il SSN, risulta di estrema importanza per la MG dotarsi di strumenti infor-

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 154

matici realizzati appositamente e di facile utilizzo per gli operatori sanitari, che siano in grado di fornire risposte ai nuovi bisogni professionali e alle richieste degli amministratori.

Il presente Capitolo, mediante l'impiego dei dati del *network* HS, fornisce una fotografia aggiornata della dimensione del problema cronicità a livello della MG italiana in termini di prevalenza delle principali patologie croniche a elevato impatto sociale, nonché delle loro eventuali combinazioni, le quali sono alla base del fenomeno della multimorbidità che rappresenta, ad oggi, una delle principali sfide per la MG e per il sistema sanitario nel suo complesso. Inoltre, si pone l'obiettivo di valutare il fenomeno multimorbidità sia in termini di assistenza che di presa in carico, nonché di analizzarne i costi nel *setting* delle cure primarie.

Riferimenti bibliografici

(1) World Health Organization. World Health Day 2012 - Ageing and health - Toolkit for event organizers. WHO; 2012 (disponibile sul sito: http://whqlibdoc.who.int).
(2) United Nations. World population ageing 1950-2050. Disponibile sul sito: www.un.org/esa/population.
(3) Commission services (Directorate-General for Economic and Financial Affairs), Economic Policy Committee (Ageing Working Group). Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems & Fiscal Sustainability. Institutional Papers 37. October 2016. Brussels. PDF. 244; 484 pp.
(4) Declaration of Astana. Global Conference on Primary Health Care "From Alma-Ata towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals" Astana, Kazakhstan, 25 and 26 October 2018. Disponibile sul sito: www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf.
(5) Ministero della Salute. Piano nazionale della cronicità. Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano 2016. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf.
(6) Il piano nazionale di ripresa e resilienza. Disponibile sul sito: https://temi.camera.it/leg18/pnrr.html.
(7) Ministero della Salute. DM. 77 Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. (22G00085) (GU Serie Generale n. 144 del 22 giugno 2022).
(8) Ministero della Salute. DM 29 aprile 2022. Approvazione delle linee guida organizzative contenenti il "Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare", ai fini del raggiungimento della Milestone EU M6C1-4, di cui all'Annex alla decisione di esecuzione del Consiglio ECOFIN del 13 luglio 2021, recante l'approvazione della valutazione del Piano per la ripresa e resilienza dell'Italia. (22A03098) (GU Serie Generale n. 120 del 24 maggio 2022).
(9) Le Reste J.V. et all. Multimorbidity a concept for Family Medicine within Europe. Anversa 2016.
(10) World report on ageing and health. Geneva: World Health Organization; 2015. Disponibile sul sito: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf?sequence=1.
(11) Vetrano D.L. et al., Frailty detection among primary care older patients through the Primary Care Frailty Index (PC FI). Disponibile sul sito: https://doi.org/10.1038/s41598-023-30350-3.
(12) Clark Andrew, Jit Mark, Warren-Gash Charlotte, Guthrie Bruce, Wang Harry HX, Mercer Stewart W, et al. Global, regional, and national estimates of the population at increased risk of severe COVID-19 due to underlying health conditions in 2020: a modelling study. Lancet Glob Heal. 2020; 8 (8): e1.003-17.
(13) Bhaskaran K, Bacon S, Evans SJ, Bates CJ, Rentsch CT, MacKenna B, et al. Factors associated with deaths due to COVID-19 versus other causes: population-based cohort analysis of UK primary care data and linked national death registrations within the OpenSAFELY platform. Lancet Reg Heal Eur. 2021; 6. 100109.
(14) Godeau D, Petit A, Richard I, Roquelaure Y, Descatha A. Return-to-work, disabilities and occupational health in the age of COVID-19. Scand J Work Environ Health. 2021; 47 (5): 408-9.
(15) Wang B, Li R, Lu Z, Huang Y. Does comorbidity increase the risk of patients with COVID-19: evidence from meta-analysis. Aging (Albany NY). 2020; 12 (7): 6.049-57.
(16) Rubenstein LZ, Stuck AE, Siu AL, Wieland D. Impact of geriatric evaluation and management programs on defined outcomes: overview of the evidence. Journal of the American Geriatrics Society. 1991; Vol. 39:8S-16S.
(17) Duerden M, Avery T, Payne R. Polypharmacy and medicines optimisation. King's Fund, 2013.
(18) Gallagher P, Baeyens J-P, Topinkova E, Madlova P, Cherubini A, Gasperini B, et al. Inter-rater reliability of STOPP (Screening Tool of Older Persons' Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment) criteria amongst physicians in six European countries. Age Ageing 2009; 38: 603-6.
(19) By the 2019 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. J Am Geriatr Soc. 2019 Apr; 67 (4): 674-694.
(20) Wallace E, Salisbury C, Guthrie B, Lewis C, Fahey T, Smith SM. Managing patients with multimorbidity in primary care. BMJ. 2015 Jan 20; 350: h176.
(21) Cella A. et Al. Validation of Abbreviated Form of the Multidimensional Prognostic Index (MPI): The BRIEF-MPI Project. Clinical Interventions in Aging 2022: 17 789-796.
(22) Consiglio Superiore di Sanità. Sezione I - Invecchiamento della popolazione e sostenibilità del SSN. Disponibile sul sito: www.quadernidellasalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3094_allegato.pdf.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 155

Prevalenza delle patologie croniche a elevato impatto sociale tra gli assistiti dai Medici di Medicina Generale aderenti al *network Health Search*

Significato. Il seguente indicatore si pone l'obiettivo di descrivere il quadro epidemiologico delle principali patologie croniche ad elevato impatto sociale all'interno della popolazione assistita dai MMG aderenti al *network* HS. Tale indicatore illustra le prevalenze *lifetime*, ossia la proporzione cumulativa di individui di una popolazione che, entro la fine di un dato periodo di osservazione, ha avuto una data diagnosi di patologia da parte del MMG. Questa prospettiva è basata sull'assunto che qualsiasi patologia cronica necessita della presa in carico del paziente indipendentemente dalla sintomatologia clinica e dal conseguente intervento.
Nello specifico, sono fornite stime di prevalenza per le seguenti patologie, individuate dai relativi codici ICD-9-CM:
- ipertensione arteriosa (ICD-9-CM: 401-405.x);
- ictus ischemico (ICD-9-CM: 433.x-436.x, 438.x, 342.x);
- malattie ischemiche del cuore (ICD-9-CM: 410.x-414.x);
- scompenso cardiaco congestizio (ICD-9-CM: 428.x, 402.91, 404.91, 402.11, 402.01, 404.01);
- diabete mellito tipo 2 (ICD-9-CM: 250.x, esclusi 250.x1 e 250.x3);
- Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) (ICD-9-CM: 491.2x, 496.x);
- asma bronchiale (ICD-9-CM: 493.x);
- osteoartrosi (ICD-9-CM: 715.x, 716.1);
- disturbi tiroidei, con l'eccezione dei tumori tiroidei (ICD-9-CM: 240.x-246.x e 648.1x);
- malattia di Parkinson (ICD-9-CM: 332.0)[1];
- obesità (ICD-9-CM: 278.0x e valore di BMI).

Tutte le stime di prevalenza (valori per 100) si riferiscono al totale di assistiti adulti (>14 anni) in carico ai MMG aderenti al *network* HS. I risultati delle analisi sono presentati sia come trend di prevalenza dal 2017 al 2022, nonché, per l'anno 2022, come differenze nella prevalenza per genere e regione di residenza.

Prevalenza lifetime delle patologie croniche a elevato impatto sociale tra gli assistiti dai Medici di Medicina Generale aderenti al network Health Search

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Pazienti adulti (>14 anni) presenti in } \textit{Health Search} \text{ con diagnosi ICD-9-CM}x}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione } \textit{Health Search} \text{ (>14 anni) di assistibili dalla Medicina Generale}} \times 100$$

Validità e limiti. Il *database* del *network* HS consente di individuare in maniera attendibile e rapida la prevalenza delle principali patologie croniche in carico alla MG superando i limiti intrinseci presenti in altre metodologie, quali le banche dati amministrative e le indagini dirette al paziente. Ciò è dovuto al fatto che nei database della MG l'informazione viene rilevata indipendentemente dall'ipotesi dello studio (assenza di *non-response* e *recall bias*) e direttamente da un operatore sanitario. Inoltre, le prevalenze derivanti da questa fonte di dati, a differenza di quelle derivanti dai dati di ospedalizzazione, fotografano in maniera più attendibile le condizioni croniche poiché non necessitano della manifestazione di un evento acuto che comporti l'ospedalizzazione del soggetto.
Un ulteriore vantaggio risiede nell'elevata numerosità della popolazione monitorata, la quale risulta sovrapponibile alla popolazione generale italiana per genere, fasce di età e residenza geografica. A fronte di questi vantaggi, l'impiego delle banche dati della MG presenta anche potenziali limiti. In primo luogo, esse si riferiscono solo alla popolazione adulta (>14 anni) in carico ai MMG aderenti al *network* HS e non a tutta la popolazione residente. In secondo luogo, queste fonti di dati registrano le informazioni solo nel momento in cui il paziente si rivolge al proprio MMG; tuttavia, grazie alla strutturazione tipica del nostro SSN, il MMG rappresenta lo snodo cruciale per l'erogazione dell'assistenza sanitaria; basti pensare che in 3 anni il 90% degli assistiti si reca almeno una volta dal proprio MMG. Infine, un ulteriore limite dell'impiego delle banche dati della MG risiede nell'accuratezza della compilazione da parte del MMG che, però, viene costantemente monitorata mediante il calcolo di indicatori della qualità dell'informazione inserita.

Valore di riferimento/Benchmark. La prevalenza della singola patologia stimata a livello nazionale può essere impiegata come benchmark per identificare eventuali differenze a livello regionale.

Descrizione dei risultati

Nel 2022, l'ipertensione arteriosa è risultata la patologia maggiormente riscontrata nei pazienti in carico agli 800 MMG validati del *network* HS. In particolare, sono stati registrati 299.297 soggetti affetti da tale condizione per una prevalenza pari al 28,8%. Questa ha preceduto i disturbi tiroidei (con l'eccezione dei

[1]La definizione e identificazione dei pazienti affetti da Malattia di Parkinson si è basata sull'approccio utilizzato da Pupillo E et al., Neuroepidemiology 2016; 47: 38-45.

C. CRICELLI, A. ROSSI, I. GRATTAGLIANO, O. BRIGNOLI, G. MEDEA, D. PARRETTI, F.P. LOMBARDO, P. LORA APRILE, M. CANCIAN, A. MAGNI, A. ZANCHE', T. MASTRONUZZI, E. LAGOLIO, F. LAPI, E. MARCONI, I. CRICELLI

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 156

tumori tiroidei) (n = 177.216; 17,1%), l'osteoartrosi (n = 155.739; 15,0%), l'asma bronchiale (n = 93.586; 9,0%), il diabete mellito tipo 2 (n = 81.651; 7,9%), l'ictus ischemico (n = 46.979; 4,5%), le malattie ischemiche del cuore (n = 42.114; 4,1%), l'obesità (n = 31.517; 3,0%), la BPCO (n = 28.266; 2,7%), lo scompenso cardiaco congestizio (n = 12.074; 1,2%) e, infine, la malattia di Parkinson (n = 2.435; 0,2%). La gran parte delle patologie prese in esame ha mostrato una crescita nelle stime di prevalenza dal 2017 al 2019; stime che tuttavia sono risultate in calo o stabili nel 2021 e nel 2022. Fanno, tuttavia, eccezione i disturbi tiroidei e l'asma, che hanno mostrato un andamento crescente in tutto il periodo considerato (Grafico 1).

Le stime di prevalenza maggiori nelle donne rispetto agli uomini hanno riguardato l'osteoartrosi (F: 18,7% *vs* M: 11,3%), i disturbi tiroidei (con l'eccezione dei tumori tiroidei) (F: 26,5% *vs* M: 7,7%), l'asma bronchiale (F: 9,7% *vs* M: 8,4%) e l'obesità (F: 3,4% *vs* M: 2,7%). Diversamente, le patologie associate a stime di prevalenza maggiori negli uomini rispetto alle donne comprendevano l'ipertensione arteriosa (M: 29,0% *vs* F: 28,7%), il diabete mellito tipo 2 (M: 8,8% *vs* F: 7,0%), l'ictus ischemico (M: 4,8% *vs* F: 4,3%), le malattie ischemiche del cuore (M: 5,5% *vs* F: 2,6%), la BPCO (M: 3,1% *vs* F: 2,3%), la malattia di Parkinson (M: 0,3% *vs* F: 0,2%) e, infine, lo scompenso la cui stima di prevalenza è uguale sia per i entrambi i generi (1,3%) (Grafico 2).

Nel 2022, analizzando le stime di prevalenza a livello regionale, emerge come, per quanto riguarda l'ipertensione arteriosa, la Calabria (33,1%), la Campania (32,8%), la Puglia (31,3%), la Sicilia (30,4%), Liguria (29,6%) e Abruzzo/Molise (29,5%) mostrano prevalenze superiori al dato nazionale.

Relativamente all'osteoartrosi, le regioni con la stima superiore al dato nazionale sono state Campania (24,7%), Puglia (18,9%), Basilicata (17,2%), Sicilia (16,8%), Calabria (16,1%), Sardegna (15,4%) e Friuli Venezia Giulia (15,2%). Dalle distribuzioni regionali delle prevalenze di disturbi tiroidei (con l'eccezione dei tumori tiroidei) emerge come le regioni del Meridione, ad eccezione della Sardegna, insieme a Lazio (20,6%) ed Emilia-Romagna (19,4%), sono associate ad un dato superiore a quello nazionale (17,1%). Nel caso dell'asma bronchiale, con un dato nazionale pari al 9,0%, la Campania presentava il dato di prevalenza più elevato (17,1%), seguita da Sardegna (10,0%), Liguria (9,4%) e Abruzzo/Molise (9,1%). Per il diabete mellito tipo 2, le regioni caratterizzate da stime superiori rispetto al dato nazionale sono Calabria (10,5%), Puglia (9,2%), Abruzzo/Molise e Sicilia (entrambe 8,9%), Campania e Basilicata (entrambe 8,3%) e Lazio (8,1%).

Nel caso dell'ictus ischemico, le regioni che mostravano valori di prevalenza superiori al dato nazionale risultano Emilia-Romagna (5,9%), Trentino-Alto Adige (5,7%), Friuli Venezia Giulia (5,6%), Liguria (5,4%), Veneto (5,3%), Calabria (5,2%), Abruzzo/Molise e Marche (entrambe 4,8%) ed infine Lombardia (4,6%).

Nel caso delle malattie ischemiche del cuore solo 3 regioni superano il dato nazionale: Campania (5,9%), Calabria (5,0%) e Sicilia (4,5%). Per quanto riguarda l'obesità le regioni con valori di stima di prevalenza più alta della media nazionale sono Campania (4,2%), Umbria e Sicilia (entrambe 3,9%), Friuli Venezia Giulia ed Emilia-Romagna (entrambe 3,5%), ed infine Piemonte/Valle d'Aosta, Veneto, Basilicata e Calabria (tutte 3,3%).

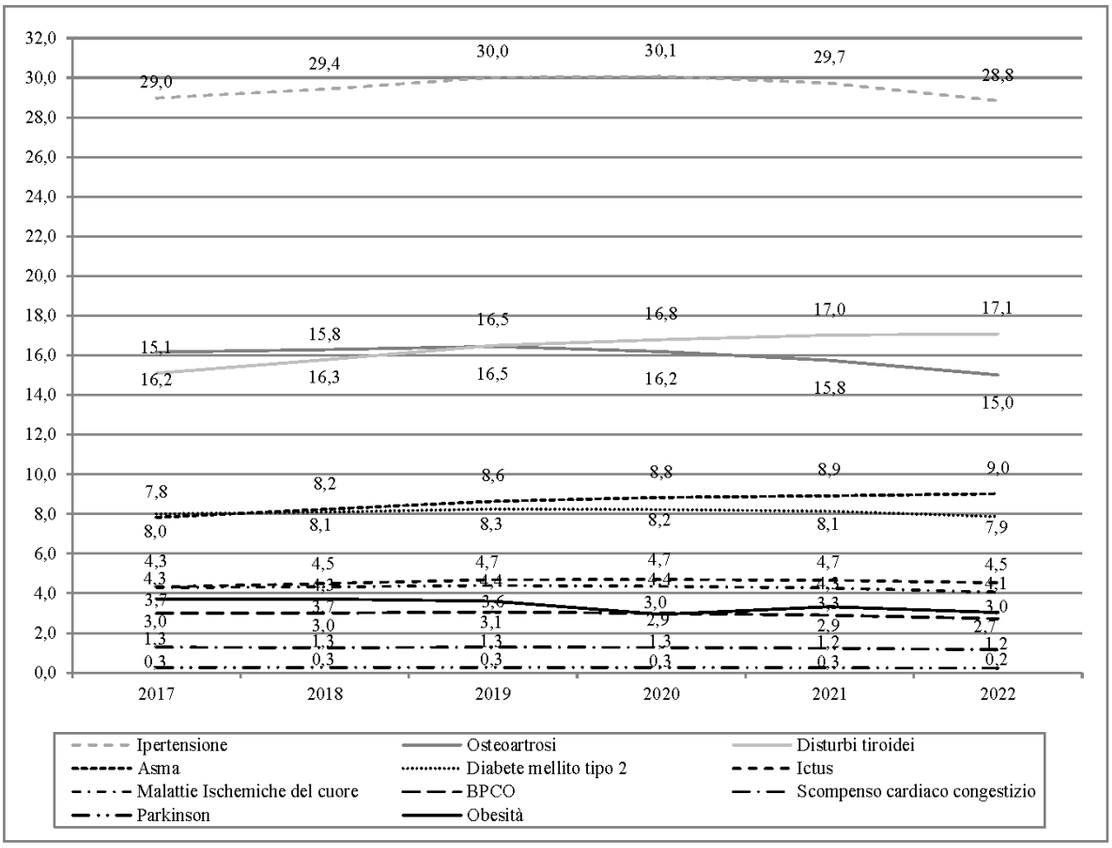
Per la BPCO, invece, la Basilicata (4,1%) risultava la regione con la prevalenza di malattia più elevata rispetto al dato nazionale seguita da Campania (3,9%), Calabria e Puglia (3,6% ciascuna), Lazio (3,3%), Abruzzo/Molise (3,2%) e Toscana (2,9%).

Considerando le prevalenze regionali di scompenso cardiaco congestizio in relazione al dato nazionale, i valori maggiori si sono osservati, in ordine decrescente, in Friuli Venezia Giulia (1,6%), Toscana (1,5%), Liguria (1,4%), Campania, Calabria ed Emilia-Romagna (1,3%, ciascuna).

Infine, per quanto riguarda la prevalenza della malattia di Parkinson, le regioni associate ad una stima più elevata al dato nazionale (0,2%) risultavano Toscana, Lazio, Abruzzo/Molise, Campania, Puglia, Calabria e Sicilia (0,3% ciascuna) (Tabella 1).

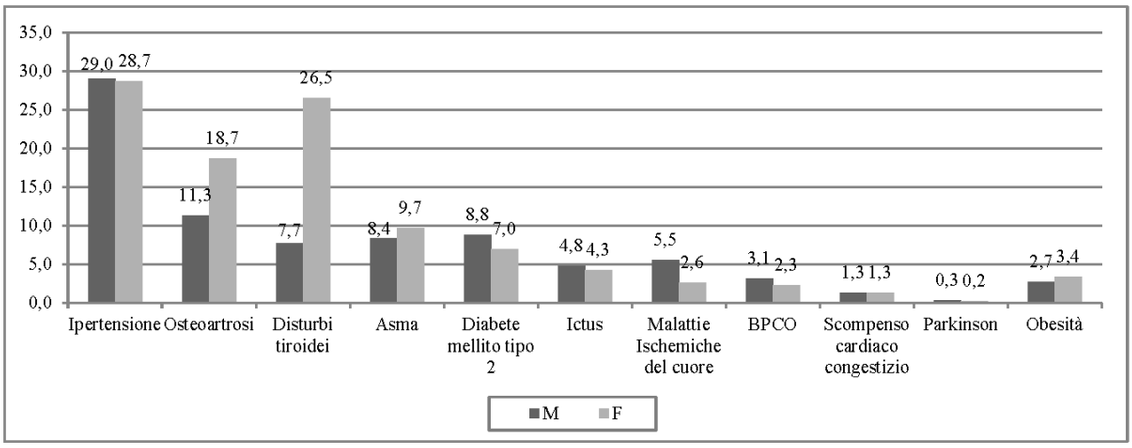
Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 157

Grafico 1 - *Prevalenza (valori per 100) lifetime delle principali patologie croniche tra gli assistiti dai Medici di Medicina Generale aderenti al network Health Search - Anni 2017-2022*



Fonte dei dati: Network Health Search. Anno 2023.

Grafico 2 - *Prevalenza (valori per 100) lifetime delle principali patologie croniche tra gli assistiti dai Medici di Medicina Generale aderenti al network Health Search per genere - Anno 2022*



Fonte dei dati: Network Health Search. Anno 2023.

Tabella 1 - *Prevalenza (valori per 100) lifetime delle principali patologie croniche tra gli assistiti dai Medici di Medicina Generale aderenti al network Health Search per regione - Anno 2022*

Regioni	Ipertensione arteriosa		Osteoartrosi		Disturbi tiroidei		Asma bronchiale		Diabete mellito tipo 2		Ictus ischemico		Malattie ischemiche del cuore		Obesità		BPCO		Scompenso cardiaco congestizio		Malattia di Parkinson	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Piemonte/Valle d'Aosta	24.011	27,7	9.658	11,2	11.637	13,4	6.218	7,2	6.198	7,2	3.015	3,5	3.169	3,7	2.813	3,3	1.626	1,9	792	0,9	192	0,2
Liguria	8.064	29,6	4.030	14,8	4.033	14,8	2.570	9,4	1.865	6,9	1.478	5,4	1.061	3,9	614	2,3	610	2,2	389	1,4	49	0,2
Lombardia	46.115	27,1	20.046	11,8	22.144	13,0	13.535	7,9	12.444	7,3	7.798	4,6	6.598	3,9	3.952	2,3	4.087	2,4	1.985	1,2	335	0,2
Trentino-Alto Adige*	1.454	22,7	689	10,8	811	12,7	260	4,1	348	5,4	362	5,7	172	2,7	90	1,4	109	1,7	41	0,6	9	0,1
Friuli Venezia Giulia	15.509	27,8	8.453	15,2	8.833	15,9	4.416	7,9	4.031	7,2	3.138	5,6	1.996	3,6	1.938	3,5	1.111	2,0	904	1,6	123	0,2
Veneto	14.127	27,0	5.687	10,9	7.856	15,0	4.076	7,8	3.666	7,0	2.796	5,3	1.695	3,2	1.706	3,3	784	1,5	589	1,1	102	0,2
Emilia-Romagna	12.508	28,7	6.406	14,7	8.461	19,4	3.185	7,3	3.144	7,2	2.574	5,9	1.672	3,8	1.516	3,5	1.085	2,5	550	1,3	88	0,2
Toscana	17.925	26,4	7.760	11,4	10.940	16,1	5.030	7,4	5.114	7,5	3.070	4,5	2.488	3,7	1.992	2,9	1.980	2,9	1.021	1,5	167	0,3
Umbria	11.009	28,0	4.563	11,6	6.320	16,1	3.057	7,8	2.711	6,9	1.495	3,8	1.289	3,3	1.540	3,9	872	2,2	420	1,1	92	0,2
Marche	7.797	27,8	3.672	13,1	4.607	16,4	1.705	6,1	2.151	7,7	1.338	4,8	1.125	4,0	561	2,0	707	2,5	307	1,1	54	0,2
Lazio	20.716	27,7	11.207	15,0	15.413	20,6	6.203	8,3	6.060	8,1	3.331	4,5	2.966	4,0	1.649	2,2	2.439	3,3	740	1,0	194	0,3
Abruzzo/Molise	9.023	29,5	4.102	13,4	5.437	17,7	2.773	9,1	2.736	8,9	1.455	4,8	1.146	3,7	803	2,6	992	3,2	381	1,2	90	0,3
Campania	36.312	32,8	27.325	24,7	25.371	22,9	18.894	17,1	9.218	8,3	4.465	4,0	6.540	5,9	4.602	4,2	4.359	3,9	1.397	1,3	309	0,3
Puglia	24.193	31,3	14.622	18,9	14.370	18,6	6.876	8,9	7.085	9,2	3.276	4,2	3.006	3,9	1.987	2,6	2.784	3,6	700	0,9	198	0,3
Basilicata	3.564	27,4	2.229	17,2	3.016	23,2	913	7,0	1.078	8,3	572	4,4	445	3,4	428	3,3	538	4,1	126	1,0	26	0,2
Calabria	10.382	33,1	5.054	16,1	6.603	21,0	2.805	8,9	3.302	10,5	1.617	5,2	1.569	5,0	1.047	3,3	1.141	3,6	418	1,3	93	0,3
Sicilia	29.976	30,4	16.594	16,8	17.351	17,6	8.696	8,8	8.800	8,9	4.464	4,5	4.456	4,5	3.808	3,9	2.472	2,5	1.132	1,2	275	0,3
Sardegna	6612	27,9	3.642	15,4	4.013	17,0	2.374	10,0	1.700	7,2	735	3,1	721	3,1	471	2,0	570	2,4	182	0,8	39	0,2
Italia	**29.9297**	**28,8**	**155.739**	**15,0**	**177.216**	**17,1**	**93.586**	**9,0**	**81.651**	**7,9**	**46.979**	**4,5**	**42.114**	**4,1**	**31.517**	**3,0**	**28.266**	**2,7**	**12.074**	**1,2**	**2.435**	**0,2**

*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.
BPCO = Broncopneumopatia Cronico Ostruttiva.

Fonte dei dati: Network Health Search. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 158

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 159

Raccomandazioni di Osservasalute

Il ruolo centrale svolto dal MMG nella gestione e nella presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche fa sì che il *setting* della MG sia in grado di evidenziare lo stato di salute della popolazione italiana. Ciò che emerge da tale indicatore è un generale e costante aumento delle patologie croniche ad elevato impatto sociale nel corso degli ultimi anni; fenomeno noto da tempo nel nostro Paese.

D'altro canto, per la quasi totalità delle condizioni patologiche considerate, emerge un andamento in linea generale costante, al di là di una lieve flessione di registrazione dei problemi in cartella verificatasi durante il periodo COVID-19 (1). Emerge la necessità di instaurare una programmazione attenta e mirata per riuscire a gestire il fenomeno delle cronicità, sfruttando anche quanto appreso durante la difficile gestione della pandemia di SARS-CoV-2 (2). Tutto ciò al fine di migliorare la qualità della vita dei pazienti, nonché l'efficienza del SSN.

La prevalenza dell'ipertensione arteriosa, così come quelle dei disturbi tiroidei, dell'osteoartrosi e, in generale, delle patologie cardiovascolari, restano le più elevate. Difatti, queste ultime rappresentano, ancora oggi, la prima causa di morte a livello globale (3). Le differenze geografiche messe in luce dal presente indicatore possono essere utili ad inquadrare il peso delle patologie croniche considerate nelle singole realtà regionali partendo, tuttavia, dal presupposto che alcune differenze potrebbero essere dovute a fattori dipendenti dalla struttura della fonte dati così come dall'eterogeneità nella gestione delle patologie prese in considerazione a livello territoriale, ma che inevitabilmente fotografano differenze socio-ambientali e stili di vita quali cofattori di malattia.

In conclusione, è essenziale avere modelli di gestione dei pazienti, mediante interventi mirati, strutturati e multidisciplinari che garantiscano una continuità assistenziale centrata sui bisogni del paziente, nonché sul suo contesto familiare e sociale. Allo stesso tempo, però, sono necessari interventi precoci basati su percorsi di prevenzione in grado di contrastare l'insorgenza di patologie croniche, agendo primariamente sulle abitudini e sui fattori responsabili.

Riferimenti bibliografici

(1) The Lancet: Latest global disease estimates reveal perfect storm of rising chronic diseases and public health failures fuelling COVID-19 pandemic. Disponibile sul sito: www.healthdata.org/news-release/lancet-latest-global-disease-estimates-reveal-perfect-storm-rising-chronic-diseases-and.

(2) GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet. 2020 Oct 17; 396 (10258): 1204-1222. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30925-9.

(3) Dagenais GR, Leong DP, Rangarajan S, Lanas F, Lopez-Jaramillo P, Gupta R, Diaz R, et al. Variations in common diseases, hospital admissions, and deaths in middle-aged adults in 21 countries from five continents (PURE): a prospective cohort study. Lancet. 2019 Sep 3. pii: S0140-6736(19)32007-0.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 160

Prevalenza di multimorbidità tra gli assistiti dai Medici di Medicina Generale aderenti al *network Health Search*

Significato. Negli ultimi anni, il fenomeno della multimorbidità sta progressivamente aumentando. Questo si accompagna a un incremento del rischio di mortalità, ospedalizzazione, terapia farmacologica inappropriata e reazioni avverse ai farmaci. Difatti, è ben noto come all'aumentare del numero di patologie croniche si osservi un proporzionale aumento delle terapie farmacologiche prescritte (politerapia). Inoltre, i quadri clinici di multimorbidità sono spesso complicati dalla presenza di disturbi cognitivi, di disabilità e di tutte le condizioni, cliniche o meno, implicate nel concetto di fragilità.
Comprendere l'impatto della multimorbidità, nonché identificare le condizioni patologiche che più frequentemente la caratterizzano, è un aspetto di estrema importanza al fine di garantire una gestione ottimale di tali pazienti.
Pertanto, gli indicatori di seguito presentati mostrano il quadro epidemiologico della multimorbidità rilevata dalla MG del *network* HS, in termini sia di prevalenza (valori per 100) dei soggetti con due o più patologie croniche (con il relativo trend temporale 2017-2022), nonché delle loro combinazioni più frequenti per l'anno 2022.
In continuità con il precedente indicatore, sono state prese in considerazione le stesse patologie croniche, ossia: ipertensione arteriosa, ictus ischemico, malattie ischemiche del cuore, scompenso cardiaco congestizio, diabete mellito tipo 2, BPCO, asma bronchiale, osteoartrosi, disturbi tiroidei (con l'eccezione dei tumori tiroidei), obesità e malattia di Parkinson.
Infine, viene presentato un indicatore che descrive la proporzione di pazienti in politerapia farmacologia, ossia con cinque o più farmaci differenti, tra i pazienti con multimorbidità, per l'anno 2022.
I risultati delle analisi sono presentati sia come trend di prevalenza dal 2017 al 2022, sia, per l'anno 2022, come differenze nella prevalenza per genere e regione di residenza.

Prevalenza di pazienti con multimorbidità assistiti dai Medici di Medicina Generale aderenti al network Health Search

$$\text{Numeratore} = \frac{\text{Pazienti adulti (>14 anni) presenti in } \textit{Health Search} \text{ con multimorbidità (2-10 patologie)}}{\text{Denominatore} = \text{Popolazione } \textit{Health Search} \text{ (>14 anni) di assistibili dalla Medicina Generale}} \times 100$$

Frequenza di combinazioni di multimorbidità tra i pazienti assistiti dai Medici di Medicina Generale aderenti al network Health Search

$$\text{Numeratore} = \frac{\text{Pazienti adulti (>14 anni) presenti in } \textit{Health Search} \text{ affetti da una data combinazione di patologie croniche}}{\text{Denominatore} = \text{Pazienti (>14 anni) presenti in } \textit{Health Search} \text{ con multimorbidità (2-10 patologie)}} \times 100$$

Proporzione di pazienti in politerapia tra i pazienti con multimorbidità assistiti dai Medici di Medicina Generale aderenti al network Health Search

$$\text{Numeratore} = \frac{\text{Pazienti adulti (>14 anni) presenti in } \textit{Health Search} \text{ con multimorbidità (2-10 patologie) e prescrizione di >4 farmaci differenti nell'anno}}{\text{Denominatore} = \text{Pazienti (>14 anni) presenti in } \textit{Health Search} \text{ con multimorbidità (2-10 patologie)}} \times 100$$

Validità e limiti. Nei *database* della MG le informazioni sono raccolte dal MMG che conosce nel dettaglio il complesso quadro clinico di ogni suo assistito. Inoltre, la natura longitudinale del *database*, oramai caratterizzato da un follow-up medio a paziente di oltre 16 anni, assicura di catturare e monitorare la maggior parte delle condizioni cliniche manifestate nel corso della vita di ogni paziente, indipendentemente dalla loro gravità. I potenziali limiti risiedono nella non completezza della registrazione da parte del MMG, forse compromessa dall'aumento del numero delle patologie e dal fatto che il paziente può decidere di rivolgersi ad altri operatori sanitari, senza comunicarlo al proprio MMG. Entrambi questi limiti sono controllati applicando un indice della qualità del dato ed effettuando analisi comparative rispetto all'intera popolazione italiana o ad altri *setting* assistenziali.

Valore di riferimento/Benchmark. I valori dei singoli indicatori stimati a livello nazionale possono essere impiegati come benchmark per identificare eventuali differenze a livello regionale.

C. CRICELLI, A. ROSSI, I. GRATTAGLIANO, O. BRIGNOLI, G. MEDEA, D. PARRETTI, F.P. LOMBARDO, P. LORA APRILE, M. CANCIAN, A. MAGNI, A. ZANCHE', T. MASTRONUZZI, E. LAGOLIO, F. LAPI, E. MARCONI, I. CRICELLI

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 161

Descrizione dei risultati

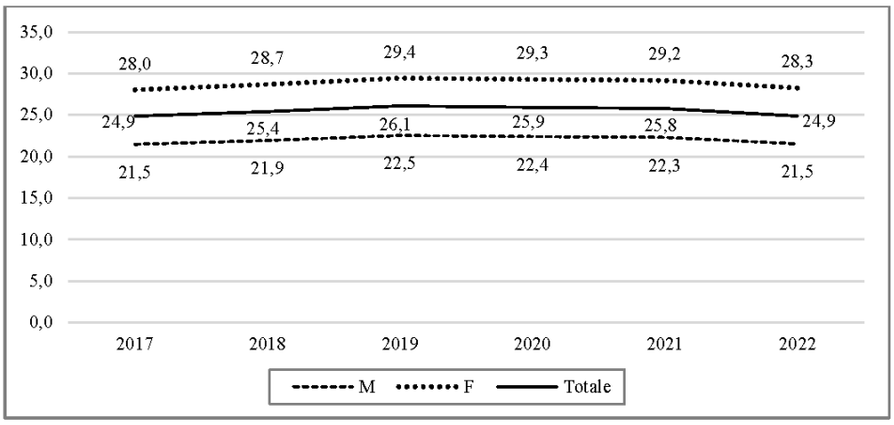
La prevalenza di pazienti con multimorbidità (ossia con almeno due delle patologie croniche analizzate in precedenza) in carico alla MG del *network* HS risulta in crescita dal 2017 (24,9%) al 2019 (26,1%). Questa rimane pressoché costante nel 2020 (25,9%) e 2021 (25,8%) per poi mostrare un lieve calo nel 2022 (24,9%). Tale prevalenza appare più elevata nel genere femminile rispetto a quello maschile in tutti gli anni considerati e, nel 2022, risulta pari al 28,3% tra le donne e al 21,5% tra gli uomini (Grafico 1).

A livello regionale si nota che le regioni con un dato sensibilmente superiore al valore nazionale sono Campania (33,9%), Calabria (29,1%), Puglia (27,7%), Sicilia (27,0%), Basilicata (26,6%), Lazio (25,5%) ed Emilia-Romagna (25,1%) (Cartogramma).

La combinazione di patologie croniche più frequente, nel 2022, tra i soggetti presenti in HS con due patologie concomitanti è stata ipertensione e osteoartrosi (21,5%), seguita da ipertensione e disturbi tiroidei (17,4%) e da ipertensione e diabete mellito tipo 2 (10,6%). Nel gruppo di pazienti con tre patologie croniche concomitanti la combinazione più frequente è stata ipertensione, osteoartrosi e disturbi tiroidei (19,0%), a cui si aggiunge il diabete mellito tipo 2 nei soggetti con quattro patologie (10,6%) (Tabella 1).

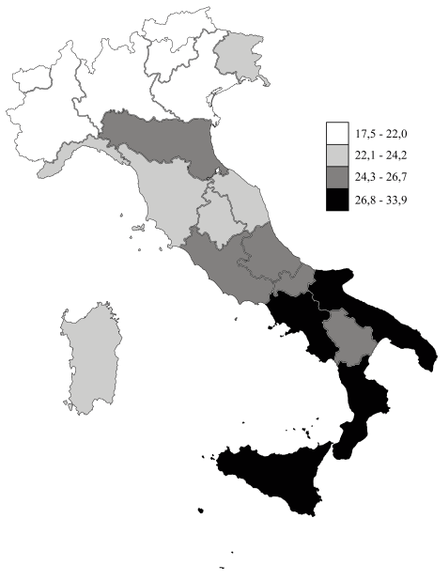
Osservando il tasso di pazienti presenti in HS e in politerapia farmacologica in funzione del numero di patologie croniche concomitanti, si nota come questo aumenti all'aumentare del numero di patologie concomitanti, andando dal 49,9% dei pazienti con due patologie fino al 92,1% dei pazienti con otto patologie croniche presenti contemporaneamente, per poi decrescere all'86,7% per i pazienti con nove patologie presenti contemporaneamente (Grafico 2).

Grafico 1 - *Prevalenza (valori per 100) di pazienti con multimorbidità assistiti dai Medici di Medicina Generale aderenti al network Health Search per genere - Anni 2017-2022*



Fonte dei dati: Network Health Search. Anno 2023.

Prevalenza (valori per 100) di pazienti con multimorbidità assistiti dai Medici di Medicina Generale aderenti al *network Health Search* per regione. Anno 2022



Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 162

Tabella 1 - *Frequenza (valori assoluti e valori per 100) di multimorbidità tra i pazienti assistiti dai Medici di Medicina Generale aderenti al network Health Search per combinazione di patologie concomitanti - Anno 2022*

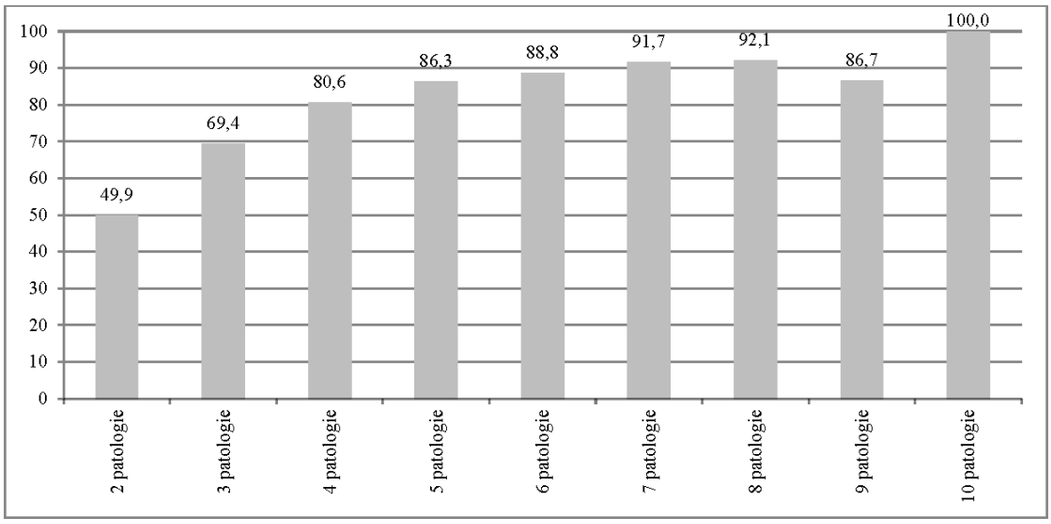
Combinazioni di patologie concomitanti	N	%
2 patologie		
ipertensione-osteoartrosi	29.578	21,5
ipertensione-tiroide	23.942	17,4
ipertensione-diabete	14.537	10,6
osteoartrosi-tiroide	10.172	7,4
ipertensione-asma	8.382	6,1
Altre combinazioni	51.114	37,1
3 patologie		
ipertensione-osteoartrosi-tiroide	13.669	19,0
ipertensione-osteoartrosi-diabete	7.082	9,8
ipertensione-osteoartrosi-ictus	4.203	5,8
ipertensione-tiroide-diabete	4.169	5,8
ipertensione-osteoartrosi-asma	3.572	5,0
Altre combinazioni	39.322	54,6
4 patologie		
ipertensione-osteoartrosi-tiroide-diabete	3.417	10,6
ipertensione-osteoartrosi-tiroide-ictus	2.484	7,7
ipertensione-osteoartrosi-tiroide-asma	2.258	7,0
ipertensione-osteoartrosi-diabete-ictus	1.670	5,2
ipertensione-osteoartrosi-diabete-ischemiche	1.321	4,1
Altre combinazioni	20.937	65,3
5 patologie		
ipertensione-osteoartrosi-tiroide-diabete-ictus	890	7,7
ipertensione-osteoartrosi-tiroide-diabete-ischemiche	615	5,3
ipertensione-osteoartrosi-tiroide-diabete-asma	565	4,9
ipertensione-osteoartrosi-diabete-ictus-ischemiche	476	4,1
ipertensione-osteoartrosi-tiroide-diabete-obesità	446	3,8
Altre combinazioni	8.605	74,2
6 patologie		
ipertensione-osteoartrosi-tiroide-diabete-ictus-ischemiche	240	6,6
ipertensione-osteoartrosi-tiroide-diabete-ictus-asma	126	3,5
ipertensione-osteoartrosi-tiroide-diabete-asma-BPCO	125	3,5
ipertensione-osteoartrosi-tiroide-diabete-ictus-BPCO	122	3,4
ipertensione-osteoartrosi-tiroide-diabete-ischemiche-BPCO	121	3,3
Altre combinazioni	2.887	79,7
7 patologie		
ipertensione-osteoartrosi-tiroide-diabete-ictus-ischemiche-BPCO	53	5,9
ipertensione-osteoartrosi-tiroide-diabete-ictus-ischemiche-scompenso	47	5,2
ipertensione-osteoartrosi-tiroide-diabete-asma-ischemiche-BPCO	46	5,1
ipertensione-osteoartrosi-tiroide-diabete-ictus-asma-ischemiche	38	4,2
ipertensione-osteoartrosi-tiroide-diabete-ischemiche-BPCO-scompenso	36	4,0
Altre combinazioni	678	75,5
8 patologie		
ipertensione-osteoartrosi-tiroide-diabete-ictus-asma-ischemiche-BPCO	20	11,4
ipertensione-osteoartrosi-tiroide-diabete-ictus-ischemiche-BPCO-scompenso	14	8,0
ipertensione-osteoartrosi-tiroide-diabete-ictus-asma-ischemiche-obesità	11	6,3
ipertensione-osteoartrosi-tiroide-diabete-ictus-asma-BPCO-obesità	10	5,7
ipertensione-osteoartrosi-tiroide-diabete-ictus-ischemiche-scompenso-obesita	10	5,7
Altre combinazioni	111	63,1
9 patologie		
ipertensione-osteoartrosi-tiroide-diabete-asma-ischemiche-BPCO-scompenso-obesità	7	23,3
ipertensione-osteoartrosi-tiroide-diabete-ictus-asma-ischemiche-BPCO-scompenso	7	23,3
ipertensione-osteoartrosi-tiroide-diabete-ictus-ischemiche-BPCO-scompenso-obesità	3	10,0
ipertensione-osteoartrosi-diabete-ictus-asma-ischemiche-BPCO-scompenso-obesità	3	10,0
ipertensione-osteoartrosi-tiroide-diabete-ictus-asma-ischemiche-BPCO-obesità	3	10,0
Altre combinazioni	7	23,3
10 patologie		
ipertensione-osteoartrosi-tiroide-diabete-ictus-asma-ischemiche-BPCO-scompenso-Parkinson	1	100.0

BPCO = Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva.

Fonte dei dati: Network Health Search. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 163

Grafico 2 - *Proporzione (valori per 100) di pazienti in politerapia tra i pazienti con multimorbidità assistiti dai Medici di Medicina Generale aderenti al network Health Search per numero di patologie concomitanti - Anno 2021*



Fonte dei dati: Network Health Search. Anno 2023.

Raccomandazioni di Osservasalute

Gli indicatori proposti permettono di inquadrare lo stato di salute della popolazione generale italiana, al fine di comprendere la reale dimensione del problema multimorbidità, fenomeno cruciale nei processi di pianificazione delle politiche sanitarie ad ogni livello.

Negli ultimi anni vi è stato un aumento nella prevalenza di multimorbidità tra i pazienti assistiti dai MMG all'interno del *network* HS, fenomeno in linea con i risultati del precedente indicatore e che conferma la relazione tra aumento dell'aspettativa di vita e insorgenza di patologie croniche e, quindi, di multimorbidità. Tuttavia, analogamente alla prevalenza di cronicità, si osserva una contrazione nella stima a partire dall'anno 2020, fenomeno connesso alla pandemia da COVID-19 (1, 2).

Partendo dall'attuale scenario, è necessario attuare percorsi di cura innovativi che tengano conto del fenomeno della multimorbidità, e, sebbene non trattato in questo Capitolo, anche della fragilità/vulnerabilità dei pazienti e relativa stratificazione; concetti incardinati nel PNC (3) e nel più recente PNP (4), nonché più recentemente nel PNRR (5), nel successivo DM n. 77 del 23 maggio 2022, (6) ed, infine, all'interno del Manuale Operativo "Logiche e strumenti gestionali e digitali per la presa in carico della cronicità", prodotto per il Progetto PonGov Cronicità (7).

Come messo in luce dai risultati degli indicatori, il fenomeno della multimorbidità si associa ad un aumento delle terapie farmacologiche prescritte. In tal senso, quasi la metà dei pazienti affetti da due patologie croniche tra quelle considerate risulta in politerapia farmacologica, quota che raggiunge il 69,4% in caso di tre patologie croniche. Tutto ciò si ripercuote sia sulla spesa sanitaria che sulla salute stessa del paziente. Difatti, l'incremento nel numero di farmaci si associa ad un aumento nel rischio di eventi avversi, di possibili interazioni, di inappropriatezza, nonché ad una riduzione nella compliance e della aderenza ai trattamenti.

Il coinvolgimento della MG è essenziale al fine di garantire un percorso di cura adeguato e continuativo, basato su una prevenzione attiva volta a raggiungere una riduzione del rischio di disabilità/fragilità.

Riferimenti bibliografici

(1) Santi L, Golinelli D, Tampieri A, Farina G, Greco M, Rosa S, et al. Non-COVID-19 patients in times of pandemic: Emergency department visits, hospitalizations and cause-specific mortality in Northern Italy. PLoS One. 2021;16 (3). E0248995.
(2) Verhoeven V, Tsakitzidis G, Philips H, Van Royen P. Impact of the COVID-19 pandemic on the core functions of primary care: will the cure be worse than the disease? A qualitative interview study in Flemish GPs. BMJ Open. 2020; 10: e039674.
(3) Ministero della Salute. Piano nazionale della cronicità. Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano 2016. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf.
(4) Ministero della Salute. Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_5029_0_file.pdf.
(5) Il piano nazionale di ripresa e resilienza. Disponibile sul sito: https://temi.camera.it/leg18/pnrr.html.
(6) Ministero della Salute. DM. 77 Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. (22G00085) (GU Serie Generale n.144 del 22 giugno 2022).
(7) Osservatorio Cronicità. Logiche e strumenti gestionali e digitali per la presa in carico della cronicità. Manuale operativo e buone pratiche per ispirare e supportare l'implementazione del PNRR. Disponibile sul sito: www.osservatoriocronicita.it/images/Notizie-e-comunicati/Manuale_Operativo_PON_cronicita-SINGOLE_2.pdf.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 164

Assorbimento di prestazioni sanitarie generato dalle multimorbidità tra gli assistiti dai Medici di Medicina Generale aderenti al *network Health Search*

Significato. Il fenomeno della multimorbidità si associa, inevitabilmente, ad un aumento delle risorse necessarie alla sua gestione. La MG rappresenta il principale *setting* assistenziale chiamato alla gestione del problema della multimorbidità, tenendo in considerazione le peculiarità del singolo paziente e le caratteristiche del SSN in cui opera. Infatti, il MMG dovrebbe rappresentare la figura cardine per la gestione del paziente con multimorbidità all'interno dei diversi percorsi diagnostico terapeutico assistenziali. Come stima dell'assorbimento di prestazioni sanitarie, il seguente indicatore riporta il tasso percentuale di contatti con il MMG dei pazienti con multimorbidità rispetto all'intera popolazione di assistibili, nonché il numero medio e mediano di contatti ambulatoriali per i pazienti con multimorbidità. Inoltre, gli ulteriori due indicatori di seguito proposti, anch'essi espressi in termini di numero medio e mediano, prendono in considerazione le prescrizioni farmaceutiche a carico del SSN e gli accertamenti laboratoristici/strumentali associati ai pazienti adulti (>14 anni) con multimorbidità in carico ai MMG aderenti al *network* HS.
I risultati delle analisi sono presentati sia come trend annui dal 2017 al 2022 sia, per l'anno 2022, come differenze nella proporzione per genere, classe di età e regione di residenza.

Proporzione di contatti con il Medico di Medicina Generale tra i pazienti con multimorbidità assistiti dai Medici di Medicina Generale aderenti al network Health Search

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Contatti annui medico-paziente (per qualsiasi causa) dei pazienti adulti (>14 anni) presenti in } \textit{Health Search con} \text{ multimorbidità (2 e più patologie)}}{\text{Denominatore} \quad \text{Contatti annui medico-paziente della popolazione } \textit{Health Search} \text{ (>14 anni) di assistibili dalla Medicina Generale}} \times 100$$

Numero medio e mediano di contatti con il Medico di Medicina Generale tra i pazienti con multimorbidità assistiti dai Medici di Medicina Generale aderenti al network Health Search

Numero medio e mediano di prescrizioni farmaceutiche a carico del Servizio Sanitario Nazionale tra i pazienti con multimorbidità assistiti dai Medici di Medicina Generale aderenti al network Health Search

Numero medio e mediano di accertamenti tra i pazienti con multimorbidità assistiti dai Medici di Medicina Generale aderenti al network Health Search

Validità e limiti. L'impiego di questa fonte di dati permette di superare i limiti intrinseci di altre metodologie, quali le banche dati amministrative e le indagini dirette al paziente. Per quanto concerne le sue limitazioni, una tra queste è sicuramente la presa in carico del paziente, per la diagnosi e/o la gestione terapeutica, ad opera di altri operatori sanitari. Tutto ciò viene debitamente controllato attraverso un indice della qualità del dato ed applicando analisi comparative tra la popolazione presente nel *database* nel *network* HS e l'intera popolazione italiana o rispetto ad altri *setting* assistenziali.

Valore di riferimento/Benchmark. I valori dei singoli indicatori stimati a livello nazionale possono essere impiegati come benchmark per identificare eventuali differenze a livello regionale.

Descrizione dei risultati

I pazienti del *network* HS con multimorbidità, nel 2022, hanno generato il 57,5% dei contatti con il MMG; valore in calo rispetto a quanto emerso per il 2021 (58,6%), sebbene già tra il 2020 ed il 2021 fosse emersa una contrazione della stima.
Questa risulta più elevata nel genere femminile rispetto a quello maschile per tutti gli anni considerati e, nel 2022, si attesta al 58,5% tra le donne e al 56,1% tra gli uomini (Grafico 1).
La proporzione di contatti aumenta all'aumentare dell'età raggiungendo il picco massimo tra i soggetti di età 85-89 anni, per entrambi i generi (F: 86,3% *vs* M: 82,6%) (Grafico 2).
Nel 2022, analizzando la proporzione di contatti medico-paziente a livello regionale, emerge che le regioni con un valore superiore al dato nazionale sono Campania (70,4%), Calabria (64,7%), Sicilia (64,3%), Puglia (62,7%), Basilicata (61,8%), seguite da Abruzzo/Molise (58,7%) (Cartogramma).
Poiché per "contatti" si intendono non solo le visite ambulatoriali, ma anche quelli telefonici, nonché domiciliari ed altri, allo scopo di valutare l'impatto della pandemia di COVID-19 sull'assistenza territoriale, la proporzione di contatti è stata ricalcolata limitatamente ai soli contatti ambulatoriali (Grafico 3).

C. CRICELLI, A. ROSSI, I. GRATTAGLIANO, O. BRIGNOLI, G. MEDEA, D. PARRETTI, F.P. LOMBARDO, P. LORA APRILE, M. CANCIAN, A. MAGNI, A. ZANCHE', T. MASTRONUZZI, E. LAGOLIO, F. LAPI, E. MARCONI, I. CRICELLI

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 165

Ciò che emerge è una sostanziale diminuzione della stima per l'anno 2022 (49,2%) rispetto al 2021 (50,7%). I pazienti del *network* HS con multimorbidità risultano caratterizzati da un numero medio e mediano di contatti ambulatoriali con i MMG, rispettivamente, pari a 8,5 e 6 per il 2022, e 9,0 e 6 per l'anno 2021.

A livello ragionale, la Basilicata si caratterizza per il numero medio (n = 11,9) e mediano (n = 9) di contatti ambulatoriali più elevato nel 2022 seguita da Calabria, Marche, Sicilia, Campania, Sardegna, Trentino-Alto Adige e Puglia. Le regioni caratterizzate da una riduzione in termini di numero medio di contatti ambulatoriali, rispetto a quanto osservato per il 2021, sono Abruzzo/Molise, Toscana, Piemonte/Valle d'Aosta, Campania, Lombardia, Puglia, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna, Marche, Friuli Venezia Giulia e Sardegna.

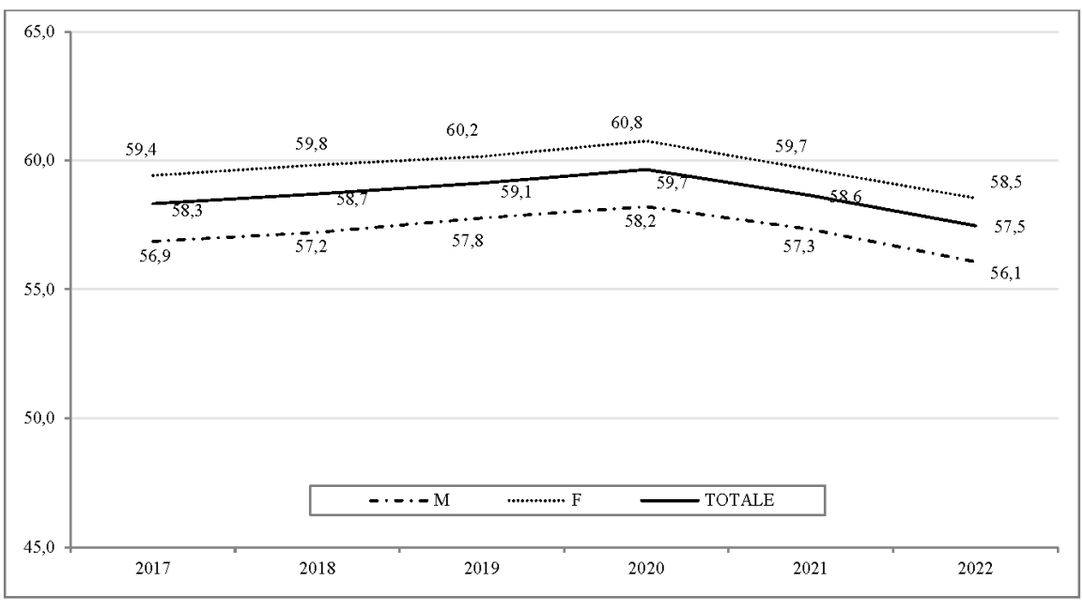
Analizzando il numero medio e mediano di prescrizioni farmaceutiche a carico del SSN registrate in cartella nel 2022, un paziente con multimorbidità risulta caratterizzato, in media, da 25,0 prescrizioni farmaceutiche, valore che si attesta a 18 utilizzando la mediana. Le prescrizioni risultano in calo rispetto al 2021 (media: -5,7%; mediana: -10,0%).

A livello regionale, Marche, Basilicata, Puglia, Sicilia, Sardegna, Calabria, Lazio e Toscana presentano un numero medio e mediano di prescrizioni farmaceutiche per il 2022 superiore al dato nazionale. L'Umbria presenta un valore superiore al dato nazionale soltanto per il numero medio. La gran parte delle regioni presenta un calo nel numero medio e mediano di prescrizioni per i pazienti con multimorbidità rispetto al 2021.

Per quando riguarda l'assorbimento di prestazioni in termini di accertamenti, emerge un numero medio e mediano pari a 34,3 e 21 accertamenti registrati in cartella nel 2022, dati in diminuzione rispetto al 2021 (media: -3,9%; mediana: -4,5%).

Focalizzando l'analisi a livello regionale, emerge un certo gradiente geografico. Difatti, la maggior parte delle regioni del Centro-Nord, oltre alla Puglia, risulta caratterizzata da un numero medio e mediano di accertamenti superiore rispetto al dato nazionale. In particolare, ad eccezione del Trentino-Alto Adige che, data la bassa numerosità, risente di un certo grado di dispersione, l'Emilia-Romagna e l'Umbria risultano le regioni con il numero medio e mediano di accertamenti nei pazienti del *network* HS più elevato per l'anno 2022. A queste seguono Toscana, Friuli Venezia Giulia, Puglia e Veneto, sopra al valore nazionale per media e mediana, Marche e Sicilia, sopra al valore nazionale solo per quanto riguarda la mediana. Se confrontato con quanto emerso per il 2021, gran parte delle regioni mostra una diminuzione nel numero medio e mediano di accertamenti per l'anno 2022 (Tabella 1).

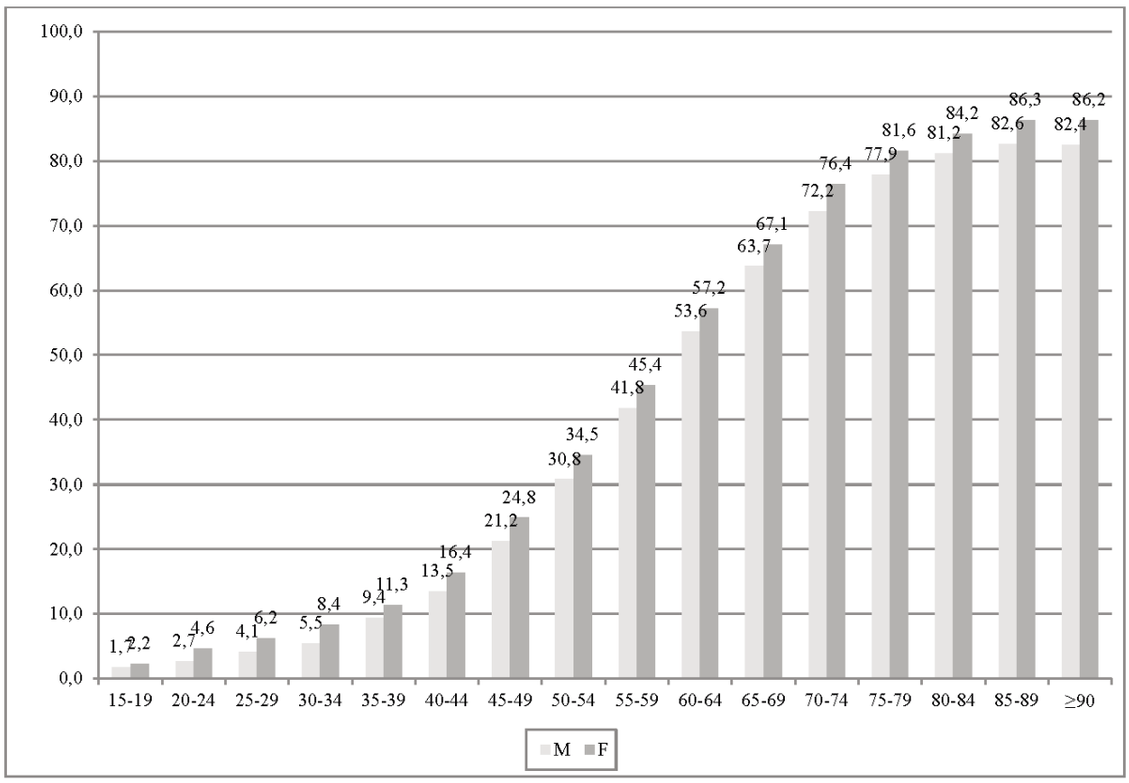
Grafico 1 - *Proporzione (valori per 100) di contatti con il Medico di Medicina Generale dei pazienti con multimorbidità assistiti dai Medici di Medicina Generale aderenti al network Health Search per genere - Anni 2017-2022*



Fonte dei dati: Network Health Search. Anno 2023.

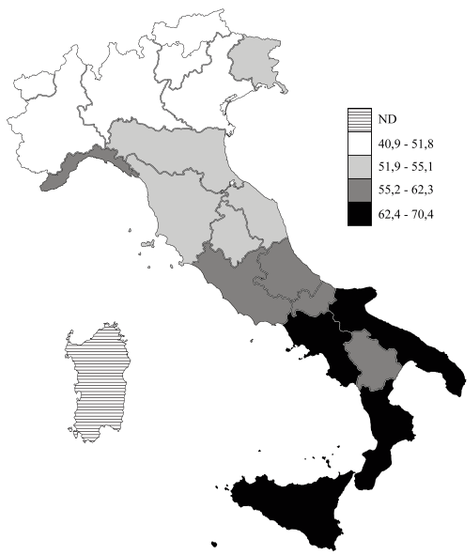
Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 166

Grafico 2 - *Proporzione (valori per 100) di contatti con il Medico di Medicina Generale dei pazienti con multimorbidità assistiti dai Medici di Medicina Generale aderenti al network Health Search per genere e classe di età - Anno 2022*



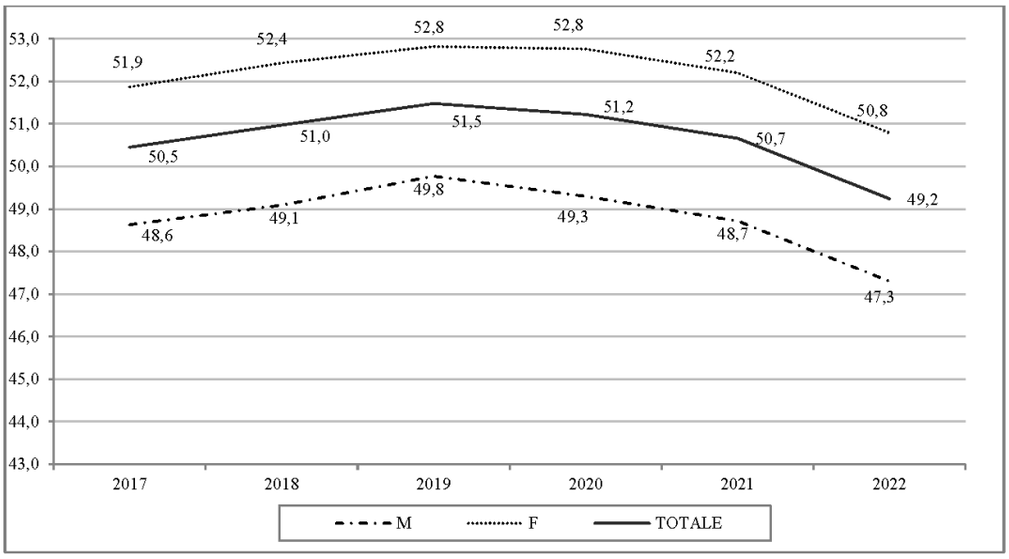
Fonte dei dati: Network Health Search. Anno 2023.

Proporzione (valori per 100) di contatti con il Medico di Medicina Generale dei pazienti con multimorbidità assistiti dai Medici di Medicina Generale aderenti al *network Health Search* per regione. Anno 2022



Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 167

Grafico 3 - *Proporzione (valori per 100) dei contatti di tipo ambulatoriale con il Medico di Medicina Generale dei pazienti con multimorbidità assistiti dai Medici di Medicina Generale aderenti al network Health Search per genere - Anni 2017-2022*



Fonte dei dati: Network Health Search. Anno 2023.

Tabella 1 - *Numero medio e mediano di prescrizioni farmaceutiche, accertamenti e contatti con il Medico di Medicina Generale nei pazienti con multimorbidità assistiti dai Medici di Medicina Generale aderenti al network Health Search per genere e regione - Anno 2021-2022*

Genere/Regioni	Contatti con il Medico di Medicina Generale						Prescrizioni farmaceutiche						Accertamenti					
	2021		2022				2021		2022				2021		2021			
	N medio	N mediano	N medio	N mediano	Δ % (media)	Δ % (mediana)	N medio	N mediano	N medio	N mediano	Δ % (media)	Δ % (mediana)	N medio	N mediano	N medio	N mediano	Δ % (media)	Δ % (mediana)
M	*9,0*	*6*	*8,3*	*5*	*-7,2*	*-16,7*	*27,3*	*21*	*25,4*	*19*	*-7,0*	*-9,5*	*34,8*	*21*	*33,1*	*19*	*-4,8*	*-9,5*
F	*9,0*	*6*	*8,6*	*6*	*-4,6*	*0,0*	*25,9*	*20*	*24,7*	*18*	*-4,7*	*-10,0*	*36,4*	*23*	*35,2*	*23*	*-3,2*	*0,0*
Piemonte/Valle d'Aosta	9,6	7	8,5	6	-11,0	-14,3	24,7	20	22,2	17	-10,5	-15,0	33,2	22	29,5	21	-11,0	-4,5
Lombardia	9,2	6	8,3	6	-9,9	0,0	23,1	18	20,3	15	-12,2	-16,7	29,3	20	24,8	17	-15,3	-15,0
Trentino-Alto Adige*	8,5	7	8,8	7	2,8	0,0	23,0	19	24,3	21	5,7	10,5	86,1	64	95,5	72	10,8	12,5
Veneto	5,7	4	5,2	4	-9,3	0,0	22,2	17	21,8	17	-2,0	0,0	35,8	24	37,9	27	6,0	12,5
Friuli Venezia Giulia	6,4	5	6,3	5	-0,7	0,0	24,2	20	24,4	20	0,8	0,0	41,0	29	38,4	27	-6,3	-6,9
Liguria	7,1	5	6,6	4	-7,2	-20,0	24,6	18	24,2	18	-1,5	0,0	26,6	17	28,7	17	7,9	0,0
Emili-Romagna	7,2	5	6,8	5	-5,7	0,0	25,0	20	23,9	19	-4,4	-5,0	74,5	60	72,0	57	-3,5	-5,0
Toscana	9,5	6	8,2	6	-14,0	0,0	28,3	23	26,1	20	-7,7	-13,0	46,2	30	44,4	28	-3,8	-6,7
Umbria	7,7	5	7,9	5	2,6	0,0	31,4	24	26,8	18	-14,7	-25,0	56,5	39	58,5	36	3,6	-7,7
Marche	9,9	8	9,7	7	-1,5	-12,5	31,5	26	30,7	25	-2,5	-3,8	34,0	25	32,7	23	-3,8	-8,0
Lazio	7,8	5	8,0	5	3,2	0,0	26,0	20	26,5	21	1,8	5,0	30,2	20	30,3	21	0,5	5,0
Abruzzo/Molise	10,6	8	8,4	5	-21,2	-37,5	30,8	25	24,8	17	-19,4	-32,0	30,3	22	25,2	16	-16,9	-27,3
Campania	10,5	7	9,5	6	-10,3	-14,3	27,2	19	24,1	15	-11,3	-21,1	33,6	21	29,3	17	-12,8	-19,0
Puglia	9,5	7	8,8	6	-7,4	-14,3	30,4	24	28,9	22	-5,1	-8,3	38,6	28	38,2	26	-1,2	-7,1
Basilicata	11,0	8	11,9	9	8,4	12,5	25,5	15	29,2	21	14,2	40,0	19,7	11	22,7	14	15,1	27,3
Calabria	10,7	8	11,7	9	9,8	12,5	27,0	19	26,6	19	-1,5	0,0	26,4	18	29,9	21	13,4	16,7
Sicilia	9,3	6	9,5	7	1,6	16,7	27,5	20	28,6	22	3,8	10,0	29,2	20	31,6	22	8,0	10,0
Sardegna	9,2	6	9,2	7	-0,3	16,7	27,4	21	27,9	21	1,5	0,0	23,4	11	24,3	12	4,1	9,1
Italia	**9,0**	**6**	**8,5**	**6**	**-5,7**	**0,0**	**26,5**	**20**	**25,0**	**18**	**-5,7**	**-10,0**	**35,7**	**22**	**34,3**	**21**	**-3,9**	**-4,5**

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

Fonte dei dati: Network Health Search. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 168

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 169

Raccomandazioni di Osservasalute

Considerando il tasso di contatti medico-paziente, tale indicatore mette in evidenza l'impatto del fenomeno multimorbidità sull'assorbimento di risorse in MG. Infatti, i pazienti affetti da multimorbidità (da due a dieci patologie tra quelle considerate) determinano circa il 57,5% dei contatti annui con il MMG nel 2022. Come evidenziato in un recente studio, nell'ultima decade di vita si assiste ad un incremento notevole nell'assorbimento di risorse sanitarie, sia come consumo di farmaci, test diagnostici e laboratoristici (1).

Per quanto riguarda il numero (medio e mediano) di contatti ambulatoriali, di prescrizioni in carico al SSN e di accertamenti, si nota una complessiva riduzione dei valori tra il 2021 ed il 2022.

Come ormai noto, il COVID-19 ha impattato fortemente sulla presa in carico e sull'assistenza dei pazienti. Da una recente *survey* coordinata dall'ISS (PASSI d'Argento) destinata agli *over* 65enni, è emerso come una quota rilevante dei soggetti partecipanti abbia rinunciato ad almeno una visita medica o esame diagnostico durante la pandemia (2). Le cronicità caratterizzate da una maggiore riduzione dell'assistenza sono risultate il diabete, la BPCO, l'ipertensione, le malattie cardiache ed altre (3).

Alla luce del progressivo rimodellamento demografico, del progressivo aumento di pazienti multimorbidi, ed in generale di una ridistribuzione dei bisogni di salute, è evidente come i sistemi sanitari debbano concentrarsi e garantire interventi mirati all'erogazione di servizi universalmente accessibili, integrati e centrati sulla persona, favorendo, di fatto, il passaggio da servizi centralizzati a servizi centrati sull'individuo e prestati in prossimità del domicilio (4). Naturalmente, questo processo per poter funzionare deve partire innanzitutto dai bisogni reali dei cittadini, nonché della "disponibilità" di servizi.

Riferimenti bibliografici

(1) Atella V, Piano Mortari A, Kopinska J, Belotti F, Lapi F, Cricelli C, Fontana L. Trends in age-related disease burden and healthcare utilization. Aging Cell. 2019 Feb; 18 (1): e12861.

(2) Epicentro, ISS. PASSI E PASSI d'Argento e la pandemia COVID-19. Primo report nazionale del Modulo COVID. Disponibile sul sito: www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-flussi-dati-confronto-passi-pda.

(3) Chudasama YV, Gillies CL, Zaccardi F, et al. Impact of COVID-19 on routine care for chronic diseases: A global survey of views from healthcare professionals. Diabetes Metab Syndr 2020; 14: 965-967.

(4) Ministero della Salute. DM 29 aprile 2022. Approvazione delle Linee Guida organizzative contenenti il "Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare", ai fini del raggiungimento della Milestone EU M6C1-4, di cui all'Annex alla decisione di esecuzione del Consiglio ECOFIN del 13 luglio 2021, recante l'approvazione della valutazione del Piano per la ripresa e resilienza dell'Italia. (22A03098) (GU Serie Generale n. 120 del 24 giugno 2022).

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 170

Costi sanitari nella Medicina Generale per la gestione della cronicità all'interno del *network Health Search*

La presa in carico e la gestione delle malattie croniche assorbe circa il 70-80% delle risorse sanitarie. Pertanto, la problematica della valutazione dei costi connessi alle cure primarie è sempre più rilevante (1). Diversi studi hanno evidenziato una forte variazione dei costi sanitari da medico a medico, dipendente non da una cattiva gestione delle risorse, ma causata da diversi fattori quali età e genere degli assistiti e, soprattutto, dalle comorbidità presenti. Pertanto, per una corretta valutazione dei costi sanitari sono necessari modelli di aggiustamento, denominati *case-mix*, che tengano conto di questi fattori e delle loro interconnessioni (2-4).

L'identificazione delle caratteristiche relative all'attività professionale del medico costituisce la base per comprendere da una parte le ragioni ed il costo della cura dei singoli pazienti, dall'altra le variazioni riscontrate tra medico e medico e gruppi di medici. Infatti, medici con spesa ed assorbimento di risorse sanitarie sovrapponibili erogano prestazioni (e ottengono risultati di cura) non necessariamente comparabili (*case-mix bias*). Ad esempio, occorre considerare che pazienti più anziani e con un livello maggiore di complessità, generalmente, assorbono risorse superiori rispetto a pazienti più giovani. Pertanto, l'età non può essere considerata il solo parametro alla base delle variabilità della spesa sanitaria, ma occorre introdurre il concetto di *case-mix* per giungere a una corretta valutazione dei criteri di allocazione delle risorse in ambito sanitario.

Nell'ambito della MG, negli ultimi anni questo concetto sta diventando sempre più centrale, come dimostrato dai numerosi studi condotti in contesti nazionali e internazionali. In generale, i sistemi di misurazione del *case-mix* impiegati in MG possono essere raggruppati in due categorie: 1. i sistemi che stimano la spesa a partire da un semplice conteggio delle patologie del singolo paziente, attribuendo un dato costo standard ad ogni singola patologia o isostrato; 2. quelli che, partendo da una logica di popolazione, creano punteggi (*score*) in funzione del differente impatto di una patologia tenendo in considerazione la mortalità, la gravità, la storia clinica e l'impiego di risorse ad essa associate.

Come esempi di *case-mix* per le cure primarie in Italia sono da tempo attivi due sistemi: l'*Adjusted Clinical Group System* della *John Hopkins University*, adottato in Veneto (5), e il sistema *Chronic Related Group*, adottato in Lombardia (6). A questi sistemi si stanno via via aggiungendo altri modelli sviluppati in altre regioni, a riprova della sempre più pressante necessità di dotarsi di strumenti idonei per una appropriata gestione dei costi dell'assistenza territoriale. Il principale limite dei modelli realizzati e impiegati dalle regioni, tuttavia, risiede nel fatto che essi sono ricalibrati sull'analisi dei *database* amministrativi (SDO, Prestazioni specialistiche e ambulatoriali e Farmaceutica territoriale) che non consentono una valutazione della completa storia clinica del paziente e faticano a valutare l'efficienza dei trattamenti erogati. Inoltre, tali modelli dovrebbero essere sviluppati su popolazioni rappresentative del Paese e del *setting* nel quale poi verranno ad essere applicati. Recentemente, tuttavia, il Ministero della Salute ha presentato una nuova progettualità finanziata nell'ambito del Programma Operativo Nazionale *Governance* e Capacità Istituzionale 2014-2020 (7) e incentrata sulla realizzazione di un modello predittivo per simulare il fabbisogno di salute del SSN.

Tale modello, attualmente in fase prototipale, si pone l'obiettivo di comprendere e stratificare la popolazione italiana sulla base delle principali patologie, prevedendo di fatto il fabbisogno di salute del paziente su un arco temporale di medio-lungo periodo, così da garantire una pianificazione della spesa sanitaria in modo più efficiente e sostenibile. Il punto chiave del progetto, inoltre, consiste nell'orientare la programmazione sanitaria da una logica verticale di "silos" ad una logica orizzontale per "patologia" *cross*-area (8). Tale progettualità è stata ripresa e sostenuta nell'ambito del PNRR per gli anni 2021-2026 nella Missione 6 Componente 2 in cui è previsto il Progetto 1.3 dal titolo "Potenziamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti di raccolta dati, elaborazione dati, analisi dati e simulazione al livello centrale".

In tale contesto, la SIMG ha proposto e validato un indice, denominato *Health Search Morbidity Index* (HSM-*Index*), completamente basato sui dati della MG e che ha dimostrato di essere in grado di spiegare la variabilità nell'assorbimento di risorse sanitarie (9). Si tratta di uno *score* di aggiustamento dei costi il cui processo di sviluppo e validazione è stato effettuato sulla popolazione di assistiti presente nel database HS. Tale modello identifica i costi sanitari diretti (stabiliti dal Ministero della Salute in base al formulario nazionale ufficiale e in base ai prezzi al pubblico dei farmaci), sostenuti dal SSN, comprendenti le visite ambulatoriali, i referti specialistici, i test diagnostici e laboratoristici, nonché le prescrizioni dei farmaci a carico del SSN. Il modello tiene conto delle possibili interazioni tra diversi fattori, quali età, genere, presenza di patologie croniche e acute, residenza (in quanto connessa a fattori organizzativi e di offerta di servizi locali) e MMG e individua dei coefficienti (pesi) per ciascun fattore. Combinando tali fattori è possibile calcolare uno score specifico per ogni paziente (per maggiori dettagli sul calcolo dell'Indice si veda il *Box* "Il calcolo dell'Health Search Morbidity Index").

In conclusione, la valutazione di un modello in grado di quantificare il grado di complessità clinica è certamente una risorsa importante, in quanto permette al singolo MMG, ma non solo, attraverso adeguati strumenti

C. CRICELLI, A. ROSSI, I. GRATTAGLIANO, O. BRIGNOLI, G. MEDEA, D. PARRETTI, F.P. LOMBARDO, P. LORA APRILE, M. CANCIAN, A. MAGNI, A. ZANCHE', T. MASTRONUZZI, E. LAGOLIO, F. LAPI, E. MARCONI, I. CRICELLI

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 171

di gestione informatica, di poter stimare la propria spesa sanitaria e di confrontarla con un benchmark di riferimento, al netto della complessità clinica della popolazione dei propri assistiti. Inoltre, da una prospettiva di tipo aziendale, uno strumento che sia in grado di analizzare la distribuzione della complessità clinica dei MMG appartenenti ad una data ASL può rappresentare un elemento utile da integrare ad altri metodi, così da definire l'ammontare appropriato di risorse da allocare all'intera comunità entro cui il bacino di utenza è inserito.

Significato. Gli indicatori presentati in questa Sezione consentono una valutazione dei costi sanitari connessi alla gestione delle principali patologie croniche nel *setting* della MG italiana considerando i costi diretti sostenuti dal SSN per visite ambulatoriali, referti specialistici, test diagnostici e laboratoristici, nonché per le prescrizioni dei farmaci a carico del SSN.
I seguenti indicatori, in continuità con i precedenti, considerano i costi generati per pazienti affetti dalle stesse patologie croniche, ossia: ipertensione arteriosa, ictus ischemico, malattie ischemiche del cuore, scompenso cardiaco congestizio, diabete mellito tipo 2, BPCO, asma bronchiale, osteoartrosi, disturbi tiroidei (con l'eccezione dei tumori tiroidei), malattia di Parkinson e obesità.
I costi sono valutati per i pazienti cronici affetti da almeno una delle patologie sopra elencate e per le singole patologie prese in esame. Inoltre, sono presentati sia come valore "grezzo", ossia derivante dalla somma di tutti i costi sostenuti dal SSN, sia come valore "aggiustato" mediante l'HSM-*Index*.
Gli indicatori sono presentati in termine di costo medio annuo, stimato sia per l'intera popolazione italiana assistita dai MMG del *network* HS, sia per quella delle singole regioni.

Costi sanitari per la gestione in Medicina Generale dei pazienti cronici (almeno una delle patologie croniche prese in esame) assistiti dai Medici di Medicina Generale aderenti al network Health Search

Numeratore	Costi complessivi annui dei pazienti adulti (>14 anni) presenti in *Health Search* e affetti da almeno una delle patologie con diagnosi ICD-9-CM identificanti le patologie sopraelencate
Denominatore	Popolazione *Health Search* (>14 anni) di assistibili dalla Medicina Generale affetti da almeno una delle patologie con diagnosi ICD-9-CM identificanti le patologie sopraelencate

Costi sanitari per la gestione in Medicina Generale dei pazienti affetti da una data patologia cronica assistiti dai Medici di Medicina Generale aderenti al network Health Search

Numeratore	Costi complessivi annui dei pazienti adulti (>14 anni) presenti in *Health Search* e affetti da una data patologia con diagnosi ICD-9-CM identificanti le patologie sopraelencate
Denominatore	Popolazione *Health Search* (>14 anni) di assistibili dalla Medicina Generale e affetti dalla specifica patologia nell'anno

Validità e limiti. I costi sono stati estrapolati in accordo con quanto riportato dai tariffari regionali e nazionali, garantendo, di fatto, una comparabilità e riproducibilità dei risultati ottenuti e dell'indice stesso.
Quest'ultimo è stato sviluppato considerando come esito la spesa media pro capite per paziente basata sui costi diretti sostenuti dal SSN per visite ambulatoriali, referti specialistici, test diagnostici e laboratoristici, nonché per le prescrizioni dei farmaci a carico del SSN.
L'HSM-*Index* presenta una buona accuratezza predittiva, essendo in grado di spiegare il 50,7% della variabilità nei costi (9). Tale valore risulta di molto superiore a quello raggiunto da altri modelli quali, ad esempio, il *Charlson Comorbidity Index* (20,2%) (10). Tuttavia, occorre sottolineare che l'HSM-*Index* per soggetti con basso livello di multimorbidità (circa il 20% dei pazienti cronici), tende a sovrastimare l'assorbimento di risorse sanitarie, mentre nel restante circa 80% della popolazione il margine di errore è inferiore a circa il 10%.
L'HSM-*Index* presenta diversi punti di forza, tra cui quello di essere stato sviluppato usando i dati derivanti dalla reale pratica clinica della MG italiana, nonché il fatto di poter essere implementato in un software per il controllo della spesa rivolto sia agli stessi MMG, sia alle Autorità sanitarie. Questo permetterebbe di assicurare una più equa allocazione delle risorse tra i diversi MMG in base alla variabilità di spesa tra diverse popolazioni piuttosto che giustificare importanti scostamenti dalla media della spesa.
Tuttavia, anche l'HSM-*Index* presenta potenziali limiti, tra cui il fatto che esso è in grado di spiegare solo parte della variabilità dei costi osservata tra i MMG. Inoltre, gli indicatori presentati tengono conto solo dei costi diretti a carico del SSN e non considerano eventuali spese sostenute direttamente dai pazienti, nonché i costi indiretti. Infine, anche questi indicatori, in ana-

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 172

logia con quelli sull'epidemiologia basata sui dati HS, presentano i limiti intrinseci alla fonte dati.

Valore di riferimento/Benchmark. I valori dei singoli indicatori stimati a livello nazionale possono essere impiegati come benchmark per identificare eventuali differenze a livello regionale.

Descrizione dei risultati

Nel 2022, il costo medio annuo grezzo della popolazione in carico alla MG del *network* HS, affetta da almeno una patologia cronica di quelle prese in esame, è stato di 679€. Sono presenti differenze di genere nei costi generati; infatti, i pazienti di genere maschile affetti da almeno una patologia cronica hanno generato un costo medio annuo superiore a quello delle donne, sia in termini di valore grezzo (M: 690€ *vs* F: 668€), sia aggiustato per l'HSM-*Index* (M: 695€ *vs* F: 664€) (Grafico 1).

I costi medi annui sostenuti dal SSN per i pazienti cronici aumentano progressivamente al crescere dell'età, raggiungendo il picco nella fascia di età 80-84 anni (costo grezzo: 1.226€; costo aggiustato: 1.074€) per poi mostrare una riduzione nelle successive classi di età (Grafico 2).

Anche il numero di patologie croniche concomitanti influisce sul costo medio annuo dei pazienti cronici: osservando il valore di costo grezzo si nota un incremento consistente al crescere del numero di patologie (da 708€ per i pazienti con 2 patologie croniche a 3.477€ per i pazienti con 9 patologie croniche concomitanti). Tale incremento, però, risulta attenuato se si osserva il costo aggiustato per l'HSM-*Index* (da 688€ per i pazienti con 2 patologie croniche a 2.125€ per i pazienti con 9 patologie croniche concomitanti) (Grafico 3).

Inoltre, sono stati stimati i costi (grezzi ed aggiustati per l'HSM-*Index*) associati ai pazienti affetti dalle specifiche patologie considerate. Da tale analisi è emerso che i pazienti con scompenso cardiaco generano il costo medio annuo maggiore (valore aggiustato per l'HSM-*Index*: 1.563€), seguito da malattia di Parkinson (1.372€), BPCO (1.166€), malattie ischemiche del cuore (1.152€), diabete mellito tipo 2 (1.163€), ictus ischemico (1.065€), obesità (952€), osteoartrosi (849€), ipertensione arteriosa (791€), disturbi tiroidei (701€) e asma bronchiale (574€) (Grafico 4). Per ogni patologia è possibile, inoltre, valutare eventuali differenze nel dato di costo di ogni singola regione, confrontandolo con il costo medio grezzo fatto registrare dai pazienti affetti dalla stessa patologia su tutto il territorio nazionale (intera popolazione HS).

Analizzando i pazienti affetti da ipertensione arteriosa emerge che le regioni con un costo medio aggiustato superiore a quello nazionale grezzo (850€) sono: Trentino-Alto Adige (1.288€), Friuli Venezia Giulia (1.036€), Marche (975€), Emilia-Romagna (931€), Puglia (927€), Lazio (924€), Campania (907€) ed infine Veneto (858€) (Grafico 5).

Il costo medio annuo dei pazienti affetti da ictus ischemico, che a livello nazionale è stato di 1.226€ (valore grezzo), è risultato più elevato in Trentino-Alto Adige (1.666€), Friuli Venezia Giulia (1.471€), Campania (1.347€), Marche (1.338€), Puglia (1.322€), Lazio (1.307€), Veneto (1.304€) ed Emilia-Romagna (1.286€) (Grafico 6).

I pazienti affetti da malattie ischemiche del cuore, che in Italia hanno generato un costo medio annuo grezzo di 1.356€, hanno fatto registrare costi maggiori (aggiustati) in Trentino-Alto Adige (1.888€), Friuli Venezia Giulia (1.604€), Marche (1.603€), Basilicata (1.573€), Lazio (1.506€), Puglia (1.455€), Veneto (1.439€), Calabria (1.426€), Abruzzo/Molise (1.418€), Toscana (1.358€) ed Emilia-Romagna (1.357€) (Grafico 7).

Per i pazienti affetti da scompenso cardiaco congestizio, che in Italia si associano ad un costo medio annuo grezzo di 1.875€, le regioni con valori più elevati rispetto al dato nazionale sono risultate: Abruzzo/Molise (2.518€), Marche (2.517€), Trentino-Alto Adige (2.197€), Friuli Venezia Giulia (2.176€), Lazio (2.130€), Basilicata (2.010€), Toscana (1.963€), Veneto (1.961€) e Puglia (1.881€) (Grafico 8).

La stessa analisi per i pazienti affetti da diabete mellito tipo 2 evidenzia che le regioni con un dato di costo medio annuo superiore rispetto al dato nazionale grezzo (1.326€) sono: Trentino-Alto Adige (2.095€), Friuli Venezia Giulia (1.598€), Puglia (1.518€), Campania (1.455€), Marche (1.383€), Veneto (1.373€), Lazio (1.365€) ed Emilia-Romagna (1.340€) (Grafico 9).

I pazienti con BPCO, che a livello nazionale hanno generato un costo medio annuo grezzo di 1.362€, hanno fatto registrare costi maggiori nelle seguenti regioni: Trentino-Alto Adige (1.881€), Marche (1.622€), Friuli Venezia Giulia (1.560€), Veneto (1.521€), Campania (1.480€), Lazio (1.467€), Puglia (1.423€), Emilia-Romagna (1.411€) e Calabria (1.399€). (Grafico 10).

Il costo medio annuo grezzo a livello nazionale per i pazienti affetti da asma bronchiale è risultato di 557€; tale dato, anche dopo aggiustamento mediante l'HSM-Index, è risultato superiore in Trentino-Alto Adige (945€), Friuli Venezia Giulia (700€), Marche (653€), Lazio (642€), Emilia-Romagna (611€), Veneto (598€), Campania (579€) e Puglia (575€) (Grafico 11).

La stessa analisi condotta tra i pazienti con osteoartrosi, che a livello nazionale hanno generato un costo medio annuo di 925€, ha evidenziato che essi presentano un costo maggiore in Trentino-Alto Adige (1.522€), Friuli Venezia Giulia (1.131€), Veneto (1.006€), Puglia (991€), Lazio (990€), Marche (988€), Emilia-Romagna (979€), Umbria (953€) e Campania (934€) (Grafico 12).

Analizzando i pazienti con disturbi tiroidei, fatta eccezione per i tumori della tiroide, è emerso che questi

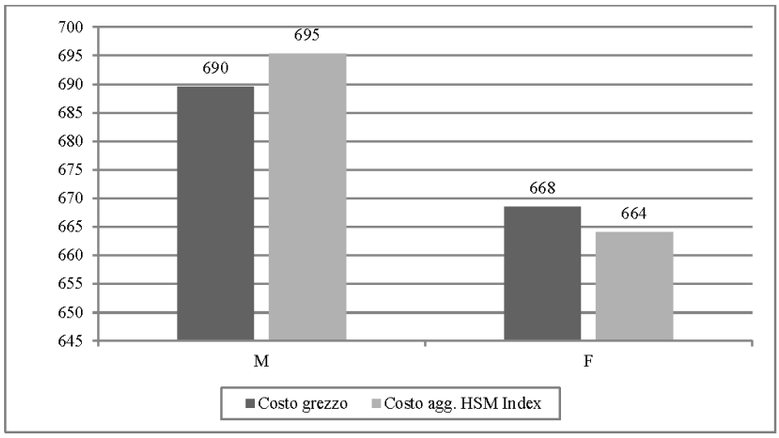
Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 173

hanno generato a livello nazionale un costo medio annuo grezzo di 717€; tale costo, dopo aggiustamento mediante HSM-*Index*, è risultato superiore in Trentino-Alto Adige (1.102€), Friuli Venezia Giulia (893€), Marche (805€), Emilia-Romagna e Puglia (795€), Lazio (754€), Campania (747€) e Veneto (723€). (Grafico 13).

Il costo medio annuo grezzo a livello nazionale per i pazienti affetti da malattia di Parkinson è risultato di 1.643€; tale dato, anche dopo aggiustamento mediante l'HSM-*Index*, è risultato superiore in Umbria (2.151€), Friuli Venezia Giulia (2.090€), Trentino-Alto Adige (1.941€), Basilicata (1.896€), Lazio (1.878€), Marche (1.811€), Toscana (1.692€) e Piemonte/Valle d'Aosta (1.676€) (Grafico 14).

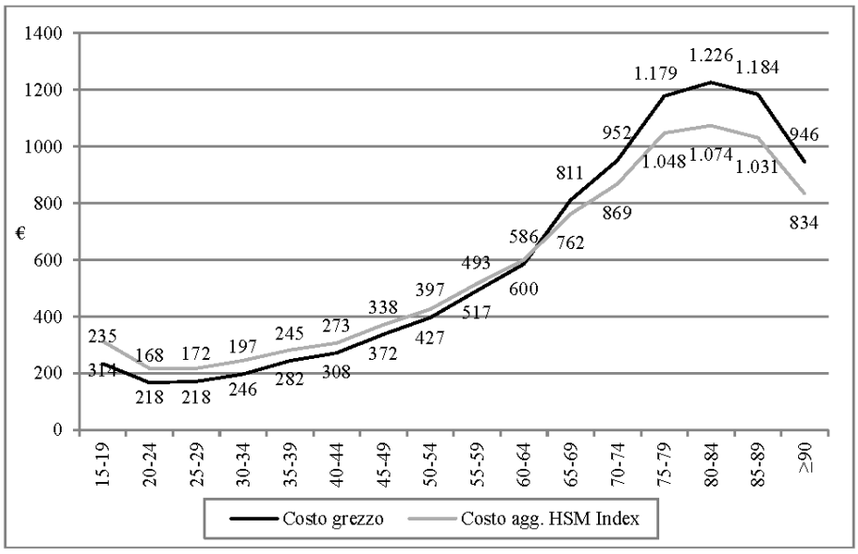
Infine, il costo medio annuo grezzo a livello nazionale per i pazienti con obesità è di 956€; il costo dopo aggiustamento mediante l'HSM-*Index*, è risultato superiore in Trentino-Alto Adige (1.496€), Veneto (1.172€), Friuli Venezia Giulia (1.142€), Campania (1.082€), Marche (1.073€), Emilia-Romagna (1.053€), Puglia (985€), Umbria (981€) ed infine Piemonte/Valle d'Aosta (961€) (Grafico 15).

Grafico 1 - *Costo medio annuo (valori in €) grezzo e aggiustato con l'Health Search Morbidity Index dei pazienti assistiti dai Medici di Medicina Generale aderenti al network Health Search con almeno una patologia cronica per genere - Anno 2022*



Fonte dei dati: Network Health Search. Anno 2023.

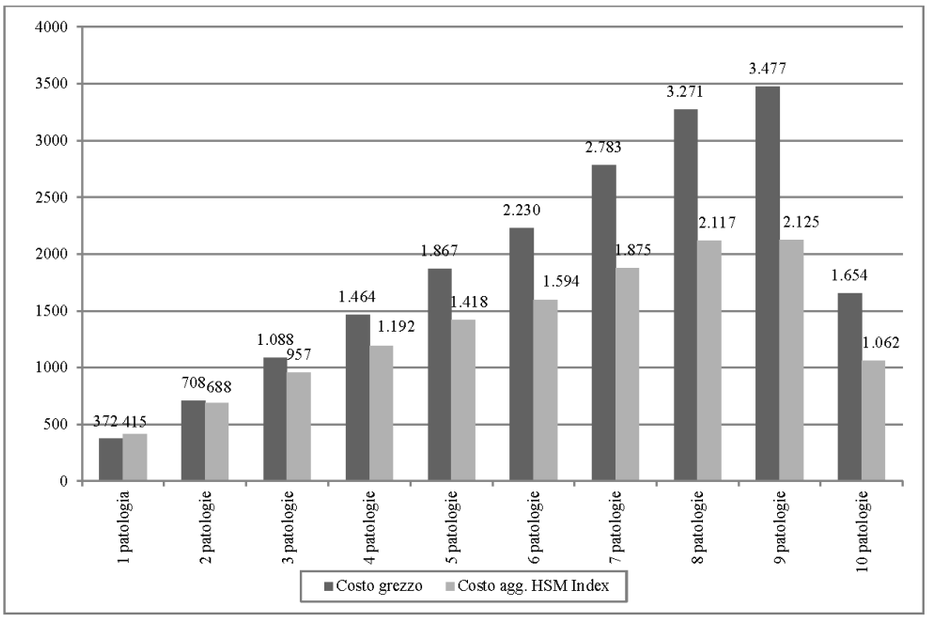
Grafico 2 - *Costo medio annuo (valori in €) grezzo e aggiustato con l'Health Search Morbidity Index dei pazienti assistiti dai Medici di Medicina Generale aderenti al network Health Search con almeno una patologia cronica per classe di età - Anno 2022*



Fonte dei dati: Network Health Search. Anno 2023.

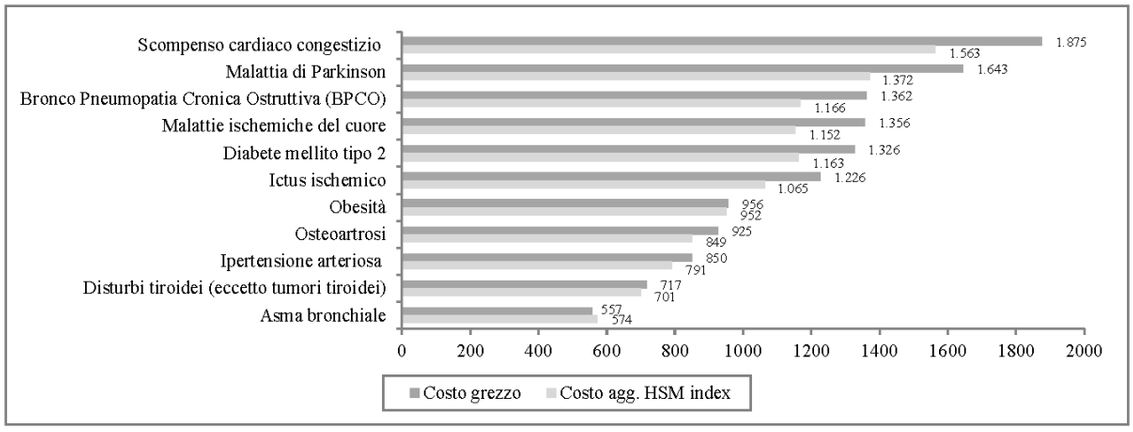
Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 174

Grafico 3 - *Costo medio annuo (valori in €) grezzo e aggiustato con l'Health Search Morbidity Index dei pazienti assistiti dai Medici di Medicina Generale aderenti al network Health Search per numero di patologie croniche - Anno 2022*



Fonte dei dati: Network Health Search. Anno 2023.

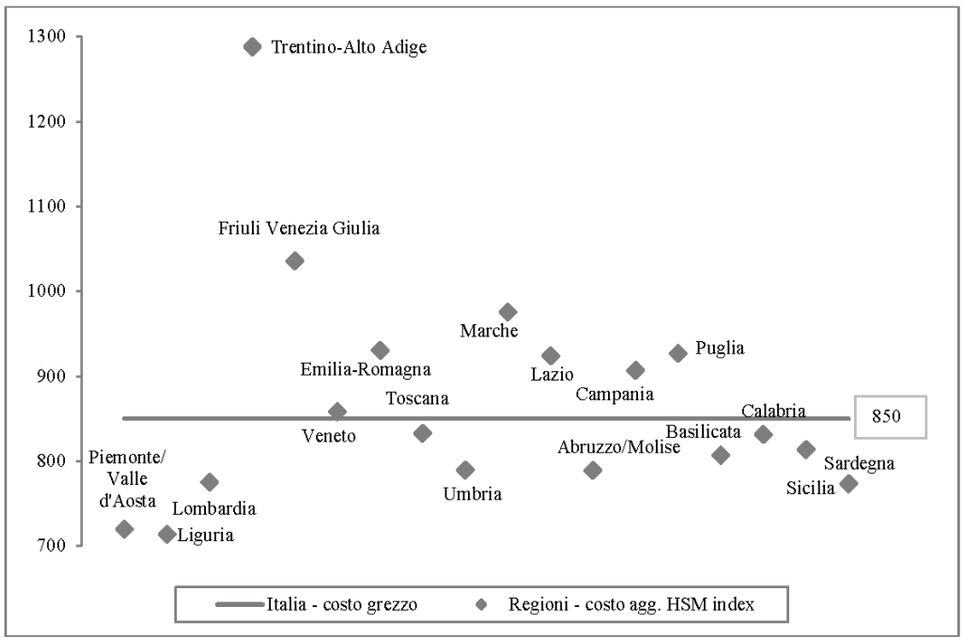
Grafico 4 - *Costo medio annuo (valori in €) grezzo e aggiustato con l'Health Search Morbidity Index dei pazienti assistiti dai Medici di Medicina Generale aderenti al network Health Search per singola patologia cronica - Anno 2022*



Fonte dei dati: Network Health Search. Anno 2023.

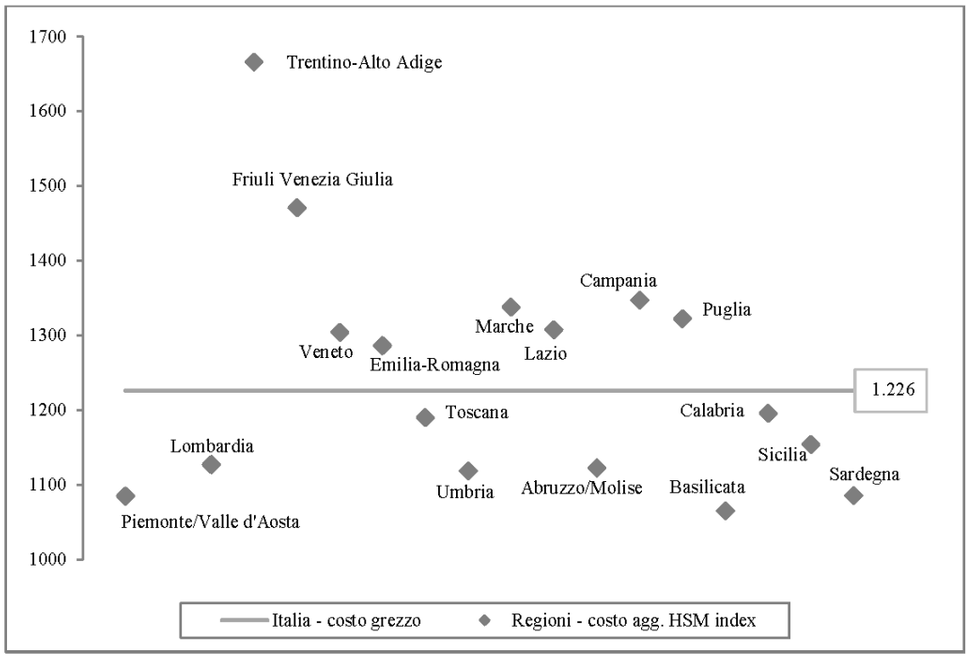
Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 175

Grafico 5 - *Costo medio annuo (valori in €) grezzo e aggiustato con l'Health Search Morbidity Index dei pazienti assistiti dai Medici di Medicina Generale aderenti al network Health Search affetti da ipertensione arteriosa per regione e confronto con il dato nazionale - Anno 2022*



Fonte dei dati: Network Health Search. Anno 2023.

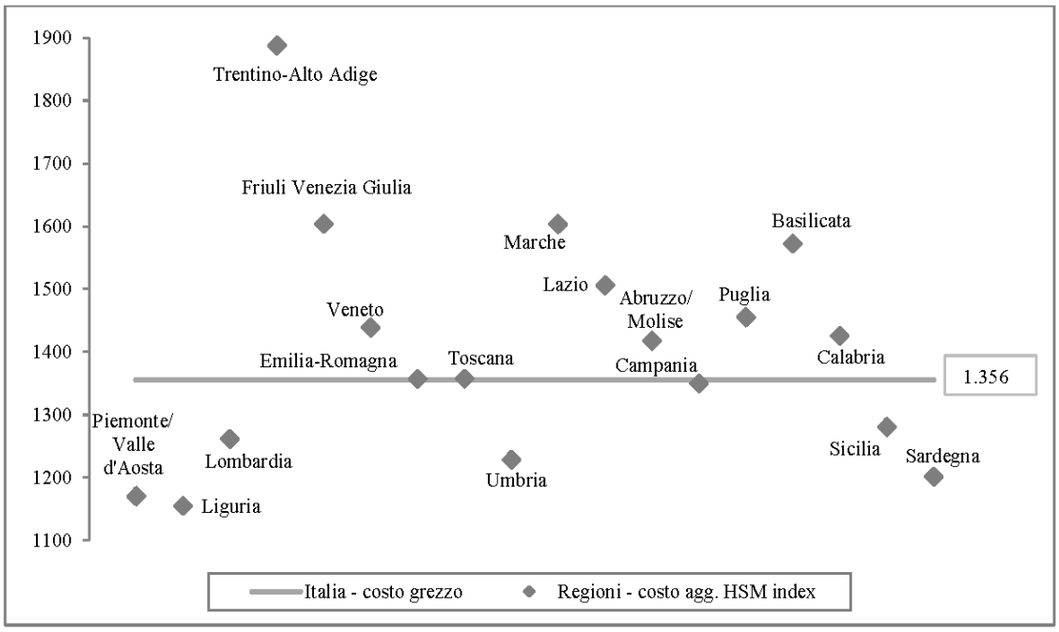
Grafico 6 - *Costo medio annuo (valori in €) grezzo e aggiustato con l'Health Search Morbidity Index dei pazienti assistiti dai Medici di Medicina Generale aderenti al network Health Search affetti da ictus ischemico per regione e confronto con il dato nazionale - Anno 2022*



Fonte dei dati: Network Health Search. Anno 2023.

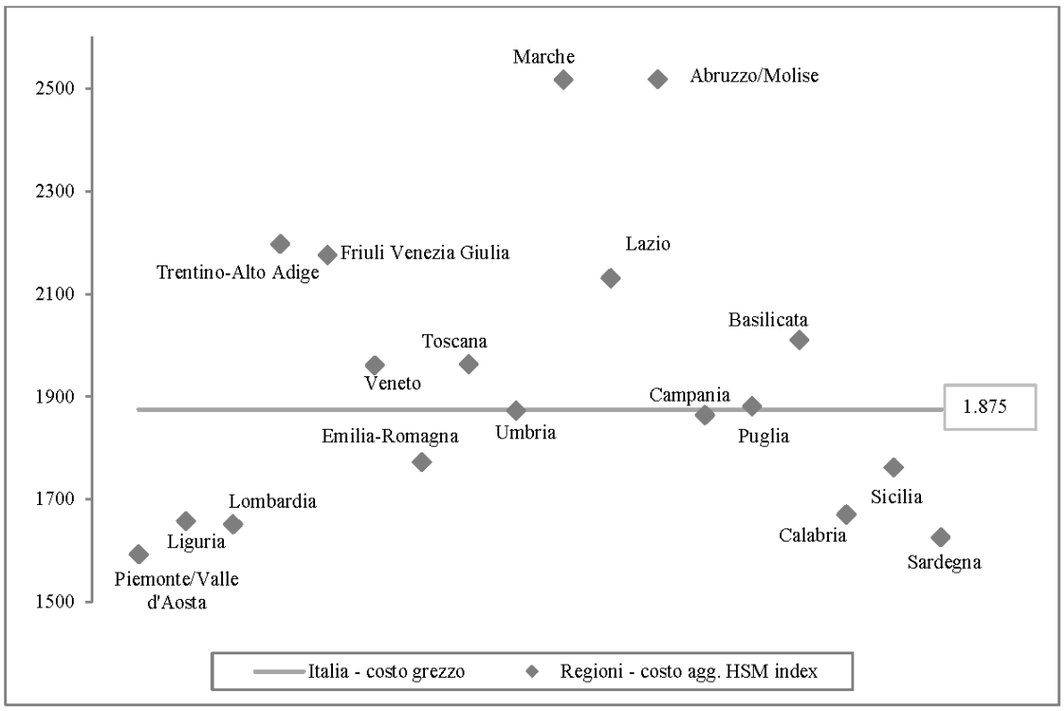
Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 176

Grafico 7 - *Costo medio annuo (valori in €) grezzo e aggiustato con l'Health Search Morbidity Index dei pazienti assistiti dai Medici di Medicina Generale aderenti al network Health Search affetti da malattie ischemiche del cuore per regione e confronto con il dato nazionale - Anno 2022*



Fonte dei dati: Network Health Search. Anno 2023.

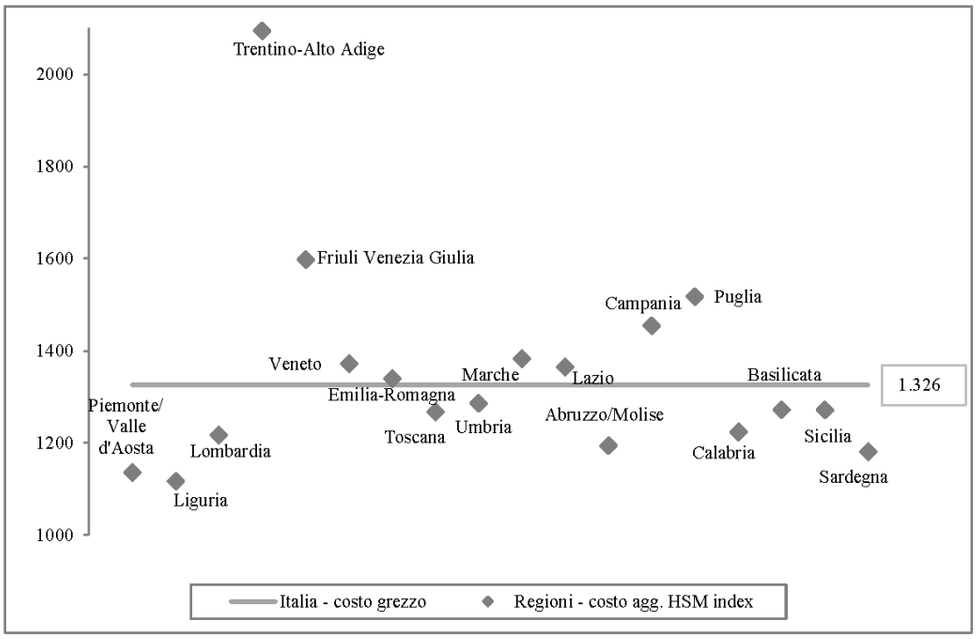
Grafico 8 - *Costo medio annuo (valori in €) grezzo e aggiustato con l'Health Search Morbidity Index dei pazienti assistiti dai Medici di Medicina Generale aderenti al network Health Search affetti da scompenso cardiaco congestizio per regione e confronto con il dato nazionale - Anno 2022*



Fonte dei dati: Network Health Search. Anno 2023.

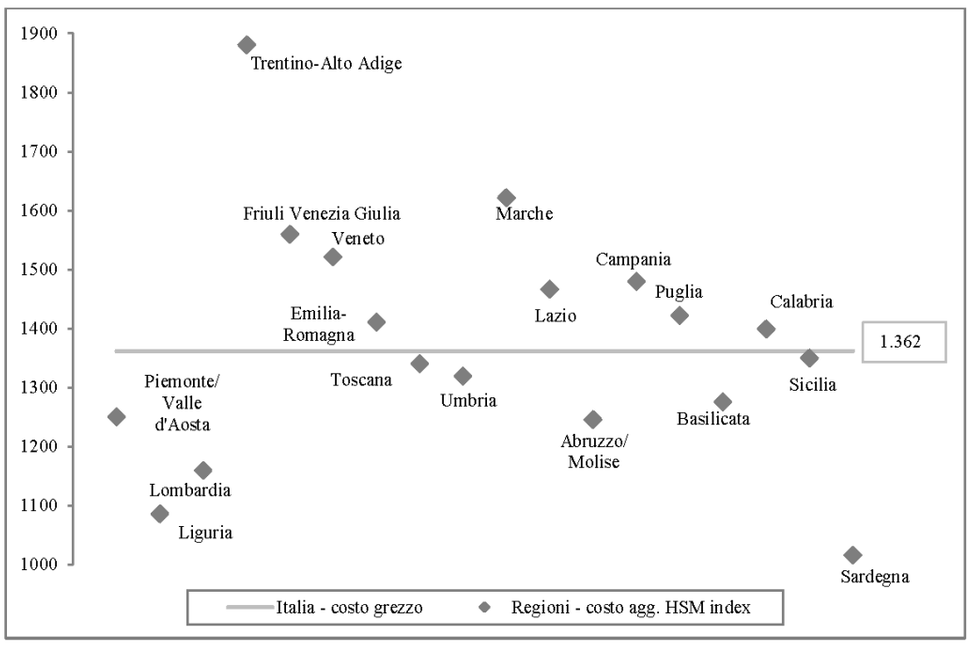
Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 177

Grafico 9 - *Costo medio annuo (valori in €) grezzo e aggiustato con l'Health Search Morbidity Index dei pazienti assistiti dai Medici di Medicina Generale aderenti al network Health Search affetti da diabete mellito tipo 2 per regione e confronto con il dato nazionale - Anno 2022*



Fonte dei dati: Network Health Search. Anno 2023.

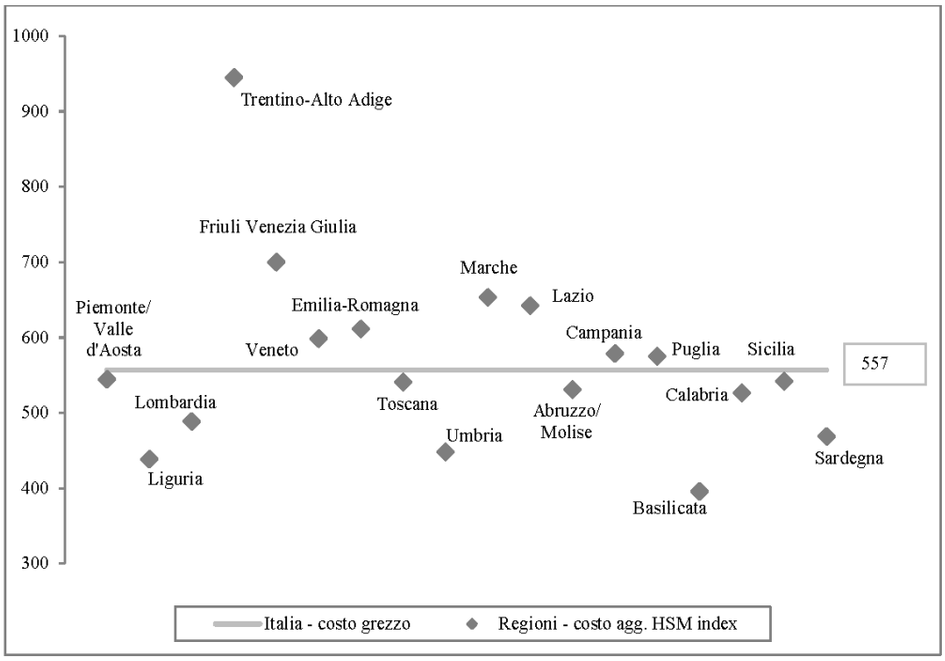
Grafico 10 - *Costo medio annuo (valori in €) grezzo e aggiustato con l'Health Search Morbidity Index dei pazienti assistiti dai Medici di Medicina Generale aderenti al network Health Search affetti da broncopneumopatia cronica ostruttiva per regione e confronto con il dato nazionale - Anno 2022*



Fonte dei dati: Network Health Search. Anno 2023.

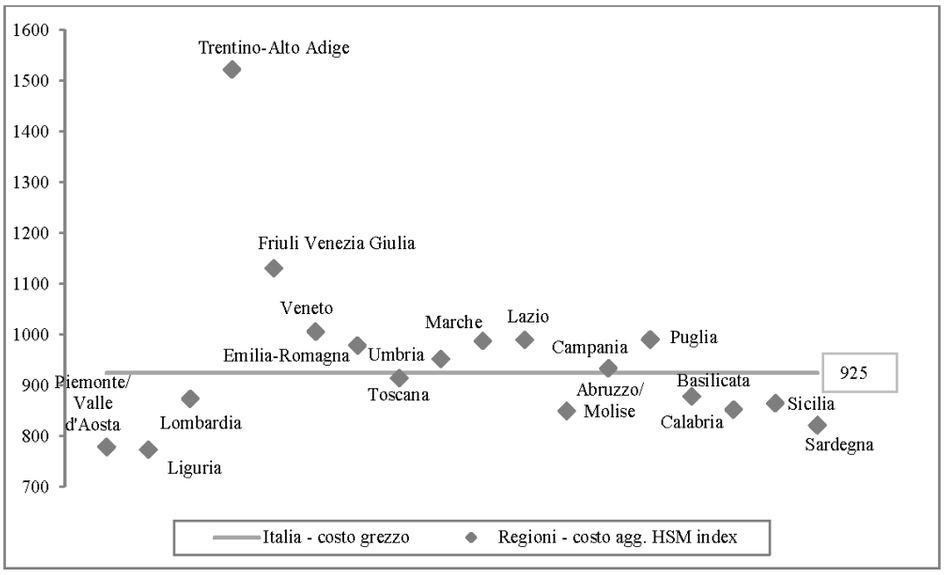
Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 178

Grafico 11 - *Costo medio annuo (valori in €) grezzo e aggiustato con l'Health Search Morbidity Index dei pazienti assistiti dai Medici di Medicina Generale aderenti al network Health Search affetti da asma bronchiale per regione e confronto con il dato nazionale - Anno 2022*



Fonte dei dati: Network Health Search. Anno 2023.

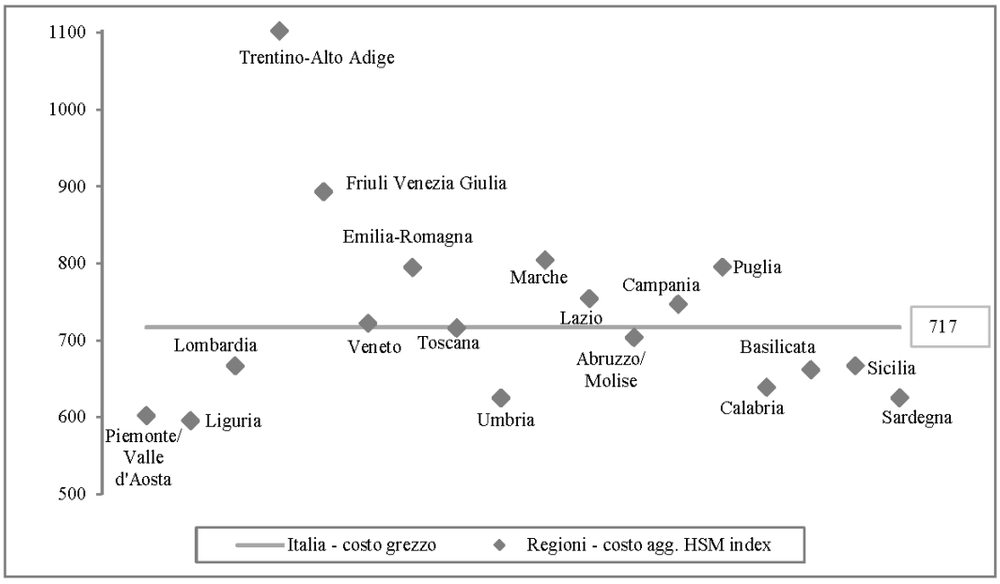
Grafico 12 - *Costo medio annuo (valori in €) grezzo e aggiustato con l'Health Search Morbidity Index dei pazienti assistiti dai Medici di Medicina Generale aderenti al network Health Search affetti da osteoartrosi per regione e confronto con il dato nazionale - Anno 2022*



Fonte dei dati: Network Health Search. Anno 2023.

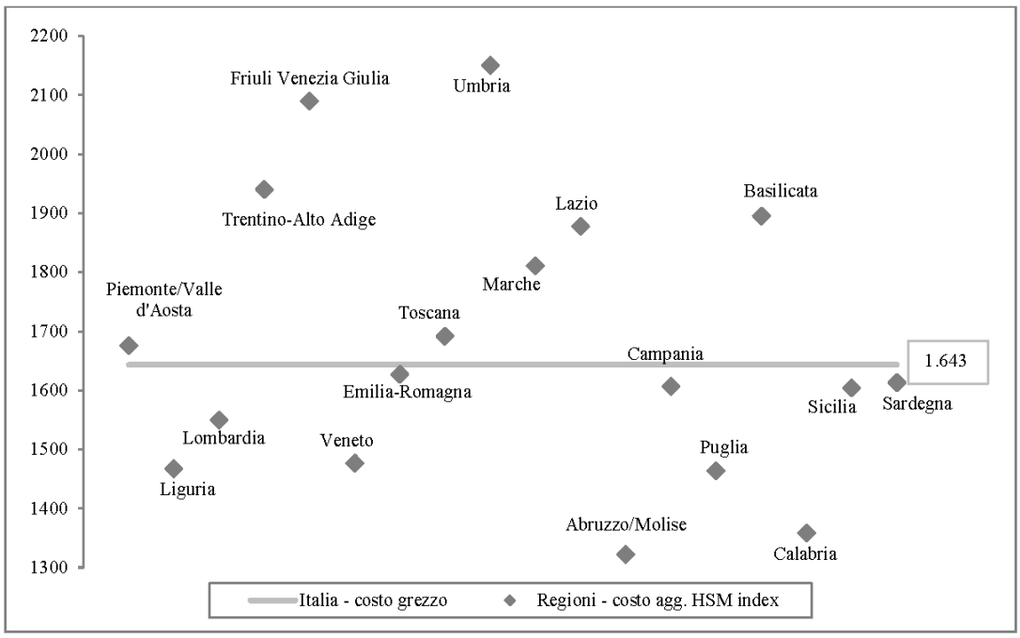
Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 179

Grafico 13 - *Costo medio annuo (valori in €) grezzo e aggiustato con l'Health Search Morbidity Index dei pazienti assistiti dai Medici di Medicina Generale aderenti al network Health Search affetti da disturbi tiroidei (con l'eccezione dei tumori tiroidei) per regione e confronto con il dato nazionale - Anno 2022*



Fonte dei dati: Network Health Search. Anno 2023.

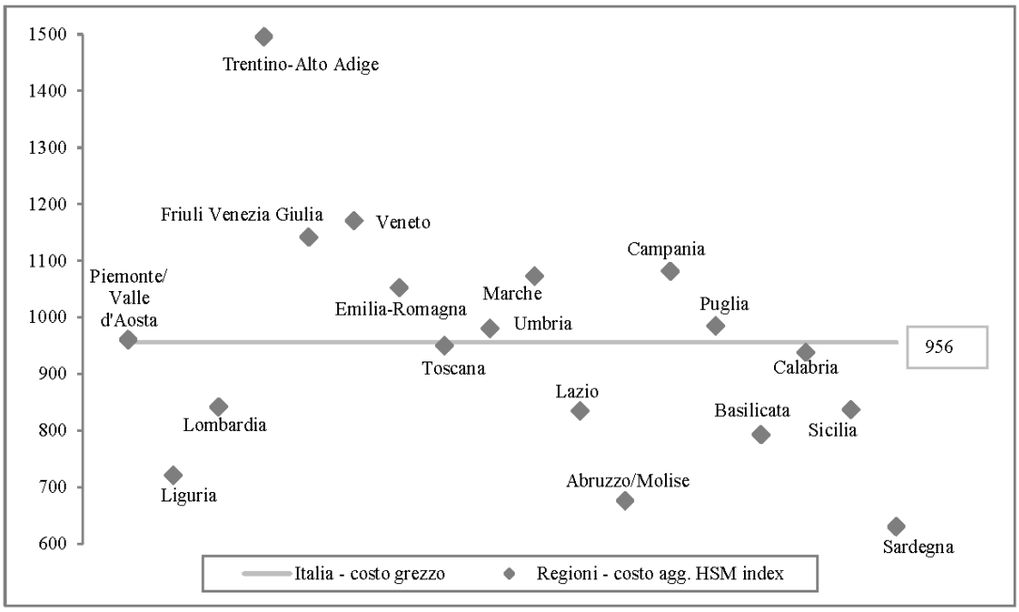
Grafico 14 - *Costo medio annuo (valori in €) grezzo e aggiustato con l'Health Search Morbidity Index dei pazienti assistiti dai Medici di Medicina Generale aderenti al network Health Search affetti da malattia di Parkinson per regione e confronto con il dato nazionale - Anno 2022*



Fonte dei dati: Network Health Search. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 180

Grafico 15 - *Costo medio annuo (valori in €) grezzo e aggiustato con l'Health Search Morbidity Index dei pazienti assistiti dai Medici di Medicina Generale aderenti al network Health Search affetti da obesità per regione e confronto con il dato nazionale - Anno 2022*



Fonte dei dati: Network Health Search. Anno 2023.

Raccomandazioni di Osservasalute

Le patologie croniche sono in aumento nel nostro Paese, comportando un incremento delle risorse e della spesa a carico del SSN, che già ad oggi si attesta intorno al 70-80% dei costi sanitari (1). Tutto ciò è fondamentalmente legato al processo d'invecchiamento della popolazione e all'aumento della sopravvivenza, nonché al cambiamento delle condizioni economiche e sociali, agli stili di vita, all'ambiente e alle innovazioni terapeutiche. Difatti, l'incremento nel numero di soggetti affetti da cronicità è, comunque, un segno inequivocabile di miglioramento dei processi di cura, come messo in luce dalla riduzione nella mortalità precoce.

Il costo medio annuo grezzo della popolazione in carico alla MG del *network* HS affetta da almeno una patologia cronica, tra quelle prese in esame, è stato di 678€. Questa cifra risulta in calo con quanto ottenuto per l'anno 2021 (697€) e 2020 (696€). In tal senso, sebbene la natura stessa di tali patologie necessiti di trattamenti e di un'assistenza prolungata, comportando inevitabilmente un aumento nella spesa sanitaria che già, attualmente, è vincolata e in difficoltà a causa dei *deficit* accumulati dalle Regioni nel corso degli anni, il calo nei costi osservato è probabilmente il riflesso della pandemia di COVID-19 sulla normale gestione dei pazienti con cronicità; aspetto ben evidenziato dai precedenti indicatori.

Gli effetti diretti e indiretti di tale contrazione, imputata probabilmente alla pandemia di COVID-19, riflettono la necessità di strutturare ed implementare nuovi modelli organizzativi e innovativi, centrati sulle cure territoriali e domiciliari, integrate, con una presa in carico prolungata, continuativa e mirata del paziente, cercando allo stesso tempo di limitare l'insorgenza di disabilità, di disautonomia e di intervenire sulle politiche di prevenzione.

In quest'ottica, i risultati emersi da questi indicatori sono in grado di mettere in luce i costi connessi alla MG per la presa in carico e la gestione del paziente con cronicità anche nelle logiche di programmazione e di gestione delle risorse sanitarie.

Riferimenti bibliografici

(1) Orchard M, Green E, Sullivan T, Greenberg A, Mai V Chronic disease prevention and management: implications for health human resources in 2020. Healthc Q. 2008; 11 (1): 38-43.
(2) Majeed A, Bindman AB, Weiner JP. Use of risk adjustment in setting budgets and measuring performance in primary careb: advantages, disadvantages, and practicalities. BMJ. 2001 Sep 15; 323 (7313): 607-10.
(3) Majeed A, Bindman AB, Weiner JP. Use of risk adjustment in setting budgets and measuring performance in primary care I: how it works. BMJ. 2001 Sep 15; 323 (7313): 604-7.
(4) Sullivan CO, Omar RZ, Ambler G, Majeed A. Case-mix and variation in specialist referrals in general practice. Br J Gen Pract. 2005 Jul; 55 (516): 529-33.
(5) Il Progetto ACG nella Regione del Veneto. Disponibile sul sito: http://acg.regione.veneto.it.
(6) Il modello Lombardo per la presa in carico. Disponibile sul sito: https://dati.lombardia.it/stories/s/Modello-lombardo-per-la-presa-in-carico_20180222/ya5j-7avn.
(7) Presidenza del Consiglio dei Ministro. Pon Governance

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 181

e Capacità Istituzionale 2014-2020. Disponibile sul sito: www.funzionepubblica.gov.it/capacita-amministrativa/pon-governance-e-capacita-istituzionale-2014-2020.
(8) Presidenza del Consiglio dei Ministri. Il PON GOV al forum PA: un modello predittivo per simulare il fabbisogno di salute del SSN. Disponibile sul sito: https://ot11ot2.it/notizie/il-pon-gov-al-forum-pa-un-modello-predittivo-per-simulare-il-fabbisogno-di-salute-del-ssn.
(9) Lapi F, Bianchini E, Cricelli I, Trifirò G, Mazzaglia G, Cricelli C. Development and Validation of a Score for Adjusting Health Care Costs in General Practice. Value Health. 2015 Sep; 18 (6): 884-95.
(10) Charlson ME, Charlson RE, Peterson JC, Marinopoulos SS, Briggs WM, Hollenberg JP. The Charlson comorbidity index is adapted to predict costs of chronic disease in primary care patients. J Clin Epidemiol. 2008 Dec; 61 (12): 1.234-40.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 182

Network Health Search e il suo *database*

Dott. Claudio Cricelli, Dott. Alessandro Rossi, Dott. Ignazio Grattagliano, Dott. Ovidio Brignoli, Dott. Gerardo Medea, Dott. Damiano Parretti, Dott. Francesco Paolo Lombardo, Dott. Pierangelo Lora Aprile, Dott. Maurizio Cancian, Dott. Alberto Magni, Dott. Andrea Zanchè, Dott.ssa. Tecla Mastronuzzi, Dott. Erik Lagolio, Dott. Francesco Lapi, Dott. Ettore Marconi

I MMG aderenti al *network* HS sono dislocati "omogeneamente" su tutto il territorio nazionale. I dati raccolti da tali medici ricercatori sono costantemente sottoposti a validazione al fine di garantirne l'affidabilità e la rappresentatività dell'intera MG italiana. Pertanto, per ogni MMG aderente al *network* HS annualmente viene calcolato un indice che misura la qualità della registrazione denominato Indice Totale di qualità di registrazione la cui metodologia è descritta nel Report periodico di HS (1). Nonostante le informazioni presenti in HS non siano raccolte sulla base di un disegno statistico campionario, la struttura demografica del collettivo dei pazienti per i quali si hanno informazioni registrate nel *database* dei medici che partecipano al *network* HS è sostanzialmente sovrapponibile a quella della popolazione italiana (come emerge dalle analisi comparative con i dati dell'Istat); questo rassicura sulla rappresentatività delle informazioni archiviate nel *database*. Inoltre, il numero elevato di pazienti presenti in questa fonte dati costituisce una buona garanzia di robustezza delle stime. È, comunque, importante precisare che la popolazione presente in HS è quella degli assistiti adulti in carico alla MG, pertanto con una età >14 anni, in quanto precedentemente i soggetti sono in carico al PLS (2).

Riferimenti bibliografici

(1) Pierangelo Lora Aprile, Elisa Bianchini, Ovidio Brignoli, Claudio Cricelli, Iacopo Cricelli, Ignazio Grattagliano, Francesco Lapi, Francesco Paolo Lombardo, Ettore Marconi, Gerardo Medea, Lucia Muraca, Alessandro Pasqua, Serena Pecchioli, Monica Simonetti, Damiano Parretti, Alessandro Rossi. XV Report Health Search - Istituto di ricerca dalla SIMG (Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie). Edizione 2023. Disponibile sul sito: http://report.healthsearch.it.

(2) Mazzaglia G, Lapi F, Pecchioli S, Pasqua A, Simonetti M, Cricelli I, Cricelli C. Il database Health Search - CSD LPD: uno strumento innovativo per l'assistenza e la ricerca. Rivista SIMG 2011; 3: 11-17.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 183

Calcolo dell'*Health Search Morbidity Index*

Dott. Claudio Cricelli, Dott. Alessandro Rossi, Dott. Ignazio Grattagliano, Dott. Ovidio Brignoli, Dott. Gerardo Medea, Dott. Damiano Parretti, Dott. Francesco Paolo Lombardo, Dott. Pierangelo Lora Aprile, Dott. Maurizio Cancian, Dott. Alberto Magni, Dott. Andrea Zanchè, Dott.ssa. Tecla Mastronuzzi, Dott. Erik Lagolio, Dott. Francesco Lapi, Dott. Ettore Marconi

L'*Health Search Morbidity Index* (HSM-*Index*) è stato ottenuto sviluppando un modello gerarchico che considera come variabile dipendente il costo medio pro capite per paziente (trasformato su scala logaritmica), per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e terapie farmacologiche.
La variabilità nei costi in sanità è stata valutata in funzione delle caratteristiche dei pazienti (tipo di patologia e caratteristiche socio-demografiche), in base alla disponibilità di strutture e servizi presenti sul territorio e, infine, in base alla variabilità di comportamento prescrittivo dei medici in relazione alla loro provincia di residenza.
I dati utilizzati presentano al loro interno una struttura gerarchica; questo significa che le singole osservazioni, ossia i pazienti (unità di 1° livello), possono essere viste come unità appartenenti a gruppi di livello superiore, le province o le unità territoriali (unità di 2° livello). La struttura gerarchica del modello implica una variabilità dell'errore non costante all'interno dei gruppi analizzati (eteroschedasticità), che occorre tenere in considerazione nella valutazione delle stime ottenute.
Un modello come quello stimato (detto ad "intercetta casuale"), a differenza dei modelli lineari classici che considerano soltanto differenze negli esiti a livello di paziente, permette di tenere in considerazione una ulteriore fonte di eterogeneità dei dati, quella a livello territoriale (unità di 2° livello). In questi modelli, la variabile risposta può essere vista come il risultato di un doppio processo di campionamento (doppia fonte di errore di campionamento): uno a livello della distribuzione delle unità di 2° livello (detti *cluster*) e l'altro, successivo, dalle distribuzioni delle unità di 1° livello *cluster* specifiche.
Nello specifico, il peso di ciascun fattore considerato, sulla spesa complessiva, è stato stimato utilizzando il seguente modello di regressione:

Modello multilivello gerarchico ad intercetta casuale (i = paziente e j = provincia):

$$\log(y_{ij}) = \beta_1 + \beta_2 x_{2ij} + \ldots + \beta_n x_{nij} + \xi_{ij}$$

$$\xi_{ij} = \varsigma_j + \varepsilon_{ij}$$

$$log(y_{ij}) = \beta_1 + \varsigma_j + \beta_2 x_{2ij} + \ldots + \beta_n x_{nij} + \varepsilon_{ij}$$

$\zeta_j+\varepsilon_{ij}$ rappresenta l'intercetta casuale e, nel dettaglio, ζ_j rappresenta la componente di errore *cluster* specifica (costante a livello di paziente entro lo stesso *cluster*) ed ε rappresenta la componente di errore di 1° livello specifica dei pazienti (componente che varia sia tra pazienti sia tra province);
x_{2ij}-x_{nij} rappresentano le caratteristiche (covariate) dei pazienti incluse nello studio.
I coefficienti β_2 e β_n stimati dal modello e definiti come *Cost Multiplier* sono stati utilizzati per calcolare l'HSM-*Index*, definito come "score predetto" perché ottenuto dalla combinazione dei coefficienti del modello e, successivamente, utilizzato come parametro di aggiustamento dei valori grezzi di spesa a livello del singolo MMG della regione.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 184

Malattie cardio e cerebrovascolari

Le malattie cardiovascolari costituiscono ancora oggi, in Italia, uno dei più importanti problemi di salute pubblica: esse sono tra le principali cause di morbosità, invalidità e mortalità. Rientrano in questo gruppo le più frequenti patologie di origine arteriosclerotica, in particolare le malattie ischemiche del cuore (infarto acuto del miocardio e angina pectoris) e le malattie cerebrovascolari (ictus ischemico ed emorragico). Chi sopravvive ad un evento acuto diventa un malato cronico e con complicazioni (insufficienza cardiaca e fibrillazione atriale fra le più frequenti) che causano notevoli ripercussioni sulla qualità della vita e sui costi economici e sociali che la società deve affrontare. Le malattie cardiovascolari, inoltre, sono tra i principali determinanti delle malattie legate all'invecchiamento, maggiore causa di disabilità fisica e disturbi della capacità cognitiva.

In base all'età, una proporzione di soggetti, compresa tra il 30-40% circa, che subisce un evento coronarico fatale, muore subito dopo l'inizio dei sintomi e prima di arrivare in Ospedale (1, 2).

Un dato rilevante per la salute degli italiani è che, in 39 anni, la mortalità totale si è più che dimezzata (il tasso std di mortalità totale si è ridotto di oltre il 50% tra il 1980-2021) e il contributo delle malattie cardiovascolari è stato quello che più ha influito sul trend in discesa della mortalità (nello stesso periodo la mortalità, sia per malattie ischemiche del cuore che per le malattie cerebrovascolari, si è ridotta di oltre il 70%).

Nell'interpretare questi dati non bisogna dimenticare che dal 1980 al 2021 le codifiche dei certificati di morte sono state realizzate con tre differenti versioni della Classificazione Internazionale delle Malattie, ICD-8, ICD-9 e ICD-10; in questi passaggi, le malattie cardiovascolari sono descritte in modo sempre più specifico e dettagliato utilizzando più codici alfanumerici e più definizioni, ma non sempre c'è piena corrispondenza con i codici della classificazione precedente. Inoltre, il quadro clinico e la severità delle malattie sono cambiati. Grandi differenze si sono verificate nell'ospedalizzazione per le malattie cardiovascolari: oltre la metà dei ricoveri per malattie cardiovascolari non è dovuto a sindrome coronarica acuta o infarto del miocardio e ictus, ma a scompenso cardiaco e aritmie che rappresentano oggi complicazioni comuni delle forme acute e subacute di ischemia miocardica (3).

Delle malattie cardiovascolari molto si conosce: studi epidemiologici sono stati condotti fin dagli anni Cinquanta, sono stati identificati i fattori di rischio e dimostrata la reversibilità del rischio. Lo confermano i risultati pubblicati fin dagli anni Novanta che riportano, per una riduzione di 2 mmHg di pressione arteriosa sistolica nella popolazione generale adulta, una stima di circa il 4% in meno di mortalità per cardiopatia ischemica e di circa il 6% in meno di mortalità per ictus (4). Le malattie cardiovascolari sono per la gran parte prevenibili attraverso l'adozione di sani comportamenti legati allo stile di vita, in particolare attraverso l'adozione di una sana alimentazione[1], attività fisica regolare e abolizione del fumo di tabacco; queste abitudini aiutano a ridurre e/o a mantenere la pressione arteriosa, la colesterolemia, la glicemia a digiuno e l'IMC a livelli favorevoli (5-7). Così, parallelamente al crescere delle possibilità di trattamento medico e chirurgico della malattia già conclamata, si è venuta affermando la consapevolezza dell'importanza di interventi di tipo preventivo sugli stili di vita, al fine di impedire o ritardare l'insorgenza della malattia stessa.

In questa Edizione del Rapporto Osservasalute non è presente il *Box* "Rischio Cardiovascolare Globale Assoluto e Osservatorio del Rischio Cardiovascolare", pertanto, si rimanda il lettore al *Box* corrispondente pubblicato nell'Edizione del 2019.

Riferimenti bibliografici

(1) Tunstall-Pedoe H, et al. Contribution of trends in survival and coronary-event rates to changes in coronary heart disease mortality: 10-year results from 37 WHO MONICA Project populations. Lancet 1999; 353: 1.547-57.
(2) Picciotto S et al. Associations of area based deprivation status and individual educational attainment with incidence, treatment, and prognosis of first coronary event in Rome, Italy. J Epidemiol Community Health 2006; 60: 37-43.
(3) Giampaoli S, Palmieri L, Ciccarelli P, Donfrancesco C, Zatonski W. Atherosclerotic Cardiovascular Diseases: Ischemic Heart Disease and Stroke. In Major and Chronic Diseases Report 2007 by the Task Force on Major and Chronic Diseases of

[1] Alimentazione: varia e bilanciata con molta verdura e frutta, cereali integrali, legumi, pesce e povera di calorie (porzioni modeste), di grassi saturi e colesterolo, di sale e zuccheri e, solo se desiderato, con modeste quantità di vino o altri alcolici.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 186

DG SANCO's Health Information Strand; Luxembourg: European Commission 2008, pp.305; ISBN 92-79-08896-4. Disponibile sul sito: http://ec.europa.eu/health/ph_threats/non_com/docs/mcd_report_en.pdf.
(4) Stamler R. Implications of the Intersalt study. Hypertension. 1991; 17 (Suppl. 1): I16-I20.
(5) Lloyd-Jones DM, et al. Defining and setting national goals for cardiovascular health promotion and disease reduction the American Heart Association's strategic impact goal through 2020 and beyond; Circulation. 2010; 121: 586-613.
(6) Liu K, Daviglus ML, Loria CM, Colangelo LA, Spring B, Moller AC, Lloyd-Jones DM. Healthy lifestyle through young adulthood and the presence of low cardiovascular disease risk profile in middle age. The coronary artery risk development in (young) adults (CARDIA) Study. Circulation. 2012; 125: 996-1.004.
(7) Berry JD, Dyer A, Cai X, Garside DB, Ning H, Thomas A, Greenland P, Van Horn L, Tracy RP, and Lloyd-Jones DM. Lifetime Risks of Cardiovascular Disease. N Engl J Med 2012; 366: 321-9.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 187

Ospedalizzazione per patologie cardio e cerebrovascolari acute, insufficienza cardiaca e fibrillazione atriale

Significato. Le patologie cardiovascolari determinano un elevato carico di malattia nella popolazione adulta, soprattutto anziana, sia per l'elevata aspettativa di vita di cui beneficia la popolazione italiana, sia per la maggiore sopravvivenza ad eventi acuti a cui oggi assistiamo. Tutto questo, però, si ripercuote in termini di invalidità, disabilità ed impegno assistenziale per il SSN.
L'indicatore di seguito proposto è il tasso std di ospedalizzazione (numero di dimissioni ospedaliere su popolazione residente per 100.000) in regime di RO esclusi, quindi, i DH, che si osserva in un certo periodo di tempo (in questo caso dal 2016 al 2022) nella popolazione adulta ed anziana (≥25 anni) residente nelle singole regioni. I tassi riportati sono riferiti, esclusivamente, alla diagnosi principale e non tengono in considerazione le diagnosi secondarie. I gruppi di diagnosi principale per i quali sono riportati i tassi di ospedalizzazione nelle tabelle rappresentano, specificatamente, le malattie ischemiche del cuore (ICD-9-CM 410-414), l'Infarto Miocardico Acuto (IMA) (ICD-9-CM 410), separatamente ed insieme ad altre forme acute e subacute di ischemia cardiaca (ICD-9-CM 410-411), le malattie cerebrovascolari complessive (ICD-9-CM 430-438), l'ictus emorragico (ICD-9-CM 430-432) e l'ictus ischemico più altre malattie cerebrovascolari incluso il Transient Ischemic Attack (TIA) (ICD-9-CM 434-437). Sono riportati e commentati anche i tassi di ospedalizzazione per l'insufficienza cardiaca (ICD-9-CM 428) e la fibrillazione atriale (ICD-9-CM 427.3), riferiti alla diagnosi principale per i ricoveri in regime di RO.
Nelle tabelle sono riportati i tassi di ospedalizzazione standardizzati. Per l'ultimo anno in esame è stata utilizzata come popolazione di riferimento la popolazione media italiana 2022.

Tasso di dimissioni ospedaliere per patologie cardio e cerebrovascolari acute, insufficienza cardiaca e fibrillazione atriale

$$\text{Numeratore} = \frac{\text{Dimissioni ospedaliere di persone di età 25 anni ed oltre per patologie cardio e cerebrovascolari acute, insufficienza cardiaca e fibrillazione atriale}}{\text{Popolazione media residente di età 25 anni ed oltre}} \times 100.000 = \text{Denominatore}$$

Validità e limiti. La riproducibilità e l'accuratezza della misurazione di questi indicatori, basati sul flusso delle SDO, sono elevate. La standardizzazione dei tassi per età permette di eliminare l'effetto esercitato dalle dinamiche di invecchiamento e dalla struttura demografica sui livelli di ospedalizzazione nelle diverse regioni. Ciò consente di confrontare il medesimo indicatore nel tempo (con riferimento ad una specifica area geografica in anni diversi) e nello spazio (ossia tra aree diverse del Paese). La standardizzazione riguarda la fascia di età 25 anni ed oltre.
Si evidenzia che i tassi potrebbero essere parzialmente condizionati, da un lato, da una imprecisa attribuzione delle diagnosi che può comportare una sottostima degli eventi nei dati forniti dalle diverse regioni, con conseguenze negative soprattutto per le regioni più attente alle definizioni diagnostiche che possono mostrare, per tale motivo, i tassi più elevati; dall'altro, vi potrebbe essere l'effetto distorsivo esercitato dal sistema dei DRG sulla codifica delle dimissioni ospedaliere, anche se in questo caso il problema non sembra essere particolarmente rilevante e, soprattutto, risulta difficile interpretare la direzione in cui agisce. Un potenziale effetto confondente può essere dato anche dal diverso *case-mix* dei pazienti ricoverati: ad esempio, nelle situazioni in cui il *case-mix* di pazienti delle strutture di indagine in alcune regioni è meno grave rispetto a quello delle strutture di riferimento di altre regioni, i tassi di mortalità possono risultare più bassi nelle prime regioni rispetto alle seconde. Essendo basati esclusivamente su dati ospedalieri, questi indicatori non includono gli eventi che si sono risolti senza il ricorso a cure ospedaliere, né gli eventi che hanno causato il decesso prima dell'accesso in Ospedale e, quindi, non possono dare un quadro completo ed esaustivo dell'occorrenza della malattia. Inoltre, poiché gli eventi cardiovascolari possono ripetersi nell'arco dell'anno, i tassi di ospedalizzazione si riferiscono al numero di eventi registrati e non alle persone colpite dall'evento.

Valore di riferimento/Benchmark. L'atteso è che il tasso di ospedalizzazione sia il più basso possibile; potrebbero essere considerati come riferimento i tassi di ospedalizzazione più bassi registrati nell'ultimo anno disponibile (2022) per il complesso delle malattie ischemiche del cuore (ICD-9-CM 410-414) (453,3 per 100.000 negli uomini e 152,1 per 100.000 nelle donne) e per il complesso delle malattie cerebrovascolari (ICD-9-CM 430-438) (384,8 per 100.000 negli uomini e 269,7 per 100.000 nelle donne).

Descrizione dei risultati

Malattie ischemiche del cuore

Per le malattie ischemiche del cuore il primo dato evidente è che i tassi di ospedalizzazione nel 2022 sono

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 188

aumentati del 2,2% rispetto al 2021 negli uomini (709,3 ricoveri per 100.000 uomini nel 2022 *vs* 694,3 per 100.000 nel 2021 - ICD-9-CM 410-414) e dell'1,3% nelle donne (216,8 ricoveri per 100.000 donne nel 2022 *vs* 214,0 per 100.000 nel 2021 - ICD-9-CM 410-414); questo aumento, molto probabilmente, è stato dovuto ad una sorta di "recupero" dopo il calo registrato tra il 2019 ed il 2020 dovuto alla pandemia da COVID-19, che ha "monopolizzato" i posti disponibili negli Ospedali e nelle Terapie Intensive a discapito dei ricoveri per le altre malattie (vedi Capitolo "Mortalità per malattie ischemiche del cuore e per malattie cerebrovascolari" - Descrizione dei risultati: Malattie ischemiche del cuore).

Nel 2022, i ricoveri per malattie ischemiche del cuore negli uomini continuano ad essere oltre il triplo di quelli delle donne, come negli anni precedenti (709,3 ricoveri per 100.000 uomini *vs* 216,8 ricoveri per 100.000 donne - ICD-9-CM 410-414); i tassi di ospedalizzazione negli uomini restano appena inferiori al triplo di quelli delle donne sia per l'IMA (291,2 per 100.000 negli uomini *vs* 101,5 per 100.000 nelle donne - ICD-9-CM 410), sia considerando l'IMA unitamente alle altre forme acute e subacute di ischemia cardiaca (380,5 per 100.000 negli uomini *vs* 129,5 per 100.000 nelle donne - ICD-9-CM 410-411) (Tabella 1, Tabella 2).

Nel 2022, i tassi più elevati per le malattie ischemiche del cuore (ICD-9-CM 410-414) si registrano in Campania per gli uomini (908,3 per 100.000) e in Valle d'Aosta per le donne (296,4 per 100.000). Valori >850 per 100.000 si osservano per gli uomini anche in Molise (860,2 per 100.000), mentre per le donne valori >290 per 100.000 si osservano anche in Campania (293,9 per 100.000). I tassi più bassi si registrano in Sardegna sia per gli uomini (453,3 per 100.000) che per le donne (152,1 per 100.000).

Per quanto riguarda l'insieme delle forme acute e subacute di ischemia cardiaca (ICD-9-CM 410-411), la regione con i maggiori tassi di ospedalizzazione è la Sicilia per gli uomini (462,0 per 100.000) e la Valle d'Aosta per le donne (155,5 per 100.000). Tassi elevati si registrano anche in Campania sia per gli uomini (459,3 per 100.000) che per le donne (152,5 per 100.000). I tassi più bassi, invece, si registrano in Veneto sia per gli uomini (306,4 per 100.000) che per le donne (100,0 per 100.000).

I tassi di ospedalizzazione più elevati per l'IMA (ICD-9-CM 410) si osservano in Sicilia per gli uomini (351,4 per 100.000) ed in Friuli Venezia Giulia per le donne (123,3 per 100.000). Negli uomini, tassi di ospedalizzazione elevati >320 per 100.000 si registrano anche in Campania e in Calabria (327,9 e 323,7 per 100.000, rispettivamente), mentre per le donne, anche in Valle d'Aosta si osservano tassi elevati >120 per 100.000 (122,1 per 100.000). I tassi di ospedalizzazione meno elevati si registrano in Basilicata per gli uomini (229,8 per 100.000) e in Molise per le donne (73,1 per 100.000); entrambi, decisamente più bassi delle rispettive medie nazionali.

Da notare che nell'ultimo periodo disponibile (2021-2022) si è registrato un aumento dei tassi di ospedalizzazione per le malattie ischemiche del cuore, sia per gli uomini (+2,2%) che per le donne (+1,3%); si è registrata, invece, una diminuzione, sia per le forme acute e subacute di ischemia cardiaca (-0,3% negli uomini e -0,8% nelle donne); per l'IMA i tassi di ospedalizzazione sono leggermente aumentati per gli uomini (+0,1%), mentre sono diminuiti per le donne (-2,2%). Un dato incoraggiante è che, tra il 2016 ed il 2022, si continua a registrare una diminuzione dei tassi di ospedalizzazione, maggiore nelle donne rispetto agli uomini, sia per le malattie ischemiche del cuore nel loro complesso (-16,6% negli uomini; -24,9% nelle donne), che per l'insieme delle forme acute e subacute di ischemia cardiaca (-22,8% negli uomini; -30,9% nelle donne), che per l'IMA (-20,1% negli uomini e -29,8% nelle donne) (Grafico 1, Grafico 2). Questo trend in diminuzione dal 2016 al 2022, anche se con valori diversi, riguarda tutte le regioni con le sole eccezioni della Valle d'Aosta, per le malattie ischemiche del cuore, sia negli uomini (+1,7%), sia, con un valore particolarmente elevato, nelle donne (+30,0%), e della PA di Bolzano, solo per gli uomini, sia per l'insieme delle forme acute e subacute di ischemia cardiaca (+0,9%) che per l'IMA (+4,9%). Sia negli uomini che nelle donne, la PA di Trento ha registrato la maggiore riduzione dei tassi di ospedalizzazione per le malattie ischemiche del cuore (-28,9% per gli uomini e -36,7% per le donne) e la Basilicata la maggiore riduzione sia per l'insieme delle forme acute e subacute di ischemia cardiaca (-36,7% per gli uomini e -46,8% per le donne) che per l'IMA (-41,6% e -54,8% per le donne).

Nell'ultimo anno, 2022, la quota di ospedalizzazioni per IMA rispetto al totale delle malattie ischemiche del cuore è risultata più alta nelle donne (46,8%) rispetto agli uomini (41,0%). Rispetto alle regioni, la quota di IMA sul totale delle malattie ischemiche è minima in Molise, sia per gli uomini (27,1%) che per le donne (26,4%); è massima in Sardegna per gli uomini (56,7%) e nel Friuli Venezia Giulia per le donne (65,4%).

Malattie cerebrovascolari

Per le malattie cerebrovascolari il primo dato evidente è che i tassi di ospedalizzazione, tra il 2021 ed il 2022, sono aumentati sia negli uomini (+1,3%) (461,6 ricoveri per 100.000 uomini nel 2022 *vs* 455,8 per 100.000 nel 2021 - ICD-9-CM 430-438) che, anche se in maniera più lieve, nelle donne (+0,4%) (328,0 ricoveri per 100.000 donne nel 2022 *vs* 326,6 per 100.000 nel 2021 - ICD-9-CM 430-438); anche in questo caso, l'aumento registrato nell'ultimo anno, molto probabil-

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 189

mente, è stato dovuto ad una sorta di continuazione del "recupero" dei ricoveri dopo il calo del 2019-2020 dovuto alla pandemia da COVID-19, per la quale sono diminuiti sensibilmente i ricoveri negli Ospedali e nelle Terapie Intensive (vedi Capitolo "Mortalità per malattie ischemiche del cuore e per malattie cerebrovascolari" - Descrizione dei risultati: Malattie cerebrovascolari). Nel 2022, negli uomini, il tasso di ospedalizzazione per il complesso delle malattie cerebrovascolari (ICD-9-CM 430-438) risulta del 40,7% superiore a quello delle donne (Tabella 3, Tabella 4): in particolare, per i sottogruppi dell'ictus emorragico (ICD-9-CM 430-432) e per l'ictus ischemico (ICD-9-CM 434-437), questo eccesso è pari al 60,0% e al 21,7%, rispettivamente (Grafico 3, Grafico 4).

Nel 2022, i tassi di ospedalizzazione più elevati per le malattie cerebrovascolari nel loro complesso (ICD-9-CM 430-438) si registrano nella PA di Bolzano per gli uomini (627,2 per 100.000) e nella Valle d'Aosta per le donne (517,4 per 100.000); a livelli di ospedalizzazione molto elevati si trovano anche la Valle d'Aosta per gli uomini (592,4 per 100.000) e la PA di Bolzano per le donne (429,8 per 100.000). I tassi più bassi si registrano in Sardegna per gli uomini (384,8 per 100.000) ed in Puglia per le donne (269,7 per 100.000).

Per quanto riguarda l'ictus emorragico (ICD-9-CM 430-432), i tassi più elevati di ospedalizzazione si registrano in Molise per gli uomini (118,7 per 100.000) e in Toscana per le donne (75,1 per 100.000). Per gli uomini, anche Toscana e Marche presentano tassi >100 per 100.000 (103,0 e 102,5 per 100.000, rispettivamente), mentre per le donne la PA di Bolzano presenta un tasso >70 per 100.000 (72,9 per 100.000). I tassi più bassi si registrano in Puglia, sia per gli uomini (65,1 per 100.000) che per le donne (35,2 per 100.000). Le ospedalizzazioni per ictus ischemico (ICD-9-CM 434-437) più elevate si riscontrano in Valle d'Aosta, sia per gli uomini che per le donne (393,4 e 389,3 per 100.000, rispettivamente). Tassi elevati si riscontrano anche in Campania, sia per gli uomini che per le donne (305,8 e 251,0 per 100.000, rispettivamente), e in Abruzzo solo per le donne (258,7 per 100.000). I tassi più bassi, invece, si registrano in Lombardia, sia per gli uomini che per le donne (199,7 e 163,2 per 100.000, rispettivamente).

Tra il 2016 ed il 2022, a livello nazionale, si evidenzia una riduzione nei ricoveri per le malattie cerebrovascolari nel loro complesso in entrambi i generi (-24,1% negli uomini e -27,0% nelle donne) così come per l'ictus emorragico (-11,3% negli uomini e -14,9% nelle donne) e, in particolar modo, per l'ictus ischemico (-30,5% negli uomini e -32,2% nelle donne); questa riduzione ha subito un rallentamento nell'ultimo anno (2021-2022), sia per gli uomini (+1,3% per le malattie cerebrovascolari nel loro complesso, +3,5% per l'ictus emorragico e -0,3% per l'ictus ischemico), che per le donne (+0,4% per le malattie cerebrovascolari nel loro complesso, -1,8% per l'ictus emorragico e +1,0% per l'ictus ischemico). La riduzione dei tassi di ospedalizzazione per le malattie cerebrovascolari negli ultimi anni (2016-2022), anche se in misura diversa, riguarda quasi tutte le regioni; la regione Campania è quella che ha registrato una maggiore riduzione dei tassi di ospedalizzazione per le malattie cerebrovascolari nel loro complesso per gli uomini (-33,1%), la Sicilia per le donne (-38,2%); per quanto riguarda l'ictus emorragico, la Sardegna negli uomini (-26,7%) e la Valle d'Aosta nelle donne (-41,6%) sono le regioni in cui si è registrata la maggiore riduzione di ospedalizzazioni dal 2016 al 2022; per l'ictus ischemico la maggiore riduzione del tasso di ospedalizzazione è stato registrato in Sicilia, sia per gli uomini (-40,8%) che per le donne (-44,8%). Solo per l'ictus emorragico è stato registrato, invece, un aumento dei ricoveri dal 2016 al 2022: in 7 regioni per gli uomini - Molise (+18,2%), Emilia-Romagna (+5,2%), Friuli Venezia Giulia (+5,1%), Valle d'Aosta (+4,4%), Calabria (+0,7%), Umbria (+0,5%) e Liguria (+0,1%) - e in 2 regioni per le donne - Umbria (+3,0%) e Calabria (+1,6%).

Insufficienza cardiaca e fibrillazione atriale

Nel 2022, negli uomini, il tasso di ospedalizzazione per l'Insufficienza Cardiaca (IC) (ICD-9-CM 428) risulta superiore del 53,1% a quello delle donne, mentre quello per la Fibrillazione Atriale (FA) (ICD-9-CM 427.3) è superiore del 104,5%, risultando più che raddoppiato (Tabella 5, Tabella 6).

I tassi di ospedalizzazione più elevati per IC (ICD-9-CM 428) si registrano in Molise sia per gli uomini (464,2 per 100.000) che per le donne (306,9 per 100.000); tassi molto elevati si registrano per gli uomini anche nelle PA di Bolzano e di Trento (440,1 e 413,1 per 100.000, rispettivamente) e in Emilia-Romagna e nella PA di Trento per le donne (296,0 e 294,0 per 100.000, rispettivamente). I tassi più bassi di ospedalizzazione per IC si evidenziano in Sardegna, sia per gli uomini (244,7 per 100.000) che per le donne (154,3 per 100.000).

Per la FA (ICD-9-CM 427.3), i tassi di ospedalizzazione più elevati si registrano nella Valle d'Aosta per gli uomini (205,1 per 100.000) e nella PA di Bolzano per le donne (115,8 per 100.000). Per gli uomini, anche nella PA di Bolzano si osservano livelli di ospedalizzazione elevati (194,6 per 100.000) e nella PA di Trento per le donne (83,9 per 100.000).

Per la FA i minori tassi di ospedalizzazione si riscontrano in Sicilia per gli uomini (60,7 per 100.000) e in Abruzzo per le donne (28,2 per 100.000).

Nell'arco temporale di osservazione, tra il 2016 e il 2022, in tutte le regioni ed in entrambi i generi, si evidenzia un calo nei ricoveri per IC con una riduzione, a livello nazionale, del 27,2% negli uomini e del

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 190

31,4% nelle donne. Anche per i tassi di ospedalizzazione per IC si è registrato un leggero aumento nell'ultimo anno, di egual misura sia negli uomini che nelle donne (+0,7%) (Grafico 5, Grafico 6). Tra il 2016 e il 2022, la riduzione maggiore si evidenzia, per gli uomini, in Campania e in Abruzzo con lo stesso valore (-41,2%) e, per le donne, in Campania (-50,1%). Per quanto riguarda la FA, considerando lo stesso arco temporale dal 2016 al 2022, i tassi di ospedalizzazione si sono ridotti sia negli uomini (-26,9%) che nelle donne (-38,9%), con l'eccezione della Valle d'Aosta, dove è stato registrato un aumento delle ospedalizzazioni per FA sia per gli uomini (+113,5%), che per le donne (+19,7%) e del Piemonte per gli uomini (+15,5%). Nell'ultimo anno, per la FA è stato registrato un aumento dei tassi di ospedalizzazione pari al 3,2% negli uomini e una diminuzione nelle donne (-0,7%). A partire dal 2016, la riduzione maggiore è stata registrata in Campania per gli uomini (-53,8%) e in Puglia per le donne (-63,2%).

Tabella 1 - *Tasso (standardizzato per 100.000) di dimissioni ospedaliere, da istituti pubblici e privati accreditati, per codici di diagnosi di malattie ischemiche del cuore (410-414) separatamente ed insieme ad altre forme acute e subacute di ischemia cardiaca (410-411) e Infarto Miocardico Acuto (410) in regime di Ricovero Ordinario e diagnosi principale per regione. Maschi - Anni 2016-2022*

Regioni	2016			2017			2018			2019			2020			2021			2022		
	410-414	410-411	410	410-414	410-411	410	410-414	410-411	410	410-414	410-411	410	410-414	410-411	410	410-414	410-411	410	410-414	410-411	410
Piemonte	846,2	500,9	356,5	825,8	471,5	336,6	831,1	482,6	341,9	811,8	471,8	337,0	653,4	392,0	285,1	745,6	412,5	291,5	772,8	401,0	295,2
Valle d'Aosta	801,6	489,0	405,7	642,8	366,8	280,2	703,1	361,4	272,1	830,2	445,7	355,0	668,5	359,6	270,2	834,1	432,6	321,2	815,1	370,6	292,4
Lombardia	889,6	475,6	369,8	864,8	455,5	357,8	838,2	438,3	347,7	839,5	431,6	340,2	649,2	363,0	292,0	730,7	377,6	298,5	753,8	364,2	291,5
Bolzano-Bozen	*566,3*	*353,8*	*281,7*	*613,3*	*388,1*	*310,4*	*578,2*	*354,2*	*271,4*	*564,1*	*350,5*	*270,2*	*496,6*	*329,1*	*260,2*	*510,5*	*330,0*	*264,8*	*542,5*	*357,0*	*295,5*
Trento	*893,4*	*448,9*	*311,6*	*815,3*	*429,8*	*307,0*	*725,4*	*384,0*	*297,1*	*785,6*	*390,9*	*301,4*	*655,5*	*344,0*	*259,9*	*660,8*	*353,5*	*271,1*	*634,9*	*329,2*	*262,2*
Veneto	692,6	397,2	281,1	674,2	374,4	266,5	684,4	366,7	263,6	662,6	355,5	260,6	569,2	311,9	231,0	585,5	304,5	229,3	586,9	306,4	235,2
Friuli Venezia Giulia	661,6	462,4	352,0	697,0	489,5	371,8	639,8	437,7	340,9	653,1	437,1	361,7	556,6	383,1	311,0	557,1	386,0	325,2	553,5	373,5	306,0
Liguria	635,4	434,7	312,0	684,4	436,7	315,0	671,3	403,8	299,9	681,0	405,6	309,2	547,0	351,4	275,4	607,0	372,4	290,1	616,6	387,4	284,6
Emilia-Romagna	773,9	495,7	387,1	752,2	482,2	384,3	709,1	446,3	355,1	690,1	428,7	337,2	567,1	369,9	298,4	611,7	383,7	305,4	615,2	387,4	303,2
Toscana	738,2	487,9	360,8	718,3	456,3	340,0	695,1	443,7	334,2	701,9	427,4	335,0	570,8	361,6	287,2	589,7	360,8	284,0	591,1	360,3	284,2
Umbria	757,7	425,7	353,2	748,3	416,7	340,9	721,1	406,6	345,0	665,4	377,4	313,9	583,8	341,9	294,5	610,0	344,5	291,5	617,2	350,2	304,9
Marche	809,8	480,5	387,7	777,6	463,8	385,0	735,2	439,3	360,9	702,2	407,8	337,8	555,0	349,0	291,4	589,6	348,5	287,5	608,4	335,8	278,7
Lazio	852,4	466,8	341,6	813,6	444,8	329,0	821,0	437,6	316,4	765,9	398,9	287,3	669,8	354,5	254,9	705,0	332,3	240,8	741,4	336,6	245,6
Abruzzo	824,2	513,2	380,8	845,8	519,6	384,8	816,4	473,2	346,5	758,2	450,4	343,8	629,4	386,4	301,7	673,2	400,1	311,6	677,6	392,4	305,4
Molise	899,2	433,8	256,1	887,3	417,3	266,8	852,5	391,0	209,5	910,7	431,2	234,6	793,7	372,8	232,7	767,8	391,5	209,5	860,2	411,4	233,4
Campania	1.116,8	555,0	414,8	1,066,6	551,8	401,3	985,9	504,0	371,5	1,034,8	542,1	389,5	816,9	445,1	329,7	914,3	455,3	328,7	908,3	459,3	327,9
Puglia	963,2	480,7	345,2	963,9	503,6	363,3	955,6	483,5	349,2	946,0	457,8	340,7	728,5	376,3	296,2	764,0	371,8	294,8	794,6	386,4	301,7
Basilicata	843,2	494,2	393,3	829,9	459,8	372,3	786,2	372,3	290,9	796,8	365,9	289,0	634,2	305,4	228,9	699,3	299,3	236,1	758,4	312,8	229,8
Calabria	1.030,7	688,3	440,0	969,1	659,4	413,1	985,9	668,1	404,4	981,1	627,6	390,0	634,7	426,7	312,1	792,3	467,2	336,0	816,2	443,6	323,7
Sicilia	937,4	608,2	432,6	913,6	593,6	436,4	876,6	553,0	394,1	881,0	544,8	396,8	670,9	441,7	336,1	723,4	447,0	334,1	740,0	462,0	351,4
Sardegna	583,4	389,9	307,4	580,7	408,6	313,9	553,0	402,7	310,5	524,6	378,9	288,5	436,3	332,3	262,5	467,4	355,7	272,3	453,3	338,8	256,8
Italia	**850,3**	**492,7**	**364,6**	**829,3**	**479,2**	**356,8**	**806,1**	**458,2**	**340,2**	**798,3**	**446,8**	**334,3**	**638,8**	**375,2**	**288,8**	**694,3**	**381,7**	**290,9**	**709,3**	**380,5**	**291,2**

Nota: i tassi sono stati standardizzati utilizzando i pesi della popolazione italiana del 2011.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 191

Tabella 2 - *Tasso (standardizzato per 100.000) di dimissioni ospedaliere, da istituti pubblici e privati accreditati, per codici di diagnosi di malattie ischemiche del cuore (410-414) separatamente ed insieme ad altre forme acute e subacute di ischemia cardiaca (410-411) e Infarto Miocardico Acuto (410) in regime di Ricovero Ordinario e diagnosi principale per regione. Femmine - Anni 2016-2022*

Regioni	2016			2017			2018			2019			2020			2021			2022		
	410-414	410-411	410	410-414	410-411	410	410-414	410-411	410	410-414	410-411	410	410-414	410-411	410	410-414	410-411	410	410-414	410-411	410
Piemonte	286,9	187,1	139,7	273,1	171,4	127,7	267,4	171,4	125,3	267,2	173,7	129,1	207,3	134,6	99,8	230,5	136,0	102,4	253,5	142,1	106,6
Valle d'Aosta	228,0	161,2	125,3	209,1	154,5	126,0	226,8	121,2	94,3	285,5	189,7	150,6	206,1	140,9	113,1	257,3	148,3	122,3	296,4	155,5	122,1
Lombardia	285,7	181,4	143,9	275,5	168,9	137,7	265,4	162,8	133,6	263,0	158,6	129,3	197,1	124,4	101,0	213,2	127,8	104,3	214,1	123,0	99,8
Bolzano-Bozen	*232,8*	*160,3*	*121,4*	*199,7*	*142,6*	*116,3*	*204,1*	*147,9*	*118,3*	*210,7*	*142,6*	*114,0*	*167,0*	*123,0*	*104,0*	*171,0*	*122,0*	*102,1*	*160,7*	*121,2*	*101,3*
Trento	*319,6*	*182,1*	*139,6*	*307,2*	*185,9*	*144,4*	*253,4*	*149,3*	*128,3*	*287,0*	*170,8*	*137,8*	*190,2*	*118,6*	*94,0*	*220,1*	*123,9*	*97,7*	*202,4*	*124,3*	*108,5*
Veneto	217,3	146,0	110,5	219,6	143,2	107,8	212,5	137,4	103,2	200,5	127,8	95,8	168,4	108,1	83,0	171,7	107,0	82,7	168,7	100,0	78,1
Friuli Venezia Giulia	267,6	212,1	169,8	256,1	193,0	147,8	252,7	194,3	160,5	246,4	184,6	156,3	218,6	167,9	141,4	196,5	148,2	128,7	188,4	143,6	123,3
Liguria	230,2	176,0	132,9	215,6	156,9	119,2	220,2	155,7	117,5	226,4	160,7	126,5	178,2	130,6	103,9	187,0	130,2	103,8	199,4	140,6	107,0
Emilia-Romagna	261,5	189,9	152,1	256,1	186,4	154,3	251,3	178,1	146,6	231,9	164,3	132,5	189,4	136,8	112,8	202,7	143,3	117,2	200,1	142,7	114,3
Toscana	266,8	195,1	147,8	255,2	177,6	136,9	230,1	164,2	131,2	246,8	170,4	140,3	188,0	133,1	108,9	192,1	131,7	109,3	185,3	125,3	105,1
Umbria	259,5	161,3	133,1	249,4	156,3	129,7	223,5	142,6	117,7	219,6	143,5	121,5	175,1	110,9	93,9	156,7	93,6	77,1	187,3	118,9	97,2
Marche	271,2	184,5	153,9	273,0	188,5	160,5	249,7	173,8	146,3	252,4	172,7	150,1	183,5	129,4	112,3	196,9	130,7	113,0	192,5	123,1	104,9
Lazio	282,7	175,8	135,8	270,0	171,2	130,5	266,6	158,1	115,5	241,2	140,9	101,6	206,3	121,4	85,7	205,7	110,3	81,4	210,5	106,7	81,2
Abruzzo	277,2	183,1	144,6	270,2	181,7	143,2	257,2	167,8	129,4	248,3	164,0	133,0	204,4	136,1	108,5	218,9	151,7	127,5	210,8	135,5	110,8
Molise	311,0	177,0	105,0	275,8	152,2	86,7	274,4	144,8	82,3	316,9	162,6	101,5	279,3	126,5	80,0	263,0	137,8	68,8	277,3	134,3	73,1
Campania	389,4	204,2	157,4	369,9	200,1	155,2	358,5	189,9	147,0	352,2	193,1	147,5	271,7	157,0	121,1	288,0	148,8	116,6	293,9	152,5	113,7
Puglia	335,8	188,7	145,5	330,6	192,4	149,8	329,9	185,1	145,7	325,3	172,2	138,4	240,1	128,9	105,0	239,2	119,8	99,6	247,1	131,7	104,4
Basilicata	321,2	214,3	168,8	305,7	195,9	165,5	278,6	148,9	115,1	286,6	145,8	118,5	235,0	132,9	107,1	234,5	114,3	93,1	233,5	114,0	76,3
Calabria	335,9	241,3	168,7	314,6	225,8	156,7	323,1	228,6	149,0	310,1	210,2	138,2	194,8	133,5	99,0	224,5	147,7	109,9	233,9	144,8	109,1
Sicilia	314,7	216,7	160,9	299,5	208,6	153,2	287,6	199,1	146,0	275,6	187,0	139,1	208,7	147,4	113,3	220,2	145,7	111,1	220,9	144,9	109,1
Sardegna	230,5	171,4	135,3	221,8	168,1	131,9	214,2	163,7	125,3	203,3	153,8	116,6	164,0	130,7	104,8	159,4	126,5	102,1	152,1	117,4	87,8
Italia	**288,6**	**187,5**	**144,5**	**277,8**	**179,3**	**139,3**	**268,9**	**171,1**	**132,4**	**263,0**	**165,4**	**128,7**	**204,5**	**132,1**	**103,8**	**214,0**	**130,6**	**103,7**	**216,8**	**129,5**	**101,5**

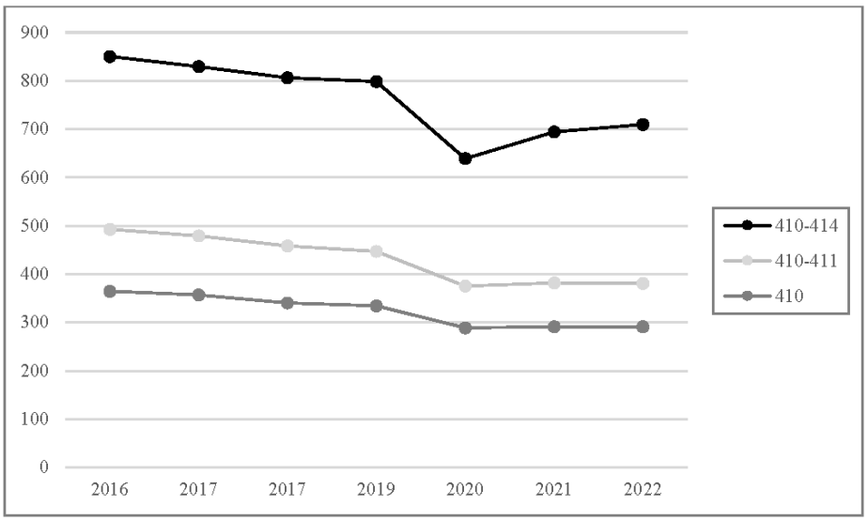
Nota: i tassi sono stati standardizzati utilizzando i pesi della popolazione italiana del 2011.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 192

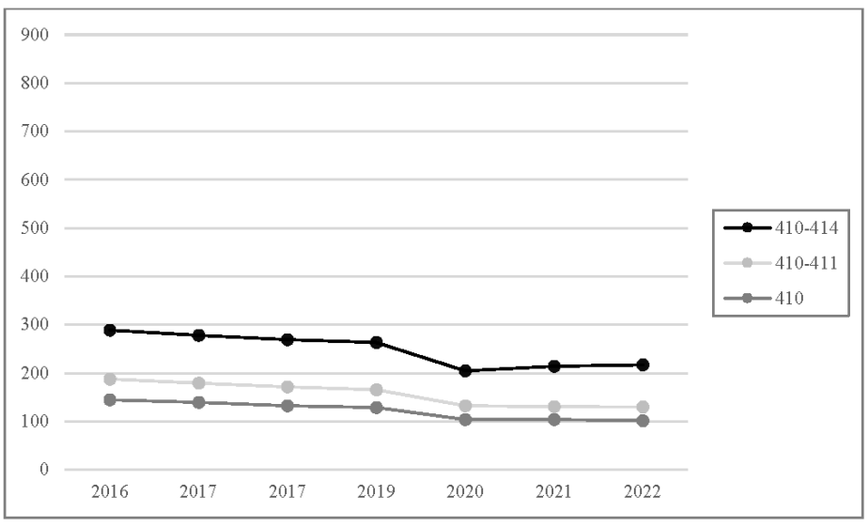
Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 193

Grafico 1 - *Tasso (standardizzato per 100.000) di dimissioni ospedaliere, da istituti pubblici e privati accreditati, per codici di diagnosi di malattie ischemiche del cuore (410-414) separatamente ed insieme ad altre forme acute e subacute di ischemia cardiaca (410-411) e Infarto Miocardico Acuto (410) in regime di Ricovero Ordinario e diagnosi principale Maschi - Anni 2016-2022*



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2023.

Grafico 2 - *Tasso (standardizzato per 100.000) di dimissioni ospedaliere, da istituti pubblici e privati accreditati, per codici di diagnosi di malattie ischemiche del cuore (410-414) separatamente ed insieme ad altre forme acute e subacute di ischemia cardiaca (410-411) e Infarto Miocardico Acuto (410) in regime di Ricovero Ordinario e diagnosi principale Femmine - Anni 2016-2022*



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2023.

Tabella 3 - *Tasso (standardizzato per 100.000) di dimissioni ospedaliere, da istituti pubblici e privati accreditati, per codici di diagnosi di malattie cerebrovascolari complessive (430-438), ictus emorragico (430-432) e ictus ischemico più altre malattie cerebrovascolari incluso il Transient Ischemic Attack (434-437) in regime di Ricovero Ordinario e diagnosi principale per regione. Maschi - Anni 2016-2022*

Regioni	2016			2017			2018			2019			2020			2021			2022		
	430-438	430-432	434-437	430-438	430-432	434-437	430-438	430-432	434-437	430-438	430-432	434-437	430-438	430-432	434-437	430-438	430-432	434-437	430-438	430-432	434-437
Piemonte	528,2	112,0	295,2	512,6	117,0	266,9	522,2	104,0	259,1	509,1	102,4	253,7	434,8	89,9	214,9	429,8	84,3	211,5	450,7	94,2	218,0
Valle d'Aosta	688,6	68,8	488,3	726,1	86,4	482,9	706,0	87,2	471,6	666,5	74,4	471,0	553,4	64,8	386,9	640,8	132,3	361,7	592,4	71,8	393,4
Lombardia	586,2	88,9	280,2	562,2	85,7	261,1	538,9	78,1	249,0	512,9	76,1	234,2	427,0	68,9	195,4	429,9	68,7	200,6	433,0	68,3	199,7
Bolzano-Bozen	*795,7*	*117,4*	*399,3*	*726,7*	*107,1*	*354,2*	*737,3*	*91,3*	*374,4*	*648,4*	*98,1*	*297,1*	*582,9*	*90,0*	*265,0*	*604,4*	*101,3*	*289,9*	*627,2*	*91,4*	*293,4*
Trento	*643,8*	*81,5*	*317,5*	*588,7*	*97,9*	*266,3*	*609,6*	*88,2*	*290,9*	*578,1*	*88,8*	*264,7*	*474,9*	*58,8*	*242,6*	*494,9*	*59,9*	*264,4*	*544,9*	*69,8*	*274,2*
Veneto	585,4	94,7	297,2	549,7	86,6	278,1	544,0	90,3	267,8	525,2	84,6	264,6	460,7	81,9	225,3	438,7	76,0	221,9	446,3	76,4	220,7
Friuli Venezia Giulia	482,1	94,6	293,6	462,0	97,9	271,1	473,4	99,7	270,2	473,3	111,7	266,2	401,6	81,9	231,2	384,7	86,7	212,1	400,5	99,5	215,9
Liguria	591,5	95,2	362,8	599,9	96,6	344,7	583,8	87,0	336,1	584,4	101,2	318,9	459,9	87,5	251,8	453,1	88,5	237,7	490,8	95,3	258,6
Emilia-Romagna	560,6	92,4	325,7	618,7	110,5	318,9	600,7	100,7	306,6	594,3	103,3	291,0	524,2	96,2	261,3	519,2	101,6	261,5	507,0	97,2	256,6
Toscana	613,7	112,6	332,2	598,1	112,0	323,5	585,6	113,9	320,6	577,6	111,9	305,2	507,2	109,3	274,4	496,7	105,2	264,2	475,4	103,0	241,3
Umbria	626,0	91,8	369,3	631,4	99,7	358,9	647,8	101,8	347,2	586,7	85,2	339,2	504,8	88,9	289,7	517,4	90,9	291,3	538,8	92,2	296,4
Marche	580,3	113,6	346,9	554,1	114,3	320,3	534,4	111,5	301,4	527,3	106,6	296,7	418,5	101,5	224,3	436,2	101,6	242,8	447,2	102,5	239,5
Lazio	639,1	91,9	345,0	604,1	89,8	330,5	573,3	89,9	305,3	526,7	85,9	272,4	463,8	81,7	237,9	460,2	79,4	240,0	474,8	90,2	236,9
Abruzzo	786,7	118,8	459,6	735,8	103,7	426,1	706,0	108,0	393,1	680,9	107,1	377,2	553,2	102,0	311,0	570,4	95,7	329,4	508,7	91,5	277,9
Molise	712,7	100,5	431,0	665,3	108,3	383,5	591,6	109,1	332,6	621,8	108,5	358,9	534,6	75,0	296,1	524,5	99,0	274,6	521,7	118,7	261,1
Campania	738,9	88,0	487,2	694,4	83,8	457,5	648,9	84,5	412,3	648,1	85,8	408,8	468,6	72,2	281,1	473,9	70,0	281,9	494,5	75,8	305,8
Puglia	541,6	70,6	347,8	538,2	72,8	335,4	511,7	67,0	323,2	500,3	70,8	310,6	384,0	59,8	233,7	390,3	61,7	240,0	398,0	65,1	235,8
Basilicata	613,6	95,2	370,7	624,6	105,7	365,7	566,1	91,0	330,1	578,5	99,3	336,4	406,1	77,6	233,4	429,8	76,3	249,8	482,0	84,4	276,4
Calabria	565,2	80,1	362,4	588,2	79,0	359,4	550,4	88,0	324,5	535,9	100,3	312,2	425,2	69,5	261,1	422,8	76,3	242,5	440,3	80,7	247,0
Sicilia	692,7	78,0	471,0	681,0	86,3	447,4	624,3	80,7	399,0	608,2	79,1	383,2	443,2	64,2	267,6	474,2	68,4	280,8	473,3	70,2	279,0
Sardegna	538,3	90,0	321,8	516,3	83,5	307,1	490,9	79,3	291,8	474,7	78,6	280,2	411,4	70,0	238,0	397,7	64,9	234,5	384,8	65,9	224,9
Italia	**608,0**	**93,1**	**348,9**	**592,6**	**93,9**	**330,0**	**570,5**	**90,2**	**311,4**	**552,7**	**89,9**	**297,9**	**455,3**	**80,2**	**242,0**	**455,8**	**79,8**	**243,1**	**461,6**	**82,6**	**242,4**

Nota: i tassi sono stati standardizzati utilizzando i pesi della popolazione italiana del 2011.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 194

Tabella 4 - *Tasso (standardizzato per 100.000) di dimissioni ospedaliere, da istituti pubblici e privati accreditati, per codici di diagnosi di malattie cerebrovascolari complessive (430-438), ictus emorragico (430-432) e ictus ischemico più altre malattie cerebrovascolari incluso il Transient Ischemic Attack (434-437) in regime di Ricovero Ordinario e diagnosi principale per regione. Femmine - Anni 2016-2022*

Regioni	2016			2017			2018			2019			2020			2021			2022		
	430-438	430-432	434-437	430-438	430-432	434-437	430-438	430-432	434-437	430-438	430-432	434-437	430-438	430-432	434-437	430-438	430-432	434-437	430-438	430-432	434-437
Piemonte	369,8	72,7	242,1	361,7	72,7	223,1	356,6	65,1	208,7	342,1	60,6	203,5	287,1	53,8	169,6	298,4	57,7	168,4	308,8	56,5	173,6
Valle d'Aosta	716,4	72,3	512,0	637,3	51,5	451,6	639,8	74,8	436,7	668,1	65,4	478,6	461,9	49,4	332,2	449,4	65,2	291,3	517,4	42,2	389,3
Lombardia	408,5	56,3	225,6	397,7	56,9	212,2	381,7	52,5	202,8	362,9	50,1	193,0	293,7	44,7	152,1	295,7	44,2	156,8	304,5	44,8	163,2
Bolzano-Bozen	*558,0*	*75,0*	*286,8*	*558,0*	*68,1*	*290,4*	*543,0*	*82,1*	*266,7*	*506,3*	*56,1*	*272,0*	*405,1*	*66,0*	*218,7*	*448,4*	*70,6*	*244,0*	*429,8*	*72,9*	*224,9*
Trento	*480,5*	*55,1*	*282,8*	*442,2*	*60,4*	*259,6*	*456,1*	*61,8*	*262,7*	*421,6*	*53,0*	*240,6*	*351,5*	*40,0*	*211,8*	*357,1*	*37,9*	*215,0*	*371,2*	*50,0*	*226,7*
Veneto	430,0	60,1	256,8	412,4	60,9	241,8	387,3	59,6	226,2	372,0	60,7	221,5	330,9	53,3	191,9	313,5	52,8	184,4	306,8	51,2	179,1
Friuli Venezia Giulia	393,2	68,9	271,2	374,8	71,0	251,9	370,6	76,7	240,2	354,4	66,0	231,7	300,6	64,1	193,6	293,2	69,6	179,0	290,2	67,4	179,1
Liguria	465,4	69,8	316,3	459,2	63,7	298,2	460,1	62,6	297,9	425,1	60,4	268,9	329,6	58,6	201,4	346,7	57,5	210,8	338,2	53,7	212,0
Emilia-Romagna	442,0	68,7	286,1	486,4	74,7	287,8	471,5	71,1	274,9	465,9	71,5	259,5	394,4	65,0	223,0	394,2	69,5	219,6	379,3	64,5	215,8
Toscana	463,9	75,7	286,2	461,4	82,1	286,5	447,0	78,6	283,5	426,4	78,7	262,2	386,4	79,8	235,4	375,2	80,1	225,5	356,7	75,1	210,4
Umbria	477,3	61,8	315,7	439,4	65,8	280,4	414,9	60,5	256,2	410,9	61,7	250,5	361,3	55,3	223,1	376,1	59,7	236,1	386,7	63,6	237,7
Marche	421,5	76,8	271,7	414,2	81,7	261,3	387,8	63,8	251,1	383,2	78,8	241,4	300,8	63,5	187,5	297,4	68,0	179,6	309,3	65,0	188,2
Lazio	465,2	56,3	290,9	452,7	58,4	281,7	425,1	58,4	259,7	366,1	51,3	221,9	333,0	53,4	196,4	321,7	52,4	191,2	332,9	53,0	197,2
Abruzzo	571,2	73,6	393,7	584,2	67,5	386,0	532,3	69,2	350,8	494,1	64,7	319,8	416,9	57,5	271,8	415,3	58,6	271,3	394,8	55,7	258,7
Molise	470,5	57,6	335,6	442,0	66,8	307,2	447,4	66,6	287,9	452,3	63,7	294,3	349,5	43,7	237,0	327,7	43,3	224,5	348,8	48,1	219,2
Campania	535,5	52,0	398,8	513,6	51,2	377,1	473,6	47,5	343,0	462,7	48,2	326,3	332,7	42,7	228,5	338,8	41,9	229,2	358,0	40,8	251,0
Puglia	411,1	40,9	301,2	401,1	42,4	285,1	399,5	41,4	289,7	376,8	43,7	267,4	274,0	38,7	188,6	278,9	35,4	195,7	269,7	35,2	187,3
Basilicata	473,4	73,5	322,0	440,9	57,9	309,7	434,3	52,2	316,0	415,5	51,9	288,1	318,3	37,1	232,9	309,4	50,2	206,4	318,1	49,9	219,9
Calabria	422,0	45,9	308,2	432,4	52,5	292,3	408,8	54,2	273,9	404,7	55,4	272,5	308,0	43,3	207,9	298,5	44,0	195,2	318,3	46,6	212,7
Sicilia	539,9	54,6	405,8	523,9	49,6	387,2	495,9	50,0	357,0	467,6	48,6	333,4	326,2	37,1	220,4	334,8	39,5	225,3	333,6	38,1	224,0
Sardegna	405,0	53,4	273,9	391,4	51,9	256,8	386,1	47,7	257,2	350,8	48,1	220,3	303,5	47,5	184,7	303,4	46,9	186,0	289,7	50,7	175,5
Italia	**449,4**	**60,6**	**294,0**	**441,9**	**61,4**	**280,5**	**423,4**	**58,7**	**266,1**	**401,4**	**57,2**	**249,1**	**326,8**	**51,8**	**198,3**	**326,6**	**52,5**	**197,3**	**328,0**	**51,6**	**199,2**

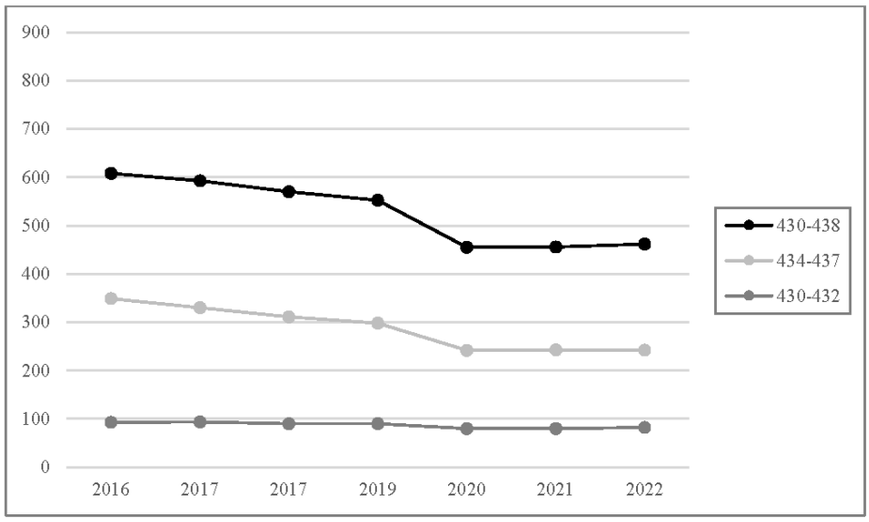
Nota: i tassi sono stati standardizzati utilizzando i pesi della popolazione italiana del 2011.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 195

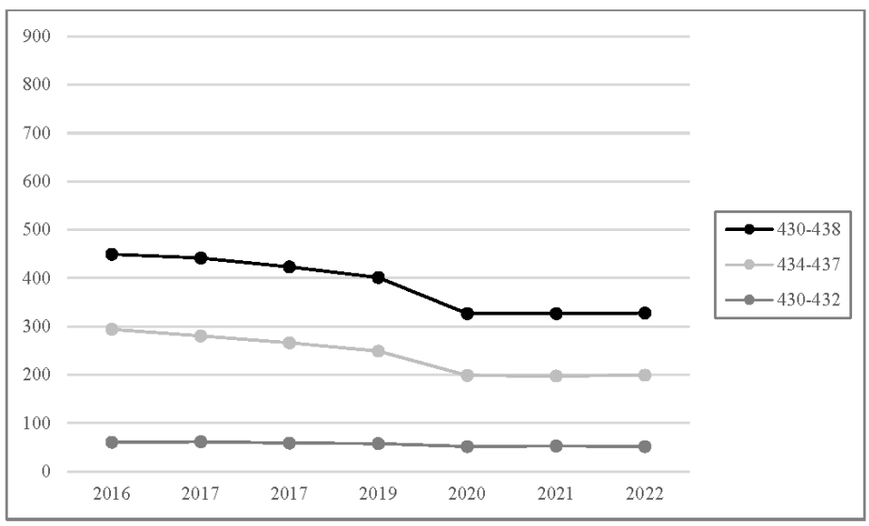
Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 196

Grafico 3 - *Tasso (standardizzato per 100.000) di dimissioni ospedaliere, da istituti pubblici e privati accreditati, per codici di diagnosi di malattie cerebrovascolari complessive (430-438), ictus emorragico (430-432) e ictus ischemico più altre malattie cerebrovascolari incluso il Transient Ischemic Attack (434-437) in regime di Ricovero Ordinario e diagnosi principale. Maschi - Anni 2016-2022*



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2023.

Grafico 4 - *Tasso (standardizzato per 100.000) di dimissioni ospedaliere, da istituti pubblici e privati accreditati, per codici di diagnosi di malattie cerebrovascolari complessive (430-438), ictus emorragico (430-432) e ictus ischemico più altre malattie cerebrovascolari incluso il Transient Ischemic Attack (434-437) in regime di Ricovero Ordinario e diagnosi principale. Femmine - Anni 2016-2022*



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 197

Tabella 5 - *Tasso (standardizzato per 100.000) di dimissioni ospedaliere, da istituti pubblici e privati accreditati, per codici di diagnosi di insufficienza cardiaca (428) e fibrillazione atriale (427.3) in regime di Ricovero Ordinario e diagnosi principale per regione. Maschi - Anni 2016-2022*

Regioni	2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022	
	428	427.3	428	427.3	428	427.3	428	427.3	428	427.3	428	427.3	428	427.3
Piemonte	364,6	103,9	347,9	99,8	350,2	103,6	337,3	108,6	258,9	80,5	268,0	105,2	276,7	120,0
Valle d'Aosta	527,2	96,1	468,8	113,0	460,0	112,4	483,8	99,9	388,1	105,5	482,5	159,8	399,1	205,1
Lombardia	530,8	169,9	500,7	171,5	458,2	167,3	462,8	161,2	346,4	112,9	366,7	135,1	373,8	144,0
Bolzano-Bozen	*518,4*	*221,0*	*508,4*	*209,0*	*497,7*	*192,0*	*494,1*	*187,9*	*403,4*	*178,9*	*415,7*	*198,3*	*440,1*	*194,6*
Trento	*554,3*	*174,4*	*474,8*	*176,6*	*438,8*	*187,6*	*475,2*	*177,7*	*360,4*	*135,5*	*408,6*	*159,4*	*413,1*	*160,3*
Veneto	522,5	125,0	509,1	125,4	473,6	126,9	466,4	122,1	367,9	101,8	377,2	112,9	371,4	116,9
Friuli Venezia Giulia	490,6	133,2	505,6	122,1	460,9	126,6	459,7	134,7	388,7	96,0	363,5	104,4	361,1	84,3
Liguria	379,9	99,8	376,3	98,4	381,6	106,8	360,3	109,4	256,3	76,0	278,7	91,4	270,9	79,2
Emilia-Romagna	480,4	133,6	491,3	122,4	468,9	121,9	479,3	120,5	367,3	91,9	379,8	108,4	399,4	108,7
Toscana	354,0	118,2	372,2	110,5	360,3	113,5	381,5	111,8	316,1	93,1	336,7	102,5	310,5	100,6
Umbria	499,2	175,7	508,7	159,0	488,5	144,7	473,3	129,3	354,3	95,6	374,6	101,9	382,5	94,0
Marche	506,0	147,7	507,5	140,5	491,4	130,5	499,1	125,5	357,1	93,4	331,9	104,8	361,8	114,3
Lazio	506,6	158,9	487,6	144,2	462,6	142,2	439,8	119,0	353,4	96,2	352,7	94,6	373,4	107,8
Abruzzo	632,2	95,0	590,8	82,7	565,0	81,8	520,7	83,4	401,7	63,5	384,0	88,8	371,5	80,0
Molise	627,7	157,4	633,0	137,6	593,0	139,4	534,8	159,8	381,9	115,9	483,6	114,7	464,2	112,5
Campania	549,4	245,2	480,3	219,3	451,7	181,0	447,3	144,0	327,9	108,0	341,5	111,0	323,2	113,3
Puglia	469,0	160,6	449,4	141,6	466,0	123,4	450,2	114,4	337,3	82,4	318,6	83,0	342,5	82,8
Basilicata	414,9	114,7	438,1	122,8	449,8	107,5	426,4	101,8	313,7	87,0	336,4	88,1	355,0	89,4
Calabria	414,6	163,5	422,9	137,3	368,0	135,8	392,0	125,6	261,3	74,9	284,8	93,0	283,9	92,2
Sicilia	485,4	106,9	464,5	95,0	454,3	84,7	450,1	85,6	352,7	59,3	370,4	63,0	373,8	60,7
Sardegna	382,9	150,6	369,6	130,6	362,1	124,3	347,0	117,4	265,4	88,0	292,6	91,3	244,7	91,3
Italia	**479,7**	**148,3**	**463,7**	**138,6**	**442,7**	**132,7**	**439,0**	**125,2**	**336,1**	**93,6**	**347,0**	**105,1**	**349,3**	**108,5**

Nota: i tassi sono stati standardizzati utilizzando i pesi della popolazione italiana del 2011.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2023.

Tabella 6 - *Tasso (standardizzato per 100.000) di dimissioni ospedaliere, da istituti pubblici e privati accreditati, per codici di diagnosi di insufficienza cardiaca (428) e fibrillazione atriale (427.3) in regime di Ricovero Ordinario e diagnosi principale per regione. Femmine - Anni 2016-2022*

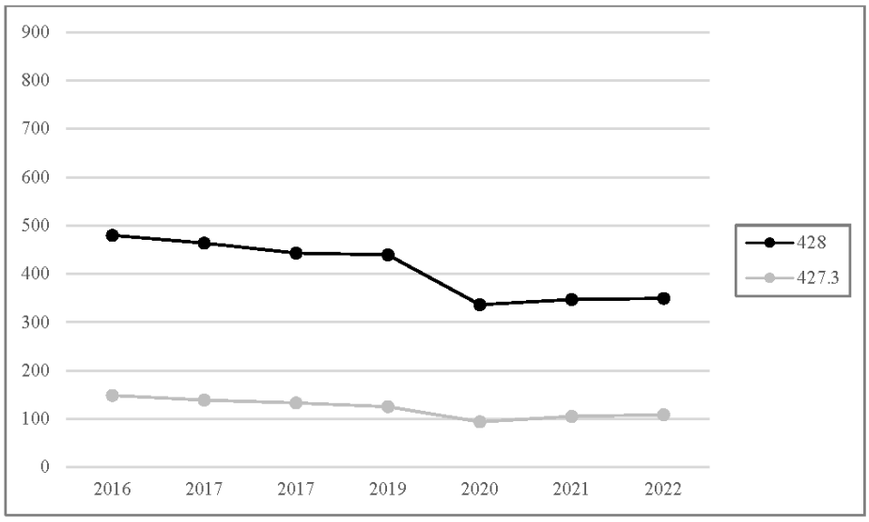
Regioni	2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022	
	428	427.3	428	427.3	428	427.3	428	427.3	428	427.3	428	427.3	428	427.3
Piemonte	241,8	50,3	211,9	49,5	208,4	47,6	207,4	50,7	148,3	36,0	157,0	46,3	163,6	48,6
Valle d'Aosta	322,6	62,4	276,8	48,8	253,6	56,2	241,7	57,0	221,4	35,0	234,7	48,4	210,0	74,7
Lombardia	340,0	82,0	322,0	81,1	297,1	80,4	296,6	78,4	223,7	54,7	238,1	60,8	240,8	64,8
Bolzano-Bozen	*402,1*	*159,1*	*358,1*	*142,3*	*369,9*	*139,2*	*338,2*	*124,3*	*275,1*	*106,1*	*298,9*	*116,2*	*288,9*	*115,8*
Trento	*377,2*	*114,3*	*347,3*	*99,9*	*297,4*	*92,9*	*298,9*	*102,8*	*247,7*	*91,3*	*247,3*	*85,9*	*294,0*	*83,9*
Veneto	365,3	69,2	344,8	69,9	321,0	69,7	314,7	69,9	251,9	56,5	247,6	58,3	249,1	61,1
Friuli Venezia Giulia	327,3	92,1	335,8	84,6	310,1	81,8	287,8	79,7	253,5	64,0	247,0	53,8	208,4	46,6
Liguria	263,7	51,6	260,2	50,9	244,6	51,7	243,4	52,5	173,3	37,7	172,1	44,1	178,1	40,3
Emilia-Romagna	352,7	81,7	372,8	78,7	353,3	75,2	352,8	71,5	286,4	58,9	297,6	62,0	296,0	58,9
Toscana	247,8	64,4	244,5	59,4	246,6	58,6	267,4	59,3	214,2	46,4	228,5	48,9	216,0	46,8
Umbria	344,7	101,3	346,8	97,5	344,4	89,3	336,4	80,5	232,3	53,8	245,4	57,6	256,0	46,6
Marche	372,9	66,2	364,2	62,5	356,4	58,3	347,0	55,8	245,7	42,6	224,5	44,7	249,9	51,3
Lazio	344,2	89,9	345,1	85,7	314,3	82,1	293,1	69,6	229,7	53,3	233,4	53,5	243,1	53,0
Abruzzo	435,2	54,7	415,9	47,5	415,7	46,8	370,9	40,4	270,5	31,6	243,2	33,0	243,6	28,2
Molise	539,1	103,1	548,3	93,5	506,9	109,6	403,7	77,8	325,2	62,5	320,4	52,6	306,9	66,4
Campania	395,4	164,2	344,6	149,3	311,4	115,9	305,6	86,6	200,4	63,1	202,0	63,8	197,3	62,5
Puglia	351,0	114,7	334,1	89,3	325,4	76,0	321,7	63,5	224,3	46,2	196,6	44,7	205,3	42,2
Basilicata	305,3	73,9	315,6	87,9	329,0	76,2	336,4	64,4	270,8	53,0	237,6	61,1	252,0	44,4
Calabria	278,3	112,2	278,6	93,1	252,7	97,6	239,4	89,2	172,4	49,0	166,4	54,9	169,3	55,1
Sicilia	342,2	69,5	336,0	62,3	315,4	51,5	314,4	46,8	238,0	34,7	242,4	31,7	247,0	30,1
Sardegna	258,9	101,7	238,7	82,9	242,3	85,2	235,7	69,9	178,0	49,3	174,8	50,7	154,3	44,0
Italia	**332,5**	**86,8**	**319,8**	**80,5**	**302,2**	**75,0**	**297,1**	**68,6**	**224,5**	**50,9**	**226,6**	**53,4**	**228,1**	**53,1**

Nota: i tassi sono stati standardizzati utilizzando i pesi della popolazione italiana del 2011.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2023.

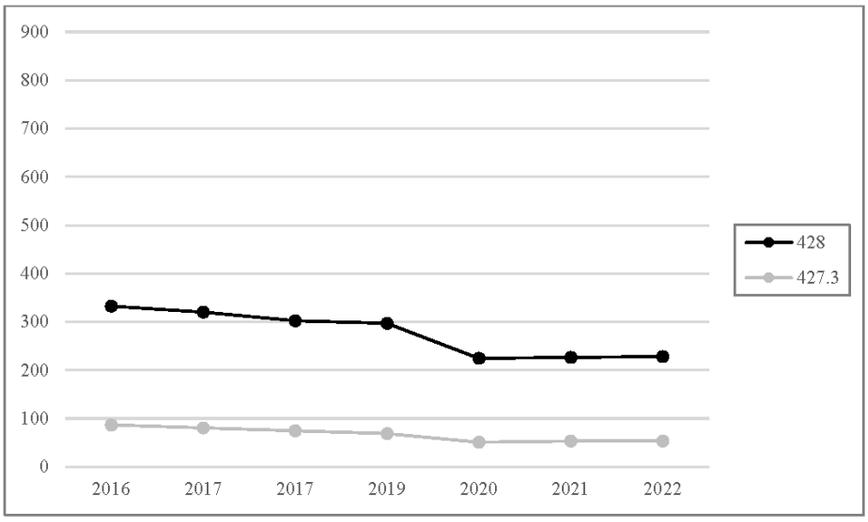
Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 198

Grafico 5 - *Tasso (standardizzato per 100.000) di dimissioni ospedaliere, da istituti pubblici e privati accreditati, per codici di diagnosi di insufficienza cardiaca (428) e fibrillazione atriale (427.3) in regime di Ricovero Ordinario e diagnosi principale. Maschi - Anni 2016-2022*



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2023.

Grafico 6 - *Tasso (standardizzato per 100.000) di dimissioni ospedaliere, da istituti pubblici e privati accreditati, per codici di diagnosi di insufficienza cardiaca (428) e fibrillazione atriale (427.3) in regime di Ricovero Ordinario e diagnosi principale. Femmina - Anni 2016-2022*



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2023.

Raccomandazioni di Osservasalute

È difficile interpretare o spiegare le differenze geografiche riscontrate nei dati di dimissione ospedaliera della popolazione residente per le malattie cardio e cerebrovascolari, perché molteplici sono le componenti che incidono sull'occorrenza della malattia e sulla relativa ospedalizzazione. Sulla prima, oltre agli aspetti strettamente legati ai principali fattori di rischio cardiovascolari nella popolazione (ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, diabete, abitudine al fumo e obesità) su cui agiscono stili di vita (alimentazione, attività fisica, abitudine al fumo di tabacco e alcol) e trattamenti specifici, bisogna tener conto delle differenti condizioni economiche, sociali e culturali delle specifiche realtà; sulla seconda, può incidere in modo significativo anche l'offerta di servizi sul territorio. Un ulteriore fattore che può determinare una così ampia eterogeneità degli indicatori è legato ai

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 199

problemi di sotto-codifica probabilmente più diffuso in alcune regioni.
Per questi dati l'indicatore è riferito alla patologia e non alla persona per la quale, soprattutto per la FA e l'IC, possono essere avvenuti ricoveri multipli; tale aspetto può essere affrontato con azioni di prevenzione secondaria sui pazienti che siano più efficaci, sia in termini di terapia che di stili di vita.
Risulta evidente l'effetto sui tassi di ospedalizzazione per le malattie cardiovascolari dovuto alla pandemia di SARS-CoV-2, con una diminuzione dei ricoveri tra il 2019 ed il 2020 particolarmente accentuata ed un aumento evidente tra il 2020 ed il 2021, continuato, poi, anche tra il 2021 ed il 2022.
Si ribadisce l'utilità di considerare questi indicatori di base per descrivere lo stato sanitario del Paese, in riferimento alla struttura della popolazione che usufruisce dei servizi socio-sanitari regionali delle singole ASL. La dimensione e la tipologia dei servizi dipendono, in modo significativo, dalla composizione per genere ed età della popolazione, dalla morbosità, ma anche dalla mortalità per causa. Le valutazioni, a posteriori, dell'entità e della ripartizione della spesa socio-sanitaria corrente andrebbero fatte anche alla luce dei differenziali dei tassi di ospedalizzazione, compresi quelli dovuti alla complicanza di forme acute e subacute di malattie ischemiche del cuore e malattie cerebrovascolari, che rappresentano uno degli indicatori di base per comprendere la diffusione della malattia nella popolazione, ma anche alla capacità di intervento del sistema sanitario, sia in termini di prevenzione che di cura. Tutti i dati statistici confermano che le ospedalizzazioni e la mortalità, ma soprattutto le invalidità e disabilità legate alle malattie croniche, aumentano con l'età (vedere Capitolo "Malattie cardio e cerebrovascolari" nelle precedenti Edizioni del Rapporto Osservasalute) e che lo stesso mantenimento in buona o accettabile salute comporta più frequenti ed estesi interventi sia di prevenzione che curativi e farmacologici. Oggi esistono studi importanti che dimostrano che mantenere bassi i livelli dei fattori di rischio nel corso della vita significa ridurre il numero di eventi o posticiparli ad una età più avanzata e, soprattutto, migliora la qualità della vita, vantaggio non indifferente in una popolazione che tende ad invecchiare (1, 2). La struttura di una popolazione varia lentamente ma, per molti aspetti, inesorabilmente, mentre è possibile incidere, anche se con diverse priorità a livello regionale, sulla morbosità e sulla mortalità attraverso una adeguata programmazione delle spese e degli investimenti in termini di prevenzione primaria e di cura.

Riferimenti bibliografici

(1) Jarett D. Berry, et al. Lifetime Risks of Cardiovascular Disease. N Engl J Med 2012; 366: 321-9.
(2) Daviglus ML, et al. Favorable cardiovascular risk profile in middle age and health-related quality of life in older age. Arch Intern Med. 2003; 163: 2.460-2.468.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 200

Mortalità per malattie ischemiche del cuore e per malattie cerebrovascolari

Significato. Rappresenta il numero di decessi che si osserva in un certo periodo di tempo (in questo caso gli anni 2020 e 2021) per il gruppo di cause che rappresentano le malattie ischemiche del cuore e le malattie cerebrovascolari, per 10.000 persone residenti nelle singole regioni, di età ≥45 anni e per le singole fasce di età 45-54, 55-64, 65-74, 75 anni ed oltre, relativi allo stesso periodo. I tassi riportati sono riferiti, esclusivamente, alla causa di morte principale e non tengono in considerazione le cause secondarie. Questo indicatore è di fondamentale importanza poiché, in Italia, la mortalità per le malattie ischemiche del cuore (ICD-9-CM 410-414, ICD-10 I20-I25) rappresenta ancora la maggiore causa di morte (circa il 10% della mortalità generale ed il 28% del complesso delle malattie del sistema circolatorio), così come rappresenta una delle maggiori cause di morte in quasi tutti i Paesi industrializzati; la mortalità per le malattie cerebrovascolari (ICD-9-CM 430-438, ICD-10 I60-I69) rappresenta circa il 9% della mortalità generale ed il 25% del complesso delle malattie del sistema circolatorio. Anche nei Paesi in via di sviluppo, in cui le malattie infettive rappresentano le patologie con maggiore mortalità, le malattie ischemiche del cuore, insieme a quelle cerebrovascolari e ad altre malattie cronico-degenerative, sono sempre più presenti (1).
Nelle tabelle sono riportati i tassi specifici per le fasce di età 45-54, 55-64, 65-74, 75 anni ed oltre ed il tasso di mortalità std per l'età >45 anni. La fonte utilizzata è la banca dati *Health for All*-Italia dell'Istat.

Tasso di mortalità per malattie ischemiche del cuore

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Decessi per malattie ischemiche del cuore}}{\text{Popolazione media residente}} \times 10.000$$

Tasso di mortalità per malattie cerebrovascolari

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Decessi per malattie cerebrovascolari}}{\text{Popolazione media residente}} \times 10.000$$

Validità e limiti. Il tasso std di mortalità permette di eliminare l'effetto della dinamica dell'invecchiamento demografico e della diversa struttura per età delle popolazioni regionali, consentendo il confronto nel tempo (tra indicatori simili costruiti in anni diversi) e nello spazio (tra indicatori simili costruiti in aree diverse dello stesso Paese o in Paesi diversi).
La descrizione della mortalità rappresenta, pertanto, un elemento di grande importanza per la conoscenza dello stato di salute di una popolazione e può fornire indicazioni utili sull'allungamento dell'aspettativa di vita. Tuttavia, bisogna tener conto delle caratteristiche delle diverse cause di morte: una mortalità elevata può essere legata, per esempio, alla grande diffusione di una malattia, ma anche all'elevata letalità di una malattia non necessariamente molto diffusa (si pensi al fenomeno dell'*Acquired Immune Deficiency Syndrome* nel culmine dell'epidemia e prima dell'introduzione di terapie efficaci).
L'esame della mortalità per causa nel nostro Paese può fornire, dunque, indicazioni utili per la programmazione, sia in termini di attivazione di strutture di cura, sia per l'attuazione di adeguate misure di prevenzione.
La procedura di standardizzazione comporta, sostanzialmente, gli stessi vantaggi descritti nella Sezione precedente relativa ai tassi di ospedalizzazione; la standardizzazione riguarda la fascia di età 45 anni ed oltre.
I tassi di mortalità per causa, relativi agli anni 2020 e 2021, probabilmente risentono ancora dell'effetto dovuto al passaggio dalla 9ª alla 10ª revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie, notevolmente più complessa della precedente. L'Istat ha integrato i dati di mortalità anche per gli anni 2004 e 2005, fino ad alcuni anni fa ancora non riportati.

Valore di riferimento/Benchmark. L'atteso è che il tasso di mortalità sia il più basso possibile.

Descrizione dei risultati

Malattie ischemiche del cuore

Nel nostro Paese, la mortalità per le malattie ischemiche del cuore continua a interessare quasi il doppio degli uomini rispetto alle donne; in particolare, nel 2020, si sono registrati 10,95 decessi per 10.000 fra gli uomini e 5,76 decessi per 10.000 fra le donne e nel 2021 i tassi di mortalità sono risultati pari a 10,08 decessi per 10.000 negli uomini e 5,25 decessi per 10.000 nelle donne. A causa della pandemia legata al SARS-CoV-2, nel 2020, per la prima volta dal 2003, si è registrato un leggerissimo aumento dei tassi di

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 201

mortalità per malattie ischemiche rispetto al 2019 (10,68 decessi per 10.000 negli uomini e 5,67 decessi per 10.000 nelle donne; vedere Capitolo "Malattie cardio e cerebrovascolari" nelle precedenti Edizioni del Rapporto Osservasalute). Nel 2021, invece, riprende il trend in discesa dei tassi di mortalità totali in entrambi i generi e quasi tutte le regioni. A livello regionale, nel 2020, il tasso più elevato di mortalità per le malattie ischemiche del cuore si riscontra in Campania, sia per gli uomini (14,75 per 10.000) che per le donne (9,15 per 10.000) (Tabella 1, Tabella 2). Per gli uomini, inoltre, si registrano tassi di mortalità elevati anche in Abruzzo (13,47 per 10.000), mentre per le donne in Molise (7,00 per 10.000). I tassi di mortalità più bassi, invece, si osservano in Toscana, sia per gli uomini (8,63 per 10.000) che per le donne (4,13 per 10.000).

Anche nel 2021 i tassi più elevati di mortalità per le malattie ischemiche del cuore si riscontrano in Campania, sia per gli uomini (13,96 per 10.000) che per le donne (8,75 per 10.000) (Tabella 1, Tabella 2). Si registrano tassi di mortalità elevati anche in Molise, sia per gli uomini (13,71 per 10.000) che per le donne (7,19 per 10.000). I tassi di mortalità più bassi, invece, si osservano nella PA di Bolzano per gli uomini (7,78 per 10.000) e in Sardegna per le donne (3,39 per 10.000).

Risulta evidente il trend in aumento dei tassi di mortalità al crescere della classe di età in entrambi gli anni ed in entrambi i generi. Nel 2020, complessivamente, negli uomini il tasso di mortalità passa da 2,15 decessi per 10.000 nella classe di età 45-54 anni a 86,93 decessi per 10.000 negli ultra 75enni, aumentando di circa 40 volte, mentre nelle donne cresce da 0,48 decessi per 10.000 nella classe di età 45-54 anni a 64,24 decessi per 10.000 nelle ultra 75enni, aumentando di circa 134 volte. Nel 2021, complessivamente, negli uomini il tasso di mortalità passa da 2,16 decessi per 10.000 nella classe di età 45-54 anni a 79,79 decessi per 10.000 negli ultra 75enni, aumentando di circa 37 volte, mentre nelle donne cresce da 0,39 decessi per 10.000 nella classe di età 45-54 anni a 58,20 decessi per 10.000 nelle ultra 75enni, aumentando di circa 149 volte. Tali trend si riflettono, anche se con dinamiche diverse, nelle singole regioni.

Malattie cerebrovascolari

La mortalità per le malattie cerebrovascolari colpisce maggiormente gli uomini rispetto alle donne; in particolare, nel 2020, si sono registrati 7,44 decessi per 10.000 fra gli uomini e 6,66 decessi per 10.000 fra le donne. Nel 2021, i tassi di mortalità complessivi, sempre per malattie cerebrovascolari, sono stati 6,85 decessi per 10.000 fra gli uomini e 6,13 decessi per 10.000 fra le donne. Anche per le malattie cerebrovascolari, a causa della pandemia legata al SARS-CoV-2, nel 2020, per la prima volta dal 2003, si è registrato un leggerissimo aumento dei tassi di mortalità rispetto al 2019 (7,29 decessi per 10.000 negli uomini e 6,37 decessi per 10.000 nelle donne; vedere Capitolo "Malattie cardio e cerebrovascolari" nelle precedenti Edizioni del Rapporto Osservasalute). Nel 2021, invece, riprende il trend in discesa dei tassi di mortalità in entrambi i generi ed in quasi tutte le regioni. Per le malattie cerebrovascolari, nel 2020, il primato negativo spetta alla Campania per gli uomini (9,65 per 10.000) e alla Sicilia per le donne (9,22 per 10.000) (Tabella 3, Tabella 4). Inoltre, si registrano tassi di mortalità particolarmente elevati anche in Sicilia per gli uomini (9,61 per 10.000) e in Campania per le donne (9,12 per 10.000). I tassi di mortalità più bassi, invece, si sono registrati nella PA di Trento, sia per gli uomini (5,24 per 10.000) che per le donne (4,31 per 10.000).

Nel 2021, i tassi più elevati di mortalità per le malattie cerebrovascolari si riscontrano nella Valle d'Aosta per gli uomini (10,19 per 10.000) e in Sicilia per le donne (8,95 per 10.000) (Tabella 3, Tabella 4). Si registrano tassi di mortalità elevati anche in Sicilia ed in Campania per gli uomini (9,50 e 9,09 per 10.000, rispettivamente) e in Campania e Valle d'Aosta per le donne (8,80 e 8,21 per 10.000, rispettivamente). I tassi di mortalità più bassi, invece, si osservano nella PA di Bolzano per gli uomini (4,89 per 10.000) e nella PA di Trento per le donne (4,30 per 10.000).

Non sembra essere presente un gradiente geografico.

Risulta evidente il trend in aumento dei tassi di mortalità per malattie cerebrovascolari al crescere della classe di età in entrambi i generi. Nel 2020, complessivamente, negli uomini il tasso di mortalità passa da 0,86 decessi per 10.000 nella classe di età 45-54 anni a 66,23 decessi per 10.000 negli ultra 75enni, aumentando di circa 77 volte, mentre nelle donne cresce da 0,53 decessi per 10.000 nella classe di età 45-54 anni a 75,11 decessi per 10.000 nelle ultra 75enni, aumentando di circa 142 volte.

Nel 2021, complessivamente, negli uomini il tasso di mortalità per malattie cerebrovascolari passa da 0,77 decessi per 10.000 nella classe di età 45-54 anni a 60,53 decessi per 10.000 negli ultra 75enni, aumentando di circa 79 volte, mentre nelle donne cresce da 0,57 decessi per 10.000 nella classe di età 45-54 anni a 68,74 decessi per 10.000 nelle ultra 75enni, aumentando di circa 121 volte. Tale trend si riflette, anche se con dinamiche diverse, nelle singole regioni.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 202

Tabella 1 - *Tasso (standardizzato e specifico per 10.000) di mortalità per malattie ischemiche del cuore per regione. Maschi - Anni 2020-2021*

Regioni	2020					2021				
	45-54	55-64	65-74	75+	Tassi std	45-54	55-64	65-74	75+	Tassi std
Piemonte	2,66	6,87	19,85	81,40	10,84	2,58	5,96	14,41	68,91	8,94
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,98	14,17	16,60	71,30	10,73	4,98	4,25	23,36	77,42	11,06
Lombardia	2,16	6,67	16,78	83,70	10,84	2,13	5,94	14,40	72,67	9,43
Bolzano-Bozen	*1,64*	*7,46*	*16,92*	*68,72*	*9,49*	*1,20*	*4,00*	*11,69*	*63,16*	*7,78*
Trento	*1,88*	*4,16*	*12,16*	*85,31*	*10,17*	*2,40*	*4,08*	*13,70*	*74,15*	*9,32*
Veneto	1,83	5,17	13,04	80,77	9,98	2,21	4,50	13,72	74,84	9,40
Friuli Venezia Giulia	1,01	5,82	19,26	81,72	10,66	1,64	7,13	17,52	79,38	10,67
Liguria	1,90	6,66	16,79	86,41	10,62	1,43	7,18	14,69	82,14	9,97
Emilia-Romagna	1,91	5,02	13,77	80,43	9,50	1,86	5,26	12,82	72,24	8,69
Toscana	1,45	5,14	14,68	69,49	8,63	1,36	4,97	12,53	63,27	7,82
Umbria	1,21	6,49	15,97	86,23	10,19	1,22	5,39	15,62	85,19	10,10
Marche	1,70	5,75	17,54	98,78	11,54	2,23	5,75	14,03	92,01	10,55
Lazio	2,21	6,38	17,81	91,76	11,52	2,53	7,12	17,41	84,87	10,90
Abruzzo	2,38	6,58	20,81	114,42	13,47	2,52	6,46	16,10	102,58	11,86
Molise	3,11	5,88	15,42	112,92	12,46	1,35	10,33	23,37	111,22	13,71
Campania	3,26	8,53	23,47	112,65	14,75	2,50	9,00	20,46	107,90	13,96
Puglia	1,71	5,93	14,85	89,57	10,84	1,38	5,10	14,71	82,73	10,04
Basilicata	2,16	7,46	16,86	102,57	11,61	1,95	8,14	14,55	89,21	10,64
Calabria	2,15	6,83	18,78	90,74	11,24	3,08	6,40	19,78	92,22	11,51
Sicilia	2,21	6,79	16,55	86,81	10,87	2,58	7,28	18,47	87,20	11,19
Sardegna	3,22	9,22	20,14	77,49	11,01	2,50	5,92	14,88	63,47	8,61
Italia	**2,15**	**6,46**	**17,14**	**86,93**	**10,95**	**2,16**	**6,22**	**15,63**	**79,79**	**10,08**

Fonte dei dati: Istat. Health for All-Italia. Anno 2023.

Tabella 2 - *Tasso (standardizzato e specifico per 10.000) di mortalità per malattie ischemiche del cuore per regione. Femmine - Anni 2020-2021*

Regioni	2020					2021				
	45-54	55-64	65-74	75+	Tassi std	45-54	55-64	65-74	75+	Tassi std
Piemonte	0,34	1,40	5,36	52,73	4,86	0,35	1,29	4,85	46,66	4,28
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,00	0,00	5,18	52,32	4,63	0,96	0,00	1,28	41,78	3,62
Lombardia	0,55	1,21	4,89	57,46	5,20	0,33	1,18	4,83	50,14	4,59
Bolzano-Bozen	*0,47*	*1,10*	*4,94*	*44,73*	*4,36*	*0,00*	*0,53*	*3,78*	*45,96*	*4,16*
Trento	*0,47*	*1,27*	*3,23*	*67,06*	*5,44*	*0,24*	*0,75*	*3,52*	*60,44*	*4,94*
Veneto	0,32	0,91	3,61	61,53	5,21	0,23	0,84	3,93	55,24	4,80
Friuli Venezia Giulia	0,81	1,33	3,37	75,66	6,38	0,51	0,65	4,26	62,19	5,37
Liguria	0,56	1,58	5,51	61,23	5,34	0,25	1,06	4,01	51,98	4,47
Emilia-Romagna	0,30	1,26	4,83	54,43	4,71	0,25	1,18	4,26	50,50	4,39
Toscana	0,13	0,98	3,40	47,96	4,13	0,26	0,86	3,62	41,63	3,66
Umbria	0,14	1,23	3,95	72,74	5,76	0,00	0,76	4,10	65,00	5,21
Marche	0,50	1,07	5,02	78,65	6,33	0,50	0,89	4,56	68,86	5,66
Lazio	0,46	1,64	6,31	73,14	6,65	0,35	1,58	5,45	68,93	6,17
Abruzzo	0,39	1,24	5,39	82,88	6,86	0,39	1,43	5,31	80,29	6,67
Molise	0,43	1,33	6,22	87,29	7,00	0,45	0,44	3,57	94,16	7,19
Campania	0,74	2,31	8,86	96,15	9,15	0,73	2,54	9,27	89,59	8,75
Puglia	0,32	1,66	5,51	71,79	6,46	0,39	1,05	5,01	65,78	5,92
Basilicata	0,70	1,66	5,29	68,22	5,78	0,48	0,94	5,74	65,58	5,61
Calabria	0,70	1,36	6,18	74,00	6,55	0,35	1,14	5,87	71,51	6,23
Sicilia	0,74	1,81	7,43	58,51	5,79	0,62	1,67	6,76	56,42	5,53
Sardegna	0,56	1,30	6,23	47,89	4,77	0,61	1,08	2,97	36,18	3,39
Italia	**0,48**	**1,43**	**5,51**	**64,24**	**5,76**	**0,39**	**1,29**	**5,17**	**58,20**	**5,25**

Fonte dei dati: Istat. Health for All-Italia. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 203

Tabella 3 - *Tasso (standardizzato e specifico per 10.000) di mortalità per malattie cerebrovascolari per regione. Maschi - Anni 2020-2021*

Regioni	2020					2021				
	45-54	55-64	65-74	75+	Tassi std	45-54	55-64	65-74	75+	Tassi std
Piemonte	0,96	2,68	8,89	83,54	9,15	0,68	2,56	8,08	66,53	7,39
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,00	0,00	12,45	51,85	6,17	1,00	1,06	16,49	83,87	10,19
Lombardia	0,59	1,92	8,22	58,97	6,78	0,57	1,67	7,43	50,46	5,81
Bolzano-Bozen	*0,70*	*0,28*	*6,35*	*54,80*	*5,99*	*0,24*	*1,86*	*7,10*	*41,53*	*4,89*
Trento	*0,94*	*2,08*	*5,41*	*44,49*	*5,24*	*0,96*	*1,27*	*4,34*	*43,93*	*5,01*
Veneto	0,59	1,56	7,18	54,10	6,15	0,52	1,96	6,71	50,23	5,76
Friuli Venezia Giulia	0,81	1,60	7,17	65,26	7,35	1,03	2,79	9,32	54,35	6,62
Liguria	0,58	2,22	10,46	70,96	7,74	0,59	3,03	7,73	64,01	6,96
Emilia-Romagna	0,68	2,32	6,65	58,34	6,27	0,74	1,85	7,38	54,62	5,92
Toscana	0,74	2,65	7,67	74,82	7,90	0,85	1,90	9,30	67,60	7,38
Umbria	0,75	2,50	10,78	64,98	7,28	0,61	2,77	4,35	66,12	6,78
Marche	0,59	1,98	7,18	72,44	7,40	0,43	1,85	7,60	67,76	7,06
Lazio	1,24	2,56	8,97	54,10	6,41	0,86	2,14	9,15	52,64	6,17
Abruzzo	0,60	2,41	8,78	68,07	7,39	0,70	3,77	9,05	59,66	6,76
Molise	0,44	2,71	9,36	68,14	7,15	1,35	3,14	10,87	73,71	8,16
Campania	1,16	3,36	11,73	81,63	9,65	1,10	2,79	10,73	77,03	9,09
Puglia	0,70	2,81	5,68	50,98	5,74	0,77	1,94	7,35	49,58	5,72
Basilicata	0,48	1,74	4,14	62,75	6,04	0,73	2,71	9,59	70,01	7,38
Calabria	1,49	3,07	9,49	80,15	8,69	0,90	3,58	11,42	77,03	8,62
Sicilia	1,29	4,09	12,21	83,21	9,61	1,21	3,02	11,16	84,42	9,50
Sardegna	1,52	2,86	10,41	70,76	8,29	0,53	2,35	7,90	52,63	6,11
Italia	**0,86**	**2,51**	**8,66**	**66,23**	**7,44**	**0,77**	**2,28**	**8,51**	**60,53**	**6,85**

Fonte dei dati: Istat. Health for All-Italia. Anno 2023.

Tabella 4 - *Tasso (standardizzato e specifico per 10.000) di mortalità per malattie cerebrovascolari per regione. Femmine - Anni 2020-2021*

Regioni	2020					2021				
	45-54	55-64	65-74	75+	Tassi std	45-54	55-64	65-74	75+	Tassi std
Piemonte	0,54	1,40	6,44	96,46	8,33	0,84	1,53	4,21	83,14	7,10
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,00	1,07	2,59	89,39	7,69	0,00	1,04	12,82	84,66	8,21
Lombardia	0,56	1,13	5,07	72,81	6,40	0,56	0,85	4,56	60,46	5,36
Bolzano-Bozen	*0,24*	*0,55*	*5,32*	*57,30*	*5,19*	*0,24*	*0,27*	*6,43*	*53,31*	*4,95*
Trento	*0,00*	*0,76*	*3,23*	*50,84*	*4,31*	*0,24*	*0,75*	*1,60*	*52,31*	*4,30*
Veneto	0,40	1,27	4,51	58,52	5,25	0,48	0,89	4,10	53,45	4,78
Friuli Venezia Giulia	0,30	2,21	5,36	74,47	6,63	0,41	0,76	5,27	65,74	5,87
Liguria	0,96	1,75	5,70	78,03	6,89	0,33	1,06	5,06	66,75	5,68
Emilia-Romagna	0,27	1,51	4,45	66,08	5,68	0,44	1,09	5,19	61,31	5,33
Toscana	0,72	0,95	4,70	77,73	6,58	0,53	1,47	4,89	71,92	6,17
Umbria	0,86	1,70	4,85	70,94	6,04	0,58	1,22	3,21	71,83	5,81
Marche	0,58	0,98	2,24	72,09	5,78	0,50	0,97	4,14	70,86	5,88
Lazio	0,52	0,99	5,49	59,45	5,52	0,53	1,61	5,94	56,67	5,37
Abruzzo	0,77	1,24	5,14	67,43	5,82	0,49	1,43	5,67	69,45	5,99
Molise	0,87	2,21	6,74	79,08	6,70	0,45	1,31	5,61	69,63	5,96
Campania	0,67	1,89	7,09	98,19	9,12	0,89	1,79	7,21	93,83	8,80
Puglia	0,35	1,59	3,80	54,60	5,05	0,61	1,42	4,93	52,50	5,01
Basilicata	0,47	0,95	8,23	71,07	6,25	0,71	1,17	5,45	69,50	5,85
Calabria	0,56	2,08	7,15	83,57	7,50	0,85	1,42	7,00	86,63	7,63
Sicilia	0,58	1,97	8,08	101,10	9,22	0,51	2,20	7,63	97,41	8,95
Sardegna	0,56	1,30	5,25	76,56	6,91	0,38	1,01	3,81	60,81	5,41
Italia	**0,53**	**1,41**	**5,48**	**75,11**	**6,66**	**0,57**	**1,32**	**5,30**	**68,74**	**6,13**

Fonte dei dati: Istat. Health for All-Italia. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 204

Raccomandazioni di Osservasalute

Si ribadisce l'utilità assoluta di considerare questi indicatori, che fanno parte degli indicatori di base, per descrivere lo stato sanitario di un Paese, in riferimento alla struttura della popolazione che insiste sui servizi socio-sanitari regionali e delle singole ASL. Se da una parte i tassi di mortalità totali, essendo standardizzati, sono utili e necessari per un confronto geografico e storico del fenomeno complessivo, dall'altra i tassi specifici per genere e classi di età qui riportati sono fondamentali per la pianificazione dei servizi sanitari regionali. Dimensione e tipologia di questi indicatori dipendono, in modo significativo, dalla composizione per genere ed età della popolazione, dalla morbosità e dalla mortalità per causa. Le stesse valutazioni, a posteriori, dell'entità e della ripartizione della spesa socio-sanitaria corrente andrebbero fatte alla luce dei differenziali di mortalità, che rappresentano l'indicatore di base per comprendere la diffusione della malattia nella popolazione e alla capacità di intervento del sistema sanitario, sia in termini di prevenzione che di cura. Tutti i dati statistici confermano che la mortalità e la morbosità aumentano con l'età e che lo stesso mantenimento in buona o accettabile salute comporta più frequenti ed estesi interventi di prevenzione, assistenza e trattamento. Vanno poi presi in considerazione diversi aspetti non solo legati all'efficienza del sistema sanitario nel suo complesso (si pensi alla tempestività di trasporto e/o di primo trattamento o alla messa in atto di adeguate azioni di prevenzione) e delle strutture ospedaliere in particolare, ma anche aspetti economici, sociali, culturali, di stile e di qualità di vita, soprattutto nelle età più anziane. La raccomandazione è, però, soprattutto in prospettiva, nella realizzazione di azioni di prevenzione individuali e di comunità sui fattori di rischio. La struttura di una popolazione varia lentamente e, per molti aspetti, inesorabilmente, mentre è possibile incidere sulla mortalità e sulla morbosità attraverso una adeguata programmazione delle spese e degli investimenti, anche se con diverse priorità a livello regionale.

Evidente è il gradiente Nord-Sud ed Isole sia per la mortalità che per la morbosità: sicuramente la differente distribuzione dei fattori di rischio cardiovascolare (ipertensione arteriosa, dislipidemia, diabete, abitudine al fumo e obesità), come dimostrato nella *Health Examination Survey* italiana (2), giocano un ruolo non indifferente nello sviluppo degli eventi.

Spesso sentiamo affermare che le malattie cardiovascolari, in termini di mortalità, colpiscono maggiormente le donne rispetto agli uomini; in realtà questa differenza dipende dal fatto che i numeri in assoluto sono maggiori nelle donne rispetto agli uomini, in età avanzata; ciò succede perché la popolazione femminile è più ampia, in quanto le donne hanno una aspettativa di vita maggiore rispetto agli uomini.

Le donne hanno eventi con sintomatologia diversa, spesso si ricoverano più tardi, con eventi più gravi e, quindi, presentano una letalità maggiore.

Riferimenti bibliografici

(1) World Health Organization (WHO). 2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Non-Communicable Diseases. 2008.

(2) Giampaoli S, Vanuzzo D, e il Gruppo di Ricerca dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare/Health Examination Survey. La salute cardiovascolare degli italiani, 3° Atlante Italiano delle Malattie Cardiovascolari, Edizione 2014; Giornale Italiano di Cardiologia 2014; 15 (4 Suppl 1): 7S-31S.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 205

Nutrizione, attività fisica e abitudine al fumo nella popolazione generale adulta italiana: i risultati della *Health Examination Survey* - Progetto CUORE 2018-2019

Dott.ssa Chiara Donfrancesco, Dott.ssa Brigitta Buttari, Dott.ssa Benedetta Marcozzi, Dott.ssa Sabina Sieri, Dott.ssa Anna Di Lonardo, Dott.ssa Cinzia Lo Noce, Dott.ssa Elisabetta Profumo, Dott.ssa Claudia Agnoli, Dott.ssa Serena Vannucchi, Dott. Marco Silano, Dott.ssa Daniela Galeone, Dott. Paolo Bellisario, Dott. Luigi Palmieri

Le malattie non trasmissibili (NCD), come malattie cardiovascolari, tumori e malattie respiratorie croniche, rimangono le principali cause di morte in tutto il mondo (1). Il consumo di tabacco, abitudini alimentari scorrette, attività fisica insufficiente/sedentarietà e consumo rischioso e dannoso di alcol, unitamente alle caratteristiche dell'ambiente e del contesto sociale, economico e culturale, rappresentano i principali fattori di rischio modificabili nei Paesi occidentali. Per contrastare le suddette patologie, il Piano d'azione globale per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili 2013-2020 dell' OMS, esteso al 2030, raccomanda agli Stati membri il raggiungimento di nove Obiettivi globali, quali la riduzione della mortalità complessiva per malattie cardiovascolari, tumori, malattie respiratorie croniche e diabete, la riduzione dell'uso dannoso di alcol, dell'assunzione di sale/sodio, del consumo di tabacco, dell'ipertensione arteriosa, l'aumento dell'attività fisica, il rallentamento della crescita del diabete e dell'obesità, l'offerta di adeguata terapia farmacologica e di counselling per la prevenzione di infarto e ictus, nonché di tecnologie di base e farmaci essenziali.
In Italia il programma "Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari" (DPCM 4 maggio 2007) e il PNP mirano a intervenire sui fattori di rischio modificabili e comportamentali delle malattie non trasmissibili attraverso un approccio intersettoriale e life-course, secondo i principi della "Salute in tutte le politiche".
Nell'ambito di "Guadagnare salute" è stata condotta l'indagine *Health Examination Survey* (HES) 2018-2019 del Progetto CUORE, coordinata dal Dipartimento Malattie cardiovascolari, endocrino-metaboliche e invecchiamento dell'ISS, nella quale sono state effettuate misurazioni dirette e raccolte molteplici informazioni tra cui le abitudini alimentari, l'attività fisica e l'abitudine al fumo in campioni casuali della popolazione generale italiana di età compresa tra i 35-74 anni, arruolati in 10 regioni distribuite tra Nord, Centro e Sud (2). L'indagine, promossa e finanziata dal Ministero della Salute, CCM, è riconosciuta nell'ambito del Programma Statistico Nazionale e della collaborazione *European Health Examination Survey* (3).
Attraverso la somministrazione face to face di un questionario sono state raccolte informazioni circa l'abitudine corrente di fumo di sigaretta e il numero di sigarette consumato al giorno per tali fumatori. È stato definito come "fumatore attuale" una persona che fuma almeno una sigaretta al giorno; le sigarette considerate sono quelle confezionate in pacchetto, fatte a mano o elettroniche. I dati sull'attività fisica sono stati raccolti attraverso un questionario somministrato face to face articolato su quattro livelli di esercizio fisico (sedentarietà, attività fisica lieve, moderata e pesante), separatamente per attività fisica al lavoro e nel tempo libero. Le abitudini alimentari sono state raccolte attraverso l'auto-somministrazione della versione italiana del questionario di frequenza utilizzato nello studio *European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition*. Il questionario include delle foto per la scelta della porzione consumata, indaga le pietanze, il tipo di condimento e le modalità di cottura preferiti, la frequenza dei pasti consumati fuori casa e quanto spesso ogni alimento viene generalmente consumato (settimanalmente, mensilmente, annualmente). È stata valutata la prevalenza delle persone che seguivano uno stile di vita sano, definito come essere non fumatori, non sedentari nel tempo libero e avere un consumo alimentare caratterizzato da almeno 5 comportamenti alimentari corretti (verdure ≥200 g/giorno; frutta 150-375 g/giorno; pesce 150 g a porzione almeno due volte a settimana, formaggio non più di tre volte alla settimana 50-100 g per porzione; salsicce, salumi e altre carni conservate non più di una volta alla settimana 50 g per porzione; torte e dessert non più di una volta a settimana 100 g per porzione; bevande zuccherate meno di una volta alla settimana 330 ml; consumo di bevande alcoliche limitato a ≤24 g alcol/giorno negli uomini di età compresa tra 35-64 anni, ≤12 g alcol/giorno nelle donne di età compresa tra 35-64 anni e ≤12 g alcol/giorno negli uomini e nelle donne di età compresa tra 65-74 anni).
Sebbene non ci siano differenze statisticamente significative tra le macro aree geografiche Nord, Centro e Sud, risulta una propensione dei fumatori uomini residenti nel Sud a fumare un numero di sigarette medio giornaliero maggiore rispetto alle altre due aree; una propensione maggiore sia degli uomini che delle donne meridionali alla sedentarietà nel tempo libero; nelle donne, nel Sud risulta una prevalenza di sedentarietà al lavoro tendenzialmente minore rispetto alle regioni del Nord e del Centro (Tabella 1) (4, 5).
Riguardo alle abitudini alimentari, sia negli uomini che nelle donne nelle tre aree geografiche, per gli alimenti considerati (frutta, verdura, pesce, formaggio, carne processata, dolci e bevande zuccherate) la prevalenza di consumo bilanciato non risulta mai superiore al 60%; particolarmente basse le prevalenze di consumo desiderabile di carne processata e dolci (Tabella 2) (4, 5). Negli uomini residenti nelle regioni del Sud risulta una mag-

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 206

gior prevalenza di consumo entro le quantità desiderabili di formaggi rispetto agli uomini residenti nelle regioni del Nord, similmente per il consumo di dolci rispetto alle regioni del Nord e del Centro (Tabella 2) (4, 5). Nelle donne delle regioni del Centro si osserva una maggiore propensione ad assumere le quantità desiderabili di verdura e in quelle delle regioni del Nord di frutta, mentre le donne residenti nelle regioni del Sud hanno una maggior tendenza a consumare dolci entro le quantità desiderabili rispetto alle donne del Nord e del Centro (Tabella 2) (4,5).
Complessivamente, la prevalenza di persone che seguono uno stile di vita corretto (non fumatore, non sedentarietà nel tempo libero con almeno 5 comportamenti alimentari sani) è risultata pari al 10% negli uomini e al 14% nelle donne (4, 5).
I dati sui principali stili di vita come l'abitudine al fumo, l'attività fisica e l'alimentazione raccolti nel 2018-2019 hanno mostrato livelli ancora piuttosto elevati di fumatori, di persone sedentarie e con comportamenti alimentari scorretti, anche se la prevalenza di stili di vita sani combinati è in aumento rispetto al periodo 2008-2012, rimanendo maggiore tra le donne (4, 5). L'andamento dei singoli stili di vita è complessivamente stabile con piccole variazioni: lieve diminuzione dell'abitudine al fumo, lieve aumento della sedentarietà durante il tempo libero, lieve aumento del consumo desiderabile di verdure e pesce e lieve diminuzione del consumo desiderabile di carne processata (4, 5).
Tali risultati mostrano la necessità del proseguimento delle strategie intersettoriali e trasversali intraprese a livello nazionale e regionale, basate su azioni che coinvolgono diversi settori della società e delle Istituzioni con interventi specifici per contrastare il fumo, promuovere l'attività fisica e un'alimentazione equilibrata, nonché il monitoraggio degli stili di vita e dei fattori e condizioni di rischio correlati.

Tabella 1 - *Abitudine al fumo e sedentarietà (valori per 100 e valori assoluti) nel tempo libero e a lavoro nella popolazione di età 35-74 anni per genere, regione e macroaree geografiche - Anni 2018-2019*

Regioni	Maschi				Femmine			
	Fumatori correnti %	N sigarette al giorno media	Sedentarietà nel tempo libero %	Sedentarietà al lavoro %	Fumatori correnti %	N sigarette al giorno media	Sedentarietà nel tempo libero %	Sedentarietà al lavoro %
Abruzzo	24	11	31	44	23	10	49	43
Basilicata	22	14	29	50	14	10	50	46
Calabria	18	17	49	42	11	9	48	29
Emilia-Romagna	21	15	47	35	18	15	45	38
Lazio	31	15	35	48	21	11	48	47
Liguria	19	12	27	48	17	10	32	50
Lombardia	24	15	28	29	18	8	43	50
Piemonte	22	10	22	64	17	9	30	62
Sicilia	22	18	40	38	30	13	66	42
Toscana	28	10	27	48	17	11	37	54
Macroarea								
Nord	*22*	*13*	*31*	*45*	*18*	*11*	*37*	*51*
Centro	*29*	*12*	*31*	*48*	*20*	*11*	*43*	*51*
Sud	*22*	*15*	*37*	*44*	*19*	*11*	*53*	*41*

Note: medie e percentuali standardizzate per genere ed età utilizzando la popolazione italiana Istat 2019; si definisce fumatore attuale una persona che fuma una o più sigarette al giorno; il numero di sigarette si riferisce alle sigarette confezionate, fatte a mano o elettroniche; area italiana: Nord (Piemonte, Lombardia, Liguria, Emilia Romagna), Centro (Toscana, Lazio); Sud (Abruzzo, Basilicata, Calabria, Sicilia).

Fonte dei dati: Health Examination Survey - Progetto CUORE 2018-2019.

Tabella 2 *Abitudini alimentari (valori in grammi e valori per 100) nella popolazione di età 35-74 anni per genere, regioni e macroaree geografiche - Anni 2018-2019*

Regioni	Verdura		Frutta		Pesce		Formaggio		Carne processata		Dolci		Bevande zuccherate	
	Consumo medio (g/die)	% sano consumato	Consumo medio (g/die)	% sano consumato	Consumo medio (g/die)	% sano consumato	Consumo medio (g/die)	% sano consumato	Consumo medio (g/die)	% sano consumato	Consumo medio (g/die)	% sano consumato	Consumo medio (g/die)	% sano consumato
						Maschi								
Basilicata	161	29	273	49	46	44	43	46	42	7	83	8	119	50
Calabria	168	32	331	34	49	47	35	56	40	12	80	19	125	50
Emilia-Romagna	169	24	279	44	52	56	54	40	42	5	94	6	94	56
Lazio	183	34	282	54	51	54	41	45	36	13	76	7	104	52
Liguria	170	28	265	48	56	50	47	43	30	12	91	10	105	52
Lombardia	143	22	221	58	36	32	44	40	31	12	88	8	96	55
Piemonte	183	34	254	50	45	47	41	42	30	12	79	8	79	52
Sicilia	152	19	268	55	42	38	43	43	42	12	85	9	117	64
Toscana	183	32	248	53	33	32	36	46	33	17	81	7	66	53
Macroarea														
Nord	*167*	*27*	*256*	*50*	*48*	*47*	*46*	*42*	*33*	*10*	*88*	*8*	*94*	*54*
Centro	*183*	*33*	*263*	*54*	*41*	*42*	*39*	*46*	*35*	*15*	*79*	*7*	*84*	*53*
Sud	*160*	*26*	*289*	*47*	*45*	*43*	*41*	*48*	*42*	*10*	*83*	*12*	*120*	*55*
						Femmine								
Basilicata	181	37	285	53	43	44	34	59	26	19	83	8	90	62
Calabria	181	36	268	42	45	39	42	44	26	18	73	18	58	60
Emilia-Romagna	186	40	299	62	45	44	42	50	27	15	89	13	90	53
Lazio	191	40	287	52	43	41	35	51	26	16	65	10	81	53
Liguria	176	42	286	50	48	47	37	57	23	24	73	11	69	58
Lombardia	167	34	266	54	41	33	38	52	25	18	86	7	65	60
Piemonte	204	41	256	56	36	33	38	52	21	31	77	9	72	65
Sicilia	157	30	220	49	39	44	30	64	25	17	70	17	59	63
Toscana	210	47	307	51	44	39	39	54	21	28	85	7	64	65
Macroarea														
Nord	*184*	*39*	*277*	*55*	*43*	*40*	*38*	*53*	*24*	*22*	*81*	*10*	*74*	*59*
Centro	*200*	*43*	*296*	*52*	*43*	*40*	*37*	*52*	*24*	*21*	*74*	*9*	*73*	*58*
Sud	*173*	*35*	*259*	*48*	*42*	*42*	*35*	*56*	*26*	*18*	*76*	*14*	*71*	*62*

Note: medie e percentuali standardizzate per genere ed età utilizzando la popolazione italiana Istat 2019; comportamenti alimentari corretti: verdure ≥200 g/giorno; frutta 150-375 g/giorno; pesce almeno due volte a settimana 150 g a porzione; formaggio non più di tre volte alla settimana 50-100 g per porzione; salsicce, salumi e altre carni conservate non più di una volta alla settimana 50 g per porzione; torte e dessert non più di una volta a settimana 100 g per porzione; bevande zuccherate meno di una volta alla settimana 330 ml; area italiana: Nord (Piemonte, Lombardia, Liguria, Emilia Romagna); Centro (Toscana, Lazio); Sud (Abruzzo, Basilicata, Calabria, Sicilia). **Fonte dei dati**: Health Examination Survey - Progetto CUORE 2018-2019.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 207

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 208

Riferimenti bibliografici

(1) Global Action Plan for the prevention and control of Noncommunicable Diseases 2013-2020. World Health Organization 2013.
(2) Health Examination Survey 2018-2019 - Progetto CUORE. Disponibile sul sito: www.cuore.iss.it/indagini/Hes2018-2019.
(3) European Health Examination Survey (EHES) - Measuring the Health of Europeans. Disponibile sul sito: www.ehes.info/national/national_hes_status.htm.
(4) Piattaforma dati CuoreData - Progetto CUORE. Disponibile sul sito: www.cuore.iss.it/indagini/CuoreData.
(5) Donfrancesco C, Buttari B, Marcozzi B, Sieri S, Di Lonardo A, Lo Noce C, Profumo E, Vespasiano F, Agnoli C, Vannucchi S, Silano M, Galeone D, Bellisario P, Vaia F, Palmieri L. Nutrition, Physical Activity and Smoking Habit in the Italian General Adult Population: CUORE Project Health Examination Survey 2018-2019. Healthcare (Basel). 2024 Feb 15; 12(4): 475.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 209

Progetto Nazionale di Prevenzione Cardiovascolare "Banca del Cuore"

Prof. Michele Massimo Gulizia, Dott.ssa Fabiana Lucà, Dott.ssa Maria Teresa Manes, Dott.ssa Giovanna Geraci, Dott. Roberto Ceravolo, Dott. Maurizio Giuseppe Abrignani, Dott. Fabrizio Oliva, Dott. Federico Nardi, Prof. Furio Colivicchi, Dott. Domenico Gabrielli

La Fondazione per il Tuo cuore-*Heart Care Foundation* Onlus, fondata nel 1998 grazie all'iniziativa dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO), è un Ente di ricerca riconosciuto con Decreto del Ministero della Sanità del 25 settembre 2000, che persegue la finalità, di interesse collettivo e di solidarietà sociale, di promuovere lo sviluppo della conoscenza nel settore medico scientifico, in particolare nel campo cardiologico, attivandosi nella ricerca scientifica e nello sviluppo di strategie innovative per la cura e la prevenzione personalizzate delle malattie cardiovascolari (il più importante problema di salute nel mondo occidentale) e nella istruzione, formazione e sensibilizzazione della popolazione attraverso la diffusione della cultura della prevenzione globale primaria e secondaria, della promozione della salute nella comunità e della riduzione del rischio, allo scopo di ridurre l'impatto sociale delle malattie cardiovascolari.
Per questa sfida la Fondazione si avvale del supporto degli oltre 6.200 Cardiologi iscritti all'ANMCO, con oltre 762 Cardiologie collegate in rete al proprio Centro Studi.
Allo scopo di concretizzare nel mondo reale le proprie finalità, la Fondazione, fin dalla sua costituzione, ha messo in campo strumenti idonei a raggiungere tutta la popolazione e, pertanto, promuove attivamente Campagne Educazionali di Prevenzione del Rischio Cardiovascolare Globale a livello nazionale, rivolgendosi a tutte le fasce di età della popolazione.
Nel 2015, allo scopo di elaborare adeguati e dinamici indicatori dell'effettivo bisogno di salute della popolazione e di mettere in pratica una corretta educazione sanitaria sui fattori di rischio cardiovascolare, è nato il Progetto Nazionale di Prevenzione Cardiovascolare "Banca del Cuore" (Progetto BdC), iniziativa innovativa ideata dal Prof. Michele Massimo Gulizia, Presidente della Fondazione, che ha ricevuto la medaglia al merito dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri "per l'alto valore scientifico, assistenziale e sociale" e che gode del Patrocinio della Presidenza del Consiglio dei Ministri, del Dipartimento Nazionale di Protezione Civile, di Radiotelevisione Italiana-Responsabilità Sociale e di Federsanità-Associazione Nazionale dei Comuni Italiani.
La BdC è una "cassaforte" virtuale il cui *database* contiene le informazioni del profilo cardiovascolare dei cittadini che vi afferiscono, tra cui principalmente: elettrocardiogramma (ECG), dati di pressione arteriosa, dati antropometrici, storia clinica cardiovascolare, dati su stile di vita, anamnesi sulle altre malattie sofferte (con particolare attenzione al diabete), terapie assunte, dati di patologia clinica quali: profilo colesterolemico, profilo glicemico, uricemia e altri dati clinici.
Si tratta del primo grande Registro Nazionale Permanente di tracciati elettrocardiografici e di dati sanitari di area cardiovascolare, che ne prevede la custodia totalmente gratuita e prontamente disponibile attraverso la *BancomHeart*, una speciale *card* consegnata gratuitamente ai pazienti e ai cittadini che aderiscono all'iniziativa. La *BancomHeart* permette di accedere, ogni volta che è necessario, ai propri ECG e/o dati sanitari cardiovascolari disponibili per la consultazione e/o il *download* tramite un qualsiasi computer, tablet o smartphone collegati ad internet, 24 ore su 24, in Italia ma anche dall'estero, utilizzando uno *username* e una propria *password* dedicata, nel rispetto delle vigenti normative in materia di tutela sulla *privacy* e, in particolare, di quelle attinenti alla crittografia dei dati personali, all'informativa al consenso dei dati e al trattamento degli stessi.
Grazie a questo sistema, che ha già semplificato la gestione della propria salute a molti cittadini e il lavoro ai medici, le informazioni sulla propria salute cardiovascolare sono al sicuro anche in caso di smarrimento della documentazione cartacea e accessibili in qualunque momento e in ogni luogo.
La BdC, infatti, prevede uno screening cardiovascolare completo, con rilevamento della pressione arteriosa, dei dati socio-sanitari, delle patologie associate, dei consumi alimentari e farmacologici, degli stili di vita e dello stato individuale.
Il Progetto BdC, inoltre, rappresenta una importante operazione preventiva in ambito sanitario e sociale che permette di porre l'attenzione dei cittadini sulla prevenzione cardiovascolare, spesso dimenticata o attenzionata in modo superficiale, rendendo in tal modo possibile la diffusione della cultura della prevenzione cardiovascolare per la lotta all'ipertensione arteriosa, all'ipercolesterolemia e alle malattie cardiovascolari ad esse conseguenti, al fine di ottenere la riduzione delle morti cardiache improvvise e delle disabilità neurologiche da cardio-embolismo cerebrale da fibrillazione atriale.
Questo Progetto BdC, finora unico al mondo, costituisce un Settore Autonomo della Fondazione ed è attivo grazie alla collaborazione volontaria di numerosi medici e infermieri, attraverso gli ambulatori e i reparti di Cardiologia presenti in tutto il territorio nazionale e in tutti i *Point of Care* estemporaneamente organizzati nel-

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 210

le numerose Campagne Nazionali di Prevenzione Cardiovascolare come, ad esempio, le consuete settimane ANMCO "Cardiologie Aperte" che, in questi anni, si sono susseguite e che sono in corso e/o programmate.
Il successo raggiunto dalla BdC in tutta Italia e la volontà di estendere il Progetto anche al di fuori delle realtà ospedaliere e ambulatoriali attive per raggiungere il maggior numero di cittadini, hanno portato alla nascita, nel marzo 2017, della Campagna di Prevenzione Cardiovascolare "Truck Tour Banca del Cuore", realizzata anche nel 2018 e nel 2019 e all'inizio del 2020, sospesa da marzo 2020 a dicembre 2021 a causa della inaspettata pandemia COVID-19, per poi proseguire con successo nel 2022 e nel 2023. Un *tour* itinerante per mezzo di un *jumbo truck* appositamente allestito che è entrato nel cuore delle più belle piazze delle maggiori città del nostro Paese.
Durante la permanenza del *Truck* in ciascuna città (almeno 3 giorni consecutivi), i cittadini che vi hanno afferito volontariamente sono stati sottoposti ad uno screening di prevenzione cardiovascolare comprensivo di esame elettrocardiografico e valutazione aritmica da parte di una esperta *équipe* specialistica, ricevendo la stampa del proprio ECG, di tutti i valori pressori e anamnestici, del proprio profilo metabolico (con il rilievo estemporaneo, con prelievo di sangue capillare, di: colesterolo totale, trigliceridi, colesterolo *High Density Lipoprotein*-HDL, colesterolo *Low Density Lipoproteins*-LDL calcolato, colesterolo non HDL, rapporto colesterolo HDL/LDL, glicemia fast, emoglobina glicata e uricemia) e del proprio profilo di rischio cardiovascolare. Tutti i soggetti screenati hanno, inoltre, ricevuto un *kit* di 11 opuscoli (fino al 2020), di 19 opuscoli dal 2022 e di 21 opuscoli nel 2023 sul tema della prevenzione cardiovascolare, appositamente realizzati dalla Fondazione col supporto scientifico dei massimi esperti cardiologi italiani, e la *card BancomHeart* attivata.
Oltre allo spazio dedicato agli esami clinici, all'interno del *Truck* si trova un'area attrezzata ove sono stati svolti eventi scientifici divulgativi rivolti ai cittadini, inerenti alla prevenzione cardiovascolare, oltre che incontri con medici locali e/o dibattiti sul tema della prevenzione cardiovascolare globale.
Dall'inizio del Progetto BdC sono state 155 le città coinvolte nella Campagna itinerante, con una effettiva presenza di 502 giorni di screening attivo sulla popolazione da parte della Struttura preventivologica che ha coinvolto ben 1.473 cardiologi e 699 infermieri.
Nel 2017, è iniziato anche un nuovo Progetto di applicazione della BdC, promosso in collaborazione con la Conferenza Episcopale Italiana e l'Istituto Centrale per il Sostentamento del Clero, dedicato ad una popolazione di oltre 5.000 ecclesiastici, distribuiti in 50 Diocesi nazionali.
Il Progetto BdC, che rappresenta per la Fondazione il progetto di punta in ambito preventivologico, ha già permesso di creare e usufruire di una notevole banca dati sanitari: ad oggi, oltre 70.907 cittadini sono stati sottoposti a screening, sommando quelli pervenuti alle Cardiologie e ai *Points of Care* a quelli raggiunti attraverso il *Truck Tour*.
"Il Progetto BdC realizzato è stato co-finanziato anche con il contributo del - 5 x mille - di cui al relativo anno di finanziamento".
Una prima analisi dei dati raccolti dalla Campagna *Truck Tour* BdC ha permesso di identificare un notevole aumento della prevalenza di alcune malattie cardiovascolari, soprattutto fibrillazione atriale e scompenso cardiaco, con percentuali relativamente quadruple e triple rispetto ai dati finora conosciuti in letteratura, particolarmente nella popolazione di genere maschile e di età 18-40 anni. Queste importanti informazioni scientifiche, confermate anche nel rilievo più recente, e quelle che si aggiungeranno, costituiscono un rilevante quanto significativo contributo scientifico sullo *status* cardiovascolare di un campione eterogeneo, *real life*, della popolazione italiana selezionata consecutivamente, anche suddivisa per regioni, come è possibile evincere dalla lettura delle precedenti pubblicazioni del Rapporto Osservasalute relative agli anni 2017, 2018, 2019-2020 e 2022, e dalla successiva Tabella 1 relativa all'anno 2023.
Nella Campagna di Prevenzione del *Truck Tour* BdC 2023, anche assecondando la richiesta del Tempo della Salute che si svolge annualmente a Milano, è stato esteso lo screening aggiuntivo per 3 giorni in questa città. I risultati, cumulati per la tappa milanese, sono espressi all'interno della Tabella 5, che riassume i dati relativi all'intera Campagna 2023.
Nel Grafico 1 sono espressi i dati dettagliati relativi alla tappa (città) e al numero di cittadini che hanno effettuato lo screening cardiovascolare completo nella Campagna *Truck Tour* BdC 2023.
Non ultimo, è importante sottolineare che molti sono stati i casi emersi di patologie cardiovascolari misconosciute agli stessi interessati (forme asintomatiche di fibrillazione atriale, aritmie maligne a trasmissione genetica, scompenso cardiaco e ipertensione arteriosa), il cui riscontro, grazie a questo capillare screening, ha verosimilmente permesso di evitare probabili nuovi decessi per arresto cardiaco, progressione della malattia aterosclerotica e/o complicanze cardio-emboliche (Figura 1).

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 211

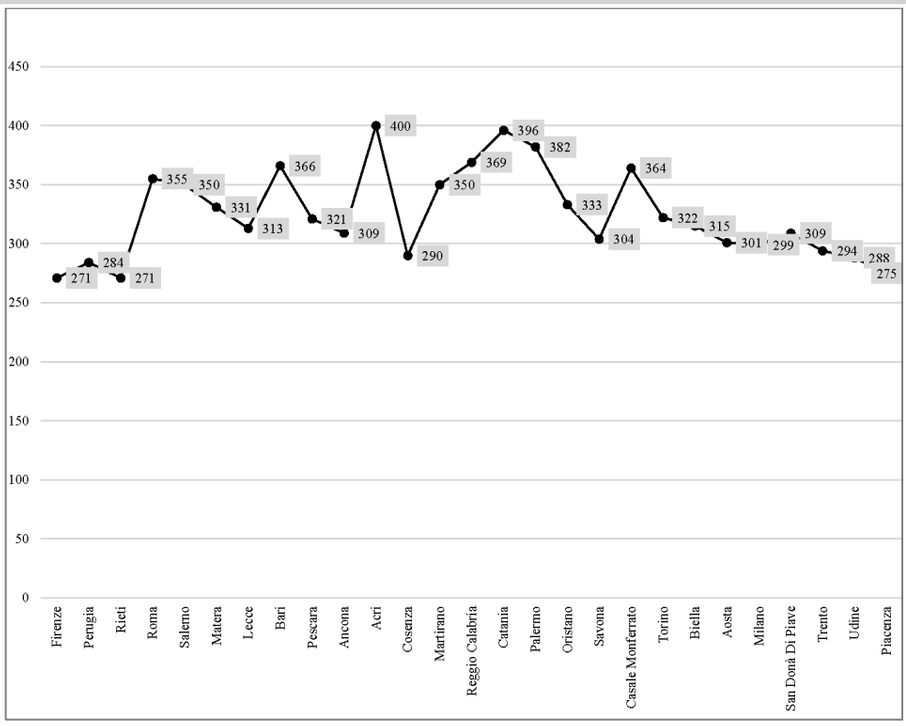
Tabella 1 - *Cittadini (valori assoluti) sottoposti a screening cardiovascolare completo che hanno aderito alla Campagna Truck Tour Banca del Cuore per genere, età media (valori in anni) e regione - Anno 2023*

Regioni	Maschi	Età media	Femmine	Età media	Totale	Età media
Piemonte	578	59	724	59	1.302	59
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	-	-	-	-	-	-
Lombardia	237	122	266	120	503	61
Trentino-Alto Adige*	108	66	186	66	294	66
Veneto	155	62	154	60	309	61
Friuli Venezia Giulia	155	57	133	57	288	57
Liguria	146	57	158	61	304	59
Emilia-Romagna	138	61	137	61	275	61
Toscana	119	63	152	60	271	61
Umbria	161	62	123	59	284	60
Marche	168	57	141	58	309	57
Lazio	329	59	297	58	626	58
Abruzzo	180	58	141	56	321	57
Molise	-	-	-	-	-	-
Campania	184	55	166	55	350	55
Puglia	382	55	297	54	679	55
Basilicata	187	57	144	52	331	54
Calabria	700	55	709	55	1.409	55
Sicilia	465	54	313	51	778	53
Sardegna	150	58	183	61	333	60
Totale cittadini adulti	**4.542**	**62**	**4.424**	**61**	**8.966**	**58**

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

Fonte dei dati: Progetto Nazionale di Prevenzione Cardiovascolare "Banca del Cuore". Campagna Truck Tour Banca del Cuore. Anno 2023.

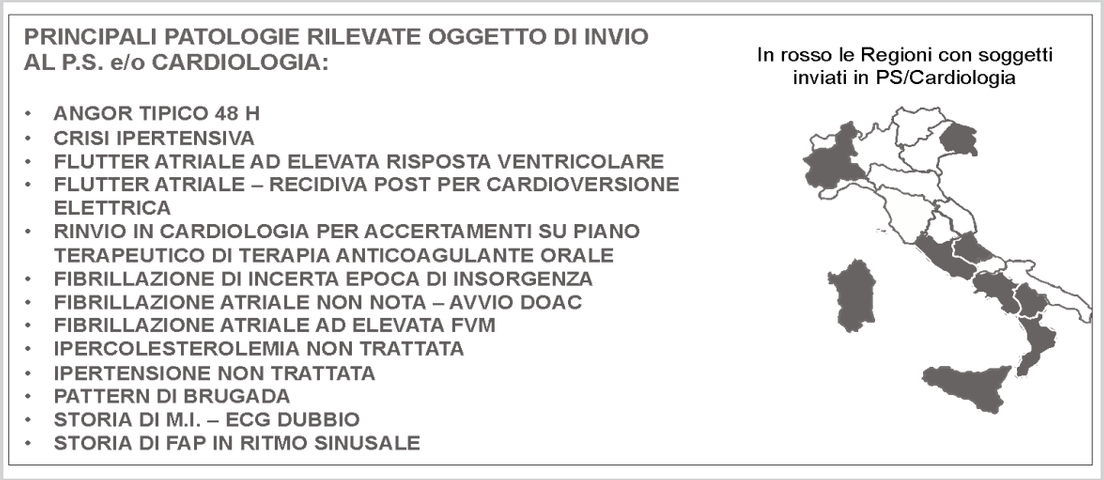
Grafico 1 - *Cittadini (valori assoluti) sottoposti a screening cardiovascolare completo che hanno aderito alla Campagna Truck Tour Banca del Cuore per città - Anno 2023*



Fonte dei dati: Progetto Nazionale di Prevenzione Cardiovascolare "Banca del Cuore". Campagna Truck Tour Banca del Cuore. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 212

Figura 1 - *Principali patologie misconosciute rilevate nella Campagna Nazionale di Prevenzione Cardiovascolare Truck Tour Banca del Cuore e oggetto di invio urgente in Pronto Soccorso e/o Cardiologia ospedaliera - Anno 2023*



Fonte dei dati: Progetto Nazionale di Prevenzione Cardiovascolare "Banca del Cuore". Campagna Truck Tour Banca del Cuore. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 213

Malattie metaboliche

I dati epidemiologici mostrano un costante aumento delle malattie metaboliche nella popolazione italiana. Obesità e diabete tipo 2, in particolare, rappresentano le sfide più importanti data la loro prevalenza e gli ingenti costi sanitari e socio-economici ad essi associati. Numerose sono le iniziative di prevenzione e gestione di tali patologie messe in atto a livello territoriale. Il monitoraggio della morbidità, della mortalità e dei fattori di rischio associati a tali patologie risulta fondamentale per valutare l'effettiva efficacia di tali interventi.

Nel Capitolo viene riportato l'aggiornamento in merito all'ospedalizzazione per diabete in regime di RO e di DH e alla mortalità.

Per quanto riguarda l'ospedalizzazione, nel corso del 2022 si è osservata una ripresa della riduzione delle ospedalizzazioni a livello nazionale, in linea con il trend rilevato nella serie storica, contrariamente a quanto rilevato nel 2021, anno in cui se ne è osservato un lieve incremento. Anche nel 2022 si confermano per questo indicatore le differenze regionali e di genere.

Anche la mortalità per diabete ha mostrato una diminuzione a livello nazionale tra il 2020 e il 2021, per entrambi i generi e in tutte le fasce di età, seppure con notevoli differenze territoriali.

Il Capitolo riporta, inoltre, gli indicatori relativi a obesità, sedentarietà e titolo di studio nelle persone affette da diabete. Anche nel 2022, in aumento rispetto alla serie storica, si rileva una maggiore prevalenza di persone affette da diabete tra i soggetti obesi e sedentari rispetto al resto della popolazione, in particolar modo nelle regioni del Sud-Italia e nelle fasce di età più avanzate. Si conferma, inoltre, la maggiore diffusione di questa patologia tra le persone con più basso livello di istruzione, soprattutto a partire dai 45 anni e nelle regioni del Centro e del Sud-Italia.

In Appendice al Capitolo è riportato un *Box* realizzato dal Gruppo di Studio sull'Obesità infantile della Società Italiana di Diabetologia ed Endocrinologia Pediatrica in merito alla definizione del rischio cardiometabolico in bambini e adolescenti con obesità.

I fattori di rischio per le principali malattie metaboliche sono ormai ben conosciuti. Data l'elevata prevalenza di tali patologie nella popolazione italiana, educare le categorie di popolazione maggiormente a rischio nei confronti dei comportamenti salutari e fornire loro le risorse necessarie per poter adottare tali comportamenti, rappresentano dunque strategie necessarie per ridurre il carico di malattia e mortalità ad esse correlato.

G. LIGUORI

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 214

Ospedalizzazione di pazienti con diagnosi di diabete mellito

Significato. Il diabete è identificato dall'OMS quale priorità globale per tutti i sistemi sanitari. Essendo una patologia complessa, richiede un approccio multi-professionale per essere gestita nel miglior modo possibile. La sua prevalenza è in continua crescita.
L'*International Diabetes Federation* calcola che, nel mondo, circa un adulto su dieci, è diabetico e che 1,2 milioni di bambini e adolescenti (0-19 anni) abbia il diabete di tipo 1. Il numero di adulti con diabete è, inoltre, destinato ad aumentare a 643 milioni nel 2030 e 783 milioni nel 2045. All'interno della Regione europea dell'OMS, quasi 62 milioni di persone convivono con il diabete (1). In Italia, secondo i dati Istat, nel 2021 si stima una prevalenza del diabete noto pari al 6,3% (6,6% negli uomini, 6,1% nelle donne) pari a oltre 3,5 milioni di persone, con un trend in progressivo aumento negli ultimi anni (2). La prevalenza aumenta al crescere dell'età fino a un valore del 21% nelle persone con età ≥75 anni. La prevalenza è mediamente più bassa nelle regioni del Nord-Ovest (5,6%), del Nord-Est (5,4%) e del Centro (5,9%), rispetto a quelle del Sud (7,9%) e delle Isole (7,2%) (3).
Nelle persone diabetiche, il tasso di ospedalizzazione è più del doppio rispetto ai non diabetici e una degenza media è superiore di circa 1,5 giorni. È molto forte l'impatto del diabete sull'assistenza ospedaliera, che in termini economici somma circa 1,8 miliardi: l'incidenza dei ricoveri è in linea con quella della patologia, con un livello di impatto sull'offerta significativo per effetto di una degenza superiore di oltre il 37% e un "costo" medio superiore di quasi il 14% (3).
Perciò, è molto importante individuare indicatori che possano misurare la qualità dell'assistenza al cittadino diabetico. Esaminando i dati sui ricoveri per diabete (RO e DH), si possono acquisire rilevanti informazioni circa la qualità dei servizi erogati.

Tasso di dimissioni ospedaliere di pazienti con diagnosi di diabete mellito

$$\text{Numeratore} = \frac{\text{Dimissioni ospedaliere di pazienti con diagnosi di diabete mellito}}{\text{Popolazione media residente}} \times 10.000$$

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

Validità e limiti. Come negli anni precedenti, l'indicatore è stato costruito considerando tutte le dimissioni con codice ICD-9-CM 250, identificativo del diabete, presente nella diagnosi principale o in quelle secondarie, con almeno un ricovero nell'anno in esame. È stato considerato, per ogni anno, solo il primo ricovero del paziente. Il limite di questo indicatore è rappresentato dal fatto che il denominatore è costituito dalla popolazione residente; più appropriato sarebbe, qualora fossero disponibili i dati, costruire un tasso specifico con al denominatore il numero totale di cittadini diabetici, consentendo così una stima dell'ospedalizzazione tra i diabetici al netto della diversa prevalenza della patologia nelle regioni italiane.

Valore di riferimento/Benchmark. Come valore di riferimento è stata considerata la media delle 3 regioni (Lombardia, PA di Trento, Piemonte), con i più bassi tassi di dimissioni totali per diabete mellito nel 2022, sia in regime di RO che in DH, che risulta pari a 29,94 per 10.000 (Tabella 1).

Descrizione dei risultati

Nel 2022 il tasso (std per 10.000) di dimissioni ospedaliere totali più alto si evidenzia in Molise, seguito da Calabria, Campania, Basilicata e Puglia (Tabella 1). Nel 2022, i tassi più alti in RO si rilevano in Molise, seguito da Puglia e Calabria (Tabella 2). In DH, i tassi più alti si registrano in Liguria, seguita da Calabria e Campania (Tabella 3).
La distribuzione dei valori per entrambe le tipologie di ricovero rimane, comunque, più alta nelle regioni del Sud e nelle Isole (ad eccezione di Molise, Abruzzo, Marche, Liguria, Valle d'Aosta e Lazio) (Tabella 1).
Rispetto al 2020, anno della pandemia da COVID-19, quando le ospedalizzazioni per RO e DH videro una riduzione, dipendente probabilmente da un'organizzazione più attenta dei servizi territoriali, dal 2021, ed anche per il 2022, si assiste ad un recupero dei livelli di ospedalizzazione in entrambi i regimi, che rimane comunque al di sotto dei valori attesi sulla base dell'andamento pre-pandemico.
Confrontando i dati dal 2005, primo anno in cui l'indicatore è stato costruito considerando tutte le dimissioni in cui fosse presente il codice ICD-9-CM 250, al 2022, si conferma una costante diminuzione del tasso di dimissione per tutti i regimi di ricovero e sull'intero territorio nazionale, passando dal 92,21 per 10.000 del 2005 al 44,85 per 10.000 del 2022.
Per quanto riguarda la distribuzione per genere, nel 2022, il tasso di dimissioni ospedaliere in regime di RO è stato più elevato in Molise sia per gli uomini che per le donne, mentre è risultato più basso per entrambi i generi in Lombardia, come per l'anno precedente (Tabella 2).
Le dimissioni in regime di DH sono state più elevate in Calabria per gli uomini ed in Liguria per le donne e più

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 215

basse in Lombardia per entrambi i generi (Tabella 3). Per entrambe le tipologie di ricovero i tassi std di dimissione ospedaliera sono maggiori negli uomini, con un rapporto nazionale di 1,74:1,00, leggermente inferiore a quello del 2021.

Tabella 1 - *Tasso (standardizzato per 10.000) di dimissioni ospedaliere, da istituti pubblici e privati accreditati, di pazienti con diagnosi principale o secondaria di diabete mellito per genere e regione - Anni 2020-2022*

Regioni	2020			2021			2022		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	43,87	24,26	33,09	44,71	26,30	34,63	42,92	25,34	33,26
Valle d'Aosta	61,83	35,80	47,74	62,64	38,92	49,77	65,48	39,08	50,95
Lombardia	39,99	19,89	28,96	37,61	19,72	27,82	35,38	18,20	25,95
Bolzano-Bozen	*41,55*	*26,77*	*33,56*	*48,69*	*28,57*	*37,93*	*45,90*	*25,52*	*34,80*
Trento	*44,17*	*28,02*	*35,27*	*42,62*	*23,46*	*32,17*	*39,32*	*23,35*	*30,62*
Veneto	49,04	26,91	36,97	51,33	27,03	38,05	46,75	24,13	34,38
Friuli Venezia Giulia	60,81	30,48	44,05	62,86	31,30	45,37	54,67	27,26	39,50
Liguria	62,04	36,68	47,97	65,84	38,27	50,57	65,45	38,05	50,19
Emilia-Romagna	62,23	35,10	47,34	65,27	37,52	50,08	60,57	34,97	46,53
Toscana	56,89	32,11	43,21	62,04	35,28	47,34	57,58	32,21	43,58
Umbria	47,90	28,78	37,52	49,17	28,40	37,85	46,73	27,32	36,08
Marche	67,01	35,54	49,72	68,06	38,17	51,83	70,70	40,44	54,15
Lazio	62,80	37,01	48,53	65,81	38,41	50,65	65,26	38,56	50,48
Abruzzo	68,30	40,23	53,11	73,23	41,00	55,72	73,56	43,49	57,21
Molise	89,60	53,34	70,23	87,11	53,34	69,03	86,13	52,37	67,99
Campania	74,76	43,92	57,91	80,29	46,14	61,70	79,55	47,17	61,92
Puglia	73,42	46,57	58,86	77,88	47,44	61,37	76,28	46,35	60,04
Basilicata	67,96	45,02	55,79	75,01	47,87	60,62	75,35	47,93	60,73
Calabria	69,94	42,78	55,45	77,95	47,70	61,85	84,27	50,93	66,40
Sicilia	62,81	37,38	48,94	70,46	42,43	55,19	70,05	42,55	55,00
Sardegna	57,94	34,89	45,45	58,99	35,22	46,07	54,86	32,32	42,68
Italia	**57,55**	**32,90**	**44,06**	**60,35**	**34,54**	**46,26**	**58,44**	**33,61**	**44,85**

Nota: i tassi sono stati standardizzati utilizzando i pesi della popolazione italiana del 2011.
Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2023.

Tabella 2 - *Tasso (standardizzato per 10.000) di dimissioni ospedaliere, da istituti pubblici e privati accreditati per regime di Ricovero Ordinario, di pazienti con diagnosi principale o secondaria di diabete mellito per genere e regione - Anni 2020-2022*

Regioni	2020			2021			2022		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	41,71	22,95	31,39	42,20	24,87	32,73	40,07	23,71	31,09
Valle d'Aosta	58,89	33,76	45,30	59,14	37,31	47,34	60,85	34,75	46,49
Lombardia	39,42	19,58	28,53	36,98	19,43	27,37	34,76	17,89	25,50
Bolzano-Bozen	*40,49*	*26,06*	*32,69*	*46,64*	*27,31*	*36,32*	*43,97*	*24,58*	*33,41*
Trento	*42,09*	*26,90*	*33,69*	*40,59*	*22,31*	*30,59*	*36,82*	*22,34*	*28,89*
Veneto	47,72	26,39	36,08	49,93	26,44	37,08	45,11	23,61	33,34
Friuli Venezia Giulia	56,63	28,67	41,18	58,79	29,53	42,59	50,80	25,23	36,66
Liguria	53,98	30,65	41,04	55,60	31,11	42,01	55,48	30,79	41,72
Emilia-Romagna	60,23	34,17	45,93	63,01	36,45	48,49	58,21	33,89	44,87
Toscana	52,74	29,51	39,91	57,14	32,43	43,55	52,97	29,54	40,04
Umbria	46,63	27,63	36,35	47,03	27,15	36,23	44,49	26,03	34,37
Marche	59,77	31,66	44,30	60,35	34,04	46,06	62,29	35,62	47,70
Lazio	54,81	31,37	41,86	56,93	32,22	43,26	56,80	32,89	43,56
Abruzzo	64,63	38,47	50,50	68,17	38,34	51,98	66,09	38,96	51,35
Molise	83,30	50,30	65,65	82,04	50,82	65,31	80,36	49,39	63,72
Campania	67,19	39,66	52,15	70,61	40,83	54,40	69,19	41,55	54,16
Puglia	71,68	45,49	57,47	76,26	46,60	60,17	74,80	45,49	58,89
Basilicata	64,93	43,36	53,51	70,23	45,86	57,32	70,66	45,45	57,25
Calabria	63,83	39,50	50,86	69,37	42,91	55,29	73,72	45,38	58,53
Sicilia	59,60	35,71	46,56	66,33	40,33	52,17	66,25	40,60	52,21
Sardegna	53,14	32,60	42,01	54,34	33,16	42,83	50,23	30,13	39,35
Italia	**53,97**	**30,77**	**41,28**	**56,12**	**32,12**	**43,01**	**54,06**	**31,11**	**41,50**

Nota: i tassi sono stati standardizzati utilizzando i pesi della popolazione italiana del 2011.
Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 216

Tabella 3 - *Tasso (standardizzato per 10.000) di dimissioni ospedaliere, da istituti pubblici e privati accreditati per regime di Day Hospital, di pazienti con diagnosi principale o secondaria di diabete mellito per genere e regione - Anni 2020-2022*

Regioni	2020			2021			2022		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	2,17	1,31	1,70	2,51	1,43	1,91	2,85	1,63	2,18
Valle d'Aosta	2,94	2,04	2,43	3,50	1,62	2,43	4,63	4,33	4,46
Lombardia	0,57	0,31	0,43	0,64	0,29	0,45	0,62	0,30	0,44
Bolzano-Bozen	*1,06*	*0,71*	*0,86*	*2,05*	*1,27*	*1,61*	*1,94*	*0,94*	*1,39*
Trento	*2,08*	*1,12*	*1,58*	*2,03*	*1,15*	*1,58*	*2,50*	*1,01*	*1,73*
Veneto	1,31	0,52	0,88	1,40	0,59	0,97	1,64	0,51	1,04
Friuli Venezia Giulia	4,18	1,81	2,87	4,07	1,77	2,78	3,87	2,03	2,85
Liguria	8,06	6,04	6,93	10,24	7,16	8,56	9,97	7,26	8,47
Emilia-Romagna	2,00	0,94	1,41	2,27	1,07	1,60	2,36	1,08	1,66
Toscana	4,15	2,60	3,30	4,90	2,85	3,79	4,61	2,67	3,54
Umbria	1,27	1,15	1,17	2,14	1,25	1,62	2,24	1,28	1,71
Marche	7,24	3,88	5,42	7,71	4,13	5,77	8,41	4,82	6,45
Lazio	7,99	5,64	6,67	8,88	6,19	7,39	8,46	5,67	6,93
Abruzzo	3,67	1,75	2,61	5,06	2,66	3,74	7,47	4,53	5,86
Molise	6,29	3,04	4,58	5,07	2,52	3,72	5,78	2,98	4,28
Campania	7,57	4,26	5,76	9,68	5,31	7,30	10,36	5,62	7,76
Puglia	1,74	1,08	1,39	1,62	0,84	1,20	1,49	0,86	1,15
Basilicata	3,03	1,66	2,28	4,78	2,01	3,29	4,69	2,48	3,49
Calabria	6,10	3,27	4,59	8,58	4,79	6,57	10,55	5,54	7,87
Sicilia	3,21	1,67	2,37	4,13	2,10	3,02	3,80	1,95	2,79
Sardegna	4,79	2,29	3,44	4,65	2,05	3,24	4,63	2,20	3,32
Italia	**3,58**	**2,12**	**2,78**	**4,23**	**2,43**	**3,25**	**4,38**	**2,50**	**3,35**

Nota: i tassi sono stati standardizzati utilizzando i pesi della popolazione italiana del 2011.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2023.

Raccomandazioni di Osservasalute

Negli ultimi anni i ricoveri per diabete mellito hanno subito una graduale riduzione dovuta ad una sempre più capillare attuazione delle Linee Guida e una migliore organizzazione delle cure territoriali.

Diverse pubblicazioni presentano dati clinici, sociali ed economici rassicuranti per la cura delle persone con diabete nel nostro Paese, testimoniando un miglioramento degli esiti sanitari e un accesso più efficiente ai servizi sanitari (4, 5).

Durante la difficile gestione della pandemia da COVID-19 sono emerse una serie di criticità del sistema, aggravate dalla riduzione dell'attività diagnostica e dal calo della popolazione assistita in diabetologia. Tale situazione ha reso ancora più evidente il preoccupante depotenziamento della rete diabetologica, soprattutto in alcune regioni del Centro e del Meridione (6, 7), che porta ad una limitata organizzazione nella gestione delle cure, con un aumento delle prestazioni specialistiche e dei ricoveri inappropriati, insieme all'allungamento delle liste di attesa a carico dei livelli di assistenza più elevati.

Il Piano Nazionale sul Diabete prevede una gestione integrata del paziente diabetico tra le Strutture Diabetologiche e la Medicina del territorio. È essenziale sostenere un sistema di rete integrato fra Strutture Diabetologiche e Medicina Generale, favorendo l'organizzazione e la corretta allocazione delle risorse umane e strutturali. Perciò, continuare ad investire risorse dedicate alla Gestione Integrata sul territorio della malattia diabetica è una scelta necessaria per ridurne i costi economici e sociali, non ultimi, quelli relativi all'ospedalizzazione.

È di primaria importanza promuovere, per i cittadini diabetici, programmi educativi che migliorino la loro qualità della vita con una più efficace gestione della malattia, oltre ad organizzare adeguati percorsi educazionali nelle scuole di ogni ordine e grado per prevenire sovrappeso e obesità fin dall'età scolare, condizioni predisponenti alla patologia diabetica.

Riferimenti bibliografici

(1) IDF Diabetes Atlas 2021-10th Edition.
(2) Istat, Aspetti della vita quotidiana, 2021. Disponibile sul sito: http://dati.istat.it.
(3) 16th Italian Diabetes Barometer Report. 2023.
(4) Robusto F, Bisceglia L, Petrarolo V, Avolio F, Graps E, Attolini E, Nacchiero E, Lepore V. The effects of the introduction of a chronic care model-based program on utilization of healthcare resources: the results of the Puglia care program. BMC Health Serv Res 2018; 18 (1): 377.
(5) Disoteo O, Grimaldi F, Papini E, Attanasio R, Tonutti L, Pellegrini MA, Guglielmi R, Borretta G. State-of-the-Art Review on Diabetes Care in Italy. Ann Glob Health 2015; 81 (6): 803-13.
(6) Osservatorio ARNO Diabete - Il profilo assistenziale della popolazione con diabete, Rapporto 2019.
(7) Bonora E, Sesti G. Il diabete in Italia. Bononia University Press, Bologna 2016.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 217

Mortalità per diabete mellito

Significato. Negli ultimi decenni si è osservato un progressivo e sostanziale aumento dei casi di diabete, patologia che oggi rientra fra le prime dieci cause di morte a livello globale (1).
In Italia, la prevalenza della malattia ha raggiunto il 6,3% della popolazione totale nel 2021 e il 6,6% nel 2022 (2), con una crescita di 1,7 milioni di individui affetti dalla patologia rispetto al 2000 e importanti differenze tra le aree geografiche del Paese (3).
In tale contesto, l'implementazione di strategie di prevenzione e controllo della patologia è divenuta ormai di importanza fondamentale.

Tasso di mortalità per diabete mellito

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Decessi per diabete mellito}}{\text{Popolazione media residente}} \times 10.000$$

Validità e limiti. I dati sui decessi sono forniti dal sistema informativo territoriale su sanità e salute "Health for All-Italia", messo a disposizione dall'Istat.

Valore di riferimento/Benchmark. Come valore di riferimento viene considerata la media, nel 2021, delle 3 regioni con i tassi di mortalità più bassi: per il genere maschile (Valle d'Aosta, PA di Bolzano, Lombardia) è pari a 1,93 per 10.000, mentre per il genere femminile (PA di Bolzano e Trento, Friuli Venezia Giulia) è pari a 1,42 per 10.000.

Descrizione dei risultati

Nel biennio 2020-2021 si osserva una lieve riduzione dei tassi std di mortalità per diabete. Nei maschi si osserva una diminuzione complessiva pari a -0,21 p.p., mentre nel genere femminile si registra una riduzione pari a -0,12 p.p.. Nell'analisi per età tutte le classi mostrano una riduzione per entrambi i generi, fatta eccezione per la fascia di età 45-54 che nelle femmine passa da 0,19 a 0,20 per 10.000. Come in passato, la fascia di età degli ultra 75enni sostiene la maggior parte dei decessi per diabete.
Nel confronto fra le regioni, si osservano le consuete differenze tra le diverse aree del Paese. Anche in questo biennio ad essere interessate in misura maggiore dalla mortalità per diabete sono le regioni del Meridione, in particolare Sicilia, Campania e Calabria che mostrano per entrambi i generi un aumento dell'indicatore nel corso del biennio, in contrapposizione all'andamento nazionale. Al contrario, le regioni per cui si rilevano i tassi più bassi (Valle d'Aosta, Lombardia, Friuli Venezia Giulia e PA di Bolzano e Trento) mostrano anche un andamento in diminuzione nel biennio considerato, ad eccezione della PA di Trento e del Friuli Venezia Giulia che mostrano un aumento sia per gli uomini che per le donne. Un aumento, anche se minimo, si registra anche in Puglia e Marche per gli uomini, in Molise e Liguria per le donne.

F. GALLÈ, V. DI ONOFRIO, T. SABETTA, G. LIGUORI

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 218

Tabella 1 - *Tasso (standardizzato e specifico per 10.000) di mortalità per diabete mellito per regione. Maschi - Anni 2020-2021*

Regioni	2020					2021				
	45-54	55-64	65-74	75+	Tassi std	45-54	55-64	65-74	75+	Tassi std
Piemonte	0,61	1,96	5,44	25,48	3,20	0,50	1,54	5,98	22,22	2,93
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,00	2,18	2,77	17,82	2,19	0,00	0,00	4,12	12,90	1,57
Lombardia	0,43	1,60	4,89	24,89	3,11	0,23	1,27	3,78	19,04	2,36
Bolzano-Bozen	*0,35*	*1,61*	*3,94*	*15,16*	*2,09*	*0,00*	*1,07*	*5,01*	*12,98*	*1,85*
Trento	*0,00*	*0,00*	*3,89*	*16,56*	*1,99*	*0,24*	*1,78*	*3,68*	*18,94*	*2,38*
Veneto	0,32	1,73	5,04	25,47	3,17	0,35	1,55	5,85	23,01	2,99
Friuli Venezia Giulia	0,30	1,48	4,64	19,31	2,50	0,10	1,56	5,37	20,29	2,65
Liguria	0,17	1,42	5,99	29,83	3,47	0,25	1,21	6,53	26,03	3,19
Emilia-Romagna	0,30	1,47	6,15	25,02	3,09	0,27	1,88	4,23	23,92	2,84
Toscana	0,34	1,21	5,16	25,55	3,01	0,27	1,40	4,46	24,29	2,85
Umbria	0,75	0,83	4,99	24,11	2,89	0,15	0,82	4,55	21,30	2,49
Marche	0,42	0,85	3,41	22,32	2,49	0,52	0,56	5,03	22,91	2,70
Lazio	0,64	2,00	5,82	30,59	3,78	0,45	1,63	5,98	29,71	3,61
Abruzzo	0,60	2,30	8,65	33,35	4,20	0,30	2,04	5,99	27,09	3,36
Molise	0,89	3,17	8,81	43,48	5,19	0,90	4,04	10,87	26,51	4,16
Campania	0,99	3,57	10,33	45,87	5,96	1,19	3,45	10,63	45,49	6,01
Puglia	0,67	2,44	7,52	36,19	4,49	0,60	2,31	7,49	38,68	4,70
Basilicata	0,96	2,24	9,54	38,70	4,75	0,49	3,70	5,26	37,27	4,26
Calabria	0,82	4,07	10,82	41,66	5,44	0,98	3,27	11,70	46,76	5,94
Sicilia	0,67	3,75	10,10	46,59	5,88	0,90	2,99	10,63	48,67	6,07
Sardegna	1,33	2,12	4,46	34,81	4,13	0,83	1,70	4,05	26,13	3,24
Italia	**0,56**	**2,13**	**6,53**	**30,32**	**3,80**	**0,49**	**1,91**	**6,35**	**28,52**	**3,59**

Fonte dei dati: Istat. Health for All-Italia. Anno 2023.

Tabella 2 - *Tasso (standardizzato e specifico per 10.000) di mortalità per diabete mellito per regione. Femmine - Anni 2020-2021*

Regioni	2020					2021				
	45-54	55-64	65-74	75+	Tassi std	45-54	55-64	65-74	75+	Tassi std
Piemonte	0,20	0,69	2,61	26,35	2,44	0,06	0,52	2,85	20,92	2,02
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,95	0,00	2,59	18,53	1,94	0,00	0,00	2,56	17,59	1,71
Lombardia	0,06	0,49	2,43	21,37	2,00	0,16	0,40	1,73	17,83	1,65
Bolzano-Bozen	*0,00*	*0,27*	*1,57*	*18,82*	*1,68*	*0,00*	*1,07*	*0,76*	*13,17*	*1,25*
Trento	*0,00*	*0,27*	*1,01*	*17,99*	*1,47*	*0,24*	*0,75*	*0,96*	*15,99*	*1,49*
Veneto	0,27	0,61	2,24	20,98	1,99	0,20	0,51	2,33	20,68	1,94
Friuli Venezia Giulia	0,10	0,33	1,37	16,85	1,50	0,20	0,54	1,25	16,36	1,52
Liguria	0,16	0,83	2,85	26,42	2,42	0,08	0,82	2,96	25,89	2,46
Emilia-Romagna	0,22	0,62	2,78	22,95	2,13	0,16	0,33	1,74	20,37	1,78
Toscana	0,10	0,55	2,48	24,60	2,20	0,20	0,36	2,91	23,16	2,15
Umbria	0,29	0,46	2,33	24,48	2,19	0,14	0,30	3,03	24,22	2,15
Marche	0,08	0,45	2,35	23,64	2,08	0,00	0,35	1,91	19,78	1,72
Lazio	0,10	0,88	3,07	27,08	2,62	0,22	0,79	3,42	26,91	2,62
Abruzzo	0,10	0,83	3,31	30,59	2,75	0,00	0,92	2,90	30,16	2,66
Molise	0,87	0,44	1,55	27,65	2,41	0,00	1,75	3,06	34,16	3,03
Campania	0,29	1,38	7,22	48,41	4,98	0,43	1,74	6,05	52,14	5,27
Puglia	0,32	1,24	4,66	39,89	3,91	0,23	0,92	4,04	39,82	3,79
Basilicata	0,23	1,89	3,82	38,91	3,72	0,00	0,70	1,72	39,72	3,27
Calabria	0,35	1,36	4,50	45,10	4,22	0,21	1,28	6,05	48,82	4,67
Sicilia	0,32	1,38	5,36	45,78	4,53	0,35	1,53	6,03	47,43	4,72
Sardegna	0,28	1,20	3,42	29,89	2,99	0,30	0,31	1,95	24,55	2,25
Italia	**0,19**	**0,84**	**3,42**	**28,92**	**2,77**	**0,20**	**0,77**	**3,21**	**27,74**	**2,65**

Fonte dei dati: Istat. Health for All-Italia. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 219

Raccomandazioni di Osservasalute

I dati riportati mostrano una riduzione della mortalità per diabete a livello nazionale tra il 2020 e il 2021. Tale diminuzione ha riguardato tutte le fasce di età ed entrambi i generi, seppure nette differenze possano essere osservate a livello regionale. In particolare, alcune regioni meridionali continuano a mostrare tassi di mortalità superiori a quelli delle altre regioni e in progressiva crescita. La motivazione di ciò potrebbe essere riferita a criticità nell'offerta dei servizi, all'accesso dei cittadini ai servizi disponibili e all'aderenza dei pazienti ai piani terapeutici, ma anche ai maggiori tassi di prevalenza della malattia che si registrano nelle stesse regioni. In riferimento a ciò, si evidenzia come la pandemia di COVID-19 abbia determinato un ulteriore incremento della prevalenza di diabete nella popolazione italiana, in relazione al peggioramento dei fattori di rischio intermedi, quali l'aumento di peso e la diminuzione dei livelli di attività fisica, che l'adozione delle misure di restrizione per il contenimento dei contagi ha determinato in una consistente parte della popolazione (3).

Alla luce di queste evidenze risulta sempre più necessario aumentare la consapevolezza dei cittadini, soprattutto di coloro che risiedono nelle regioni maggiormente interessate dalla patologia e dalla mortalità ad essa correlata, sugli effetti che gli stili di vita possono avere sulla salute in generale e sulla prevenzione e il controllo della patologia diabetica in particolare.

Riferimenti bibliografici

(1) World Health Organization. Global health estimates. Disponibile sul sito: www.who.int/data/global-health-estimates.
(2) Istituto Nazionale di Statistica. Indagine "Aspetti della vita quotidiana" 2022. Disponibile sul sito: http://dati.istat.it.
(3) Italian Barometer Diabetes Observatory Foundation. 16th Italian Diabetes Barometer Report. 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 220

Obesità e sedentarietà nelle persone affette da diabete

Significato. Il diabete è una patologia cronica ampiamente diffusa che colpisce in Italia oltre 3 milioni di persone (1). L'azione di prevenzione nei confronti dei principali fattori di rischio, come l'obesità e la sedentarietà, è un elemento indispensabile per raggiungere risultati significativi nel contrasto alla diffusione della malattia. É noto, infatti, come obesità e sedentarietà rappresentino fattori di rischio per la salute connessi con l'insorgenza di numerose patologie croniche e, in particolare, del diabete, influenzando l'assetto lipidico nel sangue, la tolleranza al glucosio, l'insulinoresistenza ed altri cambiamenti metabolici. Di contro, una dieta sana, l'assenza di eccesso di peso e una attività fisica moderata e continua nel tempo, riducono il rischio di insorgenza del diabete e ne possono rallentare la progressione (2).

Prevalenza di persone affette da diabete in condizione di obesità

Numeratore: Persone di età 18 anni ed oltre affette da diabete in condizione di obesità

Denominatore: Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di età 18 anni ed oltre in condizione di obesità

x 100

Prevalenza di persone affette da diabete in condizione di sedentarietà

Numeratore: Persone di età 18 anni ed oltre affette da diabete in condizione di sedentarietà

Denominatore: Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di età 18 anni ed oltre in condizione di sedentarietà

x 100

Prevalenza di persone affette da diabete nella popolazione generale

Numeratore: Persone di età 18 anni ed oltre affette da diabete

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

x 100

Validità e limiti. Per l'analisi dell'associazione tra la condizione di obesità o di sedentarietà e la presenza della patologia diabetica, sono stati analizzati i dati rilevati nell'ambito dell'Indagine Multiscopo dell'Istat "Aspetti della vita quotidiana", condotta nel 2022 su un campione di quasi 19.000 famiglie, per un totale di oltre 42.000 mila individui.
La presenza del diabete è stata rilevata tramite la somministrazione di una batteria di quesiti auto-compilati in cui i rispondenti sono stati invitati a riferire la presenza o meno di diciannove malattie o condizioni croniche, tra cui il diabete. L'Indagine "Aspetti della vita quotidiana", però, non rileva il tipo di diabete. Tuttavia, secondo l'OMS, il 90% dei casi di diabete in tutto il mondo è di tipo 2 e insorge, generalmente, nelle età più avanzate (2).
Per la misurazione dell'obesità è stato utilizzato l'IMC o *Body Mass Index*, dato dal rapporto tra peso corporeo di un individuo, espresso in chilogrammi, e il quadrato della sua altezza, espressa in metri. Per gli adulti, seguendo le Linee Guida internazionali adottate dall'OMS (3), si considerano in sovrappeso i soggetti con i valori dell'IMC compresi nell'intervallo 25-29 e obesi coloro che presentano valori dell'IMC ≥30.
Si considerano sedentari, invece, coloro che dichiarano di non praticare sport, né altre forme di attività fisica nel tempo libero. L'attività sportiva *vs* sedentarietà rilevata si basa su una valutazione soggettiva dei rispondenti.

Valore di riferimento/Benchmark. I valori di riferimento attraverso cui valutare le prevalenze osservate delle persone affette da diabete in condizioni di obesità o di sedentarietà corrispondono al valore medio nazionale e ai valori regionali più alti registrati.

Descrizione dei risultati

Come già osservato in molte indagini epidemiologiche, il diabete è spesso associato alla presenza di obesità e a comportamenti sedentari. Infatti, se complessivamente tra la popolazione adulta di età 18 anni ed oltre la prevalenza di diabete è pari al 7,7%, tra gli adulti obesi la quota di persone con patologia diabetica raggiunge il 15,9%, ed è in crescita di 5,4 p.p. rispetto al 2001 (Tabella 1). Nella fascia di età 45-64 anni la quota di soggetti affetti da diabete e obesi è pari al 12,7% e raggiunge il 26,9% tra gli anziani di età 75 anni ed oltre (Tabella 2); tale quota, anche in questo caso, è in crescita rispetto al 2001.
Tra gli uomini, i pazienti affetti da diabete passano dall'8,3% del totale al 15,2% degli obesi, mentre tra le donne la distanza è più marcata, passando dal 7,2% al 16,7% (Tabella 1). Nei soggetti in sovrappeso, sebbene la presenza di diabete sia meno accentuata, si

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 221

osservano complessivamente dinamiche analoghe.
L'analisi territoriale mostra una maggiore prevalenza delle persone obese affette da diabete tendenzialmente nelle regioni meridionali (17,2%), anche se con alcune eccezioni, e meno tra chi vive nelle altre zone del Paese (Tabella 3).
Una maggiore prevalenza di diabete si osserva anche tra le persone che non praticano attività fisica nel tempo libero. Se, complessivamente, come già sottolineato, nella popolazione di età 18 anni ed oltre la prevalenza di diabete è pari al 7,7%, tra le persone sedentarie tale quota raggiunge l'11,5%, in netto aumento rispetto al passato (nel 2001 era pari a 7,2%). Analizzando l'associazione tra inattività fisica e diabete per classi di età si osservano prevalenze più elevate di diabete specialmente tra le persone sedentarie di età 65 anni ed oltre (18,5% nella fascia di età 65-74 anni, 24,1% negli ultra 75enni), mentre tale fenomeno è meno marcato tra i più giovani (1,3% nella fascia di età 18-44 anni e 6,8% tra i 45-64 anni) (Tabella 2).
L'analisi territoriale mostra livelli più elevati di associazione tra sedentarietà e diabete in alcune regioni del Centro e del Mezzogiorno: Umbria 13,9%, Molise 13,5%, Campania e Lazio entrambe 13,0%. Valori meno elevati si osservano nelle altre regioni.

Tabella 1 - *Prevalenza (valori per 100) di diabete nelle persone di età 18 anni ed oltre in condizione di obesità, sedentarietà e nella popolazione generale per genere - Anni 2001-2003, 2005-2022*

Anni	Obesi	Sedentari	Popolazione generale
		Maschi	
2001	9,1	6,6	4,5
2002	10,9	6,8	4,5
2003	10,1	6,8	4,4
2005	11,3	7,1	4,9
2006	10,7	7,6	5,2
2007	10,9	8,1	5,4
2008	12,2	8,2	5,4
2009	11,2	8,1	5,6
2010	12,6	7,7	5,5
2011	13,9	8,7	5,8
2012	16,0	9,7	6,7
2013	14,2	9,4	6,7
2014	14,2	9,5	6,4
2015	13,2	9,2	6,5
2016	13,9	9,4	6,4
2017	13,5	10,8	6,9
2018	12,9	11,6	7,0
2019	15,6	11,2	7,5
2020	12,8	10,4	7,0
2021	14,1	11,3	7,8
2022	**15,2**	**11,4**	**8,3**
		Femmine	
2001	11,8	7,5	4,8
2002	14,4	7,4	4,9
2003	11,5	8,1	5,2
2005	13,9	8,1	5,2
2006	14,0	8,3	5,5
2007	15,7	9,2	5,8
2008	16,9	9,5	6,1
2009	15,7	8,7	5,9
2010	17,2	9,4	6,2
2011	16,8	9,3	6,0
2012	17,6	10,2	6,5
2013	17,5	9,5	6,3
2014	16,9	10,2	6,6
2015	17,3	9,7	6,4
2016	16,1	10,2	6,2
2017	16,0	10,5	6,6
2018	15,7	11,0	6,3
2019	15,5	10,8	6,3
2020	17,3	11,7	6,9
2021	16,9	12,3	7,2
2022	**16,7**	**11,5**	**7,2**

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 222

Tabella 1 - (segue) *Prevalenza (valori per 100) di diabete nelle persone di età 18 anni ed oltre in condizione di obesità, sedentarietà e nella popolazione generale per genere - Anni 2001-2003, 2005-2022*

Anni	Obesi	Sedentari	Popolazione generale
		Totale	
2001	10,5	7,2	4,7
2002	12,7	7,1	4,7
2003	10,8	7,6	4,8
2005	12,6	7,7	5,1
2006	12,4	8,0	5,4
2007	13,2	8,8	5,6
2008	14,4	9,0	5,8
2009	13,3	8,5	5,8
2010	14,8	8,7	5,8
2011	15,3	9,0	5,9
2012	16,8	10,0	6,6
2013	15,7	9,4	6,5
2014	15,5	9,9	6,5
2015	15,1	9,5	6,4
2016	15,0	9,9	6,3
2017	14,6	10,7	6,7
2018	14,3	11,3	6,6
2019	15,6	11,0	6,9
2020	15,0	11,1	7,0
2021	15,5	11,9	7,4
2022	**15,9**	**11,5**	**7,7**

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2023.

Tabella 2 - *Prevalenza (valori per 100) di diabete nelle persone in condizione di obesità, sedentarietà e nella popolazione generale per genere e classe di età - Anno 2022*

Classi di età	Obesi	Sedentari	Popolazione generale
		Maschi	
18-44	3,4	1,0	1,2
45-64	12,9	7,4	6,5
65-74	28,3	20,7	18,5
75+	25,3	27,2	23,7
Totale	**15,2**	**11,4**	**8,3**
		Femmine	
18-44	4,3	1,6	1,2
45-64	12,5	6,3	4,7
65-74	24,1	17,0	13,2
75+	27,9	22,4	20,1
Totale	**16,7**	**11,5**	**7,2**
		Totale	
18-44	3,8	1,3	1,2
45-64	12,7	6,8	5,6
65-74	26,1	18,5	15,6
75+	26,9	24,1	21,6
Totale	**15,9**	**11,5**	**7,7**

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 223

Tabella 3 - *Prevalenza (valori per 100) di diabete nelle persone di età 18 anni ed oltre in condizione di obesità, sedentarietà e nella popolazione generale per regione - Anno 2022*

Regioni	Obesi	Sedentari	Popolazione generale
Piemonte	17,0	12,0	8,2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	12,9	10,6	5,6
Liguria	16,7	10,9	8,0
Lombardia	16,5	11,8	6,8
Bolzano-Bozen	*13,7*	*9,4*	*4,3*
Trento	*12,1*	*12,3*	*6,9*
Veneto	15,2	9,4	6,5
Friuli Venezia Giulia	12,8	11,6	6,6
Emilia-Romagna	12,9	9,2	6,3
Toscana	13,1	10,7	6,5
Umbria	16,6	13,9	8,1
Marche	13,8	9,0	6,4
Lazio	16,0	13,0	8,0
Abruzzo	18,0	11,6	7,4
Molise	19,7	13,5	8,7
Campania	15,9	13,0	9,9
Puglia	19,1	10,9	8,9
Basilicata	14,6	11,7	8,8
Calabria	16,9	10,9	9,9
Sicilia	17,6	11,3	9,0
Sardegna	13,7	9,5	7,3
Italia	**15,9**	**11,5**	**7,7**

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2023.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'adozione di uno stile di vita corretto ha dimostrato, nel tempo, di essere efficace nel prevenire o ritardare l'insorgenza del diabete. Secondo quanto indicato dall'OMS, per la prevenzione dell'insorgenza del diabete e delle sue complicanze basterebbe raggiungere e mantenere un corretto peso corporeo, essere fisicamente attivi con almeno 30 minuti di regolare e continua attività fisica di moderata intensità, adottare una dieta sana evitando gli zuccheri e l'assunzione di grassi saturi ed evitare l'uso di tabacco (4).

Anche la "Global strategy on diet, physical activity and health", promossa dall'OMS rafforza l'azione di contrasto al diabete incentivando su tutta la popolazione una sana alimentazione e una maggiore attenzione nel controllo del peso oltre ad una regolare attività fisica. Questi fattori di prevenzione risultano indispensabili per contrastare l'insorgenza di numerose altre patologie (5).

Riferimenti bibliografici

(1) Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana Anno 2022. Disponibile sul sito: http://dati.istat.it.
(2) World Health Organization (WHO). Diabetes, Fact sheet, April 2023.Disponibile sul sito: www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes.
(3) World Health Organization (WHO). Obesity and overweight, February 2018.
(4) World Health Organization (WHO). Global report on diabetes, Geneva, 2016.
(5) World Health Organization (WHO). Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable diseases 2013-2020, Geneva, 2013.
(6) American College of Sports Medicine. Exercise and type 2 diabetes. Med Sci Sports Exerc 2000; 32: 1.345-60.
(7) American Diabetes Association Position Statement. The Prevention or Delay of Type 2 Diabetes. Diabetes Care 2003; 26: 62-69.
(8) Hossain P, Kawar B, El Nahas M. Obesity and diabetes in the developing world - A growing challenge. N Engl J Med 2007; 356: 213-5.
(9) Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson JG, Valle TT, Hamalainen H, Ilanne-Parikka P, Keinanen-Kiukaanniemi S, Laakso M, Louheranta A, Rastas M, Salminen V, Uusitupa M. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. N Engl J Med. 2001; 344: 1.343-50.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 224

Persone affette da diabete per titolo di studio

Significato. È noto come nei Paesi del mondo occidentale si stia assistendo, già da tempo, ad un continuo miglioramento dello stato di salute (diminuzione della mortalità, aumento della speranza di vita etc.). Tuttavia, tale miglioramento non ha riguardato in maniera omogenea tutta la popolazione, ma si è distribuito eterogeneamente differenziandosi tra gli strati sociali ed inasprendo, spesso, le disuguaglianze sociali di salute (1).
Il diabete, insieme ad altre patologie croniche non trasmissibili, colpisce soprattutto le classi economicamente e socialmente più svantaggiate, tra le quali tendono ad essere maggiormente diffusi fattori di rischio quali obesità, sedentarietà, cattiva alimentazione e scarsa attenzione ai controlli dello stato di salute (2). La misurazione della presenza di disuguaglianze nella malattia diabetica tra individui, gruppi sociali e territori può essere stimata tramite il titolo di studio, che risulta essere una misura indiretta di *status* sociale molto efficace nello studio delle condizioni di salute.

Prevalenza di persone affette da diabete per titolo di studio

$$\text{Numeratore} = \frac{\text{Persone di età 25 anni ed oltre affette da diabete per titolo di studio}}{\text{Denominatore}} \times 100$$

Denominatore: Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di età 25 anni ed oltre per titolo di studio

Tasso di persone affette da diabete per titolo di studio

$$\text{Numeratore} = \frac{\text{Persone di età 25 anni ed oltre affette da diabete per titolo di studio}}{\text{Denominatore}} \times 100$$

Denominatore: Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di età 25 anni ed oltre per titolo di studio

Validità e limiti. Per stimare la prevalenza delle persone affette da diabete per titolo di studio sono stati analizzati i dati rilevati nell'ambito dell'Indagine Multiscopo dell'Istat "Aspetti della vita quotidiana", condotta nel 2022 su un campione quasi 19.000 famiglie, per un totale di oltre 42.000 individui.
In questa Indagine, la presenza del diabete viene rilevata tramite la somministrazione di una batteria di quesiti auto compilati, in cui i rispondenti sono invitati a riferire la presenza o meno di diciannove malattie o condizioni croniche, tra cui il diabete. L'indagine non rileva il tipo di diabete. Tuttavia, secondo l'OMS il 90% dei casi di diabete in tutto il mondo è di tipo 2 e insorge, generalmente, nelle età più avanzate.
Il titolo di studio viene rilevato tramite un quesito a risposta chiusa a quindici modalità. Ai fini delle analisi presenti in questo contributo tali modalità sono state riaccorpate in tre o quattro livelli (nelle analisi per genere e classe di età in una variabile a quattro livelli, mentre nelle analisi per regione in una variabile a tre livelli, in modo da avere stime maggiormente robuste).

Valore di riferimento/Benchmark. La prevalenza delle persone affette da diabete per titolo di studio può essere considerata in riferimento alle regioni con i valori più elevati.

Descrizione dei risultati

In Italia, nel 2022, le persone di età 25 anni ed oltre che dichiarano di essere affette da diabete sono pari all'8,4% (quasi 3 milioni 800 mila persone). Sono affetti da tale patologia soprattutto le persone con livello di istruzione più basso: la prevalenza della malattia, infatti, è pari al 3,6% tra le persone con titolo di studio più elevato (laurea e dottorato di ricerca), sale al 5,4% e al 9,3%, rispettivamente, tra le persone con diploma superiore e scuola media e raggiunge il 19,6% tra chi ha al massimo la licenza elementare (Tabella 1). La disuguaglianza sociale è particolarmente accentuata a partire dai 45 anni. Nella classe di età 45-64 anni la prevalenza del diabete è del 3,6% tra i laureati, mentre quasi triplica raggiungendo il 9,8% tra coloro che hanno al massimo conseguito la licenza elementare. Analogamente, per le persone di età 65 anni ed oltre, la prevalenza è pari all'11,8% tra i laureati e arriva al 22,4% tra gli anziani di *status* sociale (titolo di studio) più basso. Si osservano tendenze analoghe sia per gli uomini che per le donne (dati non presenti in tabella).
Nel 2022, a livello territoriale lo svantaggio maggiore si riscontra tendenzialmente soprattutto nel Meridione e nel Centro, dove le distanze tra chi possiede titoli di studio più alti e titoli di studio più bassi sono particolarmente elevate. In particolare, le distanze più marcate si evidenziano in Campania, Molise, Umbria, Abruzzo e Basilicata, ma anche nella PA di Trento.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 225

Tabella 1 - *Prevalenza (valori per 100) di diabete per genere, classe di età e titolo di studio - Anno 2022*

Titolo di studio	Maschi	Femmine	Totale
		25-44	
Dottorato di ricerca/Laurea	1,2	0,8	1,0
Diploma superiore	1,3	1,3	1,3
Licenza media	1,8	1,9	1,9
Licenza elementare/nessun titolo	n.d.	3,7	1,6
Totale	**1,4**	**1,3**	**1,3**
		45-64	
Dottorato di ricerca/Laurea	5,4	2,2	3,6
Diploma superiore	5,7	3,8	4,7
Licenza media	7,2	6,8	7,0
Licenza elementare/nessun titolo	11,7	8,3	9,8
Totale	**6,5**	**4,7**	**5,6**
		65+	
Dottorato di ricerca/Laurea	14,3	8,8	11,8
Diploma superiore	18,0	11,4	14,7
Licenza media	22,7	15,5	18,9
Licenza elementare/nessun titolo	24,4	21,3	22,4
Totale	**21,0**	**16,9**	**18,7**
		Totale	
Dottorato di ricerca/Laurea	5,3	2,3	3,6
Diploma superiore	6,4	4,4	5,4
Licenza media	9,9	8,7	9,3
Licenza elementare/nessun titolo	20,5	19,1	19,6
Totale	**9,0**	**7,8**	**8,4**

n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2023.

Tabella 2 - *Tasso (standardizzato per 100) di diabete nelle persone di età 25 anni ed oltre per titolo di studio e regione - Anno 2022*

Regioni	Dottorato/Laurea/ Diploma superiore	Licenza media	Licenza elementare	Totale
Piemonte	5,5	7,9	20,7	7,9
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	3,6	6,0	13,8	5,4
Lombardia	4,4	8,5	15,9	6,9
Bolzano-Bozen	*2,8*	*6,7*	*14,9*	*5,0*
Trento	*4,8*	*5,3*	*26,9*	*7,1*
Veneto	4,2	7,3	15,6	6,6
Friuli Venezia Giulia	3,8	9,4	13,7	6,1
Liguria	4,0	10,2	18,6	7,2
Emilia-Romagna	3,9	6,5	16,4	6,1
Toscana	3,1	7,6	16,6	6,2
Umbria	4,4	8,3	21,1	7,4
Marche	3,6	7,2	15,4	6,2
Lazio	4,4	12,7	20,3	8,0
Abruzzo	3,6	8,7	20,2	7,0
Molise	4,1	9,1	27,4	8,4
Campania	5,2	10,3	32,2	10,9
Puglia	5,0	8,6	20,2	9,0
Basilicata	4,8	5,6	21,4	7,8
Calabria	5,8	8,9	21,0	9,7
Sicilia	5,2	9,8	19,8	9,1
Sardegna	2,2	8,5	15,9	6,6
Italia	**4,4**	**8,8**	**19,7**	**7,7**

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 226

Raccomandazioni di Osservasalute

L'aumento nella diffusione del diabete, osservabile negli ultimi anni a livello globale, richiede l'adozione di un monitoraggio costante sulla malattia che punti sulla prevenzione e sull'intervento precoce, in modo da arrestarne le complicanze.

Per la gestione della malattia è fondamentale avere un approccio intersettoriale che tenga in considerazione anche fattori non clinici legati alle differenze sociali, culturali, demografiche, geografiche ed etniche al fine di ridurre le disuguaglianze che influiscono fortemente sull'insorgenza della patologia e sul suo decorso. Importante, quindi, è monitorare soprattutto i gruppi sociali più a rischio, poiché sono soprattutto le classi economicamente e socialmente più svantaggiate ad esserne più gravemente colpite. In tal senso, il *Diabetes Programme* dell'OMS incoraggia l'adozione di misure di sorveglianza, prevenzione e controllo della malattia, soprattutto nei Paesi a medio e basso reddito che risultano esserne più gravemente colpiti (5).

Riferimenti bibliografici

(1) Mackenbach JP, Bos V, Andersen O, et al. Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries. Int J Epidemiol 2003; 32: 830-7.
(2) Espelt A, Borrell C, Roskam AJ, et al. Socioeconomic inequalities in diabetes mellitus across Europe at the beginning of the 21st century. Diabetologia 2008; 51: 1.971-9.
(3) World Health Organization (WHO). Global report on diabetes, Geneva, 2016.
(4) Istat. Il diabete in Italia. Statistica Report, 2017.
(5) World Health Organization (WHO). Diabetes, Fact sheet, April 2023.Disponibile sul sito: www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 227

Obesità di grado severo e rischio cardiometabolico in età pediatrica

Dott. Procolo Di Bonito, Dott.ssa Valeria Calcaterra, Dott. Domenico Corica, Dott.ssa Anna Di Sessa, Prof.ssa Maria Felicia Faienza, Dott.ssa Francesca Franco, Dott.ssa Maria Rosaria Licenziati, Prof. Claudio Maffeis, Dott. Giulio Maltoni, Prof. Emanuele Miraglia Del Giudice, Prof.ssa Anita Morandi, Dott.ssa Enza Mozzillo, Prof.ssa Malgorzata Wasniewska, Dott.ssa Giuseppina Rosaria Umano; Prof.ssa Giuliana Valerio, Gruppo di Studio "Obesità Infantile" - Società Italiana di Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica

L'Obesità di grado Severo (ObS) nell'adulto è definita da un valore di BMI ≥40 kg/m^2. Essa è associata ad un elevato rischio di sviluppare diabete tipo 2, ipertensione, insufficienza cardiaca congestizia e a scarso successo terapeutico. In tali casi la chirurgia bariatrica rappresenta la principale terapia in grado di indurre un significativo calo di peso e una regressione del diabete e di molte complicanze cardiometaboliche.
Ancora discussa è la definizione di ObS in età pediatrica, che in Italia interessa circa il 6,5% dei bambini di età 6-9 anni (1). In Canada e in alcuni Paesi europei, inclusa l'Italia, la definizione di ObS si basa su valori di BMI ≥99° percentile oppure di BMI Z-score >3 deviazioni standard, utilizzando i valori di riferimento dell'OMS (2-3). Tuttavia, l'uso dei valori estremi della distribuzione statistica, soprattutto per il metodo basato sullo Z-score, è stato ritenuto poco attendibile per la loro stessa scarsa frequenza. Pertanto, nel 2016 negli Stati Uniti è stato adottato il limite del 120% del 95° percentile (pc) del BMI per la stratificazione dell'ObS, usando come riferimento le tabelle del *Centers for Disease Control* (4). Tale limite è stato indicato, ad esempio, per la prescrizione di interventi farmacologici o di chirurgia bariatrica nell'adolescente (5). Attualmente, non ci sono studi che hanno applicato la definizione di ObS alternativa all'uso del BMI Z-score utilizzando le curve di riferimento dell'OMS.
Pertanto, scopo del presente studio è stato quello di caratterizzare la relazione fra fattori di rischio cardiometabolico in bambini e adolescenti con obesità definita con i criteri OMS (BMI ≥97° pc per età e genere) e categorie progressivamente crescenti di BMI basate sulle percentuali al di sopra del 120% di tale limite.
Su iniziativa del Gruppo di Studio dell'Obesità infantile della Società Italiana di Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica, è in corso da alcuni anni uno studio osservazionale riguardante un vasto campione di bambini e adolescenti con sovrappeso e obesità afferenti a diversi Centri per la cura dell'obesità presenti sul territorio nazionale. Il presente studio riguarda bambini e adolescenti di età compresa fra 6-16 anni consecutivamente osservati nel periodo 2003-2020 in 12 Centri.
Tutti i partecipanti inclusi nel presente studio presentavano obesità definita in base al 97° pc delle tabelle OMS. Le categorie mutuamente esclusive di BMI crescente, per età e genere, sono state definite, oltre che dal 97° pc, dal 99° pc, dal 120% del 97° pc e dal 140% del 97° pc.
Il campione era costituito da 3.647 bambini e adolescenti, 1.903 maschi (52,2%) e 1.744 femmine (47,8%), di cui erano disponibili dati antropometrici, biochimici e pressori. Il rischio cardiometabolico è stato espresso come Rischio Continuo (cRCM) ottenuto dalla somma dei residui standardizzati per età e genere del logaritmo naturale di: insulinemia a digiuno (indice di insulino-resistenza), pressione arteriosa media, rapporto trigliceridi/HDL-colesterolo (indice di dislipidemia aterogena), rapporto circonferenza vita/altezza (indice di adiposità viscerale) (6). Un valore elevato di cRCM è stato definito dal 75° pc del valore osservato in tutta la popolazione esaminata.
Le caratteristiche del campione stratificato per categorie di gravità di obesità sono illustrate nella Tabella 1.
Ad eccezione della glicemia a digiuno e del colesterolo, tutte le variabili erano significativamente diverse fra i gruppi con livelli linearmente crescenti dal 97° pc fino al 140% del 97° pc.
Per valutare la *performance* dei diversi cut-off nell'identificare i soggetti con elevato RCM, abbiamo analizzato l'area sotto la curva in relazione con la presenza di elevato RCM (75° pc del cRCM) come variabile dipendente e i diversi *cut-off* come variabili di interesse. I risultati sono riassunti nella Tabella 2.
L'AUC più elevata, in relazione ad un elevato cRCM, era osservata nel gruppo del 140% del 97° pc. Questo valore di AUC era significativamente più elevato rispetto ai *cut-off* inferiori (Metodo di De Long).
In conclusione, il nostro studio dimostra, per la prima volta, che la stratificazione delle forme di ObS in relazione alle percentuali del BMI >97° pc delle curve di OMS permette di identificare bambini o adolescenti con crescente rischio cardiometabolico. In particolare, il limite del 140% del 97° pc rappresenta un indicatore di alto rischio obesità morbigena.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 228

Tabella 1 - *Caratteristiche demografiche, antropometriche e cliniche del campione stratificato per categorie di gravità di obesità - Raccolta dati anni 2003-2020*

N = 3.647 (100%)	97° pc 319 (8,8)	99° pc 740 (20,3)	120% 97° pc 1.566 (42,9)	140% 97° pc 1.022 (28,0)	P
Maschi, n (%)	116 (37,2)	331 (44,8)	868 (54,4)	588 (57,5)	<0,0001
Età (anni)	12,1±2,2	11,3±2,4	10,9±2,3	10,9±2,2	<0,0001
Stadio Prepuberale, n (%)	42 (13,1)	189 (25,4)	511 (32,6)	317 (31,0)	<0,0001
BMI, Kg/m^2	25,2±2,5	26,4±2,9	28,9±3,1	34,0±4,4	<0,0001
BMI Z-score	2,1±0,1	2,6±0,2	3,1±0,4	4,0±0,5	<0,0001
WHtR	0,57±0,06	0,59±0,05	0,62±0,05	0,67±0,06	<0,0001
Glicemia (mg/dL)	87,0±7,6	86,6±8,5	87,0±8,8	86,3±9,4	0,311
I0 (µUI/ml)	13,3 (9,5-19,0)	13,0 (9,1-18,6)	15,4 (11,0-21,6)	18,0 (12,9-26,5)	<0,0001
Colesterolo (mg/dL)	157,7±30,3	155,8±29,3	157,5±29,4	156,8±30,0	0,604
HDL-Colesterolo (mg/dL)	50,7±12,8	49,3±11,0	48,0±10,7	46,0±10,2	<0,0001
Trigliceridi (mg/dL)	73,0 (55,0-102,0)	73,0 (55,0-98,0)	82,0 (60,8-109,0)	85,5 (64,0-115,0)	<0,0001
TG/HDL ratio	1,5 (1,0-2,3)	1,5 (1,1-2,2)	1,7 (1,2-2,5)	1,9 (1,4-2,7)	<0,0001
PA sistolica (mmHg)	109,5±13,6	109,3±12,8	111,3±13,8	114,4±14,3	<0,0001
PA diastolica (mmHg)	65,3±9,7	65,1±9,3	66,4±9,7	68,4±10,4	<0,0001
PAM (mmHg)	80,1±9,7	79,8±9,1	81,4±9,7	83,7±10,3	<0,0001
cRCM Z-score	-1,9±2,1	-1,4±2,0	-0,04±2,0	1,5±2,3	<0,0001

I dati sono espressi come Media±DS, n (%), mediana (IQ *range*).

BMI: *Body Mass Index;* WHtR: Rapporto vita/altezza; I_0: Insulinemia a digiuno; TG/HDL: Trigliceridi/HDL-Colesterolo; PA: Pressione Arteriosa; PAM: Pressione Arteriosa Media; cRCM: Rischio Cardiometabolico Continuo.

Fonte dei dati: Studio multicentrico italiano, Gruppo di Studio Obesità infantile, Società Italiana di Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica. Anno 2023.

Tabella 2 - *Area sotto la curva per le diverse categorie di obesità e obesità severa in relazione alla presenza di elevato rischio cardiometabolico - Raccolta dati anni 2003-2020*

	97° pc	99° pc	120% 97° pc	140% 97° pc
Area sotto la curva	0,500	0,542	0,636	0,673
95% IC	0,479-0,522	0,521-0,563	0,617-0,655	0,652-0,695
Errore standard	0,011	0,011	0,010	0,011
P	0,987	<0,0001	<0,0001	<0,0001

Fonte dei dati: Studio multicentrico italiano, Gruppo di Studio Obesità infantile, Società Italiana di Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica. Anno 2023.

Riferimenti bibliografici

(1) Spinelli A, Buoncristiano M, Kovacs VA, Yngve A, Spiroski I, Obreja G, Starc G e coll. Prevalence of Severe Obesity among Primary School Children in 21 European Countries. Obes Facts 2019; 12: 244-258.
(2) de Onis M, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishida C, Siekmann J. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. Bull World Health Organ. 2007; 85 (9): 660-667.
(3) Valerio G, Maffeis C, Saggese G, Ambruzzi MA, Balsamo A, Bellone S, et al. Diagnosis, treatment and prevention of pediatric obesity: consensus position statement of the Italian Society for Pediatric Endocrinology and Diabetology and the Italian Society of Pediatrics. Ital J Pediatr. 2018; 44 (1): 88.
(4) Barlow SE; Expert Committee. Expert committee recommendations regarding the prevention, assessment, and treatment of child and adolescent overweight and obesity: summary report. Pediatrics. 2007; 120. Suppl 4: S 164-92.
(5) Maffeis C, Olivieri F, Valerio G, Verduci E, Licenziati MR, Calcaterra V, et al. The treatment of obesity in children and adolescents: consensus position statement of the Italian society of pediatric endocrinology and diabetology, Italian Society of Pediatrics and Italian Society of Pediatric Surgery. Ital J Pediatr. 2023; 49 (1): 69.
(6) Quinn RC, Campisi SC, McCrindle BW, Korczak DJ. Adolescent cardiometabolic risk scores: A scoping review. Nutr Metab Cardiovasc Dis. 2022; 32: 2.669-2.676.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 229

Malattie infettive

Il Rapporto Osservasalute di quest'anno rappresenta un nuovo tempo zero per la valutazione dell'andamento delle malattie infettive, dopo la dichiarazione ufficiale della conclusione della pandemia e di tutte le misure di contenimento che l'hanno accompagnata a partire dalla primavera del 2020. Quella "inevitabile" ripresa delle malattie infettive, annunciata già nel precedente Rapporto Osservasalute, è di fatto testimoniata dai dati presentati nelle pagine a seguire che riguardano in maniera trasversale tutte le malattie infettive oggetto di approfondimento.

La stagione influenzale 2022-2023, in linea con quanto osservato negli altri Paesi europei, è stata caratterizzata da una intensa circolazione dei virus influenzali e da un'incidenza di sindromi simil-influenzali che la configura nella soglia dell'alta intensità al pari delle epidemie 2017-2019, in contrasto alla stagione 2020-2021 mantenutasi costantemente nella fascia della bassa intensità. In ripresa rispetto al 2021 appaiono anche i tassi relativi all'incidenza di epatiti virali, che permangono tuttavia ancora al di sotto dei livelli registrati nel 2018 e 2019 per l'epatite B. Incrementi maggiormente significativi sono stati registrati invece per l'epatite C, con un numero di casi notificati che, in particolare nelle regioni del centro e negli ultra 50enni, non si registrava dal 2014. Anche la trasmissione endemica del morbillo, sostanzialmente interrotta nel periodo pandemico, registra una ripresa che con 15 casi nel 2022, 43 nel 2023 e 181 casi confermati nei primi 3 mesi del 2024, delinea una situazione ancora lontana dal raggiungimento dell'eliminazione, obiettivo che sembrava ormai a portata di mano nel 2021 e che l'Italia ha invece raggiunto ufficialmente per la rosolia nel 2022.

Questa occasione persa è solo in parte riconducibile alle coperture vaccinali per morbillo, che seppure con ampie oscillazioni interregionali ormai sono prossime al 95% per la 1ª dose, a fronte di dati epidemiologici che evidenziano come sia una malattia sempre più prerogativa degli adulti e per i quali è dunque necessario individuare nuove strategie di immunizzazione specialmente su sottogruppi specifici di popolazione, come ad esempio quello degli operatori sanitari. Complessivamente positivi i dati relativi alle coperture vaccinali nella popolazione infantile. Nel 2022 è stato, infatti, raggiunto il *target* del 95% raccomandato dall'OMS per Poliomielite, Difterite, Tetano, Pertosse, Epatite B e Haemophilus Influenzae B, oltre ad un sostanziale incremento rispetto al 2021 (+16,67%) per la vaccinazione raccomandata anti-meningococco C coniugato. Ancora ampiamente al di sotto degli obiettivi di copertura stabiliti dal PNPV resta, invece, la vaccinazione anti-influenzale in tutte le fasce di popolazione considerate, risultando ormai scemato quell'effetto di miglioramento dell'adesione vaccinale registrato nel 2020-2021 ed in parte veicolato dalle preoccupazioni per la pandemia e dallo sforzo organizzativo, comunicativo e di promozione delle vaccinazioni da parte dei professionisti di sanità pubblica.

È a quello stesso livello di *engagement* dimostrato durante l'emergenza pandemica, che continuano oggi ad essere chiamati gli operatori sanitari che, così come delineato dal PNPV 2023-2025, risultano centrali per il raggiungimento degli obiettivi previsti dal Piano, ivi inclusa l'implementazione di strategie volte a mantenere e migliorare le coperture vaccinali, a garantire l'accessibilità dei servizi vaccinali, la disseminazione delle corrette informazioni, lo sviluppo della cultura vaccinale e della *collective responsibility*, allo scopo di promuovere un senso di responsabilità etica e dovere morale tra la popolazione in tutte le fasce d'età.

P. VILLARI

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 230

Copertura vaccinale della popolazione infantile

Significato. I vaccini rappresentano uno degli strumenti di Sanità Pubblica più importanti e vantaggiosi per prevenire le malattie infettive, data l'elevata efficacia e il costo contenuto. I vaccini, infatti, agiscono stimolando la produzione di una risposta immunitaria attiva, in grado di proteggere dall'infezione e dalle sue complicanze, in modo duraturo ed efficace. Oltre a tutelare le persone immunizzate, le vaccinazioni interrompono la catena epidemiologica di trasmissione umana dell'infezione agendo, indirettamente, sui soggetti non vaccinati, attraverso la riduzione delle possibilità di venire in contatto con i rispettivi agenti patogeni. La valutazione della copertura vaccinale rappresenta un importante strumento che consente di identificare le aree di criticità in cui le malattie infettive potrebbero manifestarsi più facilmente.
L'implementazione e il mantenimento di livelli ottimali dei tassi di copeture vaccinali sono obiettivi fondamentali in Sanità Pubblica. Il DL n. 73/2017, recante disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale, successivamente convertito nella Legge n. 119/2017, prevede un incremento del numero di vaccinazioni obbligatorie per i minori di età 0-16 anni e per i minori stranieri non accompagnati. Alle quattro vaccinazioni, già in passato obbligatorie (anti-difterica, anti-tetanica, anti-poliomielitica e anti-epatite B), vengono aggiunte: anti-pertosse, anti-Haemophilus Influenzae tipo B (HIB), anti-morbillo, anti-rosolia, anti-parotite e anti-varicella, per un totale di dieci vaccinazioni obbligatorie. L'obbligatorietà per le ultime quattro vaccinazioni (anti-morbillo, anti-rosolia, anti-parotite e anti-varicella) è soggetta a revisione ogni 3 anni in base ai dati epidemiologici e alle coperture raggiunte.
Sono, altresì, indicate in offerta attiva e gratuita le seguenti vaccinazioni non obbligatorie, ma fortemente raccomandate, per i bambini di età 0-6 anni nati a partire dal 2017: anti-meningococcica B; anti-meningococcica C; anti-pneumococcica e anti-rotavirus. Per gli adolescenti, invece, le vaccinazioni raccomandate sono: anti-papillomavirus e anti-meningococcica tetravalente. In questa Sezione, verranno analizzati i dati registrati dal 2019 fino al 2022, ultimo anno disponibile. L'indicatore presentato permette di calcolare le coperture vaccinali dell'età pediatrica, previste entro i 24 mesi di vita, ossia la percentuale di bambini che abbiano ricevuto il ciclo completo (3 dosi) di anti-poliomielite, difterite, tetano, pertosse ed epatite B, il ciclo di base (1, 2 o 3 dosi secondo l'età) di anti-HIB, l'anti-Morbillo-Parotite-Rosolia (MPR), la 1ª dose per la vaccinazione anti-varicella (entro i 24 mesi di età), l'anti-meningococco C coniugato e l'anti-pneumococco coniugato.

Proporzione di copertura vaccinale dei bambini

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

Validità e limiti. I dati sulle dosi somministrate vengono rilevati dalle Autorità Sanitarie Regionali e i riepiloghi vengono inviati dalle Regioni (per singolo antigene) al Ministero della Salute. I dati vengono resi disponibili, a cura della Direzione generale della prevenzione sanitaria, sul sito del Ministero della Salute. Il confronto con i dati di copertura precedenti al periodo 2013-2014 non è possibile poiché solamente dal 2013 sono disponibili i dati per singolo antigene.

Valore di riferimento/Benchmark. Il PNPV 2017-2019, a recepimento delle indicazioni del *Global Vaccine Action Plan* 2011-2020 dell'OMS, prevede il raggiungimento di almeno il 95% di copertura vaccinale per ogni vaccino.

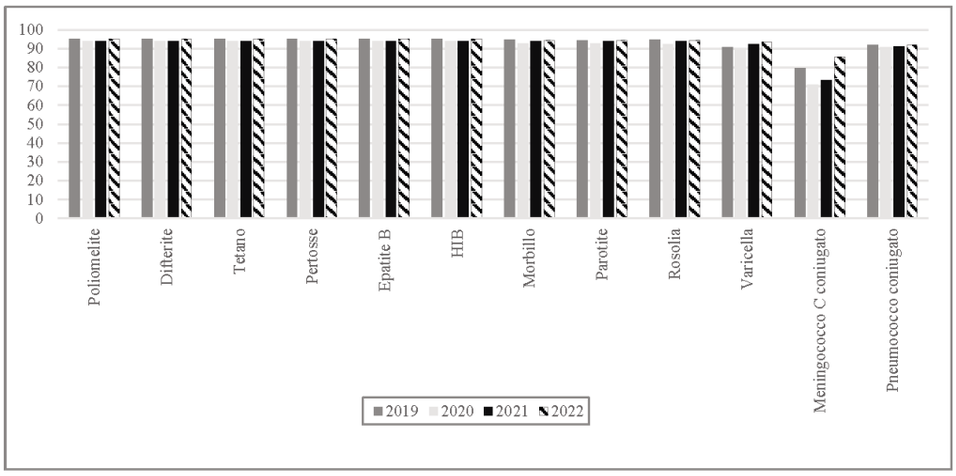
Descrizione dei risultati

I valori di coperture vaccinali in Italia, nell'arco temporale 2019-2022, risentono dell'impatto della pandemia di COVID-19. Dopo una riduzione dal 2019 al 2020, si osserva nel 2021 un lieve aumento dei valori soltanto per alcune tipologie mentre, nel 2022, l'incremento registrato ha interessato indistintamente tutte le tipologie di antigene (Grafico 1). Considerando l'intero periodo temporale (2019-2022), le coperture vaccinali restano alquanto stabili ad eccezione dell'anti-varicella (+3,15%) e dell'anti-meningococco C (+7,75%).
Nel 2022, le vaccinazioni obbligatorie che hanno raggiunto il *target* del 95% raccomandato dall'OMS sono Poliomielite, Difterite, Tetano, Pertosse, Epatite B e Hib. Nel dettaglio, i valori di copertura vaccinale più alti sono, rispettivamente, per Poliomielite (95,15%), Difterite, Tetano e Pertosse (95,14%), Epatite B (95,05%) e Hib (95,08%), mentre Parotite (94,37%) e Varicella (93,35%) presentano i valori più bassi. Considerando le due vaccinazioni fortemente raccomandate, si assiste ad un importante aumento della copertura per il vaccino anti-meningococco C coniugato, che passa dal 73,37% del 2021 al 85,60% del 2022 (+16,67%) e un lieve aumento (+0,53%) per il

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 231

vaccino anti-pneumococco coniugato, che presenta un valore di 91,73% nel 2022 *vs* 91,25% del 2021.
Per quanto riguarda la distribuzione territoriale, nel 2022, solamente Lombardia, PA di Trento, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria e Lazio hanno presentato valori di coperture superiori al 95% per tutte le vaccinazioni obbligatorie ad eccezione della varicella nella PA di Trento, Toscana e Umbria. Valori superiori al 95% si riscontrano anche in altre regioni, ma solo per alcuni vaccini (Tabella 1). Le più basse coperture si registrano, in generale, nella PA di Bolzano e in Sicilia (<91%).
I valori di copertura maggiori per l'anti-meningococco C coniugato si registrano in Lombardia (93,89%) ed Emilia-Romagna (93,79%) e per l'anti-pneumococco coniugato in Emilia-Romagna (94,98%), Molise (94,69%), Calabria (94,58%), Basilicata (94,57%), Lombardia (94,32%) e Umbria (94,28%).

Grafico 1 - *Proporzione (valori per 100) di copertura vaccinale nei bambini di età ≤24 mesi per tipologia di antigene - Anni 2019-2022*



Fonte dei dati: Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione - Ufficio V - Malattie Infettive e Profilassi Internazionale. Coorte 2020. Aggiornamento al 20 Giugno 2023. Anno 2023.

Tabella 1 - *Proporzione (valori per 100) di copertura vaccinale nei bambini di età ≤24 mesi per tipologia di antigene e regione - Anno 2022*

Regioni	Poliomielite	Difterite	Tetano	Pertosse	Epatite B	Hib	Morbillo	Parotite	Rosolia	Varicella	Meningococco C	Pneumococco
Piemonte	94,79	94,79	94,79	94,79	94,75	94,61	94,44	94,37	94,36	93,72	89,64	91,25
Valle d'Aosta	93,31	93,31	93,31	93,31	93,04	93,18	91,60	91,47	91,60	88,58	87,01	89,63
Lombardia	97,47	97,46	97,46	97,46	97,45	97,35	97,32	97,28	97,32	96,72	93,89	94,32
Bolzano-Bozen	*78,89*	*78,87*	*78,86*	*78,87*	*78,89*	*78,89*	*76,15*	*76,15*	*76,15*	*76,03*	*64,30*	*73,19*
Trento	*95,18*	*95,18*	*95,18*	*95,18*	*95,16*	*95,18*	*95,11*	*95,11*	*95,11*	*94,52*	*88,49*	*91,22*
Veneto	95,45	95,46	95,48	95,46	95,40	95,33	94,86	94,81	94,86	94,25	91,23	93,96
Friuli Venezia Giulia	93,54	93,54	93,55	93,54	93,51	93,47	92,03	92,03	92,03	91,15	85,90	89,36
Liguria	92,51	92,53	92,53	92,52	92,46	92,43	90,82	90,80	90,83	89,77	84,68	90,66
Emilia-Romagna	97,98	97,97	97,99	97,99	97,94	97,79	97,81	97,70	97,82	96,78	93,79	94,98
Toscana	96,76	96,78	96,78	96,78	96,67	97,17	95,87	95,80	95,86	94,86	89,65	91,93
Umbria	96,49	96,49	96,51	96,49	96,43	96,29	95,73	95,59	95,65	94,09	87,04	94,28
Marche	95,11	94,98	94,98	94,98	95,00	94,98	93,54	93,51	93,51	91,78	84,46	91,49
Lazio	97,15	97,13	97,13	97,12	97,15	97,02	97,37	97,33	97,36	96,37	86,92	90,74
Abruzzo	95,10	95,10	95,10	95,10	95,11	95,15	93,36	93,36	93,36	92,90	70,12	90,61
Molise	95,49	95,49	95,49	95,49	95,49	95,96	93,99	93,99	93,99	94,57	80,99	94,69
Campania	95,05	95,05	95,05	95,05	95,05	95,03	93,68	93,68	93,68	90,48	67,44	87,69
Puglia	93,22	93,23	93,23	93,23	93,22	93,17	91,42	91,41	91,42	90,82	82,50	90,94
Basilicata	95,71	95,71	95,71	95,71	95,71	95,71	94,01	94,01	94,01	92,66	91,17	94,57
Calabria	96,13	96,13	96,13	96,13	96,13	96,13	92,96	92,96	92,96	92,87	91,28	94,58
Sicilia	90,35	90,32	90,32	90,32	89,63	90,28	90,14	90,12	90,14	89,20	75,44	87,34
Sardegna	92,42	92,44	92,44	92,44	92,36	92,25	92,18	92,15	92,17	91,48	88,09	90,58
Italia	**95,15**	**95,14**	**95,14**	**95,14**	**95,05**	**95,08**	**94,40**	**94,37**	**94,39**	**93,35**	**85,60**	**91,73**

Fonte dei dati: Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione - Ufficio V - Malattie Infettive e Profilassi Internazionale. Coorte 2020. Aggiornamento al 20 Giugno 2023. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 232

Raccomandazioni di Osservasalute

Nonostante l'evidenza degli importanti traguardi ottenuti con le vaccinazioni (eradicazione del vaiolo e *status polio-free* nella Regione europea), nel nostro Paese le coperture vaccinali sono ancora disomogenee sul territorio. In generale, l'introduzione dell'obbligo vaccinale ha portato ad un aumento delle coperture per tutte le dieci vaccinazioni obbligatorie dal 2017 al 2019, con particolare riferimento alla varicella, segnando dunque la strada da seguire. Nonostante il calo osservato durante la pandemia COVID-19, nel 2022 si osserva un recupero dei valori di copertura vaccinale per tutti gli indicatori, con sei delle dieci vaccinazioni obbligatorie che tornano a valori >95% in Italia. Come evidenziato dal nuovo PNPV 2023-2025, è necessario dunque continuare ad implementare strategie efficaci per mantere (ed aumentare) le copertura vaccinale, attraverso diverse azioni. Tra queste, si segnala l'importanza della formazione degli operatori sanitari, che devono essere motivati e convinti dell'interesse individuale e collettivo delle vaccinazioni (molte astensioni derivano più dalle mancate motivazioni dei referenti educativi che non dall'opposizione delle famiglie); la qualità dell'educazione sanitaria, che deve essere adattata alle diverse situazioni culturali locali (lingua, contenuti dei discorsi e mezzi di comunicazione); l'efficienza dei servizi vaccinali nell'offerta attiva (soddisfazione del proprio bacino di utenza e aspetti organizzativi); la corretta informazione delle famiglie e il contrasto alla disinformazione e alle *fake news*; il completamento dell'informatizzazione delle anagrafi vaccinali regionali e dell'anagrafe vaccinale nazionale.

Riferimenti bibliografici

(1) Ministero della Salute. Legge vaccini. Ministero della salute. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/portale/vaccinazioni/dettaglioContenutiVaccinazioni.jsp?lingua=italiano&id=4824&area=vaccinazioni&menu=vuoto (Ultimo accesso 22 gennaio 2023).
(2) Organizzazione Mondiale della Sanita. Third round of the global pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic. Interim report - November–December 2021. CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
(3) Bonanni P., Angelillo I. F., Villani A. et al (2021). Maintain and increase vaccination coverage in children, adolescents, adults and elderly people: Let's avoid adding epidemics to the pandemic: Appeal from the Board of the Vaccination Calendar for Life in Italy: Maintain and increase coverage also by re-organizing vaccination services and reassuring the population. Vaccine, 39 (8), 1.187-1.189.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 233

Copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione generale e negli anziani

Significato. L'influenza è una malattia infettiva acuta ubiquitaria, generalmente caratterizzata da un andamento stagionale che privilegia le stagioni fredde. Si trasmette per contagio interumano diretto, principalmente per via *droplet*, ossia le goccioline respiratorie espulse dal soggetto malato mediante colpi di tosse, starnuti o semplicemente anche parlando.
Secondo i dati forniti dal Rapporto Epidemiologico RespiVirNet n. 10 del 19 gennaio 2024 elaborato dall'ISS, l'incidenza in Italia è pari a 14,1 casi per 1.000 assistiti nella seconda settimana del 2024, valore in netto calo rispetto al picco raggiunto nell'ultima settimana del 2023 (18,5 casi per 1.000).
L'influenza rappresenta uno dei principali problemi di Sanità Pubblica in termini di morbosità, mortalità, costi sanitari e sociali. Il significativo impatto sanitario è dovuto, soprattutto, alle complicanze che si riscontrano nelle forme più gravi, alle ripercussioni economiche legate all'incremento dei casi di ospedalizzazione, all'aumento della richiesta di assistenza e della spesa farmaceutica. La copertura vaccinale antinfluenzale è, quindi, un indicatore fondamentale per verificare l'efficacia dell'offerta vaccinale, soprattutto nei gruppi di popolazione *target*, in particolare gli anziani. Considerando che il peso della popolazione anziana e molto anziana è consistente, una buona copertura antinfluenzale può contribuire alla prevenzione delle forme più gravi e complicate di influenza e alla riduzione della mortalità prematura.
Il vaccino antinfluenzale stagionale viene offerto alle persone di età 65 anni ed oltre e alle persone di tutte le età aventi patologie di base che aumentano il rischio di complicanze in corso di influenza, con un duplice obiettivo: da una parte ridurre il rischio individuale di malattia, ospedalizzazione e morte prematura, dall'altra ridurre i costi sociali connessi alla morbosità e mortalità.

Proporzione di copertura vaccinale antinfluenzale

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Popolazione di età 6 mesi ed oltre vaccinata}}{\text{Popolazione media residente}} \times 100$$

Proporzione di copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Popolazione di età 65 anni ed oltre vaccinata}}{\text{Popolazione media residente}} \times 100$$

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

Valore di riferimento/Benchmark. Gli obiettivi di copertura, stabiliti dal PNPV, sono il 75% come obiettivo minimo perseguibile e il 95% come obiettivo ottimale negli ultra 65enni e nei gruppi a rischio.

Descrizione dei risultati

La copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione generale si attesta al 20,2%, nella stagione 2022-2023, registrando una leggera flessione (-1,5%) rispetto alla stagione precedente (20,5%). Sono presenti lievi differenze regionali, ma senza un vero e proprio gradiente geografico. Negli ultimi 10 anni (dalla stagione 2013-2014), a livello nazionale si osserva un aumento della copertura (+29,5%), soprattutto nella stagione 2020-2021 (Tabella 1).
Anche la copertura antinfluenzale negli ultra 65enni risulta in calo rispetto alla stagione precedente e non raggiunge in alcuna regione i valori considerati minimi dal PNPV. Il valore maggiore si è registrato in Umbria (68,7%), seguita da Basilicata (66,3%) ed Abruzzo (62,5%), mentre le percentuali minori si sono registrate in Sardegna (37,3%), nella PA di Bolzano (38,7%) e in Valle d'Aosta (45,9%). Inoltre, considerando gli ultimi 10 anni (dalla stagione 2013-2014) si osserva a livello nazionale un minimo aumento (+2,3%), mentre a livello regionale si osservano sia aumenti fino a circa il 14% ma anche decrementi importanti, circa il 19%, come in Sicilia (Tabella 2).
Da un confronto tra le ultime 2 stagioni (2022-2023 e 2021-2022), il valore nazionale mostra una riduzione del -2,4%.
A livello regionale, quasi tutte le regioni hanno riportato una diminuzione della copertura (compresa tra -0,1% e -12,3%), maggiore nelle Marche, in Sardegna ed in Sicilia (rispettivamente, -12,3%, -9,5% e -7,5%);

S. FARINA, G. GRECO, L. VILLANI, A. ZAINO, T. SABETTA

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 234

le uniche 5 regioni in cui la *performance* vaccinale è migliorata rispetto alla stagione 2021-2022 sono state PA di Trento (+17,9%), PA di Bolzano (+7,2), Veneto (+5,6%), Molise (+4,1%) e Toscana (+0,9%) (Tabella 2).

Tabella 1 - *Proporzione (valori per 100) di copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione di età 6 mesi ed oltre per regione - Stagioni 2013-2014/2022-2023*

Regioni	2013/14	2014/15	2015/16	2016/17	2017/18	2018/19	2019/20	2020/21	2021/22	2022/23
Piemonte	14,7	13,5	13,6	14,6	14,5	15,3	16,4	21,9	18,8	18,8
Valle d'Aosta	12,7	11,9	11,7	12,7	12,6	13,3	13,8	18,8	16,5	15,5
Lombardia	11,7	11,4	11,6	12,1	12,1	12,9	13,7	19,4	18,5	19,5
Bolzano-Bozen	*7,9*	*8,3*	*8,8*	*9,0*	*8,6*	*9,6*	*8,2*	*11,7*	*9,7*	*10,9*
Trento	*13,8*	*12,9*	*12,5*	*13,9*	*14,0*	*15,0*	*16,0*	*26,9*	*15,8*	*17,9*
Veneto	15,7	14,5	14,6	15,8	15,7	16,0	16,3	21,6	17,7	18,7
Friuli Venezia Giulia	16,9	15,0	15,6	18,1	17,6	18,9	20,3	25,8	20,4	20,6
Liguria	18,5	15,3	16,1	16,3	18,3	18,5	19,9	31,3	24,8	22,1
Emilia-Romagna	17,0	14,9	15,5	16,2	16,5	17,5	18,9	26,1	22,9	21,9
Toscana	19,4	16,3	16,5	18,1	18,4	19,1	20,1	28,2	21,8	22,5
Umbria	19,5	17,8	17,9	18,5	18,8	19,4	19,8	26,9	23,6	23,6
Marche	16,5	13,5	14,5	15,4	15,3	16,5	18,1	26,1	21,6	20,1
Lazio	16,5	14,0	14,3	14,9	15,0	15,5	16,2	27,5	22,0	21,6
Abruzzo	14,7	11,1	12,3	13,7	13,9	15,2	16,4	17,9	21,2	20,3
Molise	18,1	15,7	13,5	16,4	18,8	18,9	20,0	22,4	19,2	20,5
Campania	16,4	13,9	14,0	15,3	15,4	15,9	16,7	21,9	19,4	18,0
Puglia	17,8	14,6	14,9	18,1	18,9	17,0	17,8	25,6	24,9	23,4
Basilicata	16,6	13,5	14,2	15,9	16,2	18,8	17,3	19,0	22,4	20,7
Calabria	14,9	13,4	13,7	15,2	15,6	15,1	16,3	23,5	21,5	20,7
Sicilia	15,9	12,8	13,3	15,7	15,8	16,0	18,1	26,5	22,4	20,9
Sardegna	13,8	12,0	11,1	12,5	13,2	14,2	15,2	23,7	15,4	14,4
Italia	**15,6**	**13,6**	**13,9**	**15,1**	**15,3**	**15,8**	**16,8**	**23,7**	**20,5**	**20,2**

Fonte dei dati: Elaborazioni del Ministero della Salute. Anno 2023.

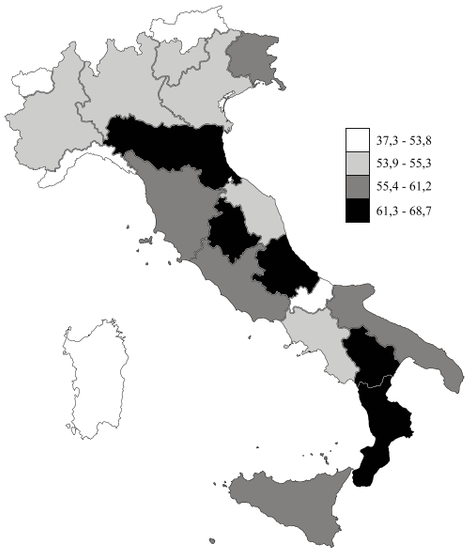
Tabella 2 - *Proporzione (valori per 100) di copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione di età 65 anni ed oltre per regione - Stagioni 2013-2014/2022-2023*

Regioni	2013/14	2014/15	2015/16	2016/17	2017/18	2018/19	2019/20	2020/21	2021/22	2022/23
Piemonte	51,1	46,3	46,9	48,2	47,9	49,0	51,0	62,4	55,4	54,3
Valle d'Aosta	48,2	43,5	42,2	44,4	44,1	45,2	45,4	52,6	49,3	45,9
Lombardia	48,6	46,3	47,7	47,5	47,7	48,2	49,9	60,6	56,0	55,3
Bolzano-Bozen	*33,9*	*36,6*	*37,8*	*37,3*	*35,3*	*38,3*	*32,5*	*41,1*	*36,1*	*38,7*
Trento	*55,8*	*51,9*	*50,2*	*53,2*	*53,5*	*54,8*	*55,2*	*65,9*	*46,5*	*54,8*
Veneto	58,5	53,4	54,0	55,8	55,1	55,6	53,9	59,6	51,8	54,7
Friuli Venezia Giulia	56,1	49,0	51,1	54,1	55,7	57,7	60,7	66,5	60,3	58,3
Liguria	50,4	46,6	45,7	47,3	50,1	50,1	53,0	68,4	55,8	53,7
Emilia-Romagna	57,2	50,0	51,9	52,7	53,3	54,7	57,4	70,1	65,1	62,3
Toscana	60,2	49,9	52,2	54,8	55,3	56,0	56,4	65,5	58,4	58,9
Umbria	68,8	61,8	62,8	63,1	63,4	64,8	64,3	77,4	68,8	68,7
Marche	57,5	46,2	50,1	51,0	50,0	51,6	56,9	65,0	62,8	55,1
Lazio	56,8	49,5	51,0	51,5	51,8	52,3	52,7	67,7	61,2	60,2
Abruzzo	54,6	38,5	45,7	48,6	49,1	52,4	55,3	64,1	64,2	62,5
Molise	59,5	49,0	43,8	52,4	61,0	61,7	65,4	62,3	50,7	52,8
Campania	61,3	52,9	52,8	56,7	57,4	60,3	62,1	66,1	58,1	53,9
Puglia	61,0	48,6	50,8	57,4	59,4	51,4	51,4	61,1	58,2	56,7
Basilicata	58,0	45,6	47,9	49,8	53,2	66,6	60,7	56,4	68,5	66,3
Calabria	56,5	53,3	51,7	57,9	61,2	59,8	61,8	79,0	62,9	62,1
Sicilia	56,5	47,4	49,5	52,9	54,3	53,0	59,4	75,3	63,7	58,9
Sardegna	46,0	40,6	40,0	41,6	44,0	46,5	46,2	61,0	41,2	37,3
Italia	**55,4**	**48,6**	**49,9**	**52,0**	**52,7**	**53,1**	**54,6**	**65,3**	**58,1**	**56,7**

Fonte dei dati: Elaborazioni del Ministero della Salute. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 235

Proporzione (valori per 100) di copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione di età 65 anni ed oltre per regione. Stagione 2022-2023



Raccomandazioni di Osservasalute

Secondo l'OMS, gli obiettivi primari della vaccinazione antinfluenzale sono il controllo dell'infezione, la prevenzione delle forme gravi e complicate di influenza e la riduzione della mortalità prematura in gruppi ad aumentato rischio di malattia grave. Una strategia vaccinale basata su questi presupposti presenta un favorevole rapporto costo-beneficio e costo-efficacia. Dopo il sensibile aumento delle percentuali di copertura vaccinale in Italia nella stagione 2020-2021, in parte correlato alla pandemia da COVID-19 in ragione della quale il Ministero della Salute ha incentivato la vaccinazione della popolazione a rischio, si è assistito ad una netta riduzione dei valori di copertura nelle stagioni 2021-2022 e 2022-2023.

Pertanto, occorre perseverare nell'implementare gli interventi di informazione rivolti all'intera popolazione e raccomandare ai MMG e, nel caso dei bambini, ai PLS, una maggiore prevenzione per le categorie *target*, al fine di evitare l'insorgenza di complicanze, l'aumento dei costi legati all'assistenza e alla spesa farmaceutica, nonché l'aumento del rischio di morte correlata all'influenza.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 236

Copertura vaccinale antinfluenzale della popolazione pediatrica

Significato. L'influenza è una delle principali cause di morbilità, mortalità ed esacerbazione di malattie croniche esistenti in tutto il mondo, causando 1 miliardo di casi, 3-5 milioni di casi di malattie gravi e 290-650 mila decessi in media ogni anno a causa di complicanze respiratorie (1). L'impatto clinico ed economico dell'influenza è più rilevante nei gruppi vulnerabili come i bambini, le donne in gravidanza, gli anziani e le persone con comorbidità (2). Si stima che annualmente il 20-30% della popolazione pediatrica venga colpita da questa malattia, a causa della frequentazione di ambienti comunitari come scuole e centri educativi e sociali, nonché dell'immaturità dei meccanismi del sistema immunitario (3). Risulta evidente, quindi, come la vaccinazione antinfluenzale pediatrica sia fondamentale per ridurre il carico della malattia, riducendo i ricoveri e il rischio di morte, e offrire anche una protezione indiretta ai contatti stretti e suscettibili, come gli anziani. In Italia, il vaccino antinfluenzale è raccomandato per tutti i soggetti a partire dai 6 mesi di età che non hanno controindicazioni al vaccino, in quanto esso non è sufficientemente immunogenico al di sotto di questa fascia di età, non conferendo una protezione sufficiente (4). La valutazione delle coperture vaccinali pediatriche, con specifico dettaglio per i bambini di età <2, 2-4, e 5-8 anni, risulta importante per valutare l'adesione alla vaccinazione e per supportare politiche sanitarie volte ad aumentarne i valori. Il presente indicatore analizza i trend di copertura vaccinale antinfluenzale pediatrica degli ultimi 10 anni, suddiviso per regione e per fascia di età.

Proporzione di copertura vaccinale antinfluenzale

$$\text{Numeratore} = \frac{\text{Popolazione di età <2 anni}}{\text{Denominatore} = \text{Popolazione residente di età <2 anni}} \times 100$$

Proporzione di copertura vaccinale antinfluenzale

$$\text{Numeratore} = \frac{\text{Popolazione di età 2-4 anni}}{\text{Denominatore} = \text{Popolazione residente di età 2-4 anni}} \times 100$$

Proporzione di copertura vaccinale antinfluenzale

$$\text{Numeratore} = \frac{\text{Popolazione di età 5-8 anni}}{\text{Denominatore} = \text{Popolazione residente di età 5-8 anni}} \times 100$$

Validità e limiti. La copertura vaccinale rappresenta uno dei principali indicatori di efficienza ed efficacia dell'offerta vaccinale. I dati sulle dosi somministrate vengono rilevati a livello regionale e trasmessi al Ministero della Salute (4). Non si tiene, però, conto delle dosi somministrate al di fuori delle strutture appartenenti al SSN.

Valore di riferimento/Benchmark. La Circolare del Ministero della Salute "Prevenzione e Controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2022-2023" indica, tra gli obiettivi di copertura per la vaccinazione antinfluenzale nella popolazione generale e per tutti i gruppi *target*, il 75% come obiettivo minimo perseguibile e il 95% come obiettivo ottimale (5).

Descrizione dei risultati

La copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione pediatrica si attesta, nella stagione 2022-2023, al 7,2%, 9,2% e 22,6%, rispettivamente, per le fasce di età 0-2, 2-4 e 5-8 anni. Negli anni considerati, a livello regionale e per tutte le classi di età considerate, la copertura vaccinale non supera il 5% fino alla fase pre-pandemica (2019-2020). Nella stagione 2020-2021 caratterizzata dalla pandemia, invece, i valori aumentano (<2 anni 9,2%, 2-4 anni 19,0% e 5-8 anni 13,1%) anche se, però, nelle stagioni successive si osserva nuovamente una diminuzione ad eccezione della fascia di età 5-8 anni che nella stagione 2022-2023 aumenta (Grafico 1).

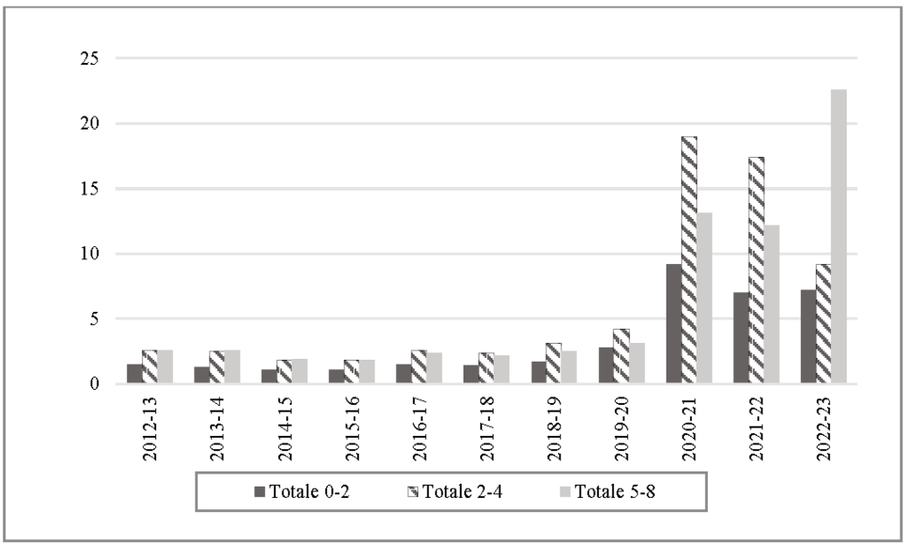
Per quanto riguarda la classe di età <2 anni, nella stagione 2022-2023 le regioni che presentano i valori maggiori di copertura sono Liguria (15,4%) e Puglia (15,1%), mentre le regioni con i valori minori sono PA di Bolzano (0,8%) e Sardegna (1,7%). Rispetto alla stagione pandemica (2020-2021) da evidenziare sono soprattutto gli aumenti osservati in Basilicata (+125,0%) e Lombardia (111,3%) e i decrementi che

A. MAIDA, A. SCARDIGNO, L. VILLANI, T. SABETTA

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 237

si sono registrati in Friuli Venezia Giulia (-74,2%) e nella PA di Trento (-73,2%) (Tabella 1).
Per quanto riguarda la classe di età 2-4 anni, nella stagione 2022-2023 le regioni che presentano i valori maggiori di copertura sono Puglia (17,7%) e Liguria (15,6%), mentre le regioni con i valori minori sono PA di Bolzano (1,2%) e Sardegna (2,6%). Rispetto alla stagione pandemica (2020-2021) non si osservano aumenti. Da evidenziare sono, invece, i decrementi che si sono registrati soprattutto nella PA di Trento (-86,8%) e in Basilicata (-81,0%) (Tabella 2).
Per quanto riguarda la classe di età 5-8 anni, nella stagione 2022-2023 le regioni che presentano i valori maggiori di copertura sono Lombardia (35,9%) e Puglia (48,6%), mentre le regioni con i valori minori sono PA di Bolzano (2,9%) e Sardegna (6,1%). Rispetto alla stagione pandemica (2020-2021) da evidenziare sono soprattutto gli aumenti osservati in Umbria (+222,4%) e Sicilia (150,0%) e i decrementi che si sono registrati nella PA di Trento (-57,5%) e in Sardegna (-47,9%) (Tabella 3).
Nella Tabella 4, sono stati riportati gli andamenti delle coperture vaccinali in tutte le classi di età considerate rispetto alle ultime due stagioni (2021-2022/2022-2023). A livello nazionale, da evidenziare è il cospicuo aumento, pari a +85,2%, che si è registrato per la classe di età 5-8 anni e l'importante decremento che si è osservato nella classe di età 2-4 anni pari a -47,1%.
Per la classe di età <2 anni, invece, si è registrato un minimo aumento (+2,9%). A livello regionale si osserva, per la classe di età <2 anni, una eterogeneità poiché 7 regioni presentano un decremento (*range* da -7,9% a -41,2%), mentre tutte le altre un aumento con un range molto ampio (3,3-84,1%). Nella classe di età 2-4 anni, invece, tutte le regioni presentano un decremento (*range* da -25,0% a -70,7%) ad eccezione della Sardegna. Infine, nella classe di età 5-8 anni tutte le regioni presentano un incremento ad eccezione della PA di Trento (-14,9%). In questa fascia di età gli incrementi registrati per molte regioni sono importanti come, ad esempio, in Sardegna (+258,8%), PA di Bolzano (+190,0%), Umbria (+140,0%) e Valle d'Aosta (+130,6%).

Grafico 1 - *Copertura vaccinale antinfluenzale (valori per 100) nei bambini per fascia di età. Stagioni 2012-2013/2022-2023*



Fonte dei dati: Elaborazione del Ministero della Salute. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 238

Tabella 1 - *Proporzione (valori per 100) di copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione di età <2 anni per regione - Stagioni 2013-2014/2022-2023*

Regioni	2013-14	2014-15	2015-16	2016-17	2017-18	2018-19	2019-20	2020-21	2021-22	2022-23
Piemonte	0,2	0,2	0,3	0,5	0,3	0,5	0,8	2,0	3,0	3,1
Valle d'Aosta	0,3	0,2	1,0	0,5	0,2	0,3	0,3	6,5	3,1	4,1
Lombardia	0,4	0,4	0,6	0,6	0,5	0,8	1,1	5,3	9,7	11,2
Bolzano-Bozen	*0,3*	*0,1*	*0,6*	*0,7*	*0,5*	*0,4*	*0,3*	*1,1*	*0,5*	*0,8*
Trento	*1,4*	*1,6*	*1,8*	*2,0*	*2,2*	*2,6*	*3,8*	*28,7*	*11,1*	*7,7*
Veneto	0,8	0,8	1,0	1,2	1,1	1,2	3,3	10,2	6,4	7,7
Friuli Venezia Giulia	0,1	0,1	0,4	0,3	0,3	0,4	0,7	15,9	4,9	4,1
Liguria	1,0	0,4	0,5	0,9	1,0	1,2	1,8	15,1	13,0	15,4
Emilia Romagna	0,9	0,7	0,9	1,3	1,2	1,6	1,8	2,6	2,4	3,4
Toscana	5,0	4,3	4,1	5,2	4,8	6,4	14,3	16,4	9,3	10,5
Umbria	0,2	0,1	0,1	0,3	0,1	0,3	0,4	7,3	5,5	8,8
Marche	0,4	0,3	0,5	0,9	0,6	0,8	1,3	9,2	5,3	4,4
Lazio	0,5	0,4	0,4	0,5	0,5	0,8	1,3	16,2	8,3	9,2
Abruzzo	0,9	0,2	0,6	0,6	0,3	1,0	1,3	4,4	2,3	2,5
Molise	0,6	0,1	0,2	0,8	0,2	0,3	0,5	6,5	3,5	4,6
Campania	3,0	1,7	2,4	2,4	2,7	2,4	2,6	13,9	6,8	4,0
Puglia	4,3	4,1	2,2	4,0	4,2	4,8	7,5	12,1	16,4	15,1
Basilicata	1,2	1,0	0,6	0,2	0,5	0,9	1,4	3,6	4,4	8,1
Calabria	1,0	0,9	0,9	0,6	0,8	1,3	1,6	4,5	3,4	2,6
Sicilia	0,5	0,1	0,6	1,3	1,0	1,1	1,7	7,2	3,7	3,2
Sardegna	0,5	1,1	1,0	1,1	1,5	3,4	2,2	6,2	1,3	1,7
Italia	**1,3**	**1,1**	**1,1**	**1,5**	**1,4**	**1,7**	**2,8**	**9,2**	**7,0**	**7,2**

Fonte dei dati: Elaborazioni del Ministero della Salute. Anno 2023.

Tabella 2 - *Proporzione (valori per 100) di copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione di età 2-4 anni per regione - Stagioni 2013-2014/2022-2023*

Regioni	2013-14	2014-15	2015-16	2016-17	2017-18	2018-19	2019-20	2020-21	2021-22	2022-23
Piemonte	0,5	0,3	0,3	0,6	0,6	1,0	1,5	3,8	6,5	3,6
Valle d'Aosta	0,5	0,3	0,6	0,9	0,6	0,5	0,8	14,2	10,2	6,6
Lombardia	0,8	0,7	0,8	1,1	1,1	1,6	1,9	22,1	27,1	14,8
Bolzano-Bozen	*0,5*	*0,5*	*0,6*	*0,8*	*0,5*	*0,8*	*0,5*	*2,0*	*1,6*	*1,2*
Trento	*1,4*	*1,3*	*1,6*	*2,2*	*2,1*	*3,0*	*3,5*	*31,9*	*15,6*	*4,2*
Veneto	1,5	1,4	1,4	2,0	1,8	1,9	4,3	16,1	10,1	5,9
Friuli Venezia Giulia	0,2	0,1	0,6	0,7	0,6	0,9	1,7	25,3	12,6	7,1
Liguria	1,6	1,1	1,0	1,8	2,0	1,9	4,2	54,4	20,9	15,6
Emilia Romagna	1,5	1,2	1,4	1,9	1,8	0,9	3,5	6,5	4,3	3,1
Toscana	8,4	6,6	4,9	7,9	8,6	1,9	13,5	27,9	23,4	12,8
Umbria	0,3	0,2	0,2	0,4	0,4	0,6	1,0	11,5	16,0	10,3
Marche	1,1	0,7	0,8	1,3	1,1	1,4	2,2	23,0	8,0	5,0
Lazio	1,3	0,9	0,9	1,2	1,1	1,6	2,3	26,5	22,4	11,9
Abruzzo	1,7	0,5	0,9	1,6	0,8	1,9	2,4	8,8	8,2	3,8
Molise	2,4	0,6	0,7	0,4	0,4	0,6	0,7	18,9	16,3	9,7
Campania	5,4	3,2	3,7	3,9	4,1	4,6	4,7	21,4	17,0	10,1
Puglia	8,6	6,7	5,3	10,3	8,2	12,5	16,2	30,3	41,6	17,7
Basilicata	2,5	1,6	1,9	0,7	1,1	0,9	1,5	17,9	11,6	3,4
Calabria	1,3	1,2	1,2	1,4	1,2	2,0	2,3	18,2	11,3	5,5
Sicilia	1,0	0,4	0,8	1,5	1,4	1,7	2,1	8,8	11,2	4,3
Sardegna	2,0	2,8	1,5	2,0	2,2	4,4	2,8	8,8	2,4	2,6
Italia	**2,5**	**1,8**	**1,8**	**2,6**	**2,4**	**3,1**	**4,2**	**19,0**	**17,4**	**9,2**

Fonte dei dati: Elaborazioni del Ministero della Salute. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 239

Tabella 3 - *Proporzione (valori per 100) di copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione di età 5-8 anni per regione - Stagioni 2013-2014/2022-2023*

Regioni	2013-14	2014-15	2015-16	2016-17	2017-18	2018-19	2019-20	2020-21	2021-22	2022-23
Piemonte	0,7	0,6	0,5	0,7	0,6	0,8	1,2	3,4	4,0	8,2
Valle d'Aosta	0,8	0,3	0,4	0,5	0,3	0,3	0,7	9,6	6,2	14,3
Lombardia	0,9	0,8	0,9	1,1	0,9	1,2	1,4	15,5	16,8	35,9
Bolzano-Bozen	*0,4*	*0,6*	*0,8*	*0,8*	*0,8*	*1,0*	*0,5*	*2,2*	*1,0*	*2,9*
Trento	*1,3*	*1,4*	*1,4*	*1,8*	*1,7*	*2,2*	*3,3*	*17,4*	*8,7*	*7,4*
Veneto	1,7	1,3	1,4	1,7	1,7	1,7	2,8	10,1	6,2	12,5
Friuli Venezia Giulia	0,1	0,1	0,7	0,8	0,6	0,8	1,1	12,1	6,7	14,5
Liguria	1,7	1,2	1,3	1,3	1,8	1,2	2,9	19,4	17,2	29,3
Emilia Romagna	1,8	1,4	1,5	1,8	1,8	1,8	2,7	6,0	3,7	8,1
Toscana	7,2	5,3	5,1	6,0	6,9	6,0	9,2	17,8	16,1	32,2
Umbria	0,5	0,3	0,3	0,4	0,4	0,5	0,8	6,7	9,0	21,6
Marche	1,6	0,9	0,9	1,2	1,0	1,2	1,6	15,2	8,1	14,7
Lazio	1,7	1,1	1,1	1,2	1,1	1,3	1,7	15,4	12,0	22,9
Abruzzo	1,9	0,5	0,9	1,4	0,7	1,5	1,5	6,0	7,7	13,4
Molise	1,0	0,7	0,7	0,6	0,5	0,6	0,6	11,7	10,2	19,7
Campania	5,1	3,5	3,7	3,9	3,9	4,1	4,0	20,0	17,0	27,8
Puglia	8,2	6,2	4,9	9,1	6,6	8,7	10,5	24,5	28,1	48,6
Basilicata	2,4	1,6	2,0	1,9	1,9	1,5	1,4	19,8	10,7	15,5
Calabria	1,8	1,6	1,0	1,7	1,2	1,5	2,0	9,4	10,7	18,5
Sicilia	1,0	0,6	0,8	1,7	1,5	2,1	1,8	5,0	10,0	12,5
Sardegna	3,6	3,3	1,8	3,6	2,2	2,5	4,9	11,7	1,7	6,1
Italia	**2,6**	**1,9**	**1,8**	**2,4**	**2,2**	**2,5**	**3,1**	**13,1**	**12,2**	**22,6**

Fonte dei dati: Elaborazioni del Ministero della Salute. Anno 2023.

Tabella 4 - *Variazione (valori per 100) dei tassi di copertura vaccinale antinfluenzale per classe di età pediatrica (0-8 anni) - Stagioni 2021-2022, 2022-2023*

Regioni	<2 anni			2-4 anni			5-8 anni		
	2021-22	2022-23	Δ %	2021-22	2022-23	Δ %	2021-22	2022-23	Δ %
Piemonte	3,0	3,1	3,3	6,5	3,6	-44,6	4,0	8,2	105,0
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	3,1	4,1	32,3	10,2	6,6	-35,3	6,2	14,3	130,6
Lombardia	9,7	11,2	15,5	27,1	14,8	-45,4	16,8	35,9	113,7
Bolzano-Bozen	*0,5*	*0,8*	*60,0*	*1,6*	*1,2*	*-25,0*	*1,0*	*2,9*	*190,0*
Trento	*11,1*	*7,7*	*-30,6*	*15,6*	*4,2*	*-73,1*	*8,7*	*7,4*	*-14,9*
Veneto	6,4	7,7	20,3	10,1	5,9	-41,6	6,2	12,5	101,6
Friuli Venezia Giulia	4,9	4,1	-16,3	12,6	7,1	-43,7	6,7	14,5	116,4
Liguria	13,0	15,4	18,5	20,9	15,6	-25,4	17,2	29,3	70,3
Emilia-Romagna	2,4	3,4	41,7	4,3	3,1	-27,9	3,7	8,1	118,9
Toscana	9,3	10,5	12,9	23,4	12,8	-45,3	16,1	32,2	100,0
Umbria	5,5	8,8	60,0	16,0	10,3	-35,6	9,0	21,6	140,0
Marche	5,3	4,4	-17,0	8,0	5,0	-37,5	8,1	14,7	81,5
Lazio	8,3	9,2	10,8	22,4	11,9	-46,9	12,0	22,9	90,8
Abruzzo	2,3	2,5	8,7	8,2	3,8	-53,7	7,7	13,4	74,0
Molise	3,5	4,6	31,4	16,3	9,7	-40,5	10,2	19,7	93,1
Campania	6,8	4,0	-41,2	17,0	10,1	-40,6	17,0	27,8	63,5
Puglia	16,4	15,1	-7,9	41,6	17,7	-57,5	28,1	48,6	73,0
Basilicata	4,4	8,1	84,1	11,6	3,4	-70,7	10,7	15,5	44,9
Calabria	3,4	2,6	-23,5	11,3	5,5	-51,3	10,7	18,5	72,9
Sicilia	3,7	3,2	-13,5	11,2	4,3	-61,6	10,0	12,5	25,0
Sardegna	1,3	1,7	30,8	2,4	2,6	8,3	1,7	6,1	258,8
Italia	**7,0**	**7,2**	**2,9**	**17,4**	**9,2**	**-47,1**	**12,2**	**22,6**	**85,2**

Fonte dei dati: Elaborazioni del Ministero della Salute. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 240

Raccomandazioni di Osservasalute

Il miglior indicatore della performance della strategia vaccinale è il calcolo delle percentuali di copertura raggiunto sia a livello nazionale che regionale. In Europa, sui dati registrati e aggiornati al 2018, alcuni paesi hanno raggiunto una copertura vaccinale pediatrica antinfluenzale maggiore del 50% come Malta e Russia (55,0% e 57,4%, rispettivamente), mentre la Bielorussia ha registrato il 75,4%. Eccezione fatta per la Gran Bretagna che dal 2012 ha introdotto gradualmente nel programma nazionale la vaccinazione antinfluenzale in tutti i bambini di età compresa tra 2-16 anni raggiungendo attualmente tassi di copertura oltre il 60% della popolazione *target* (6). L'esempio di questi Paesi evidenzia come il raggiungimento di valori elevati di copertura vaccinale sia perseguibile. Pertanto, occorre continuare ad attuare diverse attività, rivolte ai professionisti della salute (interventi di formazione rivolti ai PLS) alla popolazione (interventi educativi nelle scuole) e ai decisori politici (informazione e *advocacy*), al fine di continuare ad aumentare le coperture.

Riferimenti bibliografici

(1) World Health Organisation. Global Influenza Strategy Summary 2019-2030 Influenza. Glob Influ Strateg 2019-2030 Influ. 2019; 1: 1.
(2) Federici C, Cavazza M, Costa F, Jommi C. Health care costs of influenza-related episodes in high income countries: a systematic review. PLoS One. 2018; 13 (9): 1-15.
(3) Principi N, Esposito S. Severe influenza in children: incidence and risk factors. Expert Rev Anti-Infect Ther. 2016; 14 (10): 961-8. Disponibile sul sito: https://doi.org/10.1080/14787210.2016.1227701.
(4) Ministero della Salute. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria. Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2022-2023. Disponibile sul sito: www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2022&codLeg=87997&parte=1%20&serie=null.
(5) Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale PNPV 2020-2025. Disponibile sul sito: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2955_allegato.pdf.
(6) D'Ambrosio F, Lanza TE, Messina R, Villani L, Pezzullo AM, Ricciardi W., Rosano A, Cadeddu C. (2022). Influenza vaccination coverage in pediatric population in Italy: an analysis of recent trends. Italian journal of pediatrics, 48 (1), 1-9.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 241

Sorveglianza dell'influenza in Italia

Significato. L'influenza costituisce un rilevante problema di Sanità Pubblica per le possibili gravi complicanze nei soggetti a rischio.
Si stima che le epidemie annuali causino 3-5 milioni di casi gravi di influenza e 290-650 mila morti in tutto il mondo. In ogni stagione è importante monitorare i virus influenzali circolanti, perché l'influenza si presenta ogni anno, i virus influenzali mutano ogni stagione e perché ha un elevato impatto in termini sociali, sanitari ed economici. In Italia le epidemie influenzali si verificano, in ogni stagione, durante i mesi autunnali e invernali, con una grande variabilità nelle caratteristiche epidemiologiche. L'inizio, la durata, l'intensità e la diffusione geografica dell'epidemia influenzale sono imprevedibili e dipendono da molteplici fattori, quali le caratteristiche dei ceppi virali, la suscettibilità della popolazione e la corrispondenza tra i ceppi virali presenti nel vaccino e quelli circolanti. Nel nostro Paese, l'andamento stagionale dell'influenza viene monitorato attraverso un sistema di sorveglianza integrato dell'influenza "RespiVirNet" che ha l'obiettivo di stimare l'inizio, l'intensità e la durata dell'epidemia influenzale stagionale e conoscere i ceppi virali circolanti in ogni stagione. I medici sentinella, reclutati dalle regioni, segnalano i casi di sindrome simil-influenzale (*Influenza-Like Illness*-ILI) osservati tra i loro assistiti e collaborano, inoltre, alla raccolta di campioni biologici per l'identificazione dei virus circolanti. È fondamentale, affinché le stime di incidenza siano affidabili, che i medici sentinella coprano una popolazione di assistiti che rappresenti almeno il 4% della popolazione regionale.

Incidenza di sindromi simil-influenzali (Influenza-Like Illness) in un campione di popolazione

$$\text{Numeratore} = \frac{\text{Casi di sindromi simil-influenzali osservati da un campione di medici sentinella}}{\text{Denominatore: Popolazione di assistiti afferenti ai medici sentinella partecipanti alla sorveglianza}} \times 100$$

Validità e limiti. La sorveglianza RespiVirNet rappresenta l'unica fonte informativa sull'influenza in Italia e la stima dell'incidenza delle sindromi simil-influenzali totale e per fascia di età rappresenta un importante indicatore per valutare il reale impatto dell'influenza sulla popolazione italiana in ogni stagione. I risultati della sorveglianza vengono trasmessi al Ministero della Salute, all'ECDC e all'OMS. Il campione della popolazione in sorveglianza è rappresentativo per stime a livello regionale e non permette stime di incidenza a livello di ASL.

Valore di riferimento/Benchmark. L'andamento dell'epidemia influenzale nella stagione 2022-2023 è paragonabile a quanto osservato in altri Paesi europei. Per ogni stagione vengono calcolate le soglie di intensità con l'utilizzo dei dati storici raccolti nelle dieci stagioni precedenti. Per la stagione 2022-2023 sono state stimate le seguenti soglie: 3,16 casi per 1.000 assistiti (livello basale), 9,37 per 1.000 (intensità bassa), 14,37 per 1.000 (intensità media), 17,36 per 1.000 (intensità alta), oltre 17,36 per 1.000 (intensità molto alta).

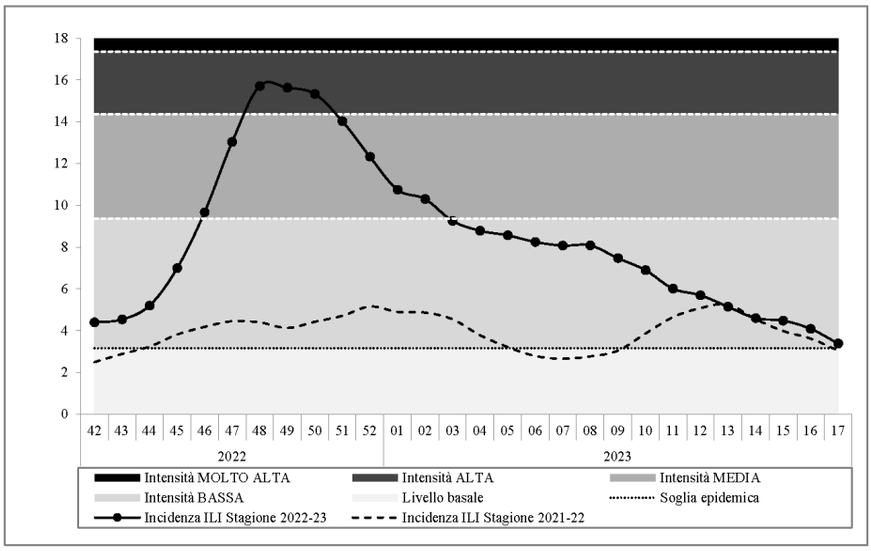
Descrizione dei risultati

La stagione 2022-2023 è stata caratterizzata da una intensa circolazione dei virus influenzali e l'incidenza di sindromi ILI ha raggiunto la soglia di "alta" intensità. Per tutto il periodo di monitoraggio (dalla 42ª settimana del 2022 alla 17ª del 2023) l'incidenza delle ILI si è mantenuta al di sopra della soglia basale (3,16 casi per 1.000 assistiti). Il picco epidemico è stato raggiunto nella 48ª settimana del 2022 con un livello di incidenza di 15,72 per 1.000, pari a una intensità di livello "alto" e superiore a quello osservato nella stagione 2021-2022 in cui l'incidenza delle ILI si è mantenuta nella fascia di intensità "bassa" per tutto il periodo del monitoraggio (Grafico 1). Nell'intera stagione influenzale, il 23,76% della popolazione italiana ha avuto una ILI, per una stima totale di circa 13.764.900 casi. Come di consueto, le ILI hanno colpito maggiormente le fasce di età pediatrica: il 69,63% dei bambini di età 0-4 anni, il 34,43% nella fascia di età 5-14 anni, il 21,85% gli individui di età compresa tra 15-64 anni e il 12,16% degli anziani di età ≥65 anni (Tabella 1).

A. BELLA

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 242

Grafico 1 - *Tasso (valori per 1.000) di incidenza di casi di sindrome simil-influenzale per settimana - Stagione 2022-2023*



Fonte dei dati: Istituto Superiore di Sanità, Sorveglianza RespiVirNet. Stagione 2022-2023. Anno 2023.

Tabella 1 - *Tasso (specifico per 100) di incidenza di casi di sindrome simil-influenzale per regione - Stagione 2022-2023*

Regioni	0-4	5-14	15-64	65+	Totale
Piemonte	51,89	32,05	26,32	15,45	25,20
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	91,12	90,23	20,11	7,40	30,10
Lombardia	78,87	33,47	25,11	14,75	26,91
Bolzano-Bozen	*61,70*	*33,27*	*16,54*	*3,99*	*18,95*
Trento	*49,54*	*23,67*	*17,14*	*8,02*	*16,44*
Veneto	56,81	26,58	22,33	10,04	22,33
Friuli Venezia Giulia	37,63	17,82	17,89	8,15	16,50
Liguria	48,00	24,76	20,72	8,94	18,14
Emilia-Romagna	72,71	38,92	23,52	10,22	26,14
Toscana	90,78	43,05	23,83	14,07	26,53
Umbria	83,32	32,06	27,36	18,08	28,93
Marche	73,16	34,50	24,72	11,84	27,72
Lazio	51,84	26,66	18,81	10,55	18,82
Abruzzo	93,91	49,85	25,94	16,82	31,67
Molise	40,77	26,75	9,08	5,03	10,06
Campania	57,11	30,87	22,18	14,23	26,13
Puglia	56,78	36,49	19,13	10,90	21,61
Basilicata	45,72	26,62	7,15	1,48	10,09
Calabria	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Sicilia	92,31	50,22	18,49	12,85	24,29
Sardegna	67,82	38,03	8,60	3,81	16,18
Italia	**69,63**	**34,43**	**21,85**	**12,16**	**23,76**

n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati: Istituto Superiore di Sanità, Sorveglianza InfluNet. Stagione 2022-2023. Anno 2023.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'influenza e altri virus respiratori si presentano puntualmente e spesso i virus influenzali tendono a mutare. È necessario, quindi, un continuo monitoraggio al fine di ottenere dati tempestivi per le Autorità sanitarie del nostro Paese. Per i virus influenzali, è necessario, inoltre, determinare con certezza i ceppi virali circolanti sia per valutare l'omologia con i ceppi contenuti nel vaccino stagionale sia per fornire tali informazioni all'OMS che, insieme ai dati forniti da tutti i laboratori di riferimento dell'influenza dei vari Paesi del mondo, determina ogni anno la composizione del nuovo vaccino antinfluenzale. I dati forniti dal sistema di sorveglianza integrato RespiVirNet hanno permesso di delineare l'impatto dei virus respiratori, nonché dell'influenza, nella popolazione italiana nella stagione 2022-2023, consentendo di stimare l'inizio, la durata e l'intensità dell'epidemia influenzale e di valutare le misure di controllo attuate.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 243

Epatite virale acuta

Significato. In Italia la sorveglianza dell'epatite virale avviene attraverso il Sistema Epidemiologico Integrato per l'Epatite Virale (SEIEVA), coordinato dal Centro Nazionale per la Salute Globale dell'ISS, che affianca e integra il Sistema di notifica delle Malattie Infettive e Diffusive del Ministero della Salute. Questo sistema di sorveglianza acquisisce le informazioni attraverso dei questionari epidemiologici consentendo una più approfondita conoscenza dell'epidemiologia dell'epatite a livello nazionale, anche attraverso l'analisi dei diversi fattori di rischio associati e l'eventuale impatto di interventi sanitari sull'andamento epidemiologico nel lungo periodo (1). Per questa analisi sono stati considerati i casi di epatite acuta di tipo B e C notificati in Italia nel periodo 2009-2022.

Tasso di incidenza di epatite virale acuta B

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Nuovi casi di epatite acuta virale B}}{\text{Popolazione residente}} \times 100.000$$

Tasso di incidenza di epatite virale acuta C

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Nuovi casi di epatite acuta virale C}}{\text{Popolazione residente}} \times 100.000$$

Validità e limiti. Il limite dell'indicatore, come per tutti i sistemi di notifica obbligatoria delle malattie infettive, è rappresentato dalla sotto-notifica. Ad ogni modo, il fatto che la sorveglianza SEIEVA sia un sistema strutturato e consolidato da anni, dà solidità allo studio e garantisce la trasferibilità dei risultati.

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono valori di riferimento riconosciuti a livello nazionale e internazionale.

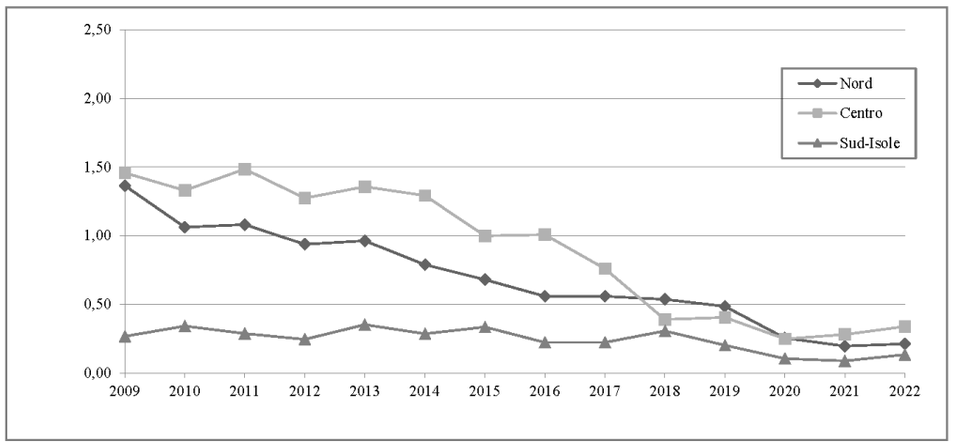
Descrizione dei risultati

Dopo l'avvento della pandemia da SARS-CoV-2 e le conseguenti misure di contenimento che hanno caratterizzato il periodo tra il 2020 e il 2021, nel 2022 si è verificato un ritorno alla "normalità" con un atteso incremento del numero di casi di epatite notificati.
Come si evince osservando i grafici di seguito riportati, l'aumento del numero di casi di epatite B, nel 2022 rispetto all'anno precedente, ha interessato le regioni del Nord, del Centro e del Meridione. In particolare, il numero di casi più elevato ha riguardato le regioni del Nord, per un totale in Italia di 113 casi *vs* i 96 registrati nel 2021. Per quanto riguarda l'epatite C si può evidenziare un aumento rispetto al 2021 che ha coinvolto soprattutto le regioni del Centro. In queste regioni non si registrava un numero di casi notificati così elevato dal 2013 (Grafico 1, Grafico 2).
Prendendo in considerazione le fasce di età dei casi notificati, considerando gli ultimi 2 anni, si registra per l'epatite B una situazione abbastanza stabile con un aumento dei tassi di incidenza nella fascia 15-24 anni (0,02 per 100.000 abitanti nel 2021 e 0,14 per 100.000 nel 2022) e nella fascia *over* 55 anni (0,21 nel 2021 e 0,26 nel 2022). Per quanto riguarda, invece, l'epatite C da evidenziare è l'incremento di casi nei soggetti con più di 50 anni il cui tasso di incidenza è passato da 0,07 per 100.000 abitanti nel 2021 a 0,21 per 100.000 nel 2022; anche in questo caso un tasso così elevato non si registrava dal 2013 (Grafico 3, Grafico 4).
Dal Grafico 5 e dal Grafico 6 si può osservare come l'incremento nel numero dei casi abbia riguardato entrambi i generi. Nel caso dell'epatite acuta C che, come visto, ha presentato un aumento più marcato, il tasso di incidenza è passato da 0,03 per 100.000 nel 2021 a 0,11 per 100.000 nel 2022 per le donne e da 0,07 per 100.000 nel 2021 a 0,15 per 100.000 nel 2022 per gli uomini.

A. MELE, M.E. TOSTI, L. FERRIGNO

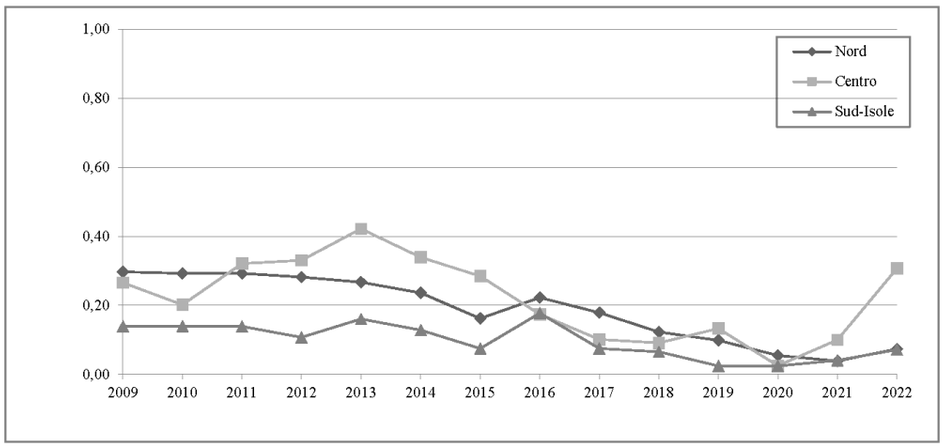
Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 244

Grafico 1 - *Tasso (valori per 100.000) di incidenza di epatite virale B per macroarea - Anni 2009-2022*



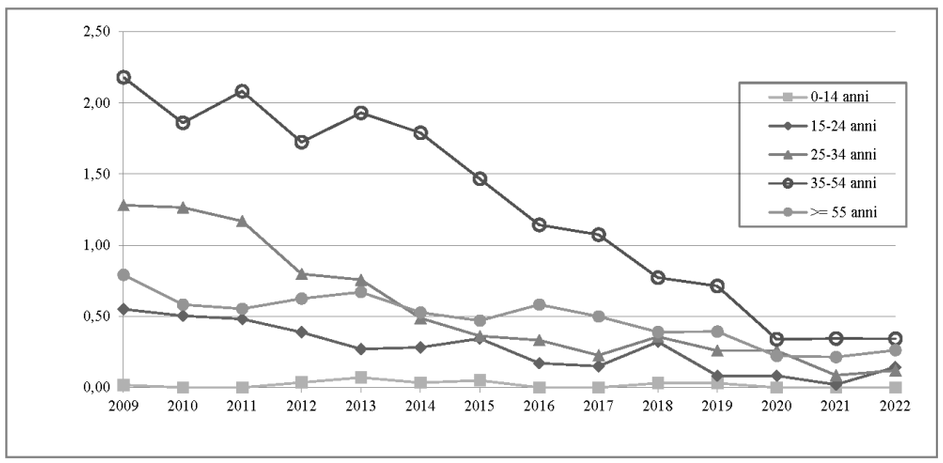
Fonte dei dati: Elaborazioni su dati SEIEVA. Anno 2023.

Grafico 2 - *Tasso (valori per 100.000) di incidenza di epatite virale B per genere - Anni 2009-2022*



Fonte dei dati: Elaborazioni su dati SEIEVA. Anno 2023.

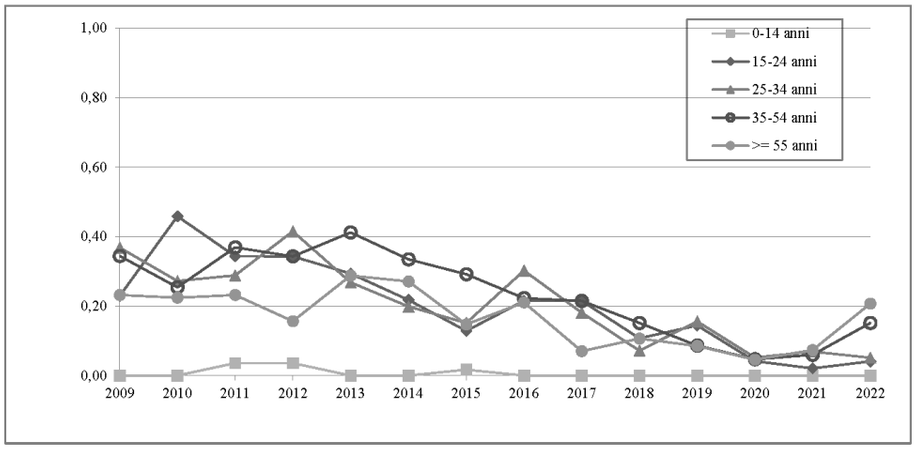
Grafico 3 - *Tasso (specifico per 100.000) di incidenza di epatite virale B - Anni 2009-2022*



Fonte dei dati: Elaborazioni su dati SEIEVA. Anno 2023.

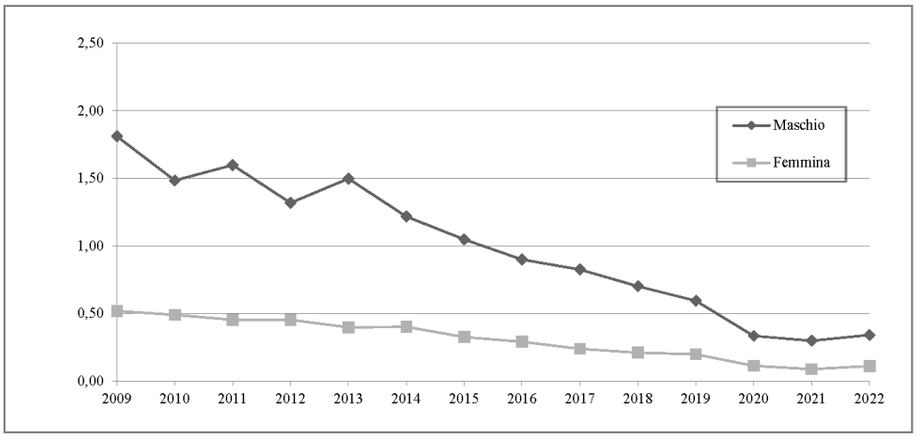
Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 245

Grafico 4 - *Tasso (valori per 100.000) di incidenza di epatite virale C per macroarea - Anni 2009-2022*



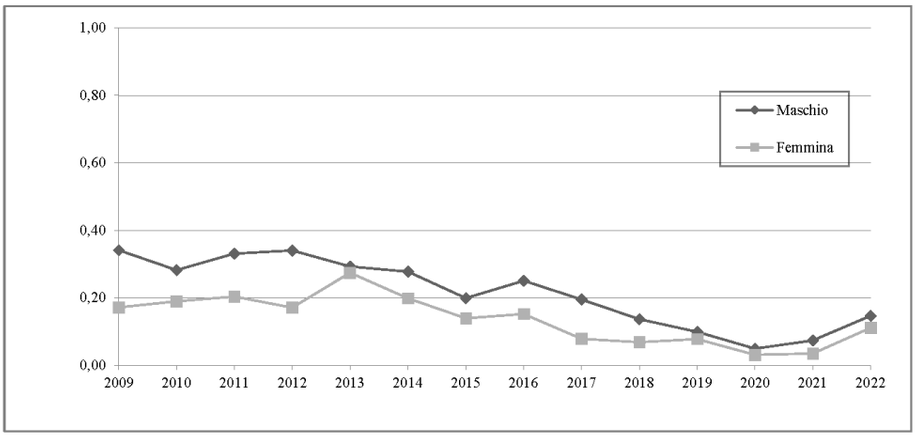
Fonte dei dati: Elaborazioni su dati SEIEVA. Anno 2023.

Grafico 5 - *Tasso (valori per 100.000) di incidenza di epatite virale C per genere - Anni 2009-2022*



Fonte dei dati: Elaborazioni su dati SEIEVA. Anno 2023.

Grafico 6 - *Tasso (specifico per 100.000) di incidenza di epatite virale C - Anni 2009-2022*



Fonte dei dati: Elaborazioni su dati SEIEVA. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 246

Raccomandazioni di Osservasalute

Il 2022 è il primo anno in cui si è potuta effettuare una registrazione ed un'analisi dei casi di epatite in Italia e nel mondo senza la presenza di misure di contenimento dovute alla pandemia da SARS-CoV-2 ad influenzare tali dati. Dunque, è interessante notare come l'andamento dei tassi di incidenza si sia modificato rispetto al periodo pre-pandemia, con un aumento di quello relativo ai casi di epatite C rispetto sia al 2019 che al 2018. Per l'epatite B, dopo la pandemia, i tassi hanno continuato il trend in leggera discesa che caratterizza tutto il periodo di osservazione e per il quale i tassi aggiornati hanno mostrato livelli leggermente inferiori a quelli degli anni 2018 e 2019.

In Italia, la vaccinazione per l'epatite B è raccomandata e offerta gratuitamente a tutte le persone appartenenti a gruppi a rischio e, in base alla Legge n. 165/1991, a tutte le coorti di nascita a partire dal 1980. Ciò nonostante, ogni anno il SEIEVA riceve diverse notifiche di casi di epatite B diagnosticati in persone non vaccinate appartenenti a gruppi target della vaccinazione. Nel 2022, l'aumento rispetto al periodo pandemico ha riguardato anche la fascia di età 15-24 anni, teoricamente interamente coperta dalla vaccinazione.

La categoria di soggetti a rischio per la quale continuano ad essere notificati la maggior parte dei casi, è quella dei conviventi di portatori cronici di epatite B (2). Questo dato fa sicuramente riflettere ed evidenzia, ancora una volta, l'importanza di una corretta comunicazione quale strumento fondamentale per continuare a diffondere la consapevolezza sull'importanza del vaccino. È dovere degli operatori sanitari fornire informazioni ai pazienti e ai loro conviventi sulla malattia e sull'esistenza di un vaccino efficacie e sicuro. Riguardo l'obbligo vaccinale, negli ultimi anni la copertura non è stata ottimale, scendendo al disotto del valore soglia del 95% raccomandato dall'OMS.

Per quanto riguarda l'epatite C, l'esposizione nosocomiale si dimostra sempre il principale fattore di rischio (2), come negli ultimi 20 anni, con un trend in ulteriore crescita. Nel 2022, l'aumento dei tassi di incidenza di epatite C acuta ha riguardato soprattutto le fasce di età più elevate, nelle quali l'esposizione nosocomiale può essere frequente. L'esposizione sessuale, intesa come partner sessuali multipli o mancato uso del profilattico in corso di rapporti occasionali, ha avuto negli ultimi anni un andamento altalenante con un calo osservato nel periodo pandemico, probabilmente legato alle misure di contenimento messe in atto per contrastare la pandemia di SARS-CoV-2.

Anche nel periodo post COVID-19 risulta essere fondamentale continuare a parlare di prevenzione e sorveglianza delle malattie infettive, incentivando gli screening e le vaccinazioni oltre che la consapevolezza dei pazienti circa l'esistenza di vaccini e terapie efficaci per contrastare l'epatite.

Riferimenti bibliografici

(1) Tosti ME, Longhi S, de Waure C, Mele A, Franco E, Ricciardi W, Filia A. Assessment of timeliness, representativeness and quality of data reported to Italy's national integrated surveillance system for acute viral hepatitis (SEIEVA). Public Health 2015; 129 (5): 561-8.

(2) Bollettino SEIEVA n.12 Marzo 2023. Disponibile sul sito: www.epicentro.iss.it/epatite/bollettino/Bollettino-n-12-marzo-2023.pdf.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 247

Stato dell'eliminazione del morbillo e della rosolia in Italia

Dott. Alessandro Sindoni, Dott.ssa Valentina Baccolini, Dott.ssa Azzurra Massimi, Dott.ssa Erika Renzi, Dott. Valentin Imeshtari, Dott.ssa Martina Del Manso, Dott.ssa Melissa Baggieri, Dott. Antonino Bella, Dott. Fabio Magurano, Dott.ssa Antonietta Filia, Dott. Andrea Siddu, Prof.ssa Carolina Marzuillo, Dott. Francesco Paolo Maraglino, Dott. Francesco Vaia, Prof. Paolo Villari

L'Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS è uno dei sei Uffici Regionali dell'OMS nel mondo e serve 53 Paesi (1). Fornisce supporto agli Stati membri e collabora con una serie di Istituzioni per migliorare il benessere e lo stato di salute nella Regione. Inoltre, lavora affinché tutti i suoi Stati membri raggiungano gli obiettivi previsti per tutti nel XXI secolo nella Strategia della salute, individuando ambiti di intervento prioritario di politica sanitaria, assistenza sanitaria, salute materno-infantile, prevenzione delle malattie non trasmissibili, studio dei determinanti sociali della salute, rapporto ambiente-salute e la lotta alle malattie trasmissibili (2), quali il morbillo e la rosolia. I dati del morbillo e della rosolia relativi a ogni Paese membro vengono analizzati e riportati in dettaglio dalla relativa Commissione Nazionale di Verifica (CNV) per l'eliminazione del morbillo e della rosolia mediante la produzione di un Report nazionale annuale (*Annual Status Update*). Dal 2015, la CNV dell'Italia ha inviato all'Ufficio Regionale Europeo dieci Report nazionali (comprendenti anche il Report del 2013, che avrebbe dovuto essere sottomesso nel 2014) (3, 4).

I dati dell'ultimo Report nazionale hanno confermato i notevoli progressi compiuti dall'Italia negli ultimi anni in relazione agli obiettivi di eliminazione. Nel 2022, in Italia sono stati segnalati 15 casi di morbillo (0,2 casi per milione di abitanti) da 8 regioni (Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna, Marche, Lazio e Sicilia) (5) e, complessivamente, sono stati identificati due focolai epidemici. Dieci casi si sono sviluppati in soggetti non vaccinati al momento del contagio e l'età mediana dei casi è di 29 anni (*range* 1-44 anni). Per quanto riguarda la rosolia, nel 2022 sono stati segnalati 4 casi avvenuti in 4 regioni (Piemonte, Liguria, Umbria e Campania) (5), con età mediana di 9 anni (*range* 1-31 anni).

Dodici casi di morbillo sono stati confermati in laboratorio, mentre i rimanenti 3 casi sono stati classificati come "caso possibile" (criteri clinici soddisfatti, nessun collegamento epidemiologico, casi non testati in laboratorio). Cinque casi si sono verificati in operatori sanitari. Per 10 casi è stato necessario il ricovero in Ospedale. Per i focolai notificati, come previsto dall'OMS (6), è stata prodotta una scheda di notifica sulla base dei dati raccolti dalla piattaforma di sorveglianza integrata dell'ISS: nel 2022, analogamente al 2021, il 100% dei Report regionali riportava i dati necessari ed è stato inviato nei tempi previsti.

Il sistema di sorveglianza integrata morbillo-rosolia e la qualità dei dati molecolari sono garantiti dalla rete nazionale dei laboratori di riferimento (MoRoNet), che comprende 15 laboratori in 14 delle 21 regioni/PA (7), e dal laboratorio nazionale di riferimento presso l'ISS, che coordina e accredita i laboratori della rete MoRoNet per garantire standard di qualità omogenei ed in linea con quanto richiesto dall'OMS. Il tasso di indagini di laboratorio nel 2022 per la rosolia è stato del 64,3% (*vs* 100% nel 2021) e per il morbillo del 74,3% (*vs* 84% nel 2021): B3 è stato l'unico genotipo identificato nel 2022, in due focolai (5 casi) e in un caso sporadico.

Nel 2022, le coperture vaccinali sul territorio nazionale relative alla prima e seconda dose di anti-morbillo e anti-rosolia non hanno registrato variazioni significative rispetto al 2021 (8, 9). In particolare, relativamente alla prima dose di anti-morbillo (Grafico 1), quasi tutte le regioni/PA hanno riportato coperture vaccinali >90%, ad eccezione della PA di Bolzano con coperture pari al 76,15%; per quanto riguarda la seconda dose di anti-morbillo (Grafico 1), 7 regioni/PA hanno riportato coperture tra il 90,06-93,17%, 10 regioni tra l'80,83-89,08%, mentre le rimanenti 4 regioni/PA hanno registrato coperture <80% (PA Bolzano, Campania, Calabria, Sicilia).

Relativamente alla prima dose anti-rosolia (Grafico 2), quasi tutte le regioni/PA hanno riportato coperture vaccinali >90%, mentre la PA di Bolzano ha registrato una copertura pari al 76,15%; percentuali di coperture inferiori sono state segnalate per le seconde dosi, con 7 regioni/PA che hanno registrato percentuali tra il 90,06-93,02%, 10 regioni tra l'80,73-87,85% e 4 regioni/PA <80% (PA Bolzano, Campania, Calabria, Sicilia).

Rispetto al 2021, nel 2022 sono state segnalate al Ministero della Salute maggiori attività supplementari di immunizzazione da parte delle Regioni.

L'andamento dei casi di morbillo durante la pandemia di COVID-19 ha registrato un calo significativo rispetto al periodo pre-pandemico probabilmente favorito dalle misure non farmacologiche messe in atto per prevenire la trasmissione di SARS-CoV-2. Dal momento che non tutte queste misure sono più adottate, è importante per tutti i Paesi garantire elevate coperture vaccinali per evitare il rischio di future epidemie di morbillo (10).

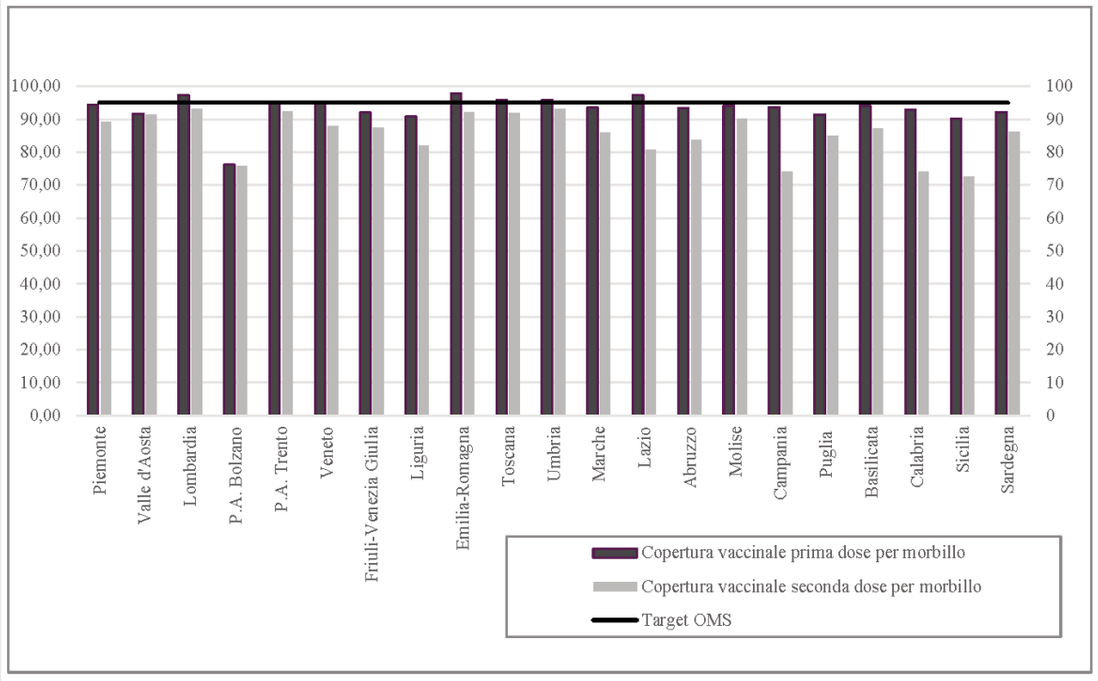
Dal 1° gennaio al 31 dicembre 2023 sono stati segnalati 43 casi di morbillo (0,7 casi per milione di abitanti) da 10 regioni/PA. Oltre la metà dei casi (23/43) è stata segnalata da 2 regioni (Campania e Lombardia).

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 248

L'età mediana dei casi è 27 anni; l'incidenza più elevata è stata registrata in bambini sotto i 5 anni di età. Il 93% dei casi totali era non vaccinato (11). Nello stesso periodo, sono stati segnalati 2 casi di rosolia, di cui uno confermato e uno possibile, in bambini, rispettivamente, di 6 anni e 1 anno e 9 mesi di età. Uno dei due casi era non vaccinato, l'altro era vaccinato con una sola dose (11).
L'assenza di casi di rosolia nel corso del 2021 ha portato ad un'analisi retrospettiva dei dati segnalati nel periodo 2018-2020 (21 casi nel 2018, 25 nel 2019 e 15 nel 2020), che ha fornito evidenze scientifiche di assenza di trasmissione interumana del virus in quanto si trattava di casi sporadici e nessun focolaio è stato accertato. Pertanto, nel mese di giugno del 2023 la CNV del piano di eliminazione del morbillo e della rosolia, considerati i dati epidemiologici, i tassi delle coperture vaccinali e la *performance* del sistema di sorveglianza, ha preso atto che la trasmissione endemica del virus della rosolia è rimasta interrotta per un periodo superiore a 36 mesi e l'eliminazione è quindi "sostenuta".
Inoltre, sulla base di quanto emerso durante l'undicesimo *meeting* dell'*European Regional Verification Commission* (RVC) *for Measles and Rubella Elimination* (Commissione di verifica regionale dell'OMS per l'eliminazione del morbillo e della rosolia nella Regione europea), che si è tenuto a novembre 2022, la RVC ha concluso che l'eliminazione della trasmissione endemica della rosolia è stata raggiunta nel 2021 e si è congratulata con l'Italia per questo risultato (12). Relativamente al morbillo, sulla base delle informazioni fornite dalla CNV per il 2022, la RVC ha concluso per l'Italia che la trasmissione endemica del morbillo è stata interrotta per un periodo di 12 mesi.
L'interesse per l'eliminazione del morbillo e della rosolia in Italia ha portato negli ultimi anni a importanti decisioni, sostenute in tre documenti: 1. il PNPV 2017-2019, prorogato a tutto il 2021, che ha rappresentato tra le finalità prioritarie gli obiettivi del Piano Nazionale di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita (PNEMoRc) e il rafforzamento delle azioni per l'eliminazione; 2. la Legge finanziaria del 2017, che ha istituito un fondo specifico per la fornitura di vaccini da parte delle Regioni; 3. la Legge n. 119/2017 che ha incrementato il numero di vaccinazioni obbligatorie a dieci (13), comprensive della vaccinazione contro morbillo-parotite-rosolia considerata obbligatoria fino a 16 anni di età. Secondo la Legge n. 119/2017, il rispetto degli obblighi vaccinali rappresenta un requisito necessario per l'ammissione all'asilo nido e alle scuole dell'infanzia; dalla scuola primaria in avanti gli studenti possono avere accesso alle scuole e fare gli esami ma, in caso di mancato rispetto degli obblighi vaccinali, viene attivata dall'ASL una procedura di sollecito al fine di recuperare la vaccinazione, che, se non accolta può esitare nell'erogazione di sanzioni amministrative fino a 500€. Non sono sottoposti all'obbligo vaccinale i soggetti già immunizzati a seguito di malattia naturale e coloro che sono affetti da patologie che rappresentano una controindicazione permanente e/o temporanea alle vaccinazioni.
L'effetto combinato degli interventi sopra descritti e delle misure non farmacologiche di contenimento adottate durante la pandemia COVID-19, ha consentito di compiere importanti e significativi passi in avanti nel piano di eliminazione del morbillo e della rosolia e ha portato ad una condizione epidemiologica che rappresenta una occasione da cogliere per l'eliminazione, consigliando il rafforzamento delle coperture vaccinali e del sistema di sorveglianza.
Il PNPV 2023-2025 è stato approvato in Conferenza Stato-Regioni il 2 agosto 2023 ed è stato pubblicato in GU. Il documento e il relativo Calendario nazionale vaccinale hanno lo scopo primario di armonizzare le strategie vaccinali e garantire l'equità nell'accesso ai vaccini, sempre disponibili nel tempo, con servizi di immunizzazione di livello eccellente.
Il PNPV integra il PNP 2020-2025 per dare attuazione al LEA "Prevenzione collettiva e sanità pubblica", anche attraverso strategie vaccinali da applicare in maniera uniforme nel Paese (14). Tra le novità introdotte dal nuovo Piano, su indicazione del Gruppo tecnico consultivo nazionale sulle vaccinazioni (*National immunization Technical Advisory Group*), è la predisposizione del Calendario vaccinale come documento distinto e aggiornabile in base ai futuri scenari epidemiologici, alle evidenze scientifiche e alle innovazioni in campo biomedico (14).

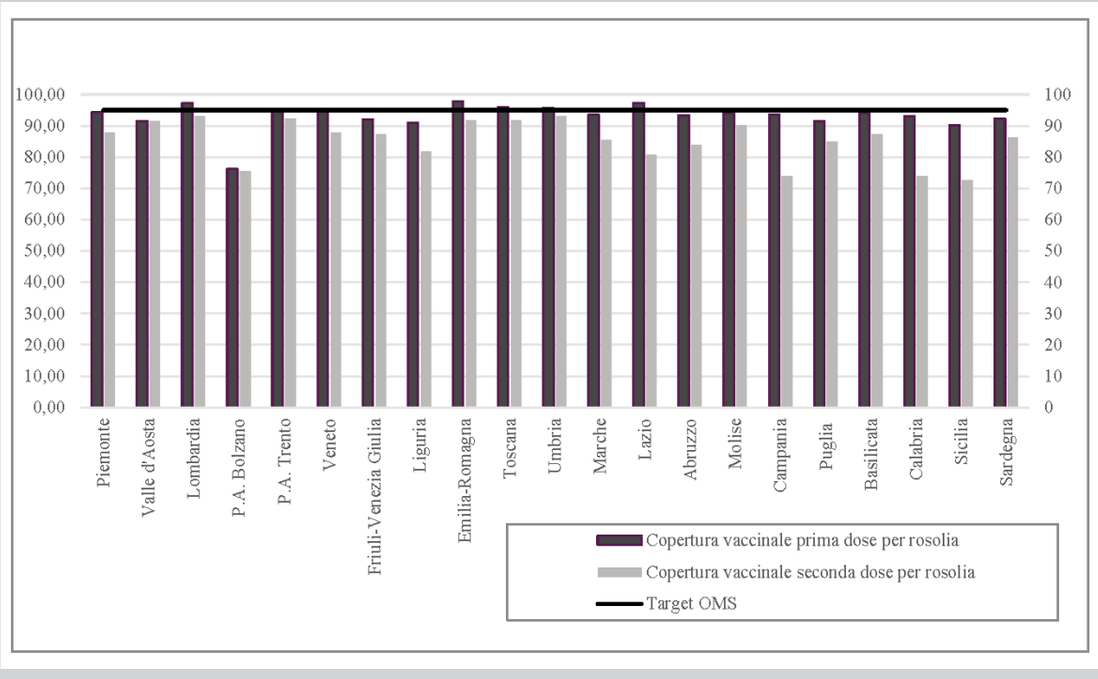
Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 249

Grafico 1 - *Proporzione (valori per 100) di copertura vaccinale per morbillo per regione - Anno 2022*



Fonte dei dati: Ministero della Salute. Aggiornamento: 20 giugno 2023. Anno 2023.

Grafico 2 - *Proporzione (valori per 100) di copertura vaccinale per rosolia per regione - Anno 2022*



Fonte dei dati: Ministero della Salute. Aggiornamento: 20 giugno 2023. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 250

Riferimenti bibliografici

(1) World Health Organization - Regional Office for Europe. Disponibile sul sito: www.who.int/europe/about-us/about-who-europe/organization. Ultimo accesso: 08 gennaio 2024.
(2) Ministero della Salute - OMS - Ufficio regionale per l'Europa. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/portale/rapportiInternazionali/dettaglioContenutiRapportiInternazionali.jsp?lingua=italiano&id=1783&area=rapporti&menu=mondiale. Ultimo accesso: 08 gennaio 2024.
(3) World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe (2014). Eliminating measles and rubella - Framework for the verification process in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014. Disponibile sul sito: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/350499/WHO-EURO-2014-4528-44291-62561-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=yUltimo accesso: 26 gennaio 2024.
(4) Adamo G, Sturabotti G, Baccolini V, de Soccio P, Prencipe GP, Bella A, Magurano F, Iannazzo S, Villari P, Marzuillo C. Regional reports for the subnational monitoring of measles elimination in Italy and the identification of local barriers to the attainment of the elimination goal. PLoS One. 2018; 13 (10): e0205147. doi: 10.1371/journal.pone.0205147.
(5) Annual Status Update on Measles and Rubella Elimination 2022. Italy.
(6) World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe (2013). Guidelines for measles and rubella outbreak investigation and response in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013. Disponibile sul sito: www.who.int/europe/publications/m/item/guidelines-for-measles-and-rubella-outbreak-investigation-and-response-in-the-who-european-region. Ultimo accesso: 09 gennaio 2024.
(7) Mo.Ro.Net – liberi da morbillo e rosolia. Disponibile sul sito: http://moronetlab.it. Ultimo accesso: 09 gennaio 2024.
(8) Ministero della Salute. Vaccinazioni dell'età pediatrica. Anno 2022 (coorte 2020). Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/imgs/C_17_tavole_20_11_0_file.pdf Ultimo accesso: 30 aprile 2024.
(9) Ministero della Salute. Vaccinazioni dell'età pediatrica. Anno 2022 (coorte 2015). Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/imgs/C_17_tavole_20_11_3_file.pdf. Ultimo accesso: 30 aprile 2024.
(10) Facchin G, Bella A, Del Manso M, Rota MC, Filia A. Decline in reported measles cases in Italy in the COVID-19 era, January 2020 - July 2022: The need to prevent a resurgence upon lifting non-pharmaceutical pandemic measures. Vaccine. 2023; 41 (7): 1.286-1.289.
(11) Morbillo & Rosolia News. Aggiornamento mensile- Rapporto N. 69 - Febbraio 2024. Disponibile sul sito: www.epicentro.iss.it/morbillo/bollettino/RM_News_2024_69.pdf. Ultimo accesso: 09febbraio 2024.
(12) WHO- European Region. Eleventh meeting of the European Regional Verification Commission for Measles and Rubella
Elimination. 8–10 November 2022. Copenhagen, Denmark. Disponibile sul sito: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/370182/WHO-EURO-2023-7719-47486-69809-eng.pdf?sequence=1. Ultimo accesso: 26 gennaio 2024.
(13) Ministero della Salute. Legge vaccini. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/portale/vaccinazioni/dettaglioContenutiVaccinazioni.jsp?lingua=italiano&id=4824&area=vaccinazioni&menu=vuoto. Ultimo accesso: 09 gennaio 2024.
(14) Istituto Superiore di Sanità. Vaccini e vaccinazioni. Piano nazionale di prevenzione vaccinale (PNPV) 2023-2025. Disponibile sul sito: www.epicentro.iss.it/vaccini/piano-nazionale-vaccini-2023-2025. Ultimo accesso: 09 gennaio 2024.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 251

Malattie oncologiche

Il monitoraggio regionale degli indicatori sanitari - cifra distintiva dei Rapporti Osservasalute nel corso del tempo - è particolarmente rilevante per le malattie oncologiche, che in Italia risentono di forte variabilità geografica e persistenti disomogeneità. Negli ultimi anni emerge, con sempre maggiore chiarezza, un andamento del rischio oncologico generalmente più favorevole nelle regioni del Centro-Nord rispetto a quelle meridionali. Ciò determina una progressiva riduzione del divario Nord-Sud ed Isole e una preoccupante inversione di tendenza a svantaggio delle regioni meridionali, che diventano quelle a maggior rischio per alcuni dei tumori più frequenti. Il Meridione sconta, infatti, ritardi nell'implementazione dei programmi di screening (in particolare per quello colorettale, istituito più di recente) e una prevalenza più sfavorevole per fattori di rischio oncologico rilevanti, quali fumo e obesità.

Accanto al tema delle diseguaglianze, l'Italia deve affrontare un crescente carico sanitario oncologico, a cui concorrono l'invecchiamento demografico (i tumori sono una patologia prevalentemente dell'età avanzata e l'Italia è uno dei Paesi a più alto indice di vecchiaia), gli avanzamenti della medicina, sia diagnostici che terapeutici, e il costo crescente delle cure. Rispetto a questa problematica, comune a tutto il continente Europeo, vale la pena evidenziare la strategia di attacco intrapresa con forza dalla Commissione Europea con il lancio del Piano Oncologico Europeo 2022-2027[1] (*Europe's Beating Cancer Plan*, EBCP). Il Piano rappresenta uno sforzo coordinato senza precedenti, per la mole di risorse investite in programmi di salute pubblica e ricerca, per rafforzare a 360 gradi la lotta ai tumori e raggiungere l'obiettivo strategico di contenere l'aumento di nuovi casi e decessi per tumore. Il piano si caratterizza per un approccio fortemente integrato e centrato sui bisogni del paziente, prevedendo azioni che includono tutto il percorso diagnostico-terapeutico della malattia, partendo dalla prevenzione primaria e secondaria, fino ad arrivare alle cure palliative o alla riabilitazione oncologica.

Le indicazioni del Piano costituiscono l'orizzonte di riferimento del nuovo Piano Oncologico Nazionale 2022-2027[2] (PON), approvato dalla Conferenza Stato-Regioni nel 2023. Il Piano italiano ha recepito l'approccio globale e intersettoriale dello EBCP e si caratterizza per una maggiore integrazione tra prevenzione, diagnosi precoce e presa in carico, incluso il miglioramento dell'accesso alle cure e la prevenzione delle recidive di malattia. A proposito di indicatori epidemiologici, il piano per la prima volta prevede un Capitolo dedicato all'innovazione dei sistemi informativi sul cancro. Un primo tassello è rappresentato dall'implementazione della Rete Nazionale dei Registri Tumori, l'archivio nazionale alimentato dai registri tumore di popolazione su scala regionale. La messa a regime di questo strumento costituirà un passo avanti notevole in termini di aggiornamento, qualità e completezza dei dati disponibili a supporto delle politiche di controllo della malattia.

Nelle precedenti Edizioni del Rapporto Osservasalute abbiamo fornito il quadro delle differenze regionali negli andamenti dei principali tumori (più frequenti o oggetto di programmi di screening di popolazione). Abbiamo analizzato i profili di rischio di malattia (incidenza) o di morte (mortalità), gli indicatori di esito del percorso diagnostico-terapeutico (sopravvivenza) e del carico complessivo per il sistema sanitario (prevalenza). Abbiamo cercato di evidenziare le criticità emergenti e i progressi realizzati nelle politiche di controllo del cancro attraverso una lettura integrata dei diversi indicatori.

Le stime regionali di incidenza, mortalità e prevalenza oncologica riportate nei precedenti Rapporti Osservasalute sono il frutto di analisi statistiche, basate sulla metodologia MIAMOD[3] (*Mortality and Incidence Analysis* MODel) che consente di effettuare anche proiezioni temporali sulla base di modelli di incidenza che variano per età, periodo e coorte di nascita. Il metodo MIAMOD usa come informazioni in ingresso i dati regionali di mortalità per tumore, rilevati dall'Indagine sulle Cause di morte Istat, e la sopravvivenza relativa dei pazienti oncologici, ricavata dalle osservazioni dei registri tumori di popolazione diffusi sul territorio (AIRTUM-Associazione Italiana Registri Tumori). Questa caratteristica garantisce una notevole aderenza ai dati di mortalità osservati e rende la metodologia MIAMOD una delle più accurate per la stima degli indicatori epidemiologici in popolazioni non coperte da registrazione. Mentre la mortalità per causa è disponibile in formato digitale dal 1970

[1] *European Commission. Europe's Beating Cancer Plan. Communication from the commission to the European Parliament and the Council*. Disponibile sul sito: https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-02/eu_cancer-plan_en_0.pdf.
[2] Ministero della Salute. Piano Oncologico Nazionale: documento di pianificazione e indirizzo per la prevenzione e il contrasto del cancro 2023-2027.
[3] Rossi S, Capocaccia R, De Angelis R, Gatta G. Cancer burden in Italian regions. Tumori 2013; 99 (3).

S. ROSSI, R. DE ANGELIS

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 252

per tutto il territorio nazionale, i dati di sopravvivenza sono solo parzialmente rilevati sul territorio, sia a livello temporale che geografico. Per ricavare una stima della sopravvivenza attesa in tutte le regioni e per tutti i tipi di tumore è, quindi, necessario applicare dei modelli statistici ai dati osservati. L'aggiornamento dei dati dei registri tumore italiani è in corso di completamento e, ad oggi, sussiste un certo divario tra livello di aggiornamento della mortalità per causa (2021) e della sopravvivenza oncologica (2013).

L'aggiornamento delle stime MIAMOD si baserà sui dati di mortalità regionale e sopravvivenza oncologica che saranno disponibili nel corso del 2024. L'aggiornamento permetterà di incorporare gli andamenti più recenti di mortalità e sopravvivenza e di valutare l'impatto dell'aumento di copertura degli screening nelle regioni meridionali al netto degli effetti dovuti alla pandemia, che ha modificato sensibilmente sia la mortalità (per tumore e complessiva), che gli andamenti demografici, specie nella fascia di popolazione anziana che è la più colpita dalle neoplasie. L'impatto del COVID-19 non è stato omogeneo a livello territoriale e questo aggiunge ulteriore complessità alla stima del quadro regionale.

In attesa di questi aggiornamenti vi rimandiamo ai Rapporti Osservasalute precedenti che descrivono con dettaglio regionale: i progressi e le criticità nel controllo dei tumori, a partire da un'analisi integrata degli andamenti recenti di incidenza, sopravvivenza e mortalità (Rapporto Osservasalute 2017); i cambiamenti temporali di incidenza dei tumori nelle diverse fasce di età (Rapporto Osservasalute 2018); l'evoluzione della mortalità per tumore nel periodo 1995-2016 e le relative aree con criticità (Rapporto Osservasalute 2019); l'evoluzione del carico sanitario oncologico (prevalenza) in relazione all'evoluzione dei suoi determinanti, ovvero incidenza, sopravvivenza e invecchiamento della popolazione (Rapporto Osservasalute 2020); il confronto della prevalenza dei pazienti oncologici in Italia rispetto alla media dei Paesi europei (Rapporto Osservasalute 2021); gli andamenti al 2019 di mortalità per tumore mammario e colorettale, in relazione alla copertura dei programmi di screening nelle regioni italiane (Rapporto Osservasalute 2022).

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 253

Disabilità

L'emergenza sanitaria COVID-19 ha aggravato le disuguaglianze già esistenti, le persone con disabilità sono state colpite in modo sproporzionato a causa delle barriere attitudinali, ambientali e istituzionali a cui devono far fronte ogni giorno. Infatti, correndo un maggior rischio di contrarre il virus, hanno spesso dovuto scegliere tra rinunciare al distanziamento sociale, a causa del bisogno di supporti aggiuntivi nelle pratiche di tutti i giorni, o rinunciare ai supporti e alle cure per sentirsi più protetti. Nel corso del Capitolo, verranno analizzati alcuni indicatori di ricorso e rinuncia ad alcuni servizi socio-sanitari di base e per emergenze per il periodo che va dal 2018 al 2022. Lo scopo è quello di valutare l'eventuale impatto della pandemia e capire se l'accesso ai servizi socio-sanitari post-pandemia sia tornato ai livelli pre-pandemici.

In generale, si è evidenziato un impatto rilevante della pandemia sull'accesso a tutti i servizi presi in considerazione, con valori più critici riscontrati nel Meridione. Il divario tra persone con limitazioni e senza, già presente prima della pandemia, si è acuito per la gran parte dei servizi analizzati. Particolarmente drammatico è il dato della rinuncia alle cure, che riguarda una persona con limitazioni su quattro. Il 2022, in generale, ha visto un miglioramento in tutti gli indicatori considerati.

L'analisi del ricorso agli accertamenti diagnostici evidenzia, nel periodo analizzato, una contrazione maggiore per le persone senza limitazioni. Infatti, rispetto agli anni pre-pandemici si evidenzia una forte diminuzione fino al 2021 e solo nel 2022 si assiste ad un leggero incremento. Questa evidenza si osserva in entrambe le popolazioni in studio, ma per le persone senza limitazioni i decrementi percentuali sono stati anche maggiori. Tale risultato potrebbe essere dovuto al fatto che gli accertamenti non fatti fossero quelli procrastinabili e, quindi, in quota maggiore nella popolazione senza limitazioni, mentre quelli necessari, più frequenti nella popolazione con limitazione, sono stati comunque svolti.

Per quanto riguarda l'aver effettuato visite mediche specialistiche, rispetto al periodo pre-pandemico si osserva una contrazione per le due popolazioni in analisi. Tale riduzione, già iniziata nel 2019 e aggravata dalla pandemia, è stata seguita da un lieve incremento nel 2022, tuttavia senza riportare il ricorso a visite specialistiche ai livelli pre-pandemici.

I risultati visti fino ad ora vengono confermati dall'analisi delle rinunce. Infatti, durante l'emergenza sanitaria da COVID-19, la percentuale di persone che ha dovuto rinunciare alle prestazioni sanitarie è risultata quasi raddoppiata rispetto al 2018, attestandosi al 20,57% nel 2020 e al 23,52% nel 2021 per le persone con limitazioni e all'8,00% e all'8,89% per le persone senza limitazioni.

Rispetto al 2018 il ricorso al PS delle persone con limitazioni e senza limitazioni ha registrato decrementi percentuali a partire dal 2020 pari, rispettivamente, al -26,15% e al -36,59%, che si sono ancor più consolidati nel corso dell'anno successivo con valori che hanno subito variazioni del -38,64% e -46,83%. Solo nel 2022 il ricorso al PS è tornato ad aumentare ma rimanendo al di sotto dei valori del 2018, del -17,95% per le persone con limitazioni e per il -30,57% per le persone senza limitazioni. Analizzando la difficoltà a raggiungere il PS in serie storica, e rispetto al 2018, si rileva che ogni anno e fino al 2021 è stato via via meno difficile raggiungere il PS sia per le persone con limitazioni che per le persone senza limitazioni, per registrare nell'ultimo anno un lieve incremento di difficoltà senza tuttavia tornare ai livelli pre-pandemici.

Il ricorso al ricovero ospedaliero ha fortemente risentito della crisi pandemica da COVID-19 che ha investito l'Italia nel triennio 2020-2022, in misura maggiore rispetto agli altri servizi sanitari considerati in questo Capitolo. Nel 2020, primo anno pandemico, e nel confronto con i dati del 2018, i ricoveri ospedalieri delle persone con limitazioni si sono ridotti del -26,64% e per le persone senza limitazioni del -31,18%; difficoltà maggiori si registrano nel 2021, con decrementi percentuali per le due popolazioni in analisi pari, rispettivamente, al -28,13% e al -33,87%. Nel 2022, invece, si registra un incremento del ricorso ai ricoveri ospedalieri che per le persone con limitazioni si attesta al +20,70% rispetto al 2021, e per le persone senza limitazioni risulta pari a +3,15%.

L'assistenza domiciliare è stata uno dei servizi la cui erogazione ha maggiormente risentito durante il periodo della pandemia. Questo è avvenuto non solo per una contrazione del servizio, ma anche per una paura da

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 254

parte delle famiglie delle persone fragili a far entrare in casa propria gli assistenti, esponendosi al rischio di contagio. Questa diminuzione ha, però, sicuramente implicato un vuoto di cura che solo in alcuni casi è stato colmato dalla rete familiare. Nel 2020, primo anno pandemico, il ricorso all'assistenza domiciliare si riduce fortemente (-18,29% rispetto al 2018) attestandosi al 4,21%; la quota resta sostanzialmente stabile anche nel 2021 per tornare a risalire solo nell'anno successivo, rimanendo tuttavia ancora al di sotto del dato del 2018 (-12,8%). Per quanto riguarda i dati relativi agli ultimi 3 mesi dell'anno 2022, il ricorso all'assistenza domiciliare delle persone con limitazioni nelle attività quotidiane è pari al 4,49%.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 255

Persone con limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che vivono in famiglia che hanno fatto ricorso ad un accertamento diagnostico

Significato. L'indicatore fornisce una misura, in serie storica, del ricorso agli accertamenti diagnostici negli ultimi 12 mesi delle persone con e senza limitazioni nelle attività quotidiane. Gli accertamenti diagnostici includono radiografia, ecografia, risonanza magnetica, TAC, mammografia, eco-doppler, ecocardiogramma, elettrocardiogramma, elettroencefalogramma, pap-test etc.; escludono gli esami del sangue e delle urine e gli accertamenti effettuati durante un ricovero ospedaliero o in DH. L'indicatore è importante per valutare la domanda di questa tipologia di servizi sanitari.

Persone con limitazioni nelle attività quotidiane che vivono in famiglia che hanno fatto ricorso ad un accertamento diagnostico negli ultimi 12 mesi

$$\text{Numeratore} = \frac{\text{Persone con limitazioni nelle attività quotidiane che vivono in famiglia che hanno fatto ricorso ad un accertamento diagnostico negli ultimi 12 mesi residenti nella regione } i}{\text{Denominatore = Persone con limitazioni nelle attività quotidiane che vivono in famiglia residenti nella regione } i} \times 100$$

Validità e limiti. I dati sono tratti dall'Indagine Multiscopo dell'Istat "Aspetti della Vita Quotidiana" dal 2018 al 2022. Nell'ambito delle statistiche europee sulla disabilità l'Istat ha inserito in alcune indagini sociali un unico quesito predisposto in collaborazione con la banca dati europea Eurostat nel quadro del *Progetto European Disability Measurement*. Il quesito, *Global Activities Limitations Indicator* (GALI), rileva le persone che, a causa di problemi di salute, dichiarano di avere delle limitazioni, gravi e non gravi, che durano da almeno 6 mesi nelle attività che le persone abitualmente svolgono.

Valore di riferimento/Benchmark. Come valore di riferimento si può assumere il dato nazionale.

Descrizione dei risultati

Nel 2022 il ricorso agli accertamenti diagnostici negli ultimi 12 mesi si attesta per le persone con limitazioni nelle attività quotidiane al 52,17% e per le persone senza limitazioni al 27,45%. L'analisi in serie storica con gli anni pre-pandemici evidenzia una forte diminuzione fino al 2021 e solo nel 2022 si assiste ad un leggero incremento (Tabella 1). Questa evidenza si osserva in entrambe le popolazioni in studio: per le persone con limitazioni nelle attività quotidiane, rispetto al 2018, si sono osservati decrementi percentuali pari, rispettivamente, a -5,58% nel 2019, -11,34% nel 2020, -16,85% nel 2021; per le persone senza limitazioni i decrementi percentuali sono stati anche maggiori, -7,46% nel 2019, -16,04% nel 2020, -19,73% nel 2021.

Le regioni in cui si ricorre maggiormente ad accertamenti diagnostici sono le stesse in cui si effettuano più visite specialistiche, evidenziando quindi una maggiore capacità a far fronte alla domanda di servizi sanitari delle persone con e senza limitazioni nelle attività quotidiane. Nel 2022, il Friuli Venezia Giulia e l'Emilia-Romagna presentano le percentuali più elevate di ricorso ad accertamenti diagnostici da parte delle persone con limitazioni, pari al 62,64% e al 61,78%, e che nel quinquennio 2018-2022, unitamente all'Abruzzo (53,71% nel 2022), hanno quasi recuperato i livelli di ricorso pre-pandemici. Le Marche è l'unica in cui il ricorso ad accertamenti diagnostici delle persone con limitazioni ha subito un incremento, passando dal 50,83% nel 2018 al 55,89% nel 2022. Inoltre, Basilicata, Sardegna, Valle d'Aosta, Calabria, Campania e Puglia, seppur nel 2018 presentavano percentuali di ricorso per le persone con e senza limitazioni sostanzialmente diverse tra loro, fanno registrare, al termine del periodo pandemico, forti decrementi percentuali. Per le persone con limitazioni i decrementi risultano compresi tra il -30% e il -19% e per le persone senza limitazioni tra il -49% e il -20%; decrementi così ampi per entrambe le popolazioni in analisi testimoniano le difficoltà di accesso ai servizi sanitari.

A. PUGLIESE

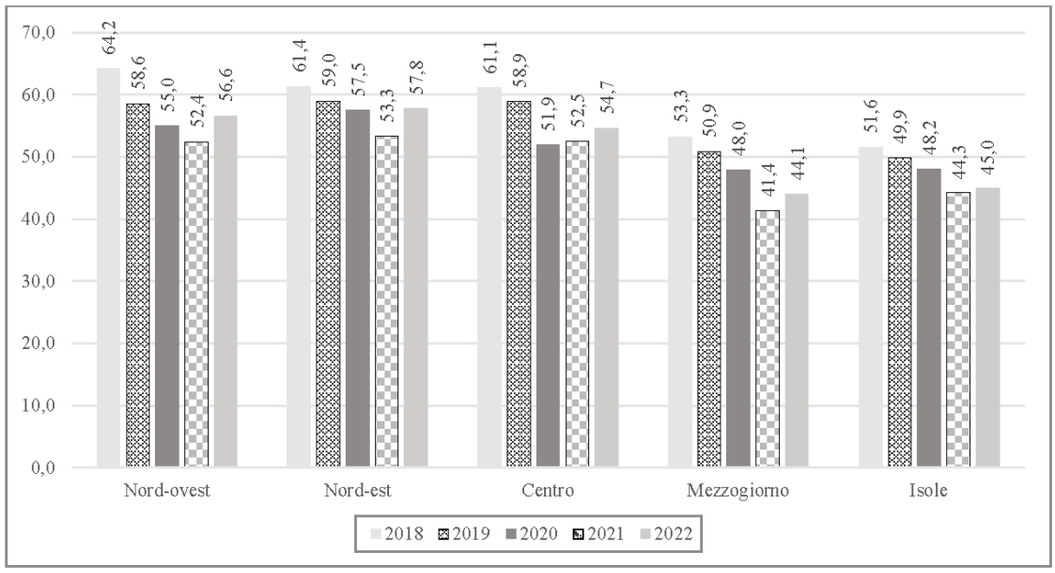
Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 256

Tabella 1 - *Persone (valori per 100) con o senza limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che vivono in famiglia che hanno fatto ricorso ad un accertamento diagnostico negli ultimi 12 mesi per regione - Anni 2018-2022*

Regioni	2018		2019		2020		2021		2022	
	Senza limitazioni	Con limitazioni	Senza limitazioni	Con limitazioni	Senza limitazioni	Con limitazioni	Senza limitazioni	Con limitazioni	Senza limitazioni	Con limitazioni
Piemonte	35,26	60,79	35,35	60,59	28,73	53,82	27,20	49,25	30,98	52,36
Valle d'Aosta	35,88	65,42	33,74	53,57	30,15	54,63	26,47	45,44	27,57	52,28
Lombardia	39,82	65,49	37,36	57,22	33,29	55,21	31,72	53,59	33,17	58,51
Bolzano-Bozen	*31,29*	*48,88*	*25,43*	*49,71*	*28,08*	*46,55*	*25,22*	*42,42*	*24,36*	*43,72*
Trento	*39,30*	*59,80*	*38,20*	*60,41*	*31,91*	*52,24*	*26,32*	*51,05*	*34,48*	*56,39*
Veneto	38,30	59,80	33,75	57,97	32,81	56,39	30,42	54,51	32,09	54,21
Friuli Venezia Giulia	40,59	63,76	36,13	55,09	36,17	59,06	30,11	54,09	36,97	62,64
Liguria	37,44	65,97	33,96	61,10	33,02	57,02	31,31	54,24	31,47	57,25
Emilia-Romagna	41,59	63,99	36,02	61,96	33,36	60,27	32,49	53,42	35,34	61,78
Toscana	36,45	62,81	34,66	65,15	30,37	50,08	30,81	53,90	30,39	53,39
Umbria	36,46	60,20	36,31	54,72	29,08	50,24	33,47	52,17	32,73	54,93
Marche	33,55	50,83	37,74	57,45	28,50	53,02	29,53	51,22	31,63	55,89
Lazio	35,64	62,94	28,42	55,84	31,35	53,07	29,95	51,94	28,79	55,01
Abruzzo	30,97	54,74	31,72	55,15	25,54	48,44	22,52	45,12	24,11	53,71
Molise	27,81	51,19	25,73	51,30	22,35	47,41	20,99	39,42	22,19	48,43
Campania	21,25	54,31	19,54	48,84	16,66	48,28	18,23	42,55	15,80	43,84
Puglia	26,34	55,29	24,23	54,14	25,47	51,64	20,21	44,35	20,48	45,61
Basilicata	29,37	53,71	24,08	52,18	19,37	40,67	15,06	33,08	15,05	37,30
Calabria	19,20	45,88	18,47	46,43	14,33	42,39	13,56	31,95	14,87	36,75
Sicilia	20,96	49,44	22,04	46,93	16,38	47,32	17,56	40,66	17,41	45,08
Sardegna	33,49	56,72	29,30	57,87	27,61	50,49	24,92	53,71	20,97	44,61
Italia	**33,10**	**59,17**	**30,63**	**55,87**	**27,79**	**52,46**	**26,57**	**49,20**	**27,45**	**52,17**

Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat. Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2023.

Grafico 1 - *Persone (valori per 100) con limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che vivono in famiglia che hanno fatto ricorso ad un accertamento diagnostico negli ultimi 12 mesi per macroarea - Anni 2018-2022*



Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat. Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2023.

Raccomandazioni di Osservasalute

Considerando che i maggiori decrementi nell'accesso agli accertamenti diagnostici si sono verificati nelle regioni Meridionali (Grafico 1), aree in cui già le quote di chi accedeva a questo tipo di servizio erano più basse, si raccomanda di continuare a monitorare l'accesso nel futuro e di valutare se questi bassi livelli abbiano implicazioni di rilievo nel percorso di cura dei pazienti.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 257

Persone con limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che vivono in famiglia che hanno fatto ricorso ad una visita specialistica

Significato. L'indicatore fornisce una misura, in serie storica, del ricorso alle visite specialistiche negli ultimi 12 mesi, includendo anche le visite di lavoro e sportive, delle persone con e senza limitazioni nelle attività quotidiane. Sono escluse le visite dentistiche, di guardia medica, di PS e quelle effettuate durante un ricovero ospedaliero o in DH. L'indicatore è importante per valutare la domanda di questa tipologia di servizi sanitari.

Persone con limitazioni nelle attività quotidiane che vivono in famiglia che hanno fatto ricorso ad una visita specialista negli ultimi 12 mesi

$$\frac{\text{Numeratore: Persone con limitazioni nelle attività quotidiane che vivono in famiglia che hanno fatto ricorso ad una visita specialistica negli ultimi 12 mesi residenti nella regione } i}{\text{Denominatore: Persone con limitazioni nelle attività quotidiane che vivono in famiglia residenti nella regione } i} \times 100$$

Validità e limiti. I dati sono tratti dall'Indagine Multiscopo dell'Istat "Aspetti della Vita Quotidiana" degli anni 2018-2022. Nell'ambito delle statistiche europee sulla disabilità l'Istat ha inserito in alcune indagini sociali un unico quesito predisposto in collaborazione con la banca dati europea Eurostat nel quadro del Progetto *European Disability Measurement*. Il quesito, il GALI, rileva le persone che, a causa di problemi di salute, dichiarano di avere delle limitazioni, gravi e non gravi, che durano da almeno 6 mesi nelle attività che le persone abitualmente svolgono.

Valore di riferimento/Benchmark. Come valore di riferimento si può assumere il dato nazionale.

Descrizione dei risultati

Nel 2022, il 59,60% delle persone con limitazioni nelle attività quotidiane ha effettuato una visita specialistica negli ultimi 12 mesi *vs* il 34,16% delle persone senza limitazioni. Rispetto al periodo pre-pandemico e al ricorso a visite specialistiche, si osserva una contrazione per le due popolazioni in analisi già iniziata nel 2019 e aggravata dalla situazione pandemica a cui è seguito un lieve incremento nel 2022 che, tuttavia, non ha riportato il ricorso a visite specialistiche ai livelli pre-pandemici.

Per le persone con limitazioni nelle attività quotidiane si registra una riduzione del ricorso ad una visita specialistica che passa dal 65,88% del 2018 al 57,28% del 2020 e al 56,05% del 2021; solo nel 2022 si assiste ad un lieve incremento rispetto all'anno precedente (59,60%). Per le persone senza limitazioni la riduzione del ricorso a visite specialistiche si registra fino al 2020, passando dal 40,26% del 2018 al 32,88% del 2020, per attestarsi negli anni successivi a percentuali di poco superiori (Tabella 1).

Nel 2022, l'analisi territoriale evidenzia percentuali più alte di ricorso a visite specialistiche in Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia-Romagna e Lombardia per le persone con limitazioni nelle attività quotidiane, con valori pari, rispettivamente, a 68,15%, 66,65%, 65,83% e 65,44%, e in Friuli Venezia Giulia, PA di Trento ed Emilia-Romagna per le persone senza limitazioni nelle attività quotidiane, con valori compresi tra 44,58% e 41,62%. Il confronto con il ricorso a visite specialistiche del 2018 mostra solo per le persone con limitazioni nelle attività quotidiane residenti in Molise e Marche percentuali maggiori rispetto al corrispondente valore prepandemico (63,77% nel 2022 *vs* 59,45% nel 2018 in Molise e 63,71% nel 2022 *vs* 61,49% nel 2018 nelle Marche), a cui seguono Umbria e Abruzzo che fanno registrare lievi incrementi. Per le persone con limitazioni residenti nelle restanti regioni si registrano percentuali di ricorso a visite specialistiche anche molto inferiori rispetto al dato del 2018, con decrementi percentuali pari a -21,81% in Basilicata, -20,80% in Sardegna, -15,32% in Puglia, -14,64% in Campania e -12,97% in Sicilia.

Il confronto in serie storica per le persone senza limitazioni mostra, in tutte le regioni, percentuali di ricorso a visite specialistiche più basse rispetto al 2018. La Basilicata fa registrare il decremento massimo, con percentuali che passano dal 37,42% nel 2018 al 20,58% nel 2022, seguita dalla PA di Bolzano (dal 44,08% nel 2018 al 31,72% nel 2022), Sardegna (dal 43,84% nel 2018 al 31,79% nel 2022), Liguria (dal 49,83% nel 2018 al 38,93% nel 2022) e Campania (dal 25,95% nel 2018 al 20,49% nel 2022).

A. PUGLIESE

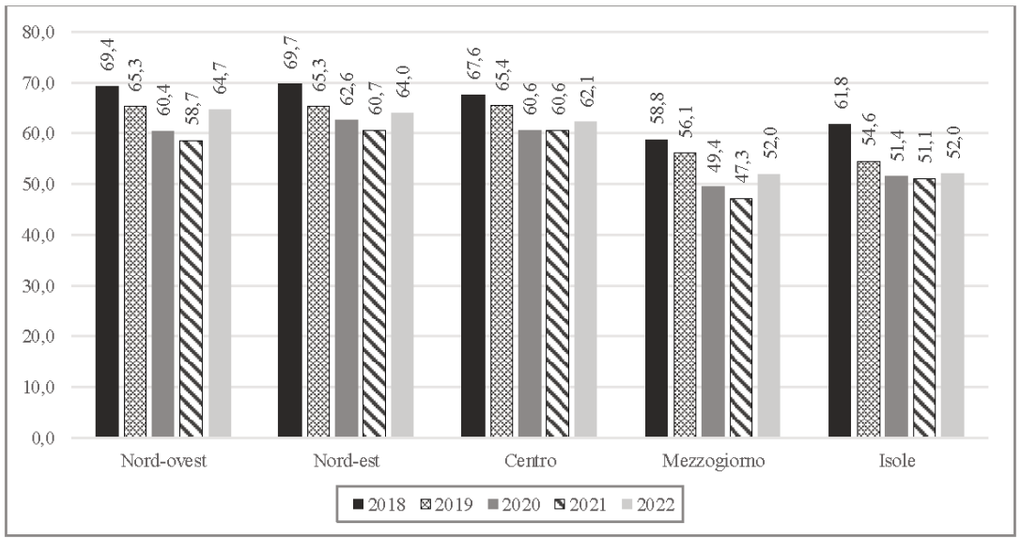
Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 258

Tabella 1 - *Persone (valori per 100) con o senza limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che vivono in famiglia che hanno fatto ricorso ad una visita specialistica negli ultimi 12 mesi per regione - Anni 2018-2022*

Regioni	2018		2019		2020		2021		2022	
	Senza limitazioni	Con limitazioni	Senza limitazioni	Con limitazioni	Senza limitazioni	Con limitazioni	Senza limitazioni	Con limitazioni	Senza limitazioni	Con limitazioni
Piemonte	42,56	67,02	41,30	68,77	32,86	59,78	34,40	55,96	36,96	62,47
Valle d'Aosta	41,19	69,23	38,79	61,73	33,85	55,86	32,73	55,49	35,77	60,92
Lombardia	47,13	70,01	44,41	63,31	40,36	60,38	39,33	59,42	39,69	65,44
Bolzano-Bozen	*44,08*	*54,68*	*33,94*	*56,62*	*33,21*	*54,81*	*30,32*	*47,14*	*31,72*	*51,49*
Trento	*43,72*	*70,82*	*46,16*	*72,79*	*44,04*	*64,57*	*38,24*	*58,97*	*42,80*	*63,00*
Veneto	46,83	66,24	42,17	62,82	38,63	62,65	36,87	67,08	40,66	62,50
Friuli Venezia Giulia	47,82	73,41	43,70	65,89	40,23	63,01	40,47	62,89	44,58	68,15
Liguria	49,83	72,38	40,01	67,74	38,61	62,78	38,38	61,43	38,93	66,65
Emilia-Romagna	50,24	74,05	44,07	67,71	39,60	63,15	42,05	55,81	41,62	65,83
Toscana	43,54	69,25	42,00	70,59	35,10	58,94	37,83	60,25	37,58	61,23
Umbria	44,92	60,38	41,53	62,28	36,23	56,43	37,93	56,11	37,82	61,20
Marche	42,96	61,49	41,43	66,86	34,25	60,95	37,56	61,95	39,61	63,71
Lazio	43,74	69,53	36,95	62,01	36,71	62,22	35,60	61,26	36,60	62,36
Abruzzo	37,62	58,35	36,96	58,93	29,22	51,84	28,77	51,25	33,05	59,11
Molise	32,31	59,45	34,92	56,92	26,19	46,99	25,56	48,45	30,38	63,77
Campania	25,95	60,66	24,09	55,61	20,49	48,60	21,25	46,69	20,49	51,78
Puglia	30,61	61,73	29,22	58,92	29,01	52,40	27,25	49,57	24,53	52,27
Basilicata	37,42	54,93	28,15	55,35	22,95	40,35	20,92	41,25	20,58	42,95
Calabria	24,65	49,68	24,72	50,43	16,66	47,73	20,13	42,70	20,96	47,96
Sicilia	26,32	58,43	26,46	50,96	19,07	49,88	23,40	45,53	24,15	50,85
Sardegna	43,84	70,08	39,47	64,34	33,78	55,55	32,72	65,90	31,79	55,50
Italia	**40,26**	**65,88**	**37,26**	**61,86**	**32,88**	**57,28**	**33,26**	**56,05**	**34,16**	**59,60**

Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat. Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2023.

Grafico 1 - *Persone (valori per 100) con limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che vivono in famiglia che hanno fatto ricorso ad una visita specialistica negli ultimi 12 mesi per macroarea - Anni 2018-2022*



Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat. Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2023.

Raccomandazioni di Osservasalute

I maggiori decrementi nell'accesso alle visite specialistiche si sono verificati nelle regioni del Meridione (Grafico 1), aree in cui già le quote di chi accedeva a questo tipo di servizio erano più basse. Si raccomanda di continuare a monitorare l'accesso nel futuro e di valutare, in particolare nelle regioni in cui si sono registrati i decrementi più sensibili per le persone con limitazioni (Basilicata, Sardegna, Puglia e Campania) se questi bassi livelli abbiano implicazioni di rilievo nel percorso di cura dei pazienti.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 259

Rinuncia a visite specialistiche e accertamenti diagnostici delle persone con limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che vivono in famiglia

Significato. L'indicatore fornisce un quadro, in serie storica, in merito a coloro che dichiarano di rinunciare a visite specialistiche e accertamenti diagnostici pur avendone bisogno per motivi economici, perché costano troppo o non possono pagarle, difficoltà di accesso al servizio, incluse le liste di attesa, e negli anni della pandemia a problemi legati al COVID-19, tra le persone con limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane e persone senza limitazioni. L'indicatore fornisce un'importante indicazione per valutare i bisogni non soddisfatti delle persone.

Persone che rinunciano a sottoporsi ad una visita specialistica e accertamenti diagnostici pur avendone bisogno con limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che vivono in famiglia

$$\frac{\text{Persone con limitazioni nelle attività quotidiane che vivono in famiglia che rinunciano a una visita specialistica e accertamenti diagnostici residenti nella regione } i}{\text{Persone con limitazioni nelle attività quotidiane che vivono in famiglia residenti nella regione } i} \times 100$$

Validità e limiti. I dati sono tratti dall'Indagine Multiscopo dell'Istat "Aspetti della Vita Quotidiana" per gli anni 2018-2022. Nell'ambito delle statistiche europee sulla disabilità l'Istat ha inserito in alcune indagini sociali un unico quesito predisposto in collaborazione con la banca dati europea Eurostat nel quadro del Progetto *European Disability Measurement*. Il quesito, il GALI, rileva le persone che, a causa di problemi di salute, dichiarano di avere delle limitazioni, gravi e non gravi, che durano da almeno 6 mesi nelle attività che le persone abitualmente svolgono.
Sono escluse dal calcolo le visite dentistiche, le visite della guardia medica, il PS, gli esami del sangue o delle urine e tutte le visite o gli accertamenti effettuati durante un ricovero ospedaliero o in DH.

Valore di riferimento/Benchmark. Come valore di riferimento si può assumere la regione con la media delle tre regioni con la percentuale più bassa.

Descrizione dei risultati

Nel 2022, la percentuale di persone con limitazioni nelle attività quotidiane che rinuncia a visite mediche o accertamenti diagnostici negli ultimi 12 mesi è pari al 16,47%, mentre per le persone senza limitazioni la quota si attesta al 5,62%. Durante l'emergenza sanitaria da COVID-19, la percentuale di persone che ha dovuto rinunciare alle prestazioni sanitarie è risultata in sensibile aumento rispetto al 2018, attestandosi al 20,57% nel 2020 e al 23,52% nel 2021 per le persone con limitazioni, e all'8,00% e all'8,89% per le persone senza limitazioni (Tabella 1).
Negli anni precedenti l'inizio della pandemia, l'analisi territoriale dei quozienti delle persone con e senza limitazioni nelle attività quotidiane mostrava un gradiente territoriale, con valori più contenuti nel Nord rispetto alle altre regioni. Tuttavia, l'impatto della pandemia ha spostato risorse necessarie ad affrontare l'emergenza sanitaria e ridotto molte attività, per cui le differenze si sono annullate a partire dal 2020. Ciò continua ad accadere anche nel 2022, nonostante la flessione delle rinunce dovute al COVID-19.
Nel 2022, in Sardegna e Piemonte si osservano le maggiori rinunce a visite mediche e accertamenti diagnostici, a cui si aggiungono Friuli Venezia Giulia e Lazio per le persone con limitazioni (con valori, rispettivamente, pari a 27,23%, 20,96%, 19,88% e 18,18%). Anche per le persone senza limitazioni i valori maggiori si registrano in Sardegna e Piemonte (rispettivamente, 8,97% e 7,44%) a cui si aggiunge l'Umbria (7,31%). Rispetto al dato del 2018 la quota di persone con limitazioni che rinuncia alle prestazioni sanitarie risulta in aumento in molte regioni settentrionali con incrementi percentuali compresi approssimativamente tra +53% e +18%, ad eccezione di Valle d'Aosta, Liguria e PA di Bolzano. Per le persone senza limitazioni gli incrementi maggiori si osservano in Valle d'Aosta, Piemonte, Emilia-Romagna e Friuli Venezia Giulia, con percentuali comprese tra circa +44% e +22%.

A. PUGLIESE

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 260

Tabella 1 - *Rinuncia (valori per 100) a visite specialistiche e accertamenti diagnostici delle persone con o senza limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che vivono in famiglia per regione - Anni 2018-2022*

Regioni	2018		2019		2020		2021		2022	
	Senza limitazioni	Con limitazioni	Senza limitazioni	Con limitazioni	Senza limitazioni	Con limitazioni	Senza limitazioni	Con limitazioni	Senza limitazioni	Con limitazioni
Piemonte	5,64	14,50	4,56	13,38	9,10	20,34	9,64	23,45	7,44	20,96
Valle d'Aosta	4,69	13,24	6,48	14,55	7,65	22,51	9,64	24,57	6,74	10,29
Lombardia	5,52	12,97	5,39	10,68	8,48	20,61	10,28	25,43	5,66	16,55
Bolzano-Bozen	*4,81*	*11,04*	*2,22*	*8,03*	*5,48*	*17,37*	*4,71*	*13,83*	*4,30*	*10,08*
Trento	*4,61*	*8,71*	*5,27*	*4,51*	*6,09*	*20,57*	*7,41*	*19,53*	*4,72*	*13,32*
Veneto	6,24	14,14	5,98	10,97	7,48	19,05	7,25	22,99	5,05	16,69
Friuli Venezia Giulia	5,41	13,65	4,15	10,84	7,18	14,82	8,35	24,45	6,61	19,88
Liguria	5,55	16,22	4,21	11,58	8,92	21,57	8,73	24,43	4,69	13,90
Emilia-Romagna	4,21	10,73	4,08	11,42	9,36	19,62	9,34	20,45	5,19	14,73
Toscana	6,90	12,66	5,14	13,29	6,91	18,91	6,95	18,66	5,77	16,26
Umbria	8,44	17,66	6,20	12,48	9,57	19,19	10,58	24,29	7,31	15,12
Marche	8,27	14,66	5,47	15,12	8,87	19,43	8,73	25,08	5,40	14,66
Lazio	8,82	17,89	6,92	15,04	9,73	24,07	11,13	26,20	5,87	18,18
Abruzzo	9,54	22,33	8,78	16,71	11,13	24,46	11,33	27,77	6,33	13,71
Molise	8,78	18,38	7,06	14,13	7,50	20,08	10,43	26,71	4,04	14,00
Campania	6,73	13,78	4,67	12,70	5,89	18,16	6,91	20,97	3,74	12,15
Puglia	7,62	17,78	5,24	17,02	9,14	22,07	8,26	21,01	5,58	17,54
Basilicata	5,40	17,75	5,70	17,91	6,56	20,93	7,14	26,28	5,89	17,61
Calabria	8,22	15,91	7,48	21,57	3,85	22,69	7,64	26,56	5,47	15,62
Sicilia	6,03	14,76	5,31	15,59	5,44	17,73	6,94	21,31	5,77	14,99
Sardegna	14,27	25,74	11,79	24,45	11,00	32,25	14,74	36,33	8,97	27,23
Italia	**6,70**	**14,98**	**5,56**	**13,81**	**8,00**	**20,57**	**8,89**	**23,52**	**5,62**	**16,47**

Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat. Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2023.

Raccomandazioni di Osservasalute

Il divario tra persone con limitazioni e senza nella rinuncia alle cure era già presente prima della pandemia. Questo dato può riflettere diversi fattori oltre le barriere all'accesso di ogni ordine, come il fatto che le persone con limitazioni hanno spesso bisogno di un numero maggiore di prestazioni ed è, quindi, più alta la probabilità di doverne rinunciare almeno ad una. Con la pandemia, la quota di chi deve rinunciare ad una prestazione sanitaria aumenta considerevolmente, divario tra persone con limitazioni e senza limitazioni si amplia, ma in termini territoriali il divario tende a ridursi. La raccomandazione è di continuare il monitoraggio di questo indicatore su tutto il territorio nazionale, prospettando un potenziamento dell'offerta.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 261

Persone con limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che vivono in famiglia che hanno fatto ricorso al Pronto Soccorso

Significato. L'indicatore fornisce una misura, in serie storica, del ricorso al PS negli ultimi 3 mesi delle persone con limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che vivono in famiglia e delle persone senza limitazioni. Esso rappresenta una importante indicazione per valutare la domanda di questo servizio sanitario.

Persone con limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che vivono in famiglia che hanno fatto ricorso al Pronto Soccorso negli ultimi 3 mesi

Numeratore: Persone con limitazioni nelle attività quotidiane che vivono in famiglia che hanno fatto ricorso al Pronto Soccorso negli ultimi 3 mesi residenti nella regione *i*

Denominatore: Persone con limitazioni nelle attività quotidiane che vivono in famiglia residenti nella regione *i*

x 100

Validità e limiti. I dati sono tratti dall'Indagine Multiscopo dell'Istat "Aspetti della Vita Quotidiana" per gli anni 2018-2022. Nell'ambito delle statistiche europee sulla disabilità, l'Istat ha inserito in alcune indagini sociali un unico quesito predisposto in collaborazione con la banca europea Eurostat nel quadro del Progetto *European Disability Measurement*. Il quesito, il GALI, rileva le persone che, a causa di problemi di salute, dichiarano di avere delle limitazioni, gravi e non gravi, che durano da almeno 6 mesi nelle attività che le persone abitualmente svolgono.

Valore di riferimento/Benchmark. Come valore di riferimento si può assumere il dato nazionale.

Descrizione dei risultati

L'analisi in serie storica dell'indicatore mostra una contrazione del ricorso al PS durente la pandemia, con un recupero rispetto ai valori pre-pandemici nel corso del 2022. Rispetto al 2018 il ricorso al PS delle persone con limitazioni e senza limitazioni ha registrato decrementi percentuali a partire dal 2020, rispettivamente, pari a -26,15% e a -36,59%, che si sono ancor più consolidati nel corso dell'anno successivo, con valori che hanno subito variazioni pari a -38,64% e -46,83%. Solo nel 2022 il ricorso al PS è tornato ad aumentare, ma rimanendo al di sotto dei valori del 2018, di -17,95% per le persone con limitazioni e -30,57% per le persone senza limitazioni.

Nel 2022, il 10,51% delle persone con limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane ha fatto ricorso al PS e il 4,27% delle persone senza limitazioni (Tabella 1). Nello stesso anno nella PA di Trento e in Toscana si osserva il maggior ricorso al PS delle persone con limitazioni, con quote pari al 17,18% e 16,16%, mentre in Campania, Sicilia e Molise le quote di ricorso più basse, comprese approssimativamente tra il 6-7%. L'analisi in serie storica evidenzia che PA di Trento, Toscana e Friuli Venezia Giulia sono le uniche unità territoriali in cui si registra un incremento del ricorso al termine del quinquennio 2018-2022 (rispettivamente, +66,15%, +14,29% e +6,22%). Rispetto al 2018, in tutte le altre unità territoriali le quote di ricorso al PS per le persone con limitazioni risultano ridotte, in particolare di quasi la metà in Valle d'Aosta, PA di Bolzano e Basilicata, di circa un terzo in Lazio, Molise, Sardegna, Sicilia e Umbria, e di valori compresi approssimativamente tra il -7% e il -22,5% per tutte le altre unità territoriali.

Rispetto al 2018 anche per le persone senza limitazioni il ricorso al PS si è fortemente ridotto, registrando decrementi percentuali tra circa il -8% e il -58%; ad eccezione della PA di Trento che mostra per il 2022 la maggior quota di ricorso al PS (7,43%) e, in confronto al 2018, un lieve incremento (+4,06%).

A. PUGLIESE

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 262

Tabella 1 - *Persone (valori per 100) con o senza limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che vivono in famiglia che hanno fatto ricorso al Pronto Soccorso negli ultimi 3 mesi per regione - Anni 2018-2022*

Regioni	2018		2019		2020		2021		2022	
	Senza limitazioni	Con limitazioni	Senza limitazioni	Con limitazioni	Senza limitazioni	Con limitazioni	Senza limitazioni	Con limitazioni	Senza limitazioni	Con limitazioni
Piemonte	7,96	14,48	6,77	16,20	4,58	9,41	2,69	7,88	5,74	11,43
Valle d'Aosta	7,36	22,90	7,71	13,03	5,13	9,17	3,05	9,16	6,74	11,58
Lombardia	7,39	15,52	7,86	15,74	4,45	10,67	3,88	8,53	4,99	13,70
Bolzano-Bozen	*8,30*	*17,86*	*8,86*	*13,97*	*7,62*	*12,08*	*4,88*	*10,47*	*4,89*	*9,67*
Trento	*7,14*	*10,34*	*7,22*	*12,10*	*5,26*	*13,71*	*5,49*	*10,85*	*7,43*	*17,18*
Veneto	7,19	13,96	7,07	14,51	5,97	10,41	5,19	9,23	6,52	12,32
Friuli Venezia Giulia	7,92	11,42	6,96	15,93	5,03	10,24	4,20	9,98	5,20	12,13
Liguria	5,93	13,10	7,40	15,12	3,52	9,71	3,91	8,75	4,84	10,22
Emilia-Romagna	6,47	14,52	7,86	15,09	4,05	13,21	4,21	7,91	4,82	11,51
Toscana	6,43	14,14	7,45	16,01	5,09	8,36	3,16	11,28	5,45	16,16
Umbria	7,46	13,25	6,22	13,98	4,86	10,65	3,31	8,91	5,06	9,36
Marche	5,38	10,70	6,00	14,79	4,33	11,20	4,48	11,22	4,87	9,68
Lazio	6,11	13,09	4,84	11,63	3,24	8,89	3,05	8,02	3,34	8,32
Abruzzo	8,19	14,90	7,31	10,54	5,09	11,32	2,78	6,77	3,44	12,50
Molise	6,47	10,63	6,24	10,49	3,37	8,02	2,99	5,69	5,19	7,05
Campania	3,09	7,97	3,27	9,68	1,73	6,05	1,85	5,02	1,92	6,18
Puglia	4,84	10,29	4,60	13,13	2,91	9,44	2,46	7,19	2,96	9,54
Basilicata	6,25	15,68	4,26	11,94	2,89	8,56	2,44	6,32	3,34	8,84
Calabria	4,79	10,45	5,65	10,48	2,36	7,73	1,70	6,46	3,25	8,44
Sicilia	4,74	10,01	5,10	11,68	2,68	7,77	2,32	4,90	2,42	6,98
Sardegna	5,39	11,12	5,40	12,02	3,38	7,53	2,37	6,64	2,56	7,74
Italia	**6,15**	**12,81**	**6,23**	**13,58**	**3,90**	**9,46**	**3,27**	**7,86**	**4,27**	**10,51**

Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat. Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 263

Persone con limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che vivono in famiglia che hanno avuto difficoltà a raggiungere un servizio sanitario

Significato. L'indicatore indaga, in serie storica, le difficoltà sperimentate a raggiungere il PS dalle persone con e senza limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane. Esso è costruito considerando le modalità di risposta: molta difficolta o un po' di difficoltà. L'indicatore è importante per valutare le difficoltà di accesso.

Persone con limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che vivono in famiglia che hanno avuto difficoltà a raggiungere un servizio sanitario

Numeratore: Persone con limitazioni nelle attività quotidiane che vivono in famiglia che hanno avuto difficoltà a raggiungere un servizio sanitario residenti nella regione *i*

Denominatore: Persone con limitazioni nelle attività quotidiane che vivono in famiglia residenti nella regione *i*

x 100

Validità e limiti. I dati sono tratti dall'Indagine Multiscopo dell'Istat "Aspetti della Vita Quotidiana" del 2018-2022. Nell'ambito delle statistiche europee sulla disabilità, l'Istat ha inserito in alcune indagini sociali un unico quesito predisposto in collaborazione con la banca dati europea Eurostat nel quadro del Progetto *European Disability Measurement*. Il quesito, il GALI, rileva le persone che, a causa di problemi di salute, dichiarano di avere delle limitazioni, gravi e non gravi, che durano da almeno 6 mesi nelle attività che le persone abitualmente svolgono.

Valore di riferimento/Benchmark. Come valore di riferimento si può assumere il dato nazionale.

Descrizione dei risultati

Nel 2022, tra le persone con limitazioni nelle attività quotidiane il 54,17% dichiara difficoltà a raggiungere il PS *vs* il 47,97% delle persone senza limitazioni. Analizzando il dato in serie storica, e rispetto al 2018, si rileva che ogni anno e fino al 2021 è stato via via meno difficile raggiungere il PS sia per le persone con limitazioni che per le persone senza limitazioni, per registrare nell'ultimo anno un lieve incremento di difficoltà senza tuttavia tornare ai livelli pre-pandemici (Tabella 1).

L'osservazione territoriale delle percentuali di persone con limitazioni che dichiarano difficoltà a raggiungere il PS evidenzia un gradiente Nord-Sud ed Isole. Sei persone con limitazioni su dieci hanno difficoltà a raggiungere il PS in Campania, Puglia, Basilicata, Calabria e Molise, alle quali si aggiungono Liguria e Piemonte. Rispetto al quinquennio 2018-2022, per le persone con limitazioni, le regioni che registrano i decrementi maggiori, in termini assoluti compresi tra -10% e -13%, sono Lazio, Abruzzo e Umbria. Inoltre, nelle regioni Meridionali, ad eccezione della Puglia, il grado di difficoltà nel raggiungere il PS sta diminuendo in tutte le regioni (decrementi in termini assoluti compresi tra circa il -7% e il -12%) anche se i valori di partenza risultano per quasi tutte le regioni più elevati rispetto al resto del Paese.

[1]Vedasi la L.R. n.3 del 27 febbraio 1997 e successive modifiche.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 264

Tabella 1 - *Persone (valori per 100) con o senza limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che vivono in famiglia che hanno avuto difficoltà a raggiungere il Pronto Soccorso per regione - Anni 2018-2022*

Regioni	2018		2019		2020		2021		2022	
	Senza limitazioni	Con limitazioni	Senza limitazioni	Con limitazioni	Senza limitazioni	Con limitazioni	Senza limitazioni	Con limitazioni	Senza limitazioni	Con limitazioni
Piemonte	50,74	54,71	40,27	54,43	47,85	54,26	45,04	55,17	51,78	59,47
Valle d'Aosta	49,43	54,54	43,35	52,80	42,90	57,27	39,99	44,82	52,45	56,05
Lombardia	40,50	53,46	40,10	49,60	35,64	45,17	36,52	46,71	39,81	47,77
Bolzano-Bozen	*29,75*	*36,32*	*24,18*	*33,93*	*27,35*	*37,96*	*27,39*	*36,09*	*27,69*	*35,01*
Trento	*41,12*	*50,13*	*43,33*	*45,24*	*40,65*	*52,60*	*42,59*	*49,52*	*41,22*	*52,82*
Veneto	45,79	49,98	44,33	55,12	46,24	57,06	38,17	47,80	42,26	47,69
Friuli Venezia Giulia	41,85	49,68	41,79	51,82	36,67	50,17	39,25	45,22	39,71	48,48
Liguria	52,50	60,89	50,90	59,27	49,12	49,70	49,59	51,01	47,74	60,07
Emilia-Romagna	49,67	55,23	46,20	56,51	42,80	45,82	38,31	44,49	40,38	50,65
Toscana	49,78	53,66	51,76	54,54	39,56	56,66	44,32	56,80	44,50	51,04
Umbria	40,81	53,91	48,54	54,07	39,80	55,73	44,94	53,83	47,57	44,35
Marche	42,27	55,85	46,58	58,13	43,47	55,35	44,88	53,86	47,48	52,27
Lazio	55,42	64,68	52,02	57,23	51,23	60,56	47,73	58,39	45,24	51,81
Abruzzo	60,06	64,92	53,15	55,35	48,25	55,61	43,81	49,28	49,36	52,88
Molise	58,58	69,80	48,10	58,67	57,43	62,90	47,59	64,99	46,28	59,33
Campania	68,54	73,30	65,38	69,48	65,95	70,33	61,76	67,57	63,63	64,85
Puglia	55,14	59,84	56,07	60,93	61,52	64,02	48,82	56,44	59,68	63,73
Basilicata	60,75	62,45	57,12	63,10	51,06	60,76	49,12	57,89	60,91	61,92
Calabria	72,33	73,37	64,47	77,02	56,53	69,26	57,95	66,28	62,75	61,51
Sicilia	62,59	68,79	60,97	71,15	59,25	60,70	54,82	58,20	53,41	57,34
Sardegna	53,69	57,46	55,46	56,05	48,79	55,86	41,28	50,10	43,17	50,80
Italia	**52,29**	**59,08**	**50,09**	**58,34**	**48,34**	**56,25**	**45,57**	**53,67**	**47,97**	**54,17**

Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat. Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2023.

Raccomandazioni di Osservasalute

La metà dei residenti in Italia ha difficoltà ad accedere al pronto soccorso, in particolare chi soffre di limitazioni. È noto nel nostro Paese il limitato accesso ai servizi nelle aree interne. Si suggerisce di monitorare questo tipo di accesso, distinguendo tra conglomerati urbani e aree interne, valutandone differenze e andamenti. Azioni per ridurre la desertificazione sanitaria sono ormai ineludibili e andrebbero mirate alle aree con maggiori carenze.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 265

Ricorso ai ricoveri ospedalieri per le persone con limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che vivono in famiglia

Significato. L'indicatore fornisce una misura, in serie storica, del ricorso al ricovero ospedaliero negli ultimi 3 mesi delle persone con limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che vivono in famiglia e delle persone senza limitazioni gravi e non gravi. Esso rappresenta una importante indicazione per valutare la domanda di questo servizio sanitario.

Ricorso ai ricoveri ospedalieri negli ultimi 3 mesi per le persone con limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che vivono in famiglia

$$\frac{\text{Numeratore: Persone con limitazioni nelle attività quotidiane che vivono in famiglia che ricorrono al ricovero ospedaliero negli ultimi 3 mesi residenti nella regione } i}{\text{Denominatore: Persone con limitazioni nelle attività quotidiane che vivono in famiglia residenti nella regione } i} \times 100$$

Validità e limiti. I dati sono tratti dall'Indagine Multiscopo dell'Istat "Aspetti della Vita Quotidiana" per gli anni 2018-2022. Nell'ambito delle statistiche europee sulla disabilità l'Istat ha inserito in alcune indagini sociali un unico quesito predisposto in collaborazione con la banca dati europea Eurostat nel quadro del Progetto *European Disability Measurement*. Il quesito, il GALI, rileva le persone che, a causa di problemi di salute, dichiarano di avere delle limitazioni, gravi e non gravi, che durano da almeno 6 mesi nelle attività che le persone abitualmente svolgono. I dati sul ricorso al ricovero ospedaliero si riferiscono ai 3 mesi precedenti l'intervista.

Valore di riferimento/Benchmark. Come valore di riferimento si può assumere il dato nazionale.

Descrizione dei risultati

Nel corso del 2022 il 5,83% delle persone con limitazioni nelle attività quotidiane e l'1,27% delle persone senza limitazioni ha fatto ricorso ad un ricovero ospedaliero (Tabella 1). L'accesso agli istituti di cura pubblici e privati ha fortemente risentito della crisi pandemica da COVID-19 che ha investito l'Italia nel triennio 2020-2022, in misura maggiore rispetto agli altri servizi sanitari considerati in questo Capitolo. Nel 2020, primo anno pandemico, e nel confronto con i dati del 2018, il ricorso al ricovero ospedaliero delle persone con limitazioni si è ridotto del -26,64% e per le persone senza limitazioni del -31,18%; difficoltà maggiori si registrano nel 2021, con decrementi percentuali per le due popolazioni in analisi, rispettivamente, pari al -28,13% e al -33,87%. Invece, nel 2022 si registra un incremento del ricorso ai ricoveri ospedalieri che per le persone con limitazioni si attesta al +20,70% rispetto al 2021, e per le persone senza limitazioni risulta pari al +3,15%.

L'analisi territoriale mostra per le persone con limitazioni nella PA di Trento un ricorso al ricovero ospedaliero pari al 10,51%, seguita da Lombardia, Piemonte, Valle d'Aosta, Toscana e Basilicata con percentuali comprese, approssimativamente, tra il 6-7%.

L'Umbria, la Sardegna , il Veneto e la PA di Bolzano sono le unità territoriali con il ricorso al ricovero ospedaliero più basso. Al termine del quinquennio 2018-2022 i sistemi sanitari regionali dimostrano di aver risentito dell'emergenza pandemica e il ricorso al ricovero ospedaliero delle persone con e senza limitazioni nelle attività quotidiane è al di sotto dei valori del 2018, ad eccezione per la PA di Trento e il Friuli Venezia Giulia, a cui si aggiungono per le persone con limitazioni Toscana e Marche e per le persone senza limitazioni nelle attività quotidiane il Veneto, il Lazio e il Molise.

A. PUGLIESE

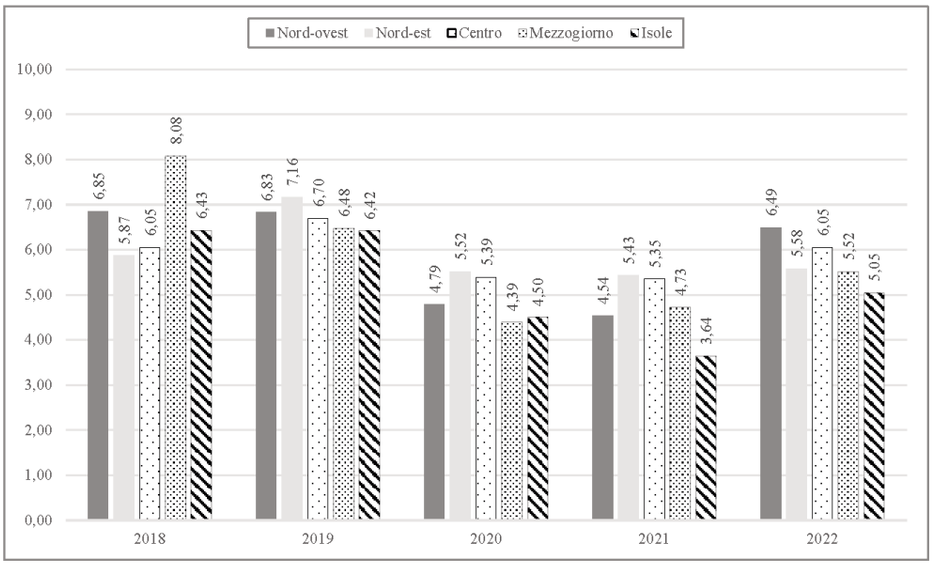
Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 266

Tabella 1 - *Ricorso (valori per 100) al ricovero ospedaliero negli ultimi 3 mesi delle persone senza o con limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che vivono in famiglia per regione - Anni 2018-2022*

Regioni	2018		2019		2020		2021		2022	
	Senza limitazioni	Con limitazioni	Senza limitazioni	Con limitazioni	Senza limitazioni	Con limitazioni	Senza limitazioni	Con limitazioni	Senza limitazioni	Con limitazioni
Piemonte	1,99	7,58	1,77	7,31	1,26	4,78	1,20	3,97	1,82	6,50
Valle d'Aosta	2,62	9,01	1,31	7,84	1,79	5,77	1,38	3,87	2,53	6,41
Lombardia	1,92	6,32	2,00	6,29	1,18	4,73	0,88	4,84	1,65	6,69
Bolzano-Bozen	*1,65*	*8,35*	*2,02*	*8,09*	*1,97*	*5,71*	*1,45*	*7,06*	*0,90*	*4,55*
Trento	*1,39*	*6,25*	*2,11*	*8,62*	*1,38*	*5,19*	*0,99*	*8,17*	*1,92*	*10,51*
Veneto	1,56	5,70	1,32	7,06	1,70	5,35	1,62	5,48	1,74	4,44
Friuli Venezia Giulia	1,95	3,88	1,79	6,36	1,48	6,06	1,42	4,45	2,21	5,69
Liguria	3,04	7,77	2,56	8,63	2,78	5,11	1,44	4,25	1,64	5,36
Emilia-Romagna	1,94	6,32	2,29	7,21	1,20	5,57	1,36	5,21	0,55	6,27
Toscana	1,74	6,00	2,13	7,17	1,41	5,01	1,00	5,96	1,21	6,37
Umbria	2,06	6,41	2,10	7,08	1,64	7,14	2,08	4,96	1,36	3,88
Marche	2,19	5,04	1,45	7,98	1,43	6,57	1,35	5,41	1,02	5,98
Lazio	2,40	6,28	1,72	5,97	1,08	5,04	1,00	5,02	1,28	6,24
Abruzzo	2,44	10,29	1,93	5,50	1,28	6,95	1,33	4,05	0,78	6,18
Molise	1,98	11,54	1,63	8,12	0,84	6,80	1,49	4,47	2,10	5,93
Campania	1,31	8,18	1,54	7,28	0,57	3,16	1,32	4,86	0,76	5,22
Puglia	1,88	8,12	1,72	6,99	1,66	5,53	1,36	5,09	1,08	5,75
Basilicata	3,02	9,20	1,93	4,96	1,11	4,21	1,22	3,51	1,11	6,37
Calabria	1,53	5,43	1,92	4,69	0,60	3,71	0,84	4,44	1,34	5,13
Sicilia	1,39	6,49	1,68	6,60	1,28	4,93	1,49	3,65	0,90	5,38
Sardegna	1,54	6,27	1,44	5,92	1,82	3,31	1,31	3,63	0,41	4,06
Italia	**1,86**	**6,72**	**1,82**	**6,73**	**1,28**	**4,93**	**1,23**	**4,83**	**1,27**	**5,83**

Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat. Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2023.

Grafico 1 - *Ricorso (valori per 100) al ricovero ospedaliero negli ultimi 3 mesi delle persone con limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che vivono in famiglia per macroarea - Anni 2018-2022*



Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat. Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2023.

Raccomandazioni di Osservasalute

È noto che durante la pandemia i ricoveri sono stati limitati alle condizioni non differibili. Il ritorno alla normalità sembra essere vicino dal 2022. I divari territoriali sono evidenti e riflettono le scelte organizzative (come nelle PA di Trento e Bolzano) e l'offerta. I mancati ricoveri potrebbero avere avuto conseguenze sulla salute dei pazienti, che non hanno potuto avere trattamenti in acuzie come in passato, in particolare tra chi ha limitazioni. Attraverso i dati amministrativi (SDO) si dovrebbe rilevare se questa riduzione abbia riguardato soprattutto i ricoveri inappropriati.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 267

Persone con limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che vivono in famiglia che hanno fatto ricorso all'assistenza domiciliare

Significato. L'indicatore fornisce una misura, in serie storica, del ricorso all'assistenza domiciliare negli ultimi 3 mesi delle persone con limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che vivono in famiglia. L'indicatore è importante per valutare la domanda del servizio assistenziale.

Persone con limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che vivono in famiglia che hanno fatto ricorso all'assistenza domiciliare negli ultimi 3 mesi

$$\text{Numeratore} = \frac{\text{Persone con limitazioni nelle attività quotidiane che vivono in famiglia che hanno fatto ricorso all'assistenza domiciliare negli ultimi 3 mesi residenti nella regione } i}{\text{Denominatore}} \times 100$$

$$\text{Denominatore} = \text{Persone con limitazioni nelle attività quotidiane che vivono in famiglia residenti nella regione } i$$

Validità e limiti. I dati sono tratti dall'Indagine Multiscopo dell'Istat "Aspetti della Vita Quotidiana" degli anni 2018-2022. Nell'ambito delle statistiche europee sulla disabilità l'Istat ha inserito in alcune indagini sociali un unico quesito predisposto in collaborazione con la banca dati Eurostat nel quadro del Progetto *European Disability Measurement*. Il quesito, il GALI, rileva le persone che, a causa di problemi di salute, dichiarano di avere delle limitazioni, gravi e non gravi, che durano da almeno 6 mesi nelle attività che le persone abitualmente svolgono.

Valore di riferimento/Benchmark. Come valore di riferimento si può assumere il dato nazionale.

Descrizione dei risultati

Nel 2022, il ricorso all'assistenza domiciliare negli ultimi 3 mesi delle persone con limitazioni nelle attività quotidiane è pari al 4,49% (Tabella 1). Nel 2020, primo anno pandemico, il ricorso all'assistenza domiciliare si riduce fortemente (-18,25% rispetto al 2018) attestandosi al 4,21%; la quota resta sostanzialmente stabile anche nel 2021 per tornare a risalire solo nell'anno successivo, rimanendo tuttavia ancora al di sotto del dato del 2018 (-12,82%). L'assistenza domiciliare è stata uno dei servizi la cui erogazione ha maggiormente risentito durante il periodo della pandemia. Questo è avvenuto non solo per una contrazione del servizio, ma anche per una paura da parte delle famiglie delle persone fragili a far entrare a casa propria gli assistenti, aumentando il rischio di contagio. Questa diminuzione ha, però, sicuramente implicato un vuoto di cura che solo in alcuni casi è stato colmato dalla rete familiare.

L'analisi territoriale mostra un maggior ricorso all'assistenza domiciliare delle persone con limitazioni nelle attività quotidiane in Abruzzo e nella PA di Trento, con percentuali, rispettivamente, pari al 7,03% e 6,13%, che vedono quasi raddoppiate le percentuali di ricorso rispetto al 2018, e in Campania con una percentuale pari al 5,99% che invece si riduce di circa un terzo. Le regioni con percentuali di ricorso all'assistenza domiciliare più basse nel 2022 sono PA di Bolzano, Lazio e Marche, con valori pari, rispettivamente, al 2,29%, 2,57% e 2,62% che, rispetto al 2018, vedono dimezzarsi le quote di ricorso all'assistenza domiciliare. La riduzione della quota si osserva anche in Basilicata e Molise, con decrementi percentuali pari, rispettivamente, al -51,24% e -48,05% e riduzioni di circa un terzo in Calabria, Sardegna, Campania, Umbria e Lombardia.

A. PUGLIESE

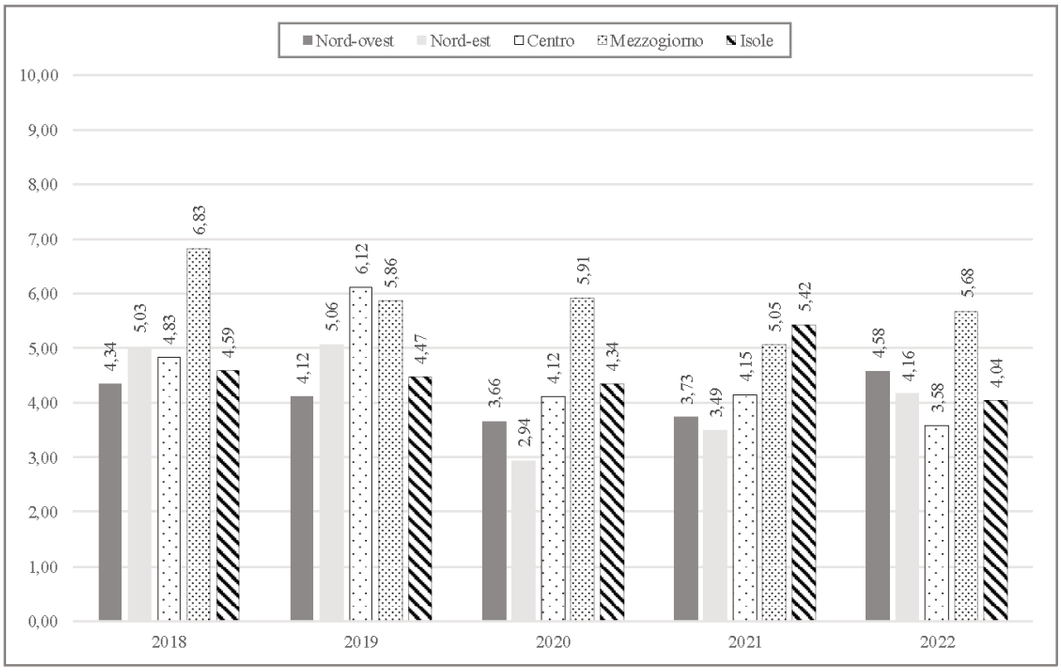
Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 268

Tabella 1 - *Persone (valori per 100) con limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che vivono in famiglia che hanno fatto ricorso all'assistenza domiciliare negli ultimi 3 mesi per regione - Anni 2018-2022*

Regioni	2018	2019	2020	2021	2022
Piemonte	6,96	5,60	5,33	3,87	5,02
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	3,28	2,35	3,72	3,40	4,23
Lombardia	3,54	3,48	2,93	3,49	4,63
Bolzano-Bozen	*5,65*	*4,04*	*4,90*	*3,43*	*2,29*
Trento	*4,08*	*5,26*	*4,93*	*4,07*	*6,13*
Veneto	3,85	3,21	2,34	3,50	4,12
Friuli Venezia Giulia	4,22	5,26	5,59	3,64	4,66
Liguria	1,79	4,02	3,48	4,94	3,10
Emilia-Romagna	6,59	6,88	2,36	3,39	4,03
Toscana	4,66	5,67	4,49	4,49	5,70
Umbria	5,57	6,79	5,61	4,50	3,71
Marche	5,72	5,87	5,31	5,13	2,62
Lazio	4,55	6,38	3,32	3,64	2,57
Abruzzo	3,73	4,11	5,33	4,58	7,03
Molise	7,70	5,50	4,66	4,41	4,00
Campania	8,65	6,80	6,00	4,93	5,99
Puglia	4,69	5,82	6,58	5,96	5,29
Basilicata	10,11	5,51	7,57	4,60	4,93
Calabria	7,31	5,18	4,53	3,92	5,26
Sicilia	3,90	4,19	4,08	4,37	3,98
Sardegna	6,30	5,21	5,06	8,17	4,21
Italia	**5,15**	**5,14**	**4,21**	**4,26**	**4,49**

Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat. Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2023.

Grafico 1 - *Persone (valori per 100) con limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che vivono in famiglia che hanno fatto ricorso all'assistenza domiciliare negli ultimi 3 mesi per macroarea - Anni 2018-2022*



Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat. Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2023.

Raccomandazioni di Osservasalute

La pandemia ha inevitabilmente avuto un impatto negativo sull'assistenza domiciliare, creando sicuramente disagi tra le persone con limitazioni. Il miglioramento nel 2022 fa ben sperare ad una ripresa ai livelli pre-pandemici. Vanno poste sotto attenzione le regioni, prevalentemente del Sud, che hanno conosciuto i decrementi più forti. I divari territoriali possono riflettere aspetti organizzativi dell'assistenza.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 269

Persone con limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che vivono in famiglia che hanno fatto ricorso ad un Consultorio e ad un Centro di assistenza psichiatrica

Significato. Gli indicatori forniscono una misura, in serie storica, del ricorso ad un Consultorio e ad un Centro di assistenza psichiatrica negli ultimi 3 mesi delle persone con e senza limitazioni nelle attività quotidiane che vivono in famiglia. Gli indicatori sono importanti per valutare la domanda di questi servizi socio-assistenziali.

Persone con limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che vivono in famiglia che hanno fatto ricorso ad un Consultorio negli ultimi 3 mesi

Numeratore: Persone con limitazioni nelle attività quotidiane che vivono in famiglia che hanno fatto ricorso ad un Consultorio negli ultimi 3 mesi residenti nella regione *i*

Denominatore: Persone con limitazioni nelle attività quotidiane che vivono in famiglia residenti nella regione *i*

x 100

Persone con limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che vivono in famiglia che hanno fatto ricorso ad un Centro di assistenza psichiatrica negli ultimi 3 mesi

Numeratore: Persone con limitazioni nelle attività quotidiane che vivono in famiglia che hanno fatto ricorso ad un Centro di assistenza psichiatrica negli ultimi 3 mesi residenti nella regione *i*

Denominatore: Persone con limitazioni nelle attività quotidiane che vivono in famiglia residenti nella regione *i*

x 100

Validità e limiti. I dati sono tratti dall'Indagine Multiscopo dell'Istat "Aspetti della Vita Quotidiana" degli anni 2018-2022. Nell'ambito delle statistiche europee sulla disabilità l'Istat ha inserito in alcune indagini sociali un unico quesito predisposto in collaborazione con la banca dati europea Eurostat nel quadro del Progetto *European Disability Measurement*. Il quesito, il GALI, rileva le persone che, a causa di problemi di salute, dichiarano di avere delle limitazioni, gravi e non gravi, che durano da almeno 6 mesi nelle attività che le persone abitualmente svolgono.

Valore di riferimento/Benchmark. Come valore di riferimento si può assumere il dato nazionale.

Descrizione dei risultati

Nel 2022, l'1,71% delle persone di età 6-64 anni con limitazioni nelle attività quotidiane è ricorso ad un Consultorio negli ultimi 3 mesi *vs* lo 0,96% delle persone senza limitazioni di pari età (Tabella 1). L'analisi in serie storica per gli anni 2018-2022 mostra per i gruppi di popolazione di età 6-64 anni in studio un andamento sostanzialmente identico.

Il ricorso ad un Consultorio subisce una lieve diminuzione nel 2019 (-13,85% e -7,95% per le persone, rispettivamente, con e senza limitazioni), nel 2020 si riduce quasi della metà rispetto al 2018 (-44,23% e -38,41% per le persone, rispettivamente, con e senza limitazioni) anche per effetto delle chiusure dovute alla pandemia da COVID-19; registra, infine, un incremento nel 2021 rispetto al 2020, per poi ridursi leggermente nell'anno successivo restando tuttavia al di sotto di un terzo dei valori espressi nel 2018. L'analisi territoriale evidenzia un gradiente Nord-Sud ed Isole per le persone con limitazioni, dove il Nord-Ovest e Nord-Est sono le macroaree che registrano i ricorsi più alti per le persone di età 6-64 anni con limitazioni pari, rispettivamente, al 2,70% e all'1,84%. Per le persone di età 6-64 anni senza limitazioni il maggior ricorso ad un Consultorio si osserva nel Nord-Est (1,58%) e Isole (1,22%). In tutte le macroaree le percentuali di ricorso si riducono fortemente rispetto al 2018, tranne nel Nord-Ovest per le persone con limitazioni (+8,43%) e nel Nord-Est per le persone senza limitazioni (+2,60%).

Il ricorso ad un Centro di assistenza psichiatrica negli ultimi 3 mesi per le persone con limitazioni risulta maggiore per il contingente di età 6-64 anni (2,72%) rispetto a quello di età 65 anni ed oltre (0,80%) (Tabella 2). In riferimento al 2018, come per il ricorso ad un Consultorio, anche il ricorso ad un Centro di assistenza psichiatrica registra nell'anno pandemico 2020 una riduzione degli accessi che, tuttavia, colpisce maggiormente le persone di età 65 anni ed oltre con limitazioni (-31,09%) rispetto alle persone di 6-64 anni con limitazioni (-7,49%). Riduzione che prosegue per le persone di età 65 anni ed oltre con limitazioni anche nel 2021, viceversa per le persone di età 6-64 anni con limitazioni si osserva un lieve incremento. Nel 2022 il Nord-Est e Nord-Ovest sono le

A. PUGLIESE

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 270

macroaree con le percentuali maggiori di ricorso per le persone di età 6-64 anni con limitazioni, rispettivamente, pari a 3,67% e 3,30%, che, al termine del quinquennio pandemico, fanno registrare anche un incremento percentuale nel ricorso; ad esse si aggiungono le Isole con il 3,18%. Per le per persone di età 65 anni ed oltre con limitazioni il ricorso maggiore si osserva nel Nord-Ovest (1,03%) e il minore nel Sud (0,44%). Nel 2022, ad eccezione del Nord-Est, rispetto al 2018, in tutte le macroaree si registrano decrementi percentuali del ricorso ad un Centro di assistenza psichiatrica compresi tra il -21% e il -64%.

Tabella 1 - *Persone (valori per 100) di età 6-64 anni senza o con limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che vivono in famiglia che hanno fatto ricorso ad un Consultorio negli ultimi 3 mesi per macroarea - Anni 2018-2022*

Regioni	2018		2019		2020		2021		2022	
	Senza limitazioni	Con limitazioni	Senza limitazioni	Con limitazioni	Senza limitazioni	Con limitazioni	Senza limitazioni	Con limitazioni	Senza limitazioni	Con limitazioni
Nord-Ovest	1,59	2,49	1,82	3,03	1,21	1,60	0,84	1,89	0,97	2,70
Nord-Est	1,54	2,17	1,66	1,75	1,17	1,66	1,47	2,07	1,58	1,84
Centro	2,00	2,70	0,97	1,77	1,03	1,25	1,34	1,27	0,65	1,52
Sud	1,31	2,68	1,18	2,26	0,56	1,49	0,77	1,94	0,57	1,03
Isole	0,86	3,30	1,03	2,10	0,45	1,02	0,92	2,45	1,22	0,78
Italia	**1,51**	**2,60**	**1,39**	**2,24**	**0,93**	**1,45**	**1,05**	**1,88**	**0,96**	**1,71**

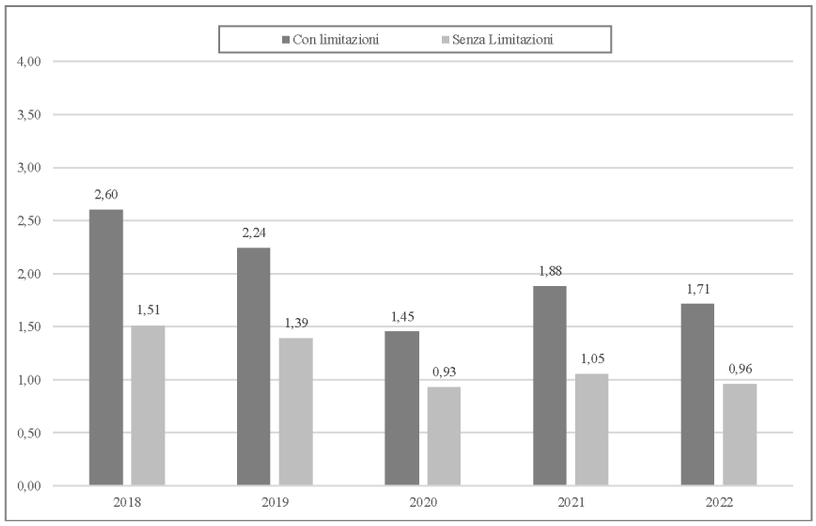
Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat. Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2023.

Tabella 2 - *Persone (valori per 100) senza o con limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che vivono in famiglia che hanno fatto ricorso ad un Centro di assistenza psichiatrica negli ultimi 3 mesi per classe di età e macroarea - Anni 2018-2022*

Regioni	2018		2019		2020		2021		2022	
	Fino a 64 anni	65+	Fino a 64 anni	65+	Fino a 64 anni	65+	Fino a 64 anni	65+	Fino a 64 anni	65+
Nord-Ovest	2,82	1,68	3,85	0,93	2,08	0,93	3,03	0,82	3,30	1,03
Nord-Est	3,02	0,37	3,08	0,96	1,94	0,93	3,46	0,47	3,67	0,87
Centro	1,79	1,34	2,59	1,13	2,50	0,68	2,68	0,59	1,48	0,81
Sud	2,77	1,21	2,88	1,31	2,62	0,93	1,84	0,82	1,95	0,44
Isole	3,20	1,13	2,62	1,09	3,85	0,39	1,68	0,61	3,18	0,89
Italia	**2,67**	**1,19**	**3,07**	**1,08**	**2,47**	**0,82**	**2,63**	**0,68**	**2,72**	**0,80**

Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat. Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2023.

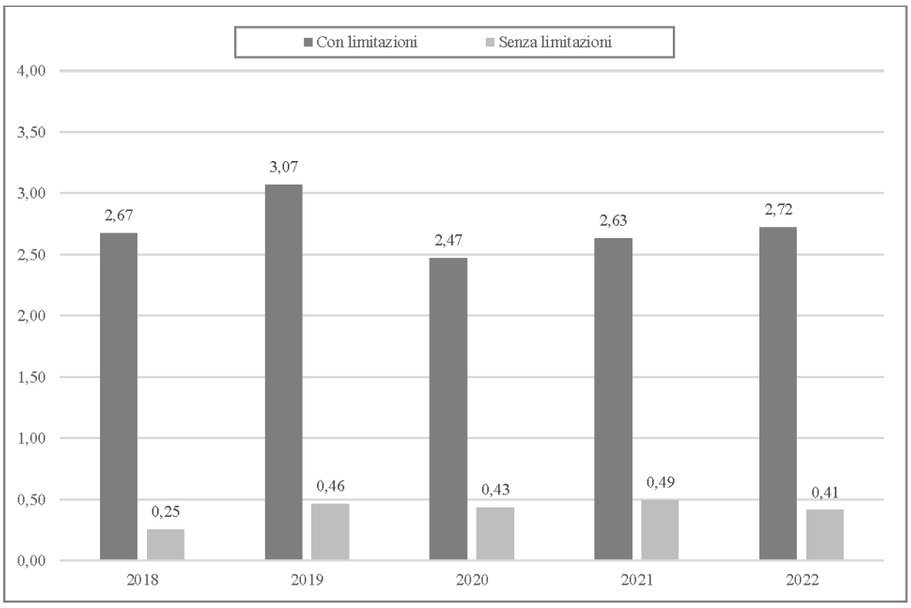
Grafico 1 - *Persone (valori per 100) di età 6-64 anni senza o con limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che vivono in famiglia che hanno fatto ricorso ad un Consultorio negli ultimi 3 mesi - Anni 2018-2022*



Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat. Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 271

Grafico 2 - *Persone (valori per 100) di età 6-64 anni senza o con limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che vivono in famiglia che hanno fatto ricorso ad un Centro di assistenza psichiatrica negli ultimi 3 mesi - Anni 2018-2022*



Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat. Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 272

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 273

Salute mentale

La salute mentale deve essere considerata come una parte integrante della salute e del benessere dell'individuo ed è definita dall'OMS "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente l'assenza di malattia o infermità". La salute mentale, come altri aspetti della salute, può essere influenzata da una serie di fattori sociali ed economici (descritti di seguito) che devono necessariamente essere affrontati attraverso strategie di promozione, prevenzione, trattamento e recupero in un approccio *Public Health* multisettoriale (1, 2).

I determinanti di salute che influiscono sulla salute mentale comprendono sia la capacità individuale di gestire i propri pensieri, le emozioni, i comportamenti e le interazioni con le altre persone, sia fattori sociali, culturali, economici, politici e ambientali che devono essere assicurati da efficaci azioni politiche comunitarie, non solo sanitarie ma anche legate alla protezione sociale e al miglioramento della qualità della vita, delle condizioni di lavoro e al sostegno sociale. Secondo l'OMS, dall'inizio della pandemia di COVID-19, la prevalenza di ansia e depressione è aumentata del 25% a livello globale (3) e la perdita del senso di autonomia e di fiducia riguardo al futuro ha, inoltre, diminuito le nostre certezze e messo in discussione la nostra identità, il significato delle nostre vite e ha danneggiato le relazioni che migliorano la sicurezza fisica e mentale (4). In tutti i paesi dell'UE sono aumentate in modo significativo durante la pandemia l'ansia e la depressione, che hanno colpito i giovani, in particolare le giovani donne, e coloro che si trovano ad affrontare difficoltà finanziarie. Il significativo peggioramento della salute mentale causato dall'isolamento sociale e dalla solitudine ha avuto il maggior impatto soprattutto tra i giovani per i quali si è registrato un incremento della percentuale delle persone con sintomi da ansia, depressione e pensieri suicidari (5). Le interruzioni e la crescente domanda di supporto per la salute mentale hanno messo a dura prova i servizi di salute mentale già al limite, con il risultato che quasi la metà di tutti i giovani segnalano bisogni insoddisfatti di assistenza sanitaria mentale nella primavera del 2022 (6).

Gli indicatori *core* analizzati nel Capitolo, sebbene non esaustivi del fenomeno, sono tra loro strettamente interrelati: la depressione, il disagio psicologico e l'abuso di alcol e droghe costituiscono fattori di rischio sia per il suicidio che per l'omicidio; l'essere esposti ad un ambiente violento (di cui l'omicidio è la massima espressione) costituisce un fattore di rischio anche per il suicidio; non ultimo, il suicidio e l'omicidio hanno, come effetto differito, un impatto negativo sulla salute mentale dei componenti della rete familiare e sociale della vittima ("survivors") e della società nel suo complesso.

I dati presentati in questa Edizione del Rapporto Osservasalute risentono di alcune criticità che sono verosimilmente emerse a seguito della pandemia di COVID-19 nel corso degli ultimi anni e la lettura complessiva dei risultati relativi ai *core indicators* evidenzia alcune particolarità territoriali. Nel 2022, sono aumentati i ricoveri per disturbi mentali e per abuso o dipendenza da sostanze psicoattive, così come è aumentato il consumo di farmaci antidepressivi e sarà fondamentale quindi monitorare nel corso dei prossimi anni gli indicatori di mortalità per suicidio (che nel 2020 risultano leggermente aumentati nella popolazione maschile) e per omicidio. Molte regioni del Centro-Nord presentano elevati valori di ospedalizzazioni e suicidio, mentre nelle regioni del Sud e nelle Isole, per gli uomini, si rilevano elevati valori del tasso di omicidio e di disagio psicologico. Le realtà territoriali in cui si osservano il maggior numero di indicatori con valori elevati sono, per entrambi i generi, la Valle d'Aosta e la PA di Bolzano, seguiti da Piemonte ed Emilia-Romagna, mentre le regioni con il maggior numero di indicatori con bassi valori sono la Campania, oltre a Puglia e Sicilia (sebbene in queste ultime 2 regioni il tasso di omicidio tra i maschi risulti elevato).

In generale, nell'ottica del raggiungimento degli obiettivi indicati dai maggiori organismi internazionali, la promozione della "salute mentale" richiede non solo un miglioramento dell'offerta e della qualità dei servizi, ma anche un approccio globale di *Public Health*, ovvero di interventi finalizzati alla riduzione di quei fattori di rischio comuni alla violenza (etero e auto diretta) e ai disturbi psichici (come, ad esempio, l'abuso di alcol e droghe), nonché di politiche mirate a favorire la riduzione delle disuguaglianze e delle discriminazioni, che nel corso degli ultimi anni sono notevolmente aumentate.

Gli interventi di promozione e prevenzione funzionano se vengono identificati i determinanti individuali, sociali e strutturali della salute mentale, in modo da poter intervenire per ridurre i rischi, costruire la resilienza e creare ambienti di sostegno. Intervenire sui determinanti della salute mentale spesso richiede un'azione che va oltre il settore sanitario e che necessita di programmi di promozione e prevenzione che dovrebbero coinvolgere i settori dell'istruzione, del lavoro, della giustizia, dei trasporti, dell'ambiente, dell'edilizia abitativa e del *welfare*.

S. GHIRINI, V. MANNO

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 274

Riferimenti bibliografici

(1) World Health Organization. “Mental health action plan 2013-2020”. Disponibile sul sito: www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en.
(2) Comprehensive mental health action plan 2013-2030. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
(3) COVID-19 pandemic triggers 25% increase in prevalence of anxiety and depression worldwide. Disponibile sul sito: www.who.int/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide.
(4) Milman E, Lee SA, Neimeyer RA, Mathis AA, Jobe MC. Modeling pandemic depression and anxiety: the mediational role of core beliefs and meaning making. J Affect Disorders Rep. 2020; 2: 100023. doi: 10.1016/j.jadr.2020.100023.
(5) Jones, E. A., Mitra, A. K. & Bhuiyan, A. R. Impact of COVID-19 on mental health in adolescents: A systematic review. Int. J. Environ. Res. Public Health 18(5), 2470 (2021).
(6) OECD/European Union (2022), Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris. Disponibile sul sito: https://doi.org/10.1787/507433b0-en.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 275

Disagio psicologico

Significato. Il benessere mentale è una componente essenziale della salute delle persone, come si evince anche dalla definizione stessa di salute dell'OMS (1), e consente alle persone di realizzare il loro pieno potenziale, di mostrare resilienza in caso di avversità, di essere produttivi nei vari contesti della vita quotidiana, di stringere relazioni significative e di contribuire alla vita della comunità. Per avere un quadro articolato della salute mentale di un Paese occorre, infatti, integrare indicatori cosiddetti oggettivi, di accesso ai servizi sanitari o di eventi fatali, con altri di tipo soggettivo, che analizzino i sintomi dello stato di salute mentale. Il disagio psicologico, come controparte del benessere psicologico, è una dimensione della psicopatologia non specifica, caratterizzato da sintomi e percezione di uno stato d'animo negativo, che possono compromettere la vita quotidiana. Tale disagio, anche qualora sia persistente, non è necessariamente legato ad una valutazione diagnostica e non implica la presenza di una malattia mentale o il ricorso ai servizi del sistema di salute mentale, ma può essere considerato un fattore di potenziale rischio (2). Tra gli strumenti psicometrici che rilevano l'umore e la percezione del proprio benessere mentale, si è fatto ricorso al *Mental Health Index*-5 (MHI-5), una scala a cinque item per lo screening dei sintomi di disagio psicologico (*Psycological distress*) che indaga sia su emozioni negative che positive (1). Le dimensioni della salute mentale esplorate con questo strumento sono ansia, depressione, perdita di controllo comportamentale o emozionale e benessere psicologico. Lo strumento è composto da tre *item* che rilevano l'umore basso/depresso e i restanti due il nervosismo/ansia. Il valore dell'indice MHI è ottenuto dalla sintesi dei punteggi totalizzati da ciascun individuo di età 14 anni ed oltre ai cinque quesiti, e una volta standardizzato varia tra 0 e 100. Un punteggio medio più elevato indica migliori condizioni di benessere psicologico e la lettura dell'indicatore viene generalmente effettuata confrontando tra loro i punteggi medi ottenuti da diversi gruppi di popolazione o analizzandoli in serie storica; in altri casi è utile valutare la quota di persone con severo disagio psicologico, facendo riferimento ai valori al di sotto di una soglia. I valori soglia considerati in letteratura per i vari gradi di disagio psicologico sono i seguenti: un valore superiore a 68 indica assenza di disagio psicologico, un valore tra 61-68 indica la presenza di un disagio lieve, un valore tra 53-60 moderato e un valore fino a 52 disagio grave (3). Il severo disagio psicologico comporta un aumento del rischio di insorgenza di sintomi depressivi.

Indice di salute mentale

$$\text{Numeratore: Somma dei punteggi standardizzati totalizzati ai 5 } \textit{item} \text{ dalle persone di età 14 anni ed oltre}$$

$$\text{Denominatore: Persone di età 14 anni ed oltre rispondenti agli } \textit{item}$$

Prevalenza di severo disagio psicologico

$$\text{Numeratore: Persone di età 14 anni ed oltre con severo disagio psicologico (MHI} \leq 52) \text{ nelle ultime 4 settimane}$$

$$\text{Denominatore: Persone di età 14 anni ed oltre} \quad \times 100$$

Validità e limiti. L'MHI-5 si è dimostrato un utile strumento di screening per i disturbi psichiatrici comuni (1-3) e una misura affidabile per indagare lo stato di salute mentale, soprattutto per i disturbi depressivi e, in misura minore, anche per i disturbi d'ansia (tra cui l'ansia generalizzata e il disturbo di panico), essendo stato convalidato in campioni di popolazione generale e di pazienti in diversi Paesi (4-10).
Il primo dei due indicatori non fornisce una stima immediata della popolazione a rischio di disagio psicologico per la natura stessa dell'indice di posizione "media". Per interpretare l'indice occorre confrontarlo tra sottopopolazioni oppure nel tempo per valutare l'andamento del benessere psicologico. Di contro, il secondo indicatore integra l'analisi consentendo di individuare la quota di popolazione a rischio di disagio severo attraverso una soglia critica del valore di MHI, considerando il punteggio medio di 52, in linea con la maggior parte della letteratura internazionale. Tale soglia, validata nel complesso della popolazione (3), ha il limite di non essere specifica per gruppi di popolazione.

Valore di riferimento/Benchmark. Al fine di evidenziare le aree territoriali con una più spiccata criticità è stato scelto come valore di riferimento il valore medio nazionale. Le variazioni temporali vengono valutate utilizzando come valore di riferimento il 2019, per valutare il miglioramento o il peggioramento rispetto a un periodo non condizionato dalla crisi pandemica.

A. TINTO, L. GARGIULO, L. IANNUCCI, M. POMPILI

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 276

Descrizione dei risultati

Nel 2022, il valore medio del MHI è stato 68,7[1], in leggero miglioramento rispetto al valore del 2021 e più elevato anche di quello rilevato nel 2019. Il benessere mentale mostra livelli mediamente più elevati tra i giovani e decresce con l'età, a indicare il peggioramento della salute mentale. Nel 2022 l'indice passa da 73,6 tra i giovani di età 14-17 anni, a 70,0 tra i giovani adulti di età 18-34 anni, fino a raggiungere il punteggio minimo di 63,2 dopo gli 80 anni. A tutte le età si osserva una differenza di genere a svantaggio delle donne, con punteggi in media inferiori di 4 punti. Il divario è più accentuato tra i più giovani e tra gli anziani: per le ragazze di età 14-17 anni il valore è pari a 70,6 e tra i coetanei maschi è, invece, pari a 76,5, tra le *over* 80 anni è pari a 61,2 e tra i maschi è 66,4 (Grafico 1).

I 2 anni di pandemia, con le restrizioni alla mobilità e la persistenza nel tempo di limitazioni alla vita sociale e relazionale, hanno determinato un impatto particolare sulla componente psicologica ed emotiva della salute tra gli anziani soli, ma soprattutto tra i più giovani (11).

Il peggioramento del benessere psicologico registrato tra i giovani di età 14-24 anni nel 2021 (anno in cui il punteggio era sceso a 69,8, rispetto al 71,8 del 2019), si riassorbe solo in parte nel 2022. Infatti, mentre i giovani maschi di età 14-24 anni hanno recuperato gli stessi livelli del 2019, con un punteggio pari a 73,4, per le coetanee nel 2022 l'indice si attesta a 68,9, ossia -1,1 punti rispetto al 2019, sebbene si registri un recupero di +2,6 punti rispetto al 2021 (11).

Sul territorio, considerando i tassi regionali sandardizzati per età, i livelli peggiori del MHI nel 2022 si riscontrano nelle regioni del Sud (Campania 67,7; Molise e Basilicata 67,8), sebbene nella parte più bassa della graduatoria regionale si collochino le Marche, con un valore pari a 66,9, ossia oltre 2 punti sotto la media nazionale (69,0 tasso std) e circa 6 punti più basso rispetto al valore massimo di Bolzano (72,8) (Grafico 2). Anche alcune regioni del Nord mostrano valori medi del MHI inferiori alla media nazionale, in particolare la Valle d'Aosta con un punteggio medio di 68,0. Le regioni con valori dell'indice più elevati, oltre alla PA di Bolzano, sono Sardegna (71,0), PA di Trento (70,9) e Lazio (70,6). Anche la Calabria (69,7) supera il valore medio nazionale, grazie ai miglioramenti osservati negli ultimi 2 anni. Rispetto all'anno pre-pandemico migliorano anche Lazio, Umbria e Sardegna; Piemonte e Lombardia ripristinano del tutto i livelli dell'indice dopo la flessione registrata nel 2020 e 2021. Le PA di Bolzano e Trento, pur essendo le zone con indici medi più elevati rispetto alle altre regioni, nel 2022 ancora non hanno del tutto recuperato i livelli persi nei 2 anni di pandemia (rispettivamente, -1,1 punti e -0,7 rispetto al 2019) (Tabella 1).

Specularmente, considerando il secondo indicatore, ossia la quota di individui di età 14 anni ed oltre che versano in condizioni di severo disagio psicologico, si evidenzia un picco nel 2021 (22,4% per la media Italia) che nel 2022 scende al 21,1%, (era 21,5% nel 2019). Le condizioni peggiori si osservano per le donne, con uno svantaggio di 7,1 p.p. nel 2022 rispetto agli uomini; al Centro, dove nel 2021 era ancora più accentuato, si assesta a 8,6 p.p. nel 2022 (dati grezzi non presenti in tabella).

L'analisi territoriale conferma, anche per questo indicatore, le peggiori condizioni osservate tendenzialmente in regioni del Sud, dove Calabria e Molise presentano le quote più elevate di persone di età 14 anni ed oltre con disagio psicologico severo, pari al 23,2% (tasso std) a fronte di una media nazionale del 20,5%, ossia circa 10 p.p. in più di quella di Bolzano. Segue la Basilicata (23,0%), ma anche nelle Marche (22,9%), Campania (22,6%) e Valle d'Aosta (22,3%) oltre un residente su cinque è a rischio di disagio psicologico severo. Di contro le regioni con le percentuali più basse di popolazione con tale rischio sono PA di Bolzano (13,5%), PA di Trento (16,1%), ma anche Lazio (18,1%), Sardegna (18,3%) ed Emilia-Romagna (18,9%) (Tabella 1).

Il disagio psicologico mostra prevalenze maggiori tra le persone con basso titolo di studio, a parità di età e soprattutto dopo i 45 anni, infatti, la prevalenza delle persone di età 45-64 anni con al massimo la licenza media e con severo disagio mentale è pari al 23,3%, mentre tra le persone che hanno raggiunto almeno la laurea scende al 16,5% e tra gli anziani le disuguaglianze si ampliano (rispettivamente, 29,4% *vs* 18,0%) (dati non presenti in tabella).

[1]Il valore non coincide con il totale della tavola per territorio poiché in questo caso i dati non sono standardizzati.

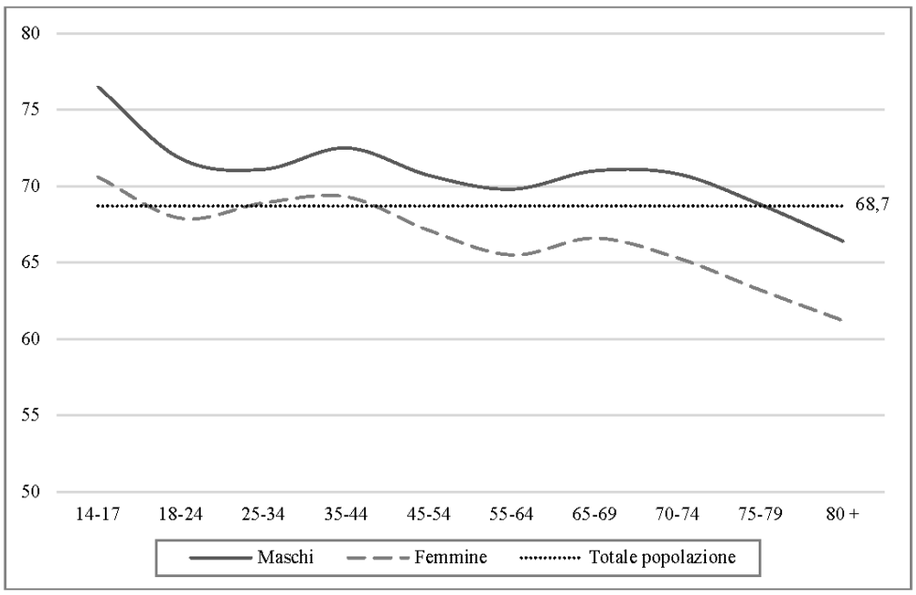
Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 277

Tabella 1 - *Indice di salute mentale (punteggi medi standardizzati) e prevalenza (tasso standardizzato per 100) di severo disagio psicologico delle persone di età 14 anni ed oltre per regione - Anni 2019-2022*

Regioni	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022
Piemonte	68,5	67,7	66,8	68,5	21,2	20,9	24,5	20,0
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	68,8	70,3	66,6	68,0	21,0	18,7	25,7	22,3
Lombardia	69,2	68,0	68,2	69,2	20,4	21,0	22,1	19,7
Bolzano-Bozen	*73,9*	*71,4*	*72,2*	*72,8*	*11,8*	*14,7*	*15,3*	*13,5*
Trento	*71,6*	*72,3*	*69,4*	*70,9*	*16,3*	*13,8*	*19,7*	*16,1*
Veneto	68,0	69,5	69,5	68,5	21,2	20,0	19,2	19,5
Friuli Venezia Giulia	69,6	71,2	68,7	68,8	18,5	16,0	21,3	21,0
Liguria	69,0	69,3	69,4	68,6	20,5	19,7	19,0	21,8
Emilia-Romagna	68,2	69,9	68,8	69,6	22,6	16,9	21,3	18,9
Toscana	67,6	68,4	68,5	68,5	21,5	19,7	20,7	21,8
Umbria	67,4	68,2	65,4	69,4	22,3	21,6	29,1	20,1
Marche	67,7	68,2	65,3	66,9	22,7	21,7	26,1	22,9
Lazio	68,6	69,3	68,3	70,6	21,9	20,2	23,7	18,1
Abruzzo	68,3	68,7	68,0	68,3	23,3	21,5	21,3	21,9
Molise	66,5	67,7	68,7	67,8	24,9	25,4	22,2	23,2
Campania	68,2	67,6	68,9	67,7	21,2	24,0	20,6	22,6
Puglia	68,2	68,9	68,0	68,4	22,4	22,8	23,1	22,1
Basilicata	68,3	68,8	67,5	67,8	20,0	23,3	24,5	23,0
Calabria	66,3	68,6	68,9	69,7	25,8	23,6	23,4	23,2
Sicilia	67,9	68,9	67,8	68,6	23,2	21,8	23,5	21,7
Sardegna	69,4	70,0	71,1	71,0	19,8	18,9	18,1	18,3
Italia	**68,4**	**68,8**	**68,4**	**69,0**	**21,5**	**20,7**	**22,0**	**20,5**

Fonte dei dati:Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana. Anno 2023.

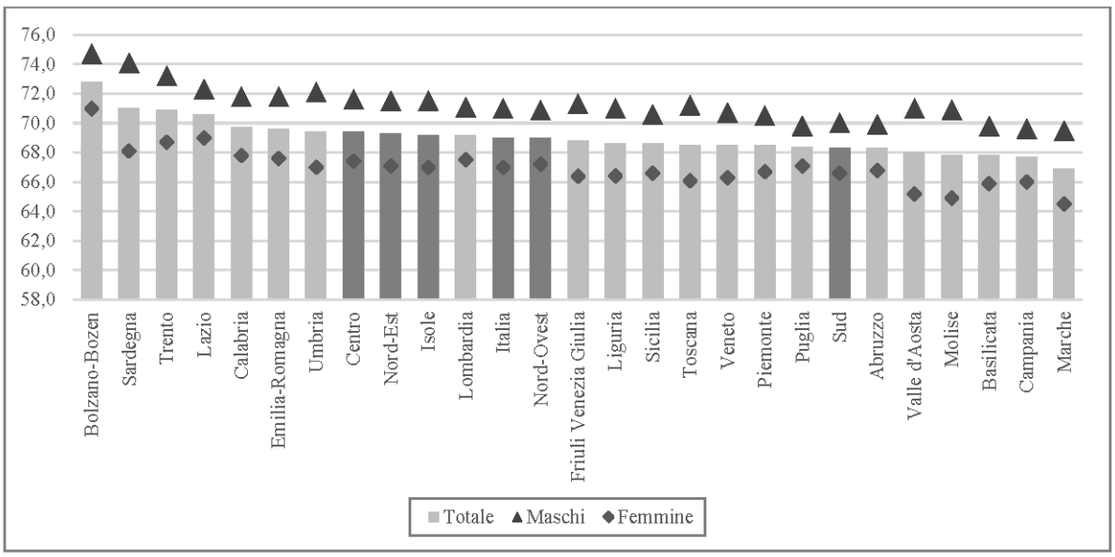
Grafico 1 - *Indice di salute mentale (punteggi medi standardizzati) delle persone di età 14 anni ed oltre per genere - Anno 2022*



Fonte dei dati: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 278

Grafico 2 - *Indice di salute mentale (punteggi medi standardizzati) delle persone di età 14 anni ed oltre per regione e genere - Anno 2022*



Fonte dei dati: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana. Anno 2023.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nell'ambito delle conclusioni del Consiglio Europeo del 30 novembre 2023, i Ministri della Salute dei Paesi membri hanno preso in considerazione misure concrete da adottare per prevenire e trattare i problemi di salute mentale e migliorare il benessere mentale a diversi livelli e per specifici settori o fasce di età. Ciò da realizzare attraverso piani d'azione o strategie usando un approccio intersettoriale e in cooperazione con gli Stati membri e la Commissione.

Le maggiori criticità, acuite dalla pandemia e dall'isolamento, nonché dall'ulteriore clima pesante e d'incertezza generato dagli eventi bellici, hanno riguardato soprattutto i minori e giovani, con notevole aumento della percentuale di giovani con sintomi di ansia e depressione e con pensieri suicidari (certificati da indagini in alcuni Paesi come, ad esempio, Francia, Belgio e Olanda) (12). In Italia, l'indice del benessere mentale sopra descritto, ha mostrato un peggioramento del disagio mentale dei giovani, soprattutto nelle aree più colpite dalla pandemia e tra le giovani donne. Sebbene gli anziani abbiano complessivamente mostrato maggiore resilienza, i livelli di benessere mentale si sono ridotti tra coloro che vivono soli e i più fragili.

Anche il Ministero della Salute ha più volte decretato che la salute mentale costituisce uno degli obiettivi primari del SSN e che la corretta gestione dei disturbi mentali può ridurre l'onere sociale ed economico a livello di sistema. Nel 2023, ha provveduto a ricostituire il Tavolo tecnico sulla salute mentale per garantire efficienza ed efficacia rispetto ai temi emergenti e per il miglioramento della qualità della salute mentale della popolazione italiana in tutte le fasce di età, attraverso l'implementazione dei percorsi di prevenzione, trattamento e riabilitazione vigenti, in collaborazione con le Istituzioni, gli Enti preposti, le Società Scientifiche, le Agenzie regolatrici, le Associazioni dei familiari, del volontariato e del terzo settore.

Nell'attuare le promettenti strategie auspicate in ambito europeo, le misure da intraprendere nel nostro Paese riguarderebbero, quindi, in primo luogo garantire adeguatamente l'accesso ai servizi sanitari per la salute mentale, spesso non sufficienti a coprire le esigenze dell'utenza, in particolare per superare le barriere all'accesso dovute a problemi economici come nel caso della psicoterapia. Inoltre, occorrerebbe agire tempestivamente sull'insorgenza dei problemi di salute mentale, attivando la prevenzione in ambito scolastico, al fine di individuare precocemente condizioni silenti di malessere psicologico, isolamento o altri disturbi della sfera mentale. Un altro obiettivo proposto in ambito UE è contrastare la solitudine in gruppi di popolazione vulnerabili, tra i quali anziani che vivono isolati, a cui dovrebbe essere garantita un'adeguata assistenza di tipo socio-sanitario. Inoltre, si raccomanda la prevenzione sul luogo di lavoro, dove soprattutto la precarietà può comportare disturbi di ansia e depressione. Infine, oltre allo scambio delle migliori pratiche in ambito europeo, si auspica un miglioramento della disponibilità di dati statistici utili per il monitoraggio nell'UE, ma anche a livello nazionale e locale.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 279

Riferimenti bibliografici

(1) Ware, J. E., Gandek, B., & IQOLA Project Group. (1994). The SF-36 Health Survey: Development and use in mental health research and the IQOLA Project. International Journal of Mental Health, 23(2), 49-73. Disponibile sul sito: https://doi.org/10.1080/00207411.1994.11449283.
(2) OECD (2023), Measuring Population Mental Health, OECD Publishing, Paris. Disponibile sul sito: https://doi.org/10.1787/5171eef8-en.
(3) Kelly MJ, Dunstan FD, Lloyd K, Fone DL, Evaluating cutpoints for the MHI-5 and MCS using the GHQ-12: A comparison of five different methods, BMC Psychiatry 2008; Vol. 8/10. Disponibile sul sito: https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-10.
(4) Yamazaki, S., S. Fukuhara and J. Green (2005), "Usefulness of five-item and three-item Mental Health Inventories to screen for depressive symptoms in the general population of Japan", Health and Quality of Life Outcomes, Vol. 3/1, pp. 1-7. Disponibile sul sito: https://doi.org/10.1186/1477-7525-3-48/FIGURES/1.
(5) Hoeymans, N. et al. (2004), "Measuring mental health of the Dutch population: A comparison of the GHQ-12 and the MHI-5", Health and Quality of Life Outcomes, Vol. 2/23. Disponibile sul sito: https://doi.org/10.1186/1477-7525-2-2.
(6) Elovanio, M. et al. (2020), "General Health Questionnaire (GHQ-12), Beck Depression Inventory (BDI-6), and Mental Health Index (MHI-5): Psychometric and predictive properties in a Finnish population-based sample", Psychiatry Research, Vol. 289, p. 112973. Disponibile sul sito: https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112973.
(7) Gill, S. et al. (2007), "Validity of the mental health component scale of the 12-item Short-Form Health Survey (MCS-1) as measure of common mental disorders in the general population", Psychiatry Research, Vol. 152/1, pp. 63-71. Disponibile sul sito: https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.11.005.
(8) Rumpf, H. et al. (2001), "Screening for mental health: validity of the MHI-5 using DSM-IV Axis I psychiatric disorders as gold standard", Psychiatry Research, Vol. 105/3, pp. 243-253. Disponibile sul sito: https://doi.org/10.1016/S0165-1781(01)00329-8.
(9) Strand, B. et al. (2003), "Measuring the mental health status of the Norwegian population: A comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36)", Nordic Journal of Psychiatry, Vol. 57/2, pp. 113-118. Disponibile sul sito: https://doi.org/10.1080/08039480310000932.
(10) Thorsen, S. et al. (2013), "The predictive value of mental health for long-term sickness absence: the Major Depression Inventory (MDI) and the Mental Health Inventory (MHI-5) compared", BMC Medical Research Methodology, Vol. 13/115. Disponibile sul sito: https://doi.org/10.1186/1471-2288-13-115.
(11) Istat (2023), Rapporto Bes 2022: il benessere equo e sostenibile in Italia. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/archivio/282920.
(12) Tintori, A., Pompili, M., Ciancimino, G. et al. The developmental process of suicidal ideation among adolescents: social and psychological impact from a nation-wide survey. Sci Rep 13, 20984 (2023). Disponibile sul sito: https://doi.org/10.1038/s41598-023-48201-6.
(13) OECD Health at a glance: Europe 2022. State of Health in EU Cycle. Disponibile sul sito: https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2022_507433b0-en#page1.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 280

Consumo di farmaci antidepressivi

Significato. Questo indicatore si riferisce all'utilizzo di farmaci antidepressivi nella popolazione residente e intende sia descrivere eventuali variazioni nel tempo del consumo di farmaci antidepressivi prescritti dai professionisti sanitari afferenti al SSN che, in maniera indiretta, stimare la prevalenza e la variabilità dei disturbi psichici che richiedono trattamenti basati sull'uso di tali farmaci.

Consumo di farmaci antidepressivi in Defined Daily Dose

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Consumo di farmaci antidepressivi in } \textit{Defined Daily Dose}^{*}}{\text{Popolazione residente pesata}^{**} \times 365} \times 1.000$$

*Il calcolo del totale delle DDD utilizzato è stato ottenuto sommando le DDD contenute in tutte le confezioni prescritte.

**È stato utilizzato il sistema di pesi organizzato su sette fasce di età predisposto dal Dipartimento della Programmazione del Ministero della Salute per la ripartizione della quota capitaria del Fondo Sanitario Nazionale.

Validità e limiti. L'indicatore in studio fornisce dei dati che vanno interpretati con cautela considerando i limiti di seguito esposti. Un primo elemento da considerare è la possibilità che tali farmaci siano stati prescritti e/o utilizzati in base a diverse indicazioni terapeutiche e, pertanto, per patologie non strettamente psichiatriche. Un'ulteriore limitazione è legata al fatto che i dati disponibili per la valutazione dei consumi di farmaci antidepressivi considerano i farmaci prescritti e non i farmaci effettivamente consumati dalla popolazione. Infatti, non è possibile quantificare la discrepanza tra i due dati in quanto potrebbe essere causata, ad esempio, da scarsa *compliance* o dalla conclusione anticipata della terapia a seguito, ad esempio, dell'insorgenza di effetti collaterali. Inoltre, l'indicatore include soltanto i farmaci prescritti da professionisti afferenti al SSN e, dunque, soggetti a rimborso, mentre non è stato possibile quantificare variazioni del consumo relative alle prescrizioni *out of pocket*. Nei confronti regionali è stata utilizzata la popolazione pesata calcolata sulla base del sistema di pesi predisposto dal Ministero della Salute per la ripartizione della quota capitaria del Fondo Sanitario Nazionale, allo scopo di limitare l'influenza di talune variabili socio-demografiche della popolazione di riferimento, quali genere ed età. La prescrizione di farmaci o categorie farmaceutiche viene misurata in accordo con la DDD (1), una metodologia standard per il calcolo dei consumi adottata a livello internazionale. Sebbene la DDD sia riconosciuta come metodo standardizzato, utilizzato proprio per comparare i dati di differenti aree geografiche, da un punto di vista epidemiologico nell'interpretazione dei risultati si devono tenere in considerazione alcuni fattori: la DDD costituisce, per le terapie di breve durata, uno strumento di comparazione dei consumi e non necessariamente un indicatore di patologia conclamata; in aggiunta, rappresenta la dose media di un farmaco assunta giornalmente da un paziente adulto (dose di mantenimento) e non quella di terapia iniziale. Inoltre, va considerato che la DDD è soggetta a periodiche revisioni da parte del *World Health Organization Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology* di Oslo (1) e, pertanto, alcuni valori di riferimento possono variare da un anno all'altro. Per tale motivazione, la serie storica dei dati viene ricalcolata in base all'ultimo aggiornamento disponibile (1). I dati di consumo dei vari gruppi di farmaci si riferiscono sia all'erogazione in regime di assistenza convenzionata sia all'acquisto dei medicinali da parte delle strutture sanitarie pubbliche (distribuzione diretta e per conto ed erogazione ospedaliera).

Valore di riferimento/Benchmark. Il valore di riferimento è dato dal valore nazionale del consumo di farmaci antidepressivi nell'anno considerato.

Descrizione dei risultati

Il trend dei consumi dei farmaci antidepressivi evidenzia, dopo una stabilità negli anni 2011-2012 (rispettivamente, 38,5 e 38,6 DDD/1.000 ab die), un aumento, dapprima lieve (da 39,0 DDD/1.000 ab die del 2013 a 39,7 del 2016, +1,8%) e poi di maggiore entità (da 40,4 DDD/1.000 ab die del 2017 a 45,8 del 2022, +13,4%), registrando nel 2022 un incremento del 2,7% in confronto al 2021 e, dal 2011 al 2022, una variazione media annuale dell'1,6% (Tabella 1). Le regioni del Centro hanno un livello di uso (51,3 DDD/1.000 ab die) superiore di circa il 6% a quello del Nord (48,5 DDD/1.000 ab die) e del 33% rispetto al Meridione (38,5 DDD/1.000 ab die) (dati non presenti in tabella). Nel 2022, il consumo dei farmaci antidepressivi è aumentato in tutte le regioni da un minimo dello 0,3% in Umbria ad un massimo del 4,3% in Piemonte. In analogia a quanto rilevato negli anni precedenti, anche nel 2022 si conferma una elevata variabilità regionale dei consumi con una differenza quasi doppia tra la Toscana (67,6 DDD/1.000 ab die) e la Basilicata e la Campania (35,8 DDD/1.000 ab die per entrambe).

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 281

Consumi elevati di farmaci antidepressivi si sono registrati anche in Liguria, PA di Bolzano, Umbria ed Emilia-Romagna (rispettivamente, 60,3; 59,0; 57,8 e 57,1 DDD/1.000 ab die), aree geografiche che hanno registrato il maggior consumo di farmaci antidepressivi anche nell'anno precedente (2021). Inoltre, come nel 2021, i valori di consumo più bassi si confermano, principalmente, nelle regioni del Sud e nelle Isole. Nello specifico, oltre alla Basilicata e alla Campania, in Sicilia e Puglia (rispettivamente, 36,4 e 36,5 DDD/1.000 ab die) si registrano livelli di consumo alquanto inferiori alla media nazionale (Tabella 1). Il più elevato incremento si è registrato in Piemonte (da 50,4 DDD/1.000 ab die nel 2021 a 52,5 nel 2022 +4,3%) ed il minore in Umbria (da 57,6 DDD/1.000 ab die nel 2021 a 57,8 nel 2022; +0,3%) (Tabella 1). L'andamento nazionale con un trend in costante aumento negli ultimi anni (Grafico 1), può essere attribuito a numerose concause: una maggiore sensibilità sociale riguardo ai disturbi depressivi, con riduzione dunque della "stigmatizzazione"; una maggiore attenzione da parte del MMG e, più in generale degli operatori sanitari nei confronti della patologia depressiva, con conseguente miglioramento dell'accuratezza diagnostica; l'uso di nuovi principi attivi per il controllo di disturbi psichiatrici non strettamente depressivi, come i disturbi di ansia; la prescrizione di antidepressivi per condizioni cliniche non psichiatriche quali la disassuefazione dall'abuso di sostanze psicoattive o altre patologie neuro-reumatologiche (ad esempio, la fibromialgia); una maggiore durata della terapia; un impiego più esteso degli antidepressivi come supporto terapeutico a quei soggetti affetti da patologie oncologiche e cronico-degenerative. Infine, mutamenti del contesto socio-economico, come l'aggravarsi della crisi economica e geopolitica e la recente pandemia, possono aver contribuito all'aumento del consumo dei farmaci antidepressivi.

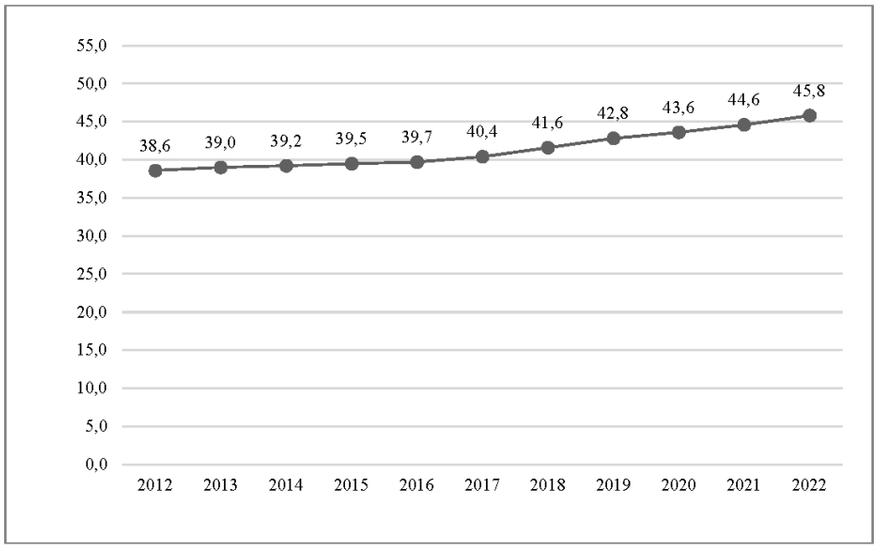
Tabella 1 - *Consumo (valori in DDD/1.000 ab die) di farmaci antidepressivi pesato per età e variazione (valori per 100) per regione - Anni 2011-2022*

Regioni	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Δ % (2022-2021)
Piemonte	41,9	42,4	44,0	44,3	44,6	45,2	46,0	47,3	48,8	49,2	50,4	52,5	4,2
Valle d'Aosta	37,4	36,6	37,9	38,8	38,5	38,1	38,5	40,0	41,5	42,1	43,6	44,9	3,0
Lombardia	34,9	35,5	36,1	36,6	37,1	37,6	38,3	39,5	40,0	40,7	42,3	43,6	3,1
Bolzano-Bozen	*51,1*	*51,8*	*51,7*	*52,1*	*53,0*	*53,5*	*53,6*	*54,5*	*56,0*	*56,1*	*57,1*	*59,0*	*3,3*
Trento	*36,8*	*37,2*	*37,5*	*38,1*	*38,4*	*38,9*	*39,6*	*41,5*	*42,4*	*43,2*	*45,1*	*46,0*	*2,0*
Veneto	36,5	37,0	37,1	37,3	37,9	37,8	38,7	40,3	41,4	42,2	43,1	44,4	3,0
Friuli Venezia Giulia	32,5	33,0	34,3	34,1	34,0	33,6	34,4	35,7	36,5	35,3	37,8	39,1	3,4
Liguria	51,1	50,6	53,4	53,3	53,4	52,8	54,2	55,2	56,9	57,9	58,7	60,3	2,7
Emilia-Romagna	48,5	48,9	50,2	50,1	50,3	49,0	49,9	52,1	53,3	53,6	55,1	57,1	3,6
Toscana	59,3	58,9	60,0	60,7	60,7	60,7	61,5	62,2	63,6	65,2	66,3	67,6	2,0
Umbria	49,4	50,0	51,2	50,4	51,0	51,9	52,5	53,9	55,1	57,1	57,6	57,8	0,3
Marche	39,7	39,2	40,8	41,3	41,7	42,2	42,6	43,6	45,0	45,6	46,7	47,5	1,7
Lazio	36,0	35,7	35,6	34,5	34,9	35,1	35,7	36,7	38,3	38,7	39,5	40,4	2,3
Abruzzo	35,6	35,5	36,2	36,8	37,2	37,8	38,7	40,1	41,6	42,9	43,6	45,0	3,2
Molise	30,6	30,5	31,0	33,1	32,1	31,8	32,9	34,4	35,7	36,8	37,5	38,3	2,1
Campania	29,3	29,2	28,6	29,3	29,9	30,5	30,9	32,1	33,3	34,2	35,1	35,8	2,0
Puglia	30,3	30,3	30,4	30,7	31,0	31,1	31,7	32,6	34,2	35,2	35,8	36,5	2,0
Basilicata	29,8	29,5	30,1	30,5	30,9	31,2	31,5	31,9	33,2	34,1	34,9	35,8	2,6
Calabria	34,9	35,5	36,0	36,6	37,0	37,4	37,8	38,8	40,2	41,3	41,4	41,8	1,0
Sicilia	32,1	44,1	30,9	30,7	31,0	31,4	32,0	33,0	34,4	35,2	35,7	36,4	2,0
Sardegna	44,3	38,6	43,6	43,8	44,1	43,9	44,4	45,1	45,6	47,1	48,2	49,4	2,5
Italia	**38,5**	**38,6**	**39,0**	**39,2**	**39,5**	**39,7**	**40,4**	**41,6**	**42,8**	**43,6**	**44,6**	**45,8**	**2,7**

Fonte dei dati: Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale Anno 2022. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 282

Grafico 1 - *Trend del consumo (valori in DDD/1.000 ab die) di farmaci antidepressivi pesato per età - Anni 2012-2022*



Fonte dei dati: Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale Anno 2022. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco. Anno 2023.

Raccomandazioni di Osservasalute

Questo indicatore definisce parzialmente entità e frequenza dei disturbi psichiatrici trattabili con antidepressivi; il numero delle DDD utilizzate possono variare nel corso del tempo, in funzione del numero di soggetti affetti, dell'aderenza al trattamento, dell'appropriatezza prescrittiva nel contesto dei diversi sistemi sanitari regionali, dell'efficienza organizzativa del sistema socio-assistenziale di ciascuna regione e delle modalità di trattamento. La depressione rappresenta una delle maggiori cause di disabilità nel mondo (2) ed in Italia si stima una prevalenza del 5,5% nelle persone con età maggiore di 15 anni (a fronte di una media europea del 7,1%) (3, 4), mentre aumentano globalmente le patologie trattabili con antidepressivi (2).

L'incremento del consumo degli antidepressivi nel 2022 è in linea con la tendenza documentata negli anni precedenti. Questa tendenza potrebbe essere dovuta alla pandemia e alle sue conseguenze a medio-lungo termine e all'impatto dell'attuale crisi geopolitica ed economica (5). Inoltre, un'indagine dell'OMS ha riportato un deterioramento dello stato di salute mentale della popolazione generale associato ad un peggioramento proprio dei servizi di salute mentale (6). La crescente richiesta di farmaci antidepressivi va analizzata in relazione alla compliance dei pazienti (aderenza al trattamento prescritto), in quanto una consistente percentuale di pazienti che avrebbe indicazione al trattamento antidepressivo non assume la terapia come da indicazione clinica. I dati su esposizione e aderenza al trattamento con antidepressivi nella popolazione, confermano il grande livello di inappropriatezza di questi farmaci a fronte di un loro sottoutilizzo se si considerano gli indicatori sulla frequenza della patologia. Nel 2022 è stata riscontrata una percentuale di soggetti con alta aderenza pari al 37,6%, in diminuzione del 2% rispetto al 2021 e simile a quella rilevata nel 2020 (37,2%), mentre la proporzione di bassa aderenza è stata del 27,7%, in aumento del 3%. Le cause di scarsa aderenza includono fattori legati al paziente (ad esempio, percezioni errate sugli antidepressivi, sugli effetti collaterali e la mancanza di tollerabilità), correlati al medico (ad esempio, istruzioni insufficienti ricevute dai medici sul farmaco, mancanza di decisioni condivise, preparazione e assistenza successiva, nonché fattori strutturali (ad esempio accesso, costi e stigma) (7). Questo quadro rappresenta, ormai da molti anni una grande sfida per la Sanità Pubblica che, nel perseguire l'appropriatezza, deve necessariamente delineare un nuovo rapporto tra la medicina specialistica e la Medicina Generale.

In Italia, il fenomeno appare più complesso poiché, a fronte di un incremento nazionale del 2,6%, vi sono rilevanti disomogeneità dovute alla variabilità sanitaria regionale, alla ridotta accessibilità ai servizi e ad un possibile differente ruolo della Medicina Generale nelle diverse aree del Paese (8). La scarsa qualità dei servizi psichiatrici potrebbe essere identificabile come un potenziale responsabile sia della mancata identificazione dei pazienti da trattare o della ottimizzazione terapeutica, determinando un calo del consumo di antidepressivi, sia dell'aumento indiscriminato dei consumi non adeguatamente supportato da approcci complementari compresi trattamenti non farmacologici. La valutazione di qualità delle cure terri-

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 283

toriali, preposte alla cura dei pazienti psichiatrici, va supportata per limitare l'inappropriatezza prescrittiva e la conseguente spesa per i farmaci antidepressivi. Appare cruciale monitorare gli indicatori di salute mentale della popolazione generale, al fine di migliorare la qualità dei servizi attualmente garantiti, implementando le soluzioni complementari alla farmacoterapia, nonché per pianificare strategie atte a promuovere la resilienza della popolazione, per cui sarà imprescindibile monitorare nei prossimi anni l'impatto e le conseguenze della pandemia sulla salute mentale (9, 10). Pertanto, un potenziamento dei flussi informativi regionali e nazionali è necessario per la corretta valutazione di questo fenomeno.

Riferimenti bibliografici

(1) WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, Guidelines for ATC classification and DDD assignment 2024. Oslo, 2024.
(2) WHO, Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Ginevra, 2017.
(3) Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane. Il disagio mentale - un problema da arginare. 9 ottobre 2019. Disponibile sul sito: www.osservatoriosullasalute.it/news/disagio-mentale.
(4) Istat. La salute mentale nelle varie fasi della vita. 26 luglio 2018. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/archivio/219807.
(5) Estrela M, Silva TM, Gomes ER, et al. Prescription of anxiolytics, sedatives, hypnotics and antidepressants in outpatient, universal care during the COVID-19 pandemic in Portugal: a nationwide, interrupted time-series approach. J Epidemiol Community Health Published Online First: 08 October 2021. doi: 10.1136/jech-2021-216732.
(6) WHO, COVID-19 disrupting mental health services in most countries, WHO survey, 5 ottobre 2021. Disponibile sul sito: www.who.int/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey.
(7) Dell'Osso B, Albert U, Carrà G, et al. How to improve adherence to antidepressant treatments in patients with major depression: a psychoeducational consensus checklist. Ann Gen Psychiatry 2020 Oct 12:19:61. doi: 10.1186/s12991-020-00306-2. eCollection 2020.
(8) Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali (OsMed). L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale Anno 2022. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2023. Disponibile sul sito: www.aifa.gov.it/documents/20142/1967301/Rapporto-OsMed-2022.pdf.
(9) Rabeea SA, Merchant HA, Khan MU, Kow CS, Hasan SS. Surging trends in prescriptions and costs of antidepressants in England amid COVID-19. Daru. 2021; 29 (1): 217-221. doi: 10.1007/s40199-021-00390-z.
(10) Gualano MR, Lo Moro G, Voglino G et al. Monitoring the impact of COVID-19 pandemic on mental health: a public health challenge? Reflection on Italian data. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 20202020;1-3. Disponibile sul sito: https://doi.org/10.1007/s00127-020-01971-0.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 284

Ospedalizzazione per disturbi psichici

Significato. L'indicatore proposto si basa sul numero di pazienti dimessi da una struttura ospedaliera, almeno una volta nell'ultimo anno di rilevazione (2022), con una diagnosi primaria o secondaria di disturbo psichico (codici ICD-9-CM: 290-319). Lo scopo è descrivere la frequenza dei soggetti con necessità di assistenza psichiatrica, ricoverati nel corso dell'anno, in base alla fascia di età e alla regione di residenza. Ai fini delle analisi presentate sono stati considerati solo i ricoveri per acuti, in regime ordinario e di DH (escluse, pertanto, le lungodegenze e le riabilitazioni). Sono stati, inoltre, esclusi dalle analisi i ricoveri ripetuti nel corso degli anni in esame relativi allo stesso paziente.

Tasso di dimissioni ospedaliere per disturbo psichico*

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Dimissioni ospedaliere (non ripetute) con diagnosi principale o secondaria di disturbo psichico}}{\text{Popolazione media residente}} \times 10.000$$

*Tutte le elaborazioni sono state effettuate su dati del Ministero della Salute presso l'Ufficio di Statistica dell'Istituto Superiore di Sanità avvalendosi di un *software ad hoc* (Procedure per Analisi Territoriali di Epidemiologia Descrittiva) (1).

Validità e limiti. La raccolta dati si avvale di modalità standardizzate per l'acquisizione delle informazioni basandosi sul flusso delle SDO compilate da ogni struttura sanitaria. La copertura territoriale della rilevazione è completa, ma occorre sottolineare che i dati SDO possono riflettere una diversità di completezza o di codifica nella registrazione delle informazioni. La standardizzazione dei tassi consente di evitare potenziali distorsioni legate alla differente struttura per età nelle diverse regioni. Il tasso è stato standardizzato utilizzando come riferimento la popolazione italiana, la rilevazione della popolazione residente e la ricostruzione intercensuaria della popolazione nell'anno 2018. Infine, occorre tener presente che nell'archivio nazionale delle SDO è riportato un codice anonimo univoco che consente di seguire gli accessi ospedalieri per ogni paziente; la qualità di questo codice identificativo è molto alta negli ultimi anni (attualmente intorno al 99%) e in questa analisi sono state prese in considerazione solo le SDO con codice ritenuto affidabile.

Valore di riferimento/Benchmark. Il valore di riferimento è dato dal valore nazionale del tasso di dimissioni ospedaliere per disturbi psichici al netto dei ricoveri ripetuti.

Descrizione dei risultati

Nel 2022 (Tabella 1, Tabella 2), il tasso totale di dimissione con una diagnosi di disturbo psichico principale o secondaria si è confermato maggiore in Liguria, Valle d'Aosta e PA di Bolzano sia per gli uomini che per le donne. L'unica eccezione è costituita dalla fascia di età 0-19 anni, dove il Lazio presenta il maggior tasso di dimissione sia per gli uomini che per le donne. La PA di Bolzano presenta il maggior tasso di dimissione nelle fasce di età 20-64 e 65-74 anni, mentre la Valle d'Aosta è la regione con il maggior tasso nella fascia di età 75anni ed oltre per entrambi i generi. Le regioni che nel 2022 hanno mostrato il minor tasso totale di dimissione per gli uomini sono Lombardia, Campania e PA di Trento; per le donne Campania, Lombardia e Sicilia. Per entrambi i generi, la PA di Trento presenta il minor tasso di dimissione per la fascia di età 0-19 anni, la Campania per le fasce di età 20-64 anni e 75 anni ed oltre, la Lombardia per la fascia di età 65-74 anni. La fascia di età 75 anni ed oltre risulta globalmente la più colpita sia per gli uomini che per le donne, seguita dalla fascia di età 0-19 anni.

Per quanto riguarda l'andamento temporale dell'indicatore nel periodo 2003-2022 (Grafico 1), esso mostra un costante decremento fino al 2019. Nel 2020 si registra il maggior decremento annuo a partire dal 2003, seguito da un successivo incremento che nel 2022 raggiunge globalmente i valori pre-pandemici del 2019. Tuttavia, considerando separatamente i due generi (Grafico 2, Grafico 3), si può notare come il tasso delle dimissioni negli uomini si mantenga nel 2022 inferiore rispetto a quello del 2019 (44,28 *vs* 48,13), mentre quello delle donne supera i valori del 2019 (47,48 *vs* 43,76). Inoltre, nel 2022, per la prima volta dal 2012, il tasso globale di dimissione delle donne ha superato quello degli uomini (47,48 *vs* 44,28).

Analizzando le fasce di età singolarmente (Grafico 2, Grafico 3), si osserva che tutte le fasce mostrano un aumento rispetto al 2021, tranne la fascia di età 65-74 anni degli uomini. Infine, la fascia di età con il maggior incremento rispetto al 2021 è quella di età 75anni ed oltre per le donne.

M.R. GUALANO, G. LO MORO, F. GOLZIO, F. BERT, R. SILIQUINI, V. MANNO

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 285

Tabella 1 - *Tasso (standardizzato e specifico per 10.000) di dimissioni ospedaliere (non ripetute) con diagnosi principale o secondaria di disturbo psichico per regione. Maschi - Anno 2022*

Regioni	0-18	19-64	65-74	75+	Totale
Piemonte	29,30	30,47	42,01	157,08	46,30
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	40,43	38,53	55,22	266,14	64,97
Lombardia	19,69	23,66	26,93	104,37	31,24
Bolzano-Bozen	*53,90*	*47,36*	*68,87*	*190,39*	*63,49*
Trento	*17,71*	*25,20*	*36,12*	*182,53*	*40,18*
Veneto	23,43	23,41	35,96	185,06	41,50
Friuli Venezia Giulia	34,95	22,09	43,63	184,22	46,13
Liguria	61,96	43,91	52,52	177,72	65,45
Emilia-Romagna	25,83	26,11	46,04	252,60	53,03
Toscana	86,89	31,28	42,72	174,32	59,23
Umbria	35,27	24,56	39,67	190,70	48,36
Marche	30,11	33,06	43,20	155,41	47,75
Lazio	104,63	29,01	36,63	109,95	51,76
Abruzzo	61,94	34,03	39,54	133,02	50,21
Molise	46,48	28,44	47,73	122,64	44,17
Campania	60,67	21,26	27,27	69,28	33,79
Puglia	64,02	28,98	33,04	98,37	42,84
Basilicata	63,05	27,67	32,17	122,67	43,86
Calabria	57,10	32,89	45,23	98,70	45,29
Sicilia	65,06	32,01	33,06	79,08	42,98
Sardegna	68,37	30,96	40,39	137,71	49,48
Italia	**50,23**	**27,83**	**36,71**	**138,60**	**44,28**

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS sui dati del Ministero della Salute. Anno 2023.

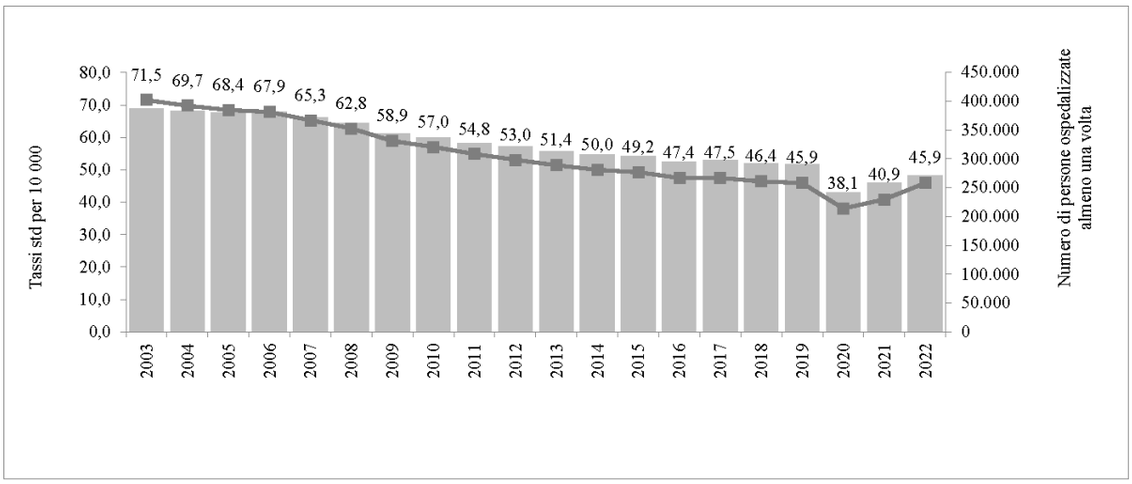
Tabella 2 - *Tasso (standardizzato e specifico per 10.000) di dimissioni ospedaliere (non ripetute) con diagnosi principale o secondaria di disturbo psichico per regione. Femmine - Anno 2022*

Regioni	0-18	19-64	65-74	75+	Totale
Piemonte	32,37	30,78	39,86	142,20	50,10
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	32,40	35,88	58,94	327,35	80,70
Lombardia	27,46	21,83	25,59	91,22	33,12
Bolzano-Bozen	*57,67*	*42,70*	*61,68*	*187,53*	*65,44*
Trento	*22,35*	*22,56*	*31,21*	*181,98*	*45,36*
Veneto	27,38	25,35	39,62	183,58	50,26
Friuli Venezia Giulia	41,40	19,66	36,99	187,92	53,49
Liguria	57,24	39,50	59,24	214,32	77,34
Emilia-Romagna	32,09	23,67	46,82	265,21	63,98
Toscana	59,29	31,09	48,01	191,27	63,40
Umbria	36,87	27,40	38,30	194,37	57,43
Marche	31,39	28,80	45,32	193,18	57,22
Lazio	82,07	26,20	37,59	135,26	51,53
Abruzzo	38,11	27,45	43,92	156,54	50,04
Molise	35,51	27,40	43,11	173,63	53,24
Campania	40,01	19,56	30,76	81,18	31,38
Puglia	47,08	24,81	35,70	117,61	42,19
Basilicata	40,83	24,90	34,26	148,00	45,81
Calabria	38,12	33,10	49,24	122,05	47,26
Sicilia	40,24	28,43	43,74	98,98	41,24
Sardegna	54,60	27,99	44,33	169,95	54,99
Italia	**41,79**	**25,97**	**38,81**	**148,18**	**47,48**

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS sui dati del Ministero della Salute. Anno 2023.

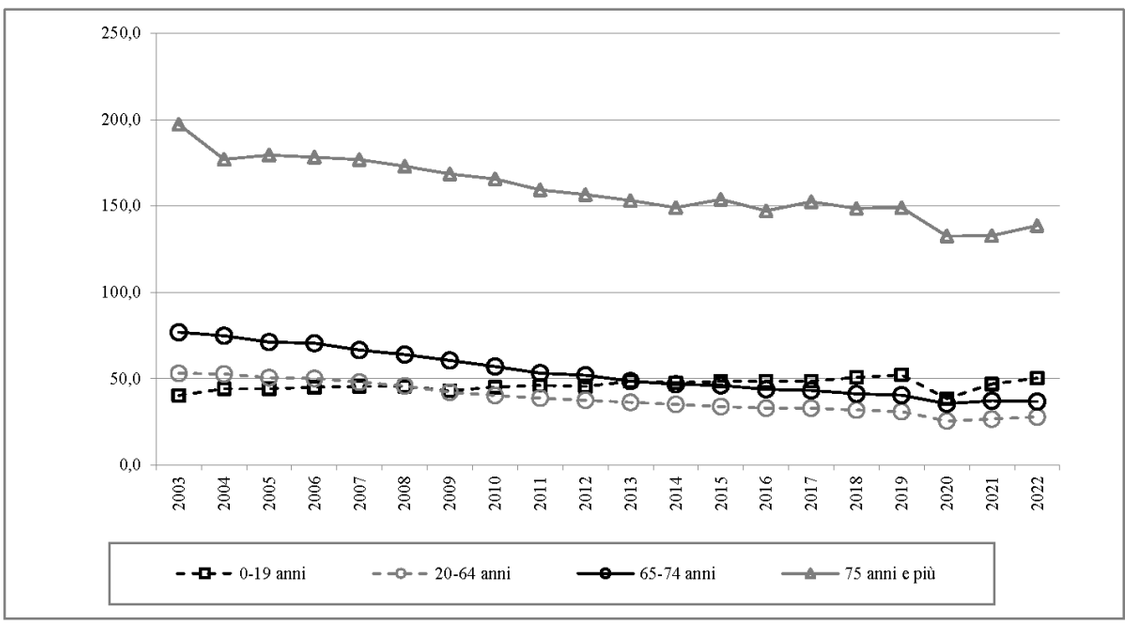
Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 286

Grafico 1 - *Tasso (standardizzato per 10.000) e numerosità (valori assoluti) di dimissioni ospedaliere (non ripetute) con diagnosi principale o secondaria di disturbo psichico - Anni 2003-2022*



Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS sui dati del Ministero della Salute. Anno 2023.

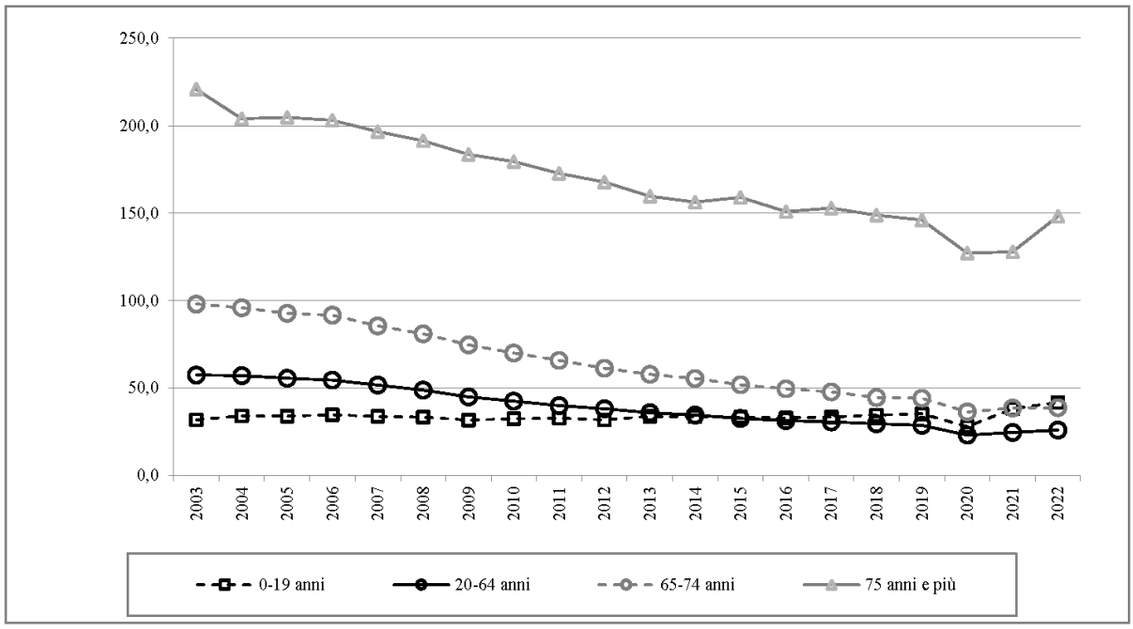
Grafico 1 - *Tasso (standardizzato e specifico per 10.000) di dimissioni ospedaliere (non ripetute) con diagnosi principale o secondaria di disturbo psichico. Maschi - Anni 2003-2022*



Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS sui dati del Ministero della Salute. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 287

Grafico 1 - *Tasso (standardizzato e specifico per 10.000) di dimissioni ospedaliere (non ripetute) con diagnosi principale o secondaria di disturbo psichico. Femmine - Anni 2003-2022*



Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS sui dati del Ministero della Salute. Anno 2023.

Raccomandazioni di Osservasalute

I dati sui tassi std di dimissioni ospedaliere con diagnosi principale o secondaria di disturbo psichico nel periodo 2003-2022 mostrano una costante riduzione dei ricoveri fino al 2019, un ulteriore rapido decremento avvenuto nel 2020 e, infine, negli anni 2021-2022 si è assistito a un aumento dei tassi che nel 2022 sono tornati ai valori pre-pandemici. Ciò può essere in parte giustificato dalla globale riduzione dei volumi di attività erogati dagli ospedali italiani durante la pandemia e, in particolare, dalla riduzione di posti letto nei reparti psichiatrici e dall'aumento della lunghezza di degenza media in tali reparti (1-3). Diversi Autori hanno, inoltre, osservato un peggioramento della gravità delle cause di ricovero (2, 3) e questo, insieme al recupero delle prestazioni non erogate nel 2020 e al graduale riassestamento del SSN, potrebbe aver contribuito all'aumento dei tassi nel biennio 2021-2022. La situazione è compatibile con quanto verificatosi in altri Paesi (4, 5).

Anche nel 2022, la fascia di età più colpita è quella dei 75 anni ed oltre, nonché la fascia con l'aumento più alto rispetto al 2021. Gli anziani sono già una popolazione suscettibile nei confronti delle patologie psichiatriche, ma l'isolamento e la deprivazione sociale potrebbero aver ulteriormente peggiorato questa condizione (6). Anche la fascia di età 0-19 anni ha mostrato un aumento dei tassi, facendo emergere come i giovani siano stati particolarmente suscettibili ai cambiamenti avvenuti durante la pandemia (7). Infine, particolare attenzione va posta sul fatto che nel 2022 la categoria delle donne non solo ha superato gli uomini per tasso di dimissione, ma ha anche superato i livelli pre-pandemici e ciò può essere in parte spiegato dall'accentuazione delle disparità di genere durante la pandemia (8).

Per affrontare queste sfide, è cruciale concentrarsi sul miglioramento delle strategie di prevenzione della salute mentale, tramite interventi rivolti alle categorie più fragili come donne, anziani e adolescenti. A tal proposito, risulta essenziale l'implementazione dell'assistenza primaria, nell'ottica di facilitare l'accesso alle cure e di fornire maggior supporto alle categorie più esposte. Infine, si auspica un continuo potenziamento delle strutture di psichiatria al fine di garantire un'assistenza il più possibile completa ed inclusiva, che risponda alle esigenze della popolazione.

Riferimenti bibliografici

(1) Ministero della Salute - Direzione Generale della programmazione sanitaria. Rapporto sull'attività di ricovero ospedaliero SDO 2020, luglio 2022. Disponibile sul sito: Rapporto_SDO_2020.xlsb (salute.gov.it).
(2) Di Lorenzo R, Reami M, Dragone D, Morgante M, Panini G, Rovesti S, Filippini T, Ferrari S, Ferri P. Involuntary Hospitalizations in an Italian Acute Psychiatric Ward: A 6-Year Retrospective Analysis. Patient Prefer Adherence. 2023 Dec 14; 17: 3403-3420.
(3) Boldrini T, Girardi P, Clerici M, Conca A, Creati C, Di Cicilia G, Ducci G, Durbano F, Maci C, Maone A, Nicolò G, Oasi O, Percudani M, Polselli GM, Pompili M, Rossi A, Salcuni S, Tarallo F, Vita A, Lingiardi V; Italian Network for Research on Mental Health during COVID-19 Pandemic. Consequences of the COVID-19 pandemic on admissions to general hospital psychiatric wards in Italy: Reduced psychiatric hospitalizations and increased suicidality. Prog

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 288

Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2021 Aug 30; 110: 110304.
(4) Rømer TB, Christensen RHB, Blomberg SN, Folke F, Christensen HC, Benros ME. Psychiatric Admissions, Referrals, and Suicidal Behavior Before and During the COVID-19 Pandemic in Denmark: A Time-Trend Study. Acta Psychiatr Scand. 2021 Dec;144(6):553-562.
(5) Taxiarchi VP, Senior M, Ashcroft DM, Carr MJ, Hope H, Hotopf M, Kontopantelis E, McManus S, Patalay P, Steeg S, Webb RT, Abel KM, Pierce M. Changes to healthcare utilisation and symptoms for common mental health problems over the first 21 months of the COVID-19 pandemic: parallel analyses of electronic health records and survey data in England. Lancet Reg Health Eur. 2023 Jul 21; 32: 100697.
(6) Lau J, Koh WL, Ng JS, Khoo AM, Tan KK. Understanding the mental health impact of COVID-19 in the elderly general population: A scoping review of global literature from the first year of the pandemic. Psychiatry Res. 2023 Nov; 329: 115516.
(7) Kauhanen L, Wan Mohd Yunus WMA, Lempinen L, et al. A systematic review of the mental health changes of children and young people before and during the COVID-19 pandemic. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2023; 32(6): 995-1.013.
(8) Almeida M, Shrestha AD, Stojanac D, Miller LJ. The impact of the COVID-19 pandemic on women's mental health. Arch Womens Ment Health. 2020 Dec; 23 (6): 741-748.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 289

Ospedalizzazione per abuso, dipendenza o psicosi da sostanze psicoattive

Significato. Gli studi scientifici hanno dimostrato che il rischio di morbilità e mortalità aumenta con l'abuso di alcol (1) e di sostanze (1-3) e hanno confermato la comorbidità tra disturbi mentali e abuso di sostanze (4). I disturbi mentali e i comportamentali derivanti da uso di sostanze psicoattive includono disturbi causati dall'uso di alcol, oppioidi (oppio o eroina), cannabinoidi (marijuana), sedativi e ipnotici, cocaina e altri stimolanti, allucinogeni, tabacco e solventi volatili (5). Il rapporto causale tra disturbi psichiatrici e disturbi derivanti dall'uso di sostanze ha evidenziato che i sintomi dei disturbi mentali e dei problemi legati alle dipendenze interagiscono l'uno con l'altro e si influenzano vicendevolmente (5). L'indicatore qui presentato si basa sul numero di pazienti dimessi da una struttura ospedaliera almeno una volta nell'ultimo anno di rilevazione (2022) con una diagnosi primaria o secondaria di abuso, dipendenza o psicosi da sostanze psicoattive quali alcol (codici ICD-9-CM: 291; 303; 305.0) e droghe (codici ICD-9-CM: 292; 304; 305.1-305.9).

Tasso di dimissioni ospedaliere per abuso, dipendenza o psicosi da sostanze psicoattive*

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Dimissioni ospedaliere (non ripetute) di pazienti di età 15 anni ed oltre con diagnosi principale o secondaria di abuso, dipendenza o psicosi da sostanze psicoattive}}{\text{Popolazione media residente di età 15 anni ed oltre}} \times 100.000$$

*Tutte le elaborazioni sono state effettuate su dati del Ministero della Salute presso l'Ufficio di Statistica dell'Istituto Superiore di Sanità avvalendosi di un *software ad hoc* (Procedure per Analisi Territoriali di Epidemiologia Descrittiva).

Validità e limiti. La raccolta dati si avvale di tecniche standardizzate (flusso delle SDO) e la copertura territoriale della rilevazione è completa. L'indicatore è riferito alla sola popolazione residente in Italia di età 15 anni ed oltre. Il limite principale dell'indicatore è costituito dalla possibile non omogeneità nella completezza e accuratezza nella registrazione delle informazioni tra le regioni e dalla variabilità dell'offerta sul territorio di servizi non ospedalieri (Servizi per le Tossicodipendenze, Associazioni *no-profit* etc.). Per i confronti territoriali e il trend temporale, il tasso è stato standardizzato utilizzando come riferimento la popolazione italiana al Censimento 2011.
Si sottolinea che il confronto fra anni contigui per analizzare l'andamento degli indicatori non tiene conto del 2020, in quanto la diminuzione registrata durante l'anno della pandemia di COVID-19 non è da attribuire a un'effettiva diminuzione dei casi con necessità di cura, ma alla drastica riduzione dei servizi di salute pubblica che sono stati interamente dedicati alla gestione della pandemia, trascurando altre esigenze non meno importanti fra cui quelle relative alla salute mentale.

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono riferimenti normativi per l'indicatore presentato. Al fine di evidenziare eventuali differenze territoriali, è stata scelta come soglia di riferimento il dato medio nazionale.

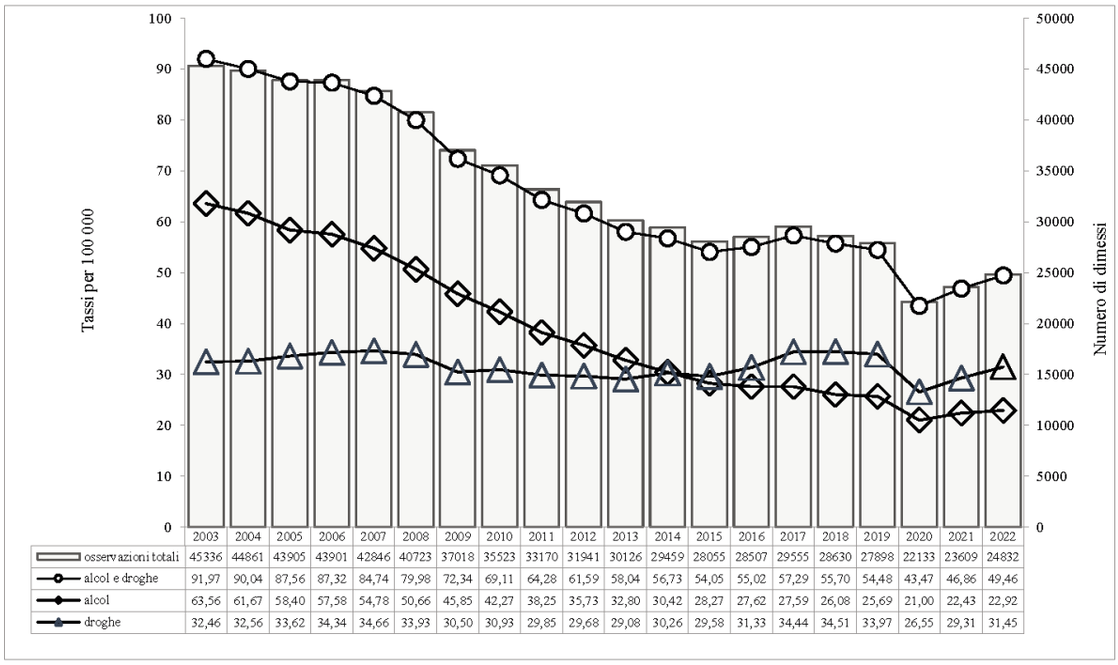
Descrizione dei risultati

Nel corso del 2022, 24.832 persone di età 15 anni ed oltre sono state dimesse da un Ospedale, almeno una volta, con una diagnosi di abuso, dipendenza o psicosi da sostanze psicoattive. Rispetto al 2021 (23.609 persone) si è registrato un aumento, ma il dato conferma comunque, rispetto agli anni precedenti al 2022, il trend in diminuzione: si è, infatti, passati 57,29 per 100.000 dimissioni nel 2017 a 49,46 per 100.000 dimissioni nel 2022 (Grafico 1).
L'analisi per tipologia di sostanza mostra che i ricoveri dovuti al consumo di alcol hanno un andamento molto diverso rispetto a quelli dovuti all'assunzione di droga. Il tasso std di soggetti dimessi per ricoveri dovuti al consumo di alcol è diminuito in maniera costante tra il 2003 (63,56 per 100.000 abitanti) e il 2021 (22,43 per 100.000) mentre, nel 2022, il dato si è mantenuto pressappoco costante rispetto all'anno precedente (22,92 per 100.000). Nel caso, invece, dei ricoveri per droghe, il tasso è rimasto pressoché stabile tra il 2003 (32,46 per 100.000) e il 2016 (31,33 per 100.000), è aumentato negli anni 2017, 2018 e 2019 arrivando attorno ai 34 per 100.000, è calato a 26,55 per 100.000 nel 2020, per poi risalire, a 29,31 per 100.000 nel 2021 e 31,45 per 100.000 nel 2022. Si sottolinea che il picco negativo totale, come si evince dal Grafico 1, osservato nel 2020, non è dovuto a una effettiva riduzione delle situazioni critiche bisognose di ricovero, ma verosimilmente alla chiusura generalizzata dei servizi dovuta alla pandemia da COVID-19 che, come noto, ha influito in modo estremamente negativo sulle risorse destinate ad altre esigenze sanitarie, fra cui quelle legate alla salute mentale. Pertanto, in questa descrizione degli andamenti delle dimissioni ospedaliere, non vengono prese in conside-

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 290

razione le variazioni relative al 2020.
Anche nel 2022, come nel 2021, il tasso std di ricovero tra gli uomini di età 15 anni ed oltre è più del doppio rispetto a quello rilevato per le donne (69,82 *vs* 29,44 per 100.000). La classe di età 20-64 anni rimane quella in cui si registrano i valori più elevati dei tassi di dimissione a livello nazionale sia per gli uomini (83,04 per 100.000) che per le donne (33,80 per 100.000). Seguono, per gli uomini, le fasce di età 65-74 anni (49,34 per 100.000), 15-19 anni (34,70 per 100.000) e 75 anni ed oltre (29,97 per 100.000) mentre, per le donne, le fasce di età 15-19 anni (25,75 per 100.000), 65-74 anni (20,66 per 100.000) e 75 anni ed oltre (14,60 per 100.000).
Nel 2022, tra gli uomini, i valori più elevati del tasso di dimissioni per ricoveri causati dall'uso di sostanze psicoattive a livello regionale si osservano nella PA di Bolzano (213,63 per 100.000), e i valori più bassi si registrano in Campania (27,86 per 100.000), regioni che mantengono, come nel 2021, il tasso rispettivamente più alto e più basso. Anche per le donne i valori più elevati si registrano, come nel 2021, nella PA di Bolzano (84,70 per 100.000), mentre i valori più bassi in Campania (10,97 per 100.000) e non in Basilicata come lo scorso anno.
La PA di Bolzano registra tassi di dimissione più elevati trasversalmente a tutte le fasce di età negli uomini e per le donne, tranne per le 15-19enni dove il tasso più alto si registra nella Valle d'Aosta (e la PA di Bolzano è al secondo posto). Per i giovani maschi (15-19 anni) i tassi di dimissione sono particolarmente elevati anche in Sardegna, mentre per i 20-64enni i tassi sono alti in Liguria e in Valle d'Aosta, per i 65-74enni in Liguria e in Friuli Venezia Giulia, regione quest'ultima con tassi elevati anche per gli *over* 75. Per le donne 15-19enni i tassi più alti sono nella Valle d'Aosta, mentre per le altre fasce di età la regione con i tassi più alti è la PA di Bolzano, seguita da Liguria e Valle d'Aosta. Le regioni, invece, con i tassi di dimissione ospedaliera con diagnosi di dipendenza da alcol o droghe più bassi sono, per tutte le fasce di età Campania e Calabria per i maschi e Campania e Sicilia per le femmine (Tabella 1, Tabella 2).

Grafico 1 - *Tasso (standardizzato per 100.000) di dimissioni ospedaliere (non ripetute) di pazienti con diagnosi principale o secondaria di disturbo psichico derivante dall'uso di sostanze psicoattive per tipo di sostanza - Anni 2003-2022*



	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
osservazioni totali	45336	44861	43905	43901	42846	40723	37018	35523	33170	31941	30126	29459	28055	28507	29555	28630	27898	22133	23609	24832
alcol e droghe	91,97	90,04	87,56	87,32	84,74	79,98	72,34	69,11	64,28	61,59	58,04	56,73	54,05	55,02	57,29	55,70	54,48	43,47	46,86	49,46
alcol	63,56	61,67	58,40	57,58	54,78	50,66	45,85	42,27	38,25	35,73	32,80	30,42	28,27	27,62	27,59	26,08	25,69	21,00	22,43	22,92
droghe	32,46	32,56	33,62	34,34	34,66	33,93	30,50	30,93	29,85	29,68	29,08	30,26	29,58	31,33	34,44	34,51	33,97	26,55	29,31	31,45

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS su dati SDO - Ministero della Salute. Elaborazione dell'ISS su dati Istat - "Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile" e "Ricostruzione Intercensuaria della popolazione". Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 291

Tabella 1 - *Tasso (specifico per 100.000) di dimissioni ospedaliere (non ripetute) con diagnosi principale o secondaria per abuso, dipendenza o psicosi da sostanze psicoattive per regione. Maschi - Anno 2022*

Regioni	15-18	19-64	65-74	75+	Totale
Piemonte	44,06	97,85	69,29	49,89	85,58
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	64,92	146,78	69,60	30,11	118,73
Lombardia	45,88	94,17	56,01	29,58	79,03
Bolzano-Bozen	*191,78*	*220,93*	*225,97*	*168,77*	*213,63*
Trento	*20,58*	*82,97*	*58,42*	*26,17*	*69,63*
Veneto	28,72	53,77	32,27	26,04	46,40
Friuli Venezia Giulia	28,90	78,70	108,96	85,45	80,41
Liguria	65,53	172,03	81,19	33,00	138,24
Emilia-Romagna	35,55	83,71	55,58	33,85	71,57
Toscana	32,08	104,06	64,90	37,27	87,21
Umbria	29,18	73,58	31,79	36,09	61,48
Marche	44,79	105,34	42,09	18,60	83,78
Lazio	27,04	87,14	62,29	33,65	74,29
Abruzzo	29,90	106,23	60,82	34,43	87,77
Molise	44,13	84,49	58,62	30,48	72,57
Campania	6,15	34,60	15,93	10,76	27,86
Puglia	33,11	83,65	30,36	14,93	66,04
Basilicata	22,34	71,20	17,79	31,27	57,13
Calabria	14,53	50,74	30,54	12,67	41,66
Sicilia	25,26	61,14	17,74	3,14	46,85
Sardegna	93,60	117,13	63,39	36,32	99,53
Italia	**34,70**	**83,04**	**49,34**	**29,97**	**69,82**

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS su dati SDO - Ministero della salute. Elaborazione dell'ISS su dati Istat - "Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile" e "Ricostruzione Intercensuaria della popolazione". Anno 2023.

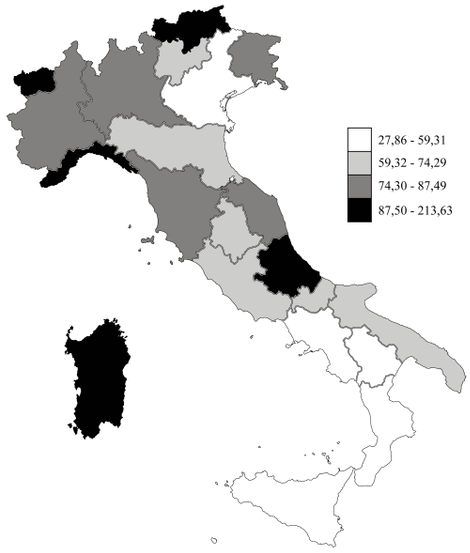
Tabella 2 - *Tasso (specifico per 100.000) di dimissioni ospedaliere (non ripetute) con diagnosi principale o secondaria per abuso, dipendenza o psicosi da sostanze psicoattive per regione. Femmine - Anno 2022*

Regioni	15-18	19-64	65-74	75+	Totale
Piemonte	27,82	42,48	35,59	17,81	37,85
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	103,84	66,32	50,30	13,37	60,10
Lombardia	41,45	44,37	24,36	14,38	38,16
Bolzano-Bozen	*85,89*	*95,53*	*60,34*	*45,71*	*84,70*
Trento	*37,24*	*32,91*	*34,69*	*12,03*	*30,85*
Veneto	21,03	26,03	16,49	13,84	23,12
Friuli Venezia Giulia	38,42	34,97	31,86	24,32	33,50
Liguria	64,18	75,99	45,71	29,43	66,03
Emilia-Romagna	29,31	35,87	26,44	24,14	32,94
Toscana	24,70	49,36	29,93	22,39	42,36
Umbria	36,70	48,43	17,82	16,51	40,20
Marche	24,00	41,93	17,93	14,55	34,70
Lazio	31,04	30,68	19,26	15,50	27,48
Abruzzo	14,27	35,62	20,53	25,10	31,31
Molise	16,24	30,69	9,89	5,87	24,36
Campania	1,95	13,35	7,12	5,20	10,97
Puglia	19,51	21,95	9,73	6,33	18,44
Basilicata	0,00	18,63	16,79	8,19	16,11
Calabria	13,44	20,85	9,35	2,47	16,82
Sicilia	9,86	15,84	6,63	2,66	12,79
Sardegna	33,59	42,94	18,56	10,05	35,49
Italia	**25,75**	**33,80**	**20,65**	**14,62**	**29,44**

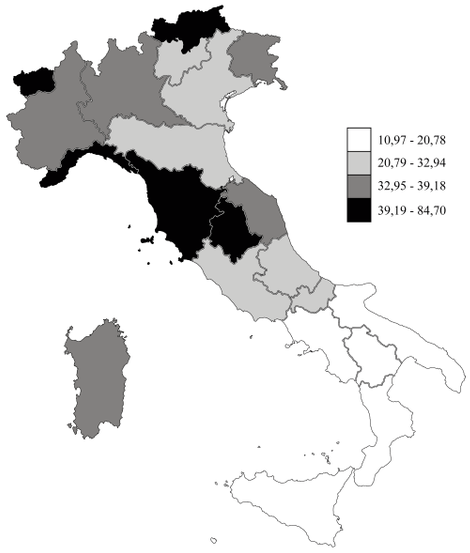
Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS su dati SDO - Ministero della salute. Elaborazione dell'ISS su dati Istat - "Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile" e "Ricostruzione Intercensuaria della popolazione". Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 292

Tasso (standardizzato per 100.000) di dimissioni ospedaliere (non ripetute) con diagnosi principale o secondaria per abuso, dipendenza o psicosi da sostanze psicoattive per regione. Maschi. Anno 2022



Tasso (standardizzato per 100.000) di dimissioni ospedaliere (non ripetute) con diagnosi principale o secondaria per abuso, dipendenza o psicosi da sostanze psicoattive per regione. Femmine. Anno 2022



Raccomandazioni di Osservasalute

In Italia le persone con disturbo da uso di alcol e droghe bisognose di cura rappresentano una quota importante nella sfera della salute mentale. Il Sistema Pubblico di Salute Mentale ha subìto, durante gli anni della pandemia da COVID-19, una significativa contrazione degli standard di cura, influenzando la disponibilità e l'accessibilità dei servizi di salute mentale a causa di restrizioni operative, riorganizzazioni dei servizi sanitari e riassegnazione del personale a compiti prioritari legati alla gestione della pandemia stessa. In questo modo si è amplificata ulteriormente una situazione già critica a tutti i livelli, riducendo gli accessi ai reparti per Terapia Intensiva, alle strutture diurne, alle strutture residenziali, alle visite domiciliari e ai Centri di salute mentale per la comunità (6-11).

L'incremento post-pandemico nelle ospedalizzazioni per disturbo da uso di sostanze psicoattive sembrerebbe essere sostenuto soprattutto dalla componente legata ai disturbi da uso di alcol, la cui recrudescenza è stata osservata tanto in Italia quanto a livello europeo (9). Il fenomeno è espressione dell'incrementato consumo di alcol tra i consumatori che erano già abitualmente a maggior rischio (9), pur contrastando la tenuità dell'aumento rispetto alla massa critica dei circa 8,5 milioni di consumatori e consumatrici a rischio e degli oltre 750 mila consumatori dannosi (12-14). La discrepanza tra il dato reale e quello atteso lascerebbe sottendere un importante gap fra domanda potenziale, richiesta e disponibilità di cure necessarie e offerta effettiva di interventi richiesti dalla condizione "in need for treatment". Il mancato accesso alle competenze diagnostiche precoci, la mancata intercettazione da parte delle strutture del territorio, e la ritardata o mancata ospedalizzazione di condizioni anche gravi, generano una marcata disuguaglianza, con ricadute sulla progressione della malattia e delle sue complicanze, sino alla mortalità prematura evitabile, e stigma sulle persone bisognose di cura e le loro famiglie.

Sebbene siano state realizzate in questi anni diverse iniziative, sono ancora molte le criticità che potrebbero in futuro contribuire a innalzare ulteriormente il livello di allarme sanitario e sociale se non affrontate tempestivamente. Fra i principali problemi di cui soffre il Sistema Pubblico di Salute Mentale sono la carenza di personale specializzato, la frammentazione dei servizi e le disparità geografiche e socio-economiche nell'accesso ai servizi di salute (14, 15). La scarsa conoscenza, la mancanza di accesso alle cure e le poche risorse disponibili nella gestione del problema causano ritardi nella diagnosi, contribuendo, infine, a conseguenze cliniche significative che sono molto più difficili e costose da gestire (16). In Italia, infatti, manca ancora un sistema di rete che risponda alla domanda di cura attuale, una presa in carico multidisciplinare e integrata che risponda ai bisogni socio-sanitari e terapeutici, finalizzati al reinserimento e all'inclusione sociale, ponendo particolare attenzione per le persone con disturbo da uso di alcol e droghe e ai loro familiari.

Per quanto concerne l'alcol, non tutte le regioni sono conformi alla specifica legislazione vigente (Legge n. 125/2001), rendendo difficile raggiungere gli obiettivi stabiliti dal Piano Nazionale sull'Alcol e la Salute. Esplorare alcuni aspetti che non sono stati affrontati è cruciale per valutare meglio il trattamento offerto sia nei contesti di assistenza primaria che nei servizi specializzati per la dipendenza da alcol (12). Purtroppo, una riduzione nei ricoveri da alcol e droga non rileva una riduzione a sua volta delle persone bisognose di cura, ma è anzi espressione dell'incapacità da parte del

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 293

sistema di intercettare i consumi dannosi e le dipendenze, con conseguente mancato o tardivo intervento.

Riferimenti bibliografici

(1) Hjemsæter AJ, Bramness JG, Drake R, et al. Mortality, cause of death and risk factors in patients with alcohol use disorder alone or polysubstance use disorders: a 19-year prospective cohort study. BMC Psychiatry 2019; 19: 101.
(2) Jones CM, McCance-Katz EF. Co-occurring substance use and mental disorders among adults with opioid use disorder. Drug Alcohol Depend 2019; 197: 78-82.
(3) Compton WM, Thomas YF, Stinson FS, Grant BF. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. Arch Gen Psychiatry. 2007; 64: 566-76.
(4) Hunt GE, Malhi GS, Cleary M, et al. Prevalence of comorbid bipolar and substance use disorders in clinical settings, 1990-2015: systematic review and meta-analysis. J Affect Disord 2016; 206: 331-49.
(5) Bernardo Carpiniello, Antonio Vita, Impact of COVID-19 on the Italian Mental Health System: A Narrative Review, Schizophrenia Bulletin Open, Volume 3, Issue 1, January 2022, sgac038. Disponibile sul sito: https://doi.org/10.1093/schizbullopen/sgac038.
(6) Esterwood E, Saeed SA. Past Epidemics, Natural Disasters, COVID19, and Mental Health: Learning from History as we Deal with the Present and Prepare for the Future. Psychiatr Q. 2020 Dec; 91 (4): 1.121-1.133. doi: 10.1007/s11126-020-09808-4. PMID: 32803472; PMCID: PMC7429118.
(7) Pollard MS, Tucker JS, Green HD. Changes in Adult Alcohol Use and Consequences During the COVID-19 Pandemic in the US. JAMA Netw Open. 2020; 3 (9): e2022942. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.22942.
(8) Ferrante G, Camussi E, Piccinelli C, et al. L'isolamento sociale durante l'epidemia da SARS-CoV-2 ha avuto un impatto sugli stili di vita dei cittadini? Epidemiol Prev. 2020; 44 (56): 353-362. doi:10.19191/EP20.5-6.S2.137.
(9) Matone, A., Ghirini, S., Gandin, C., Scafato, E., & European Study Group on Alcohol Use and COVID-19 (2022). Alcohol consumption and COVID-19 in Europe: how the pandemic hit the weak. Annali dell'Istituto superiore di sanita, 58 (1), 6-15. Disponibile sul sito: https://doi.org/10.4415/ANN_22_01_02.
(10) Acuff SF, Tucker JA, Murphy JG. Behavioral economics of substance use: Understanding and reducing harmful use during the COVID-19 pandemic. Exp Clin Psychopharmacol. 2021 Dec; 29 (6): 739-749. doi: 10.1037/pha0000431. Epub 2020 Nov 9. PMID: 33166163; PMCID: PMC8163023.
(11) Ramalho R. Alcohol consumption and alcohol-related problems during the COVID-19 pandemic: a narrative review. Australas Psychiatry. 2020 Oct; 28 (5): 524-526. doi: 10.1177/1039856220943024. Epub 2020 Jul 28. PMID: 32722961.
(12) Scafato E, Ghirini S, Gandin C, Matone A Il Progetto SISMA - SIStema di Monitoraggio Alcol-correlato, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping-ISS, 27 luglio 2023 (Factsheet). Disponibile sul sito: www.epicentro.iss.it/alcol/SismaProgetto.
(13) Scafato E, Ghirini S, Gandin C, Matone A, Vichi M, e il gruppo di lavoro CSDA, Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute e del Piano Nazionale della Prevenzione. Rapporto 2023. Rapporto ISTISAN. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2023 (23/3).
(14) Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della Legge 30.03.2001 N. 125 "Legge Quadro in material di alcol e problemi alcol correlati" anno 2022* *Componenti del gruppo di lavoro per l'elaborazione della Relazione del Ministro della Salute al Parlamento in materia di alcol L.125/2001 dell'Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità: Scafato E, Ghirini S, Gandin C, Matone A. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ministero della Salute, Roma. Ministero della Salute: 26 giugno 2023 (Elaborato di servizio). Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3338_allegato.pdf.
(15) Stepanova E, Thompson A, Yu G, Fu Y. Changes in mental health services in response to the COVID-19 pandemic in high-income countries: a rapid review. BMC Psychiatry. 2024;24(1):103. Published 2024 Feb 6. doi:10.1186/s12888-024-05497-6.
(16) Lowther-Payne HJ, Ushakova A, Beckwith A, Liberty C, Edge R, Lobban F. Understanding inequalities in access to adult mental health services in the UK: a systematic mapping review. BMC Health Serv Res. 2023; 23 (1): 1042. Published 2023 Sep 29. doi:10.1186/s12913-023-10030-8.
(17) Fortinguerra F, Pierantozzi A and Trotta F. The use of medications approved for alcohol use disorders in Italy. Front. Public Health 2023; 11:1110435. doi: 10.3389/fpubh.2023.1110435.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 294

Suicidi

Significato. Il suicidio è un fenomeno legato alla salute mentale della popolazione ed è il risultato della convergenza di fattori genetici, psicologici, sociali e culturali; tuttavia, deve anche essere letto come un indicatore di "disagio" e di debole coesione ed integrazione sociale.
I principali fattori di rischio documentati nell'ideazione suicidaria sono rappresentati dal genere maschile, dall'età anziana, dalla presenza di un disturbo psichiatrico e dall'abuso di sostanze. Fattori di tipo culturale, ambientale e socio-demografico possono giocare un ruolo nel determinare la variabilità dei tassi di suicidio (1-4). L'aver tentato in precedenza un suicidio è un fattore di rischio per nuovi tentativi con esiti letali e, quindi, anche l'offerta e l'efficienza dei servizi territoriali di assistenza possono contribuire a ridurre i livelli di questo indicatore.

Tasso di mortalità per suicidio*

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Decessi per suicidio di persone di età 15 anni ed oltre}}{\text{Popolazione media residente di età 15 anni ed oltre}} \times 100.000$$

*Tutte le elaborazioni sono state effettuate su dati del Ministero della Salute presso il Servizio Tecnico Scientifico di Statistica dell'ISS avvalendosi di un *software ad hoc* (Procedure per Analisi Territoriali di Epidemiologia Descrittiva) (4).

Validità e limiti. Il tasso di mortalità per suicidio è costruito a partire dai dati sui decessi raccolti dall'Istat e classificati secondo la ICD (ICD-10; suicidio: X60-X84, Y870) e dai dati, sempre di fonte Istat, della "Rilevazione sulla popolazione residente comunale per genere, anno di nascita e stato civile".
Il primo limite di questo indicatore è legato alla possibile sottostima dovuta all'errata attribuzione dei suicidi ad altre cause di morte, in particolare le "cause non determinate" e le "morti accidentali". Il secondo limite attiene, invece, al fatto che l'indicatore qui presentato è riferito unicamente alla popolazione residente nel nostro Paese (sia di cittadinanza italiana che straniera) e non tiene, quindi, conto dei suicidi di stranieri non residenti avvenuti in Italia (80 casi nel 2019 e 62 casi nel 2020). Infine, va menzionato che l'indicatore proposto non tiene conto del fenomeno del suicidio tra i bambini di età <15 anni che, seppure esista, è estremamente raro (7 casi registrati nel 2019 e 5 casi nel 2020). Nonostante questi limiti, l'indicatore proposto consente di monitorare l'andamento temporale del fenomeno nelle diverse realtà territoriali italiane in quanto utilizza una modalità di classificazione dei decessi standardizzata e comparabile a livello territoriale, sia nazionale che internazionale (ICD). Al fine, inoltre, di fornire una misura "reale" del fenomeno legata alla struttura demografica del territorio, sono presentati anche il tasso grezzo e i tassi specifici per età.

Valore di riferimento/Benchmark. Poiché il suicidio rientra tra le cause di morte classificabili come "evitabili" con opportuni interventi di prevenzione, il valore auspicabile dovrebbe corrispondere a 0 decessi; tuttavia, al fine di evidenziare aree di più spiccata criticità è stato scelto come riferimento il valore medio nazionale.

Descrizione dei risultati

Il tasso grezzo medio annuo di mortalità per suicidio nel biennio 2019-2020 è stato pari a 7,03 per 100.000 residenti di età 15 anni ed oltre (7,01 per 100.000 nel 2019 e 7,04 per 100.000 nel 2020). In termini assoluti, tra i residenti in Italia di età 15 anni ed oltre, nel biennio 2019-2020, si sono suicidate 7.284 persone (3.639 nel 2019 e 3.645 nel 2020) e, tra queste, gli uomini rappresentano il 78,2% (dati non presenti in tabella). Il tasso std di mortalità calcolato per il biennio 2019-2020 è pari a 11,35 per 100.000 per gli uomini (11,26 per 100.000 nel 2019 e 11,45 per 100.000 nel 2020) e a 2,85 per 100.000 per le donne (2,91 per 100.000 nel 2019 e 2,79 per 100.000 nel 2020) (Tabella 1). Nel 2020 rispetto al 2019 si registra un lievissimo aumento per gli uomini e una lieve diminuzione per le donne (tabelle in *www.osservatoriosullasalute.it*).
Per gli uomini si osserva un incremento costante del tasso fino all'età di 55-59 anni, dove il valore è pari a circa 13 casi ogni 100.000 abitanti; tra i 55-59 anni e i 70-74 anni il tasso rimane pressoché stabile intorno a questo valore per poi cominciare a salire esponenzialmente raggiungendo un massimo nella classe di età 90-94 anni (circa 33 casi ogni 100.000 abitanti) (Grafico 1). Il confronto tra gli anni 2019 e 2020, anno caratterizzato dalla pandemia SARS-CoV-2, mostra un'invarianza dei tassi età-specifici fino ai 75 anni e un aumento della mortalità nelle classi anziane (75 anni ed oltre) (Grafico 2).
L'andamento del tasso di mortalità per suicidio per le donne è diverso da quello rilevato per gli uomini e cresce in modo costante fino ai 50-54 anni di età raggiungendo il valore di circa 4 casi ogni 100.000 abitanti; nelle classi di età successive, pur con oscillazioni il tasso si attesta intorno al valore di 3-4 casi ogni

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 295

100.000 abitanti con un picco di 4,6 casi per 100.000 nella classe 85-89 anni, per poi scendere tra le ultra 90enni (Grafico 1). Il confronto tra gli anni 2019 e 2020 mostra che per le donne la lieve riduzione di mortalità che si è osservata ha riguardato principalmente le classi più giovani, ad eccezione delle giovanissime (15-19 anni) tra le quali si evidenzia un aumento (Grafico 2).

Sia per gli uomini che per le donne, quindi, la mortalità per suicidio cresce con l'aumentare dell'età. Per gli uomini si evidenzia un incremento esponenziale del tasso a partire dai 70-74 anni, soglia anagrafica che coincide o segue di poco l'età al pensionamento, che si è spostata in avanti rispetto al passato. L'uscita dal mondo del lavoro è un evento particolarmente critico, soprattutto per gli uomini, in quanto comporta una riduzione dei ruoli sociali e un conseguente restringimento dell'ampiezza e densità delle reti di relazione. Per le donne, il tasso di mortalità per suicidio cresce, invece, nelle età giovanili fino ai 50 anni di età. Per le donne l'uscita del mondo del lavoro non sembra avere le stesse implicazioni che ha per gli uomini e le oscillazioni osservate sembrano più facilmente attribuibili a fattori biologici e a eventi contingenti e fluttuazioni casuali. In coincidenza con la pandemia da SARS-CoV-2 si nota l'aumento del tasso di suicidi tra gli uomini anziani e una concomitante riduzione tra le donne giovani ma non tra le ragazze di 15-19 anni (Grafico 2).

L'analisi per regione mostra delle differenze molto marcate con tassi di suicidio in generale più elevati al Nord. I tassi più alti, sia tra gli uomini che tra le donne, si registrano nelle PA di Trento e Bolzano, in Valle d'Aosta e in Friuli Venezia Giulia. La Sardegna ha elevata mortalità per suicidio tra gli uomini ma non tra le donne. Il Molise è la regione con i livelli più bassi di suicidialità tra le donne. La Campania è la regione con i livelli più bassi di mortalità per suicidio sia tra gli uomini (5,89 per 100.000) che tra le donne (1,50 per 100.000) e bassi livelli del tasso per entrambi i generi si registrano anche in Calabria, Puglia e Sicilia. Solo 1 regione del Nord, la Liguria, mostra una mortalità inferiore al livello medio nazionale (sia per gli uomini che per le donne) (Tabella 1).

L'aumento dei tassi di suicidio tra gli uomini anziani nel 2020 rispetto al 2019 ha riguardato principalmente le regioni del Centro-Nord, mentre nel Meridione i tassi di mortalità per suicidio sono diminuiti sia tra i giovani che tra gli anziani: fanno eccezione la PA di Bolzano, l'Umbria e le Marche che non hanno registrato un aumento dei suicidi tra gli anziani tra il 2019 e il 2020 (tabelle in *www.osservatoriosullasalute.it*).

Per le donne, invece, la lieve riduzione della mortalità per suicidio osservata tra le giovani nel 2020 rispetto al 2019 ha riguardato le regioni del Centro-Sud ed Isole con l'eccezione di Abruzzo e Molise; e Calabria; al Nord solo in Piemonte e in Valle d'Aosta il tasso di mortalità per suicidio tra le giovani è stato nel 2020 inferiore al 2019 (tabelle in *www.osservatoriosullasalute.it*).

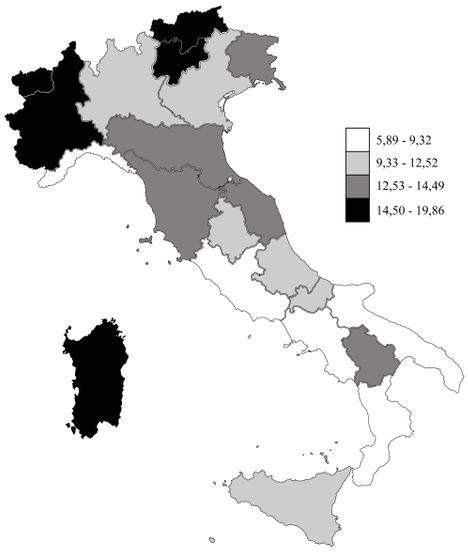
Tabella 1 - *Tasso medio (grezzo, standardizzato e specifico per 100.000) di mortalità per suicidio e suicidi (valori assoluti) nella popolazione di età 15 anni ed oltre per genere e regione - Anni 2019-2020*

Regioni	Tassi grezzi					Tassi std			N	M/F
						Maschi	Femmine	Totale	Totale	
	15-18	19-64	65-74	75+	15+	15+	15+	15+	15*	15+
Piemonte	3,66	7,96	10,50	14,46	9,10	14,60	3,25	8,58	688	3,8
Valle d'Aosta	0,00	8,24	16,89	32,47	12,40	19,86	4,37	11,57	27	3,5
Lombardia	2,64	7,18	7,94	10,69	7,50	11,89	3,26	7,30	1301	3,4
Bolzano-Bozen	*12,06*	*9,20*	*11,07*	*17,10*	*10,57*	*15,89*	*5,21*	*10,34*	*95*	*2,8*
Trento	*7,13*	*10,38*	*12,50*	*14,61*	*11,02*	*17,40*	*4,75*	*10,76*	*103*	*3,3*
Veneto	2,57	7,92	8,06	10,66	8,02	12,52	3,36	7,76	681	3,4
Friuli Venezia Giulia	1,89	8,32	8,61	17,24	9,45	14,37	4,17	8,83	201	3,1
Liguria	4,68	4,26	6,11	9,11	5,41	8,10	2,18	4,84	147	3,3
Emilia-Romagna	2,50	7,73	10,61	17,82	9,32	14,25	4,14	8,84	724	3,1
Toscana	2,14	7,53	7,60	15,85	8,55	13,47	3,51	8,07	555	3,5
Umbria	3,89	7,22	6,67	15,32	8,25	12,18	3,90	7,75	126	2,7
Marche	1,45	7,10	8,20	14,55	8,10	12,65	3,60	7,77	214	3,2
Lazio	2,26	4,93	5,70	7,90	5,27	8,48	2,32	5,16	527	3,3
Abruzzo	1,71	6,50	5,85	11,86	6,92	10,78	2,89	6,61	157	3,4
Molise	0,00	6,21	8,12	7,74	6,39	11,03	1,33	5,86	34	10,3
Campania	0,77	3,21	3,96	6,24	3,45	5,89	1,50	3,52	337	3,4
Puglia	1,45	4,97	5,34	6,68	5,02	8,47	1,83	4,96	346	4,2
Basilicata	5,50	6,81	6,99	15,25	7,89	13,48	2,53	7,71	77	4,9
Calabria	1,57	4,17	5,80	10,53	5,03	8,52	1,72	4,89	165	4,5
Sicilia	1,55	5,28	6,75	9,50	5,75	10,11	1,94	5,75	484	4,7
Sardegna	5,07	9,50	13,20	13,21	10,30	18,12	2,72	10,06	295	6,2
Italia	**2,41**	**6,39**	**7,56**	**11,58**	**7,03**	**11,35**	**2,85**	**6,81**	**7284**	**3,6**

Fonte dei dati: Elaborazioni ISS su dati Istat dell'"Indagine sulle cause di morte", della "Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile". Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 296

Tasso medio (standardizzato per 100.000) di mortalità per suicidio nella popolazione di età 15 anni ed oltre per regione. Maschi. Anni 2019-2029



Tasso medio (standardizzato per 100.000) di mortalità per suicidio nella popolazione di età 15 anni ed oltre per regione. Femmine. Anni 2019-2020

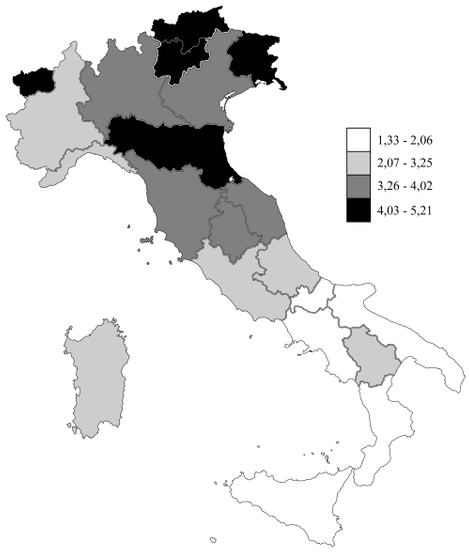
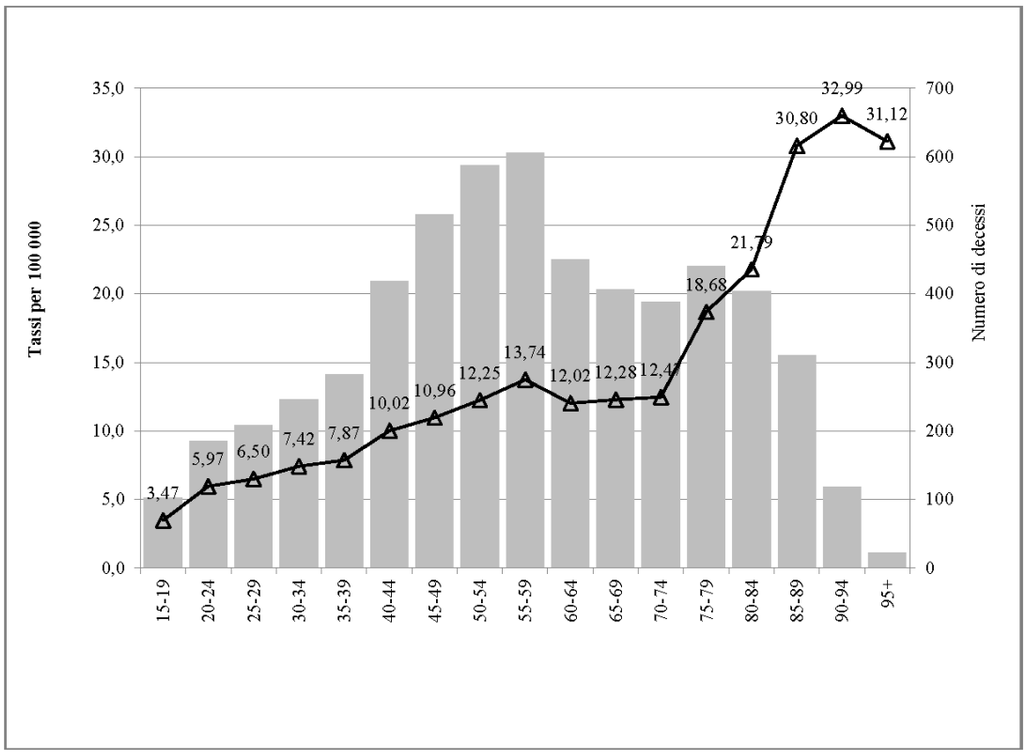


Grafico 1 - *Tasso (specifico per 100.000) di mortalità per suicidio nella popolazione di età 15 anni ed oltre per genere (tassi per 100.000 scala di sinistra; numero di decessi scala di destra) - Anni 2019-2020*

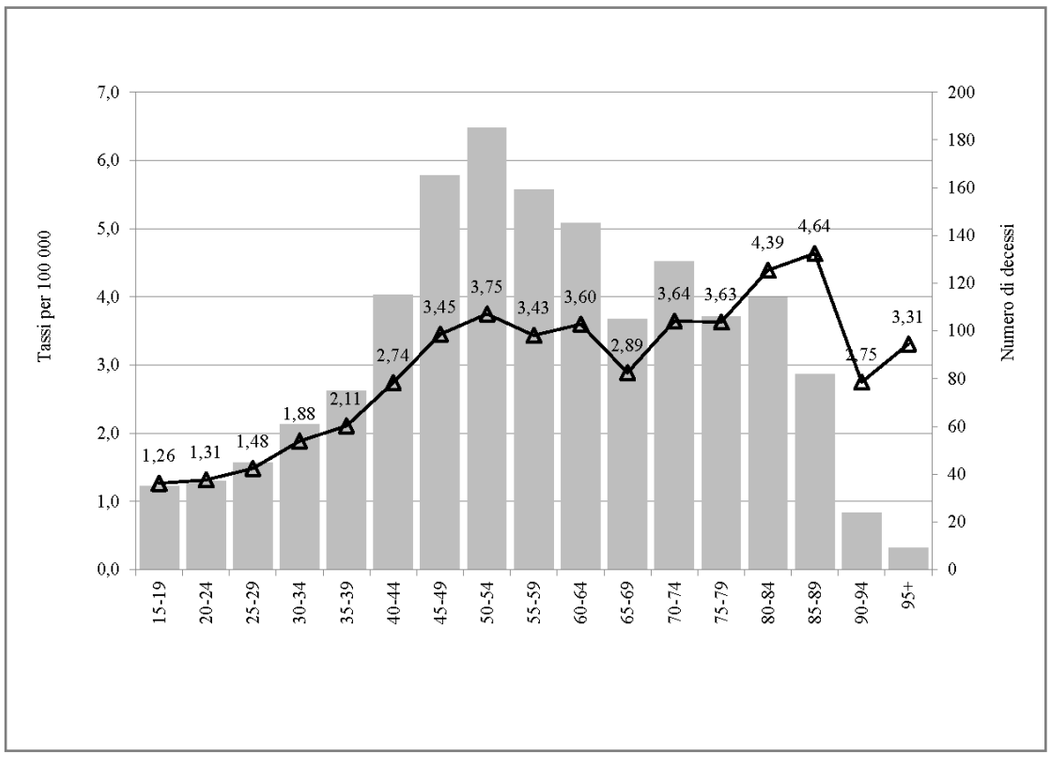
Maschi



Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 297

Grafico 1 - (segue) *Tasso (specifico per 100.000) di mortalità per suicidio nella popolazione di età 15 anni ed oltre per genere (tassi per 100.000 scala di sinistra; numero di decessi scala di destra) - Anni 2019-2020*

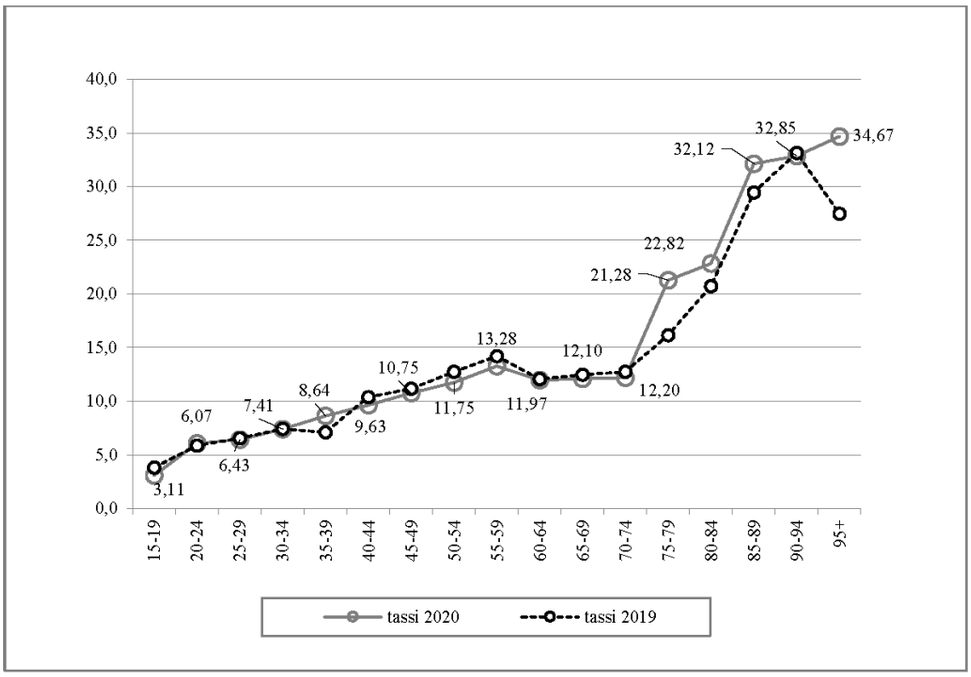
Femmine



Fonte dei dati: Elaborazioni ISS su dati Istat dell'"Indagine sulle cause di morte", della "Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile". Anno 2023.

Grafico 2 - *Tasso (standardizzato e specifico per 100.000) di mortalità per suicidi - Anni 2019-2020*

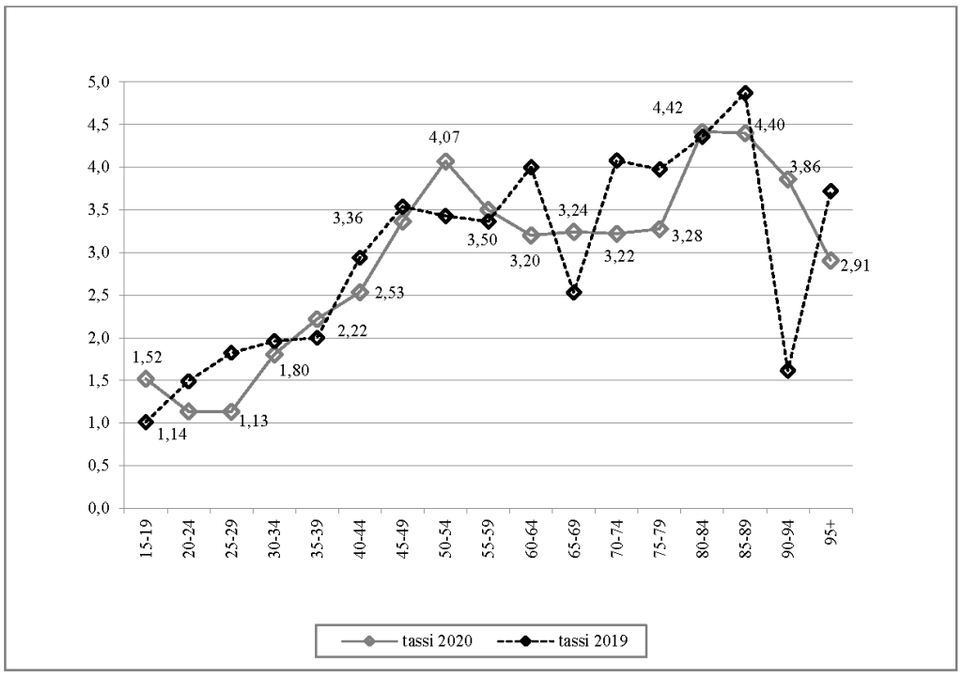
Maschi



Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 298

Grafico 2 - (segue) *Tasso (standardizzato e specifico per 100.000) di mortalità per suicidi - Anni 2019-2020*

Femmine



Fonte dei dati: Elaborazioni ISS su dati Istat dell'"Indagine sulle cause di morte", della "Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile". Anno 2023.

Raccomandazioni di Osservasalute

La prevenzione del suicidio è tra gli obiettivi prioritari sia a livello europeo che a livello mondiale (5-9). I progressi compiuti per il raggiungimento di questo obiettivo mostrano una riduzione del tasso globale di suicidi che, tuttavia, rimane tra le prime tre cause più frequenti di mortalità tra le persone di età 15-29 anni a livello globale e in Italia (10).

Tra le azioni efficaci per la prevenzione, l'OMS considera fondamentale la restrizione della disponibilità e accesso ai mezzi utilizzati (come pesticidi, sostanze tossiche, armi da fuoco e accesso a luoghi elevati) e l'implementazione di politiche per la riduzione dell'abuso di alcol e sostanze; inoltre, particolare attenzione va posta alle "pratiche di copertura mediatica inappropriate" che possono aumentare il rischio di emulazione. In accordo con le Linee Guida dell'OMS (11), i media dovrebbero, tra le altre cose, evitare l'uso di un linguaggio sensazionalistico, evitare di presentare l'atto suicida come la soluzione di un problema, mostrare immagini e/o descrivere il metodo utilizzato; occorrerebbe, invece, affiancare alle notizie relative a gesti suicidi indicazioni sulla prevenzione (5-9).

Come indicato anche dall'OMS, la malattia psichiatrica non è l'unico fattore di rischio per il suicidio, che va invece visto come la risultante di molti fattori di tipo genetico, psico-sociali, biologici, individuali, culturali e ambientali. Depressione, abuso di alcol, disoccupazione, indebitamento e disuguaglianze sociali sono tutti fattori di rischio e sono tutti strettamente interrelati; ne consegue che le politiche di prevenzione del suicidio per essere efficaci non possono essere confinate al solo ambito sanitario, ma devono prevedere un approccio di tipo multisettoriale che tenga conto dei potenziali fattori di rischio a livello di contesto sociale, economico e relazionale del soggetto. Inoltre, una strategia nazionale di prevenzione risulterà essere più efficace se implementata sulla base dell'individuazione dei principali fattori di rischio a livello locale con interventi mirati anche a livello di comunità (1, 5-9).

Il suicidio, in un'ottica di programmazione sanitaria, deve essere considerato anche per gli effetti destabilizzanti sulle persone con le quali il suicida era in relazione. I survivor, cioè coloro che sono stati colpiti da un lutto in seguito ad un suicidio, presentano più frequentemente senso di colpa, e sentimenti di rifiuto e abbandono rispetto a chi ha perso qualcuno per cause naturali. È, pertanto, fondamentale incentivare la diffusione sul territorio di strutture dedicate alla prevenzione e al sostegno ai survivor come, ad esempio, il "Servizio per la Prevenzione del Suicidio" (attivo presso l'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea di Roma.

Nonostante la prevenzione del suicidio sia stata individuata come obiettivo prioritario dai maggiori organismi internazionali (5-13), solo pochi Paesi nel mon-

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 299

do hanno sviluppato una strategia nazionale per la prevenzione del suicidio e l'Italia non è ancora tra questi (13).

La crisi economico-finanziaria del 2007-2008 ha avuto un impatto molto forte, in termini di aumento dei suicidi sugli uomini ma non sulle donne indicando una minor resilienza degli uomini di fronte ad "eventi critici".

Lo scenario determinato dalla pandemia di COVID-19 del 2020 si configura come "evento critico" di proporzioni ben maggiori di quello del 2008. Misure di quarantena collettiva sono state descritte come associate ad un aumento della rischiosità suicidaria (14, 15). Dal confronto tra l'anno pre-pandemia e il 2020 si osserva in Italia un aumento della mortalità per suicidio tra gli uomini anziani e tra le ragazze (<20 anni). Tuttavia, non abbiamo ancora dati disponibili per poter valutare gli effetti a lungo termine, del "distanziamento sociale" e delle limitazioni all'accesso ai servizi sanitari e di prevenzione e cura (di routine o di emergenza), nonché della limitazione delle libertà e lo stigma, tutti fattori di rischio specifici che vanno ad aggiungersi e ad interagire con i fattori di rischio preesistenti. Occorrerà aspettare di avere dati più aggiornati per valutare gli effetti della pandemia sulla salute mentale della popolazione e sui tassi di suicidio. Va anche sottolineato che, così come avvenuto per la crisi del 2007-2008, anche la crisi seguita alla pandemia COVID-19 non impatta in modo uniforme su tutta la popolazione e i sottogruppi di popolazione più "fragili" (per caratteristiche sociali e/o individuali) ne risentiranno più di altri con un conseguente aumento delle disuguaglianze (16).

Riferimenti bibliografici

(1) Vichi M, Masocco M, Pompili M, et al. "Suicide mortality in Italy from 1980 to 2002". Psychiatry Research 2010; 175: 89-97.
(2) Pompili M, Vichi M, Masocco M, et al. Il suicidio in Italia. Aspetti epidemiologici e socio demografici (Suicide in Italy. Epidemiologic and demographic features). Quaderni Italiani di Psichiatria 2010, 29 (2).
(3) Pompili M, Vichi M, Innamorati M, et al. Suicide in Italy during a time of economic recession: some recent data related to age and gender based on a nationwide register study. Health Soc Care Community. 2014 Jul; 22(4):361-7. doi: 10.1111/hsc.12086.
(4) Berardelli I, Corigliano V, Hawkins M, Comparelli A, Erbuto D and Pompili M (2018) Lifestyle Interventions and Prevention of Suicide. Front. Psychiatry 9:567. doi: 10.3389/fpsyt.2018.00567.
(5) Commissione Europea. "European pact for mental health and well-being". Disponibile sul sito: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf.
(6) OMS. "Public health action for the prevention of suicide. A framework". Disponibile sul sito: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570_eng.pdf.
(7) Commissione Europea. "Join Action su Mental Health and Wellbeing". Disponibile sul sito: www.mentalhealthandwellbeing.eu/depression-suicide-and-e-health.
8) OMS. "Mental health action plan 2013 – 2020". Disponibile sul sito: www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en.
(9) OMS. "Preventing suicide. A global imperative". Disponibile sul sito: www.who.int/mental_health/suicideprevention/world_report_2014/en.
(10 SPS Servizio per la Prevenzione del Suicidio, Disponibile sul sito: www.prevenireilsuicidio.it.
(11) OMS. "Preventing Suicide A Resource for Media Professionals Department of Mental Health and Substance Abuse World Health Organization International Association". Disponibile sul sito: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/252071/1/WHO-MSD-MER-16.6-eng.pdf?ua=1.
(12) United Nations. Dept. for Policy Coordination and Sustainable Development. Prevention of suicide: guidelines for the formulation and implementation of national strategies. New York: United Nations, 1996. Disponibile sul sito: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570_eng.pdf.
(13) OMS. "National suicide prevention strategies. Progress, examples and indicators". Disponibile sul sito: https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1174021/retrieve.
(14) Gunnell D, Appleby L., Arensman E. et. Al. Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. The Lancet Psychiatry April 2020. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30171-1.
(15) Thakur V, Jain A.COVID 2019-suicides: A global psychological pandemic. Brain Behav Immun. 2020 Apr 23. pii: S0889-1591(20)30643-7. doi: 10.1016/j.bbi.2020.04.062.
(16) Horton R. COVID-19 is not a pandemic. Lancet, Vol. 396, 10255, P874, September 26, 2020.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 300

Omicidi

Significato. L'omicidio può essere visto come la punta dell'*iceberg* di una violenza molto più diffusa ma con esiti non letali e ha un enorme impatto in termini di Sanità Pubblica. L'atto violento costituisce, infatti, un fattore di rischio per la salute mentale della rete familiare e sociale sia della vittima che dell'esecutore della violenza, con effetti destabilizzanti che si ripercuotono sulla comunità e sulla società nel suo complesso.
Sebbene non si possa escludere che anche fattori biologici e genetici predispongano all'aggressività, è però indubbio che questi fattori di rischio si esprimono all'interno del *network* sociale e familiare e, più in generale, in un determinato contesto sociale e culturale che può favorire o inibire il comportamento violento.
Il tasso di omicidi riflette, quindi, anche il grado di conflittualità in atto nella società e, in modo speculare al suicidio, può essere letto come un indicatore di malessere sociale.

Tasso di mortalità per omicidio*

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Decessi per omicidio di persone di età 15 anni ed oltre}}{\text{Popolazione media residente di età 15 anni ed oltre}} \times 100.000$$

*Tutte le elaborazioni sono state effettuate su dati del Ministero della Salute presso il Servizio Tecnico Scientifico di Statistica dell'ISS avvalendosi di un *software ad hoc* (Procedure per Analisi Territoriali di Epidemiologia Descrittiva) (1).

Validità e limiti. Il tasso di mortalità per omicidio è costruito a partire dai dati sui decessi raccolti dall'Istat e classificati secondo l'ICD (ICD-10; omicidio: X85-Y09, Y871) e dai dati, sempre di fonte Istat, della "Rilevazione sulla popolazione residente comunale per genere, anno di nascita e stato civile" e, per gli anni 2001-2011, della "Ricostruzione Intercensuaria della popolazione". L'indicatore include esclusivamente le vittime di omicidio volontario e preterintenzionale, escludendo, pertanto, gli omicidi colposi (come, ad esempio, quelli da incidente stradale o incidente sul lavoro).
L'indicatore presenta diversi limiti che elenchiamo di seguito:
- la possibile sottostima dovuta soprattutto ai decessi "in accertamento giudiziario" per i quali al momento del rilascio dei dati non è ancora stata accertata la causa del decesso;
- è riferito unicamente alla popolazione residente nel nostro Paese (sia di cittadinanza italiana che straniera) e non tiene, quindi, conto delle vittime di omicidio non residenti in Italia (20 casi nel 2019 e 14 casi nel 2020);
- non considera gli omicidi di bambini di età <15 anni (5 casi nel 2019 e 9 casi nel 2020) al fine di rendere questo indicatore comparabile con quello sui suicidi riportato in questo stesso Capitolo;
- il tasso è riferito alla residenza della vittima e non al luogo in cui è stato perpetrato l'omicidio; tuttavia, nella maggioranza dei casi (96%) l'omicidio è avvenuto nella stessa regione di residenza della vittima;
- i dati utilizzati sono esclusivamente di fonte sanitaria, tuttavia nei Paesi (come il nostro) con una elevata qualità dei dati, non ci sono rilevanti discrepanze tra le statistiche di fonte sanitaria e quelle di fonte giudiziaria (1).
Nonostante i limiti indicati, il tasso di mortalità per omicidio rappresenta un solido indicatore per i confronti geografici e per il monitoraggio dei trend poiché utilizza una modalità di classificazione dei decessi standardizzata e comparabile a livello territoriale, sia nazionale che internazionale (ICD). Resta da sottolineare che il tasso std (popolazione di riferimento: Italia 2011), se da un lato consente di effettuare confronti spaziali e temporali al netto della struttura demografica della popolazione, dall'altro non fornisce una misura della "reale" dimensione del fenomeno; per ovviare a questo limite vengono presentati anche il tasso grezzo ed i tassi specifici per età.

Valore di riferimento/Benchmark. Poiché l'omicidio rientra tra le cause di morte classificabili come "evitabili" il valore auspicabile dovrebbe corrispondere a 0 decessi; tuttavia, al fine di evidenziare aree di più spiccata criticità è stato scelto come riferimento il valore medio nazionale.

Descrizione dei risultati

Nel biennio 2019-2020, il tasso grezzo di mortalità per omicidio è stato pari a 0,42 per 100.000 residenti di età 15 anni ed oltre (0,44 nel 2019 e 0,39 nel 2020). In termini assoluti, tra i residenti in Italia di età 15 anni sono state uccise 230 persone nel 2019 e 203 nel 2020 (tabelle in *www.osservatoriosullasalute.it*). Le donne rappresentano il 39% delle vittime. I tassi di mortalità per omicidio si sono ridotti in misura consistente sia per gli uomini che per le donne a partire dal 1990, ma la riduzione è stata nettamente più marcata

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 301

per gli uomini che partivano da livelli di mortalità molto più elevati rispetto alle donne. Questa diversa velocità di decremento ha comportato una parallela riduzione del rapporto di genere (M/F) (Tabella 1). Il rapporto di mascolinità dei decessi per omicidio è stato di 1,7 nel 2019 e di 1,4 nel 2020. Il rapporto di mascolinità (M/F) ha raggiunto un massimo nel 1989 di 8,9 (vale a dire che in quell'anno su dieci omicidi nove vittime erano uomini e una sola donna; a partire dal 1990 il rapporto M/F tra le vittime di omicidio è diminuito costantemente fino ad arrivare al valore attuale che corrisponde, approssimativamente, a meno di sei vittime maschili contro quattro femminili ogni dieci omicidi.

Il tasso std di mortalità nel biennio 2019-2020 è pari a 0,53 per 100.000 per gli uomini (0,58 nel 2019 e 0,48 nel 2020) e a 0,31 per 100.000 per le donne (0,30 nel 2019 e 0,31 nel 2020) (tabelle in *www.osservatoriosullasalute.it*). L'esame dell'andamento del tasso std a partire dal 1980 mostra una riduzione costante per le donne, mentre il tasso di mortalità comincia a ridursi per gli uomini a partire dal l990; tuttavia, la riduzione della mortalità per gli uomini dal 1990 al 2020 è nettamente più marcata rispetto a quanto si osserva per le donne.

Per gli uomini il tasso età-specifico aumenta tra i 15-39 anni, si mantiene tendenzialmente stabile con oscillazioni tra i 40-69 anni; si osserva poi una diminuzione tra i 69-84 anni e un incremento marcato nelle classi di età più anziane. Per le donne, invece, il tasso età-specifico aumenta fino ai 34 anni, diminuisce nelle classi di età successive, poi torna nuovamente a salire dopo i 74 anni (Grafico 1). Il confronto tra l'andamento del tasso età-specifico nel 2019 e il 2020 evidenzia, per gli uomini una sostanziale riduzione tra i 15-84 anni e un forte incremento tra gli anziani over 84enni; per le donne si osserva, invece, un aumento nelle età più giovani e una riduzione dopo i 69 anni, eccetto che per le molto anziane (ultra 90enni) (Grafico 2).

L'analisi territoriale per genere della vittima evidenzia una marcata variabilità geografica. La regione con il tasso di mortalità per omicidio più elevato per gli uomini è la Calabria (1,73 per 100.000) seguita da Sardegna (1,16 per 100.000), Puglia (1,08 per 100.000) e Sicilia (0,79 per 100.000); rispetto al passato comunque anche in queste regioni il tasso di mortalità per omicidio è fortemente diminuito e alcune regioni meridionali che in passato avevano livelli molto alti del tasso, come la Campania, negli anni più recenti presentano una mortalità per omicidio tra gli uomini inferiori al livello medio nazionale. I valori di mortalità maschile per omicidio molto più bassi della media nazionale si sono registrati in Friuli Venezia Giulia (0,11 per 100.000), in Liguria (0,26 per 100.000) e in Lombardia e Veneto (entrambe 0,28 per 100.000). In Valle d'Aosta non ci sono state vittime di omicidio tra i residenti (né tra gli uomini né tra le donne). Per le donne, a differenza del passato non si osservano più valori del tasso elevati nelle regioni meridionali. In Molise e Basilicata non si sono registrate vittime tra le donne, e anche tra le donne residenti in Campania la mortalità per omicidio è stata prossima allo 0 (0,04 per 100.000). La Sardegna (0,51 per 100.000) è al terzo posto per livello di mortalità femminile per omicidio, preceduta solo dalle PA di Trento e Bolzano (rispettivamente, 0,66 e 0,64 per 100.000).

Le regioni meridionali presentano un rapporto di genere (M/F) molto elevato. In Campania per ogni donna uccisa ci sono dodici uomini vittime di omicidio (M/F = 10,0) e anche nelle altre regioni del Sud e nelle Isole il rapporto è molto elevato: 5,9 in Calabria, 3,8 in Puglia, e 2,3 in Sicilia e Sardegna. Il rapporto di genere è, invece, inferiore all'unità in Friuli Venezia Giulia (0,5), PA di Trento e Bolzano (entrambe 0,7), Emilia-Romagna (0,7), Lombardia (0,8), Marche (0,9); in queste regioni le vittime femminili superano quelle maschili; queste regioni hanno tassi di mortalità femminili sopra la media nazionale eccetto il Friuli Venezia Giulia che ha mortalità per omicidio bassa sia per gli uomini che per le donne (in questa regione ci sono due omicidi di donne per ogni uomo). In particolare, le PA di Trento e Bolzano hanno tassi di mortalità femminili molto superiori alla media (rispettivamente, 0,66 e 0,64 vs lo 0,31 dell'Italia) ed Emilia-Romagna, Lombardia e Marche di poco superiori (Tabella 1).

L'analisi dei tassi per classi di età mostra interessanti particolarità. Puglia e Calabria, 2 regioni con i livelli più alti del tasso di mortalità tra gli uomini, hanno tassi di mortalità generale per omicidio elevati tra i più giovani (15-64 anni) ma inferiori alla media tra gli anziani (65 anni ed oltre). Liguria e Veneto presentano, invece, all'opposto una mortalità bassa nella classe di età più giovane ed elevata tra gli anziani (Tabella 1).

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 302

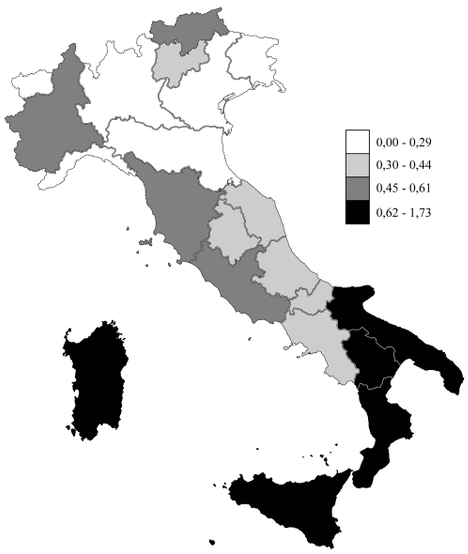
Tabella 1 - *Tasso medio (grezzo, standardizzato e specifico per 100.000) di mortalità per omicidio e omicidi (valori assoluti) nella popolazione di età 15 anni ed oltre per genere e regione - Anni 2019-2020*

Regioni	Tassi grezzi			Tassi std			N	M/F
				Maschi	Femmine	Totale	Totale	
	65-74	65+	15+	15+	15+	15+	15*	15+
Piemonte	0,56	0,40	0,52	0,59	0,49	0,54	39	1,2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	n.a.
Lombardia	0,31	0,37	0,33	0,28	0,34	0,32	57	0,8
Bolzano-Bozen	*0,44*	*0,95*	*0,56*	*0,46*	*0,64*	*0,53*	*5*	*0,7*
Trento	*0,58*	*0,41*	*0,53*	*0,44*	*0,66*	*0,58*	*5*	*0,7*
Veneto	0,23	0,44	0,28	0,28	0,28	0,27	24	1,0
Friuli Venezia Giulia	0,13	0,16	0,14	0,11	0,20	0,16	3	0,5
Liguria	0,16	0,46	0,26	0,26	0,14	0,19	7	1,9
Emilia-Romagna	0,30	0,46	0,35	0,29	0,40	0,35	27	0,7
Toscana	0,37	0,63	0,45	0,55	0,28	0,42	29	1,9
Umbria	0,28	0,66	0,39	0,43	0,38	0,41	6	1,1
Marche	0,32	0,26	0,30	0,32	0,34	0,33	8	0,9
Lazio	0,34	0,63	0,41	0,52	0,28	0,41	41	1,9
Abruzzo	0,30	0,80	0,44	0,44	0,41	0,43	10	1,1
Molise	0,26	0,00	0,19	0,36	0,00	0,19	1	n.a.
Campania	0,26	0,09	0,23	0,41	0,04	0,22	22	10,9
Puglia	0,80	0,22	0,65	1,08	0,29	0,68	45	3,8
Basilicata	0,28	0,38	0,31	0,63	0,00	0,28	3	n.a.
Calabria	1,19	0,36	0,97	1,73	0,29	1,00	32	5,9
Sicilia	0,56	0,52	0,55	0,79	0,34	0,56	46	2,3
Sardegna	0,67	1,14	0,80	1,16	0,51	0,83	23	2,3
Italia	**0,41**	**0,44**	**0,42**	**0,53**	**0,31**	**0,42**	**433**	**1,7**

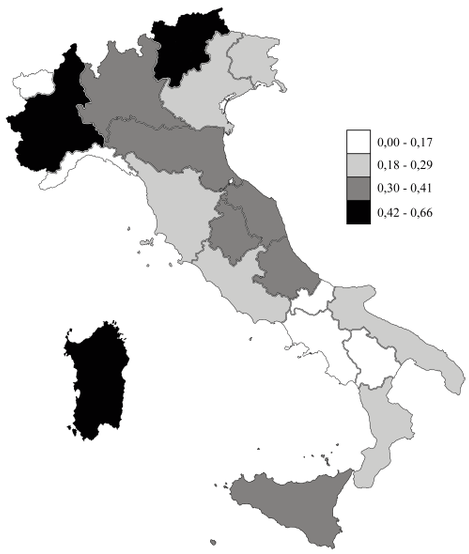
n.a. = non applicabile

Fonte dei dati: Elaborazioni ISS su dati Istat dell'"Indagine sulle cause di morte", della "Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile". Anno 2023.

Tasso medio (standardizzato per 100.000) di mortalità per omicidio nella popolazione di età 15 anni ed oltre per regione. Maschi. Anni 2019-2020



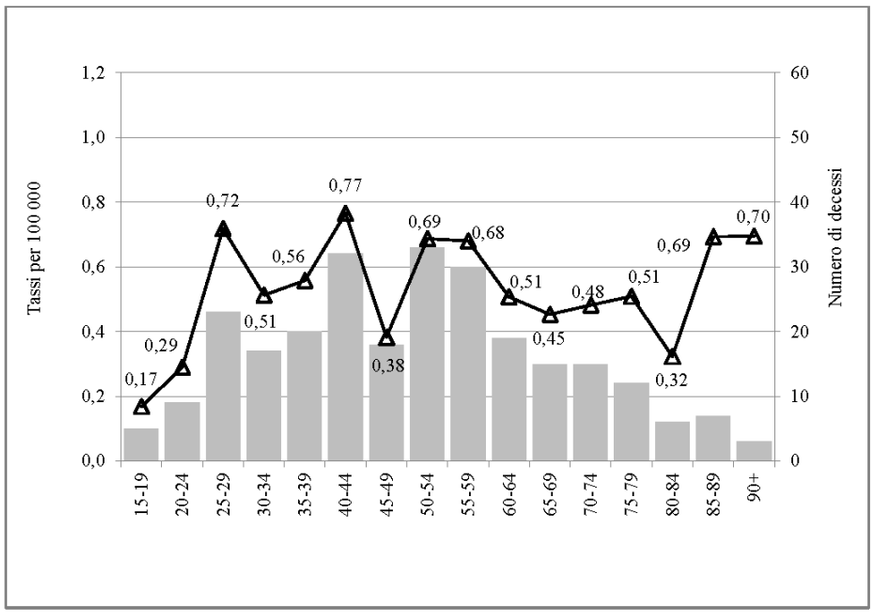
Tasso medio (standardizzato per 100.000) di mortalità per omicidio nella popolazione di età 15 anni ed oltre per regione. Femmine. Anni 2019-2020



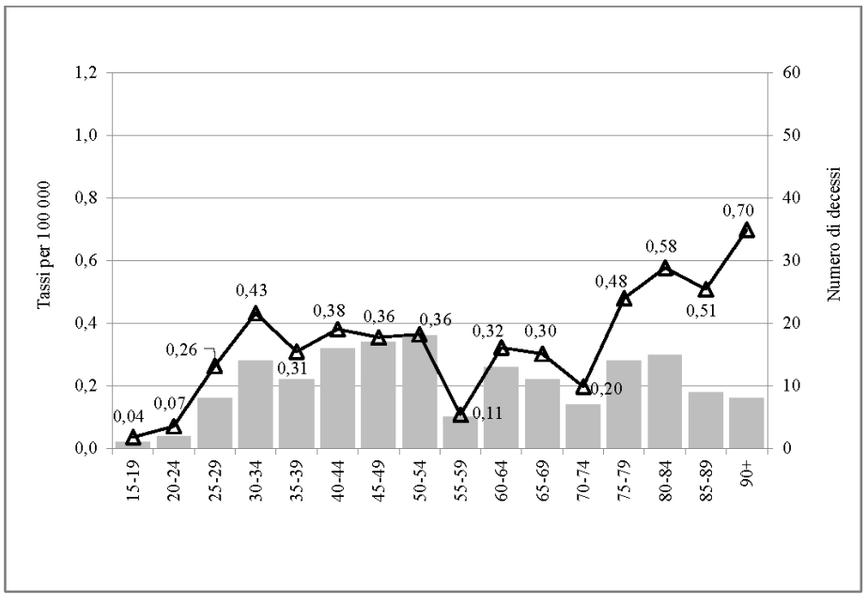
Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 303

Grafico 1 - *Tasso (specifico per 100.000) di mortalità e decessi (valori assoluti) per omicidio nella popolazione di età 15 anni ed oltre per genere (tassi per 100.000 scala di sinistra; numero di decessi scala di destra) - Anni 2019-2020*

Maschi



Femmine

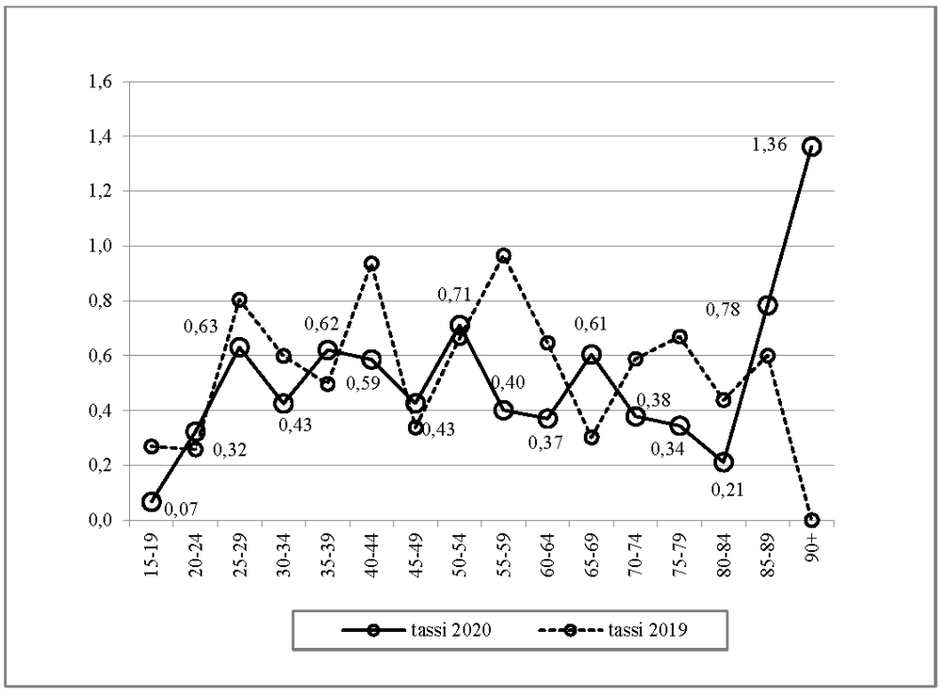


Fonte dei dati: Elaborazioni dell'ISS su dati Istat dell'"Indagine sulle cause di morte" e della "Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile". Anno 2023.

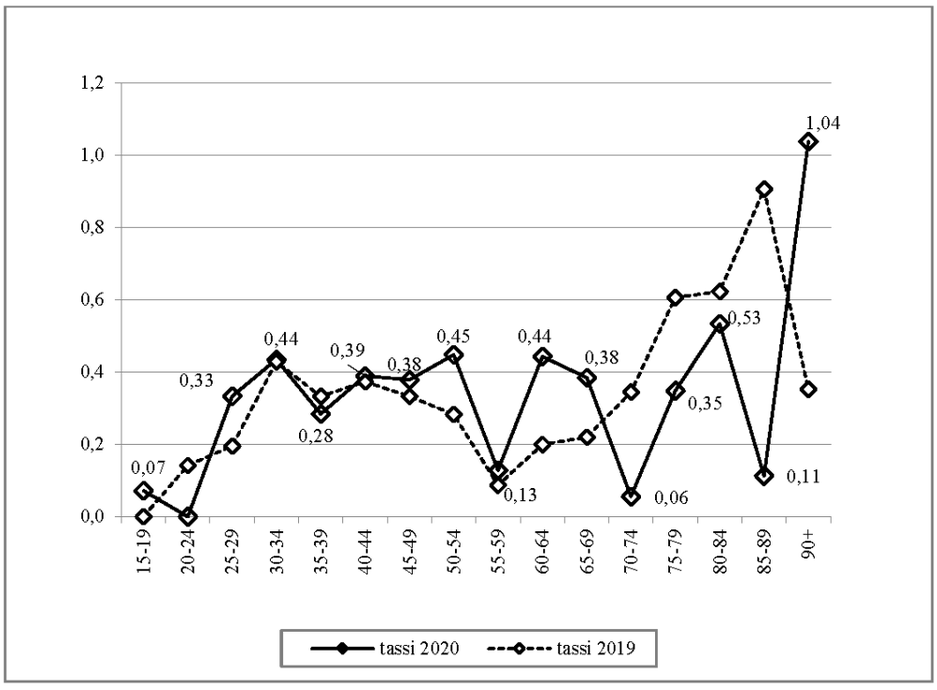
Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 304

Grafico 2 - *Tasso (standardizzato e specifico per 100.000) di mortalità per omicidi - Anni 2019-2020*

Maschi



Femmine



Fonte dei dati: Elaborazioni ISS su dati Istat dell'"Indagine sulle cause di morte", della "Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile". Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 305

Raccomandazioni di Osservasalute

L'omicidio e, più in generale, la violenza non si distribuisce in modo casuale, ma si concentra in particolari aree geografiche e sottogruppi di popolazione. Inoltre, il rischio di essere vittima o autore di violenza aumenta se la rete sociale e/o familiare del soggetto include vittime e/o autori di violenza (1, 2).

Già nel 1996 la 49th *World Health Assembly* ha identificato la violenza come un problema di Sanità Pubblica che può essere prevenuto; il concetto è stato formalizzato dall'OMS nel Report "World Report on Violence and Health" (2).

Nel mondo, il tasso globale di mortalità per omicidio è lentamente diminuito a partire dall'anno 2000; in Italia la diminuzione è stata più consistente rispetto ad altri Paesi e soprattutto per gli uomini (3-4).

La riduzione del tasso di omicidio totale è stata determinata in massima parte dalla riduzione delle vittime maschili e questo ha determinato un aumento percentuale delle donne sul totale delle vittime (che attualmente rappresentano circa il 40% del totale delle vittime) (5).

L'analisi territoriale conferma che, per gli uomini, i tassi sono più elevati in molte regioni meridionali, dove il contesto sociale e culturale è stato segnato dalla presenza storica della criminalità organizzata (Mafia, Camorra, 'Ndrangheta e Sacra Corona Unita) e in Sardegna (5, 6). La lotta e il contrasto alla criminalità organizzata restano imprescindibili per ridurre i tassi di omicidio; tuttavia, il fenomeno della violenza va affrontato anche in un'ottica di *Public Health* studiando le caratteristiche delle vittime e degli autori di omicidio al fine di individuare i possibili fattori di rischio, individuali, familiari e di contesto. Non abbiamo ancora disponibili dati per valutare gli effetti a lungo termine della pandemia COVID-19 e delle misure di lockdown sulla violenza e sul tasso di omicidio nel nostro Paese; tuttavia, si stanno delineando evidenze di un aumento dei casi di violenza intra-familiare, le cui vittime sono in massima parte donne, bambini ed anziani (7, 8).

Nel nostro Paese i dati mostrano nell'anno 2020, rispetto al 2019 pre-pandemia una riduzione della mortalità per omicidio tra gli uomini giovani e un aumento tra gli anziani e una figura opposta per le donne per le quali si registra una diminuzione delle vittime tra le anziane e un aumento tra le giovani. Impossibile stabilire una relazione causale ma la riduzione degli omicidi tra gli uomini giovani è coerente con una riduzione della violenza extra-familiare dovuta alla riduzione delle interazioni; di contro, il lieve aumento delle vittime osservato tra le giovani donne è probabilmente attribuibile ad un aumento della violenza domestica che potrebbe essere stata accentuata dalla conflittualità esacerbata dai confinamenti domestici (9, 10).

L'Italia è uno dei Paesi al mondo con il più basso tasso di omicidi e i dati non supportano ipotesi allarmistiche di aumento del fenomeno dei "femminicidi". La maggioranza delle vittime di omicidio sono uomini e dai dati Istat di fonte giudiziaria si evince che l'autore dell'omicidio è in oltre il 90% un uomo (11-13).

Affrontare lo studio dell'omicidio e della violenza con un approccio epidemiologico e di *Public Health* è importante perché la conoscenza approfondita delle caratteristiche del fenomeno ha importanti ricadute pratiche per stabilire programmi per la prevenzione della violenza e, più specificamente, per gli interventi a sostegno delle vittime fragili che hanno già subito violenza, in virtù dell'alto rischio di recidiva, attraverso la formazione dei professionisti della salute.

In questo contesto assumono ancora più importanza per la prevenzione della violenza le politiche dirette ai giovani volte a ridurre l'abbandono scolastico e ad incrementare l'offerta educativa scolastica ed extra-scolastica, elementi chiave per favorire socializzazione, integrazione ed educazione al rispetto dell'altro. La scuola come spazio fisico è fondamentale per individuare i casi di violenza intra-familiare ed è anche elemento determinante nella lotta contro le organizzazioni criminali che trovano nell'abbandono scolastico un bacino di "manodopera".

Riferimenti bibliografici

(1) Teva I, Hidalgo-Ruzzante N, Pérez-García M, Bueso-Izquierdo N. Characteristics of Childhood Family Violence Experiences in Spanish Batterers. J Interpers Violence. 2021 Dec; 36 (23-24):11212-11235.
(2) Shields M, Tonmyr L, Hovdestad WE, Gonzalez A, MacMillan H. Exposure to family violence from childhood to adulthood. BMC Public Health. 2020 Nov 9;20(1):1673. doi: 10.1186/s12889-020-09709-y.
(3) Krug EG et al., eds. World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002. Disponibile sul sito: www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/chapters/en.
(4) United Nations Office On Drugs And Crime (UNODC). UNODC, Vienna 2019. Disponibile sul sito: www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/global-studyon-homicide.html.
(5) Eurostat, Intentional homicide victims by age and sex - number and rate for the relevant sex and age groups. Disponibile sul sito: http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do. Last update: 23-07-2018.
(6) Vichi M, Ghirini S, Roma P, Mandarelli G, Pompili M, Ferracuti S, Trends and patterns in homicides in Italy: A 34-year descriptive study, Forensic Science International, Volume 307, 2020.
(7) Transcrime. 2013. "Progetto PON Sicurezza 2007-2013: Gli investimenti delle mafie". Ministero dell'Interno. Disponibile sul sito: www.transcrime.it/pubblicazioni/progetto-pon-sicurezza-2007-2013.
(8) Bellizzi S., Nivoli A., Lorettu L., Farina G., Ramses M., Ronzoni A.R. Violence against women in Italy during the COVID-19 pandemic. Gynecology&Obstetric, 150 (2), August 2020. Disponibile sul sito: https://doi.org/10.1002/ijgo.13270.
(9) Xue J, Chen J, Chen C, Hu R, Zhu T. The Hidden Pandemic of Family Violence During COVID-19: Unsupervised Learning of Tweets. J Med Internet Res. 2020 Nov 6;22(11): e24361. doi: 10.2196/24361. PMID: 33108315; PMCID: PMC7652592. Disponibile sul sito: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7652592.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 306

(10) Del Casale A, Modesti MN, Lai C, Ciacchella C, Veneziani G, Barchielli B, Ferracuti S, Napoli C, Pompili M. Calls to the anti-violence number in Italy during COVID-19 pandemic: correlation and trend analyses of violence reports during 2020.Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2022 Dec; 57 (12): 2503-2510. doi: 10.1007/s00127-022-02330-x.
(11) Barchielli B, Baldi M, Paoli E, Roma P, Ferracuti S, Napoli C, Giannini AM, Lausi G. When "Stay at Home" Can Be Dangerous: Data on Domestic Violence in Italy during COVID-19 Lockdown. Int J Environ Res Public Health. 2021 Aug 25; 18 (17): 8948. doi: 0.3390/ijerph18178948.
(12) Istat, Report. Vittime di omicidio, anno 2021. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/files//2022/11/REPORT-VITTIME-DI-OMICIDIO_2021.pdf.
(13) Istat, Report. Vittime di omicidio, anno 2022. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/files//2023/11/Vittime-di-omicidio-2022.pdf.

Salute materno-infantile

Gli indicatori del Capitolo sono stati tutti aggiornati rispetto all'Edizione precedente del Rapporto Osservasalute e si riferiscono all'anno 2022, con l'unica eccezione dei dati sulla PMA, provenienti dal Sistema di Sorveglianza dell'ISS, al momento disponibili per l'anno 2021.

La distribuzione dei punti nascita risulta notevolmente diversificata sul territorio compatibilmente con la struttura geografica dello stesso e con il bacino d'utenza. Tra il 2013 e il 2022 sono stati soppressi 131 punti nascita (pari al 24,9%) in tutte le regioni. Nel 2022, rispetto all'anno precedente, sono stati chiusi 4 punti nascita. Nello stesso anno, il 62,0% dei parti in Italia è avvenuto in strutture dove si verificano più di 1.000 parti l'anno (dato leggermente diminuito rispetto al 62,8% del 2021), mentre il 7,6% in strutture che accolgono meno di 500 casi l'anno (7,2% l'anno precedente). L'UOTIN è presente nel 29,9% dei punti nascita, valore sostanzialmente stabile rispetto al 29,8% del 2021.

Nel 2022, la proporzione di TC è pari a 32,57% (invariato rispetto all'anno precedente) con una evidente variabilità tra le regioni che vede come valore minimo il 20,55% registrato nella PA di Trento e come valore massimo il 47,68% riportato in Campania. Anche per i TC primari la PA di Trento riporta il valore minimo (13,07%) mentre il massimo (27,27%) si trova in corrispondenza della Valle d'Aosta; a livello nazionale la percentuale aumenta leggermente passando dal 19,13% al 19,86%.

La classificazione dei parti secondo le Classi di Robson permette di evidenziare l'inappropriatezza delle indicazioni al TC nelle diverse classi. La *Classe 1*, che include donne nullipare, con feto singolo in presentazione cefalica e travaglio spontaneo a termine di gravidanza, pur presentando casi perlopiù a basso rischio, continua a riguardare una quota non trascurabile di cesarei (12,8%), senza sostanziali modifiche nel tempo.

Gli indicatori relativi agli accertamenti effettuati dalle donne in gravidanza sono stati stratificati sia secondo il decorso della gravidanza (fisiologico o patologico) sia per titolo di studio della donna. Le donne meno giovani effettuano mediamente più di 4 visite, meno frequentemente eseguono la prima visita tardivamente (oltre 10 settimane di gestazione) o fanno un numero inferiore di ecografie (<3). Comprensibilmente, invece, sono in proporzione superiore rispetto alle più giovani per quanto riguarda l'esecuzione di almeno una indagine invasiva. Analoghe considerazioni si applicano alle donne con titolo di studio medio-alto, confermando lo svantaggio delle donne con basso titolo di studio nell'effettuare correttamente gli accertamenti in gravidanza.

Tra le nascite con vitalità, il 6,9% è avvenuto prima del termine fisiologico della gravidanza (0,9% i casi gravemente pretermine) e il 7,0% dei nati vivi pesa meno di 2.500 grammi (0,9% al di sotto dei 1.500 grammi). Queste due misure (età gestazionale e peso alla nascita) sono strettamente correlate tra loro e vengono integrate consentendo il calcolo della percentuale dei casi classificati come *Small for Gestational Age* e *Large for Gestational Age*, rispettivamente pari a 9,9% e 12,7%. Per questa Edizione del Rapporto Osservasalute è stato usato un algoritmo differente rispetto a quello delle Edizioni precedenti: nello specifico, è stato applicato il metodo condiviso all'interno del Progetto Euro-Peristat, armonizzato a livello internazionale.

A seguito della diffusione dell'infezione da SARS- CoV-2, nel 2020, tutte le procedure mediche non ritenute urgenti sono state sospese o procrastinate, tra cui i trattamenti di PMA. Nel 2021 si osserva un'evidente ripresa dell'attività sia in termini di procedure eseguite che in termini di risultati conseguiti. Infatti, si registrano 108.067 cicli di trattamento (+36%), 23.404 gravidanze (+48%) e 16.625 nati vivi (+47%). In Italia, ogni 1.000 nati vivi, 42 nascono da gravidanze ottenute con l'applicazione di procedure di fecondazione assistita.

Il tasso di abortività volontaria per l'anno 2022 è risultato uguale a 5,5 casi per 1.000 donne residenti in età feconda, in lieve incremento rispetto al biennio pandemico 2020-2021, durante il quale si è assistito ad una diminuzione più marcata rispetto al trend storico. Per la prima volta, le IVG effettuate con metodo farmacologico hanno superato la metà degli interventi; tuttavia, si evidenzia un'elevata disomogeneità tra le regioni.

Concludono il Capitolo due *Box* a cura dell'ISS contenenti importanti aggiornamenti su argomenti già

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 308

affrontati nelle Edizioni precedenti. Il primo tratta la mortalità materna, dove viene descritto il metodo di stima utilizzato per produrre l'indicatore a livello nazionale, ricorrendo ad un innovativo approccio metodologico che prevede l'integrazione di diverse fonti di dati e di diversi metodi di rilevazione. Il secondo *Box* riporta i risultati più recenti della Sorveglianza Bambini 0-2 anni, presentati dall'ISS in un Convegno dedicato.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 309

Parti effettuati nei punti nascita e presenza di Unità Operative di Terapia Intensiva Neonatale

Significato. L'indicatore intende descrivere l'organizzazione territoriale della rete dei punti nascita e la rete di assistenza intensiva neonatale.
In Italia, l'assistenza alla gravidanza e al parto è generalmente buona (il rischio di natimortalità si è quasi dimezzato a partire dai primi anni Ottanta, la percentuale di donne assistite durante la gravidanza ha superato il 90%, la totalità dei parti è assistita da operatori sanitari e la percentuale di nati da parto pretermine e quella di nati di peso inferiore si è ridotta drasticamente). Tuttavia, la realtà italiana è ancora caratterizzata da un'eccessiva medicalizzazione dell'evento nascita, di cui il non appropriato ricorso al TC rappresenta la manifestazione più esasperata, e dall'estrema parcellizzazione dei punti nascita.
Per migliorare questo sistema assistenziale, è stato sancito in conferenza unificata il 16 dicembre 2010 l'Accordo Stato-Regioni recante "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo" (1), in cui si propone un programma nazionale, articolato in dieci linee di azione, per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del TC. Tali linee di indirizzo hanno come obiettivo, tra gli altri, la razionalizzazione/riduzione progressiva dei punti nascita con numero di parti <1.000/anno, prevedendo l'abbinamento per pari complessità di attività delle Unità Operative ostetrico-ginecologiche con quelle neonatologiche/pediatriche, riconducendo a due i precedenti tre livelli del Progetto Obiettivo Materno-Infantile del 24 aprile 2000 ed indicando standard operativi, di sicurezza e tecnologici, rispetto alle specifiche funzioni collegate ai livelli assistenziali.
Le suddette linee di indirizzo contengono anche specifiche indicazioni di politica sanitaria per migliorare la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni erogate durante il percorso nascita. Tra queste sono previste la razionalizzazione dei punti nascita nonché il miglioramento degli aspetti strutturali, tecnologici ed organizzativi delle strutture; inoltre, prevedono che le Unità Operative neonatologiche di II livello assistano neonati fisiologici e neonati patologici, ivi inclusi quelli bisognosi di terapia intensiva. Le funzioni collegate ai livelli assistenziali ricomprendono l'assistenza a soggetti "inborn" ed "outborn", necessitanti di assistenza intensiva, di qualsiasi peso o età gestazionale.
La riorganizzazione della rete assistenziale del percorso nascita prevede il numero di almeno 1.000 nascite/anno quale parametro standard a cui tendere per il mantenimento/attivazione dei punti nascita. La possibilità di punti nascita con numerosità inferiore e, comunque, non <500 parti/anno, potrà essere prevista solo sulla base di motivate valutazioni legate alla specificità dei bisogni reali delle varie aree geografiche interessate, con rilevanti difficoltà di attivazione del Servizio Trasporto Assistito Materno. Fra gli standard qualitativi sono previsti non meno di 1.000 nati/anno nella struttura (*inborn*) e la presenza di una UOTIN. Inoltre, la UOTIN dovrebbe essere attivata per un bacino di utenza di almeno 5.000 nati annui.

Proporzione di parti secondo la classe di ampiezza

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Parti}_{\text{Classe i}}}{\text{Parti}} \times 100$$

$$\text{Denominatore}$$

Classe i = Classe 1, Classe 2, Classe 3, Classe 4, Classe 5.
Classe 1 = <500 parti, Classe 2 = 500-799 parti, Classe 3 = 800-999 parti, Classe 4 = 1.000-2.499 parti, Classe 5 = ≥2.500 parti.

Percentuale del numero di Unità Operative di Terapia Intensiva Neonatale secondo la classe di ampiezza, in termini di parti effettuati, nei punti nascita

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{UOTIN}_{\text{Classe } i, \text{ Regione } j}}{\text{UOTIN}_{\text{Regione } j}} \times 100$$

$$\text{Denominatore}$$

Classe *i* = Classe 1, Classe 2, Classe 3, Classe 4, Classe 5.
Classe 1 = <500 parti, Classe 2 = 500-799 parti, Classe 3 = 800-999 parti, Classe 4 = 1.000-2.499 parti, Classe 5 = ≥2.500 parti.

R. BOLDRINI, F. BASILI, M. DI CESARE

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 310

Validità e limiti. L'indicatore evidenzia il rispetto di due tra i molteplici standard qualitativi per caratterizzare i livelli della rete di offerta dei servizi ostetrici e neonatologici ospedalieri. La fonte utilizzata per il calcolo dell'indicatore è il CedAP (2). Nel caso di strutture ospedaliere articolate su più Sedi (stabilimenti ospedalieri), a ciascun punto nascita è attribuita la specifica classe di ampiezza, in funzione del volume di parti annui effettuati dallo stabilimento.

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono riferimenti normativi per questo indicatore. Per il confronto tra le regioni occorre considerare sia la diversa ampiezza dei territori regionali sia le notevoli variabilità di densità abitativa e caratteristiche orografiche che impongono un'organizzazione dei servizi diversificata.

Descrizione dei risultati

La distribuzione dell'offerta risulta notevolmente diversificata sul territorio compatibilmente con la struttura geografica dello stesso e con il suo bacino d'utenza.

Il confronto del numero di punti nascita tra il 2013 e il 2022 evidenzia in effetti una diminuzione generale nel lungo periodo in tutte le regioni, pari al 24,9% a livello nazionale cui corrispondono 131 punti nascita soppressi. Nel biennio 2021-2022 la situazione sembra essersi stabilizzata: sono 5 i punti nascita chiusi nell'ultimo anno. In particolare, la chiusura ha interessato solo tre regioni, Campania (-3), Toscana e Puglia (entrambe -1), mentre la Sardegna ha acquisito un nuovo punto nascita.

Se si considerano i punti nascita con un volume <1.000 parti annui, così come indicato nelle Linee di indirizzo, la riduzione tra il 2013 e il 2022 è stata di 85 unità, pari al 24,8%. Più recentemente, tra il 2021 e il 2022, la riduzione è stata di 1 unità a livello nazionale. In realtà, se si guarda la distribuzione regionale, si osserva che Piemonte, Lombardia, PA di Bolzano, Liguria, Umbria e Marche hanno visto l'apertura di 1 punto nascita ciascuna, invece per Sicilia e Sardegna salgono a 2 unità ciascuna le nuove aperture. Le chiusure, invece, hanno interessato Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Toscana e Puglia ciascuna -1 punto nascita, Lazio -2 punti nascita e Campania -4 punti nascita (Tabella 1).

L'obiettivo di razionalizzazione, quindi, non significa necessariamente una riduzione dei punti nascita, ma una risposta adeguata alle diverse esigenze locali.

Nel 2022, il 62,0% dei parti in Italia è avvenuto in strutture dove si verificano più di 1.000 parti l'anno (dato leggermente diminuito rispetto al 62,8% del 2021), il 7,6%, invece, in strutture che accolgono meno di 500 casi l'anno (7,2% l'anno precedente), volume ritenuto non soddisfacente a garantire uno standard qualitativo accettabile neanche per i punti nascita di I livello.

I punti nascita di piccole dimensioni (<500 parti), che accolgono una quota significativa di nascite (oltre il 10%), risultano presenti in Molise (46%), Sardegna (26%), Umbria (24%), Basilicata (23%), Sicilia (16%) e PA di Trento (11%). Di contro, le grandi strutture dove avvengono più di 2.500 parti l'anno sono presenti in Emilia-Romagna (45%), Lazio (36%), Lombardia (35%), Piemonte (24%), Veneto (17%), Toscana (14%) e Campania (7%) (Grafico 1).

Nel Rapporto 2022 pubblicato dal Ministero della Salute si evince che il 10,8% delle nascite avvengono in case di cura private accreditate che hanno, generalmente, una dimensione inferiore rispetto alle strutture gestite direttamente dal SSN. Un totale di 113 parti è stato effettuato in 3 case di cura private non accreditate con volume di attività <500 casi l'anno.

La funzione di coordinamento per la tematica del percorso nascita e di monitoraggio dell'implementazione degli standard di qualità e sicurezza in attuazione dei contenuti presenti nell'Accordo Stato-Regioni del 2010, è svolta dal Comitato Percorso Nascita nazionale. A tale organo di coordinamento è affidato, tra gli altri, il compito di esprimere parere consultivo sulle eventuali richieste da parte delle Regioni e di mantenere in attività punti nascita con volumi di attività <500 parti annui in condizioni orograficamente difficili. La particolare attenzione verso la tematica del percorso nascita è attestata anche dall'inserimento nella verifica LEA di uno specifico punto dedicato al percorso nascita, nell'ambito del quale vengono annualmente verificati i punti nascita con bassi volumi di parti.

L'UOTIN è presente in 118 dei 395 punti nascita analizzati nel 2022, una proporzione del 29,9%, sostanzialmente stabile rispetto al 29,8% del 2021 (Tabella 2). La differenza numerica a livello nazionale è di solo una unità in meno, ma considerando il dettaglio regionale si ricava che la Lombardia, il Veneto e la Sicilia hanno "perso" una UOTIN tra il 2021 e il 2022, la Campania ne ha due in meno; di contro il Piemonte e il Lazio ne hanno acquisita una e la Toscana due.

Per l'anno 2021 sono disponibili i dati dei posti letto nei vari reparti (3) e questo consente di avere un'idea più dettagliata dell'offerta, anche in relazione al volume di nati durante l'anno. A livello nazionale ci sono 2,9 posti letto in UOTIN ogni 1.000 nati vivi. La situazione a livello regionale mostra un range che va da un valore minimo di 1,6 posti letto per 1.000 nati vivi dell'Umbria (escludendo la Valle d'Aosta che non ha UOTIN) ai 6,3 per 1.000 della Sardegna (dati non presenti in tabella). Il dato regionale esprime comunque un valore medio di una situazione territoriale che può essere estremamente diversificata.

La corretta collocazione delle UOTIN, in relazione all'organizzazione della rete dei punti nascita per intensità di livello assistenziale, è determinante da un

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 311

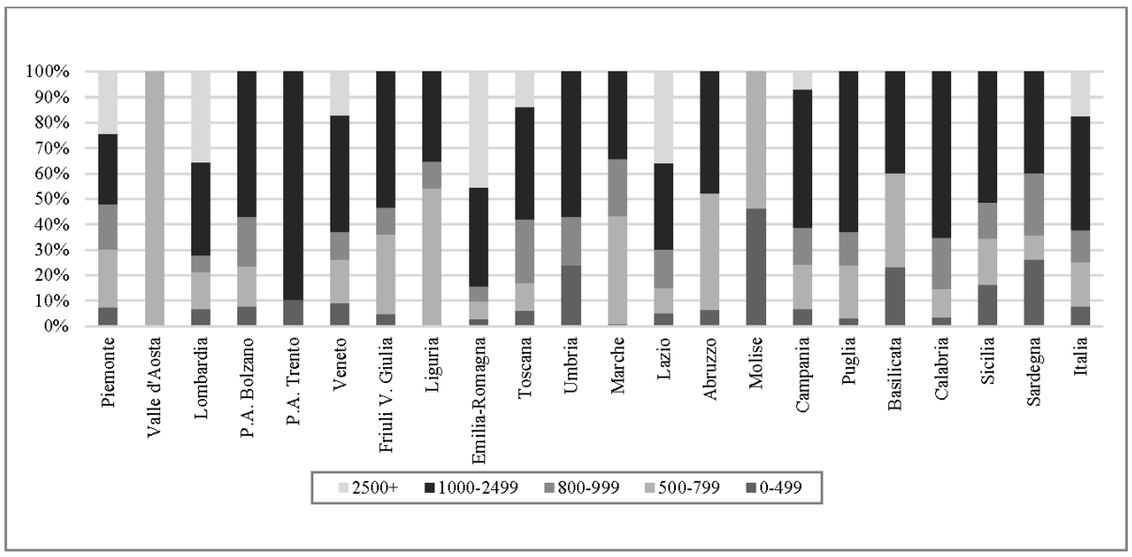
lato per limitare quanto più possibile il rischio che neonati patologici ricevano un'assistenza qualitativamente non adeguata e, dall'altro, per un impiego appropriato delle risorse specialistiche e tecnologiche.

Tabella 1 - *Punti nascita (valori assoluti) totali e per volume di attività <1.000 parti annui per regione - Anni 2013, 2020-2022*

Regioni	Totale punti nascita						Punti nascita volume di attività <1.000 parti annui					
	2013	2020	2021	2022	2022-2013	2022-2021	2013	2020	2021	2022	2022-2013	2022-2021
Piemonte	32	27	26	26	-6	0	19	20	19	20	1	1
Valle d'Aosta	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0
Lombardia	71	59	55	55	-16	0	40	32	30	31	-9	1
Bolzano-Bozen	*8*	*5*	*5*	*5*	*-3*	*0*	*6*	*3*	*2*	*3*	*-3*	*1*
Trento	*6*	*4*	*4*	*4*	*-2*	*0*	*4*	*2*	*2*	*2*	*-2*	*0*
Veneto	38	34	32	32	-6	0	23	21	21	20	-3	-1
Friuli Venezia Giulia	12	9	10	10	-2	0	9	6	8	7	-2	-1
Liguria	12	11	10	10	-2	0	8	8	7	8	0	1
Emilia-Romagna	31	23	20	20	-11	0	17	12	9	8	-9	-1
Toscana	28	24	24	23	-5	-1	13	15	16	15	2	-1
Umbria	11	8	6	6	-5	0	8	6	3	4	-4	1
Marche	14	12	11	11	-3	0	11	9	8	9	-2	1
Lazio	45	36	33	33	-12	0	30	24	23	21	-9	-2
Abruzzo	12	9	9	9	-3	0	9	7	7	7	-2	0
Molise	3	3	3	3	0	0	2	3	3	3	1	0
Campania	68	53	52	49	-19	-3	49	36	34	30	-19	-4
Puglia	36	26	26	25	-11	-1	24	17	17	16	-8	-1
Basilicata	6	5	5	5	-1	0	5	4	4	4	-1	0
Calabria	15	12	11	11	-4	0	9	7	6	6	-3	0
Sicilia	58	47	45	45	-13	0	43	32	31	33	-10	2
Sardegna	19	11	11	12	-7	1	14	8	8	10	-4	2
Italia	**526**	**419**	**399**	**395**	**-131**	**-4**	**343**	**273**	**259**	**258**	**-85**	**-1**

Fonte dei dati: Ministero della Salute. Certificato di Assistenza al Parto. Anno 2023.

Grafico 1 - *Parti (valori per 100) effettuati nei punti nascita per classe di ampiezza e regione - Anno 2022*



Fonte dei dati: Ministero della Salute. Certificato di Assistenza al Parto. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 312

Tabella 2 - *Punti nascita (valori assoluti) totali con Unità Operativa di Terapia Intensiva Neonatale per regione - Anni 2021-2022*

Regioni	2020	2021	Δ 2020-2021
Piemonte	8	9	+1
Valle d'Aosta-Valle d'Aoste	0	0	0
Lombardia	14	13	-1
Bolzano-Bozen	*1*	*1*	*0*
Trento	*1*	*1*	*0*
Veneto	8	7	-1
Friuli Venezia-Giulia	2	2	0
Liguria	1	1	0
Emilia-Romagna	9	9	0
Toscana	7	9	+2
Umbria	2	2	0
Marche	1	1	0
Lazio	9	10	+1
Abruzzo	3	3	0
Molise	1	1	0
Campania	17	15	-2
Puglia	9	9	0
Basilicata	1	1	0
Calabria	4	4	0
Sicilia	18	17	-1
Sardegna	3	3	0
Italia	**9**	**118**	**-1**

Fonte dei dati: Ministero della Salute. Certificato di Assistenza al Parto. Anno 2023.

Raccomandazioni di Osservasalute

Le evidenze relative alla composizione percentuale dei parti secondo la classe di ampiezza dei punti nascita consentono di definire la situazione attuale ed i punti critici, fornendo un valido strumento a supporto della programmazione dei servizi di assistenza ostetrica e pediatrico-neonatologica e degli interventi di razionalizzazione della rete di offerta dei punti nascita, previsti per la sicurezza delle cure ed il contenimento della spesa sanitaria.

Le unità funzionali perinatali di II livello assistono gravidanze e parti a rischio elevato ed i nati patologici, ivi inclusi quelli che necessitano di Terapia Intensiva. L'analisi della distribuzione del numero di UOTIN, in relazione alle classi di ampiezza dei punti nascita, unitamente alla distribuzione dei punti nascita per classi di ampiezza, consente di evidenziare ambiti di potenziale non appropriatezza organizzativa o di rischio per la sicurezza della madre e del neonato.

Poiché l'accesso alla Terapia Intensiva per i neonati fortemente pre-termine è determinante per la sopravvivenza e la futura qualità della vita del bambino, la presenza di UOTIN deve essere correlata anche all'età gestazionale, in modo da evidenziare in particolare la percentuale dei parti fortemente pre-termine che hanno luogo in strutture prive di UOTIN. Si segnala che tale indicatore è tra quelli raccomandati dal Progetto Euro-Peristat, ai fini del monitoraggio della salute perinatale a livello europeo.

Riferimenti bibliografici

(1) Ministero della Salute, "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo". Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_4_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=salastampa&p=null&id=3147.
(2) Ministero della Salute. Certificato di Assistenza al Parto. Anno 2022. Roma: Ministero della Salute. Anno 2023. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3346.
(3) Ministero della Salute, Open data. Disponibile sul sito: www.dati.salute.gov.it/dati/risultatoRicercaAvanzataDataset.jsp?menu=ricAvanzata&tag=3.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 313

Parti con Taglio Cesareo

Significato. La proporzione di parti con TC è un indicatore di qualità dell'assistenza perinatale e misura l'utilizzo di un intervento ostetrico efficace e salvavita in presenza di condizioni complicanti la gravidanza o il travaglio. La proporzione di parti con TC primario è un indicatore che descrive l'assistenza fornita alle partorienti. Il minore ricorso al TC primario riduce la popolazione con pregresso TC, maggiormente a rischio di ripetere l'intervento.
Come ogni intervento chirurgico, anche il TC è associato a rischi per la salute materna e perinatale a breve e a lungo termine (1, 2). Il ricorso inappropriato all'intervento costituisce un problema di costo-efficacia e di salute pubblica.

Proporzione di parti con Taglio Cesareo

Numeratore: Parti con Taglio Cesareo (DRG 370-371)
Denominatore: Parti (DRG 370-375)
x 100

Proporzione di parti con Taglio Cesareo primario

Numeratore: Parti con Taglio Cesareo in donne che non hanno subito un precedente cesareo (DRG 370-371 esclusi i codici di diagnosi 654.2)
Denominatore: Parti (DRG 370-375)
x 100

Proporzione di parti con Taglio Cesareo ripetuto

Numeratore: Parti con Taglio Cesareo (DRG 370-371 e codici di diagnosi 654.2)
Denominatore: Parti (DRG 370-375)
x 100

Validità e limiti. Le informazioni rilevate dalle SDO, compilate sulla base dei DRG, consentono di stimare la proporzione di parti con TC nelle singole regioni in misura accurata e uniforme. L'analisi riporta le proporzioni di TC primari (primo parto con TC) e ripetuti (parto cesareo in donne con pregresso TC) che definiscono due sottopopolazioni per le quali è possibile pianificare interventi distinti e specifici per migliorare l'appropriatezza dell'intervento. Le informazioni rilevabili dalla fonte SDO non consentono di analizzare il ricorso a TC in relazione a ulteriori condizioni ostetriche che implicano diverse complessità assistenziali.

Valore di riferimento/Benchmark. L'OMS ha rilevato che, a livello di popolazione, tassi di TC >10% non sono associati a una riduzione di mortalità materna e neonatale (3), anche in Paesi con elevato indice di sviluppo economico e bassi tassi di mortalità materna e infantile (4).

Descrizione dei risultati

Nel 2022, la proporzione di TC sul totale dei parti è pari a 32,57%; la variabilità tra le regioni è spiccata con proporzioni che variano da un minimo del 20,55% registrato nella PA di Trento ad un massimo del 47,68% riportato in Campania (Tabella 1, Grafico 1).
Confrontata al 2015, la proporzione di TC si è ridotta, in misura diversa, in tutte le regioni, ad eccezione di Valle d'Aosta e di PA di Bolzano; nello specifico, le diminuzioni maggiori si sono osservate in Campania, Molise, Emilia-Romagna, PA Trento e Abruzzo (Tabella 1).
Negli ultimi 3 anni di osservazione, a livello nazionale, la proporzione di parti con TC è rimasta pressoché costante; rispetto al 2019, periodo pre-pandemico, nel 2022 si registra una riduzione percentuale pari a 1,30%, con variazioni di entità moderata fra le regioni: da -11,47% in Toscana (dove il tasso di TC totali è passato da 28,31% nel 2019 a 25,06% nel 2022, tra i più bassi a livello nazionale) e -8,89% in Calabria (dove il tasso di TC totali è passato da 39,25% a 35,75%, pur rimanendo tra i più alti in Italia), a +6,16% in PA di Trento (dove il tasso di TC totali è passato da 19,36% a 20,55%) (Tabella 1).
Il ricorso all'intervento è diminuito sia tra i TC primari (da 21,02% nel 2015 a 19,86% nel 2022, con una variazione percentuale pari a -5,52%) (Tabella 2) che, in misura più consistente, tra i TC ripetuti (da 14,40% a 12,71%, con variazione pari a -11,71%) (Tabella 3).
Nel 2022, fra le regioni si rileva una variabilità della proporzione di TC primario (da valori inferiori al 15% in PA di Trento ed Emilia-Romagna a valori superiori al 25% in Campania e Valle d'Aosta) e di quella di TC ripetuti (da 6,28% in Friuli Venezia Giulia a 22,10%

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 314

in Campania), con un marcato gradiente Nord-Sud ed Isole.
La Tabella 4 riporta i tassi std dei TC dal 2015 al 2022 e rileva che, al netto dell'età materna, le proporzioni di TC sono in diminuzione a livello nazionale e regionale (ad eccezione della PA di Bolzano e della Valle d'Aosta che hanno una numerosità di parti inferiore rispetto alle altre regioni).

Tabella 1 - *Proporzione (valori per 100) di parti con Taglio Cesareo e variazione (valori per 100) per regione - Anni 2015-2022*

Regioni	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Δ % (2022-2015)	Δ % (2022-2019)
Piemonte	28,45	28,60	27,09	26,86	27,07	26,82	26,62	27,08	-4,80	0,07
Valle d'Aosta	28,78	30,47	28,42	28,55	34,41	32,74	30,46	34,85	21,09	1,29
Lombardia	26,89	27,01	26,38	25,89	26,27	25,84	25,93	26,28	-2,27	0,03
Bolzano-Bozen	*24,04*	*24,84*	*25,21*	*26,49*	*24,83*	*23,55*	*24,83*	*25,28*	*5,16*	*1,83*
Trento	*24,04*	*20,70*	*21,82*	*19,25*	*19,36*	*19,32*	*20,82*	*20,55*	*-14,51*	*6,16*
Veneto	24,97	24,95	22,98	25,33	24,99	24,23	24,56	24,26	-2,85	-2,91
Friuli Venezia Giulia	24,20	24,18	23,11	20,51	21,54	21,66	22,36	22,25	-8,07	3,29
Liguria	33,25	31,02	29,87	30,22	30,65	30,77	30,74	30,74	-7,56	0,28
Emilia-Romagna	27,09	26,76	24,61	24,80	24,08	23,56	23,09	22,57	-16,67	-6,25
Toscana	25,67	26,41	25,92	26,09	28,31	26,25	25,45	25,06	-2,37	-11,47
Umbria	28,07	28,33	27,18	25,83	25,81	26,44	26,36	26,18	-6,75	1,40
Marche	33,63	33,76	32,04	33,79	31,50	31,85	31,13	30,78	-8,46	-2,27
Lazio	39,82	39,05	37,46	37,37	37,06	37,16	37,79	37,88	-4,87	2,21
Abruzzo	37,65	36,29	34,39	34,45	33,74	33,54	32,92	33,36	-11,39	-1,10
Molise	45,32	46,73	44,14	38,63	39,98	38,91	40,50	37,54	-17,17	-6,11
Campania	61,09	59,03	53,64	52,52	49,82	49,41	49,33	47,68	-21,95	-4,29
Puglia	42,04	43,92	41,58	40,52	39,55	39,11	38,33	39,43	-6,20	-0,28
Basilicata	38,43	39,42	37,46	36,35	37,32	36,41	34,73	36,22	-5,76	-2,97
Calabria	36,94	38,09	38,21	38,17	39,25	38,11	39,19	35,76	-3,21	-8,89
Sicilia	43,32	41,75	41,82	38,78	40,46	40,62	41,39	42,45	-2,00	4,94
Sardegna	39,79	38,82	37,77	37,73	37,90	38,32	37,69	37,63	-5,44	-0,72
Italia	**35,42**	**35,12**	**33,60**	**33,11**	**33,00**	**32,64**	**32,60**	**32,57**	**-8,03**	**-1,30**

Fonte dei dati: Elaborazione su dati SDO dal Ministero della Salute - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2023.

Tabella 2 - *Proporzione (valori per 100) di parti con Taglio Cesareo primario e variazione (valori per 100) per regione - Anni 2015-2022*

Regioni	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Δ % (2022-2015)	Δ % (2022-2019)
Piemonte	18,16	18,35	17,46	16,83	17,02	17,13	17,04	17,48	-3,77	2,69
Valle d'Aosta	16,83	19,03	17,72	20,98	25,62	24,97	23,37	27,27	62,05	6,46
Lombardia	16,88	16,67	16,31	16,11	16,58	16,14	16,40	17,14	1,51	3,34
Bolzano-Bozen	*16,69*	*17,25*	*17,20*	*17,80*	*16,25*	*15,36*	*16,30*	*16,72*	*0,20*	*2,91*
Trento	*14,90*	*11,89*	*12,38*	*11,34*	*11,68*	*12,47*	*13,87*	*13,07*	*-12,30*	*11,88*
Veneto	15,81	15,78	14,56	15,81	15,83	15,70	15,85	15,90	0,58	0,43
Friuli Venezia Giulia	16,46	16,14	15,87	13,84	14,79	14,27	15,95	15,96	-3,03	7,95
Liguria	22,33	20,15	18,88	18,85	20,06	19,48	19,57	19,65	-12,01	-2,04
Emilia-Romagna	17,00	16,90	15,09	15,26	14,80	14,42	14,01	14,34	-15,66	-3,12
Toscana	17,27	17,45	16,99	17,30	18,59	17,32	16,37	16,63	-3,69	-10,53
Umbria	17,34	17,56	16,93	16,19	16,49	15,98	17,07	16,46	-5,06	-0,18
Marche	21,79	20,95	19,19	20,22	18,89	18,76	18,93	19,20	-11,87	1,68
Lazio	23,64	22,77	22,08	22,22	22,08	22,69	22,67	23,60	-0,17	6,88
Abruzzo	24,29	23,60	21,34	21,91	20,83	20,79	20,37	20,89	-14,02	0,27
Molise	26,92	28,93	25,79	19,77	21,85	22,54	24,92	22,21	-17,50	1,64
Campania	33,36	30,60	25,93	24,83	24,27	24,68	24,09	25,58	-23,33	5,39
Puglia	23,72	24,88	23,69	22,84	22,12	22,33	22,00	23,47	-1,04	6,14
Basilicata	21,64	22,44	21,94	20,99	21,18	20,49	18,65	20,80	-3,86	-1,79
Calabria	20,81	22,53	22,91	22,47	23,19	21,49	22,09	20,75	-0,30	-10,53
Sicilia	21,88	20,94	21,56	20,80	21,41	22,16	22,15	24,09	10,10	12,54
Sardegna	26,10	25,25	23,83	24,23	24,37	25,35	23,97	23,88	-8,51	-2,00
Italia	**21,02**	**20,57**	**19,47**	**19,22**	**19,28**	**19,24**	**19,13**	**19,86**	**-5,52**	**3,03**

Fonte dei dati: Elaborazione su dati SDO dal Ministero della Salute - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2023.

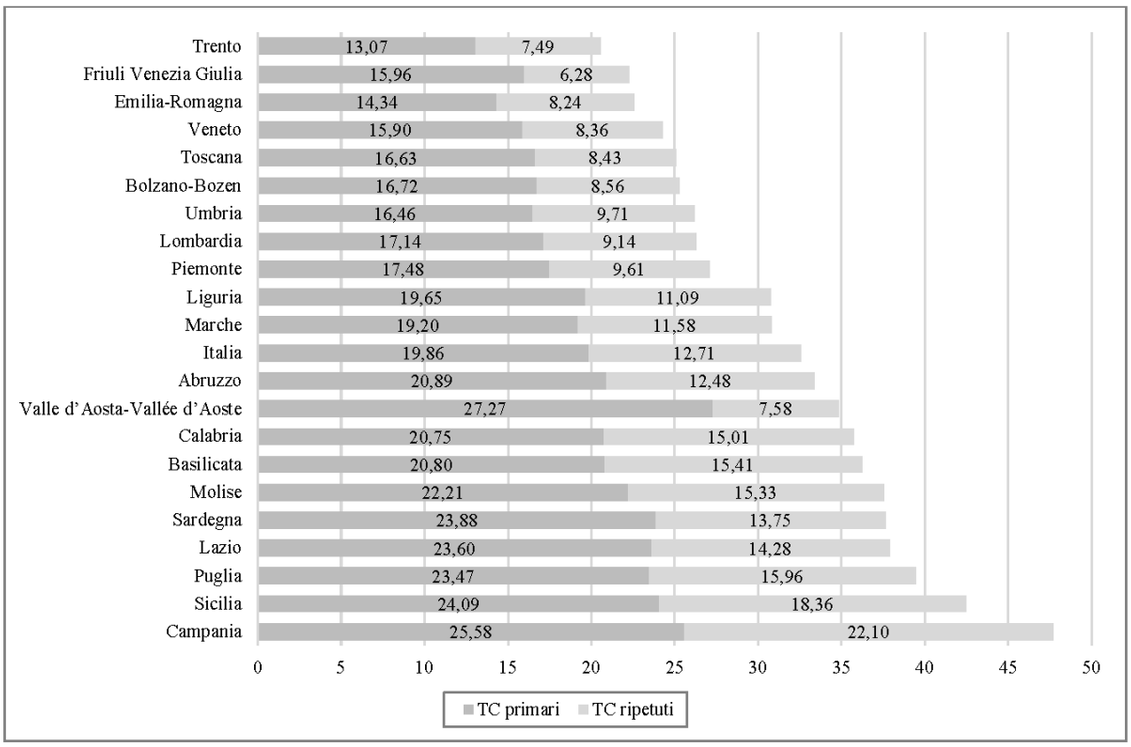
Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 315

Tabella 3 - *Proporzione (valori per 100) di parti con Taglio Cesareo ripetuto e variazione (valori per 100) per regione - Anni 2015-2022*

Regioni	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Δ % (2022-2015)	Δ % (2022-2019)
Piemonte	10,29	10,25	9,63	10,03	10,05	9,68	9,57	9,61	-6,63	-4,37
Valle d'Aosta	11,96	11,44	10,70	7,58	8,79	7,78	7,09	7,58	-36,66	-13,79
Lombardia	10,01	10,34	10,07	9,79	9,69	9,69	9,53	9,14	-8,65	-5,63
Bolzano-Bozen	*7,36*	*7,59*	*8,01*	*8,68*	*8,57*	*8,19*	*8,53*	*8,56*	*16,25*	*-0,21*
Trento	*9,14*	*8,81*	*9,44*	*7,90*	*7,68*	*6,84*	*6,95*	*7,49*	*-18,10*	*-2,54*
Veneto	9,16	9,17	8,41	9,53	9,15	8,52	8,71	8,36	-8,77	-8,68
Friuli Venezia Giulia	7,74	8,04	7,24	6,66	6,75	7,39	6,41	6,28	-18,80	-6,91
Liguria	10,92	10,88	10,99	11,37	10,60	11,30	11,18	11,09	1,55	4,65
Emilia-Romagna	10,08	9,86	9,52	9,54	9,28	9,13	9,08	8,24	-18,28	-11,23
Toscana	8,39	8,95	8,94	8,79	9,72	8,92	9,08	8,43	0,45	-13,27
Umbria	10,73	10,78	10,25	9,64	9,32	10,45	9,29	9,71	-9,49	4,19
Marche	11,84	12,81	12,86	13,57	12,61	13,09	12,21	11,58	-2,19	-8,18
Lazio	16,18	16,28	15,38	15,15	14,98	14,47	15,13	14,28	-11,75	-4,68
Abruzzo	13,36	12,69	13,04	12,54	12,91	12,74	12,56	12,48	-6,60	-3,32
Molise	18,40	17,80	18,35	18,87	18,13	16,37	15,58	15,33	-16,69	-15,44
Campania	27,73	28,43	27,71	27,69	25,55	24,72	25,25	22,10	-20,29	-13,48
Puglia	18,32	19,05	17,89	17,68	17,43	16,77	16,33	15,96	-12,87	-8,42
Basilicata	16,79	16,98	15,52	15,36	16,14	15,91	16,08	15,41	-8,21	-4,51
Calabria	16,13	15,57	15,30	15,70	16,06	16,63	17,10	15,01	-6,96	-6,53
Sicilia	21,44	20,81	20,26	17,98	19,05	18,46	19,24	18,36	-14,35	-3,61
Sardegna	13,69	13,57	13,94	13,50	13,53	12,96	13,72	13,75	0,41	1,57
Italia	**14,40**	**14,55**	**14,13**	**13,90**	**13,73**	**13,40**	**13,47**	**12,71**	**-11,71**	**-7,37**

Fonte dei dati: Elaborazione su dati SDO dal Ministero della Salute - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2023.

Grafico 1 - *Proporzione (valori per 100) di parti con Taglio Cesareo primario e ripetuto per regione - Anno 2022*



Fonti dei dati: Elaborazione su dati SDO dal Ministero della Salute - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 316

Tabella 4 - *Tasso (standardizzato per 10.000) di parti con Taglio Cesareo e variazione (valori per 100) per regione - Anni 2015-2022*

Regioni	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Δ % (2022-2015)	Δ % (2022-2019)
Piemonte	53,57	53,63	50,29	48,45	48,08	47,32	46,88	47,27	-11,76	-1,68
Valle d'Aosta	56,15	59,76	52,51	53,85	63,05	54,99	52,34	60,09	7,02	-4,68
Lombardia	55,21	54,66	52,51	50,20	49,87	46,81	47,09	47,41	-14,14	-4,94
Bolzano-Bozen	*58,19*	*61,50*	*61,36*	*64,70*	*61,31*	*57,34*	*61,71*	*59,05*	*1,49*	*-3,67*
Trento	*51,75*	*43,17*	*45,26*	*38,68*	*38,94*	*37,30*	*42,43*	*40,10*	*-22,52*	*2,96*
Veneto	48,52	48,48	43,92	47,32	45,38	43,54	45,59	44,07	-9,16	-2,88
Friuli Venezia Giulia	42,00	43,85	41,73	37,19	37,14	37,10	38,89	39,53	-5,88	6,45
Liguria	59,53	56,17	53,79	52,31	52,48	53,79	53,50	53,66	-9,86	2,25
Emilia-Romagna	53,35	51,90	46,41	46,24	43,78	41,63	41,52	40,71	-23,70	-7,03
Toscana	46,62	47,88	47,01	45,49	47,25	43,10	43,35	41,17	-11,69	-12,87
Umbria	51,23	51,70	47,98	44,75	43,93	43,70	44,23	42,49	-17,06	-3,28
Marche	63,47	61,10	57,06	58,70	53,57	53,66	52,60	50,86	-19,88	-5,06
Lazio	76,42	74,58	69,62	67,51	55,28	62,00	63,70	62,18	-18,64	12,47
Abruzzo	69,63	67,49	62,61	59,98	54,88	56,69	57,35	57,17	-17,90	4,18
Molise	79,46	80,84	79,54	63,32	66,78	62,05	64,33	60,67	-23,65	-9,16
Campania	123,55	119,20	108,85	102,06	97,90	96,44	94,06	94,63	-23,41	-3,34
Puglia	74,69	78,81	75,70	72,53	69,02	67,10	66,69	67,07	-10,21	-2,84
Basilicata	66,64	69,13	65,97	61,92	60,99	60,29	56,85	58,45	-12,29	-4,16
Calabria	72,86	74,23	74,62	73,77	72,54	65,36	67,49	67,47	-7,39	-6,99
Sicilia	88,54	83,99	85,74	78,48	79,97	77,05	82,25	82,89	-6,38	3,65
Sardegna	63,75	59,88	58,15	54,68	52,25	51,50	52,08	49,06	-23,05	-6,11
Italia	**69,15**	**68,04**	**64,55**	**61,92**	**59,43**	**58,07**	**58,69**	**58,27**	**-15,73**	**-1,94**

Nota: i tassi sono stati standardizzati utilizzando i pesi della popolazione italiana del 2011; i tassi sono stati standardizzati sulla popolazione media italiana nel 2022.

Fonte dei dati: Elaborazione su dati SDO dal Ministero della Salute - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2023.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nelle ultime tre decadi la frequenza di TC è aumentata a livello globale, anche nei Paesi con elevato indice di sviluppo economico, nonostante le prove di efficacia non mostrino sostanziali benefici materni e perinatali quando le proporzioni di TC superano una determinata soglia (3, 5). In Italia, il tasso di TC si è ridotto progressivamente nel tempo, pur rimanendo tra i più alti fra i Paesi dell'UE (range da 15,2% nei Paesi Bassi a 46,5% in Bulgaria) (6).

Come già rilevato negli anni precedenti, persiste anche nel 2022 una marcata eterogeneità tra le regioni con uno spiccato gradiente Nord-Sud ed Isole della proporzione di parti con TC, indice di una differente attenzione da parte dei sistemi sanitari regionali ai benefici e ai danni associati alle diverse modalità di parto. L'ampia variabilità fra le aree geografiche nazionali della proporzione di TC primari e ripetuti è attribuibile, verosimilmente, a fattori clinico-organizzativi piuttosto che a reali differenze nello stato di salute della popolazione.

La pandemia da SARS-CoV-2 non ha avuto un impatto diretto o indiretto sulla frequenza di ricorso a TC, rimasta pressoché stabile negli anni 2020-2021 e in lieve riduzione rispetto al periodo pre-pandemico. L'osservazione conferma i risultati dello studio Italian Obstetric Surveillance System in cui sono stati esaminati i dati delle donne positive a SARS-CoV-2 che hanno partorito nei punti nascita italiani da febbraio 2020 a giugno 2021 (n = 2.856). In questa popolazione, il tasso di TC era pari a 34,1%, di poco superiore a quello registrato nella popolazione generale ed inferiore a quello osservato in donne SARS-CoV-2 positive in Regno Unito e in Paesi del Nord-Europa (7). Nel 2022, rispetto al 2019, si rileva una ulteriore, seppur modesta, riduzione dell'intervento.

I professionisti, le professioniste e le donne devono essere consapevoli dei benefici e dei danni dell'intervento. A tutte le donne in gravidanza, fin dal secondo trimestre, devono essere fornite informazioni basate su prove di efficacia riguardo le diverse modalità di parto e deve essere offerto loro un sostegno sulle eventuali preoccupazioni espresse. In assenza di controindicazioni, deve essere considerata la possibilità di un parto vaginale a tutte le donne con precedente TC (8, 9).

La disparità nell'offerta assistenziale, osservata fra le regioni, può essere mitigata con l'istituzione di audit clinici locali attraverso i quali monitorare i parti con TC e valutarne l'appropriatezza, per incrementare l'efficacia e la sicurezza dell'assistenza fornita alla donna e al proprio bambino.

Riferimenti bibliografici

(1) Keag OE, Norman JE, Stock SJ. Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: Systematic review and meta-analysis. PLoS Med. 2018 23; 15 (1): e1002494.
(2) Sandall J, Tribe RM, Avery L, Mola G, Visser GH,

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 317

Homer CS, et al. Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. Lancet. 2018; 392 (10155): 1.349-57.
(3) World Health Organization. WHO statement on caesarean section rates. Executive summary. Geneva: World Health Organization; 2015 (WHO/RHR/15.02).
(4) Ye J, Betrán AP, Guerrero Vela M, Souza JP, Zhang J. Searching for the optimal rate of medically necessary cesarean delivery. Birth. 2014; 41 (3): 237-44.
(5) Betran AP, Ye J, Moller AB, Souza JP, Zhang J. Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. BMJ Glob Health. 2021;6 (6): e005671.
(6) OECD Data. Caesarean sections (indicator) Total, Per 1 000 live births, 2021 or latest available. Disponibile sul sito: https://data.oecd.org/healthcare/caesarean-sections.htm.
(7) Donati S, Corsi E, Maraschini A, Salvatore MA; ItOSS-COVID-19 Working Group. SARS-CoV-2 infection among hospitalised pregnant women and impact of different viral strains on COVID-19 severity in Italy: a national prospective population-based cohort study. BJOG. 2022; 129 (2): 221-31.
(8) Sistema Nazionale Linee Guida-Istituto Superiore di Sanità (SNLG-ISS). Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole. Prima parte. 2010. Update 2014.
(9) Sistema Nazionale Linee Guida-Istituto Superiore di Sanità (SNLG-ISS). Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole. Seconda parte. 2012. Update 2016.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 318

Parti secondo la Classificazione di Robson

Significato. La Classificazione di Robson (1, 2) consente di classificare i parti in dieci gruppi mutuamente esclusivi secondo la diversa complessità assistenziale valutata in base ad alcune variabili: parità, genere del parto, presentazione fetale, età gestazionale, modalità del travaglio e del parto, pregresso TC.
Tale classificazione originaria è stata in seguito rivista suddividendo ulteriormente due classi e, quindi, arrivando ad un totale di dodici gruppi:
Classe 1: madri nullipare, feto singolo, presentazione cefalica, a termine (età gestazionale ≥37 settimane), travaglio spontaneo;
Classe 2a: madri nullipare, feto singolo, presentazione cefalica, a termine (età gestazionale ≥37 settimane), travaglio indotto;
Classe 2b: madri nullipare, feto singolo, presentazione cefalica, a termine (età gestazionale ≥37 settimane), TC prima del travaglio;
Classe 3: madri multipare (non precedente TC), feto singolo, presentazione cefalica, a termine (età gestazionale ≥37 settimane), travaglio spontaneo;
Classe 4a: madri multipare (non precedente TC), feto singolo, presentazione cefalica, a termine (età gestazionale ≥37 settimane), travaglio indotto;
Classe 4b: madri multipare (non precedente TC), feto singolo, presentazione cefalica, a termine (età gestazionale ≥37 settimane), TC prima del travaglio;
Classe 5: precedente TC, feto singolo, presentazione cefalica, a termine (età gestazionale ≥37 settimane);
Classe 6: madri nullipare, feto singolo, presentazione podalica;
Classe 7: madri multipare (incluse donne con precedente TC), feto singolo, presentazione podalica;
Classe 8: gravidanze multiple (incluse donne con precedente TC);
Classe 9: feto singolo, presentazioni anomale (incluse donne con precedente TC);
Classe 10: parto pre-termine (età gestazionale ≤36 settimane), feto singolo, presentazione cefalica (incluse donne con precedente TC).

Percentuale del numero di parti secondo la Classificazione di Robson

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Parti effettuati per Classe di Robson}}{\text{Parti}} \times 100$$

Tasso di incidenza dei parti con Taglio Cesareo nelle Classi di Robson

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Parti con Taglio Cesareo per Classe di Robson}}{\text{Parti per Classe di Robson}} \times 100$$

Validità e limiti. Una classificazione univoca e condivisa a livello internazionale consente interessanti confronti tra Paesi (3) oltre che tra le regioni (4). Anche il progetto Euro-Peristat nell'ultima Edizione ha raccolto i dati del 2019 richiedendo una disaggregazione delle variabili tale da consentire la costruzione delle Classi di Robson (5). Nella *Classe 2b* e nella *Classe 4b* andrebbero inclusi tutti i TC fuori travaglio, quindi sia quelli in elezione che quelli d'urgenza fuori travaglio. L'attuale variabile "modalità del parto" presente nel flusso CedAP non consente questa distinzione per cui vengono inseriti solo i TC in elezione.

Valore di riferimento/Benchmark. L'OMS ha proposto l'utilizzo di tale classificazione come standard globale per la valutazione, il monitoraggio e il *benchmarking* longitudinale nel tempo e trasversale tra i punti nascita sul ricorso al TC (6, 7). Si presenta come un adeguato strumento di valutazione comparativa di efficacia, appropriatezza e sicurezza dell'assistenza alla nascita.

Descrizione dei risultati

I casi validi da poter essere utilizzati nell'analisi sono quelli per i quali sono presenti tutte le informazioni delle variabili richieste. Nel 2022, la percentuale dei parti rilevati dai CedAP classificabili secondo Robson (cui corrispondono 346.719 eventi) è pari al 98,6%, calcolata sul totale dei parti avvenuti nei punti nascita pubblici, equiparati e privati accreditati. Non si evidenzia un significativo scostamento nella qualità delle informazioni rispetto al 2021 (98,3%). La totalità dei casi viene classificata nelle PA di Trento e Bolzano, Veneto, Molise, Basilicata e Sardegna. Tutte le regioni presentano un numero elevati di casi classificabili (oltre il 96%). Anche per quest'anno il Lazio è stato escluso dall'analisi in quanto una delle variabili necessarie alla Classificazione di Robson non viene rilevata nel tracciato regionale.
Il Grafico 1 mostra i due indicatori: il peso percentuale dei parti di ogni singola classe rispetto alla popolazione totale delle donne che hanno partorito nel 2022 e, per ogni classe, il peso dei TC rispetto alla totalità

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 319

dei parti. Nella Tabella 1 gli stessi indicatori vengono illustrati per regione.

Il 25,5% dei parti viene classificato nella *Classe 1* che include le donne nullipare con gravidanza a termine, travaglio spontaneo, feto singolo, in presentazione cefalica per un totale di 88.382 casi nel 2022. Questa classe include la maggior frazione di donne con gravidanza fisiologica a basso rischio e il ricorso al TC risulta essere stato effettuato nel 12,8% dei casi. I confronti regionali mostrano una grande variabilità territoriale nel ricorso al TC, con il noto gradiente Nord-Sud ed Isole: 2 sono le regioni con una percentuale di TC superiore al 20%: Campania (27,5%) e Sicilia (20,1%). Un confronto con l'anno 2013 rileva una diminuzione della quota di parti presenti nella *Classe 1* (da 29,8% a 25,5%) ed una stabilità della percentuale di TC pari al 12,8% con lievi oscillazioni durate il periodo.

La *Classe 2a* include i parti di donne nullipare con gravidanza a termine, feto singolo, in presentazione cefalica (51.935 casi), quindi caratteristiche analoghe alla *Classe 1* con l'unica differenza di un travaglio indotto. In questa classe viene classificato il 15,0% dei parti, il 26,3% dei quali viene effettuato con TC. In quasi tutte le regioni meridionali (oltre alla Valle d'Aosta e alla PA di Bolzano) la quota di parti effettuati con TC supera il 30%, probabilmente a causa di differenti indicazioni nell'affrontare l'induzione del travaglio. Nel 2013, la percentuale di parti presenti era pari al 10,6%. Si è assistito, quindi, ad un incremento; al contrario, la percentuale dei TC è diminuita passando dal 29,8% al 26,3%.

Nella *Classe 2b* i parti (pari a 14.822) presentano le stesse caratteristiche della precedente, differenziandosi solo per il ricorso al TC prima del travaglio, quindi, risulta ovvio che la totalità dei parti risulti effettuata con TC (come già accennato, attualmente senza la possibilità di distinguere i TC elettivi da quelli urgenti). A livello nazionale, il 4,3% dei casi appartiene a questa categoria di situazioni a basso rischio, risolte però con nascite tramite TC effettuato prima del travaglio. Nel 2013, rappresentavano il 6,4% del totale dei parti. Nel 2022, i valori maggiori si osservano in Campania (11,1%) e Sicilia (6,5%), mentre nelle altre regioni risulta ≤5%.

Nella *Classe 3* si trovano parti da donne multipare con gravidanza a termine, travaglio spontaneo, feto singolo, in presentazione cefalica, per un totale di 83.905 donne (con una percentuale pari al 24,2%, in crescita rispetto al 23,9% del 2013). Questa classe si differenzia dalla *Classe 1* solo per il fatto di comprendere donne multipare: in questo caso il ricorso al TC risulta meno frequente e pari al 2,5%, stabile dal 2013. Non risulta una grande variabilità territoriale, tuttavia si segnala che in Campania e Sicilia il ricorso al TC ha valori >4%.

La *Classe 4a* comprende casi analoghi alla *Classe 2a* applicati però alle donne multipare (26.416 casi, pari al 7,6% del totale dei parti, in crescita rispetto al 4,8% del 2013). Tra questi l'incidenza del TC è pari al 6,9%, effettuato con travaglio indotto, una quota ben inferiore al 26,3% applicato a donne in situazioni analoghe ma nullipare. È presente una grande variabilità territoriale che va dallo 0% del Molise al 24,8% della Sardegna.

Nella *Classe 4b* (4.633 casi pari all'1,3% del totale dei parti, in decrescita rispetto al 2,5% dell'anno 2013) si ritrovano le stesse caratteristiche della precedente, differenziandosi solo per il ricorso al TC prima del travaglio, quindi, così come per la *Classe 2b*, la totalità dei parti risulta effettuata con TC.

La *Classe 5* presenta un numero di parti considerevole (39.907 pari all'11,5% del totale, in lieve crescita rispetto al 10,6% del 2013): si tratta di donne sottoposte a pregresso TC, con gravidanza a termine, travaglio spontaneo, feto singolo. Questa classe si differenzia da quelle sopra descritte per la presenza di un pregresso TC: a parità delle altre variabili questa condizione sembra essere determinante per il ricorso a un (successivo) TC. Infatti, l'incidenza di questa tipologia è superiore all'80% in tutto il periodo considerato (2013-2022). La PA di Bolzano si distingue per un valore più basso (61,8%), mentre in tutte le regioni meridionali si supera il 90% (Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria e Sicilia).

In tutte le classi successive alla quinta sono descritte situazioni per le quali il ricorso al TC può apparire più appropriato. In particolare, nella *Classe 6* sono classificati i parti da madri nullipare con feto singolo in presentazione podalica (8.334 casi, pari al 2,4% del totale). In questi casi l'88,6% dei parti avviene con TC. Nel tempo non si sono verificati grandi cambiamenti: nel 2013 le rispettive percentuali erano 2,5% e 94,7%. In alcune regioni l'incidenza risulta più bassa della media nazionale e al di sotto del 90% (Valle d'Aosta, Lombardia, Toscana, Umbria, Marche e Molise).

Anche la *Classe 7* considera gravidanze con feto in posizione podalica, ma differentemente dalla classe precedente, da madri multipare includendo anche quelle con precedente TC. Non sono molti i casi con queste caratteristiche (4.954 pari all'1,4% del totale, valore costante dal 2013) e una grande maggioranza dei parti (84,8%) è stata effettuata con TC. Alcune regioni hanno una percentuale <80%: Marche (73,7%), Toscana (67,6%) e Molise (36,7%). Solo la Basilicata presenta il 100% di TC.

Nella *Classe 8* vengono raggruppate tutte le gravidanze multiple (1,6% del totale, cui corrispondono 5.420 eventi) le quali nell'81,8% dei casi si risolvono in nascite con TC. Nel 2013, le percentuali erano leggermente superiori: 1,8% e 84,5%.

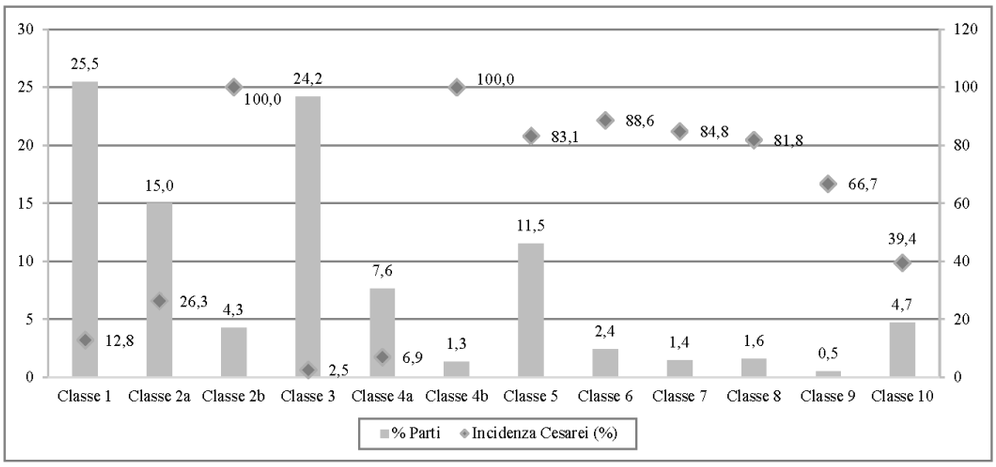
La *Classe 9* include 1.719 gravidanze (lo 0,5% del totale) con presentazioni anomale del feto, per le quali nel 66,7% dei casi si è fatto ricorso al TC (74,0% nel

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 320

2013). In tutte le regioni si tratta di una quota residuale dei parti <1% e questo può spiegare l'ampia variabilità territoriale del ricorso al TC. Fanno eccezione la Valle d'Aosta (5,5%) e la PA di Bolzano (1,1%) i cui piccoli numeri fanno oscillare i valori percentuali.
Infine, la *Classe 10* si caratterizza per gravidanze pretermine (feto singolo e presentazione cefalica) che rappresentano il 4,7% dei casi (16.292 nascite) e per le quali il 39,4% ha dato luogo a una nascita con TC. Entrambe le percentuali erano più elevate nel 2013: 5,2% e 47,1%. Tra le regioni che hanno una bassa incidenza del ricorso al TC, si evidenziano la Valle d'Aosta e la Toscana che hanno fatto ricorso al TC, rispettivamente, nel 12,8% e 15,7% dei casi.

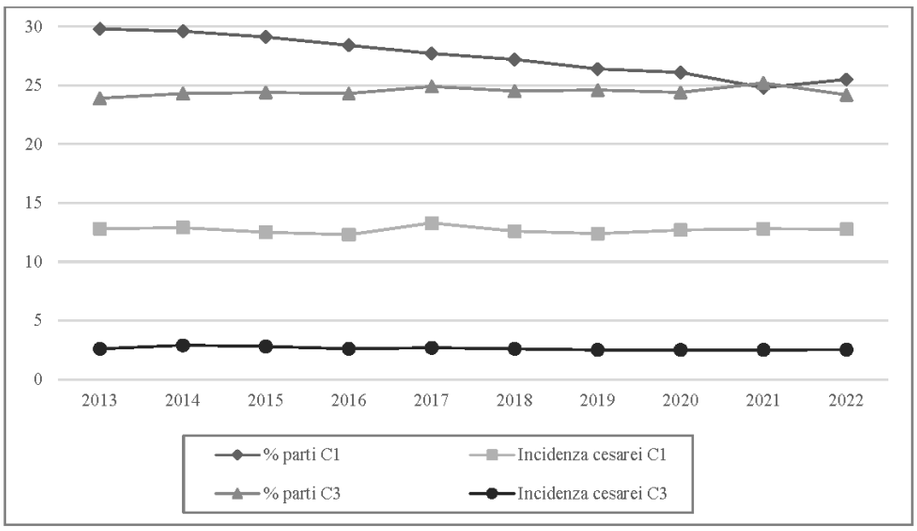
Nella breve serie storica disponibile (2013-2022) la maggior parte dei casi è stata classificata nella *Classe 1*, dove vengono attribuite le donne al primo parto che presentano una gravidanza a basso rischio. L'unica eccezione si verifica nel 2021 in cui, invece, è la Classe 3 che raccoglie il maggior numero dei parti (Grafico 2); si ricorda che questa classe si differenzia dalla precedente solo perché considera donne multipare e non primipare. Sono classi che meritano particolare attenzione poiché il ricorso ad un TC, probabilmente non appropriato, aumenta il rischio di un successivo TC e, quindi, la successiva inclusione nella *Classe 5*.

Grafico 1 - *Parti (valori per 100) totali e incidenza (valori per 100) dei parti con Taglio Cesareo per Classe di Robson - Anno 2022*



Fonti dei dati: Ministero della Salute. Certificato di Assistenza al Parto. Anno 2023.

Grafico 2 - *Parti (valori per 100) e incidenza (valori per 100) dei parti con Taglio Cesareo nella Classe 1 e nella Classe 3 - Anni 2013-2022*



Fonti dei dati: Ministero della Salute. Certificato di Assistenza al Parto. Anno 2023.

Tabella 1 - *Parti (valori per 100) totali e incidenza (valori per 100) dei parti con Taglio Cesareo per Classe di Robson e regione - Anno 2022*

Regioni	Classe 1		Classe 2a		Classe 2b		Classe 3		Classe 4a		Classe 4b		Classe 5		Classe 6		Classe 7		Classe 8		Classe 9		Classe 10	
	Parti	Parti TC	Parti	Parti TC	Parti	Parti TC	Parti	Parti TC	Parti	Parti TC	Parti	Parti TC	Parti	Parti TC	Parti	Parti TC	Parti	Parti TC	Parti	Parti TC	Parti	Parti TC	Parti	Parti TC
Piemonte	25,5	6,9	15,6	23,1	1,5	100,0	26,2	1,7	9,0	6,7	2,1	100,0	8,4	75,9	2,8	98,1	1,7	94,5	1,2	77,7	0,6	54,6	5,4	46,2
Valle d'Aosta	25,8	13,4	11,9	30,2	1,8	100,0	25,5	2,2	5,4	7,7	0,4	100,0	12,4	71,1	3,3	66,7	1,2	88,9	1,4	70,0	5,5	17,5	5,4	12,8
Lombardia	24,4	7,8	16,5	21,8	2,9	100,0	24,9	1,6	9,2	4,9	1,2	100,0	10,7	71,6	2,2	82,7	1,2	82,5	1,7	70,1	0,4	48,3	4,7	21,5
Bolzano-Bozen	*25,0*	*12,8*	*13,0*	*30,2*	*1,0*	*100,0*	*28,2*	*2,7*	*8,7*	*7,6*	*1,3*	*100,0*	*12,0*	*61,8*	*2,5*	*94,1*	*1,5*	*95,9*	*1,5*	*78,1*	*1,1*	*63,0*	*4,1*	*33,0*
Trento	*25,0*	*6,3*	*14,8*	*19,8*	*1,6*	*100,0*	*28,5*	*0,9*	*10,3*	*4,9*	*0,8*	*100,0*	*9,6*	*67,5*	*2,2*	*98,8*	*1,2*	*97,8*	*1,4*	*88,5*	*0,3*	*63,6*	*4,4*	*35,1*
Veneto	24,8	8,9	16,4	22,7	2,5	100,0	26,0	1,8	9,2	5,8	1,4	100,0	9,9	72,8	2,1	97,9	1,2	94,3	1,4	87,6	0,5	72,7	4,5	42,2
Friuli Venezia Giulia	27,0	6,8	17,8	23,3	1,0	100,0	25,5	1,5	9,4	4,8	0,8	100,0	8,3	62,6	2,6	98,0	1,4	98,1	1,4	73,6	0,4	70,0	4,4	31,1
Liguria	27,5	11,6	15,5	27,3	4,6	100,0	23,2	3,0	7,5	6,6	1,0	100,0	10,2	81,3	2,6	94,2	1,4	95,4	1,2	80,2	0,5	62,8	4,7	46,0
Emilia-Romagna	25,6	5,9	16,8	17,9	3,1	100,0	25,4	1,0	8,6	4,3	1,2	100,0	9,3	72,9	2,3	97,5	1,2	96,0	1,5	81,4	0,5	61,3	4,5	39,2
Toscana	25,7	6,2	15,3	16,0	2,2	100,0	27,6	1,7	8,7	6,1	1,0	100,0	9,1	66,8	2,2	75,4	1,4	67,6	1,4	56,9	0,7	45,0	4,9	15,7
Umbria	32,3	8,7	15,7	22,6	4,1	100,0	23,8	1,6	5,8	7,7	0,9	100,0	7,4	75,3	2,5	87,1	1,0	84,0	1,2	64,4	0,3	86,7	5,0	21,3
Marche	24,6	8,4	17,5	20,8	5,0	100,0	23,4	1,5	8,3	4,4	2,2	100,0	9,1	79,3	2,3	78,9	1,2	73,7	1,6	77,3	0,5	44,4	4,2	29,2
Lazio*	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Abruzzo	23,4	10,6	17,6	23,4	4,9	100,0	21,6	2,6	8,9	5,4	2,3	100,0	10,9	86,5	2,2	97,6	1,3	97,0	1,8	86,9	0,4	66,7	4,8	46,5
Molise	6,4	12,0	3,4	36,4	2,4	100,0	5,0	1,5	1,1	0,0	0,5	100,0	3,0	97,4	37,5	29,6	39,2	36,7	0,1	100,0	0,0	0,0	1,5	36,8
Campania	28,8	27,5	7,9	29,3	11,1	100,0	20,8	5,8	3,1	6,3	1,9	100,0	17,6	96,6	2,0	96,3	1,1	94,4	1,7	94,8	0,3	75,8	3,8	58,5
Puglia	24,8	14,8	15,2	35,0	3,7	100,0	22,7	2,8	6,2	8,1	1,2	100,0	14,5	95,0	2,3	97,1	1,4	96,4	2,0	90,6	0,6	94,2	5,3	51,2
Basilicata	25,5	14,6	15,9	40,0	2,3	100,0	26,7	3,7	6,0	8,3	1,0	100,0	14,2	95,5	1,9	93,8	1,0	100,0	1,3	97,7	0,3	90,0	3,9	45,9
Calabria	26,5	15,9	13,1	31,1	5,0	100,0	24,6	3,3	5,9	7,5	1,4	100,0	13,5	93,5	2,1	96,2	1,4	95,3	1,3	93,8	0,4	78,2	4,7	46,5
Sicilia	24,2	20,1	15,0	41,4	6,5	100,0	23,3	4,2	6,9	11,8	0,9	100,0	11,9	94,6	2,3	95,3	1,4	92,4	1,8	87,8	0,7	91,9	5,1	51,1
Sardegna	23,1	13,4	23,8	44,8	0,1	100,0	19,1	2,4	10,7	24,8	0,1	100,0	10,8	87,5	2,6	97,3	1,7	92,7	1,3	89,1	0,4	75,9	6,3	47,1
Italia	**25,5**	**12,8**	**15,0**	**26,3**	**4,3**	**100,0**	**24,2**	**2,5**	**7,6**	**6,9**	**1,3**	**100,0**	**11,5**	**83,1**	**2,4**	**88,6**	**1,4**	**84,8**	**1,6**	**81,8**	**0,5**	**66,7**	**4,7**	**39,4**

*Il Lazio è stato escluso dall'analisi in quanto una delle variabili necessarie alla Classificazione di Robson non viene rilevata nel tracciato regionale.
n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. Certificato di Assistenza al Parto. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 321

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 322

Raccomandazioni di Osservasalute

Le *Classi 1* e la *Classe 3*, essendo quella con i parti a più basso rischio, dovrebbero essere attentamente monitorate per diminuire il ricorso al TC. Il parto vaginale (anche dopo TC) dovrebbe essere ulteriormente sollecitato in quanto associato a diversi potenziali vantaggi per la salute per le donne, tra cui minore medicalizzazione e un periodo di ospedalizzazione più breve (8).

La fonte CedAP si rileva essere fondamentale e preziosa per lo studio dell'evento nascita in tutti i suoi molteplici aspetti: dalla salute perinatale alla programmazione sanitaria nell'ambito materno infantile. La presenza del Decreto n. 262/2016 (9) sull'interconnessione a livello nazionale dei sistemi informativi del SSN (tra cui i CedAP) ha come obiettivo principale l'ampliamento della portata conoscitiva delle fonti informative per le finalità, tra le altre, di monitoraggio della salute perinatale e della salute materno infantile.

Riferimenti bibliografici

(1) Robson M (2001), "Classification of cesarean sections", Fetal Matern Med Rev, 12: 23-9.
(2) Robson MS (2001), "Can we reduce the caesarean section rate?", Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol, 15:179-194.
(3) Pyykonen A., Gissler M., Løkkegaard E., Bergholt T., Rasmussen S.C., Smarason A. et al.(2017), "Cesarean section trends in the Nordic Countries - a comparative analysis with the Robson classification". Acta Obstet Gynecol Scand, 96: 607-616.
(4) Ministero della Salute. Certificato di Assistenza al Parto. Anno 2022. Roma: Ministero della Salute. Anno 2023. Disponibile sul sito. www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3346.
(5) Euro-Peristat Project (2022), European Perinatal Health Report. Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe from 2015 to 2019. Disponibile sul sito: www.europeristat.com.
(6) World Health Organization (2017), Robson Classification: Implementation Manual, Geneva. Disponibile sul sito: www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/robson-classification/en.
(7) Betran A.P., Torloni M.R., Zhang J.J. et al. (2016), "WHO Statement on Caesarean Section Rates", BJOG, 123 (5): 667-70.
(8) ACOG, American College of Obstetricians and Gynecologists (2017), "Vaginal birth after cesarean delivery", Practice Bulletin No. 184. Obstet Gynecol, 130:e217-33.
(9) Disponibile sul sito: www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/02/08/17G00016/sg.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 323

Accertamenti in gravidanza

Significato. Il monitoraggio degli indicatori relativi agli accertamenti in gravidanza può essere utile per individuare eventuali punti critici nell'offerta e nell'accesso ai servizi sanitari e, quindi, mettere in atto opportuni programmi di prevenzione e di intervento che tengano conto dei bisogni di salute delle donne in gravidanza.
Nelle Linee guida "Gravidanza fisiologica" del Ministero della Salute, viene proposto un *set* di indicatori che riguardano i controlli dello stato della gravidanza, per alcuni dei quali è stato stabilito un valore soglia (1, 2).

Percentuale di madri che hanno effettuato un numero di visite in gravidanza >4

$$\frac{\text{Numeratore: Madri che hanno effettuato un numero di visite in gravidanza tra >4}}{\text{Denominatore: Parti}} \times 100$$

Percentuale di madri che hanno effettuato la 1ª visita in gravidanza tardivamente

$$\frac{\text{Numeratore: Madri che hanno effettuato la 1ª visita in gravidanza tardivamente (>10 settimane di gestazione)}}{\text{Denominatore: Parti}} \times 100$$

Percentuale di madri che hanno effettuato un numero insufficiente di ecografie in gravidanza

$$\frac{\text{Numeratore: Madri che hanno effettuato un numero insufficiente di ecografie in gravidanza (<3)}}{\text{Denominatore: Parti}} \times 100$$

Percentuale di madri che hanno effettuato almeno 1 indagine prenatale invasiva

$$\frac{\text{Numeratore: Madri che hanno effettuato almeno 1 indagine prenatale invasiva (amniocentesi, villi coriali, fetoscopia/funicolocentesi)}}{\text{Denominatore: Parti}} \times 100$$

Validità e limiti. Gli indicatori sono calcolati utilizzando i dati dei CedAP del Ministero della Salute (3). Il certificato viene compilato per ogni parto avvenuto in Italia presso i punti nascita delle strutture di ricovero pubbliche e private. I dati sono trasmessi dalle Regioni al Ministero della Salute.
La fonte CedAP mostra un progressivo miglioramento della qualità nel tempo, sia in termini di copertura che di coerenza interna delle informazioni. Tuttavia, permangono problemi di qualità per singole variabili oggetto di questa analisi, che presentano una quota elevata di non indicato in alcune regioni.
Il 10,1% delle gravidanze non presenta l'informazione sul decorso della gravidanza (se fisiologica o patologica): nel Lazio tale variabile non è stata codificata, mentre in Piemonte è codificata utilizzando solo il codice delle gravidanze fisiologiche. Pertanto, i dati di queste regioni sono stati esclusi dall'analisi e dai relativi commenti.

Valore di riferimento/Benchmark. In letteratura sono presenti molte Linee Guida nazionali ed internazionali, rilasciate da organismi istituzionali e Associazioni di professionisti del settore. Per questo contributo sono state considerate le Linee Guida prodotte dal Ministero della Salute, in collaborazione con l'ISS (1), in cui vengono individuati i valori di riferimento per gli indicatori presentati. Le raccomandazioni prevedono di eseguire durante la gravidanza almeno una visita per ciascun trimestre ed una finale (per un totale quindi di 4 visite), di eseguire la 1ª visita entro la 10ª settimana di gestazione e di effettuare meno di tre ecografie.

Descrizione dei risultati

Per valutare la qualità dell'assistenza in gravidanza, sono state prese in considerazione le visite, le ecografie e le indagini prenatali invasive, distinguendo le gravidanze fisiologiche da quelle patologiche.
Nel 2022, in Italia si sono registrati 387.835 parti, l'1,8% in meno rispetto al 2021. Si conferma il trend in discesa degli ultimi 10 anni, con una variazione

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 324

negativa tra il 2012 e il 2022 del 26,0%.
In Italia, nel 2022, il 72,9% dei parti proviene da gravidanze fisiologiche, il 17,0% da gravidanze patologiche, mentre per il restante 10,0% dei parti la codifica della variabile risulta mancante o errata. Il 91,4% delle madri con gravidanze fisiologiche ha effettuato più di 4 visite durante i 9 mesi di gestazione *vs* il 90,3% delle donne con gravidanze patologiche: non si evidenzia, quindi, una sostanziale differenza tra i due gruppi (Tabella 1). Solo 4 regioni hanno una percentuale <90% tra le gravidanze fisiologiche: Umbria (49,3%), Calabria (76,5%), Friuli Venezia Giulia (87,8%) e Liguria (88,8%). Sono le stesse regioni con i valori più bassi anche tra le gravidanze patologiche, oltre alla Toscana e al Molise (rispettivamente, 84,6% e 86,4%). In entrambe le tipologie di gravidanza, più del 90% di donne di età compresa tra 30-39 anni e >40 anni effettua più di 4 visite; analoga considerazione può essere effettuata tra le donne con un titolo di studio medio-alto rispetto alle madri con una istruzione inferiore (Grafico 1, Grafico 2).
Le madri che hanno effettuato la 1ª visita oltre la 10ª settimana di gestazione sono il 7,7% per le gravidanze fisiologiche e l'11,6% per le gravidanze patologiche. In entrambi i gruppi, si osservano valori più elevati per le regioni del Nord-Est: in particolare, le PA di Bolzano e Trento presentano valori del 17,4% e del 19,4% per le gravidanze fisiologiche, mentre per le gravidanze patologiche del 21,0% e del 19,0%. In entrambe le tipologie di gravidanza, le donne più giovani tendono a ritardare maggiormente la 1ª visita rispetto alle donne di età tra 30-39 anni oppure >40 anni. Anche questo indicatore è associato al titolo di studio: la prima visita "tardiva", infatti, è più frequente tra le donne con basso titolo di studio.
Le donne che hanno effettuato meno di 3 ecografie durante i 9 mesi di gestazione sono pari al 3,0% per le gravidanze fisiologiche e al 3,8% per le gravidanze patologiche. Quasi tutte le regioni hanno una quota <5%; tuttavia, si distingue la Liguria con il 9,3% di donne con gravidanza fisiologica e il 13,0% di donne con gravidanza patologica che hanno eseguito un numero di ecografie inferiore a quello raccomandato. Il numero di ecografie effettuate, quindi, appare correlato al decorso della gravidanza. Si tratta, comunque, di basse percentuali che non mostrano una "trascuratezza" delle donne nell'effettuare controlli in gravidanza.
Nel 2022, il 5,3% delle donne con una gravidanza patologica si sono sottoposte ad una indagine prenatale invasiva *vs* il 3,4% delle donne con gravidanza fisiologica. Per questo indicatore, in entrambi i gruppi si osserva una variabilità territoriale non sempre riconducibile al gradiente Nord-Sud ed Isole. Il ricorso alle indagini prenatali è subordinato anche all'età della donna oltre che al sospetto di anomalie fetali: in entrambi i gruppi le donne *over* 40 presentano le percentuali più elevate (rispettivamente, 9,7% per le gravidanze fisiologiche e 11,6% per quelle patologiche). Negli ultimi anni tale indicatore ha subito una notevole diminuzione: senza distinguere i parti in base al decorso della gravidanza si osserva, infatti, che nel 2019 le donne che ricorrevano ad almeno una indagine invasiva erano il 6,2%, mentre nel 2022 scendono al 3,7%. Questa diminuzione potrebbe trovare giustificazione nel recente ricorso ad una nuova tecnica, non invasiva e considerata altamente efficace nell'individuare possibili alterazioni del feto, ovvero il test del DNA fetale. Questo esame non rientra nella rilevazione del CedAP. Pertanto, non si hanno dati a supporto di tale ipotesi, ma è significativo il fatto che la Valle d'Aosta abbia inserito il test del DNA fetale nei livelli essenziali aggiuntivi regionali. Questo consente a tutte le donne in gravidanza residenti nella regione, indipendentemente dall'età e dai fattori di rischio, di accedere gratuitamente a questa nuova tipologia di test (4).

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 325

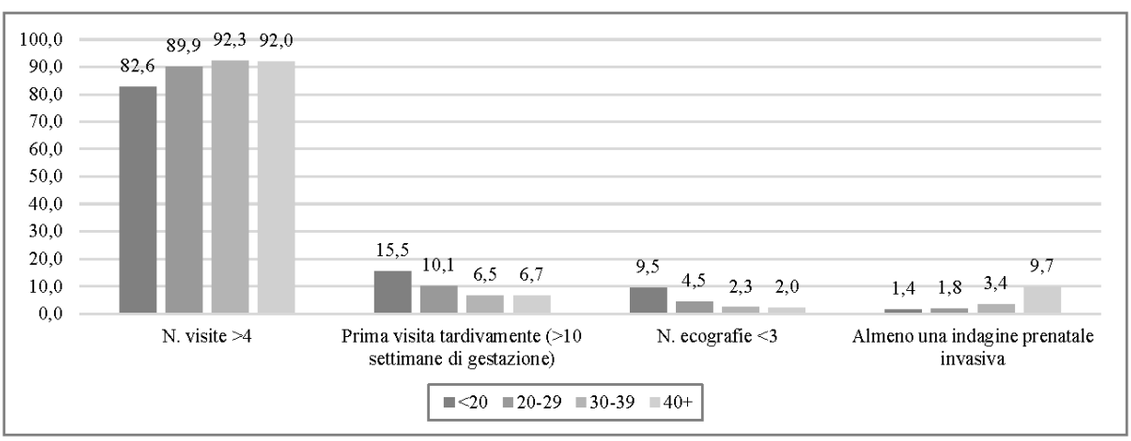
Tabella 1 - *Accertamenti (valori per 100 parti) delle donne in gravidanza (numero di visite >4, 1ª visita tardivamente >10 settimane di gestazione, numero di ecografie <3, almeno 1 indagine prenatale invasiva) per regione di evento - Anno 2022*

Regioni	N visite >4		1ª visita tardivamente (>10 settimane di gestazione)		N ecografie <3		Almeno 1 indagine prenatale invasiva	
	Fisiologiche	Patologiche	Fisiologiche	Patologiche	Fisiologiche	Patologiche	Fisiologiche	Patologiche
Piemonte*	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Valle d'Aosta	91,7	93,5	16,1	17,4	6,4	4,3	1,4	2,2
Lombardia	91,7	93,1	10,2	12,8	3,1	3,0	4,0	5,4
Bolzano-Bozen	*96,2*	*90,7*	*17,4*	*21,0*	*4,0*	*7,2*	*1,3*	*2,4*
Trento	*91,3*	*91,9*	*19,4*	*19,0*	*6,8*	*4,7*	*4,2*	*4,4*
Veneto	91,0	90,8	14,5	16,9	4,3	3,6	4,5	6,8
Friuli Venezia Giulia	87,8	85,2	11,1	9,4	1,7	1,3	4,7	5,8
Liguria	88,8	84,7	5,9	7,0	9,3	13,0	4,3	5,7
Emilia-Romagna	94,0	92,3	9,3	11,7	4,7	4,3	3,8	4,9
Toscana	90,4	84,6	12,3	14,5	2,7	6,1	2,6	4,7
Umbria	49,3	20,8	5,6	11,0	1,0	2,7	6,7	7,6
Marche	93,6	93,1	7,0	7,2	1,5	1,8	3,3	4,4
Lazio*	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Abruzzo	94,6	93,0	4,1	2,5	3,5	5,3	1,8	3,0
Molise	91,0	86,4	7,2	13,6	2,1	1,7	1,3	1,7
Campania	96,1	96,8	3,6	2,2	1,0	0,8	4,5	6,6
Puglia	93,2	94,0	2,5	2,8	0,8	1,4	1,5	3,5
Basilicata	92,9	94,7	5,2	3,5	1,2	0,4	2,6	8,8
Calabria	76,5	80,8	3,6	3,1	0,9	1,6	1,6	2,5
Sicilia	92,1	94,9	6,2	5,9	5,8	3,8	2,3	4,2
Sardegna	97,8	97,8	4,3	3,5	1,0	0,6	3,4	4,1
Italia	**91,4**	**90,3**	**7,7**	**11,6**	**3,0**	**3,8**	**3,4**	**5,3**

n.d. = non disponibile.
*Sono state escluse le regioni Lazio e Piemonte per una codifica errata o mancante.

Fonte dei dati: Elaborazione su dati del Ministero della Salute, CedAP. Anno 2023.

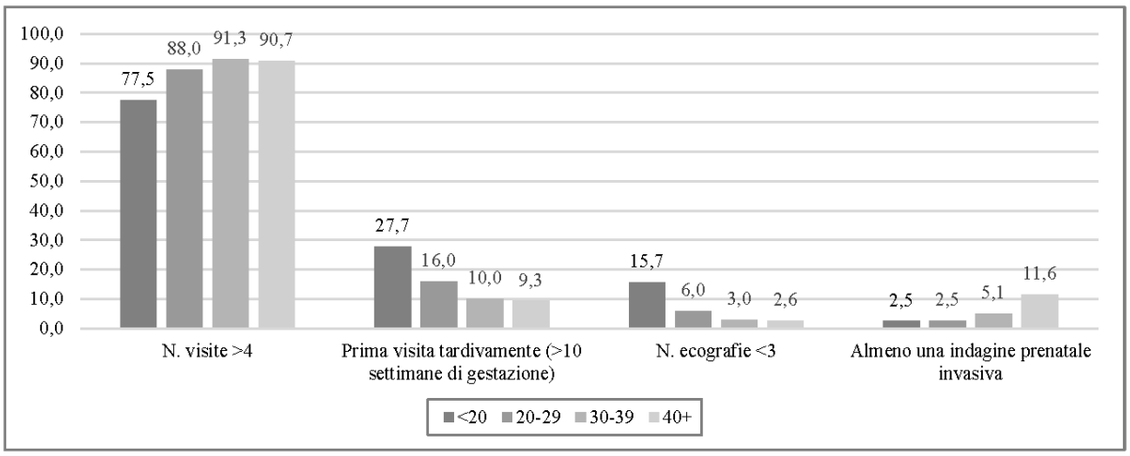
Grafico 1 - *Accertamenti (valori per 100 parti) delle donne in gravidanza (numero di visite >4, 1ª visita tardivamente >10 settimane di gestazione, numero di ecografie <3, almeno 1 indagine prenatale invasiva) per tipo di gravidanza e cittadinanza - Anno 2022*



Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 326

Grafico 1 - (segue) *Accertamenti (valori per 100 parti) delle donne in gravidanza (numero di visite >4, 1ª visita tardivamente >10 settimane di gestazione, numero di ecografie <3, almeno 1 indagine prenatale invasiva) per tipo di gravidanza e cittadinanza - Anno 2022*

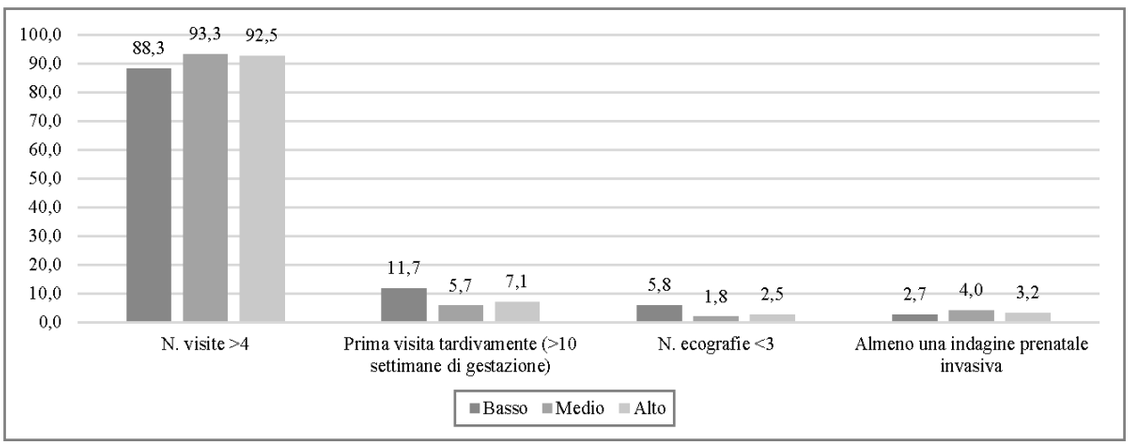
Patologiche



Fonti dei dati: Elaborazione su dati del Ministero della Salute, CedAP. Anno 2023.

Grafico 2 - *Accertamenti (valori per 100 parti) delle donne in gravidanza (numero di visite >4, 1ª visita tardivamente >10 settimane di gestazione, numero di ecografie <3, almeno 1 indagine prenatale invasiva) per tipo di gravidanza e titolo di studio - Anno 2022*

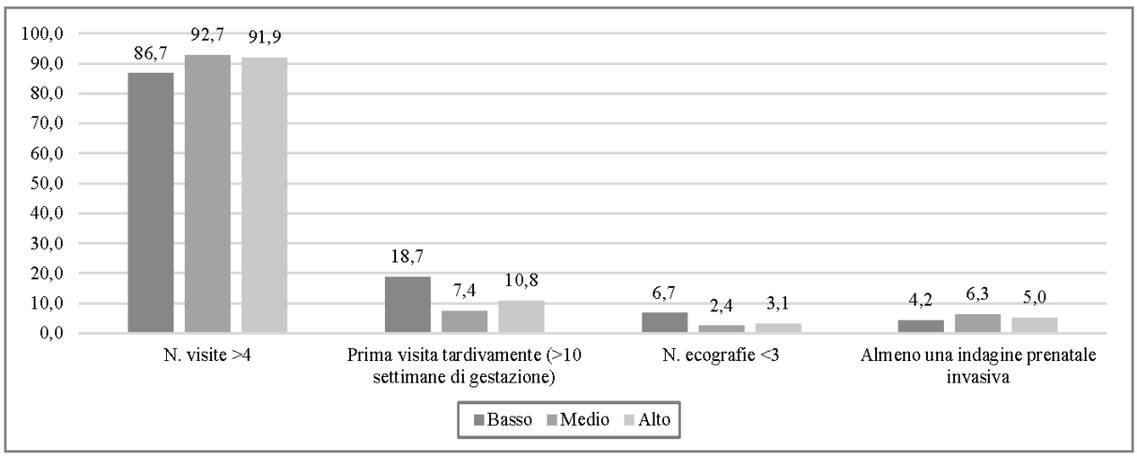
Fisiologiche



Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 327

Grafico 2 - (segue) *Accertamenti (valori per 100 parti) delle donne in gravidanza (numero di visite >4, 1ª visita tardivamente >10 settimane di gestazione, numero di ecografie <3, almeno 1 indagine prenatale invasiva) per tipo di gravidanza e titolo di studio - Anno 2022*

Patologiche



Fonti dei dati: Elaborazione su dati del Ministero della Salute, CedAP. Anno 2023.

Raccomandazioni di Osservasalute

Il ricorso a visite mediche periodiche ed a controlli ecografici durante la gravidanza consente di monitorare lo stato di salute della donna e del feto e di prevenire, per quanto possibile, le complicazioni della gravidanza ed un decorso patologico. L'incontro precoce dei servizi con la donna in gravidanza ha lo scopo di fornirle tutte le informazioni necessarie per effettuare scelte responsabili, per portarla a conoscenza dei servizi a disposizione per l'assistenza, dei benefici di legge in materia di tutela della maternità e per consigliare un corretto stile di vita durante la gravidanza.

La qualità dei dati risulta fondamentale per il calcolo degli indicatori e va certamente migliorata per alcune regioni e per alcune variabili prese in esame.

Riferimenti bibliografici

(1) Ministero della Salute, Linea guida. Gravidanza Fisiologica 2011. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1436_allegato.pdf.

(2) Istituto Superiore di Sanità, Gravidanza fisiologia Prima parte. 2023. Linee guida 1/2023 SNLG. Disponibile sul sito: www.iss.it/-/iss-aggiornate-le-linee-guida-sulla-gravidanza-fisiologica-nuove-raccomandazioni-su-informazioni-e-screening-per-le-malattie-infettive.

(3) Ministero della Salute, Certificato di assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita - Anni vari. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=3837&area=statisticheSSN&menu=pubb.

(4) Regione Autonoma Valle d'Aosta, Dalla Giunta: approvato l'inserimento del Test del DNA fetale gratuito a tutte le donne in stato di gravidanza residenti in Valle d'Aosta. Disponibile sul sito: https://appweb.regione.vda.it/dbweb/Comunicati.nsf/VediNewsi/0a87be495c695757c1258abb0037059c!OpenDocument&Click=.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 328

Salute del neonato

Significato. Gli indicatori proposti consentono di analizzare i bisogni di salute delle donne in età fertile in un'ottica di monitoraggio della salute riproduttiva. Questa risulta essere un'area che necessita di essere monitorata anche in termini di accessibilità ai servizi sanitari poiché può avere ripercussioni sulle condizioni di salute del neonato. Un nato pre-termine e/o sottopeso ha un rischio più elevato di esiti perinatali sfavorevoli e di disfunzioni motorie e cognitive a lungo termine.

Percentuale di nati vivi pre-termine e gravemente pre-termine

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Nati vivi pre-termine (<37 settimane di gestazione)} + \text{Nati vivi gravemente pre-termine (<32 settimane di gestazione)}}{\text{Nati vivi}} \times 100$$

Percentuale di nati vivi sottopeso e fortemente sottopeso

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Nati vivi sottopeso (<2.500 grammi)} + \text{Nati vivi fortemente sottopeso (<1.500 grammi)}}{\text{Nati vivi}} \times 100$$

Percentuale di nati vivi per Classe di punteggio Apgar

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Nati vivi per Classe di punteggio Apgar}}{\text{Nati vivi}} \times 100$$

Validità e limiti. Gli indicatori sono calcolati utilizzando i dati dei CedAP del Ministero della Salute (1). Il certificato viene compilato per ogni parto avvenuto in Italia presso i punti nascita delle strutture di ricovero pubbliche e private. I dati sono trasmessi dalle Regioni al Ministero della Salute.
L'indicatore è stato calcolato considerando solo i nati vivi. Per il calcolo dei nati vivi con basso/alto peso per età gestazionale (*Small for Gestational Age*-SGA e *Large for Gestational Age*-LGA) è stato utilizzato, diversamente dalle Edizioni precedenti, l'algoritmo condiviso a livello internazionale all'interno del Progetto Euro-Peristat (2). Nello specifico, vengono considerati i nati vivi da parto singolo per genere, con peso alla nascita compreso tra 500-7.000 grammi e con età gestazionale tra 22-46 settimane. Sono stati esclusi, invece, i casi con valori mancanti per almeno una delle variabili considerate.
Il nuovo algoritmo calcola per i nati vivi alla 40a settimana di età gestazionale, e separatamente per genere, due indicatori: la media e la deviazione standard del peso del neonato. Quest'ultimi sono utilizzati per il calcolo dei valori soglia per ogni età gestazionale compresa tra la 22-46ª settimana corrispondenti, rispettivamente, al 10° e al 90° percentile della distribuzione per peso alla nascita. I valori soglia, così calcolati, definiscono la quota degli SGA, ossia il numero di nati vivi al di sotto del 10° percentile della distribuzione rapportato al totale dei nati vivi, e la quota dei LGA, ossia il numero di nati vivi al di sopra del 90° percentile della distribuzione sempre rapportato al totale dei nati vivi.
Il numero dei nati morti per regione mostra, in alcuni casi, valori molto piccoli che danno luogo ad indicatori poco stabili e, quindi, difficilmente confrontabili. Pertanto, il valore degli indicatori riferito ai soli nati morti viene riportato nel testo descrittivo a livello nazionale e non in tabella.
Per l'anno 2022 nella selezione dei casi sono stati esclusi 8 nati con vitalità non indicata. Non sono state considerate valide le nascite con settimane di gestazione mancanti, <22 o >42 (pari allo 0,32% dei nati totali), con peso mancante, <500 o >7.000 grammi (0,12%), con punteggio Apgar non compreso tra 1-10 (0,79%).

Valore di riferimento/Benchmark. La definizione condivisa dalla letteratura scientifica specifica internazionale (2) identifica i nati pre-termine come nascite precedenti alle 37 settimane compiute di gestazione; analogamente, per nati gravemente pre-termine si intendono le nascite avvenute prima delle 32 settimane. I nati sottopeso sono quelli con peso alla nascita <2.500 grammi; tra questi, quelli fortemente sottopeso sono nella categoria di peso <1.500 grammi.
La Classe di punteggio Apgar a 5 minuti dalla nascita

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 329

rileva una sofferenza neonatale se compreso tra 1-3 (gravemente depresso), delle evidenti difficoltà se compreso tra 4-6 (moderatamente depresso) e una condizione di normalità tra 7-10.

Descrizione dei risultati

Nel 2022 in Italia si sono registrati 387.835 parti, l'1,8% in meno rispetto al 2021.

Considerando l'età gestazionale, i neonati pre-termine (nati prima di 37 settimane complete di gestazione) sono a più alto rischio di mortalità, morbilità e compromissione dello sviluppo motorio e cognitivo nell'infanzia rispetto ai neonati nati a termine. Nel Grafico 1, vengono riportati i nati vivi per settimane di gestazione suddivise in eventi al di sotto delle 32 settimane e tra 32-36 settimane: la somma delle due classi individua tutti i casi pre-termine, mentre il primo gruppo evidenzia solo i casi gravemente pre-termine.

La condizione di nato morto è più spesso associata ad una gravidanza patologica e a una durata gestazionale inferiore al termine fisiologico: infatti, il 68,9% dei nati morti presenta un'età gestazionale <37 settimane e oltre un terzo (38,1%) al di sotto delle 32 settimane (dati non presenti in tabella).

Nel 2022, a livello nazionale il 6,9% delle nascite con vitalità sono avvenute entro le 36 settimane compiute, quindi non a termine. La variabilità regionale presenta un range con valori <6% in corrispondenza della Basilicata (5,6%) e della Campania (5,9%) e valori >8% in Sardegna (8,9%).

La quota delle nascite al di sotto delle 32 settimane, quindi gli eventi gravemente pre-termine, si assesta mediamente attorno allo 0,9%. Piccoli numeri in corrispondenza di alcune regioni non rendono significative eventuali differenze.

Indipendentemente dal tipo di parto, che sia singolo o gemellare, tutti i neonati pre-termine devono avere la stessa assistenza, ovunque avvenga il parto. Ma è intuitivo che, se si selezionano solo i parti plurimi, le percentuali sono, ovviamente, superiori: nel 2022 circa la metà (52,1%) risulta pre-termine tra 32-36 settimane e un 7,3% gravemente pre-termine. Tra i parti singoli le due percentuali sono, rispettivamente, 4,6% e 0,7% (dati non presenti in tabella).

La percentuale di neonati con basso peso alla nascita, (<2.500 grammi) è un indicatore ampiamente utilizzato per valutare il rischio di esiti perinatali avversi ed è incluso in molti sistemi di dati nazionali e internazionali. I bambini con un peso alla nascita ridotto sono, infatti, a più alto rischio di scarso esito perinatale e di disabilità cognitive e motorie a lungo termine rispetto ai bambini con pesi alla nascita più elevati.

Nel Grafico 2 vengono riportati i nati vivi per peso alla nascita suddiviso in due classi: <1.500 grammi e tra 1.500-2.499 grammi. La somma delle due classi individua tutti i casi con basso peso, mentre il primo gruppo evidenzia solo i casi fortemente sottopeso.

La condizione di nato morto si associa più spesso a un basso peso alla nascita, così come a una durata gestazionale inferiore al termine fisiologico (come già visto): circa il 57,4% dei nati morti nel 2022 presenta un peso alla nascita <2.500 grammi. Considerando, invece, la soglia dei 1.500 grammi la percentuale è uguale a 30,3% (dati non presenti in tabella). Un'ulteriore conferma di come il basso peso influenzi negativamente gli esiti perinatali viene data dalla necessità di ricorrere a manovre rianimatorie; infatti, queste si sono rese necessarie nel 69,5% dei nati con peso <1.000 grammi. La percentuale diminuisce al crescere del peso; tuttavia, anche nella classe dei nati tra 1.000-1.499 grammi assume una quota rilevante (42,0%).

Nel 2022, a livello nazionale il 7,0% dei nati vivi pesa <2.500 grammi. La variabilità regionale presenta un range con valore minimo in corrispondenza dell'Umbria (5,8%) e valore massimo per la Sardegna (8,5%). La quota dei nati vivi <1.500 grammi, quindi gli eventi fortemente sottopeso, si assesta allo 0,9%. Piccoli numeri in corrispondenza di alcune regioni non rendono significative eventuali differenze.

Anche in questo caso, se si selezionano solo i parti plurimi, le percentuali sono superiori: oltre la metà (53,8%) risulta avere un peso compreso tra 1.500-2.499 grammi, mentre il 7,7% si colloca sotto la soglia dei 1.500 grammi. Tra i parti singoli le due percentuali sono, rispettivamente, 4,7% e 0,6% (dati non presenti in tabella).

Poiché l'età gestazionale e il peso alla nascita sono variabili strettamente correlate, sono state costruite delle carte nazionali per la valutazione antropometrica neonatale (3, 4) che permettono di classificare i nati in tre categorie: SGA (<10° percentile), Appropriate for Gestational Age (tra 10-90° percentile) e LGA (>90° percentile). In base a questa classificazione, risultano 9,9% nati vivi con SGA e 12,7% nati vivi con LGA (Grafico 3).

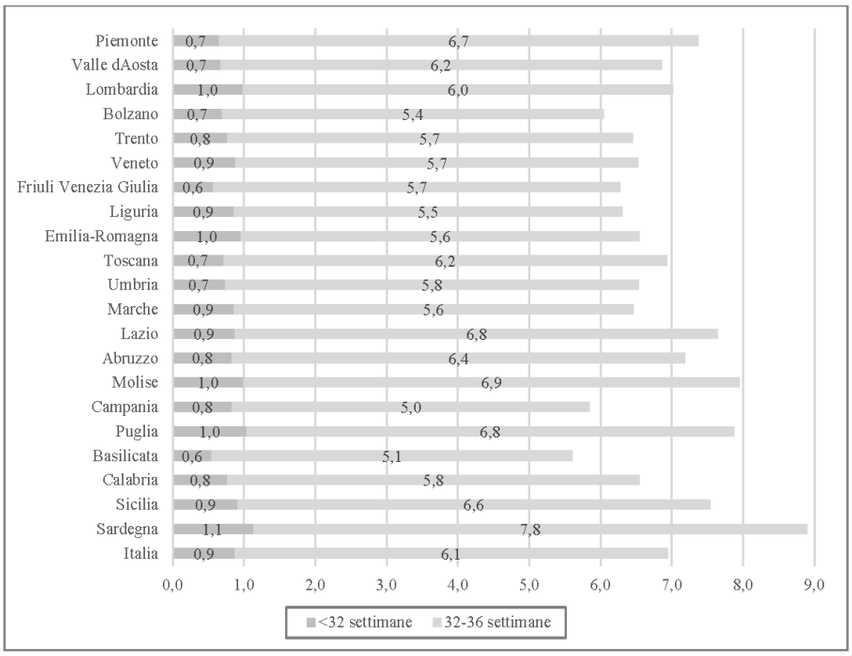
La distribuzione regionale dei due indicatori risulta essere differente a seconda che si tratti di nati con basso peso o con peso elevato. Nel primo caso, infatti, le percentuali più elevate (superiori alla media nazionale) sono presenti in 5 regioni meridionali (Campania, Basilicata, Calabria, Sicilia e Sardegna) e 1 del Nord (Liguria). Invece, percentuali più alte di nati con peso elevato sembrano essere più una caratteristica del Centro-Nord poiché valori maggiori della media nazionale si trovano in tutte le regioni del Centro, in 4 regioni del Nord (PA Bolzano, Veneto, Friuli Venezia Giulia e Emilia-Romagna) e solo in 4 regioni meridionali (Abruzzo, Molise, Puglia e Sicilia).

Considerando ovviamente i soli nati vivi, viene riportata in Tabella 1 la distribuzione per Classi di punteggio Apgar a 5 minuti per individuare la percentuale di nati con sofferenza (punteggio 1-3), con difficoltà (punteggio 4-6) e con valori normali (7-10).

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 330

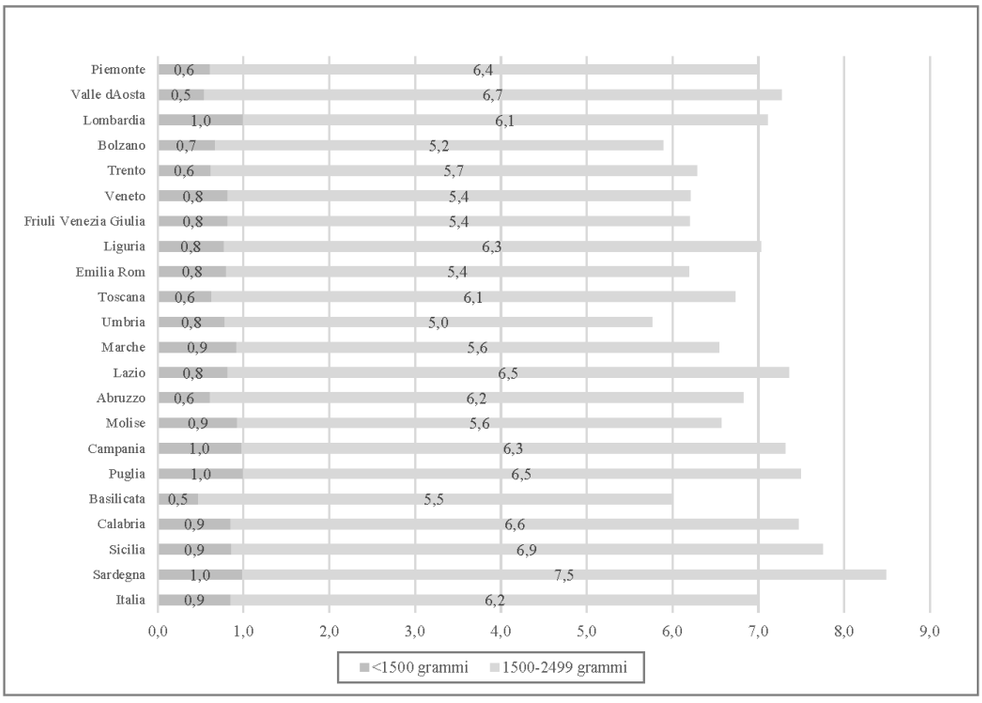
A livello nazionale si registra una percentuale di nati con punteggio <7 nello 0,7% dei casi. Piccoli numeri non rendono significative eventuali differenze regionali. Sono soprattutto i neonati sottopeso a far registrare un punteggio Apgar più sfavorevole: 2,0% se si considera il peso compreso tra 1.500-2.499 grammi e 19,8% in corrispondenza di un peso alla nascita <1.500 grammi.

Grafico 1 - *Nati vivi (valori per 100) pre-termine per settimane di gestazione e regione - Anno 2022*



Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. CedAP. Anno 2023.

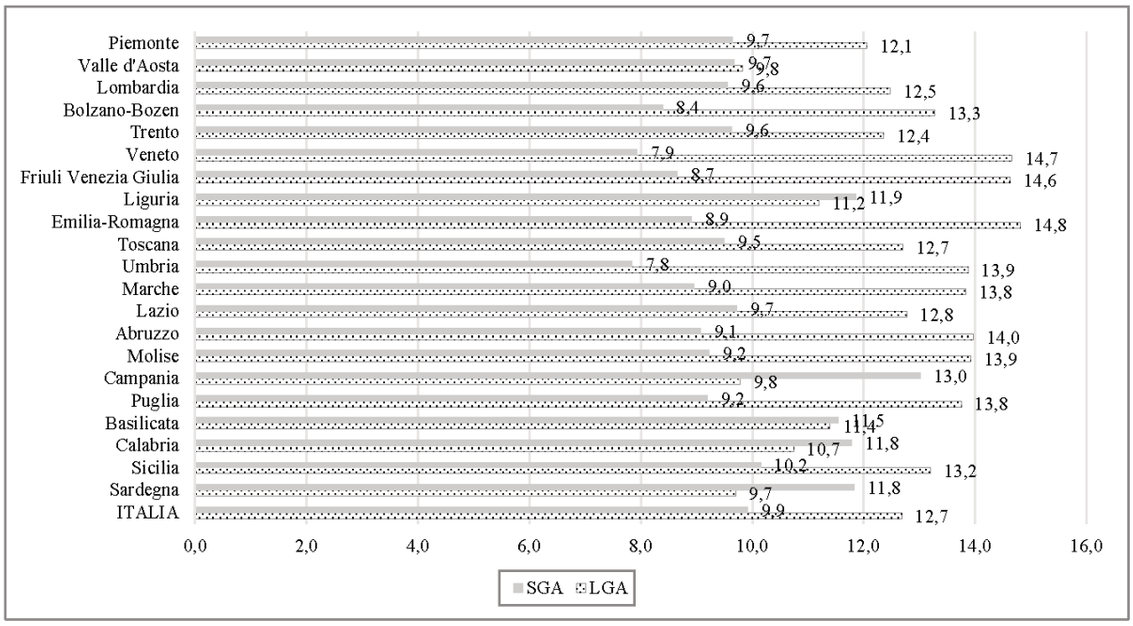
Grafico 2 - *Nati vivi (valori per 100) per peso alla nascita e regione - Anno 2022*



Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. CedAP. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 331

Grafico 3 - *Nati vivi (valori per 100) con basso (Small for Gestational Age-SGA) o alto (Large for Gestational Age-LGA) peso alla nascita per età gestazionale e regione - Anno 2022*



Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. CedAP. Anno 2023.

Tabella 1 - *Nati vivi (valori per 100) totali, sottopeso e fortemente sottopeso, per Classe di punteggio Apgar e regione - Anno 2022*

Regioni	Totali			Sottopeso			Fortemente sottopeso		
	1-3	4-6	7-10	1-3	4-6	7-10	1-3	4-6	7-10
Piemonte	0,1	0,9	99,0	0,4	2,6	97,0	6,7	18,1	75,2
Valle d'Aosta	0,0	1,5	98,5	0,0	4,0	96,0	0,0	0,0	100,0
Lombardia	0,1	0,6	99,3	0,4	1,5	98,1	3,8	12,3	83,9
Bolzano-Bozen	*0,1*	*1,3*	*98,6*	*0,8*	*2,4*	*96,9*	*9,4*	*21,9*	*68,8*
Trento	*0,3*	*0,9*	*98,9*	*0,0*	*1,8*	*98,2*	*4,2*	*29,2*	*66,7*
Veneto	0,1	0,7	99,2	0,4	2,1	97,5	3,6	21,3	75,1
Friuli Venezia Giulia	0,1	1,0	98,9	0,0	3,6	96,4	7,8	9,4	82,8
Liguria	0,2	1,2	98,6	0,3	2,8	97,0	3,6	36,4	60,0
Emilia-Romagna	0,1	0,6	99,3	0,3	1,5	98,2	2,9	11,6	85,5
Toscana	0,1	0,4	99,5	0,2	1,1	98,7	5,8	10,1	84,2
Umbria	0,2	0,2	99,6	0,0	0,0	100,0	2,6	7,7	89,7
Marche	0,1	0,4	99,6	0,2	0,9	98,9	4,0	9,3	86,7
Lazio	0,3	0,7	99,0	1,0	2,5	96,5	14,8	17,0	68,2
Abruzzo	0,1	0,4	99,4	0,2	1,4	98,4	4,6	15,9	79,6
Molise	0,0	0,2	99,9	0,0	0,0	100,0	0,0	8,3	91,7
Campania	0,0	0,6	99,4	0,1	1,4	98,5	2,0	14,6	83,4
Puglia	0,1	0,3	99,6	0,4	0,7	98,9	1,9	12,7	85,4
Basilicata	0,1	0,8	99,1	0,0	1,1	98,9	12,5	12,5	75,0
Calabria	0,1	0,4	99,6	0,1	1,0	98,9	1,9	16,4	81,7
Sicilia	0,1	0,4	99,5	0,4	1,2	98,4	5,5	14,6	79,9
Sardegna	0,1	0,8	99,1	0,2	2,1	97,8	7,1	27,1	65,7
Italia	**0,1**	**0,6**	**99,3**	**0,4**	**1,6**	**98,0**	**4,9**	**15,0**	**80,2**

Nota: per la Liguria la quota dei nati vivi esclusa dall'analisi a causa di un punteggio Apgar non valido è pari al 12,7%.

Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. CedAP. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 332

Raccomandazioni di Osservasalute

La variabilità territoriale presentata può sottintendere una diversa accessibilità ai servizi sanitari che potrebbe essere stata accentuata dalla pandemia di COVID-19. Anche l'indicatore più "raffinato", che tiene conto della correlazione tra il peso alla nascita e l'età gestazionale, conferma delle differenze tra le regioni. Per approfondire ulteriormente l'analisi andrebbero considerati altri fattori, che possono avere effetto sul decorso della gravidanza quali, ad esempio, l'età della donna, la cittadinanza, il suo livello di istruzione, il ricorso alla PMA, oltre al tipo di struttura che prende in carico i nati problematici. Questo permetterebbe di evidenziare eventuali sottogruppi più a rischio ai quali indirizzare programmi mirati di prevenzione.

Riferimenti bibliografici

(1) Ministero della Salute, Certificato di assistenza al parto (CedAP). Analisi dell'evento nascita - Anni vari. Disponibile sul sito:
www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3346.
(2) Euro-Peristat Project. "European Perinatal Health Report. Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe". Anni vari. Disponibile sul sito:
www.europeristat.com/index.php/reports/ephr-2019.html.
(3) Italian neonatal study compared with other European studies. JPGN, 2010; 51: 353-361. Disponibile sul sito:
www.inescharts.com.
(4) Valutazione antropometrica neonatale. Riferimento carte INeS. Disponibile sul sito: www.inescharts.com.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 333

Procreazione Medicalmente Assistita

Significato. Il Registro Nazionale PMA Italiano raccoglie i dati di tutti i Centri che applicano tecniche di fecondazione assistita, sia di I che di II e III livello. Con tecniche di I livello ci si riferisce all'inseminazione semplice (IUI), con II e III livello si fa riferimento, invece, oltre che all'inseminazione semplice anche alle tecniche di fecondazione in vitro più complesse quali, la fertilizzazione in vitro con trasferimento degli embrioni (FIVET), la tecnica di fecondazione che prevede l'iniezione nel citoplasma dell'ovocita di un singolo spermatozoo (ICSI), il trasferimento di embrioni crioconservati (FER), il trasferimento di embrioni ottenuti da ovociti crioconservati (FO), la crioconservazione degli embrioni e degli ovociti e tutte le tecniche chirurgiche di prelievo degli spermatozoi.
I Centri di II e III livello si distinguono soltanto per il tipo di anestesia somministrata e per alcune differenze nelle tecniche di prelievo chirurgico di spermatozoi; dal punto di vista della lettura dei risultati vengono, quindi, considerati in un unico gruppo.
Il primo indicatore utilizzato è dato dal numero di cicli a fresco e da scongelamento iniziati (tecniche FIVET, ICSI, FER e FO) per milione di abitanti. Questo indicatore descrive la relazione tra domanda ed offerta relativamente all'applicazione delle tecniche nel territorio, per dare indicazioni sulle dimensioni del fenomeno. Viene usata al denominatore la popolazione residente, in quanto tale indicatore è generalmente usato dal Registro Europeo e permette di operare i necessari confronti. Inoltre, la distribuzione regionale dell'indicatore fornisce informazioni sulla diversa ricettività delle varie regioni.
Il secondo indicatore è rappresentato, invece, dal tasso cumulativo di gravidanze ottenute. Tale indicatore misura la probabilità di ottenere una gravidanza, includendo anche il contributo dei cicli che prevedono l'utilizzo di gameti o embrioni crioconservati. Generalmente, il tasso viene espresso rispetto al numero di prelievi eseguiti, individuando proprio nel prelievo ovocitario il momento chiave per la paziente grazie al quale si definisce la possibilità di ottenere una gravidanza, attraverso il prelievo degli ovociti, la loro fecondazione e l'utilizzo o il congelamento degli embrioni formati.
Il terzo indicatore è dato dal tasso di parti multipli. Per parto multiplo si intende un parto che dia alla luce due o più neonati. Questo tasso può essere utilizzato per descrivere il livello di sicurezza delle tecniche applicate. Un parto gemellare o trigemino aumenta i rischi per la paziente e per il neonato. Minimizzare la percentuale di parti multipli, significa minimizzare un fattore che può influire negativamente sulla salute di entrambi.
Il quarto indicatore preso in considerazione è dato dalla percentuale di gravidanze perse al *follow-up*. Questo indicatore fornisce un'informazione relativa al sistema di monitoraggio e raccolta dati dei Centri dove si applicano le tecniche di fecondazione assistita. Dunque, è un indicatore di accuratezza e di qualità della raccolta dati operata dai Centri e del monitoraggio del lavoro e dei risultati ottenuti dal Centro stesso. Nella composizione di questo indicatore, però, assume un ruolo importante anche la disponibilità di personale all'interno delle strutture. In molti Centri, infatti, la carenza di personale costituisce un ostacolo all'ottenimento di livelli ottimali del monitoraggio delle gravidanze ottenute.
Infine, dal 2014, con la sentenza della Corte Costituzionale n. 162/2014, che "dichiara l'illegittimità del divieto del ricorso a tecniche di PMA di tipo eterologo, qualora sia stata diagnosticata una patologia che sia causa di sterilità o infertilità assolute ed irreversibili", di fatto è stata introdotta, nel nostro Paese, la possibilità di eseguire procedure di fecondazione assistita, utilizzando gameti sia maschili che femminili o embrioni donati. Si è deciso, pertanto, di inserire alcuni dati relativamente a questo tipo di procedure, in modo da quantificare soprattutto la mole di cicli che prevedono donazioni di gameti o embrioni.

Cicli a fresco

Numeratore: Cicli da tecniche di II e III livello (tecniche FIVET, ICSI, FER e FO) iniziati in 1 anno

Denominatore: Popolazione media residente

x 1.000.000

Tasso cumulativo di gravidanze

Numeratore: Cicli da tecniche di II e III livello (ICSI, FER e FO)

Denominatore: Prelievi di ovociti (tecniche FIVET e ICSI) eseguiti in 1 anno

x 100

R. DE LUCA, G. SCARAVELLI, V. VIGILIANO, S. BOLLI, L. SPEZIALE, A. BERTINI, M. MAZZOLA, F. FEDELE, C. DI MONTE, R. SPOLETINI

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 334

Tasso di parti multipli

Numeratore: Parti multipli ottenuti dall'applicazione di tecniche di II e III livello
Denominatore: Parti ottenuti dall'applicazione di tecniche di II e III livello
x 100

Percentuale di gravidanze perse al follow-up

Numeratore: Gravidanze di cui non si conosce l'esito
Denominatore: Gravidanze ottenute da tecniche di II e III livello
x 100

Validità e limiti. I dati per l'elaborazione di questi indicatori vengono raccolti dall'ISS e, nello specifico, dal Registro Nazionale della PMA. Le unità di rilevazione sono rappresentate dai Centri che applicano le tecniche di PMA, autorizzati dalle Regioni ed iscritti al Registro Nazionale. A partire dalla raccolta dati relativa all'attività del 2006, la copertura dell'indagine è stata totale e tutti i trattamenti di riproduzione assistita effettuati in 1 anno, vengono registrati e monitorati nella raccolta dati. Ogni anno, sui dati raccolti, vengono eseguiti una serie di controlli di congruenza e di validazione. Le procedure di validazione vengono eseguite sia attraverso controlli verticali, che approfondiscono l'esattezza dei dati quando questi appaiono fuori scala rispetto alle medie regionali e nazionali, sia attraverso controlli orizzontali, che vengono realizzati sulla premessa che i dati comunicati da ogni Centro debbano essere quantitativamente paragonabili da un anno all'altro. Uno dei limiti di questi indicatori potrebbe risiedere nella circostanza che i dati comunicati al Registro Nazionale vengono raccolti in forma aggregata. In questo modo diventa più complicato collegare gli esiti delle terapie ad alcune caratteristiche delle coppie di pazienti. La probabilità di riuscita di un ciclo di fecondazione assistita è legata anche al tipo e al grado di infertilità della coppia. Utilizzando una raccolta dati basata su singolo ciclo, risulterebbe più semplice ed immediato giungere a considerazioni riguardo l'effetto delle differenze esistenti tra i pazienti relative alla diagnosi di infertilità. Per quanto riguarda il terzo indicatore, il tasso di parti multipli, esiste il problema della perdita di informazioni relativamente agli esiti delle gravidanze. Infatti, per 2.220 gravidanze, corrispondenti al 13,2% del totale delle gravidanze ottenute con l'applicazione di tecniche di II e III livello sia a fresco che da scongelamento, non è stato possibile raccogliere informazioni sugli esiti delle stesse.

Valore di riferimento/Benchmark. I valori di confronto dei quattro indicatori presentati, fanno riferimento ad altri Paesi europei, in cui l'attività di fecondazione assistita è assimilabile all'attività svolta in Italia. Inoltre, potranno essere presi in considerazione anche i valori medi europei, presentati ogni anno dall'*European IVF Monitoring*, sistema di raccolta ed analisi dei dati del Registro Europeo, a cui l'Italia partecipa. I dati disponibili sono, però, riferiti all'anno 2019. Bisogna considerare che, per i primi due indicatori, il trend mostrato è in continua evoluzione, mentre per il terzo indicatore la tendenza è in diminuzione.

Descrizione dei risultati

Gli indicatori presentati, si riferiscono all'applicazione delle tecniche di II e III livello sia a fresco (FIVET e ICSI) che da scongelato (FER e FO).

I risultati che di seguito vengono presentati, fanno riferimento all'attività del 2021, ovvero a tutti i cicli iniziati, con una stimolazione o uno scongelamento, nel periodo compreso tra il 1° gennaio-31 dicembre 2021.

I Centri che nel 2021 erano attivi nel territorio nazionale erano 340. Soltanto 286 centri hanno effettivamente effettuato tecniche su pazienti, in quanto in 54 Centri, per motivi di varia natura, non si è svolta attività. Di questi, 101 sono di I livello (IUI) e 185 di II e III livello (FIVET, ICSI ed altre tecniche).

In generale, con l'applicazione di tutte le tecniche, sono state trattate 86.090 coppie di pazienti (circa 20.000 coppie in più rispetto alla precedente rilevazione), su cui sono stati iniziati 108.067 cicli di trattamento (quasi 28.000 in più rispetto al 2020). Le gravidanze ottenute sono state 23.404 (circa 7.500 in più rispetto al 2020). Di queste è stato possibile monitorarne l'evolversi di 20.434. In 4.793 gravidanze si è registrato un esito negativo, mentre 15.641 sono arrivate al parto. I bambini nati vivi risultano 16.625. Questo significa che in Italia ogni 1.000 nati vivi, 42 nascono da gravidanze ottenute con l'applicazione di procedure di fecondazione assistita (dati non presenti in tabelle e grafici).

A seguito della diffusione dell'infezione da SARS-CoV-2, da fine gennaio 2020 tutte le procedure mediche non ritenute urgenti sono state sospese o procrastinate con un Decreto del Governo emanato il 9 marzo 2020. Fra le procedure non urgenti sono stati inclusi i trattamenti di PMA, proseguendo solamente le attività non differibili, quali le tecniche di crioconservazione di gameti e tessuto gonadico, utili alla preservazione della fertilità nei pazienti oncologici. Dopo il

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 335

primo periodo di "lockdown", nel giugno 2020 l'attività dei Centri di PMA è gradualmente ripresa, ma durante tutto l'arco dell'anno in alcune regioni l'attività è stata frequentemente sospesa, soprattutto nelle strutture pubbliche, sempre in relazione alla numerosità di casi di infezione con ricovero.
L'attività dei Centri di PMA nell'arco dell'anno 2020 è stata caratterizzata da una riduzione dell'attività svolta (-14.548 cicli iniziati), con conseguente effetto sui risultati raggiunti in termini di bambini nati (-2.539). Il 2021 si caratterizza, invece, per un'evidente ripresa dell'attività sia in termini di procedure eseguite che di risultati conseguiti. Si registra un incremento di 24.479 procedure iniziate (+36% rispetto al 2020 e +12% rispetto al 2019). Dunque, il trend del numero di cicli iniziati, in crescita fino al 2019, è ripreso anche rispetto al periodo precedente la pandemia. Questo aumento si rispecchia nei risultati conseguiti, con un incremento di 7.233 gravidanze e 5.072 bambini nati vivi rispetto al 2020 (Grafico 1).
Nei diversi contesti assistenziali, però, sia la perdita di attività del 2020 che l'incremento del 2021 si sono svolti in maniera diversa. Nel dettaglio, nel 2020 i Centri privati sono stati in grado, nel II semestre dell'anno, di aumentare il numero di cicli offerti fino ad arrivare alla sola riduzione del 4,1% di cicli applicati rispetto al 2019; i Centri privati convenzionati, hanno subito una perdita complessiva del 20,9% di cicli, mentre i Centri pubblici hanno subito un decremento del 29,2%. Nel 2021 i Centri privati hanno fatto registrare un incremento rispetto alla precedente annualità del 35,6%, i Centri privati convenzionati del 37,1% e i Centri pubblici del 35,7%. Tuttavia, prendendo in considerazione le variazioni percentuali tra il 2019 ed il 2021, si può dedurre che i Centri pubblici ed i Centri privati convenzionati hanno recuperato la mole di attività rispetto al periodo precedente la pandemia. Contemporaneamente, i Centri privati hanno incrementato l'attività del 30,1%; riducendo, pertanto, la forbice tra i cicli eseguiti in regime pubblico a carico del SSN ed i cicli eseguiti in regime privato, soprattutto grazie all'incremento dei cicli con donazione di gameti (Grafico 2).
In particolare, per ciò che riguarda la tecnica di IUI, nel 2021 sono state 10.234 coppie di pazienti (1.772 in più rispetto al 2020) su cui sono stati iniziati 15.660 cicli di trattamento (+3.489). Le gravidanze ottenute sono state 1.709 (+309), su cui si è registrata una perdita di informazione pari al 12,6%, con 1.295 nati vivi. Il tasso di gravidanza, rispetto ai cicli iniziati è pari, in generale, al 10,9%. Nello specifico, tale indicatore è stato pari al 10,5% nei cicli che non prevedevano donazione di gameti maschili, mentre nei 661 cicli in cui è stato utilizzato liquido seminale da donazione è risultato pari al 19,7% (dati non presenti in tabella).
Sono state trattate, invece, con tecniche a fresco di II e III livello 41.172 coppie di pazienti (+8.610 rispetto al 2020) su cui sono stati iniziati 50.297 trattamenti (-11.569). Le gravidanze ottenute con l'applicazione delle tecniche a fresco sono state 7.258. Il tasso di gravidanza rispetto ai cicli iniziati è pari al 14,4%, rispetto ai prelievi effettuati è del 15,8%, mentre rispetto ai trasferimenti eseguiti risulta pari al 29,4%.
Con tecniche da scongelamento sono state trattate 23.100 coppie di pazienti (+6.094 rispetto al 2020) su cui sono stati iniziati 28.649 cicli di scongelamento di ovociti o di embrioni (+8.236). Le gravidanze ottenute sono state 9.546. Per quanto riguarda la tecnica FO, il tasso di gravidanza rispetto agli scongelamenti effettuati è pari al 19,2%, mentre rispetto ai trasferimenti eseguiti è del 26,3%. Per la tecnica FER il tasso di gravidanze è pari al 34,1% se rapportato agli scongelamenti effettuati, mentre se rapportato ai trasferimenti eseguiti è pari al 35,2%.
Con l'applicazione di tecniche di II e III livello che prevedono l'utilizzo di embrioni o gameti donati, sono state trattate 11.584 coppie di pazienti (3.909 in più rispetto al 2020), su cui sono state eseguite 13.461 procedure (+4.674). Le gravidanze ottenute ammontano a 4.891, con un tasso di gravidanza generale su cicli iniziati pari al 36,3%, e i nati vivi sono stati 3.608.
In totale si è registrato un numero di gravidanze perse al *follow-up* pari a 2.754, che rappresenta il 12,7% del totale delle gravidanze ottenute da tecniche di II e III con e senza donazione di gameti.
Nella Tabella 1 è riportata la distribuzione regionale dei valori conseguiti dai quattro indicatori proposti, il confronto con il precedente anno di rilevazione e il delta percentuale.
Nella prima colonna è indicato il numero dei cicli a fresco effettuati dai Centri in ogni regione, in modo da fornire la dimensione del fenomeno a livello di singola regione.
La seconda colonna della tabella mostra il valore del primo indicatore, ovvero il numero di cicli totali iniziati in ogni regione per milione di abitanti.
Nel 2021, a livello nazionale sono stati effettuati 1.529 cicli per milione di abitanti. Tale valore costantemente in crescita a partire dal 2005, primo anno di rilevazione dei dati, presenta per la prima volta una flessione nel 2020 per poi riprendere a salire incrementando il suo valore del 36,9%.
Il valore dell'indicatore, rispetto al 2020, presenta un incremento in ogni ambito territoriale; tuttavia, mostra una notevole variabilità. In un numero ridotto di regioni, quali Valle d'Aosta, PA di Bolzano, Toscana, Lombardia, Lazio, Emilia-Romagna e Campania, il numero di cicli iniziati per milione di abitanti, risulta al di sopra della media nazionale. In tutte le altre regioni, invece, il valore dell'indicatore è inferiore alla media nazionale.
Questo indicatore è fortemente condizionato dalla

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 336

numerosità della popolazione residente nelle varie regioni: per questo, ad esempio, la PA di Bolzano, piuttosto che la Valle d'Aosta, fanno registrare un valore particolarmente elevato dell'indicatore anche in presenza di un numero di cicli iniziati abbastanza modesto. Risulta evidente la differenza tra il dato delle regioni meridionali ed il resto del Paese.

Nella colonna successiva è rappresentata la distribuzione per regione del tasso cumulativo di gravidanze rispetto ai prelievi eseguiti. I tassi sono stati calcolati per classi di età delle pazienti e il tasso cumulativo di gravidanza totale è stato std utilizzando come popolazione di riferimento la distribuzione nazionale dei prelievi eseguiti per classe di età.

Il tasso cumulativo di gravidanza standardizzato restituisce il valore del tasso grezzo, correggendo le differenze che esistono tra una regione ed un'altra, relativamente alla distribuzione dei prelievi eseguiti secondo l'età delle pazienti in classi.

In generale, l'indicatore ha evidenziato un incremento percentuale, rispetto all'anno precedente pari al 10,9%. Nel 2020 il tasso cumulativo di gravidanza std è risultato pari a 33,1%, mentre nel 2021 è aumentato sino al 36,7%. Questo indicatore di efficienza ha subito incrementi in quasi tutte le regioni e, in alcuni casi, si tratta di aumenti consistenti come nel caso della Valle d'Aosta (+100,7%) e della Campania (+70,0%). In alcune regioni, invece, si è registrata una riduzione del tasso rispetto alla precedente rilevazione e, tra le regioni a più alta attività, spiccano il Veneto ed il Lazio. La Calabria, con un tasso cumulativo di gravidanza del 60,2%, la Campania (48,7%), la Puglia (46,1%), il Molise (43,3%), la Liguria (41,3%), la Lombardia (39,9%) e il Piemonte (38,6%), sono le regioni in cui il valore dell'indicatore di efficienza è superiore alla media nazionale.

Nella quarta colonna della tabella è rappresentata la distribuzione regionale della percentuale di parti multipli. Il valore di questo indicatore fornisce, in maniera indiretta, indicazioni rispetto alla sicurezza delle tecniche applicate.

In generale, la quota di parti multipli sul totale di quelli ottenuti è del 7,1%, esattamente come nella precedente rilevazione. Questo valore ha mostrato, negli anni, un trend in continuo decremento: infatti, nel 2009 la quota di parti multipli era pari al 22,9%. Tra le regioni a più alto impatto, mostrano un decremento di questo indicatore, e quindi un aumento dei parametri di sicurezza, il Lazio (-32,9%), il Veneto (-17,8%), l'Emilia-Romagna (-12,6%), la Sicilia (-7,7%) e la Lombardia (-7,4%). Viceversa, è importante menzionare i dati della Campania che, a fronte di un numero consistente di cicli, mostra un aumento dell'indicatore considerato (+27,8%) e del Piemonte (+15,8%), con una riduzione della sicurezza delle tecniche applicate. È importante sottolineare come questi dati possano essere condizionati dalla distribuzione delle gravidanze perse al *follow-up*, ovvero della perdita di informazioni relativamente all'esito delle gravidanze stesse. È ipotizzabile pensare, infatti, che il Centro venga più facilmente a conoscenza di informazioni relativamente ad una gravidanza multipla, cioè ad un caso più particolare, mentre per una gravidanza a decorso normale, reperire le informazioni può risultare più complesso.

Anche per questo è utile passare all'esame dell'indicatore successivo, riportato nell'ultima colonna della tabella, dove viene mostrata la percentuale di gravidanze di cui non si conosce l'esito, sul totale di quelle ottenute. È un indicatore di accuratezza e di qualità della raccolta dati operata dai Centri e del monitoraggio del proprio lavoro.

In questo caso, vengono prese in considerazione le gravidanze ottenute con tecniche di II e III livello, sia da tecniche a fresco che da tecniche di scongelamento. La percentuale delle gravidanze di cui non si conosce l'esito è pari, nel 2021 al 13,2%, mentre nel 2020 la perdita di informazioni era relativa al 9,6% delle gravidanze ottenute, con un incremento della perdita di informazioni pari al 38,0%.

La PA di Trento, l'Umbria, le Marche e la Basilicata sono le uniche regioni in cui vengono recuperate tutte le informazioni sulle gravidanze ottenute e, di conseguenza, la perdita di informazioni risulta nulla. Le regioni in cui la perdita di informazioni è collocata sotto la soglia del 5% sono il Friuli Venezia Giulia, la PA di Bolzano, la Liguria, la Calabria, il Veneto, la Valle d'Aosta, la Lombardia e l'Abruzzo. Quelle che si collocano tra il 5-10% di perdita di informazioni sono l'Emilia-Romagna, la Toscana, la Sardegna ed il Piemonte. Soltanto 5 regioni presentano un indicatore più alto della media nazionale: Lazio (14,1%), Molise (25,0%), Puglia (41,0%) e Campania (47,7%). Tutte queste regioni presentano un numero di procedure significativo (ad eccezione del Molise), sono tutte collocate geograficamente nel Centro-Sud del Paese e presentano un'importante preponderanza di Centri privati. La Sicilia (11,1%), benché con una perdita di informazioni al di sotto della media nazionale, si colloca comunque oltre i limiti ritenuti accettabili di perdita di informazioni che, come raccomandato dal Registro Europeo, dovrebbe essere contenuta entro il 10% del totale delle gravidanze ottenute.

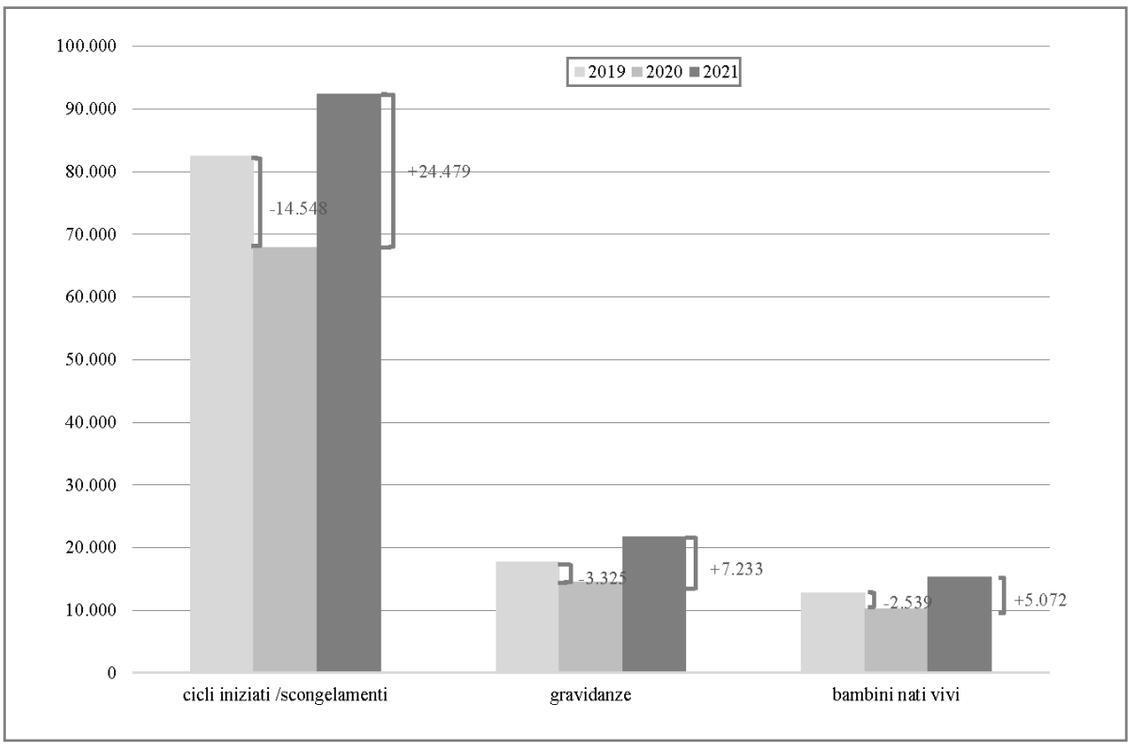
Molte delle differenze regionali, che questo indicatore riporta, potrebbero essere spiegate dal tipo di utenza che si rivolge alle strutture che offrono tecniche di fecondazione assistita e, quindi, la proporzione dei Centri privati rispetto a quelli pubblici operanti in ogni regione. Questo perché il ricorso al privato seleziona necessariamente le pazienti secondo il livello socio-economico e, quindi, potrebbe crearsi un bias sulla disponibilità delle stesse a fornire informazioni sull'esito della gravidanza e sullo stato di salute di eventuali neonati.

Nella Tabella 2 è espressa la distribuzione per regione

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 337

delle procedure eseguite negli anni 2014-2021, che prevedono donazione di gameti o embrioni. In questi 8 anni di attività, sono stati eseguiti 53.786 cicli di fecondazione assistita con l'utilizzo di gameti embrioni donati.
Dalla distribuzione regionale si osserva come l'attività di fecondazione assistita, che prevede donazione di gameti o embrioni, abbia caratteristiche strettamente legate all'offerta regionale. Sono 17 le regioni in cui, in questi 8 anni di attività, sono stati eseguiti cicli di fecondazione assistita con donazione di gameti o embrioni. Più della metà di questo tipo di procedure è stata eseguita in solo 3 regioni: Lazio (18,8%), Toscana (17,3%) ed Emilia-Romagna (15,8%). In 4 regioni non sono state eseguite, in questi anni, procedure di fecondazione assistita con donazione di gameti o embrioni.
Nel Grafico 3 è mostrata l'incidenza dei cicli con donazione sul totale dei cicli eseguiti con tecniche di II e III livello in ogni regione nella rilevazione che fa riferimento all'attività del 2021.
In generale, nel Paese, il 14,6% di cicli eseguiti, prevedeva l'utilizzo di gameti o embrioni donati, dato in crescita rispetto al 12,9% del 2020. Ancora una volta osserviamo una forte caratterizzazione regionale. Nel Lazio la quota di cicli con donazione risulta pari al 27,1% di tutte le procedure di PMA eseguite, nella PA di Bolzano al 24,0%, in Friuli Venezia Giulia al 22,4%, in Toscana al 21,9%, in Umbria al 19,8% ed in Emilia-Romagna al 19,2%. In altre 6 regioni la quota di cicli eseguiti con tecniche che prevedono la donazione di gameti, pari o superiore al 10% del totale dei cicli eseguiti, sono la PA di Trento (16,9%), la Puglia (15,9%), il Veneto (14,6%), la Sicilia (14,6%), il Piemonte (13,0%) e la Campania (10,0%).

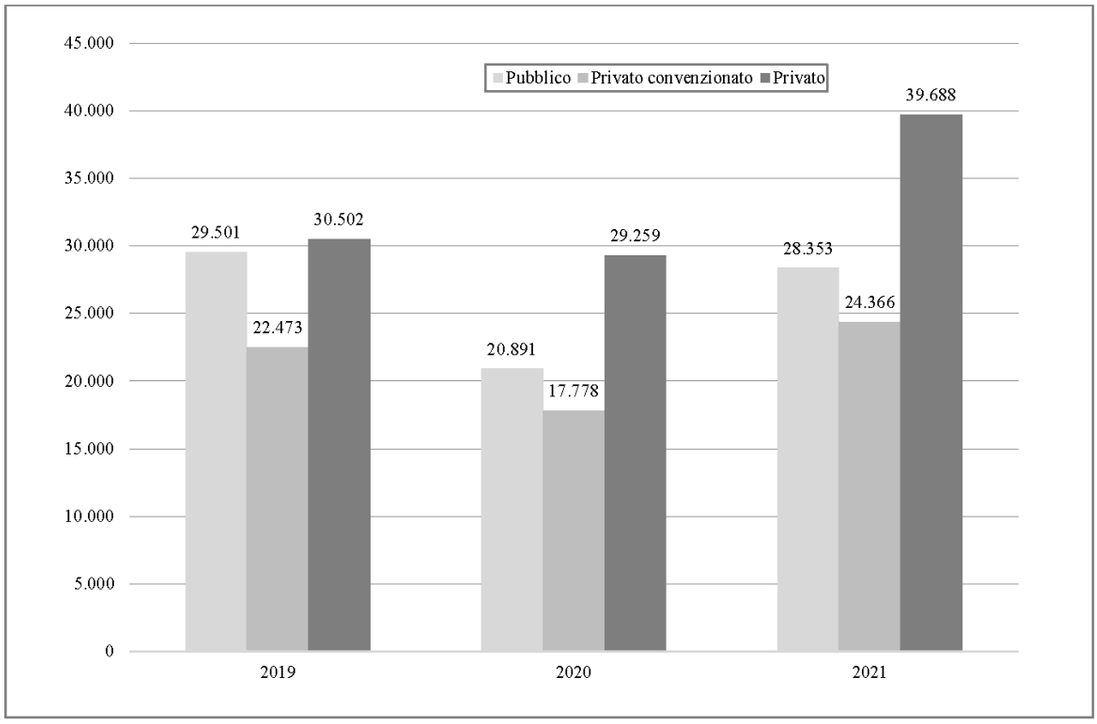
Grafico 1 - *Cicli (valori assoluti) di trattamento II e III livello, gravidanze (valori assoluti) e nati vivi (valori assoluti) - Anni 2019-2021*



Fonti dei dati: Registro Nazionale della PMA. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 338

Grafico 2 - *Cicli (valori assoluti) di trattamento II e III livello nei diversi contesti assistenziali - Anni 2019-2021*



Fonti dei dati: Registro Nazionale della PMA. Anno 2023.

Tabella 1 - *Cicli (valori assoluti) totali, cicli (valori per 1.000.000) iniziati, tasso cumulativo (standardizzato per 100) di gravidanze, parti (valori per 100) multipli e gravidanze (valori per 100) perse al follow-up per regione - Anni 2020-2021*

Regioni	Cicli a fresco	Cicli iniziati			Tasso comulativo di gravidanza			Tasso di parti multipli			Gravidanze perse al *follow-up*		
	2021	2021	2020	Δ %	2021	2020	Δ %	2021	2020	Δ %	2021	2020	Δ %
Piemonte	2.694	1.198	879	36,2	38,6	36,5	5,6	3,3	2,8	15,8	9,9	6,8	46,2
Valle d'Aosta	362	4.429	2.537	74,6	15,3	7,6	100,7	10,0	0,0	n.a.	2,1	0,0	n.a.
Lombardia	13.104	2.221	1.534	44,8	39,9	38,8	2,9	6,3	6,8	-7,4	2,8	3,5	-19,6
Bolzano-Bozen	*839*	*3.380*	*2.761*	*22,4*	*29,3*	*30,7*	*-4,7*	*5,3*	*2,3*	*124,6*	*0,5*	*0,0*	*n.a.*
Trento	*493*	*1.398*	*1.074*	*30,2*	*25,3*	*24,7*	*2,5*	*5,8*	*6,3*	*-7,0*	*0,0*	*0,0*	*n.a.*
Veneto	2.834	1.113	871	27,8	32,4	32,9	-1,4	3,9	4,8	-17,8	1,5	4,7	-68,9
Friuli Venezia Giulia	904	1.484	1.155	28,5	35,2	33,3	5,8	6,3	6,3	0,0	0,4	0,0	n.a.
Liguria	592	647	454	42,4	41,3	37,8	9,2	4,2	7,9	-47,2	0,5	0,0	n.a.
Emilia-Romagna	3.904	1.727	1.247	38,5	33,5	31,8	5,2	7,4	8,4	-12,6	5,9	4,3	36,4
Toscana	5.749	2.961	2.423	22,2	29,6	26,9	9,8	6,0	5,6	8,3	6,5	5,4	21,9
Umbria	314	655	516	26,9	27,6	29,1	-5,1	9,4	9,6	-1,9	0,0	0,0	n.a.
Marche	209	180	112	61,5	12,1	16,7	-27,5	11,8	18,8	-37,3	0,0	0,0	n.a.
Lazio	5.914	2.139	1.374	55,7	35,2	36,6	-3,9	4,3	6,5	-32,9	14,1	15,5	-9,3
Abruzzo	633	634	502	26,4	30,5	25,5	19,7	16,7	12,7	31,3	3,6	4,6	-21,5
Molise	88	355	245	44,5	43,3	66,0	-34,4	5,6	0,0	n.a.	25,0	28,9	-13,6
Campania	5.121	1.559	1.128	38,2	48,7	28,6	70,0	11,2	8,8	27,8	47,7	19,9	140,0
Puglia	1.861	834	664	25,6	46,1	38,8	18,8	16,2	12,6	28,3	41,0	52,5	-22,0
Basilicata	328	768	462	66,0	26,7	21,6	23,6	10,8	7,7	40,5	0,0	0,0	n.a.
Calabria	751	711	618	15,0	60,2	49,8	21,0	0,8	2,0	-59,9	1,4	0,0	n.a.
Sicilia	2.951	983	795	23,7	32,0	28,9	10,4	14,7	16,0	-7,7	11,1	13,4	-17,4
Sardegna	652	543	351	54,5	15,1	13,9	8,3	12,8	10,7	19,1	8,9	2,0	334,2
Italia	**50.297**	**1.529**	**1.117**	**36,9**	**36,7**	**33,1**	**10,9**	**7,1**	**7,1**	**-0,4**	**13,2**	**9,6**	**38,0**

n.a. = non applicabile.

Fonte dei dati: Registro Nazionale della PMA. Anno 2023.

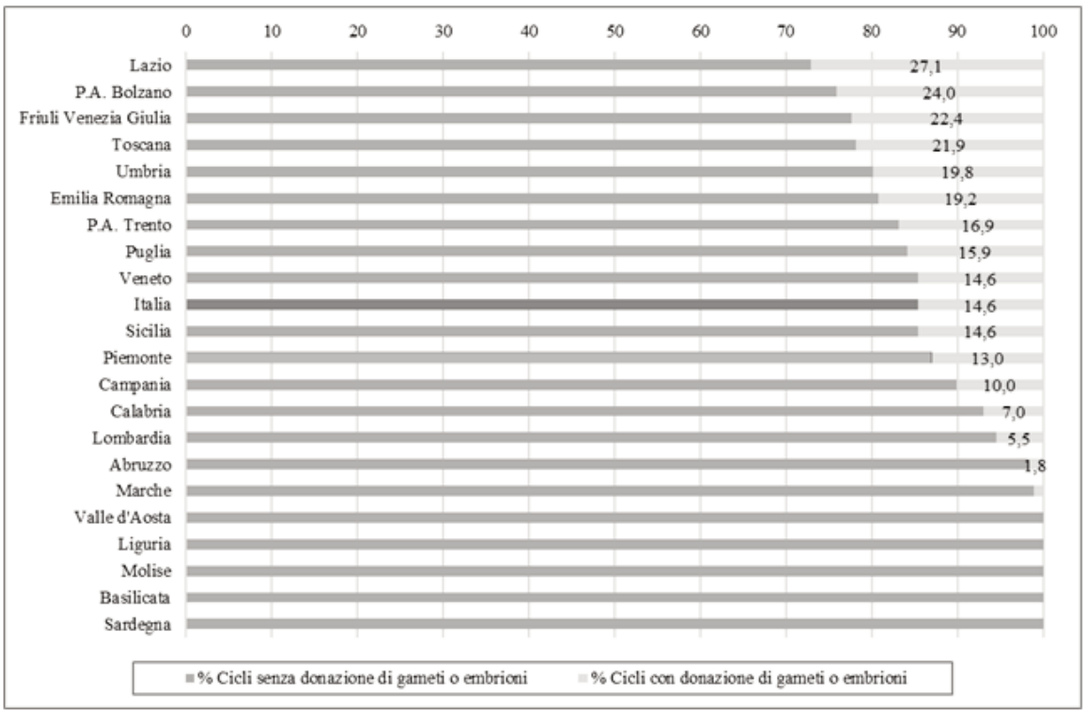
Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 339

Tabella 2 - *Cicli (valori assoluti e valori per 100) iniziati con donazione di gameti e/o embrioni per regione - Anni 2014-2021*

Regioni	N	% su totale cicli con donazione	% cumulata
Emilia-Romagna	10.109	18,8	18,8
Toscana	9.310	17,3	36,1
Lazio	8.524	15,8	52,0
Lombardia	4.151	7,7	59,7
Sicilia	3.641	6,8	66,4
Campania	3.442	6,4	72,8
Piemonte	3.118	5,8	78,6
Bolzano-Bozen	*3.027*	*5,6*	*84,3*
Veneto	2.797	5,2	89,5
Puglia	2.145	4,0	93,5
Friuli Venezia Giulia	1.972	3,7	97,1
Calabria	729	1,4	98,5
Trento	*375*	*0,7*	*99,2*
Umbria	265	0,5	99,7
Abruzzo	104	0,2	99,9
Molise	74	0,1	100,0
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	3	0,0	100,0
Liguria	0	0,0	100,0
Marche	0	0,0	100,0
Basilicata	0	0,0	100,0
Sardegna	0	0,0	100,0
Italia	**53.786**	**100,0**	**-**

Fonte dei dati: Registro Nazionale della PMA. Anno 2023.

Grafico 2 - *Cicli (valore per 100) con donazione di gameti o embrioni sul totale dei cicli eseguiti per regione - Anno 2021*



Fonti dei dati: Registro Nazionale della PMA. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 340

Confronto internazionale

Gli ultimi dati disponibili, pubblicati dal Registro Europeo sono quelli riferiti all'attività del 2019. Naturalmente bisogna fare attenzione nel confronto perché gli ultimi dati del Registro Europeo si riferiscono comunque ad un periodo temporale precedente alla diffusione della pandemia da SARS-CoV-2, per cui non rispecchiano la contrazione che nel 2020 si è registrata anche in molti altri Paesi europei.

Il numero di trattamenti per milione di abitanti in Italia è in linea con quello dei Paesi europei a più lunga tradizione nell'attività di PMA come, ad esempio, la Francia (in cui tale indicatore è pari a 1.751) oppure la Gran Bretagna (dove è pari a 1.056). Più elevato, invece, è nei Paesi nordici come la Danimarca (2.715). Globalmente, rispetto alla popolazione dei Paesi che aderiscono alla raccolta dati del Registro Europeo, il numero di cicli iniziati su milione di abitanti è pari a 1.581.

Il tasso cumulativo di gravidanze è un indicatore che risente della proporzione di tecniche da scongelamento eseguite sul totale dei cicli di PMA effettuati. Tale proporzione nel nostro Paese è ancora al di sotto di quanto avviene in altri importanti contesti europei. Infatti, il valore dell'indicatore in Italia è inferiore sia a quello dei Paesi europei presi a paragone, sia alla media generale europea. In particolare, il risultato raggiunto in Italia con un tasso cumulativo di gravidanze pari al 36,7%, va letto congiuntamente al dato riferito all'applicazione delle tecniche da scongelamento, che nel nostro Paese è pari al 36,3% del totale delle tecniche applicate. Il tasso cumulativo di gravidanze su prelievi eseguiti è pari a 43,3% in Danimarca, 37,2% in Francia, 38,2% in Germania, 45,0% in Spagna e 53,7% in Svezia. Il valore medio del tasso in Europa è del 42,3%.

Per ciò che concerne il terzo indicatore, il tasso di parti multipli, l'Italia presenta un valore assolutamente in linea, se non migliore degli altri Paesi presi in esame. Infatti, mentre nel nostro Paese la quota dei parti multipli sul totale dei parti nel 2021 è del 7,1%, mediamente in Europa il 10,6% dei parti risulta essere un parto multiplo. In Francia, la quota di parti multipli è del 7,4%, in Germania del 16,9% e in Spagna del 9,9%. Va detto che questo indicatore presenta un trend verso il basso in continua evoluzione; quindi, il dato dal 2019 ad oggi potrebbe presentare valori in linea con il dato del nostro Paese. Gli unici Paesi che, presi a confronto, mostrano un valore dell'indicatore decisamente più basso sono la Danimarca, con il 2,6% di parti multipli, e la Svezia, dove la politica del trasferimento di un singolo embrione selezionato ha trovato applicazione su larga scala (2,3%).

Per la percentuale di gravidanze perse al *follow-up*, il Registro Europeo raccomanda un livello non superiore al 10% di perdita di informazione sul totale delle gravidanze ottenute. Dei Paesi fin qui presi in esame, la Germania presenta una quota di gravidanze perse al *follow-up* del 4,9%, la Spagna del 3,6% e la Francia una quota pressoché trascurabile pari allo 0,4%. In Svezia, ormai da anni, si è raggiunto il traguardo del *follow-up* di tutte le gravidanze, mentre la Danimarca registra una perdita di informazioni più elevata (8,5%). Mediamente la quota di gravidanze di cui non si conosce l'esito, in Europa, è del 7,7%.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nel 2021 si è registrata una forte ripresa dell'attività dei Centri italiani, in risposta all'emergenza del 2020 a seguito della diffusione dell'infezione da SARS-CoV-2.

In Italia, la sentenza della Corte Costituzionale n. 162/2014 ha introdotto la possibilità di eseguire cicli di fecondazione assistita che prevedono l'uso di gameti sia maschili che femminili, o di embrioni donati. Anche se una certa quota di coppie italiane esegue cicli di fecondazione assistita con donazione in altri Paesi europei, l'applicazione di queste tecniche sta velocemente evolvendo e, ad oggi, rappresenta circa il 15% del totale delle tecniche applicate.

Anche quando gli indicatori ad un livello medio generale evidenziano una certa staticità, è importante considerare che si tratta del risultato medio di ampie oscillazioni che esistono tra una realtà regionale ed un'altra, o anche all'interno della stessa regione tra un anno di attività ed un altro.

Il tasso cumulativo di gravidanza presenta un trend in costante crescita, risultato di una sempre più diffusa applicazione della tecnica di congelamento e scongelamento di embrioni, utile ad aumentare il potenziale di successo delle procedure di fecondazione assistita.

La percentuale di perdita di informazioni è ancora al di sopra della soglia di qualità introdotta dal Registro Europeo. In alcune regioni tale perdita di informazioni rappresenta una particolare criticità e, in tal senso, sarà cura del Registro nazionale PMA affrontare questo particolare problema per cercare di diminuire ulteriormente il numero di gravidanze di cui non si conosce l'esito.

Riferimenti bibliografici

(1) Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di Procreazione Medicalmente Assistita (Legge 19 Febbraio 2004, N. 40, Articolo 15). Anno 2004-2022.
(2) Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di Procreazione Medicalmente Assistita (Legge 19 Febbraio 2004, N. 40, Articolo 15). Anno 2023.
(3) G. Scaravelli, V. Vigiliano, S. Bolli, J.M. Mayorga, S. Fiaccavento, M. Bucciarelli - Procreazione Medicalmente Assistita: risultati dell'indagine sull'applicazione delle tecniche nel 2003.
(4) G. Scaravelli, V. Vigiliano, S. Bolli, J.M. Mayorga, S. Fiaccavento, M. Bucciarelli - 1° Report Attività del Registro Nazionale della Procreazione Medicalmente Assistita 2005.
(5) G. Scaravelli, V. Vigiliano, S. Bolli, J.M. Mayorga, S. Fiaccavento, M. Bucciarelli, R. De Luca, R. Spoletini, E.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 341

Mancini- 2° Report Attività del Registro Nazionale della Procreazione Medicalmente Assistita 2006.
(6) G. Scaravelli, V. Vigiliano, S. Bolli, J.M. Mayorga, R. De Luca, P. D'Aloja, S. Fiaccavento, R. Spoletini, M. Bucciarelli, E. Mancini- 3° Report Attività del Registro Nazionale della Procreazione Medicalmente Assistita 2007.
(7) G Scaravelli, PE Levi Setti, G Gennarelli, L Mencaglia, FM Ubaldi, R De Luca, D Cimadomo, R Spoletini, V Vigiliano & PP Sileri. The actual impact of SARS-CoV-2/COVID-19 pandemic on IVF activity: a survey across Italian ART centers. J Assist Reprod Genet (2022). Disponibile sul sito: https://doi.org/10.1007/s10815-022-02600-2.
(8) ESHRE - Human Reproduction Advance Access publication on October 17, 2023 - Assisted reproductive Tecnology in Europe, 2019: results generated from European registers by ESHRE.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 342

Abortività volontaria

Significato. La Legge n. 194/1978 ("Norme per la tutela della maternità e sull'Interruzione Volontaria della Gravidanza") regola, in Italia, le modalità del ricorso all'aborto volontario. Grazie ad essa, qualsiasi donna per motivi di salute, economici, sociali o familiari può richiedere l'IVG entro i primi 90 giorni di gestazione. Oltre questo termine, l'IVG è consentita solo per gravi problemi di salute fisica o psichica. L'intervento può essere effettuato presso le strutture pubbliche del SSN e le strutture private accreditate e autorizzate dalle Regioni.
Il 12 agosto 2020 il Ministero della Salute ha pubblicato la circolare di aggiornamento "Linee di indirizzo sulla interruzione volontaria di gravidanza con Mifepristone e prostaglandine". Tale documento dispone l'estensione del limite per l'esecuzione dell'IVG con questa metodica da 7 a 9 settimane compiute di età gestazionale e prevede la prestazione anche in DH e presso strutture ambulatoriali pubbliche adeguatamente attrezzate, funzionalmente collegate all'Ospedale e autorizzate dalle Regioni, nonché presso i Consultori familiari (1).
Il tasso di abortività volontaria è l'indicatore più frequentemente usato a livello internazionale (spesso utilizzando al denominatore la popolazione femminile di età 15-44 anni, mentre in Italia la popolazione femminile di riferimento è la classe di età 15-49 anni) e permette di valutare l'incidenza del fenomeno che, in gran parte, dipende dalle scelte riproduttive, dall'uso di metodi contraccettivi nella popolazione e dall'offerta dei servizi nei vari ambiti territoriali. Al fine di una valutazione più approfondita dell'IVG, è possibile calcolare il tasso di abortività specifico per alcune caratteristiche delle donne, ad esempio età, stato civile, parità, luogo di nascita e cittadinanza. Si può, inoltre, utilizzare il tasso std per età al fine di eliminare l'effetto confondente di questa variabile.

Tasso di Interruzioni Volontarie di Gravidanza

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Interruzioni Volontarie di Gravidanza di donne di età 15-49 anni}}{\text{Popolazione media residente di donne di età 15-49 anni}} \quad \text{Denominatore} \times 1.000$$

Validità e limiti. L'indicatore viene elaborato utilizzando i dati raccolti, analizzati ed elaborati dall'Istat, dall'ISS e dal Ministero della Salute. Dal 2019 per ogni IVG effettuata è obbligatorio compilare il questionario Istat sulla piattaforma dedicata, tramite la quale le Regioni possono anche elaborare le tabelle che inviano trimestralmente al Sistema di Sorveglianza sull'IVG coordinato dall'ISS, in collaborazione con il Ministero della Salute, l'Istat e le Regioni. Questa novità, introdotta nel 2019 (anno di riferimento dei dati), permette di gestire i due flussi (Istat e ISS) attraverso un unico strumento informatico che, oltre a semplificare le procedure di inserimento dei dati, ha permesso di eliminare gran parte delle precedenti discrepanze tra i due flussi.
Ogni anno il Ministro della Salute presenta al Parlamento una relazione sull'andamento del fenomeno (2) e l'Istat pubblica i dati sul proprio sito (3) e tramite altri canali di diffusione. Attualmente, i dati italiani sono tra i più accurati ed aggiornati a livello internazionale.
I casi registrati sulla piattaforma Istat vengono sottoposti a controlli di completezza tramite il confronto con il numero di IVG registrate nel flusso delle SDO del Ministero della Salute, individuabili tramite il codice ICD-9-CM 635 (Aborto indotto legalmente) e sottovoci. In caso di sottostima dei dati Istat, questi vengono integrati con le SDO, modificandone il numero totale. Tali integrazioni, oltre a ulteriori informazioni fornite direttamente dalle Regioni, vengono incluse nei dati elaborati dal Sistema di Sorveglianza sull'IVG. L'Istat, invece, pubblica i dati effettivamente registrati indicando per quali Regioni è stato riscontrato un invio incompleto. Le integrazioni vengono, comunque, utilizzate per calcolare i tassi di abortività.
L'indicatore regionale può essere calcolato considerando al numeratore tutte le IVG effettuate in regione (da donne residenti e non) e al denominatore le donne di età compresa tra i 15-49 anni residenti, motivo per cui il dato può risultare sovra o sottostimato.
Utilizzando, invece, le donne residenti sia al numeratore che al denominatore, si escludono i casi di donne non residenti che riguardano principalmente, le donne straniere. In questa pubblicazione viene riportato il tasso calcolato secondo quest'ultima modalità che privilegia l'omogeneità tra numeratore e denominatore. Per il 2022 vengono, quindi, escluse 1.203 IVG di donne residenti all'estero (l'1,8% del totale), delle quali 1.075 risultano effettuate da cittadine straniere.
A seguito della diffusione da parte dell'Istat della popolazione ricostruita post-censuaria al 1° gennaio per gli anni 2002-2019, i tassi sono stati ricalcolati in serie storica. Inoltre, per la standardizzazione è stato considerato un sistema di pesi internazionale basato su una popolazione di 10.000 persone con una struttura per età uguale a quella considerata nell'*European*

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 343

Standard Population, Edizione 2013, proposta dalla banca dati europea di Eurostat (4).
La fonte utilizzata è l'indagine Istat sulle IVG. Mentre, le informazioni sull'attività dei Consultori e sull'obiezione di coscienza provengono da monitoraggi ad hoc effettuati dal Ministero della Salute in raccordo con i Referenti Regionali del Tavolo tecnico per la piena applicazione della Legge n. 194/78 e dal Sistema di Sorveglianza dell'ISS.

Valore di riferimento/Benchmark. Non essendo disponibile alcun valore di riferimento, può essere assunto come tale il valore medio relativo alle 3 regioni che presentano il valore dell'indicatore più basso.

Descrizione dei risultati

Nel 2022, l'Istat ha notificato 65.528 IVG rilevando una sottostima rispetto alle SDO nelle seguenti regioni: Emilia-Romagna, Umbria e Sicilia. Nel 2021 le IVG erano risultate 63.307, quindi si registra un aumento del numero dei casi notificati. Tuttavia, questa variazione deve essere letta facendo riferimento al quadriennio 2019-2022 a causa della peculiarità degli anni della pandemia SARS-CoV-2. Infatti, il numero dei casi notificati, e integrati con le SDO, nel 2019 è stato pari a 73.207, mentre nel 2020 sono stati notificati oltre 5.000 casi in meno (-6,5%) e tra il 2020 e il 2021 la variazione, sempre di segno negativo, è del 4,2%. Le regioni che hanno necessitato dell'integrazione con le SDO nell'anno 2020 sono state più numerose; pertanto, ciò sottolinea durante la pandemia la difficoltà del personale delle strutture a adempiere ai compiti amministrativi. Quindi, è plausibile pensare che, dopo una forte riduzione tra il 2019 e il 2021, nel 2022 il numero delle IVG stia tornando ad un andamento simile al periodo pre-pandemico, cioè ad un trend di decrescita (dati non presenti in tabelle e grafici).
Il trend di lungo periodo continua a confermare una decrescita continua a partire dal 1982 e ha conosciuto solo un periodo di sostanziale stabilità tra il 1994 e il 2004, quando il tasso era compreso tra il 9,1 e il 9,6 per 1.000.
Nel Grafico 1 vengono riportati i tassi specifici per classi di età per l'anno 1982 (primo anno i cui dati sono considerati completi) e per i decenni successivi fino al 2022. La diminuzione generale ha riguardato tutte le classi di età con valori superiori al 60%. La classe di età con valore più elevato è cambiata nel tempo: nel 1982 risultava essere la classe di età 25-29 anni (con un tasso pari a 26,8 per 1.000), nel 1992 la classe di età 30-34 anni (15,9 per 1.000), nel 2002 e nel 2012 la classe di età 20-24 anni (con valori, rispettivamente, uguali a 14,7 e 11,4 per 1.000). Nel 2022 torna ad essere la classe di età 30-34 anni con 9,4 per 1.000. Questa tendenza si correla con l'età media delle donne che effettuano l'IVG che, tra il 1982 e il 2022, è passata da 29,2 a 30,5 anni.
Nel confronto tra le regioni viene utilizzato il tasso std per eliminare le differenze riconducibili alle diverse strutture per età. Anche in questo caso, analogamente a quanto si osserva per il tasso grezzo, tra il 2012 e il 2022 si registra una diminuzione del 20,1% a livello nazionale (Grafico 2). Stesso andamento si osserva in tutte le regioni con l'eccezione della PA di Bolzano che, invece, registra un aumento del 5,2%. Le regioni che mostrano un decremento più marcato (≥25%) sono: Umbria, Valle d'Aosta, Lazio, Emilia-Romagna e Abruzzo. Quelle con valori inferiori al 15%, invece, sono: Campania, Basilicata, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Sardegna e Molise.
L'indagine, oltre alle informazioni sulle caratteristiche delle donne, raccoglie anche informazioni relative alle modalità di svolgimento degli interventi. Nella Tabella 1 l'approccio chirurgico viene distinto da quello farmacologico per descrivere le differenze relative ad alcune caratteristiche associate ai due metodi.
Le IVG farmacologiche, individuate dalle voci "Solo mifepristone" e "Mifepristone più prostaglandine" nel 2022, per la prima volta, sono oltre la metà (51,1%) del totale delle IVG (47,2% nel 2021). Di conseguenza, le IVG chirurgiche registrate con i metodi "Raschiamento", "Karman" e "Altre forme di isterosuzione" diminuiscono passando dal 50,7% al 46,7%. Il complemento a 100 è dato dalle voci residuali "Solo prostaglandine" e "Altro". A seguito delle Linee di indirizzo del Ministero della Salute dell'agosto 2020 (1), l'Emilia-Romagna, la Toscana e il Lazio hanno iniziato a offrire il servizio di IVG farmacologica presso Ambulatori e/o Consultori. Nel 2022, l'Emilia-Romagna ha effettuato 44 interventi in 4 Consultori e 1 Ambulatorio, mentre la Toscana ha effettuato 2.400 interventi in 24 Ambulatori ed il Lazio 249 IVG in 5 Consultori e 2 Ambulatori.
L'utilizzo della procedura farmacologica appare ancora eterogeneo tra le regioni, nonostante sia autorizzata in Italia fin dal 2009. Le regioni che la utilizzano in oltre la metà delle IVG sono 12. Valori al di sopra del 70% si osservano in Calabria (79,1%), Basilicata (72,5%), nella PA di Trento (71,4%) e in Liguria (70,6%). Invece, in difetto rispetto al valore medio nazionale sono la Lombardia (40,8%), il Veneto (40,8%), l'Abruzzo (38,9%), la Sardegna (38,2%), la Campania (37,9%), la PA di Bolzano (37,0%), la Sicilia (32,2%), il Molise (27,2%) e le Marche (23,2%). Rispetto al 2021, diminuiscono i casi di IVG farmacologica in Liguria (da 73,9% a 70,6%), in Molise (da 28,1% a 27,2%) ed in Basilicata (da 73,9% a 72,5%).
L'età gestazionale può influenzare la modalità di intervento (farmacologico o chirurgico); infatti, l'intervento farmacologico può essere effettuato solo entro le 9 settimane di gestazione. Quindi, la percentuale entro questo termine risulta più elevata (93,2%)

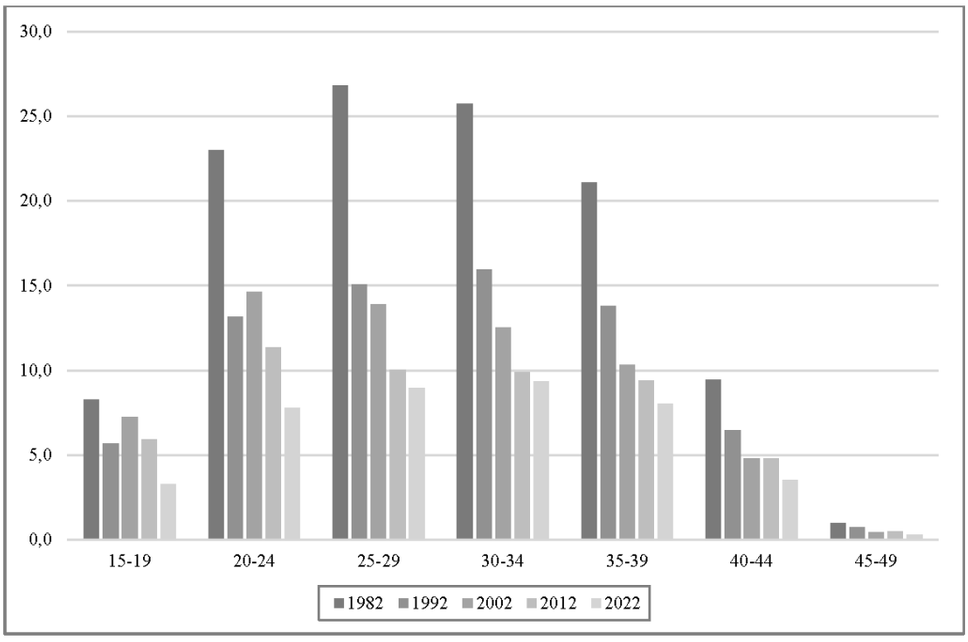
Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 344

rispetto alla percentuale della metodica chirurgica (73,3%), con scarsa variabilità regionale.
L'utilizzo della procedura di urgenza risulta essere doppia (32,1%) tra le IVG farmacologiche rispetto a quelle chirurgiche (17,3%): evidentemente la presenza di un limite temporale induce ad accelerare i tempi di esecuzione. Tuttavia, ciò non accade in tutte le regioni: infatti, Lombardia, PA di Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Abruzzo e Molise presentano una percentuale più elevata di IVG urgenti tra le chirurgiche piuttosto che tra le farmacologiche. Questo sottolinea che altri fattori possono determinare il ricorso alla procedura d'urgenza; come, ad esempio, le lunghe liste di attesa o la carenza di servizi disponibili per effettuare le IVG.
Il tempo di attesa calcolato in giorni tra la certificazione e l'intervento è un indicatore che descrive l'efficienza dei servizi, ma per il suo calcolo occorre la compilazione completa e corretta della data dei due eventi (giorno, mese e anno). Nel 2022, l'informazione mancante ha riguardato il 2,7% dei casi, con valori molto elevati in Veneto (16,7%) e in Calabria (37,9%). Tra le IVG effettuate con "Solo mifepristone" o "Mifepristone e prostaglandine", il 90,6% degli interventi avviene entro le 2 settimane di attesa *vs* il 65,8% delle IVG chirurgiche, e tale differenza riguarda tutte le regioni. Le regioni che effettuano una elevata percentuale di IVG chirurgiche entro i 14 giorni sono, quasi sempre, anche quelle con elevata percentuale di IVG farmacologiche entro 2 settimane.
Anche l'utilizzo del tipo di terapia antalgica dipende molto dal metodo utilizzato. In caso di IVG farmacologica, l'assenza di anestesia o analgesia riguarda in media l'80,0% degli interventi. Nell'IVG chirurgica (nello specifico in caso di isterosuzione) le indicazioni internazionali raccomandano l'anestesia locale piuttosto che quella generale, sia per i minori rischi per la salute della donna sia per un minore impegno di personale e infrastrutture, che comporta costi inferiori. I dati, però, non supportano questa raccomandazione poiché l'anestesia locale è usata solo nel 2,5% dei casi. Inoltre, le regioni più rispettose delle raccomandazioni presentano in ogni caso una percentuale di utilizzo molto bassa: ad esempio, nelle Marche si ha un utilizzo del 15,7%, in Valle d'Aosta del 14,9% ed in Toscana del 10,9%. La quasi totalità delle IVG chirurgiche, quindi, avviene in anestesia generale o sedazione profonda.
La registrazione delle complicazioni risulta mancante nell'1,5% dei casi; tuttavia, in alcune regioni, come la Liguria e l'Umbria, la percentuale è più elevata (rispettivamente, 9,7% e 5,7%). La quasi totalità delle IVG (97,8%) non presenta alcuna complicazione e, nel dettaglio, l'assenza di complicazioni riguarda il 96,7% delle IVG eseguite con metodo farmacologico ed il 99,3% di quelle eseguite con metodo chirurgico. In linea con quanto riportato dalla letteratura internazionale, troviamo che il "Mancato/incompleto aborto" è una complicazione più frequente (2,0%) in caso di aborto farmacologico rispetto all'IVG chirurgica (0,2%).
La rilevazione dell'Istat non raccoglie i dati relativi alle attività consultoriali legate all'interruzione di gravidanza e all'obiezione di coscienza del personale sanitario. Queste informazioni vengono raccolte tramite monitoraggi ad hoc effettuati dal Ministero della Salute, i cui dati ultimi disponibili si riferiscono all'anno 2021 (Tabella 2). Il Consultorio familiare svolge un importante ruolo nella prevenzione dell'IVG e nel supporto, durante e dopo l'intervento, alle donne che decidono di interrompere la gravidanza. L'attività di *counselling* pre e post-IVG, però, non risulta effettuata in maniera uniforme sul territorio nazionale.
I Consultori familiari censiti nell'attività di monitoraggio del Ministero della Salute, nel 2021, sono stati 2.015, di questi 1.379 (pari al 68,4%) hanno effettuato attività di counselling per l'IVG. In 4 regioni tale attività ha coinvolto meno della metà dei Consultori presenti sul territorio: nelle Marche il coinvolgimento ha riguardato il 4,4%, nella PA Bolzano il 10,0%, in Valle d'Aosta il 40,0% ed in Lombardia il 46,6%. Di contro, in 6 regioni le attività di counselling sono state effettuate in oltre l'80%: ad esempio, nel Lazio con un coinvolgimento dell'87,9%, nel Veneto con l'88,2%, in Puglia con l'88,3%, in Calabria con l'89,1%, nella PA di Trento con il 91,7% e, infine, in Sicilia con il 95,2%. Il numero di colloqui effettuati è stato inferiore al numero di IVG in quasi tutte le regioni con l'eccezione di Emilia-Romagna, Lazio e Campania. La percentuale di documenti/certificati rilasciati dal Consultorio (pari al 48,8% a livello nazionale) è molto eterogenea tra regioni poiché rispecchia differenti modalità organizzative. La PA di Bolzano presenta solo un 2,0% di rilascio dei documenti/certificati; tuttavia, anche dai bassi valori degli altri indicatori appare evidente che, nel percorso IVG, i Consultori vengono coinvolti molto poco. Altre regioni che non privilegiano il Consultorio familiare per la consegna dei documenti/certificati sono la Valle d'Aosta, il Molise, la Sardegna, le Marche, l'Abruzzo, la Basilicata e la Sicilia: tutte queste forniscono meno di un terzo della documentazione. I controlli post-IVG costituiscono un'altra tappa importante del percorso poiché, promuovendo la scelta di un metodo contraccettivo, rappresentano un'opportunità per la prevenzione secondaria. In totale, sono stati effettuati 16.794 colloqui per 63.653 interventi, cioè il 26,4%. Quest'ultimo è un indicatore difficile da quantificare poiché in alcune regioni il dato è sottostimato a causa dell'errata registrazione nei correnti flussi informativi del colloquio post-IVG come "generica visita di controllo".
Un'altra informazione proveniente dal Sistema di Sorveglianza è la percentuale di obiettori di coscienza

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 345

nei punti IVG. Nella Relazione al Parlamento viene calcolato, e diffuso, il numero medio settimanale di IVG effettuate da ogni ginecologo non obiettore conteggiato su 44 settimane lavorative all'anno (Grafico 3). Questo indicatore esprime il carico di lavoro settimanale medio per IVG per ginecologo non obiettore. Inoltre, consente di individuare eventuali criticità riguardo l'impatto che l'esercizio del diritto all'obiezione di coscienza da parte del personale sanitario può avere rispetto alla possibilità di accesso all'IVG per chi possiede i requisiti stabiliti dalla legge.
Il dato, riferito al 2021, mostra un carico di 0,9 IVG settimanali per ginecologo (dato nazionale, in leggero calo rispetto al 2020 quando era pari a 1,0) con una certa variabilità territoriale: si va da un minimo di 0,3 casi della Valle d'Aosta ad un massimo di 2,8 del Molise. Nel corso degli anni il numero di IVG medio settimanale per ginecologo non obiettore è diminuito costantemente passando da 3,1 del 1983 a 0,9 nel 2021. Questa diminuzione è dovuta principalmente al calo annuale del numero di IVG e alla relativa contestuale stabilità della proporzione di obiezione di coscienza tra i professionisti sanitari. Il dato medio regionale "nasconde" la variabilità interregionale che può presentarsi tra le varie strutture: l'analisi più puntuale effettuata dal Ministero della Salute ha evidenziato solo 3 strutture con un carico di oltre 10 IVG settimanali e si trovano, rispettivamente, in Abruzzo, Campania e Sicilia. Eventuali sovraccarichi di attività sono, quindi, da imputarsi a fattori contingenti in realtà territoriali molto circoscritte.

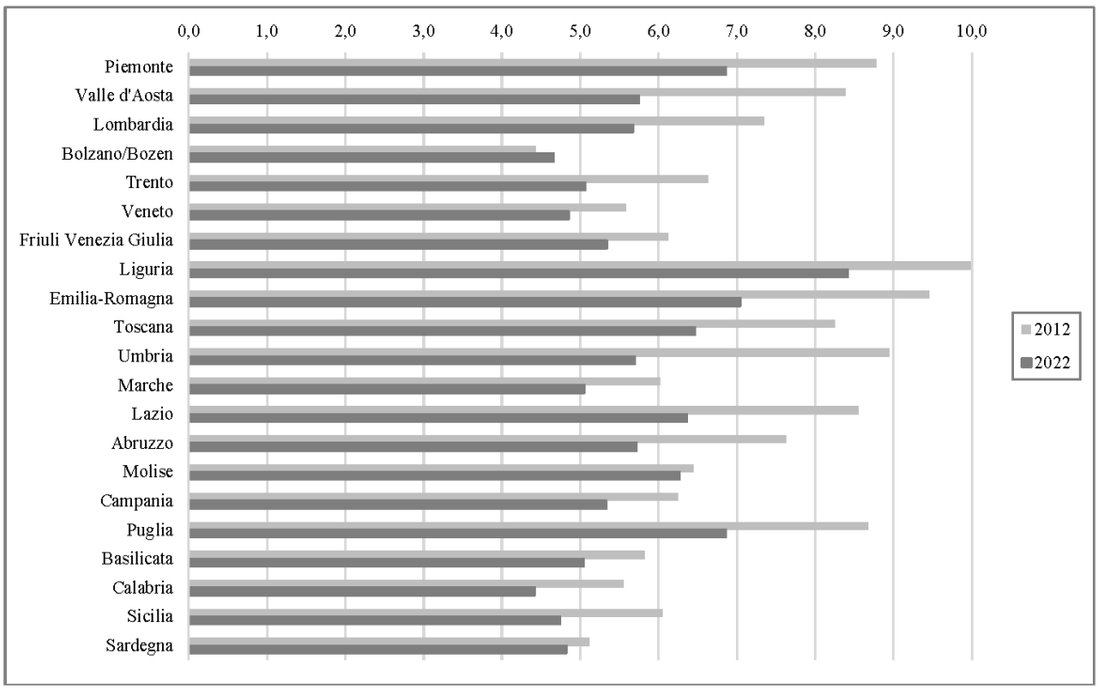
Grafico 1 - *Tasso (standardizzato per 1.000) di abortività volontaria di donne di età 15-49 anni per classe di età - Anni 1982, 1992, 2002, 2012, 2022*



Fonte dei dati: Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 346

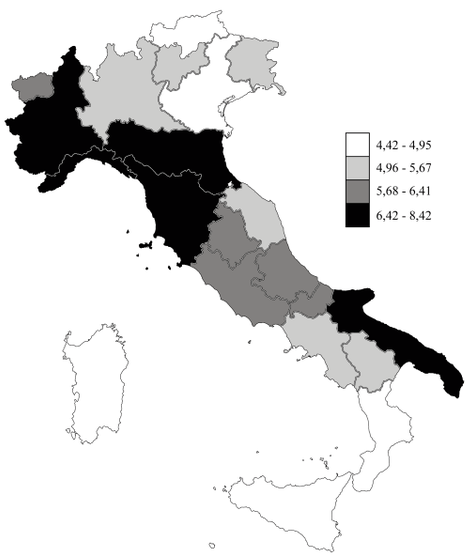
Grafico 2 - *Tasso (standardizzato per 1.000) di abortività volontaria di donne di età 15-49 anni per regione - Anni 2012, 2022*



Nota: A causa di incompletezza dei dati i tassi delle seguenti regioni sono stati stimati: Umbria, Abruzzo, Campania, Puglia e Sicilia per l'anno 2012; Emilia-Romagna, Umbria e Sicilia per l'anno 2022.

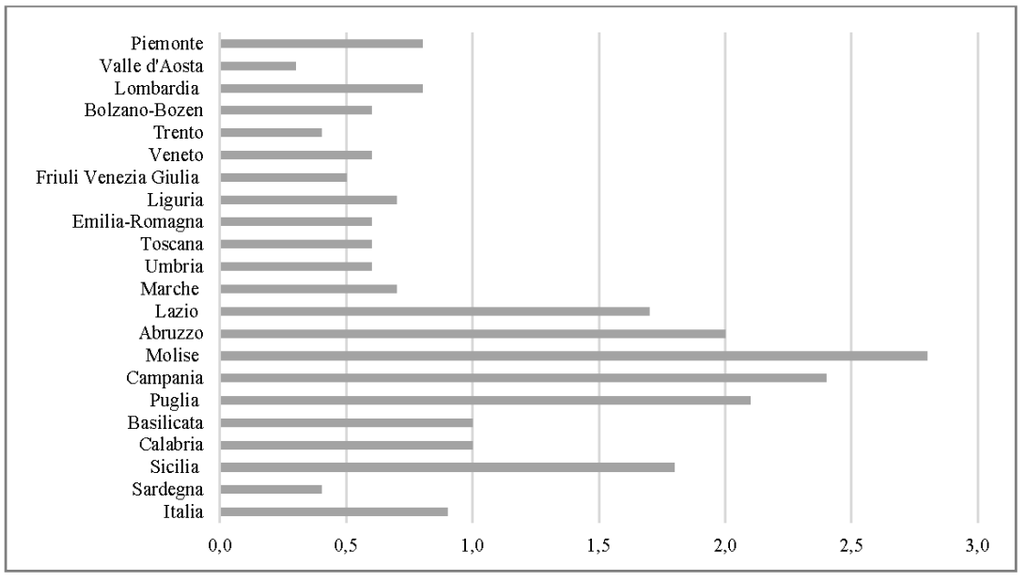
Fonte dei dati: Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anno 2023.

Tasso (standardizzato per 1.000) di abortività volontaria di donne di età 15-49 anni per regione. Anno 2022



Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 347

Grafico 3 - *Abortività (valori per 100) volontaria di donne di età 15-49 anni, per tipo di metodo utilizzato e regione - Anno 2021*



Fonte dei dati: Ministero della Salute, Monitoraggio ad hoc sull'obiezione di coscienza. Anno 2023. Istituto Superiore di Sanità, Sistema di Sorveglianza dell'IVG. Anno 2023.

Tabella 1 - *Abortività (valori per 100) volontaria di donne di età 15-49 anni per tipo di metodo utilizzato (chirurgico o farmacologico), giorni di attesa, indicazione di urgenza, terapia antalgica e complicazioni per regione - Anno 2022*

Regioni	Metodo chirurgico									
	Giorni di attesa			Terapia Antalgica				Complicazioni		
	≤14	<63	Urgenza	Nessuna	Analgesia senza anestesia	Anestesia locale	Anestesia generale	Mancato aborto	Altra	Nessuna
Piemonte	72,2	59,5	33,6	1,6	1,0	0,5	96,6	0,2	0,1	99,7
Valle d'Aosta	65,2	80,9	0,0	4,3	2,1	14,9	76,6	2,1	0,0	97,9
Lombardia	55,7	69,3	9,2	0,5	2,5	3,1	93,2	0,2	0,4	99,4
Bolzano-Bozen	*66,2*	*71,3*	*7,3*	*0,6*	*0,3*	*0,0*	*99,1*	*0,3*	*0,3*	*99,4*
Trento	*55,6*	*51,7*	*18,5*	*0,0*	*0,0*	*0,0*	*99,3*	*0,0*	*0,7*	*99,3*
Veneto	43,3	59,9	10,4	1,7	1,9	0,4	95,5	0,1	0,4	99,5
Friuli Venezia Giulia	63,4	71,2	13,5	1,1	0,9	0,2	97,9	0,0	0,9	99,1
Liguria	56,7	59,5	15,0	1,9	0,8	1,3	95,0	0,4	2,0	97,6
Emilia-Romagna	86,5	73,5	22,7	1,0	1,4	0,9	93,0	0,5	0,9	98,7
Toscana	73,3	67,3	29,2	6,1	2,3	10,9	74,3	0,0	0,9	99,1
Umbria	51,9	65,1	9,4	0,8	0,8	4,1	92,6	0,0	2,3	97,7
Marche	67,3	86,4	10,7	1,2	0,7	15,7	82,3	0,1	0,4	99,5
Lazio	74,2	69,3	30,2	16,3	0,0	4,6	78,3	0,3	0,3	99,4
Abruzzo	64,1	88,4	19,8	1,5	0,0	0,9	96,9	0,1	0,0	99,9
Molise	73,6	91,4	7,6	0,5	0,0	0,0	99,5	0,0	0,0	100,0
Campania	67,9	83,7	20,9	0,8	0,3	0,2	98,5	0,1	0,2	99,7
Puglia	78,6	84,9	24,2	0,9	0,4	0,1	98,5	0,4	0,2	99,4
Basilicata	84,2	58,6	13,3	4,2	4,2	0,0	86,4	0,8	0,8	98,3
Calabria	64,8	72,6	5,5	2,2	0,0	0,3	97,5	0,3	0,0	99,7
Sicilia	62,0	78,9	5,7	0,5	4,2	0,3	94,5	0,3	0,4	99,3
Sardegna	77,4	77,3	15,5	0,4	2,0	0,9	96,2	0,1	0,6	99,2
Italia	**65,8**	**73,3**	**17,3**	**2,7**	**1,5**	**2,5**	**92,3**	**0,2**	**0,4**	**99,3**

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 348

Tabella 1 - (segue) *Abortività (valori per 100) volontaria di donne di età 15-49 anni per tipo di metodo utilizzato (chirurgico o farmacologico), giorni di attesa, indicazione di urgenza, terapia antalgica e complicazioni per regione - Anno 2022*

Regioni	Metodo farmacologico						
	Giorni di attesa		Terapia Antalgica			Complicazioni	
	≤14	<63	Urgenza	Nessuna	Mancato aborto	Altra	Nessuna
Piemonte	94,2	94,5	40,1	92,6	1,4	1,2	97,4
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	93,3	96,7	2,2	75,6	2,2	2,2	95,6
Lombardia	85,3	92,2	6,2	73,6	2,0	1,1	97,0
Bolzano-Bozen	*94,8*	*92,2*	*8,3*	*96,4*	*0,0*	*0,0*	*100,0*
Trento	*84,8*	*93,2*	*8,5*	*82,7*	*5,5*	*2,0*	*92,6*
Veneto	73,5	93,7	7,1	79,3	1,8	2,2	96,1
Friuli Venezia Giulia	94,2	89,3	8,1	65,6	1,9	1,0	97,1
Liguria	85,8	95,8	8,6	94,9	3,4	1,5	95,1
Emilia-Romagna	96,5	93,6	33,0	38,4	4,0	2,4	93,6
Toscana	90,4	95,9	35,2	83,3	1,3	2,0	96,7
Umbria	86,9	97,8	12,2	85,8	0,9	0,5	98,6
Marche	93,2	90,8	16,6	86,8	0,0	3,1	96,9
Lazio	97,8	94,8	75,8	95,2	1,5	0,9	97,6
Abruzzo	88,2	92,0	13,3	44,6	1,4	0,8	97,8
Molise	97,3	98,6	5,4	100,0	0,0	0,0	100,0
Campania	89,5	95,4	34,4	94,6	1,1	0,7	98,2
Puglia	93,1	89,7	64,0	89,0	1,2	0,6	98,1
Basilicata	89,6	89,1	14,0	79,7	6,4	2,1	91,4
Calabria	88,5	93,7	23,6	99,0	0,6	0,1	99,3
Sicilia	82,3	83,7	8,9	88,2	1,4	0,5	98,1
Sardegna	93,1	91,7	17,8	72,0	7,4	0,4	92,2
Italia	**90,6**	**93,2**	**32,1**	**80,0**	**2,0**	**1,2**	**96,7**

Nota: Per aborto farmacologico si considerano le voci "Solo mifepristone" e "Mifepristone più prostaglandine". Per aborto chirurgico si considerano le voci "Raschiamento", "Karman" e "Altre forme di isterosuzione".
Nel calcolo delle percentuali sono stati eliminati dal denominatore i casi di "non indicato" per la variabile di interesse.
Fonte dei dati: Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anno 2023.

Tabella 2 - *Consultori familiari (valori assoluti), interruzioni volontarie di gravidanza (valori assoluti), Consultori familiari che effettuano counselling (valori per 100), colloqui (valori assoluti), certificati rilasciati (valori per 100) e controlli post-Interruzione Volontaria di Gravidanza (valori assoluti) per regione - Anno 2021*

Regioni	N Consultori familiari	N IVG	Consultori familiari che effettuano counselling	N colloqui	Certificati rilasciati	N controlli post-IVG
Piemonte	145	5.361	71,0	3.483	67,9	1.500
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	10	114	40,0	0	10,5	0
Lombardia	238	1.0747	46,6	5.530	45,1	2.290
Bolzano-Bozen	*40*	*494*	*10,0*	*17*	*2,0*	*1*
Trento	*12*	*561*	*91,7*	*552*	*79,1*	*325*
Veneto	110	4.086	88,2	3.418	55,6	730
Friuli Venezia Giulia	35	1.219	80,0	937	56,8	612
Liguria	50	1.976	60,0	909	48,9	199
Emilia-Romagna	275	5.701	61,8	7.258	65,7	1.926
Toscana	167	4.284	63,5	2.600	47,8	1.262
Umbria	48	856	50,0	765	69,6	221
Marche	68	1124	4,4	154	17,3	185
Lazio	132	6.929	87,9	8.298	43,4	1.451
Abruzzo	54	1.326	75,9	436	20,9	95
Molise	6	242	50,0	36	13,6	23
Campania	138	5.810	75,4	7.353	73,4	1.385
Puglia	145	5.152	88,3	2.004	33,6	840
Basilicata	26	399	65,4	129	26,3	44
Calabria	64	1.559	89,1	470	35,5	3.201
Sicilia	188	4.331	95,2	1.585	32,6	407
Sardegna	64	1.382	67,2	260	16,0	97
Italia	**2.015**	**63.653**	**68,4**	**46.194**	**48,8**	**16.794**

Fonte dei dati: Ministero della Salute, Monitoraggio ad hoc sull'attività dei consultori familiari. Anno 2021. Istituto Superiore di Sanità, Sistema di Sorveglianza dell'IVG. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 349

Raccomandazioni di Osservasalute

I dati confermano il costante andamento in diminuzione dell'IVG in Italia nonostante un aumento congiunturale dovuto al post pandemia del numero assoluto e del tasso registrato nel 2022. La riduzione coinvolge, inoltre, tutte le categorie di donne, comprendendo le giovani, le minorenni, le nubili e le straniere (vedere Capitolo "Salute della popolazione straniera"), a sostegno dell'ipotesi di un maggiore ricorso ai metodi per la procreazione responsabile, grazie alle maggiori conoscenze delle donne e ad una migliore offerta da parte dei servizi sanitari. Resta implicita la necessità di continuare a seguire con attenzione le donne in condizioni sociali svantaggiate, attraverso programmi di prevenzione volti a promuovere il modello dell'*empowerment* (promozione della riflessione sui vissuti e sviluppo di consapevolezze e competenze per scelte autonome) come storicamente raccomandato dalla Carta di Ottawa e dal Progetto Obiettivo Materno-Infantile.

I dati sulle procedure adottate per l'esecuzione degli interventi e sulla disponibilità di un numero appropriato di servizi e operatori sanitari rilevano ancora alcune criticità, ma anche alcuni miglioramenti che potrebbero ridurre l'impatto fisico ed emotivo della procedura sulla donna. Si raccomanda di diffondere maggiormente l'utilizzo dell'aborto farmacologico che permetterebbe di anticipare le procedure ad epoche gestazionali più precoci, eliminare il ricorso all'anestesia generale e ridurre le IVG chirurgiche mediante raschiamento, procedure entrambe associate a maggiori rischi di salute per la donna. Si raccomanda, inoltre, di organizzare percorsi dedicati all'offerta dell'aborto farmacologico anche nelle strutture extraospedaliere, come previsto dalle nuove Linee di indirizzo del Ministero della Salute, e di organizzare percorsi che facilitino la tempistica delle procedure amministrative tra la data di certificazione e quella della somministrazione del farmaco, in considerazione della limitazione alle 9 settimane di gestazione previste per l'aborto farmacologico.

Con l'obiettivo di rafforzare la rete dei referenti del sistema di sorveglianza, migliorare la qualità del dato e affrontare le criticità emerse dalla sorveglianza epidemiologica, il Ministero della Salute, nell'ambito del programma CCM 2022, ha approvato quale Azione Centrale il Progetto: "Interventi per il miglioramento della qualità dei dati, dell'offerta e dell'appropriatezza delle procedure di esecuzione e della divulgazione delle informazioni sull'interruzione volontaria di gravidanza" affidandone il coordinamento scientifico all'ISS, in collaborazione con Istat, AIFA, Società Scientifiche di settore, il Tavolo "Immigrazione e Salute", Regioni e PA. Il Progetto, della durata di 2 anni, rientra tra le attività di ricerca promosse dal sistema di sorveglianza ISS-Regioni e include obiettivi relativi ad aspetti organizzativi e assistenziali del percorso IVG, emersi come critici e suscettibili di miglioramento. Gli aspetti presi in esame dal progetto includono: 1. il miglioramento della qualità dei dati; 2. il miglioramento dell'appropriatezza delle procedure relative al percorso IVG; 3. la divulgazione delle informazioni sull'IVG ai cittadini.

Riferimenti bibliografici

(1) Ministero della Salute (2020), Aggiornamento delle "Linee di indirizzo sulla interruzione volontaria di gravidanza con mifepristone e prostaglandine", Disponibile sul sito: www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=75683&parte=1%20&serie=null.
(2) Ministero della Salute (2023), Relazione del Ministro della Salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione della gravidanza (Legge 194/78). Dati 2021. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioPubblicazioniDonna.jsp?lingua=italiano&id=3367.
(3) Istat, L'interruzione volontaria di gravidanza in Italia. Anno 2022. Disponibile sul sito: http://dati.istat.it.
(4) Eurostat (2013), Revision of the European Standard Population, Report of Eurostat's Task Force, Methodologies and Working Paper, 2013 edition. Disponibile sul sito: http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3859598/5926869/S-RA-13-028-EN.PDF.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 350

Rapporto di mortalità materna

Dott.ssa Alice Maraschini, Dott.ssa Donatella Mandolini, Dott. Giovanni Baglio, Dott.ssa Giada Minelli, Dott.ssa Serena Donati

Il sistema avanzato di sorveglianza ostetrica, coordinato dall'*Italian Obstetric Surveillance System* (ItOSS) dell'ISS, stima la *Maternal Mortality Ratio* (MMR) ed attribuisce le cause dei decessi sia attraverso procedure di *record linkage* di flussi sanitari che mediante notifica dei casi incidenti di morte materna e relativa revisione critica. Quest'ultima, viene effettuata con indagini confidenziali che facilitano la definizione delle cause e permettono sia di valutare l'appropriatezza dei percorsi assistenziali che di definire l'evitabilità delle morti materne (1, 2). La sorveglianza ItOSS, inclusa tra quelle di interesse nazionale previste dal Decreto Ministeriale del 3 marzo 2017, nel 2023 ha stimato per la prima volta nel Paese il MMR nazionale, ricorrendo ad un innovativo approccio metodologico che prevede l'integrazione di diverse fonti di dati e di diversi metodi di rilevazione.
Dal 2008 al 2022, le procedure di *record-linkage* tra Registri di mortalità e SDO sono state effettuate a livello regionale solo da alcune dalle unità operative delle regioni partecipanti alla sorveglianza. L'indisponibilità di dati nominali dei flussi a livello nazionale non ha mai permesso una stima per l'Italia intera. L'accesso alle SDO del PNE nel 2023 ha permesso di realizzare procedure di record linkage nazionale, grazie alla disponibilità dell'informazione sullo "stato in vita" e, ove applicabile, della data del decesso. Queste informazioni sono state rese disponibili centralmente dal Ministero della Salute per potenziare le informazioni cliniche e amministrative delle SDO utilizzate dal PNE.
La chiave di linkage utilizzata per la stima nazionale del MMR include la data di nascita, la data di morte, la regione di residenza e la cittadinanza delle donne. Ogni donna residente o presente sul territorio italiano al momento del decesso e dimessa da qualunque presidio sanitario, pubblico o privato, a seguito di un ricovero per gravidanza o per un suo esito (ovvero aborto spontaneo, IVG, gravidanza ectopica, morte in utero o nato), è stata inclusa nelle procedure di linkage per identificare le morti materne avvenute entro 365 giorni dall'esito della gravidanza negli anni compresi tra il 2011 e il 2019. L'intervallo dei 365 giorni è stato calcolato in base alla data dell'ultimo ricovero ospedaliero della donna. I decessi identificati, in base alla classificazione OMS - ICD-10 (3), sono stati classificati come morti materne (se occorse in gravidanza o entro 42 giorni dal suo esito) e come morti materne tardive (se occorse tra 43-365 giorni dall'esito della gravidanza). Tutti i decessi sono stati attribuiti alla regione di occorrenza, indipendentemente da quella di residenza della donna. I dati delle precedenti procedure nominali di *record linkage* effettuate in 10 regioni sono stati utilizzati per validare la qualità dei dati scaturiti dal metodo integrato. La categorizzazione delle morti materne in dirette (ovvero dovute a complicazioni ostetriche della gravidanza, interventi, omissioni, trattamenti inadeguati oppure a una combinazione di uno o più dei precedenti eventi) e indirette (ovvero dovute a condizioni morbose precedenti o insorte in gravidanza, non per cause ostetriche dirette, ma aggravate dall'effetto fisiologico della gravidanza) ha permesso di calcolare il Rapporto di Mortalità Materna Diretta (DMMR) e di confrontare le nuove stime con quelle già pubblicate da ItOSS a partire dall'anno 2006. Nel rispetto delle indicazioni dell'OMS, e a differenza di quanto effettuato nelle precedenti analisi, i suicidi sono stati classificati come morti dirette, la dissecazione aortica è stata inclusa nella patologia cardiaca e le neoplasie associate alla morte materna sono state ristrette a quelle dei tumori genitali femminili e della cute. È stata condotta anche un'analisi secondaria classificando le morti materne in base a un "approccio tematico", che non tiene conto della distinzione tra morti dirette o indirette, per valutare la frequenza relativa delle cause di morte nel loro insieme (4).
Dal 2011 al 2019, in Italia sono stati registrati 4.373.438 nati vivi e l'MMR è risultato pari a 8,4 morti ogni 100.000 nati vivi, con forte variabilità per area geografica e per regione, con un range compreso tra 3,6 in Toscana e 13,1 per 100.000 in Sicilia. Nello stesso arco temporale, l'MMR stimato attraverso i soli certificati di morte era pari a 3,9 per 100.000, con una sottostima del 54% analoga a quella rilevata nelle precedenti analisi (1). Il DMMR, pari a 5,1 per 100,000 era maggiore nelle regioni meridionali, dove è risultato associato a oltre il 65% del totale dei decessi materni.
Nel 2019, il MMR nazionale è risultato pari a 8,6 decessi ogni 100.000 nati vivi, in significativa riduzione rispetto alle 11,0 morti per 100.000 stimate nel 2011. Per la prima volta, in Italia, nel triennio 2017-2019 è stata rilevata una convergenza degli MMR specifici per area geografica che ha azzerato le significative differenze che vedevano il Meridione e le Isole con MMR consistentemente più alti (10,5 per 100.000) rispetto al Centro (5,9 per 100.000) e al Nord (7,7 per 100.000) nell'intero periodo di osservazione 2011-2019.
L'età materna ≥35 anni (RR = 2,10, 95% IC 1,71-2,57) e >40 anni (RR = 2,30, 95% IC 2,30-3,84) e la cittadinanza straniera (RR = 1,40, 95% IC 1,11-1,78) sono le caratteristiche materne associate ad un aumentato rischio di morte materna negli anni presi in esame.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 351

La *performance* del nuovo metodo integrato di *record-linkage* ha consentito di migliorare la robustezza della stima del MMR recuperando un 21% di casi, persi per l'uso di una chiave di *linkage* non nominale, e un 11% di casi, persi a causa della mobilità interregionale delle donne non rilevabile con le procedure di linkage regionali. Nonostante la maggiore accuratezza del metodo integrato, persiste un margine di possibile miglioramento legato alla variabilità della quota parte di MMR rilevata dalle procedure di *record linkage* nelle diverse regioni e all'indisponibilità delle stime regionali in 8 regioni.

Sul totale delle 368 morti materne identificate entro 42 giorni dall'esito della gravidanza, l'emorragia ostetrica è la prima per frequenza (MMR = 1,74 per 100.000), seguita da sepsi (MMR = 1,12 per 100.000), patologia cardiaca (MMR = 0,91 per 100.000), tromboembolismo (MMR = 0,64 per 100.000) e disordini ipertensivi della gravidanza (MMR = 0,62 per 100.000).

Sul totale delle 308 morti materne tardive, identificate tra 43 and 365 giorni dall'esito della gravidanza, il suicidio è la prima causa per frequenza (29,9%), seguita dalle neoplasie (28,6%) e dalla patologia cardiaca (11,7%).

La ricerca per migliorare i metodi e descrivere in maniera accurata il trend della mortalità materna e le sue cause richiede continua innovazione e validazione. L'integrazione delle procedure di *record linkage* di livello nazionale e regionale ha consentito di migliorare la precisione delle stime e di affrontare le limitazioni di entrambi i metodi, sfruttando i rispettivi punti di forza. La stima nazionale ha permesso di disporre di un MMR nelle regioni prive di una stima e di calcolare la mobilità interregionale includendo le donne non residenti. Le stime regionali, grazie a chiavi di *linkage* più robuste e alla possibilità di *linkage* con altri flussi, quali il CedAP, hanno facilitato altri approfondimenti utili ad una più accurata attribuzione delle cause dei decessi. I limiti del metodo integrato includono l'attuale indisponibilità di un MMR in tutte le regioni e la riclassificazione di alcune cause di morte (come, ad esempio, i suicidi) rispetto alle precedenti analisi ItOSS.

Il MMR di 8,4 per 100.000 nati vivi stimato per gli anni 2011-2019 è in linea con i dati degli altri 7 Paesi europei che si sono dotati di un sistema di sorveglianza ostetrica avanzato come quello coordinato da ItOSS (5). La disamina delle cause ha evidenziato che il suicidio e le morti indirette, come la patologia cardiovascolare e le neoplasie, sono aree di prioritario interesse anche in Italia come in tutti Paesi ad avanzato sviluppo economico, dove i decessi dovuti alle complicanze ostetriche sono stati ridotti grazie a una migliore prevenzione e gestione della loro quota evitabile. In Italia, al contrario degli altri Paesi europei, permane alto l'MMR specifico per emorragia ostetrica (1,74 per 100.000) nonostante una sua considerevole riduzione rispetto alla prima rilevazione (2,49 per 100.000) in 6 regioni (Piemonte, Emilia-Romagna, Lazio, Campania e Sicilia) che coprivano il 49% dei nati nel Paese.

Affrontare efficacemente le condizioni non correlate alle morti dirette dovute a complicazioni ostetriche richiede un cambiamento culturale nella pratica clinica, investendo maggiormente e più efficacemente nella prevenzione e promozione della salute, oltre che nella diagnosi precoce. Occorre, inoltre, migliorare l'approccio multidisciplinare nell'offerta delle cure, specie in caso di emergenze assistenziali.

L'esperienza di ItOSS sottolinea il ruolo proattivo del sistema di sorveglianza avanzata che, oltre a descrivere l'andamento della mortalità e grave morbosità materna nel tempo, promuove e coordina iniziative proattive volte a produrre conoscenza utile all'azione e ne valida l'impatto in termini di benefici di salute per madri e neonati (6).

Riferimenti bibliografici

(1) Donati S, Maraschini A, Lega I, D'Aloja P, Buoncristiano M, Manno V, et al. Maternal mortality in Italy: Results and perspectives of record-linkage analysis. Acta Obstet Gynecol Scand 2018 Nov; 97 (11): 1.317-1.324.
(2) Donati S, Maraschini A, Dell'Oro S, Lega I, D'Aloja P. Regional Maternal Mortality Working Group. The way to move beyond the numbers: the lesson learnt from the Italian Obstetric Surveillance System. Ann Ist Super Sanita 2019 Oct-Dec; 55 (4): 363-370.
(3) WHO The WHO application of ICD-10 to deaths during pregnancy, childbirth and puerperium: ICD-MM. World Health Organization, Geneva 2012.
(4) van den Akker T, Nair M, Goedhart M, Schutte J, Schaap T, Knight M; Netherlands Audit Committee Maternal Mortality Morbidity; UK Confidential Enquiry into Maternal Deaths. Maternal mortality: direct or indirect has become irrelevant. Lancet Glob Health. 2017 Dec; 5 (12): e1181-e1182.
(5) Diguisto C, Saucedo M, Athanasios K, et al. Maternal mortality in eight European countries with enhanced surveillance systems: descriptive population-based study. BMJ2022;379:e070621.
(6) Donati S, Buoncristiano M, Lega I et al. The Italian Obstetric Surveillance System: Implementation of a bundle of population-based initiatives to reduce haemorrhagic maternal deaths. PLoS ONE 2021; 16 (4): e0250373.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 352

Sorveglianza Bambini 0-2 anni: i principali risultati della rilevazione 2022

Dott.ssa Enrica Pizzi, Dott. Michele Antonio Salvatore, Sig. Mauro Bucciarelli, Sig.ra Silvia Andreozzi, Sig.ra Monica Pirri, Dott.ssa Gabriella Martelli, Dott.ssa Renata Bortolus, Dott.ssa Maria Grazia Privitera, Dott.ssa Serena Donati, Gruppo di Lavoro Sorveglianza Bambini 0-2 anni 2022*

Investire nei primi 1.000 giorni di vita

La salute degli individui è il prodotto di un articolato intreccio di aspetti genetici, comportamentali, psicologici, socio-economici e ambientali che possono agire come fattori di rischio o di protezione.
Nei primi 1.000 giorni di vita, periodo che intercorre tra il concepimento e i primi 2 anni di vita del bambino, questi aspetti assumono un peso maggiore in quanto la loro conoscenza permette di promuovere interventi precoci per migliorare la traiettoria di sviluppo psico-fisico dei bambini. Il tema dei primi 1.000 giorni di vita rientra a pieno titolo nei *Sustainable Development Goals* 2015-2030 (1) che promuovono, a livello globale, l'accesso a uno sviluppo precoce di qualità dei bambini.
Grazie alle indicazioni dell'OMS (2, 3), fornite in questi ultimi anni per rafforzare politiche e programmi a tutela dello sviluppo nella prima infanzia, e al documento dell'Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS sull'*early child development* (4), anche in Italia è stato possibile redigere un Documento d'indirizzo sui primi 1.000 giorni di vita diretto a genitori, operatori sanitari e *policy maker* (5), in linea con le raccomandazioni internazionali allo scopo di sistematizzare le principali conoscenze e gli interventi protettivi, a oggi disponibili, relativi ai primi 1.000 giorni di vita per programmare azioni di salute pubblica.
I programmi d'intervento in questa primissima fase di vita sono particolarmente importanti per gli esiti di salute che riguardano i bambini e gli adulti che saranno, ma anche i genitori e la collettività.
In un'ottica di definizione di politiche per la tutela e la promozione della salute, i sistemi di sorveglianza di popolazione rappresentano uno strumento strategico a sostegno della salute pubblica. Grazie ad essi è possibile raccogliere informazioni sull'andamento di condizioni morbose e fattori di rischio, studiare l'influenza dei determinanti di salute, evidenziare le diseguaglianze, identificare le priorità sulle quali intervenire e osservare l'impatto delle politiche e degli interventi adottati.
A tal fine, per l'area dei primi 1.000 giorni di vita, nel nostro Paese è attivo il Sistema di Sorveglianza 0-2 anni sui principali determinanti di salute del bambino (Sorveglianza Bambini 0-2 anni) che, dopo una prima sperimentazione nel 2013 in 13 Distretti Sanitari in 6 regioni (7), è stata inclusa tra le sorveglianze di rilevanza nazionale dal Decreto Ministeriale del 3 marzo 2017 assegnandone il coordinamento all'ISS, in collaborazione con le regioni e le PA (6). Nel 2018, la Sorveglianza ha coinvolto 11 regioni (8) e nel 2022 ha raggiunto la copertura nazionale, salvo che per la PA di Bolzano che non è riuscita a completare la raccolta dati e il Molise che ha avuto difficoltà ad avviarla. La Toscana partecipa mettendo a disposizione i risultati dell'Indagine sul percorso nascita, già attiva sul proprio territorio e coordinata dalla Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa (9).
La Sorveglianza permette di stimare le prevalenze di comportamenti protettivi o a rischio per la salute dei bambini con l'obiettivo di definire programmi di promozione della loro salute psico-fisica nei primi 1.000 giorni di vita. Gli indicatori monitorati dalla Sorveglianza sono richiesti dall'OMS e/o dai Piani Nazionali e Regionali della Prevenzione.
A partire dall'esperienza maturata negli anni dal Programma GenitoriPiù (10), la Sorveglianza si pone l'obiettivo di promuovere e sostenere la produzione di conoscenza utile alla formazione continua degli operatori socio-sanitari in relazione ai determinanti di salute, all'*empowerment* delle famiglie e delle comunità e rappresenta uno strumento utile all'orientamento delle attività in ambito materno-infantile.

La Sorveglianza Bambini 0-2 anni: i principali risultati della raccolta dati 2022

La Sorveglianza Bambini 0-2 anni si avvale di un Coordinamento Nazionale composto da ricercatrici e ricercatori dell'ISS con funzione tecnico-scientifica, di referenti regionali e locali con funzioni di coordinamento e supporto alla raccolta dati e alla diffusione dei risultati, di un Comitato Tecnico Scientifico formato da esperti con funzioni di indirizzo e supporto tecnico-scientifico e da uno *Steering Committee* che riunisce le principali Società Scientifiche, Federazioni e Associazioni di settore per promuovere la diffusione dei risultati tra i professionisti, i decisori e i vari portatori d'interesse.
Il protocollo e gli strumenti per la raccolta dati hanno avuto l'approvazione del Comitato Etico dell'ISS.
La popolazione in studio è costituita dalle madri di bambini fino ai 2 anni di età che accedono ai Centri Vaccinali, identificati come luogo ideale per intercettare e selezionare i bambini e intervistare le loro madri in occasione della 1ª, 2ª e 3ª dose anti-difterite-tetano-pertosse/difterite, tetano, pertosse, poliomielite, epatite B ed haemophilus influenzae di tipo B - e della 1ª dose morbillo-pertosse-rosolia e varicella, corrispondenti indi-

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 353

cativamente al 3°, 5°, 12° e 15° mese di vita. Per ciascuna dose vengono reclutate tutte le mamme che accompagnano i bambini presso i Centri Vaccinali fino al raggiungimento della numerosità campionaria stabilita in fase di disegno della Sorveglianza; ogni mamma può essere intervistata una sola volta.
La Sorveglianza prevede una rappresentatività del campione a livello regionale e, per le regioni che lo richiedono, anche a livello di Azienda sanitaria.
Il questionario, anonimo e disponibile in più lingue, raccoglie informazioni su: assunzione di acido folico, consumo di tabacco e bevande alcoliche in gravidanza e in allattamento, allattamento, posizione in culla, sicurezza domestica e in automobile, intenzioni vaccinali, lettura in famiglia ed esposizione dei bambini a schermi (tablet, cellulari, computer, TV). Il questionario è autocompilato dalle mamme on-line attraverso un proprio *electronic device* (cellulare/tablet) o in formato cartaceo, dopo aver preso visione delle informazioni *privacy* e con il supporto di un operatore del Centro Vaccinale.
Tutti i professionisti coinvolti nella Sorveglianza (referenti regionali, locali e operatori direttamente coinvolti nella raccolta dei dati) vengono formati sia sugli aspetti metodologici legati alle operazioni di raccolta, inserimento e trasmissione dei dati, che sui determinanti di salute indagati.
Nella seconda edizione della rilevazione sono state intervistate, tra giugno e ottobre 2022, 35.550 mamme con tassi di partecipazione a livello regionale compresi tra l'89,2-98,6%.
Nella Figura 1 sono indicate le regioni partecipanti alla Sorveglianza con i relativi tassi di partecipazione.
I risultati sono stati diffusi nell'ambito di un Convegno Nazionale svoltosi il 23 marzo 2023 presso l'ISS (11).
I risultati mostrano che, in tutte le regioni partecipanti alla Sorveglianza, oltre il 90% delle mamme ha riferito di aver assunto acido folico in occasione della gravidanza, ma soltanto il 32,1% lo ha fatto in maniera appropriata, ovvero da almeno 1 mese prima del concepimento fino alla fine del terzo mese di gestazione, con una elevata variabilità territoriale compresa tra il 21,4% in Sicilia e il 41,6% in Veneto e con valori più alti nelle regioni del Nord rispetto a quelle del Centro-Sud ed Isole. La quota risulta pari al 42,5% in Toscana, dai dati dell'Indagine sul percorso nascita condotta nella regione nel 2022.
Per quanto riguarda il consumo di tabacco, il 6,4% delle mamme ha dichiarato di aver fumato in gravidanza con una variabilità regionale compresa tra il 2,9% in Calabria e il 10,3% in Valle d'Aosta. La quota di fumatrici tra le mamme che stavano allattando risulta più alta che in gravidanza in quasi tutte le regioni, variando tra il 4,9% (Veneto) e il 13,9% (Sicilia).
La percentuale di bambini potenzialmente esposti al fumo passivo, a causa della presenza di almeno un genitore e/o altra persona convivente fumatrice, varia dal 27,4% (PA di Trento) al 46,6% (Sicilia), con valori tendenzialmente più elevati nelle regioni meridionali.
La grande maggioranza delle mamme non ha assunto bevande alcoliche in gravidanza.
Tra le mamme che hanno dichiarato di aver consumato bevande alcoliche (anche solo una piccola quantità pari a mezzo bicchiere di vino o una birra piccola o un aperitivo), il 14,9% lo ha fatto 1-2 volte al mese, il 2,8% 3-4 volte al mese e lo 0,9% 2 o più volte a settimana. Il consumo di alcol risulta, pertanto, contenuto ma più diffuso tra le mamme del Centro-Nord. In tutte le regioni il consumo di alcol in allattamento risulta più diffuso che in gravidanza, confermando la presenza di prevalenze più elevate nelle regioni del Centro-Nord. Tra le mamme che allattano, la quota che ha riferito di aver assunto alcol almeno 3-4 volte nell'ultimo mese dall'intervista aumenta al crescere dell'età del bambino, variando dal 3,4% (Basilicata) al 12,9% (Emilia-Romagna) nella fascia 2-5 mesi e dal 3,4% (Campania) al 17,5% (Emilia-Romagna) nella fascia 11-15 mesi. La quota in Toscana risulta pari al 18,2% a 3 mesi dal parto.
Per quanto riguarda l'allattamento il 46,7% dei bambini di 2-3 mesi viene allattato in maniera esclusiva, con una elevata variabilità regionale caratterizzata da quote più basse nel Meridione rispetto al Centro-Nord e comprese tra il 29,6% in Sicilia e il 62,5% nella PA di Trento. L'allattamento esclusivo si riduce sensibilmente nella fascia 4-5 mesi variando tra il 13,5% della Sicilia e il 43,2% della PA di Trento e del Friuli Venezia Giulia. Analizzando la diffusione dell'allattamento oltre l'anno di vita, la quota di bambini che riceve latte materno nella fascia 12-15 mesi risulta variare tra il 24,8% (Campania) e il 46,2% (Marche), con valori anche in questo caso più bassi nel Mezzogiorno. La quota in Toscana risulta pari al 49,7% a 12 mesi dal parto. Il 13,0% dei bambini risulta non essere mai stato allattato, con quote tendenzialmente più alte nelle regioni meridionali e, complessivamente, comprese tra il 7,0% (Marche) e il 17,2% (Sicilia).
Nella settimana precedente l'intervista, la quota di bambini a cui non è stato letto alcun libro risulta pari al 58,3% nella fascia 2-5 mesi, con valori più alti nelle regioni meridionali e compresi tra il 38,3% (PA di Trento) e il 69,7% (Sicilia). Al crescere dell'età la quota di bambini non esposti a lettura si riduce in tutte le regioni, continuando però ad assumere valori non trascurabili soprattutto nel Meridione, dove in diverse regioni supera il 40%.
Il 22,1% dei bambini di 2-5 mesi passa del tempo davanti a TV, computer, tablet o telefoni cellulari.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 354

A livello territoriale la quota varia tra il 13,6% nella PA di Trento e il 30,3% in Sicilia e Puglia, assumendo valori più elevati nelle regioni meridionali. La maggior parte dei bambini esposti passa <1 ora al giorno davanti a uno schermo, ma dall'1,9% (Veneto) al 9,1% (Calabria) vi trascorre almeno 1-2 ore. I livelli di esposizione crescono all'aumentare dell'età in tutte le regioni e, tra i bambini di 11-15 mesi, coloro che passano almeno 1-2 ore al giorno davanti a uno schermo arrivano a variare tra il 6,5% (PA di Trento) e il 39,3% (Calabria) confermando la presenza di livelli di esposizione più elevati nelle regioni meridionali.

I due terzi delle mamme ha dichiarato di mettere a dormire il proprio bambino a pancia in su (66,7%). A livello territoriale la quota varia tra il 53,2% in Sicilia e il 79,0% nella PA di Trento, con valori tendenzialmente più elevati nelle regioni del Nord. Il bambino viene messo a dormire di lato in oltre il 20% dei casi in quasi tutte le regioni meridionali e nel Lazio.

Ha dichiarato di voler effettuare tutte le vaccinazioni previste il 76,1% delle mamme. A livello territoriale la quota varia tra il 68,6% in Valle d'Aosta e l'83,7% in Basilicata. Laddove tali quote risultano più basse si rilevano percentuali più alte di mamme intenzionate ad effettuare solo le vaccinazioni obbligatorie (tra il 10,2% in Basilicata e il 23,8% in Valle d'Aosta). La quota di indecise risulta compresa tra il 3,9% (Calabria) e l'8,3% (Piemonte). In Toscana le mamme intenzionate ad effettuare tutte le vaccinazioni risultano essere pari all'85,8% (informazione rilevata a 6 mesi dal parto).

I dati mostrano che, complessivamente, nel pool di regioni il 12,4% delle mamme è ricorso a personale sanitario per un incidente occorso al figlio (cadute, ferite, ustioni, ingestione di sostanze nocive o altro), rivolgendosi al pediatra (6,1%), al PS (4,6%) o ad entrambi (1,7%), con poca variabilità regionale.

Infine, il 19,3% delle mamme di bambini di 2-5 mesi ha riferito di avere difficoltà nel far stare il bambino seduto e allacciato al seggiolino, con una variabilità regionale compresa tra il 14,2% in Umbria e il 29,7% in Calabria. Al crescere dell'età del bambino, le quote di mamme che riferiscono difficoltà aumentano in tutte le regioni, assumendo valori compresi tra il 27,0% (Basilicata) e il 47,0% (Calabria) nella fascia 11-15 mesi.

La programmazione di azioni per la promozione e tutela della salute è strettamente legata al monitoraggio nel tempo, attraverso dati rappresentativi di popolazione, dei comportamenti protettivi e a rischio.

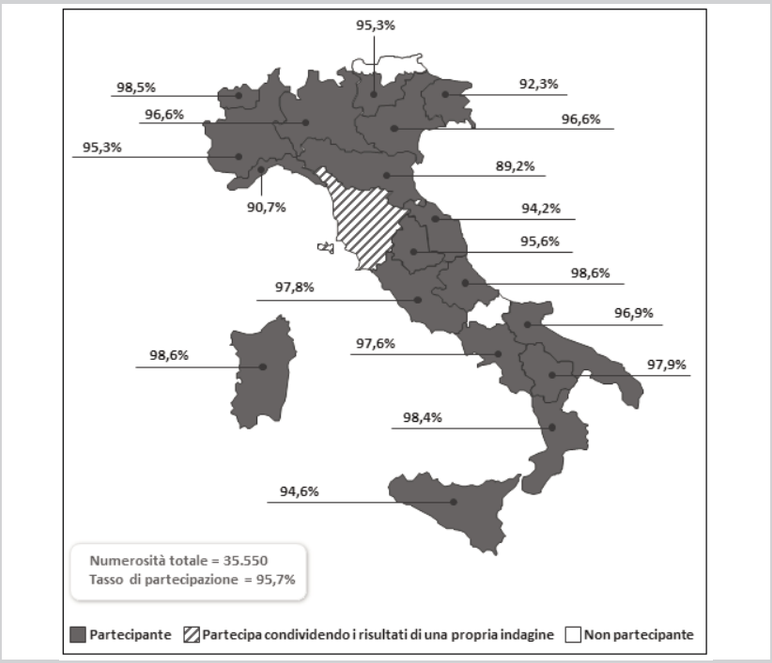
Grazie ai dati raccolti periodicamente dalla Sorveglianza Bambini 0-2 anni, in Italia disponiamo di informazioni sull'esposizione a fattori di rischio e di protezione della salute dei bambini nei primi 1.000 giorni, la cui analisi facilita la definizione di azioni mirate che tengano conto anche delle differenze socio-demografiche e territoriali.

I risultati di questa seconda edizione della rilevazione evidenziano una forte variabilità a livello territoriale, identificando comunque in tutte le regioni (e in modo più marcato nel Sud e Isole) ambiti di possibile miglioramento che riguardano, con diversa importanza, tutti i determinanti presi in esame.

Nello scenario sanitario e sociale determinato dalla pandemia da COVID-19, investire nelle prime fasi della vita assume un valore particolare perché permette di contrastare anche le conseguenze dell'emergenza sanitaria ripartendo dalla prima infanzia. Oggi più che mai è necessario ripartire dai bambini e investire precocemente in salute, intercettando e contrastando, nello stesso tempo, le diseguaglianze con interventi mirati, precoci e integrati, per proteggere, sostenere e promuovere la loro crescita e il loro benessere.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 355

Figura 1 - *Tasso (valori per 100) di partecipazione per regione partecipanti alla Sorveglianza Bambini 0-2 anni - Anno 2022*



Riferimenti bibliografici

(1) United Nations. Transforming our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development. New York 2015.
(2) World Health Organization, United Nations Children's Fund, World Bank Group. Nurturing Care for Early Childhood Development: a Framework for Helping Children Survive and Thrive to Transform Health and Human Potential. Geneva: World Health Organization; 2018.
(3) World Health Organization. Improving Early Childhood Development: WHO Guideline. Geneva: World Health Organization; 2020.
(4) World Health Organization. Regional Office for Europe. Framework on Early Childhood Development in the WHO European Region. Copenhagen; 2020.
(5) Ministero della Salute. "Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita" Documento di indirizzo per genitori, operatori sanitari e policy maker, per la protezione e promozione della salute dei bambini e delle generazioni future. Giugno 2019.
(6) Italia. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) 3 marzo 2017. Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie. Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 109, 12 maggio 2017.
(7) Pizzi E, Spinelli A, Battilomo S et al. I determinanti di salute nella prima infanzia: la sperimentazione di un nuovo sistema di sorveglianza in Italia. Epidemiol Prev 2019; 43 (1): 66-70.
(8) Pizzi E, Salvatore AM, Donati S, Andreozzi S, Battilomo S, Privitera MG (a cura di). Il Sistema di Sorveglianza Bambini 0-2 anni finalità, metodologia e risultati della raccolta dati 2018-2019. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2022.
(9) Bonciani M, Lupi B, Corazza I. Indagine sul percorso nascita in Toscana. Report 2018-2020. Laboratorio Management e Sanità 2022.
(10) Speri L, Gangemi M. GenitoriPiù compie 10 anni. Quaderni ACP 2016; 23 (2): 50.
(11) Istituto Superiore di Sanità. Epicentro. Sorveglianza Bambini 0-2. Indagine 2022: il convegno di presentazione dei risultati (23 marzo 2023) anni. Disponibile sul sito: www.epicentro.iss.it/sorveglianza02anni/indagine-2022-convegno-23-marzo-2023.

*Gruppo di lavoro Sorveglianza Bambini 0-2 anni 2022

Enrica Pizzi, Serena Donati, Michele Antonio Salvatore, Laura Lauria, Mauro Bucciarelli, Silvia Andreozzi, Claudia Ferraro, Monica Pirri (Gruppo di Coordinamento Nazionale - Istituto Superiore di Sanità), Maria Grazia Privitera, Renata Bortolus (Ministero della Salute), Manuela Di Giacomo (Regione Abruzzo), Maria Angela Mininni (Regione Basilicata), Anna Domenica Mignuoli, Dario Macchioni (Regione Calabria), Gianfranco Mazzarella (Regione Campania), Simona Di Mario (Regione Emilia Romagna), Luca Ronfani, Luisella Giglio, Claudia Carletti, Federica Concina, Alessandra Knowles, Paola Pani (Regione Friuli Venezia Giulia), Lilia Biscaglia, Maria Gabriella Calenda, Patrizia Proietti, Daniela Porta (Regione Lazio), Camilla Sticchi, Laura Pozzo (Regione Liguria), Corrado Celata, Fabio Mosca, Edda Pellegrini (Regione Lombardia), Marco Morbidoni, Annalisa Cardone, Antonella Guidi, Cristina Mancini (Regione Marche), Michele Colitti (Regione Molise), Marcello Caputo, Vittorina Buttafuoco (Regione Piemonte), Anna Pedrotti, Maria Grazia Zuccali, Laura Battisti (Provincia Autonoma di Trento), Sabine Weiss (Provincia Autonoma di Bolzano), Maria Teresa Balducci, Nehludoff Albano, Mariangela Dafne Vincenti (Regione Puglia), Maria Antonietta Palmas, Noemi Mereu (Regione Sardegna), Maria Paola Ferro, Patrizia Miceli (Regione Sicilia), Anna Ajello (Regione Toscana), Manila Bonciani (Scuola S. Anna, Pisa), Anna Maria Covarino, Enrico Ventrella (Regione Valle d'Aosta), Federica Michieletto, Anna Sabbadin, Diana Gazzani (Regione del Veneto).

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 356

Salute della popolazione straniera

L'Italia sta vivendo una stagione di profonde trasformazioni sociali dettate, non in forma esclusiva, dai cambiamenti demografici e dal consolidamento del fenomeno migratorio che ha diverse componenti: alcune strutturali, ad esempio con l'inserimento sociale e lavorativo della gran parte dei 5 milioni di cittadini stranieri residenti (compresi quelli con nazionalità dei Paesi dell'UE), e altre contingenti, legate ai flussi migratori condizionati da situazioni globali di instabilità politica, ambientale ed economica.

Il Rapporto Osservasalute in questa Edizione riprende un'analisi del fenomeno migratorio in ambito sanitario cercando di affrontare gli aspetti strutturali e contingenti, utilizzando un pacchetto consolidato di indicatori demografici ed epidemiologici, di cui è possibile valutare le differenze a livello geografico e le tendenze in serie storica. Per la maggior parte delle analisi riportate di seguito, l'anno di riferimento più recente è il 2022, a eccezione dei dati di mortalità che sono aggiornati fino al 2021.

Per la parte strutturale del fenomeno migratorio in Italia, il Rapporto Osservasalute ha articolato un *focus* su indicatori demografici complessivi e in particolare ha valutato alcuni ambiti della salute delle donne immigrate e del comportamento riproduttivo declinato nell'analisi della qualità dell'assistenza in gravidanza, dei parti, dei nati vivi e del ricorso all'IVG.

Cerniera con la parte contingente è la consueta analisi dei ricoveri ospedalieri e un approfondimento su alcune malattie infettive che possono essere espressione sia di condizione di persistente marginalità sociale nel nostro Paese, sia evidenza di una migrazione forzata e condizionata spesso da violenza e disperazione.

Tutte le raccomandazioni evidenziano, direttamente o indirettamente, l'importanza di politiche attive di inclusione sociale e di tutele sanitarie in termini di garanzia di accesso ai servizi, anche in ambito di prevenzione e di capacità reale di presa in carico dei bisogni di salute di questa fascia di popolazione.

Gli indicatori demografici confermano il rallentamento e, in parte, la stasi già evidenziati negli ultimi anni: la popolazione straniera residente in Italia, infatti, ormai da tempo si attesta intorno ai 5 milioni (5,1 milioni al 1° gennaio 2023, pari all'8,7% del totale della popolazione residente in Italia). Romania, Albania e Marocco rappresentano i 3 Paesi di cittadinanza più rappresentativi per gli uomini, mentre le donne ucraine, in parte anche a seguito dei drammatici eventi bellici più recenti, si collocano al terzo posto. La distribuzione degli stranieri residenti sul territorio è abbastanza omogenea rispetto alle nazionalità, seppure con specificità importanti. Malgrado gli evidenti segnali di invecchiamento, la struttura per età degli stranieri ancora si differenzia da quella degli italiani, con una consistente presenza di donne in età fertile e di minori che mettono alla prova il sistema sanitario in termini di grado di accessibilità.

Se, almeno in un primo momento, il comportamento riproduttivo delle donne straniere residenti ha parzialmente influenzato i livelli di fecondità complessivi registrati in Italia, nel corso degli ultimi 10 anni il loro contributo alla natalità si è pressoché fermato. Dal 2012 al 2022 si assiste, infatti, a un generale calo delle nascite che ha interessato sia i nati da entrambi i genitori italiani, sia quelli con almeno un genitore straniero. Complessivamente, nel 2022 si sono verificati 387.835 parti, di cui 73.226 (18,9%) da donne dei Paesi a forte pressione migratoria (Pfpm). Tale percentuale è più elevata nelle regioni del Centro-Nord, dove si concentrano anche le maggiori presenze. Di particolare rilievo, la tendenza registrata per le variazioni relative all'età modale al parto, aumentata da 29 a 30 anni per le donne dei Pfpm e diminuita da 34 a 32 anni per le donne italiane, soprattutto in conseguenza del minor numero di parti negli ordini di nascita superiori. Queste tendenze risultano confermate anche dall'analisi dell'indicatore dell'età media al parto, per il quale si riduce il divario tra donne italiane e dei Pfpm da 2,4 anni nel 2019 a 2,1 anni nel 2022.

Al fine di valutare la qualità dell'assistenza in gravidanza, inoltre, sono stati presi in considerazione i dati sulle visite, le ecografie e le indagini prenatali invasive. Il protocollo sanitario, infatti, raccomanda di eseguire durante la gravidanza almeno una visita per ciascun trimestre, a cui se ne aggiunge una finale. Per ciascuno dei quattro periodi si evidenzia una maggiore difficoltà di accesso e di ricorso agli accertamenti da parte delle donne straniere rispetto alle italiane. L'83,9% delle donne dei Pfpm ha effettuato un numero di visite >4 *vs* il 92,7% delle donne italiane. Ben il 18,8% delle donne straniere ha effettuato tardivamente la prima visita *vs* il 5,5% delle italiane; infine, l'11,0% delle donne dei Pfpm ha effettuato un numero insufficiente di ecografie, rispetto al 4,5% delle italiane. Con riferimento alle indagini prenatali invasive, le donne italiane vi hanno fatto ricorso nel 4,0% dei parti, mentre le straniere solo nel 2,7%.

Nel biennio 2021-2022, i nati vivi da donne dei Pfpm hanno rappresentato il 18,7% del totale. La quota di nati vivi pretermine da donne italiane è stata pari al 6,7, di poco inferiore a quella delle donne dei Pfpm (7,9%).

S. BRUZZONE, N. MIGNOLLI, S. GERACI, R. PACE

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 358

Con riferimento ai nati vivi gravemente pretermine, i valori registrati sono, rispettivamente, 0,8% e 1,2% e non risultano notevoli differenze neanche nella quota di nati vivi sottopeso (6,8% e 7,2%). La classe di punteggio APGAR a 5 minuti, utilizzata per individuare la percentuale di nati con sofferenza, con difficoltà e con valori normali, mostra valori elevati per quest'ultima modalità sia per le donne italiane (99,3%), sia per le donne dei Pfpm (99,0%).

Nel 2022, in Italia le IVG sono nel complesso 65.528 e confermano il consolidato andamento temporale di lungo periodo, che registra una riduzione già a partire dal 1982. La percentuale di IVG effettuate dalle donne straniere residenti in Italia sul totale, fino agli anni 2010-2012, è aumentata in modo costante fino al 34,0%. Successivamente, ha iniziato lentamente a decrescere, raggiungendo il 27,4% nel 2022.

Per quanto riguarda l'ospedalizzazione della popolazione straniera, nel 2022 si sono registrati circa 7,6 milioni di ricoveri, il 4,5% in più rispetto al 2021, ma ancora il 12,1% in meno rispetto alla media del triennio 2017-2019. I ricoveri in regime diurno fanno registrare un recupero più rapido: +7,1% rispetto al 2021, -11,1% rispetto alla media 2017-2019. Il 6% circa dei ricoveri riguarda gli stranieri dei Pfpm, senza variazioni significative negli anni. La ripresa dei ricoveri appare più veloce rispetto agli italiani, probabilmente per la struttura per età più giovane e per il numero più consistente di eventi legati alla gravidanza.

In questa Edizione del Rapporto Osservasalute, torniamo a illustrare anche i *core indicators* relativi ad alcune malattie infettive (AIDS e HIV, tubercolosi, epatiti virali). Al di là della lettura puntuale dei dati, che mostrano una percentuale di diagnosi di malattia più marcata tra gli stranieri rispetto agli italiani per ogni patologia studiata, si è evidenziata nel tempo una riduzione dell'incidenza dei casi nell'ambito della popolazione di riferimento.

In particolare, si sottolinea come l'andamento dei tassi di incidenza dell'AIDS tra gli stranieri in Italia, testimoniato in precedenti Edizioni del Rapporto Osservasalute, sia l'esempio di come il diritto di accesso alle cure, riconosciuto agli stranieri indipendentemente dallo *status* giuridico e dalle disponibilità economiche (avvenuto in Italia a partire dal 1995), possa migliorare sensibilmente le condizioni di salute, fino a invertire i trend epidemiologici nazionali. Per quanto riguarda l'infezione da HIV, l'aver avviato specifiche campagne di informazione sui comportamenti a rischio e sull'adozione di misure di prevenzione individuale, oltre al trattamento delle persone con HIV con riduzione della carica virale, ha ottenuto l'effetto della riduzione dei tassi di incidenza registrata nell'arco di 10 anni.

È possibile estendere anche alle epatiti e alla tubercolosi le considerazioni sull'effetto diretto delle politiche attive sull'offerta e sull'accessibilità dei servizi e sulla fruibilità delle prestazioni anche in termini di prevenzione. Importante è il riferimento a strategici strumenti di *governance* come le due Linee Guida frutto della collaborazione tra l'INMP, l'ISS e la SIMM (1; 2), assolutamente attuali considerato l'incremento degli sbarchi nel 2023 rispetto all'anno precedente (157.652 vs 105.140; +49,9%), con quasi 140 mila persone accolte nelle strutture di accoglienza italiane al 31 dicembre del 2023.

Sul versante della mortalità della popolazione con cittadinanza straniera, nel presente Capitolo sono illustrati i dati elaborati dall'Indagine dell'Istat su decessi e cause di morte, aggiornati per gli anni 2019-2021. Nel periodo 1992-2021, l'ammontare complessivo dei decessi tra gli stranieri oltre il primo anno di vita in Italia supera le 100.000 unità, con un andamento crescente degli eventi che fa registrare una variazione percentuale media annua del +8,1% per i residenti, del +1,8% per i non residenti (+6,0% nel complesso). Con riferimento agli anni 2019, 2020 e 2021, sono stati presi in esame i consueti grandi gruppi di malattie e in aggiunta, a partire dal 2020, il gruppo COVID-19, definito seguendo le raccomandazioni dell'OMS. Con riferimento ai 3 anni del periodo 2019-2021, per gli stranieri di tutte le aree di cittadinanza, i Tumori seguiti dalle Malattie del sistema circolatorio (nell'ambito delle Cause naturali), e le Cause violente (in terza posizione) rappresentano le cause principali di morte, sia per gli uomini sia per le donne di età 18-64 anni. Per quanto concerne la mortalità da COVID-19, si registrano tassi decisamente più elevati per gli uomini dei Pfpm e dei Paesi di più recente adesione all'UE (Pfpm1), rispetto ai Paesi a sviluppo avanzato (Psa), ma con alcune differenziazioni tra i livelli registrati nel 2020 (rispettivamente, 2,1 per 10.000 per i Pfpm e 0,8 per 10.000 per i Pfpm1) e 2021 (2,2 per 10.000 *vs* 2,5 per 10.000). Per le donne i livelli del tasso sono più contenuti. Gli italiani registrano, infine, tassi di mortalità per COVID-19 pressoché analoghi per 2020 e 2021 pari a 1,7 per 10.000 per gli uomini e 0,6 per 10.000 per le donne nel 2020 e 1,7 e 0,7 per 10.000, rispettivamente, nel 2021.

Il 2023, sul piano politico, ha visto un'intensa produzione di norme e di indirizzi sul contrasto dell'immigrazione irregolare e sull'accoglienza degli immigrati, che a volte ha indebolito alcuni percorsi di inclusione già avviati. È stato anche previsto un progressivo ingresso regolare nel nostro territorio con una programmazione consistente di flussi per lavoro. In ogni caso, i dati riportati in questo Capitolo mostrano come non si possa prescindere, sul piano della tutela della salute individuale e collettiva, da politiche sanitarie attente e includenti come utile strumento di governo. L'immigrazione, infatti, è più vasta del fenomeno degli sbarchi su cui troppo spesso si concentra l'attenzione politica e mediatica, ed è certamente necessaria per lo sviluppo demografico, economico e sociale del nostro Paese.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 359

Riferimenti bibliografici

(1) Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà - INMP, Istituto Superiore di Sanità - ISS, e Società Italiana di Medicina delle Migrazioni - SIMM. 2017 (aggiornamento 2023). "I controlli alla frontiera. La frontiera dei controlli. Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza". Linee Guida salute migranti. Disponibile sul sito: www.epicentro.iss.it/migranti/LGFrontiere.

(2) Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà - INMP, Istituto Superiore di Sanità – ISS, e Società Italiana di Medicina delle Migrazioni - SIMM. 2018 (aggiornamento 2024). "Il controllo della tubercolosi tra gli immigrati in Italia". Linee Guida salute migranti. Disponibile sul sito: www.iss.it/documents/20126/0/LG_tubercolosi.pdf/25b23756-b119-2e08-012b-86d880734fa4?t=1582277492054.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 360

Stranieri in Italia

Significato. L'impatto della popolazione straniera residente nella determinazione dei principali indicatori demografici è andato crescendo in modo significativo negli ultimi decenni. L'analisi dei dati relativi ai cittadini stranieri iscritti in Anagrafe consente, tra le altre cose, di quantificare il peso di tale segmento di popolazione sul totale dei residenti in Italia. Particolare attenzione è data alla distribuzione della popolazione straniera per area di provenienza delle diverse regioni e PA.

Popolazione straniera

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Popolazione straniera residente per macroarea di cittadinanza}}{\text{Popolazione straniera residente}} \times 100 \quad \text{Denominatore}$$

Validità e limiti. L'analisi della presenza straniera risente dei limiti propri delle fonti delle statistiche ufficiali a disposizione. Innanzitutto, non viene rilevata la presenza straniera irregolare. Occorre, inoltre, notare come vengano considerati stranieri esclusivamente coloro che hanno una cittadinanza diversa da quella italiana. Sono, quindi, esclusi da questo contingente coloro che, pur non essendo italiani per nascita, hanno concluso il processo di naturalizzazione, mentre sono inclusi tra gli stranieri le "seconde generazioni", ossia coloro che, pur se nati sul territorio nazionale, non hanno la cittadinanza italiana.

Descrizione dei risultati

Dall'analisi dei dati della rilevazione Istat sulla "Popolazione residente comunale straniera per sesso e anno di nascita" emerge che, al 1° gennaio 2023, i residenti in Italia con cittadinanza diversa da quella italiana sono poco più di 5,1 milioni di unità e rappresentano l'8,7% del totale della popolazione residente. Nella Tabella 1 sono riportati, per regione, l'ammontare in migliaia della popolazione straniera residente e la composizione percentuale per macroarea di cittadinanza.

A livello nazionale, oltre il 27% ha nazionalità di un Paese comunitario e circa il 20% di un Paese europeo ma non facente parte dell'UE-28 Paesi membri; da sottolineare, quindi, come quasi uno straniero residente su due provenga da un Paese europeo. La quota di cittadini provenienti dall'Africa è pari al 22,4%, il 23,0% dei residenti proviene dall'area asiatica e solo il 7,6% ha la cittadinanza di un Paese del continente americano.

La distribuzione della presenza straniera regolare per macroarea di provenienza non è omogenea nelle diverse regioni: la presenza di residenti con cittadinanza di Paesi Europei, ad esempio, è particolarmente elevata nella PA di Bolzano (61,6%), in Friuli Venezia Giulia (62,2%) e in Abruzzo (60,9%), mentre la presenza di residenti con cittadinanza di Paesi dell'America è decisamente più elevata in Liguria che nel resto d'Italia (19,3% *vs* valore nazionale del 7,6%).

La Tabella 2 permette di analizzare la presenza straniera nelle diverse regioni per singolo Paese di cittadinanza e per genere. In particolare, vengono indicate per ciascuna regione le prime tre comunità straniere per numerosità e il peso percentuale di ciascuna di queste sul totale degli stranieri residenti.

Rumeni, Albanesi e Marocchini costituiscono, ormai da anni, le tre comunità più presenti, per gli uomini. Le donne, invece, sono soprattutto Rumene, Albanesi e Ucraine. Le differenze regionali nella distribuzione degli stranieri residenti per Paese di cittadinanza non sono molto marcate, ma ci sono delle eccezioni. Da un lato, emerge la forte presenza femminile della comunità tedesca nella PA di Bolzano, dall'altro spicca la presenza delle donne Ucraine specie in molte delle regioni del Mezzogiorno (prima collettività in Campania), delle straniere dell'Ecuador in Liguria, dei Tunisini in Sicilia e della comunità cinese in Toscana. Nel Lazio, la prima comunità per presenze è la Romania, sia per gli uomini sia per le donne; come seconda e terza comunità troviamo, per gli uomini Bangladesh e India e, per le donne, Filippine e Ucraina.

Sempre dalla lettura della Tabella 2 emerge come in alcune regioni le prime tre comunità rappresentino una grossa fetta del totale degli stranieri residenti, mentre in altre realtà territoriali si ravvisa una maggiore eterogeneità, ma sussistono delle differenze anche tra il segmento maschile e quello femminile. A livello nazionale, le prime tre nazionalità rappresentano il 35,9% del totale degli uomini stranieri residenti e il 38,6% delle donne straniere residenti. In Valle d'Aosta, le prime tre collettività straniere rappresentano oltre il 54% del totale degli stranieri residenti. In Campania le prime tre collettività di donne straniere rappresentano il 46,9% delle presenze contro solo il 31,4% degli uomini stranieri. Le albanesi, le rumene e le tedesche, pur essendo le tre comunità più importanti per numero di residenti, costituiscono "solo" il 28,6% delle straniere nella PA di Bolzano. Anche la Lombardia si caratterizza per una spiccata eterogeneità nella presenza straniera per Paese di cittadinanza: le

G. DI GIORGIO, F. RINESI

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 361

prime tre comunità (rumeni, egiziani e marocchini per gli uomini e rumene, marocchine e albanesi per le donne) rappresentano, rispettivamente, "solo" il 32,1% e il 30,3% degli stranieri residenti.

Tabella 1 - *Stranieri (valori assoluti in migliaia) residenti, quota (valori per 100) di stranieri per macroarea di cittadinanza e stranieri (valori per 100) residenti sul totale dei residenti per regione - Situazione al 1° gennaio 2023*

Regioni	Stranieri residenti	Quota di stranieri per macroarea di cittadinanza						Stranieri residenti/ totale residenti
		UE-28	Paesi europei non UE-28	Africa	Asia	America	Altro	
Piemonte	420,2	35,9	17,6	25,5	13,1	7,9	0,0	9,9
Valle d'Aosta	8,4	35,4	18,4	28,7	9,0	8,4	0,0	6,8
Lombardia	1.176,2	19,2	17,4	25,6	25,6	12,1	0,0	11,8
Bolzano-Bozen	*52,6*	*31,1*	*30,5*	*13,8*	*19,8*	*4,7*	*0,0*	*9,9*
Trento	*45,6*	*30,0*	*29,4*	*17,6*	*16,5*	*6,3*	*0,0*	*8,4*
Veneto	498,1	29,8	24,2	20,0	22,0	3,9	0,0	10,3
Friuli Venezia Giulia	116,3	32,2	30,0	13,3	19,8	4,6	0,1	9,7
Liguria	150,5	20,2	23,2	22,0	15,2	19,3	0,1	10,0
Emilia-Romagna	554,0	22,2	25,6	26,9	21,2	4,0	0,0	12,5
Toscana	415,2	23,7	22,8	16,1	30,5	6,8	0,1	11,3
Umbria	88,6	32,4	27,0	20,5	11,7	8,3	0,1	10,3
Marche	129,1	25,0	25,1	19,8	23,6	6,5	0,0	8,7
Lazio	634,0	38,2	12,6	13,1	28,1	7,9	0,1	11,1
Abruzzo	82,9	34,0	26,8	19,6	13,2	6,3	0,1	6,5
Molise	12,5	31,5	14,2	29,1	16,8	8,2	0,1	4,3
Campania	252,0	20,3	22,9	25,2	27,0	4,6	0,0	4,5
Puglia	142,1	28,4	20,0	26,6	21,7	3,2	0,1	3,6
Basilicata	24,2	34,9	16,9	25,5	18,6	4,0	0,0	4,5
Calabria	97,1	37,3	12,7	27,7	18,8	3,5	0,1	5,3
Sicilia	191,4	29,8	9,4	35,0	22,3	3,5	0,1	4,0
Sardegna	50,2	33,9	13,7	26,0	20,0	6,3	0,1	3,2
Italia	**5.141,3**	**27,1**	**19,9**	**22,4**	**23,0**	**7,6**	**0,1**	**8,7**

Fonte dei dati: Elaborazione di dati Istat - I.Stat Anno 2023.

Tabella 2 - *Stranieri (valori assoluti in migliaia) residenti e quota (valori per 100) delle prime tre cittadinanze sul totale dei residenti stranieri per genere e regione - Situazione al 1° gennaio 2023*

Regioni	Maschi							Femmine						
	Stranieri residenti	Cittadinanza Prima		Seconda		Terza		Stranieri residenti	Cittadinanza Prima		Seconda		Terza	
Piemonte	204,8	Rom.	28,3	Mar.	13,3	Alb.	9,9	215,5	Rom.	34,8	Mar.	12,1	Alb.	9,1
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	3,8	Rom.	22,6	Mar.	21,8	Alb.	10,0	4,6	Rom.	32,6	Mar.	16,5	Alb.	7,4
Lombardia	578,5	Rom.	13,1	Egitto	10,6	Mar.	8,4	597,6	Rom.	15,3	Mar.	7,6	Alb.	7,4
Bolzano-Bozen	*25,3*	*Alb.*	*13,9*	*Pak.*	*9,1*	*Ger.*	*7,6*	*27,3*	*Alb.*	*11,1*	*Ger.*	*9,5*	*Rom.*	*8,0*
Trento	*21,9*	*Rom.*	*19,9*	*Alb.*	*11,9*	*Pak.*	*10,6*	*23,7*	*Rom.*	*24,2*	*Alb.*	*10,2*	*Ucr.*	*8,1*
Veneto	242,0	Rom.	23,6	Mar.	10,5	Cin.	8,2	256,1	Rom.	27,1	Mar.	8,5	Mol.	8,2
Friuli Venezia Giulia	56,9	Rom.	19,8	Alb.	8,5	Ban.	6,2	59,4	Rom.	23,9	Alb.	8,1	Ucr.	7,4
Liguria	75,0	Alb.	15,5	Mar.	11,9	Rom.	11,0	75,5	Rom.	15,2	Alb.	13,7	Ecu.	12,2
Emilia-Romagna	266,5	Rom.	14,7	Mar.	12,1	Alb.	11,6	287,5	Rom.	19,2	Mar.	10,5	Alb.	9,9
Toscana	199,5	Cin.	19,0	Alb.	15,4	Rom.	14,1	215,7	Rom.	21,2	Cin.	16,6	Alb.	13,2
Umbria	39,9	Rom.	20,5	Alb.	15,5	Mar.	12,7	48,7	Rom.	29,9	Alb.	12,3	Mar.	9,4
Marche	60,7	Rom.	13,3	Alb.	12,0	Mar.	8,3	68,4	Rom.	22,4	Alb.	10,6	Mar.	7,5
Lazio	311,5	Rom.	27,3	Ban.	9,7	India	6,6	322,5	Rom.	33,4	Fil.	8,1	Ucr.	5,9
Abruzzo	39,0	Rom.	21,8	Alb.	14,3	Mar.	11,7	43,9	Rom.	29,8	Alb.	12,3	Mar.	8,1
Molise	6,5	Rom.	16,2	Mar.	12,4	Nig.	6,2	6,0	Rom.	31,1	Mar.	10,9	Ucr.	6,3
Campania	126,7	Mar.	12,0	Rom.	10,7	Ban.	8,7	125,3	Ucr.	24,3	Rom.	16,0	Sri	6,6
Puglia	72,8	Rom.	15,4	Alb.	15,1	Mar.	8,3	69,4	Rom.	26,8	Alb.	15,5	Mar.	6,5
Basilicata	12,6	Rom.	23,2	Alb.	9,6	Mar.	7,9	11,6	Rom.	39,9	Alb.	9,8	Mar.	7,8
Calabria	48,6	Rom.	21,7	Mar.	17,3	India	6,1	48,4	Rom.	31,6	Mar.	14,2	Ucr.	8,9
Sicilia	101,6	Rom.	17,7	Tun.	14,0	Mar.	8,8	89,8	Rom.	31,3	Tun.	8,0	Mar.	7,6
Sardegna	23,3	Sen.	15,9	Rom.	14,8	Mar.	10,5	26,9	Rom.	28,9	Ucr.	8,1	Mar.	6,9
Italia	**2.517,5**	**Rom.**	**18,5**	**Mar.**	**8,9**	**Alb.**	**8,5**	**2.623,8**	**Rom.**	**23,5**	**Alb.**	**7,8**	**Ucr.**	**7,3**

Legenda: Alb = Albania; Ban = Bangladesh; Cin = Repubblica popolare cinese; Ecu = Ecuador; Fil = Filippine; Ger = Germania; Mar = Marocco; Mol = Moldavia; Nig = Nigeria; Pak = Pakistan; Rom = Romania; Sen = Senegal; Tun = Tunisia; Ucr = Ucraina; SL = Sri Lanka; Ucr = Ucraina.

Fonte dei dati: Elaborazione di dati Istat - I.Stat. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 362

Raccomandazioni di Osservasalute

La composizione per macroarea di cittadinanza degli stranieri residenti è mutata notevolmente nel tempo. Da un lato ci sono le collettività storicamente presenti sul territorio nazionale (rumeni, albanesi e marocchini), da un altro si evidenzia la presenza di molte collettività e la composizione territoriale è particolarmente articolata. Occorre sottolineare che oltre alle caratteristiche socio-demografiche e a quelle specifiche legate alla cittadinanza di appartenenza, gli stranieri nel complesso presentano una struttura per età che ben si differenzia da quella che caratterizza i residenti italiani, con evidenti conseguenze sui bisogni e sulla domanda di servizi sanitari (si rimanda al paragrafo "Nati da cittadini stranieri" e al Capitolo "Popolazione"). È, quindi, opportuno che l'offerta di servizi sanitari a livello regionale tenga conto anche delle esigenze di cui tale eterogeneo segmento della popolazione è portatore.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 363

Nati da cittadini stranieri in Italia

Significato. Gli indicatori proposti permettono di evidenziare il contributo dei cittadini stranieri alla natalità in Italia. In particolare, viene analizzata l'incidenza dei nati con un genitore straniero (distinguendo se questo è il padre o la madre) e quella dei nati da entrambi i genitori stranieri. Con riferimento a quest'ultimo contingente, viene proposta l'analisi delle macroaree di cittadinanza del nato.

Per ulteriori approfondimenti su questo tema si rimanda all'Indicatore "Fecondità della popolazione" (Capitolo "Popolazione"), dove i principali indicatori di fecondità (numero medio di figli per donna ed età media al parto) sono stati calcolati distintamente per le donne italiane, straniere e per il totale della popolazione residente.

Nati da un solo genitore cittadino straniero

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Iscritti in Anagrafe per nascita con un genitore straniero}}{\text{Iscritti in Anagrafe per nascita}} \times 100$$

Nati con entrambi i genitori cittadini stranieri

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Iscritti in Anagrafe per nascita con entrambi i genitori stranieri}}{\text{Iscritti in Anagrafe per nascita}} \times 100$$

Validità e limiti. Il "genitore straniero" è colui/colei che al momento dell'iscrizione in Anagrafe per nascita del figlio ha una cittadinanza diversa da quella italiana. Non fanno, quindi, parte di questo collettivo coloro che, pur se nati all'estero sono cittadini italiani dalla nascita, né coloro che, pur non essendo italiani dalla nascita, hanno, nel corso del tempo, acquisito la cittadinanza italiana per matrimonio o altro motivo.
La "Rilevazione degli iscritti in Anagrafe per nascita" rileva, tra le altre informazioni demografiche, anche la cittadinanza del nato. Questa risulta essere straniera (o italiana) se entrambi i genitori hanno cittadinanza straniera (almeno una italiana), come conseguenza della legislazione attualmente vigente in Italia che si basa sul principio giuridico dello *ius sanguinis*: in altre parole, è cittadino italiano non chi nasce sul suolo italiano, come avviene in altri Paesi, ma chi è figlio di almeno un genitore italiano.

Descrizione dei risultati

Negli ultimi decenni il comportamento riproduttivo delle donne straniere residenti ha contribuito notevolmente a innalzare i, comunque, bassi livelli di fecondità registrati in Italia. Negli ultimi anni, però, il contributo delle straniere alla natalità è andato scemando. Dal 2012 al 2022 si assiste a un generale calo delle nascite, che ha interessato sia i nati da entrambi i genitori italiani, sia quelli con almeno un genitore straniero (1). Nonostante tale diminuzione in valore assoluto, nel 2022, poco meno di un nato ogni cinque (20%) ha la madre straniera, indipendentemente dalla cittadinanza del padre (Grafico 1). Quest'ultimo indicatore era pari a meno di un nato ogni dieci (7,3%) nel 2001. È possibile osservare un analogo ritmo di crescita quando si considerano i nati da almeno il padre straniero: nel 2022, tale valore si attesta al 15,7% *vs* il 6,1% del 2001. I nati da entrambi i genitori rappresentano, nel 2022, il 13,5% delle nascite. Si noti come tutti questi indicatori, dopo un periodo di forte crescita e poi di stazionarietà, hanno iniziato una fase decrescente.
Le differenze regionali sono notevoli e ricalcano sostanzialmente la distribuzione territoriale della presenza straniera in Italia: in altre parole, laddove la presenza straniera è più consistente, è anche più elevata l'incidenza dei nati da entrambi i genitori stranieri (o da un genitore straniero) sul totale degli iscritti in Anagrafe per nascita (Tabella 1).
Le regioni dove la quota di nati stranieri sul totale delle nascite è più elevata sono quelle del Nord e, in particolare, Emilia-Romagna (21,8%), Lombardia (19,9%) e Liguria (19,7%). Al contrario, nelle regioni del Mezzogiorno la quota di nati da genitori stranieri appare non solo inferiore al dato nazionale, ma estremamente contenuta. In particolare, tale indicatore raggiunge il suo minimo in Sardegna (4,1%).
A livello nazionale il 5,2% dei nati ha la madre straniera e il padre italiano, mentre più contenuta è la quota di nati da madre italiana e padre straniero (2,3%).
Nella Tabella 2 è, invece, riportata la composizione percentuale dei nati stranieri per macroarea geografica di cittadinanza. A livello nazionale, la nazionalità degli stranieri che contribuiscono maggiormente alla natalità nel nostro Paese è quella europea: il 18,6% dei nati stranieri ha la cittadinanza di uno dei Paesi dell'UE (Romania in testa), mentre il 18,8% dei nati

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 364

stranieri ha la cittadinanza di uno tra gli altri Paesi dell'Europa (soprattutto Albania). Anche l'apporto del Nord-Africa alle nascite registrate in Italia è notevole (20,5%), così come quello dell'Asia (23,9%). Il contributo alla natalità dei cittadini stranieri delle altre macroaree è, a livello nazionale, assai ridotto.

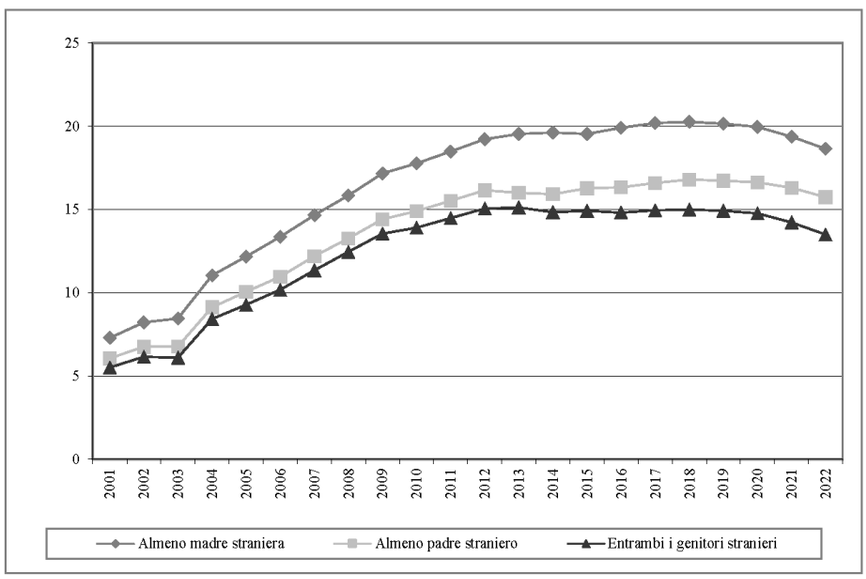
Tuttavia, il dato relativo all'Italia nel suo complesso non tiene conto della variabilità territoriale del fenomeno che emerge in maniera netta quando si analizzano i dati a livello regionale. Ad esempio, la quota di nati stranieri con cittadinanza di uno dei Paesi dell'UE sul totale dei nati stranieri è particolarmente rilevante nel Lazio (30,4%), mentre in Liguria, così come accadeva negli anni precedenti, è estremamente elevata la presenza di nati con cittadinanza di uno dei Paesi dell'America centro-meridionale (15,5%), specie se confrontata con il dato nazionale (4,7%). Occorre sottolineare, inoltre, come i dati relativi alle macroaree geografiche di cittadinanza siano anch'essi il frutto di un'operazione di sintesi dei comportamenti delle singole comunità che le compongono. Non di rado, infatti, si possono riscontrare comportamenti riproduttivi divergenti da parte di stranieri il cui Paese di cittadinanza afferisce a una stessa macroarea geografica.

La Tabella 3 evidenzia il diverso contributo alla natalità delle comunità maggiormente presenti in Italia. Le prime dieci comunità per presenza sul territorio nazionale rappresentano, da sole, il 63,5% di tutti gli stranieri residenti e proprio a queste comunità è imputabile il 68,0% dei nati stranieri in Italia.

Poco meno di un nato straniero ogni cinque ha cittadinanza rumena: d'altra parte i residenti della Romania rappresentano la prima comunità per presenza sul territorio nazionale (21,0% del totale degli stranieri). Al contrario, la comunità degli Ucraini si caratterizza per il numero esiguo di nati (1,7% del totale) se confrontato con la numerosità della collettività residente sul territorio (4,9% del totale degli stranieri). Il 6,6% del totale dei nati stranieri hanno la cittadinanza del Bangladesh; tuttavia, questa collettività rappresenta solo il 3,4% del totale della popolazione straniera residente.

Se si considera la variazione percentuale della stima del numero di nati stranieri nel periodo 2015-2022 emerge come la comunità che ha visto aumentare maggiormente le nascite è proprio quella del Bangladesh (+36,4%) seguita da quella egiziana (+6,7%). Al contrario, sono diminuite nei 7 anni considerati le nascite da cittadini della comunità cinese (-55,5%), rumena (-41,8%), filippina (-34,5%), marocchina (-33,1%) e albanese (-28,3%). Occorre, però, sottolineare come tale indicatore risenta delle dinamiche migratorie e della struttura per età e genere della popolazione in relazione alla quale questo viene costruito e possa, per sua stessa costruzione, "sfavorire" alcune cittadinanze (ad esempio, quelle dove la struttura per età è più invecchiata o la distribuzione per genere particolarmente sbilanciata) rispetto ad altre. Negli ultimi anni questo indicatore potrebbe risentire anche delle naturalizzazioni avvenute: se uno o tutti e due i genitori del nato hanno intrapreso e concluso il processo di acquisizione della cittadinanza italiana, automaticamente il nato viene escluso dal contingente in esame perché è cittadino italiano dalla nascita. Nel 2020, infatti, hanno acquisito la cittadinanza italiana oltre 109 mila stranieri. I nuovi cittadini italiani sono soprattutto albanesi e marocchini (2).

Grafico 1 - *Incidenza (valori per 100) di nati da cittadini stranieri - Anni 2001-2022*



Fonte dei dati: Elaborazione di dati Istat - I.Stat. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 365

Tabella 1 - *Incidenza (valori per 100) di nati da un genitore straniero (madre straniera o padre straniero), da genitori entrambi stranieri e da genitori entrambi italiani per regione - Anno 2022*

Regioni	Padre italiano e madre straniera	Padre straniero e madre italiana	Genitori entrambi stranieri	Genitori entrambi italiani
Piemonte	6,4	3,3	17,6	72,7
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	5,8	3,3	8,6	82,3
Lombardia	7,4	3,2	19,9	69,5
Bolzano-Bozen	*7,0*	*4,0*	*13,9*	*75,1*
Trento	*6,3*	*3,7*	*14,2*	*75,8*
Veneto	6,6	3,0	18,9	71,4
Friuli Venezia Giulia	7,2	3,2	17,5	72,1
Liguria	6,8	3,7	19,7	69,8
Emilia-Romagna	7,3	3,4	21,8	67,5
Toscana	6,5	2,8	17,3	73,3
Umbria	6,6	3,3	15,7	74,4
Marche	5,7	2,4	13,9	78,0
Lazio	4,8	2,0	13,9	79,3
Abruzzo	5,3	2,5	9,1	83,1
Molise	3,5	1,5	5,5	89,5
Campania	2,2	0,6	4,9	92,3
Puglia	2,2	0,8	5,3	91,7
Basilicata	3,6	0,5	6,9	89,0
Calabria	2,7	0,6	5,8	90,9
Sicilia	2,3	1,1	5,1	91,6
Sardegna	3,1	1,3	4,1	91,6
Italia	**5,2**	**2,3**	**13,5**	**79,1**

Fonte dei dati: Elaborazione di dati Istat - I.Stat. Anno 2023.

Tabella 2 - *Quota (valori per 100) di nati stranieri per macroarea di cittadinanza per regione - Anno 2022*

Regioni	Unione Europea	Altra Europa	Africa settentrionale	Altra Africa	Asia	America centro-meridionale	Altro
Piemonte	25,0	17,0	24,7	17,1	11,7	4,5	0,0
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	14,9	11,9	44,8	11,9	7,5	9,0	0,0
Lombardia	13,9	14,8	26,0	10,7	25,9	8,5	0,1
Bolzano-Bozen	*10,8*	*35,6*	*11,2*	*9,4*	*29,3*	*3,6*	*0,0*
Trento	*22,1*	*27,1*	*12,3*	*14,2*	*21,0*	*3,2*	*0,2*
Veneto	24,0	20,9	16,7	13,1	23,6	1,6	0,1
Friuli Venezia Giulia	19,9	29,0	8,1	13,1	28,0	1,8	0,1
Liguria	10,4	20,4	23,8	11,3	18,6	15,5	0,1
Emilia-Romagna	15,7	22,0	21,7	17,5	21,5	1,5	0,1
Toscana	14,7	28,8	14,9	10,7	25,9	4,8	0,1
Umbria	20,8	24,8	20,1	16,0	11,5	6,5	0,3
Marche	13,7	21,6	14,5	16,0	30,9	3,3	0,0
Lazio	30,4	11,6	8,5	9,8	34,0	5,5	0,2
Abruzzo	20,2	30,7	21,4	14,6	11,0	2,0	0,1
Molise	12,0	17,4	16,3	34,8	18,5	0,0	1,1
Campania	13,7	15,9	22,2	16,4	28,9	2,8	0,1
Puglia	19,5	23,7	18,3	18,9	19,0	0,4	0,1
Basilicata	21,1	22,9	21,1	22,9	11,7	0,4	0,0
Calabria	26,3	9,3	32,2	14,7	17,2	0,3	0,1
Sicilia	17,2	11,4	30,9	13,3	26,8	0,2	0,2
Sardegna	15,1	11,0	18,3	24,3	29,7	1,6	0,0
Italia	**18,6**	**18,8**	**20,5**	**13,4**	**23,9**	**4,7**	**0,1**

Fonte dei dati: Elaborazione di dati Istat - I.Stat. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 366

Tabella 3 - *Stranieri (valori per 100) residenti, stima (valori assoluti) di nati stranieri, nati (valori per 100) stranieri e variazione (valori per 100) della stima del numero di nati stranieri (2015-2022) per le prime dieci cittadinanze - Anno 2022*

Cittadinanze	Stranieri residenti	Stima di nati stranieri	Nati stranieri	Δ % della stima del numero di nati stranieri (2015-2022)
Romania	21,0	9.051	17,1	-41,8
Albania	8,1	6.007	11,3	-28,3
Marocco	8,1	6.761	12,7	-33,1
Cina, Repubblica Popolare	6,0	1.796	3,4	-55,5
Ucraina	4,9	900	1,7	-27,4
Bangladesh	3,4	3.502	6,6	36,4
India	3,3	2.352	4,4	-17,8
Filippine	3,1	1.046	2,0	-34,5
Egitto	2,9	2.530	4,8	6,7
Pakistan	2,8	2.147	4,0	-4,4
Altra	36,5	16.987	32,0	-19,6
Totale	**100,0**	**53.079**	**100,0**	**-26,4**

Fonte dei dati: Elaborazione di dati Istat - I.Stat. Anno 2023.

Raccomandazioni di Osservasalute

La quota del numero di parti da donne con cittadinanza diversa da quella italiana non può essere trascurata in sede di programmazione sanitaria. In diversi studi è emerso, infatti, che sussistono delle differenze in termini di assistenza in gravidanza ed esiti alla nascita a seconda della cittadinanza o del luogo di nascita delle donne (3).

Riferimenti bibliografici

(1) Istat. Natalità e fecondità della popolazione residente. Anno 2022. Statistiche Report, 2023. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/archivio/289772.
(2) Istat. Cittadini non comunitari in Italia - Anni 2021/2022. Statistiche Report, 2022. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/archivio/276508.
(3) Istat. Statistiche in breve. Salute e ricorso ai servizi sanitari della popolazione straniera residente in Italia. Anno 2005; 2008.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 367

Ospedalizzazione tra gli stranieri in Italia

Significato. Il ricorso alle cure ospedaliere ha subito profondi cambiamenti in conseguenza dell'emergenza sanitaria causata dal COVID-19. La drastica riduzione dei ricoveri ospedalieri osservata nel 2020 si è attenuata negli anni successivi. Tuttavia, i livelli di ospedalizzazione rimangono inferiori a quelli registrati prima della pandemia. In questo contesto è importante monitorare se le difficoltà di accesso prima e il recupero delle prestazioni riprogrammate dopo, abbiano riguardato in modo differenziato i pazienti. In questa Edizione del Rapporto Osservasalute, la valutazione riguarda in particolare i cittadini dei Paesi a forte pressione migratoria (Pfpm) rispetto ai cittadini italiani. I dati di ospedalizzazione riferiti agli anni 2020, 2021 e 2022 confrontati con i dati del triennio pre-pandemico, consentono di valutare le conseguenze della pandemia e la velocità di recupero nei diversi gruppi di popolazione.

Tasso di dimissioni ospedaliere di pazienti stranieri

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Dimissioni ospedaliere di pazienti residenti in Italia per cittadinanza}}{\text{Popolazione media residente in Italia per cittadinanza}} \times 1.000$$

Validità e limiti. La fonte dei dati sui ricoveri è rappresentata dall'archivio nazionale delle SDO del Ministero della Salute, che raccoglie i dati di tutti gli episodi di ricovero avvenuti in Italia presso strutture ospedaliere pubbliche e private.
La qualità di questa fonte è costantemente migliorata nel tempo; tuttavia, l'informazione sulla cittadinanza, utilizzata come criterio identificativo degli stranieri, presenta ancora qualche carenza evidenziata nella Tabella 3 con i dati regionali.
Le cittadinanze sono classificate con riferimento sia ai Pfpm, sia considerando le prime dieci cittadinanze per numero di residenti nel nostro Paese.
I tassi di ospedalizzazione sono calcolabili considerando solo le persone straniere iscritte nelle liste anagrafiche comunali. Sono, pertanto, esclusi gli stranieri presenti ma non residenti e coloro che non sono in regola con le norme di soggiorno. I residenti sono la componente largamente maggioritaria tra gli immigrati ancorché la più stabile in termini di permanenza sul territorio, seppur con diversi livelli di integrazione nel tessuto socio-demografico del nostro Paese.
I dati dell'Istat relativi alla popolazione residente utilizzati al denominatore derivano dal Censimento permanente: i dati riferiti al 31 Dicembre 2018 sono utilizzati per i tassi 2017-2019, mentre per i tassi 2020, 2021 e 2022 è stato possibile calcolare la popolazione media. I tassi std per età con il metodo diretto utilizzano come popolazione standard quella europea (Eurostat 2013).

Valore di riferimento/Benchmark.
I tassi di ospedalizzazione dei cittadini stranieri Pfpm, standardizzati per età, vengono confrontati con quelli dei cittadini italiani residenti.

Descrizione dei risultati

Nel 2022 si sono registrati circa 7,6 milioni di ricoveri, il 4,5% in più rispetto al 2021, ma ancora il 12,1% in meno rispetto alla media del triennio 2017-2019 (Tabella 1). I ricoveri in regime diurno fanno registrare un recupero più rapido: +7,1% rispetto al 2021, -11,1% rispetto alla media 2017-2019.
Il 6% circa dei ricoveri è relativo a stranieri dei Pfpm, senza variazioni significative negli anni.
La ripresa dei ricoveri per questi cittadini appare più veloce rispetto agli italiani, probabilmente per la struttura per età più giovane e il maggior numero di eventi legati alla gravidanza: nel 2022 si registra una diminuzione pari a -10,4% rispetto al triennio 2017-2019 (Tabella 1). Tuttavia, si osservano marcate differenze tra Paesi di provenienza: la diminuzione è più consistente per Cina (-22,6%) e Romania (-20,7%), molto più contenuta per Egitto (-1,6%), Albania (-6,8%) e Pakistan (-7,1%). Per contro, sono evidenti gli effetti del conflitto in Ucraina e la conseguente accoglienza di profughi in Italia, con un aumento dei ricoveri del 33,9%, oltre all'aumento già evidenziato negli anni passati del ricorso all'ospedalizzazione per i cittadini del Bangladesh (+18,3%).
I tassi grezzi di ospedalizzazione non consentono un confronto diretto tra i gruppi di popolazioni considerati, essendo caratterizzati da strutture per età molto diverse, ma forniscono comunque un'informazione riguardo l'intensità del ricorso alle strutture ospedaliere pubbliche e private. Nel complesso, i tassi di ricovero nel 2022 dei cittadini Pfpm sono più bassi di quelli degli italiani (87,8 *vs* 133,3 per 1.000 abitanti, rispettivamente), ma considerando le prime dieci cittadinanze, si osserva, nel 2022, un range tra minimo e massimo pari a oltre 70 ricoveri per 1.000 residenti (Tabella 1): Cina e Filippine fanno registrare i valori più bassi, rispettivamente, 44,3 e 54,3 per 1.000 residenti, contrariamente ad Albania e Marocco con valori, rispettivamente, pari a 119,4 e 102,2 per 1.000 residenti.
Considerando i tassi std per età si riduce il divario tra

G. BAGLIO, A. BURGIO, A. PUGLIESE

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 368

cittadini Pfpm e italiani (Tabella 2): nel 2022 il tasso tra i Pfpm per 1.000 residenti è pari a 103,6 *vs* 123,8 per 1.000 tra gli italiani. Questo gap, in tutti gli anni considerati, è ancora più contenuto per i ricoveri ordinari (nel 2022 Pfpm 84,8 *vs* 96,4 per 1.000 italiani), mentre è più accentuato per i ricoveri in DH (nel 2022 Pfpm 18,7 *vs* 27,4 per 1.000 italiani). Non si osservano cambiamenti significativi negli anni 2017-2022.

Sebbene rispetto al genere si osservino, nel 2022, divari molto contenuti nei tassi std in regime ordinario per le donne (Pfpm 94,7 per 1.000 *vs* 96,8 per 1.000 italiane), la distribuzione dei tassi di ricovero per età mette in evidenza profonde differenze nelle classi di età feconda (15-49 anni), con valori più elevati e spostati verso le età più giovani per le donne straniere, per gli eventi connessi con la maternità; dai 50 anni e oltre, invece, i tassi di ricovero in regime ordinario delle donne italiane sono costantemente più alti (Grafico 1). Per gli uomini, il vantaggio dei cittadini Pfpm (tasso std in regime ordinario nel 2022 pari a 82,2 per 1.000 *vs* 97,9 per 1.000 italiani) è dovuto a livelli di ospedalizzazione più contenuti rispetto agli italiani in tutte le età e soprattutto nelle età anziane (Tabella 2).

Nell'ambito delle prime dieci cittadinanze, gli uomini egiziani fanno registrare, nel 2022, un tasso std quasi doppio rispetto agli italiani (234,0 per 1.000 *vs* 124,6 per 1.000 italiani), mentre tra le donne valori più elevati delle italiane (125,2 per 1.000) si registrano per le cittadine di Egitto (209,2 per 1.000), Pakistan (150,3 per 1.000), Albania (141,2 per 1.000) e Bangladesh (135,3 per 1.000) (Tabella 2). Evidente l'effetto dell'accoglienza di profughi ucraini nel nostro Paese, per cui si registra un incremento eccezionale dei ricoveri ospedalieri nel 2022 rispetto agli anni precedenti (+73,0% per gli uomini tra 2021 e 2022, +41,2% per le donne), con valori dei tassi std che per la prima volta superano quelli degli italiani.

L'incidenza dei ricoveri di cittadini stranieri da Pfpm sul totale dei ricoveri ospedalieri mostra un gradiente geografico che si mantiene piuttosto stabile nel tempo, con percentuali più elevate nelle regioni del Centro-Nord (in particolare in Emilia-Romagna, unica regione con valori superiori all'8%) e più basse nel Meridione (in particolare in Campania e Sicilia dove rimane su valori inferiori al 2%), in conseguenza della diversa distribuzione della popolazione straniera residente nel territorio (Tabella 3).

Il confronto dei tassi std di ospedalizzazione nel 2022 con il triennio pre-pandemia mostra velocità di recupero dei "mancati" ricoveri molto differenziati nelle regioni. Sia per gli stranieri sia per gli italiani, nella maggior parte delle regioni, i valori si mantengono al di sotto di quelli precedenti all'emergenza sanitaria. Inoltre, il recupero in 12 regioni su 21 (distribuito in tutte le aree geografiche) appare più lento per gli italiani rispetto ai cittadini stranieri (Tabella 3). Si può ipotizzare che in alcune realtà l'effetto "contenimento" dei ricoveri sia in parte derivato dalla diffusione del virus e in parte dalla riduzione dei ricoveri inappropriati e, pertanto, non si tornerà nei prossimi anni ai livelli pre-pandemici.

La maggiore ospedalizzazione dei cittadini italiani rispetto ai cittadini Pfpm accomuna tutte le regioni. Tuttavia, nel 2022, nelle regioni del Centro-Nord (con l'eccezione delle PA di Bolzano e Trento), il *gap* è più contenuto: il rapporto tra i tassi std varia da 1,0 nelle Marche a 1,3 in Valle d'Aosta, mentre nel Meridione da 1,1 in Abruzzo a 1,7 in Campania e Sicilia (Tabella 3).

Per quanto riguarda le cause di ricovero, il confronto dei tassi di ricovero in regime ordinario di pazienti maggiorenni nel triennio 2017-2019 con il 2022 evidenzia un aumento per le malattie dell'apparato respiratorio solo negli stranieri Pfpm (più consistente per gli uomini rispetto alle donne), mentre diminuiscono negli italiani (Tabella 4). Aumentano anche i tassi di ricovero per malattie infettive, sia per stranieri sia per italiani in entrambi i generi. Per le altre diagnosi le variazioni sono quasi sempre di segno negativo, spesso con variazioni percentuali più elevate per gli italiani. Le malattie del sistema circolatorio sono le diagnosi a più elevata ospedalizzazione, sia negli stranieri sia negli italiani, e nel 2022 si riduce la differenza di ospedalizzazione nei due gruppi. Si riduce leggermente il divario anche per i tumori nelle donne, per un aumento del 3,7% dei tassi nelle donne Pfpm. Un avvicinamento dei tassi di ricovero si osserva anche per i disturbi psichici che, mentre continuano a diminuire tra gli italiani adulti, rimangono stabili per gli uomini Pfpm e aumentano del circa 6% tra le donne Pfpm.

Per quanto riguarda il regime diurno, si osservano analoghe dinamiche tra 2017-2019 e 2022 (Tabella 5). Come già osservato in precedenza, il recupero degli accessi in DH rispetto al periodo pre-pandemia è stato maggiore del regime ordinario.

Il ricorso all'ospedalizzazione tra gli uomini è più frequente negli italiani rispetto ai Pfpm per tutti i gruppi di diagnosi principale, mentre tra le donne si ricoverano maggiormente le straniere, oltre che per motivi legati alla salute riproduttiva (con particolare riferimento alle IVG), anche per le malattie infettive.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 369

Tabella 1 - *Dimissioni (valori assoluti e tasso per 1.000) ospedaliere di pazienti e variazione (valori per 100) per cittadinanza e regime di ricovero - Media 2017-2019, anni 2020-2022*

Cittadinanza e regime di ricovero	Valori assoluti				Δ % rispetto media (2017-2019)			Tassi grezzi			
	Media (2017-2019)	2020	2021	2022	2020	2021	2022	Media (2017-2019)	2020	2021	2022
Totale	**8.703.367**	**6.815.929**	**7.318.874**	**7.646.540**	**-21,7**	**-15,9**	**-12,1**	**144,4**	**113,9**	**123,9**	**129,5**
Regime ordinario	6.888.879	5.535.660	5.813.192	6.033.506	-19,6	-15,6	-12,4	114,2	92,5	98,4	102,1
Regime diurno	1.814.488	1.280.269	1.505.682	1.613.034	-29,4	-17,0	-11,1	30,2	21,4	25,5	27,4
Italiani	**8.138.012**	**6.363.619**	**6.842.929**	**7.137.896**	**-21,8**	**-15,9**	**-12,3**	**148,3**	**117,0**	**127,6**	**133,3**
Regime ordinario	6.432.169	5.162.976	5.428.607	5.626.010	-19,7	-15,6	-12,5	117,2	95,0	101,2	105,1
Regime diurno	1.705.843	1.200.643	1.414.322	1.511.886	-29,6	-17,1	-11,4	31,1	22,1	26,4	28,2
Pfpm	**518.356**	**417.491**	**437.656**	**464.351**	**-19,5**	**-15,6**	**-10,4**	**98,8**	**79,1**	**83,7**	**87,8**
Regime ordinario	417.413	343.968	353.279	370.604	-17,6	-15,4	-11,2	79,3	65,0	67,3	69,6
Regime diurno	100.943	73.523	84.377	93.747	-27,2	-16,4	-7,1	19,5	14,1	16,4	18,2
Prime 10 cittadinanze											
Romania	104.819	79.329	81.409	83.167	-24,3	-22,3	-20,7	85,3	67,1	71,6	72,9
Albania	59.135	47.060	52.220	55.102	-20,4	-11,7	-6,8	125,0	100,2	112,7	119,4
Marocco	54.447	44.046	44.291	44.755	-19,1	-18,7	-17,8	128,3	100,0	100,1	102,2
Cina	18.787	13.519	14.318	14.548	-28,0	-23,8	-22,6	61,8	39,0	41,0	44,3
Ucraina	21.780	17.184	19.008	29.165	-21,1	-12,7	33,9	81,8	64,6	73,1	97,2
India	15.154	13.664	13.720	13.784	-9,8	-9,5	-9,0	99,7	83,0	81,3	80,8
Filippine	9.799	8.153	8.638	8.795	-16,8	-11,8	-10,2	60,6	49,3	52,1	54,3
Bangladesh	12.604	14.015	14.067	14.904	11,2	11,6	18,3	92,2	90,7	85,7	86,2
Egitto	12.551	11.042	11.381	12.346	-12,0	-9,3	-1,6	100,8	79,7	78,3	81,2
Pakistan	13.131	11.817	11.658	12.199	-10,0	-11,2	-7,1	107,2	87,4	82,2	83,5

Pfpm = Paesi a forte pressione migratoria.

Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2023.

Tabella 2 - *Dimissioni (tasso standardizzato per 1.000) ospedaliere di pazienti per genere, cittadinanza e regime di ricovero - Media 2017-2019, anni 2020-2022*

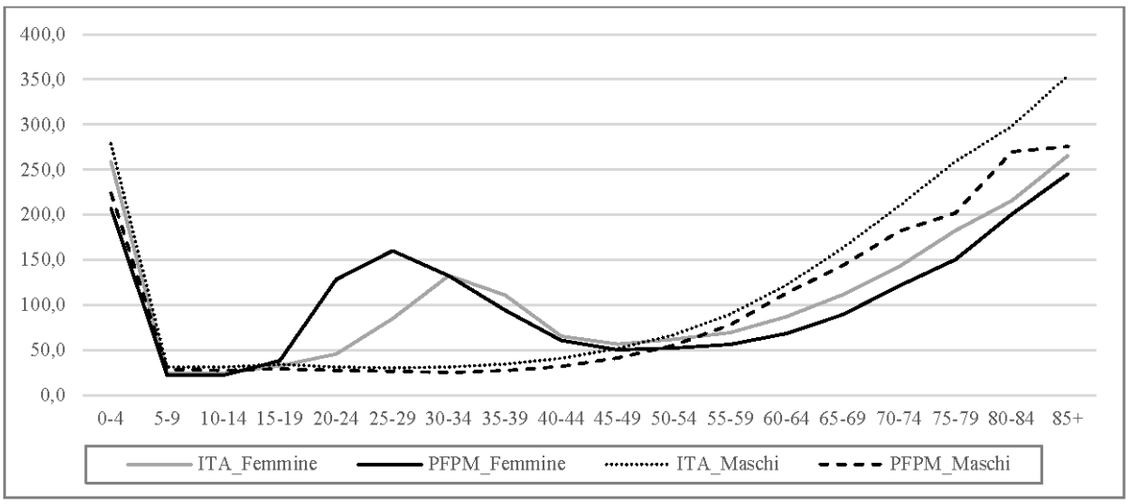
Cittadinanza e regime di ricovero	Media (2017-2019)			2020			2021			2022		
	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale
Totale	**138,5**	**140,2**	**138,0**	**108,4**	**110,0**	**108,0**	**117,6**	**120,0**	**117,6**	**122,9**	**124,8**	**122,6**
Regime ordinario	109,6	109,4	108,3	88,2	87,9	87,1	93,5	93,6	92,5	96,9	96,9	95,9
Regime diurno	29,0	30,8	29,7	20,2	22,1	21,0	24,0	26,4	25,0	26,0	27,9	26,7
Italiani	**140,4**	**140,3**	**139,1**	**109,7**	**110,0**	**108,7**	**119,3**	**120,5**	**118,8**	**124,6**	**125,2**	**123,8**
Regime ordinario	110,5	109,1	108,7	88,9	87,6	87,3	94,5	93,6	93,1	97,9	96,8	96,4
Regime diurno	29,8	31,3	30,3	20,8	22,4	21,4	24,8	26,9	25,7	26,8	28,4	27,4
Pfpm	**103,2**	**126,7**	**111,1**	**82,5**	**102,1**	**88,8**	**91,1**	**109,1**	**96,3**	**98,5**	**117,0**	**103,6**
Regime ordinario	86,7	103,4	91,7	70,8	84,9	74,8	77,0	89,0	79,6	82,2	94,7	84,8
Regime diurno	16,5	23,3	19,4	11,8	17,3	14,1	14,1	20,1	16,6	16,3	22,3	18,7
Prime 10 cittadinanze												
Romania	101,1	111,6	103,3	87,2	89,6	84,0	93,5	94,0	88,7	101,4	96,8	92,7
Albania	118,3	144,5	130,9	92,3	117,1	104,4	111,3	130,9	120,4	119,2	141,2	129,2
Marocco	98,1	149,4	122,8	78,0	118,8	97,5	83,7	118,5	100,0	87,1	122,6	104,0
Cina	51,1	81,8	67,0	34,5	53,3	44,3	43,8	56,0	50,2	52,7	68,4	61,0
Ucraina	95,3	102,5	95,9	71,3	81,4	74,8	87,7	91,5	85,6	151,8	129,2	125,5
India	93,8	124,5	104,6	75,1	109,8	89,0	81,6	103,1	88,4	87,8	104,2	92,9
Filippine	57,7	78,6	68,8	50,5	63,2	56,2	51,4	67,1	59,8	57,9	71,6	64,0
Bangladesh	89,9	128,6	96,6	78,9	130,5	94,9	79,2	143,7	98,7	71,2	135,3	90,9
Egitto	245,4	248,4	235,0	199,8	174,4	173,4	184,2	189,5	175,2	234,0	209,2	211,2
Pakistan	116,6	173,1	129,4	91,1	144,4	103,9	91,1	143,9	101,8	92,4	150,3	104,7

Pfpm = Paesi a forte pressione migratoria.

Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 370

Grafico 1 - *Dimissioni (tasso specifico per 1.000) ospedaliere di pazienti in regime di Ricovero Ordinario per genere e cittadinanza - Anno 2022*



Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2023.

Tabella 3 - *Dimissioni (valori per 100 e tasso standardizzato per 1.000) ospedaliere di pazienti per cittadinanza e regione di residenza - Media 2017-2019, anni 2020-2022*

Regioni	Media (2017-2019)			2020			2021			2022		
	Pfpm	Tassi std pfpm	Tassi std italiani	Pfpm	Tassi std pfpm	Tassi std italiani	Pfpm	Tassi std pfpm	Tassi std italiani	Pfpm	Tassi std pfpm	Tassi std italiani
Piemonte	7,1	116,5	131,5	7,4	96,3	104,5	7,2	103,3	114,9	7,3	113,5	121,6
Valle d'Aosta	4,8	142,4	157,9	4,7	117,6	121,0	5,1	130,6	136,3	4,0	110,6	145,4
Lombardia	7,7	104,4	131,5	7,9	82,6	102,0	7,6	86,3	110,5	7,5	94,5	117,8
Bolzano-Bozen	*6,3*	*133,1*	*155,9*	*6,6*	*105,8*	*127,8*	*6,4*	*115,8*	*241,5*	*6,7*	*126,5*	*246,2*
Trento	*6,8*	*137,1*	*142,8*	*7,1*	*115,6*	*115,8*	*6,6*	*110,4*	*214,2*	*6,3*	*123,1*	*222,9*
Veneto	7,7	112,6	126,8	7,8	96,0	106,7	7,7	97,9	110,3	7,8	108,6	114,8
Friuli Venezia Giulia	6,7	126,7	131,1	6,9	103,0	110,1	6,9	104,4	111,8	7,1	110,7	116,3
Liguria	6,0	129,1	153,9	6,7	103,7	119,0	6,8	117,8	134,2	7,1	133,2	140,0
Emilia-Romagna	8,5	119,5	141,2	8,6	97,8	116,1	8,8	107,8	125,0	8,6	111,2	128,7
Toscana	7,0	113,2	132,4	7,0	85,9	108,0	7,1	96,0	116,6	7,0	99,0	118,4
Umbria	7,2	126,9	142,4	7,1	95,5	112,1	7,2	110,1	123,0	7,1	119,7	127,6
Marche	6,8	136,0	140,8	6,8	109,9	112,5	7,1	125,6	118,7	6,4	120,6	125,6
Lazio	6,9	133,8	149,4	6,8	105,2	122,7	6,8	116,9	132,2	6,9	126,4	135,6
Abruzzo	4,3	121,7	145,7	4,3	95,3	114,1	4,3	111,9	125,3	4,2	116,2	130,1
Molise*	-	-	-	2,3	70,5	109,0	1,6	58,6	117,7	2,0	76,2	123,0
Campania	1,6	76,6	160,8	1,7	58,7	113,5	1,7	64,8	128,2	1,8	78,1	131,4
Puglia	1,9	91,9	129,6	2,0	69,0	95,3	2,0	76,5	102,4	2,1	84,2	107,7
Basilicata	2,1	89,6	137,4	2,1	66,3	100,0	2,2	84,0	113,9	2,3	93,9	120,9
Calabria	2,8	78,2	135,5	2,7	55,1	94,6	2,7	66,1	108,3	2,6	73,6	120,4
Sicilia	1,7	78,0	127,7	1,7	61,8	99,9	1,7	64,4	109,4	1,7	67,3	113,3
Sardegna*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Italia*	**5,7**	**112,4**	**138,8**	**5,9**	**88,8**	**108,5**	**5,8**	**97,3**	**118,5**	**5,8**	**104,7**	**123,6**

*I dati di queste regioni presentano delle anomalie dovute a problemi di qualità nella codifica della cittadinanza. Il dato Italia è al netto dei dati di queste regioni.
Pfpm = Paesi a forte pressione migratoria.

Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 371

Tabella 4 - *Dimissioni (tasso standardizzato per 1.000) ospedaliere di pazienti di età 18 anni ed oltre in regime di Ricovero Ordinario per genere, cittadinanza e diagnosi principale alla dimissione - Media 2017-2019, anno 2022*

Diagnosi principale alla dimissione	Maschi				Femmine			
	Tassi std Pfpm		Tassi std italiani		Tassi std Pfpm		Tassi std italiani	
	Media (2017-2019)	2022	Media (2017-2019)	2022	Media (2017-2019)	2022	Media (2017-2019)	2022
I - Malattie infettive e parassitarie	3,08	3,47	2,21	2,54	1,92	2,36	1,51	1,81
II - Tumori	9,16	8,33	12,96	11,40	8,68	9,00	11,97	11,46
III - Malattie endocrine, metaboliche e immunitarie	1,66	1,39	2,02	1,60	2,02	1,88	3,04	2,77
IV - Malattie sangue e organi ematopoietici	0,74	0,72	0,89	0,65	0,87	0,72	0,85	0,60
V - Disturbi psichici	1,93	1,93	3,25	2,72	1,93	2,04	2,93	2,57
VI - Malattie sistema nervoso e organi di senso	3,07	2,60	4,07	3,12	2,44	1,92	3,47	2,54
VII - Malattie sistema circolatorio	19,94	19,49	25,62	21,63	11,22	10,33	13,63	10,85
VIII - Malattie dell'apparato respiratorio	9,94	10,82	11,53	10,76	6,50	6,77	7,24	6,62
IX - Malattie apparato digerente	9,79	9,07	12,19	10,53	8,73	7,57	9,00	7,56
X - Malattie apparato genito-urinario	6,11	6,21	8,42	7,83	6,68	5,81	7,35	6,27
XI - Complicazioni della gravidanza, parto e puerperio	-	-	-	-	38,17	34,02	23,96	21,97
XII - Malattie cute e tessuto sottocutaneo	0,65	0,53	0,93	0,59	0,41	0,32	0,65	0,41
XIII - Malattie sistema osteomuscolare e connettivo	4,60	4,35	8,06	7,75	5,54	5,28	8,58	7,53
XIV - Malformazioni congenite	0,32	0,32	0,59	0,58	0,39	0,40	0,73	0,71
XV - Condizioni generate in epoca perinatale	0,01	0,01	0,01	0,01	0,02	0,03	0,02	0,02
XVI - Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	2,86	2,33	3,77	2,59	2,37	1,77	2,89	1,93
XVII - Traumatismi ed avvelenamenti	7,68	7,85	10,35	9,32	5,98	5,93	9,14	8,35
XVIII - Fattori che influenzano lo stato di salute	4,05	3,60	5,45	4,73	4,69	4,47	6,06	5,34
Totale	**85,58**	**83,03**	**112,32**	**98,35**	**108,55**	**100,62**	**113,02**	**99,32**

Pfpm = Paesi a forte pressione migratoria.

Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2023.

Tabella 5 - *Dimissioni (tasso standardizzato per 1.000) ospedaliere di pazienti di età 18 anni ed oltre in regime di Day Hospital per genere, cittadinanza e diagnosi principale alla dimissione - Media 2017-2019, anno 2022*

Diagnosi principale alla dimissione	Maschi				Femmine			
	Tassi std Pfpm		Tassi std italiani		Tassi std Pfpm		Tassi std italiani	
	Media (2017-2019)	2022	Media (2017-2019)	2022	Media (2017-2019)	2022	Media (2017-2019)	2022
I - Malattie infettive e parassitarie	0,33	0,37	0,42	0,50	0,29	0,35	0,23	0,29
II - Tumori	2,08	2,02	4,23	3,87	2,20	2,39	4,00	3,66
III - Malattie endocrine, metaboliche e immunitarie	0,20	0,21	0,53	0,42	0,22	0,20	0,64	0,50
IV - Malattie sangue e organi ematopoietici	0,18	0,17	0,45	0,41	0,22	0,24	0,52	0,51
V - Disturbi psichici	0,08	0,08	0,27	0,22	0,12	0,12	0,34	0,27
VI - Malattie sistema nervoso e organi di senso	1,89	2,11	3,26	2,97	1,55	1,65	2,94	2,75
VII - Malattie sistema circolatorio	1,32	1,20	2,54	2,21	1,23	1,13	1,63	1,33
VIII - Malattie dell'apparato respiratorio	0,49	0,49	1,07	0,96	0,39	0,39	0,75	0,66
IX - Malattie apparato digerente	2,56	2,31	4,32	3,73	0,99	0,85	1,79	1,41
X - Malattie apparato genito-urinario	0,96	0,93	2,17	1,72	4,11	3,98	6,67	6,35
XI - Complicazioni della gravidanza, parto e puerperio	-	-	-	-	8,30	7,44	3,82	3,65
XII - Malattie cute e tessuto sottocutaneo	0,32	0,31	0,94	0,74	0,21	0,19	0,54	0,41
XIII - Malattie sistema osteomuscolare e connettivo	1,21	1,10	2,87	2,76	1,63	1,42	3,42	2,91
XIV - Malformazioni congenite	0,08	0,09	0,23	0,22	0,14	0,13	0,30	0,30
XV - Condizioni generate in epoca perinatale	-	-	-	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00
XVI - Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	0,18	0,19	0,45	0,42	0,17	0,18	0,34	0,31
XVII - Traumatismi ed avvelenamenti	0,77	0,82	1,20	1,17	0,47	0,47	0,80	0,75
XVIII - Fattori che influenzano lo stato di salute	2,63	2,60	4,33	4,03	2,80	2,82	4,39	4,02
Totale	**15,28**	**14,99**	**29,29**	**26,33**	**25,06**	**23,96**	**33,12**	**30,07**

Pfpm = Paesi a forte pressione migratoria.

Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 372

Raccomandazioni di Osservasalute

L'analisi delle SDO conferma come permanga nel tempo una minore ospedalizzazione degli immigrati rispetto agli italiani, fenomeno questo già ampiamente documentato negli anni precedenti e durante la pandemia. Tale divario può essere ricondotto tanto a una condizione di salute complessivamente migliore da parte della popolazione immigrata (anche in relazione alla struttura per età e all'effetto "migrante sano" che opera come selettore naturale sulle persone al momento della partenza), quanto a dinamiche di accesso ai servizi (soprattutto in regime di DH).

L'impatto del COVID-19 in termini di riduzione dei ricoveri sembra essere stato più contenuto per gli immigrati rispetto agli italiani, che tendenzialmente fanno uso dei servizi per condizioni maggiormente legati all'urgenza (come i parti per le donne e i traumatismi per gli uomini in regime ordinario) o solo parzialmente procrastinabili (come le IVG in DH).

Rispetto alla qualità dei dati SDO, la scarsa compilazione dei campi necessari all'identificazione degli stranieri non in regola con le norme di soggiorno impedisce di svolgere analisi sui bisogni sanitari di questo specifico sottogruppo di popolazione, che sarebbero particolarmente utili per finalità di salute pubblica.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 373

Abortività volontaria delle donne straniere in Italia

Significato. Monitorare il ricorso all'IVG da parte delle donne di cittadinanza non italiana consente di disporre di dati utili alla definizione di politiche volte a promuovere la prevenzione delle gravidanze indesiderate nella popolazione straniera che, a causa di aspetti socio-culturali diversi in funzione del Paese di cittadinanza, rappresenta una sfida per i servizi e gli operatori sanitari.
La percentuale di IVG delle donne straniere descrive il loro contributo al fenomeno complessivo, mentre il tasso di abortività volontaria permette di stimare l'incidenza del fenomeno e di descriverne la variabilità (andamento nel tempo, differenze per area di cittadinanza, per età etc.).

Interruzioni Volontarie di Gravidanza effettuate da donne con cittadinanza straniera

Numeratore: Interruzioni Volontarie di Gravidanza effettuate da donne con cittadinanza straniera provenienti dai Paesi a forte pressione migratoria

Denominatore: Interruzioni Volontarie di Gravidanza

x 100

Tasso di Interruzioni Volontarie di Gravidanza di donne con cittadinanza straniera

Numeratore: Interruzioni Volontarie di Gravidanza effettuate da donne residenti in Italia con cittadinanza straniera

Denominatore: Popolazione media femminile residente in Italia con cittadinanza straniera

x 1.000

Validità e limiti. La condizione di donna straniera può essere definita prendendo in esame la cittadinanza o il Paese di nascita delle donne. La scelta di una delle due variabili può determinare differenze nelle stime perché adottando il criterio della cittadinanza si includono tra le straniere le donne di origine italiana che hanno acquisito cittadinanza estera e si escludono le straniere che hanno acquisito la cittadinanza italiana. Al contrario, adottando come criterio di selezione il Paese di nascita della donna, si includono le cittadine italiane nate all'estero e si escludono le cittadine straniere nate in Italia.
I tassi di abortività per cittadinanza, tenendo conto della disponibilità dei denominatori forniti dall'Istat, sono stati calcolati per gli anni 2003-2009, 2011 e 2013-2022.
Per migliorare la confrontabilità dei tassi di abortività tra le donne di diversa cittadinanza, il tasso è stato standardizzato in modo da eliminare le differenze dovute alle diverse strutture per età della popolazione.
Per approfondire gli aspetti generali relativi all'indagine sull'abortività volontaria si rimanda al Capitolo sulla "Salute materno-infantile" e, in particolare, all'Indicatore "Abortività volontaria".

Valore di riferimento/Benchmark. Non si dispone di valori di riferimento per la percentuale di IVG effettuata da donne straniere, in quanto la proporzione dipende molto dalla presenza della popolazione straniera nella zona considerata. Per il tasso di abortività, invece, si può considerare come valore di riferimento quello relativo alle donne italiane, assumendo che la situazione ottimale sia l'assenza di differenze nel ricorso ai servizi sanitari tra i due gruppi di donne.

Descrizione dei risultati

Nel 2022 l'Istat ha notificato 65.528 IVG rilevando una sottostima rispetto alle SDO per l'Emilia-Romagna e la Sicilia. Aggiungendo i casi identificati tramite le SDO, e a seguito del confronto con le Regioni, si stima un totale di 65.652 IVG. Il dato conferma il consolidato trend temporale di lungo periodo che vede una riduzione del numero di aborti volontari al partire dal 1982 (vedere Capitolo "Salute materno-infantile") (1, 2).
La percentuale di IVG effettuate dalle donne straniere, dopo una prima fase di crescita fino agli anni 2010-2012 quando ha raggiunto il livello massimo del 34,1%, ha iniziato lentamente a decrescere portandosi, dopo alcune "oscillazioni", al 27,4% nel 2022 (Grafico 1).
Nell'ultimo decennio l'aumento della presenza straniera in Italia ha subito un rallentamento, ma la maggioranza delle donne straniere continua a provenire da Pfpm. La percentuale delle IVG effettuate da donne di tali Paesi è più elevata al Nord e al Centro dove è maggiore la loro presenza rispetto al Meridione (Tabella 1). Nel 2022, sono 9 le regioni che hanno una quota di IVG da donne dei Pfpm >30%, tra queste l'Emilia-Romagna presenta il valore più elevato pari a 39,1%. In Campania e in Sardegna si osservano, invece, i valori più bassi, <10% (8,6%).
Gli indicatori sono calcolati separatamente per tre raggruppamenti in base alla cittadinanza: donne con cit-

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 374

tadinanza Pfpm, donne cittadine di Paesi a sviluppo avanzato (Psa) e donne con cittadinanza italiana. Questo consente di descrivere il fenomeno in alcuni sottogruppi di donne, distinguendo anche per classi di età.

Come illustrato nel Grafico 2, la diminuzione dei tassi di abortività volontaria continua in tutti i gruppi presi in esame; in particolare, nel 2022 si osserva una riduzione del tasso di IVG tra le donne Pfpm del 68%, rispetto all'inizio del periodo di osservazione (anno 2003). Nonostante questo forte decremento, le donne Pfpm mantengono livelli significativamente più alti dell'indicatore rispetto agli altri due gruppi.

Anche per le donne italiane si conferma una riduzione dei tassi che sono scesi a 5,2 IVG per 1.000 donne residenti, con una riduzione del 32% rispetto al 2003 quando i tassi erano già molto contenuti. Anche per le cittadine Psa si registra questa tendenza, ma con un andamento più irregolare nel tempo, a causa di valori numericamente molto piccoli.

La forbice tra i valori delle donne straniere Pfpm e quelli delle donne italiane si è notevolmente ridotta nel tempo, nel 2003 le prime presentavano un valore 5,4 volte superiore alle italiane, nel 2022 tale differenza scende a 2,5.

Poiché nel calcolo dei tassi si fa riferimento alle sole donne residenti, si può ipotizzare che la crescente integrazione delle donne straniere faciliti l'assunzione di comportamenti simili alle donne italiane con maggiore consapevolezza circa le opportunità di prevenzione delle gravidanze indesiderate e migliore accesso ai servizi sanitari.

Considerato il consolidamento della riduzione del tasso di abortività tra le straniere con valori più vicini a quelli delle donne italiane, per il confronto per età consideriamo solo la seconda parte del periodo di osservazione (2013-2022) al fine di analizzare più nel dettaglio i cambiamenti recenti (Grafico 3).

Il ricorso all'IVG in entrambi i gruppi si è spostato a età più elevate: per le donne dei Pfpm il valore più alto del tasso passa dalla classe di età 20-24 nel 2013 (32,7 IVG per 1.000), alla classe 25-29 nel 2022 (22,1 IVG per 1.000). Tra le italiane il tasso di abortività volontaria nel 2013 presentava valori simili per le tre classi contigue 20-24, 25-29 e 30-34 anni, mentre nel 2022 il valore più elevato si riscontra nella classe di età 30-34 anni (7,6 per 1.000) (Grafico 3). Queste modifiche sono dovute, principalmente, al minor ricorso nel tempo all'IVG da parte delle donne più giovani che mostrano un calo più significativo dei tassi, soprattutto quelle di età compresa tra 15-19 anni (-44% tra le straniere e -32% tra le italiane).

Le donne dei Psa (dato non presente in tabella) presentano trend con forti oscillazioni dovute alla scarsa numerosità dei casi di IVG, con tendenza alla diminuzione soprattutto tra le giovani (in particolare nella classe 15-19 anni).

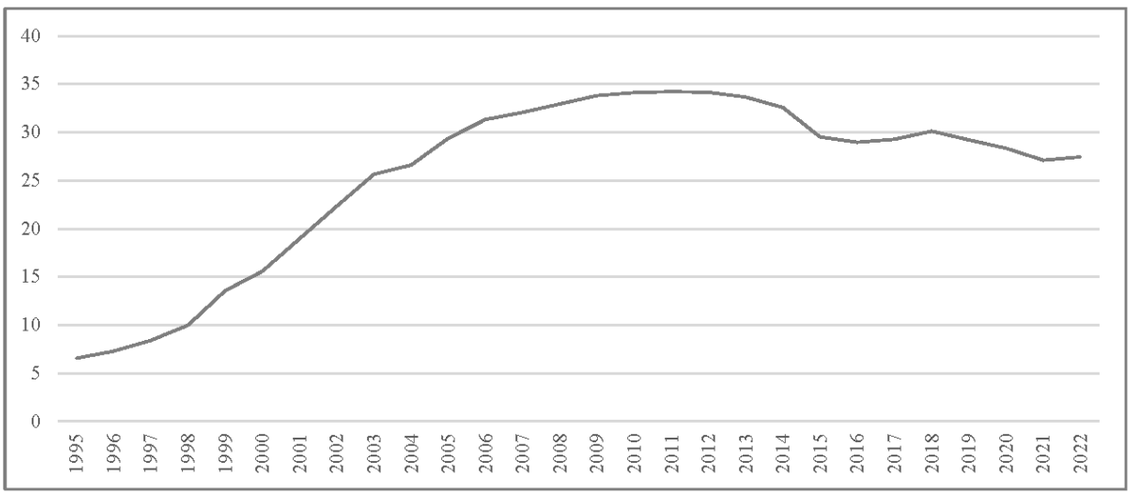
Nel corso degli anni, a partire dal 2003, nelle prime cinque posizioni della classifica delle IVG per nazionalità della donna si sono alternate diverse cittadinanze: Romania, Albania e Marocco hanno avuto una presenza continua, cui si sono poi aggiunte la Cina e, a partire dal 2017, la Nigeria (Tabella 2).

Con riferimento al trend 2003-2022 (non disponibile per la Nigeria) viene confermata la decrescita dei livelli di abortività delle donne rumene, albanesi, marocchine e cinesi. Per le prime la riduzione del tasso std è di notevole entità e pari all'88%, anche se il loro tasso iniziale era notevolmente maggiore rispetto a quello stimato per le altre cittadinanze. Per le donne cinesi il livello di abortività diminuisce del 66%, mentre per le marocchine e le albanesi, rispettivamente, del 53% e del 50%.

Focalizzando l'attenzione sul trend più recente (2017-2022) la graduatoria subisce delle modifiche: per la cittadinanza albanese e quella marocchina i tassi sono sostanzialmente stabili. La riduzione più marcata si presenta per la cittadinanza nigeriana (-62%), seguita da quella cinese (-36%) e rumena (-24%).

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 375

Grafico 1 - *Interruzioni Volontarie di Gravidanza (valori per 100) effettuate da donne con cittadinanza straniera in Italia - Anni 1995-2022*



Fonte dei dati: Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anno 2023.

Tabella 1 - *Interruzioni Volontarie di Gravidanza (valori per 100) effettuate da donne con cittadinanza straniera provenienti dai Paesi a forte pressione migratoria per regione - Anni 2003, 2013, 2018-2022*

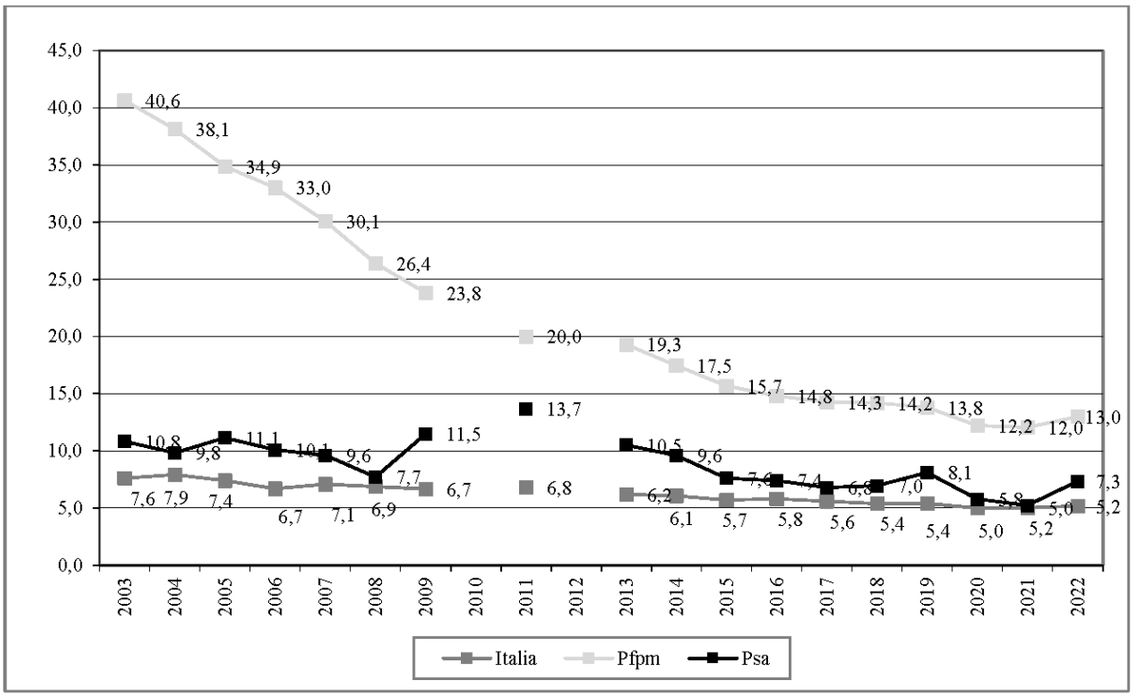
Regioni	2003	2013	2018	2019	2020	2021	2022
Piemonte	23,2	37,4	35,2	33,6	33,8	32,1	33,8
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	8,1	23,2	24,3	19,0	22,0	19,5	18,4
Lombardia	33,7	39,5	39,0	36,9	36,1	35,4	35,5
Trentino-Alto Adige*	18,4	37,8	35,6	36,9	32,7	31,6	29,9
Veneto	30,6	43,8	36,6	37,5	32,9	33,6	33,0
Friuli Venezia Giulia	23,2	36,3	30,0	27,7	28,2	27,2	30,6
Liguria	26,4	38,6	37,0	34,3	31,4	35,1	34,5
Emilia-Romagna	29,7	43,1	40,4	39,0	38,7	38,4	39,1
Toscana	23,8	39,8	35,2	35,5	34,5	34,1	33,5
Umbria	34,9	44,5	35,1	39,3	35,9	31,1	35,6
Marche	28,0	37,9	40,7	35,8	35,6	34,9	31,8
Lazio	23,1	32,8	28,3	26,9	26,8	25,5	26,7
Abruzzo	15,5	27,2	21,8	20,2	21,0	18,9	19,1
Molise	5,1	18,0	4,0	18,1	16,3	15,6	18,5
Campania	12,0	13,2	10,6	10,2	8,9	8,7	8,6
Puglia	3,3	11,0	10,3	9,9	8,6	7,5	9,2
Basilicata	4,0	12,9	13,3	12,8	10,7	13,2	13,1
Calabria	7,9	17,6	18,2	16,3	22,0	13,1	12,5
Sicilia	5,0	15,3	13,1	12,1	11,6	10,4	9,5
Sardegna	4,0	13,1	14,7	11,3	12,6	9,3	8,6
Italia	**21,2**	**31,1**	**28,0**	**26,9**	**26,2**	**25,6**	**25,8**

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

Fonte dei dati: Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 376

Grafico 2 - *Tasso (standardizzato per 1.000) di abortività volontaria per gruppo di cittadinanza - Anni 2003-2022*

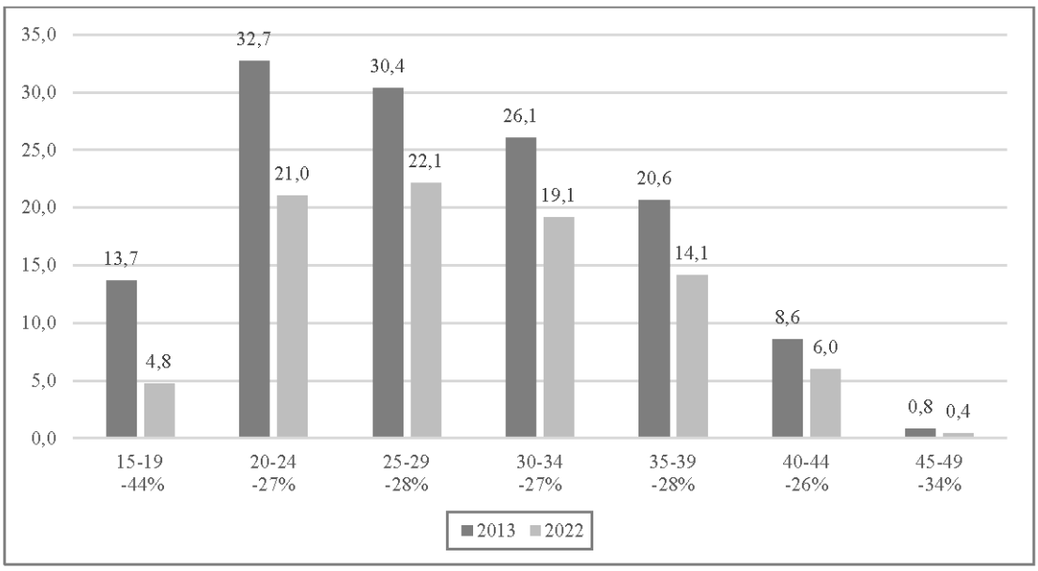


Pfpm = Paesi a forte pressione migratoria.
Psa = Paesi a sviluppo avanzato.

Fonte dei dati: Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anno 2023.

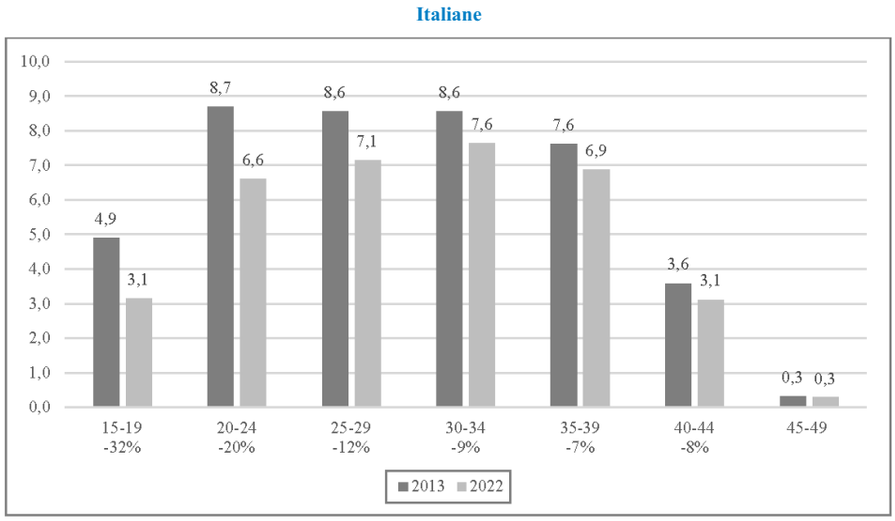
Grafico 3 - *Tasso (standardizzato per 1.000) di abortività volontaria per classe di età e gruppo di cittadinanza - Anni 2013, 2022*

Paesi a forte pressione migratoria



Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 377

Grafico 3 - (segue) *Tasso (standardizzato per 1.000) di abortività volontaria per classe di età e gruppo di cittadinanza - Anni 2013, 2022*



Fonte dei dati: Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anno 2023.

Tabella 2 - *Interruzioni Volontarie di Gravidanza (valori assoluti, valori per 100 e tasso standardizzato per 1.000) effettuate da donne straniere residenti in Italia per alcune cittadinanze - Anni 2003, 2011, 2017-2022*

Cittadinanze	Anni	IVG	IVG/Totale IVG di donne straniere	%IVG di donne non residenti	Tassi std
Romania	2003	7.147	22,5	31,4	72,0
	2011	10.844	28,9	12,8	27,3
	2017	5.204	22,1	8,6	11,7
	2018	4.669	20,4	5,5	11,0
	2019	3.934	18,8	5,5	10,4
	2020	3.366	18,1	3,9	9,1
	2021	2.927	17,1	3,7	9,0
	2022	2.742	15,3	3,7	8,9
Albania	2003	2.278	7,2	10,7	25,5
	2011	2.598	6,9	3,4	17,7
	2017	1.963	8,2	4,5	13,5
	2018	2.017	8,8	2,4	14,0
	2019	1.890	9,0	3,1	13,6
	2020	1.637	8,8	2,5	11,7
	2021	1.502	8,8	2,8	11,0
	2022	1.686	9,4	4,4	12,7
Marocco	2003	1.778	5,6	11,5	23,8
	2011	2.312	6,2	5,2	18,0
	2017	1.554	6,6	5,0	12,6
	2018	1.604	7,0	3,7	13,1
	2019	1.453	6,9	3,8	12,4
	2020	1.268	6,8	2,9	10,7
	2021	1.252	7,3	3,4	11,1
	2022	1.221	6,8	4,0	11,1
Cina	2003	1.309	4,1	7,8	40,7
	2011	2.552	6,8	7,0	35,2
	2017	2.098	8,9	10,1	21,6
	2018	1.892	8,3	2,5	19,1
	2019	1.740	8,3	3,2	18,0
	2020	1.388	7,5	2,8	13,3
	2021	1.249	7,3	4,0	12,1
	2022	1.237	6,9	3,8	13,8
Nigeria	2017	2.126	9,0	28,1	71,5
	2018	2.035	8,9	13,3	52,3
	2019	1.514	7,2	11,0	36,3
	2020	1.194	6,4	5,0	29,6
	2021	1.105	6,4	8,0	27,3.
	2022	1.113	6,2	8,5	27,2

Fonte dei dati: Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 378

Raccomandazioni di Osservasalute

Il decremento dei tassi di abortività tra le donne immigrate, osservato negli ultimi anni, riduce il divario rilevato precedentemente con le donne italiane. Inoltre, l'ulteriore diminuzione del tasso di abortività anche tra le donne italiane induce a pensare che la rivoluzione contraccettiva nel Paese abbia subito un avanzamento, specialmente tra le più giovani, che hanno registrato la maggiore riduzione dell'abortività volontaria. Sembra ragionevole confermare che la promozione delle competenze e delle consapevolezze delle donne e delle coppie siano l'obiettivo prioritario per il contenimento del fenomeno e che le attività introdotte, specie dai Consultori familiari, per la pianificazione familiare siano in grado di ridurre le gravidanze indesiderate e il ricorso all'IVG.

I tassi di abortività volontaria tra le donne straniere restano, tuttavia, elevati (sono ancora oltre il doppio rispetto a quelli delle donne italiane). È, pertanto, necessario continuare a monitorare l'andamento del fenomeno distinguendo le diverse nazionalità, evidenziando i differenti comportamenti riproduttivi ed esaminando anche l'accessibilità e l'utilizzo dei servizi sanitari.

Riferimenti bibliografici

(1) Ministero della Salute (2023), Relazione del Ministro della Salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione della gravidanza (Legge 194/78). Dati 2021. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioPubblicazioniDonna.jsp?lingua=italiano&id=3367.
(2) Istat, L'interruzione volontaria di gravidanza in Italia. Anno 2022. Disponibile sul sito: http://dati.istat.it.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 379

Età al parto delle donne straniere in Italia

Significato. L'Italia negli ultimi 15 anni continua a essere caratterizzata da una progressiva denatalità (1). I dati 2022 diffusi dall'Istat certificano 393.333 nascite, quasi 7.000 in meno (-1,7%) rispetto al 2021 e oltre 183 mila in meno (-31,8%) rispetto al 2008.
Da un lato, è l'effetto di generazioni di donne, nate dopo il *baby-boom* (dalla seconda metà degli anni Sessanta alla prima metà dei Settanta), che sono meno numerose in conseguenza della decisa diminuzione della fecondità dalla metà degli anni Settanta alla metà degli anni Novanta. Dall'altro, è andato scemando l'effetto positivo sulle nascite determinato dalla popolazione straniera, che sempre più assume comportamenti e stili di vita propri del nostro Paese.
Questi cambiamenti si possono leggere anche nei dati presentati in questo Rapporto Osservasalute, riferiti all'andamento dei parti per età della madre negli anni 2019-2022 a cavallo della pandemia da COVID-19.

Età media delle madri al parto per cittadinanza

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\Sigma\ (\text{Parti da madri di età } x) \times (\text{Età } x) \text{ per cittadinanza}}{\text{Denominatore} \quad \text{Parti per cittadinanza}}$$

Proporzione di parti per età della madre per cittadinanza

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Parti da madri in età } x \text{ per cittadinanza}}{\text{Denominatore} \quad \text{Parti per cittadinanza}} \times 100$$

Validità e limiti. Gli indicatori sono calcolati utilizzando i dati dei CedAP del Ministero della Salute. Il certificato viene compilato per ogni parto avvenuto in Italia presso i punti nascita delle strutture di ricovero pubbliche e private. I dati sono trasmessi dalle Regioni al Ministero della Salute.
La fonte CedAP mostra un progressivo miglioramento della qualità nel tempo e dal 2022 anche per il Molise è disponibile l'informazione relativa alla cittadinanza della madre, non compilata fino al 2021.
Da quest'anno l'analisi dei parti per età della madre è effettuata anche in riferimento alle prime 10 cittadinanze delle madri, selezionate in base al numero di donne residenti nel nostro Paese al 1° gennaio 2023.

Valore di riferimento/Benchmark. I valori degli indicatori riferiti alle donne straniere provenienti dai Pfpm vengono confrontati con quelli delle donne italiane.

Descrizione dei risultati

Nel 2022 in Italia si sono verificati 387.835 parti, di cui 73.226 (18,9%) sono relativi a madri straniere con cittadinanza nei Pfpm. Tale percentuale è sensibilmente più elevata nelle regioni del Centro-Nord, dove vi è una maggiore presenza straniera: in Emilia-Romagna e Liguria è pari al 29,8%, in Lombardia 28,0%, in Veneto 26,4% e in Piemonte 25,6% (Tabella1).
Il Grafico 1, relativo alla distribuzione percentuale dei parti per età della madre, mostra due risultati rilevanti: da un lato, la curva relativa alle donne Pfpm è distribuita su un range di età più ampio rispetto alle italiane, in conseguenza del maggior numero medio di figli per donna (nel 2022 il tasso di fecondità totale del complesso di donne straniere è pari a 1,86 *vs* 1,18 delle italiane); dall'altro, dal confronto tra 2019 e 2022, emerge per entrambi i gruppi di popolazione uno spostamento della curva verso le età più avanzate. Mentre questo risultato è noto per le donne italiane e nel grafico risulta appena evidente tra i 25-30 anni, per le donne straniere è più accentuato e si osservano percentuali dei parti nel 2022 più elevate dei valori nel 2019 soprattutto dopo i 30 anni di età. Interessanti anche le variazioni relative all'età modale, aumentata da 29 a 30 anni dal 2019 al 2022 per le donne Pfpm e diminuita da 34 a 32 anni per le italiane, in conseguenza del minor numero di parti negli ordini di nascita superiori (Grafico 1).
Queste tendenze risultano confermate anche dall'analisi dell'indicatore dell'età media al parto, per il quale si riduce il divario tra italiane e Pfpm da 2,4 anni nel 2019 a 2,1 anni nel 2022, per l'aumento dell'età media al parto delle donne straniere da 30,1 nel 2019 a 30,6 anni nel 2022, mentre il valore per le italiane varia da 32,5 anni nel 2019 a 32,7 anni nel 2022 (Tabella 1). Nel 2022, nelle regioni l'età media al parto delle donne Pfpm ha un *range* di 1,6 anni, da 29,9 anni in Puglia a 31,5 anni in Sardegna. Valori superiori ai 31 anni si registrano solo in Valle d'Aosta, Lazio e Sardegna. Le donne italiane hanno un'età media al parto di 2,1 anni più elevata rispetto alle donne Pfpm, ma in Valle d'Aosta, Campania e Sicilia è poco superiore a 1 anno.

A. BURGIO, A. PUGLIESE, A. D'ERRICO, M. LOGHI

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 380

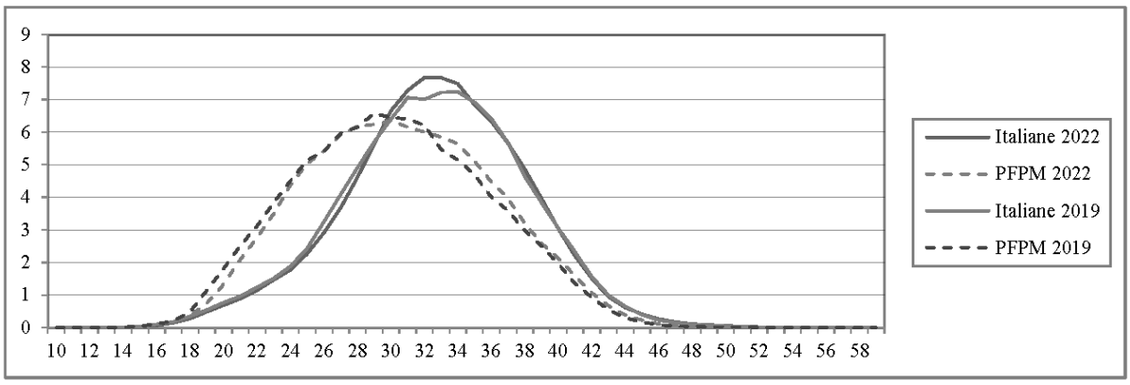
Questo indicatore è influenzato dal diverso numero di figli per donna. Difatti, confrontando l'età media delle madri alla nascita del primo figlio il divario tra italiane e Pfpm aumenta a 3,1 anni (rispettivamente, 31,7 anni *vs* 28,6 anni, nel 2022) (Tabella 1). Anche questo indicatore conferma una posticipazione della maternità più accentuata per le donne Pfpm (nel 2019 l'età media alla nascita del primo figlio era pari a 28,1 anni *vs* 31,4 anni per le italiane). Nelle regioni il divario tra italiane e straniere è più elevato in Toscana (32,6 anni italiane *vs* 28,1 anni Pfpm), Liguria (32,2 anni *vs* 28,1 anni) ed Emilia-Romagna (32,3 anni *vs* 28,3 anni), mentre si riduce a circa 2 anni in Campania (30,8 anni *vs* 28,9 anni) e in Valle d'Aosta (31,1 anni *vs* 29,1 anni). I valori più bassi dell'età media alla nascita del primo figlio per le donne Pfpm si registrano nella PA di Bolzano e in Basilicata (27,8 anni), in Puglia e Sicilia (27,7 anni). Il Lazio è la regione con i valori più alti sia per le donne Pfpm (30,0 anni), sia per le italiane (32,8 anni).

Considerando le classi di età estreme (<20 anni e ≥35 anni), in cui aumentano i rischi di parti pretermine e di possibili problemi di salute per il neonato, per le donne straniere dei Pfpm la quota di parti è aumentata dal 25,2% nel 2019 al 27,1% nel 2022, mentre tra le madri italiane è rimasta stabile al 38,2% (anche in questo caso in conseguenza della riduzione delle nascite di ordine superiore). I parti prima dei 20 anni costituiscono una quota residuale per entrambe le cittadinanze (nel 2022 1,4% Pfpm *vs* 1,0% italiane), mentre partoriscono a una età ≥35 anni il 25,7% delle donne Pfpm e il 37,2% delle italiane, nel 2022 (Tabella 1). Si conferma un significativo cambiamento dei comportamenti riproduttivi delle donne straniere negli ultimi anni, sempre più simili a quelli delle donne italiane: i parti da madri di 35 anni e oltre erano il 23,2% nel 2019. Nelle regioni la percentuale di parti di donne straniere Pfpm prima dei 20 anni è >3% in Sicilia (3,4%), Puglia (3,3%) Campania e Calabria (3,1%); la quota di parti in età 35 anni e oltre è, invece, prossima o superiore al 30% in Sardegna (33,8%), Valle d'Aosta (30,3%) e Lazio (29,5%). Per le italiane le regioni con la maggior frequenza di parti in età 35 anni e oltre sono Lazio (43,4%), Toscana e Sardegna (43,0%) (Tabella 1).

In corrispondenza delle prime 10 cittadinanze, nel 2022 si concentra il 60% circa dei parti da madri Pfpm e il 40% è di madri rumene, albanesi e marocchine (Tabella 2). Le classi di età dove si concentra la maggior quota dei parti sono 25-29 anni e 30-34 anni; solo per la Polonia la percentuale più elevata di parti si osserva nella classe 35-39 anni. Tali differenze dipendono anche dall'ordine di nascita dei figli partoriti nel 2022. Infatti, le donne polacche risultano avere un'età media elevata anche per la nascita del primo figlio (33,1 anni). Per le altre cittadinanze l'età media al primo figlio varia da un minimo di 26,8 anni per l'Albania a un massimo di 29,9 anni per il Perù. Nella maggior parte dei casi i valori sono comunque superiori al dato medio Pfpm (28,6 anni). Lo stesso vale per l'età media al parto, <30 anni solo per le madri albanesi (28,8 anni), superiore alla media Pfpm in 7 delle 10 cittadinanze e superiore al valore delle donne italiane (32,7 anni) per le madri polacche (34,2 anni). La quota di donne che partorisce prima dei 20 anni è più alta tra le rumene (2,7%) e le donne del Perù (1,8%); partorisce dopo i 35 anni oltre la metà delle donne polacche (51,7%) e il (38,0%) delle donne filippine, percentuali superiori al valore delle italiane (37,2%). Valori superiori al dato medio Pfpm (25,7%) si registrano anche per le donne di Perù (35,6%), Marocco (29,1%), Ucraina (28,9%), Romania (27,3%) e Moldova (26,8%).

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 381

Grafico 1 - *Parti (valori per 100) delle donne straniere dei Paesi a Forte Pressione Migratoria e delle italiane per età - Anni 2019, 2022*



Nota: sono esclusi i dati del Molise per indisponibilità della variabile relativa alla cittadinanza.

Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. CedAP. Anno 2023.

Tabella 1 - *Età media (valori in anni) delle madri al parto e parti (valori per 100) per cittadinanza della madre e regione di evento - Anni 2019-2022*

Regioni	% Parti da madri straniere	Età media al parto		Età media al primo figlio		% Parti da madri <20 anni		% Parti da madri ≥35 anni	
		Pfpm	Italiane	Pfpm	Italiane	Pfpm	Italiane	Pfpm	Italiane
Piemonte	25,6	30,6	32,9	28,5	31,8	1,2	0,6	25,8	37,1
Valle d'Aosta	14,8	31,1	32,2	29,1	31,1	1,8	0,6	30,3	32,7
Lombardia	28,0	30,7	33,3	28,6	32,3	1,2	0,6	26,5	40,4
Bolzano-Bozen	*19,8*	*30,2*	*31,8*	*27,8*	*30,3*	*1,2*	*0,7*	*23,0*	*28,0*
Trento	*21,9*	*30,9*	*32,7*	*28,6*	*31,5*	*0,7*	*0,4*	*26,6*	*35,5*
Veneto	26,4	30,4	33,1	28,1	31,9	1,0	0,4	24,4	38,7
Friuli Venezia Giulia	23,9	30,0	33,0	28,3	32,1	1,3	0,4	22,1	38,7
Liguria	29,8	30,1	33,1	28,1	32,2	1,7	0,9	22,0	39,2
Emilia-Romagna	29,8	30,5	33,2	28,3	32,3	1,1	0,5	24,8	39,9
Toscana	24,0	30,4	33,6	28,1	32,6	1,5	0,5	25,0	43,0
Umbria	19,4	30,4	33,0	29,0	32,2	0,8	0,4	24,0	38,6
Marche	21,0	30,6	33,2	28,6	32,2	1,2	0,6	27,2	40,4
Lazio	19,3	31,2	33,5	30,0	32,8	1,4	0,6	29,5	43,4
Abruzzo	14,6	30,5	33,1	28,7	32,2	1,6	0,7	25,6	40,3
Molise	6,5	30,2	32,6	28,7	31,7	1,2	1,2	21,4	36,5
Campania	7,0	30,6	31,8	28,9	30,8	3,1	1,4	25,7	31,0
Puglia	6,9	29,9	32,2	27,7	31,1	3,3	1,4	23,8	35,0
Basilicata	10,3	30,3	32,9	27,8	31,6	1,4	0,5	24,3	39,3
Calabria	8,4	30,3	32,1	28,5	31,0	3,1	1,1	25,9	33,2
Sicilia	5,1	30,0	31,3	27,7	30,3	3,4	2,6	23,9	30,2
Sardegna	6,4	31,5	33,2	29,5	32,3	1,3	1,0	33,8	43,0
Italia 2022	**18,9**	**30,6**	**32,7**	**28,6**	**31,7**	**1,4**	**1,0**	**25,7**	**37,2**
Italia 2021*	**18,6**	**30,5**	**32,7**	**28,5**	**31,7**	**1,4**	**1,0**	**25,2**	**37,7**
Italia 2020*	**19,7**	**30,2**	**32,6**	**28,2**	**31,5**	**1,7**	**1,1**	**23,9**	**36,9**
Italia 2019*	**20,0**	**30,1**	**32,5**	**28,1**	**31,4**	**2,0**	**1,2**	**23,2**	**37,1**

*Dal 2019 al 2021 sono esclusi i dati del Molise per indisponibilità della variabile relativa alla cittadinanza.

Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. CedAP. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 382

Tabella 2 - *Età media (valori in anni) delle madri al parto e parti (valori per 100) per le prime dieci cittadinanze della madre - Anno 2022*

Cittadinanza	% Parti da madri straniere	% Parti per età della madre <2 anni	20-24 anni	25-29 anni	30-34 anni	35-39 anni	≥40 anni	Totale	Età media al parto	Età media al primo figlio
Romania	2,9	2,7	11,6	24,2	34,2	21,1	6,2	100,0	30,9	29,2
Albania	2,3	1,6	19,8	35,3	28,8	12,1	2,5	100,0	28,8	26,8
Ucraina	0,8	1,0	10,9	26,6	32,6	21,9	7,0	100,0	31,3	29,5
Marocco	2,3	0,7	15,8	27,5	26,9	20,2	8,9	100,0	30,8	28,2
Cina	0,5	0,7	10,9	34,3	33,7	15,5	4,8	100,0	30,3	28,2
Filippine	0,3	1,0	9,6	23,5	27,9	28,0	10,0	100,0	32,1	29,5
Moldova	0,5	1,1	13,7	29,7	28,6	21,6	5,2	100,0	30,6	28,5
India	0,7	0,1	5,8	30,0	41,3	19,5	3,3	100,0	31,2	29,6
Perù	0,4	1,8	10,7	21,7	30,1	23,7	11,9	100,0	32,0	29,9
Polonia	0,2	0,7	4,5	15,7	27,4	34,6	17,1	100,0	34,2	33,1
Pfpm	**18,9**	**1,4**	**14,1**	**28,8**	**30,0**	**19,3**	**6,4**	**100,0**	**30,6**	**28,6**
Italiane	**80,0**	**1,0**	**6,0**	**19,1**	**36,8**	**27,7**	**9,5**	**100,0**	**32,7**	**31,7**

Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. CedAP. Anno 2023.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nel nostro Paese il processo di denatalità e posticipazione della maternità proseguono senza segnali di cambiamenti significativi. Questi fenomeni coinvolgono sempre di più anche le donne straniere, che assumono nel tempo comportamenti e stili di vita simili a quelli delle donne italiane. Le conseguenze di tali trend sono sia il rapido invecchiamento della popolazione, sia l'aumento di parti a rischio di complicazioni. Gli indicatori presentati in questa Edizione del Rapporto Osservasalute, evidenziano come si riducano sempre più i divari tra straniere e italiane, nella direzione più sfavorevole per le dinamiche demografiche e accentuando i problemi per i servizi sanitari, che devono assicurare la salute materno-infantile e prevenire, per quanto possibile, le complicazioni della gravidanza e del parto.

In questo contesto, gli indicatori presentati forniscono utili informazioni a chi deve intervenire con politiche a sostegno della natalità e di contrasto dei determinanti della posticipazione della maternità.

Riferimenti bibliografici

(1) Istat, Natalità e fecondità della popolazione residente. Anno 2022, Comunicato stampa, 26 ottobre 2023. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/archivio/289772.
(2) Ministero della Salute, Certificato di assistenza al parto (CedAP). Analisi dell'evento nascita. Anni vari. Disponibile sul sito:
www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3346.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 383

Accertamenti in gravidanza delle donne straniere in Italia

Significato. Il monitoraggio degli indicatori relativi agli accertamenti in gravidanza eseguiti dalle donne straniere consente di conoscere il comportamento della popolazione immigrata e individuare eventuali aspetti critici nell'offerta e nell'accessibilità dei servizi sanitari. Gli indicatori forniscono evidenze circa la necessità di mettere in atto opportuni programmi di prevenzione, che tengano conto dei bisogni di salute della popolazione immigrata.
Per alcuni indicatori, che riguardano i controlli dello stato della gravidanza, è stato stabilito un valore soglia individuato tramite le Linee Guida emanate dal Ministero della Salute nel 2011 (1, 2).

Percentuale di madri straniere che hanno effettuato un numero di visite in gravidanza >4

Numeratore: Madri che hanno effettuato più di 4 visite in gravidanza per cittadinanza
Denominatore: Parti per cittadinanza della madre
x 100

Percentuale di madri straniere che hanno effettuato la 1ª visita in gravidanza tardivamente

Numeratore: Madri che hanno effettuato la 1ª visita in gravidanza tardivamente (>10 settimane di gestazione) per cittadinanza
Denominatore: Parti per cittadinanza della madre
x 100

Percentuale di madri straniere che hanno effettuato un numero insufficiente di ecografie in gravidanza

Numeratore: Madri che hanno effettuato un numero insufficiente di ecografie in gravidanza (<3) per cittadinanza
Denominatore: Parti per cittadinanza della madre
x 100

Percentuale di madri straniere che hanno effettuato almeno 1 indagine prenatale invasiva

Numeratore: Madri che hanno effettuato almeno 1 indagine prenatale invasiva (amniocentesi, villi coriali, fetoscopia/funicolocentesi) per cittadinanza
Denominatore: Parti per cittadinanza della madre
x 100

Validità e limiti. La fonte informativa considerata per il calcolo degli indicatori è il Certificato di Assistenza al Parto (CedAP) (3). Il certificato viene compilato per ogni parto avvenuto in Italia presso i punti nascita delle strutture di ricovero pubbliche e private. I dati sono trasmessi dalle Regioni al Ministero della Salute. Il CedAP costituisce una fonte ricca di informazioni sulla gravidanza, il parto e il neonato. La fonte mostra un progressivo miglioramento della qualità nel tempo, sia in termini di copertura territoriale sia di coerenza interna delle informazioni, tuttavia, permangono problemi di inaccuratezza nella compilazione delle singole variabili oggetto di questa analisi, che presentano una quota elevata di non indicato.

Valore di riferimento/Benchmark. Nel tempo si sono susseguite diverse Linee Guida nazionali e internazionali, emanate da organismi istituzionali e associazioni di professionisti del settore. Per questo contributo sono state considerate le Linea Guida prodotte dal Ministero della Salute, in collaborazione con l'ISS (1, 2), in cui vengono individuati i valori di riferimento per gli indicatori presentati. Le raccomandazioni prevedono di eseguire durante la gravidanza almeno una visita per ciascun trimestre e una finale (per un totale quindi di 4 visite), di eseguire la prima visita entro la 10a settimana di gestazione e di effettuare almeno 3 ecografie.

Descrizione dei risultati

Nel 2022 in Italia si sono verificati 387.835 parti in totale, di cui 310.422 da donne di cittadinanza italiana e 73.226 (18,9%) da donne provenienti da Pfpm. Rispetto al 2021 i parti sono diminuiti del 2%, della stessa misura si riducono i parti da madri italiane mentre restano stabili i parti delle donne Pfpm. Una diminuzione consistente era stata già registrata tra il 2019 e il 2020 (-4%), per poi arrestarsi tra il 2020 e il

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 384

2021 (-1%), anni segnati dalla pandemia COVID-19. Nel 2022, la fase di decrescita continua il suo trend ormai storico: rispetto al 2019, i parti delle donne italiane si riducono del 5% e quelle delle donne dei Pfpm del 12% (dati non presenti in tabella).

Per valutare la qualità dell'assistenza in gravidanza, sono state prese in considerazione le visite, le ecografie e le indagini prenatali invasive. Le raccomandazioni prevedono di eseguire durante la gravidanza almeno 1 visita per ciascun trimestre e una finale (per un totale, quindi, di 4 visite), di eseguire la 1ª visita entro la 10ª settimana di gestazione e di effettuare almeno 3 ecografie.

Per ciascuno dei quattro indicatori si evidenzia una maggiore difficoltà di accesso e di ricorso agli accertamenti da parte delle donne straniere rispetto alle italiane: a livello nazionale l'83,9% delle donne Pfpm ha effettuato un numero di visite >4, *vs* il 92,7% delle donne italiane; il 18,8% ha effettuato tardivamente la 1ªa visita *vs* il 5,5% delle italiane; l'11,0% delle straniere Pfpm ha effettuato un numero insufficiente di ecografie *vs* il 4,5% delle italiane. Infine, con riferimento alle indagini prenatali invasive, le italiane vi hanno fatto ricorso nel 4,0% dei parti mentre le straniere solo nel 2,7% (Tabella 1).

La variabilità territoriale che si registra, sia per le donne italiane sia per le donne Pfpm, non sempre è riconducibile a un gradiente Nord-Sud e Isole. In entrambi i gruppi di donne, valori elevati si registrano nella PA di Bolzano (italiane 96,6% *vs* 92,6% Pfpm) e valori più bassi si osservano in Umbria (italiane 46,8% *vs* 40,4% Pfpm) e in Calabria (italiane 77,7% *vs* 67,5% Pfpm). Per entrambi i gruppi di donne, dopo i 20 anni si registra una maggiore propensione a effettuare più visite di quelle raccomandate (Grafico 1).

Con riferimento agli altri indicatori, in tutte le regioni si registra uno svantaggio delle straniere rispetto alle italiane.

Relativamente ai tempi di effettuazione della prima visita, come detto, le italiane tendono a tardare meno la prima visita rispetto alle donne Pfpm: il 5,5% delle italiane vs il 18,8% delle Pfpm. Per entrambi i gruppi di donne, valori più elevati si registrano nella PA di Trento (italiane 15,3% 32,7% Pfpm) e nella PA di Bolzano (italiane 14,7% vs 29,4% Pfpm). I valori più bassi si osservano nel Lazio (italiane 2,1% *vs* Pfpm 6,6%) e in Puglia (italiane 2,1% *vs* Pfpm 8,5%). Le donne più giovani sotto i 20 anni, sia italiane sia Pfpm, tendono a ritardare la prima visita di più delle donne di età oltre i 20 anni.

In Italia sono il 4,5% le donne italiane che hanno effettuato <3 ecografie, le donne Pfpm sono invece l'11,0%. La distribuzione regionale relativa alla percentuale di parti con un numero insufficiente di ecografie non rispecchia quella delle visite: in questo caso sono la Liguria, con il 18,5% di italiane, e il Piemonte, con il 29,0% di Pfpm, ad avere i valori più alti della media nazionale.

Il ricorso a indagini prenatali, in genere, è subordinato, oltre che all'età della donna, anche al sospetto o al rischio di anomalie fetali. Pertanto, non è possibile definire una soglia di riferimento del ricorso a tali accertamenti come, invece, è stato fatto per gli altri indicatori. Tra le italiane che hanno partorito in Umbria, regione con la massima incidenza di ricorso alla diagnosi prenatale invasiva, una quota pari al 7,9% ha effettuato almeno una delle indagini prenatali considerate; per le straniere Pfpm, invece, la percentuale più elevata si osserva in Piemonte ed è pari al 4%. Inoltre, in Umbria si osserva lo svantaggio maggiore delle donne straniere rispetto alle italiane nel ricorso ad accertamenti prenatali. Negli ultimi anni tale indicatore ha subito una notevole diminuzione, infatti, rispetto al 2019, anno precedente alla pandemia da SARS-CoV-2, le donne italiane ricorrono a una delle indagini prenatali invasive il 41% in meno, le donne Pfpm il 25% in meno. Questa diminuzione potrebbe trovare giustificazione nel ricorso a una nuova tecnica, non invasiva e considerata altamente efficace nell'individuare possibili alterazioni del feto, ovvero il test del DNA fetale. Questo esame non rientra nella rilevazione del CedAP, pertanto non si hanno dati a supporto, ma ci sono realtà, come la regione Valle d'Aosta (3), che ha inserito il test del DNA fetale nei livelli essenziali aggiuntivi regionali, consentendo a tutte le donne in gravidanza residenti nella regione, indipendentemente dall'età e dai fattori di rischio della madre, di accedere gratuitamente a questa nuova tipologia di test.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 385

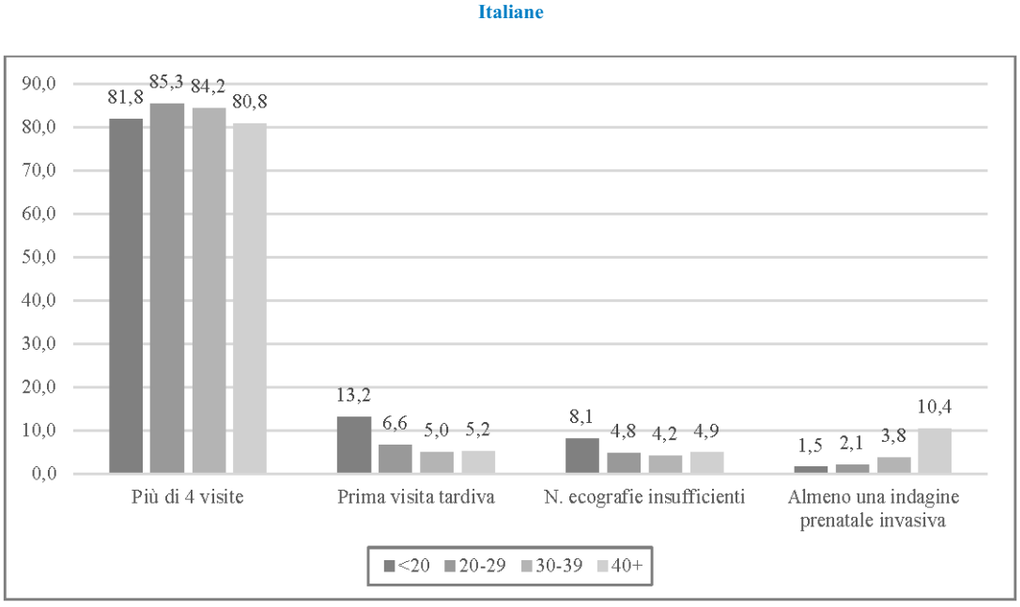
Tabella 1 - *Donne (valori per 100 parti) che hanno effettuato accertamenti in gravidanza (numero di visite >4, 1ª visita tardivamente, numero di ecografie <3 e almeno 1 indagine prenatale invasiva) per cittadinanza e regione di evento - Anno 2022*

Regioni	N visite >4		1ª visita tardivamente (>10 settimane di gestazione)		N ecografie <3		Almeno 1 indagine prenatale invasiva	
	Italiane	Pfpm	Italiane	Pfpm	Italiane	Pfpm	Italiane	Pfpm
Piemonte	92,7	86,5	7,0	18,8	16,9	29,0	4,7	4,0
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	92,8	87,2	14,4	24,8	5,1	11,9	1,6	0,9
Lombardia	94,5	85,8	6,8	21,1	1,3	7,8	4,9	2,8
Bolzano-Bozen	*96,6*	*92,6*	*14,7*	*29,4*	*3,4*	*7,8*	*1,4*	*1,1*
Trento	*92,5*	*88,2*	*15,3*	*32,7*	*4,9*	*9,0*	*4,5*	*3,5*
Veneto	93,6	83,4	11,2	26,1	2,3	9,1	6,0	2,8
Friuli Venezia Giulia	87,5	84,9	7,9	18,4	0,9	3,9	5,6	3,8
Liguria	81,2	74,6	2,7	12,4	18,5	20,4	4,6	3,8
Emilia-Romagna	95,5	88,7	5,9	19,7	2,8	8,7	4,9	2,4
Toscana	90,5	80,0	8,7	27,8	2,3	10,3	4,0	2,3
Umbria	46,8	40,4	4,3	14,2	0,4	4,5	7,9	2,8
Marche	96,6	84,1	4,6	16,8	0,4	6,4	4,0	2,4
Lazio*	-	-	2,1	6,6	16,6	16,4	3,4	2,0
Abruzzo	96,0	87,4	3,1	10,0	3,4	5,6	2,3	1,5
Molise	91,7	79,8	6,5	22,6	2,0	3,6	1,3	1,2
Campania	97,2	83,9	2,9	10,6	0,5	7,8	4,6	2,8
Puglia	94,3	79,5	2,1	8,5	0,5	5,6	1,7	1,0
Basilicata	94,8	77,7	3,7	17,1	0,9	4,9	3,3	1,7
Calabria	77,7	67,5	2,8	11,5	0,6	4,7	1,6	1,6
Sicilia	92,8	84,0	5,6	15,5	5,4	9,7	2,5	2,5
Sardegna	98,3	89,9	3,8	8,8	0,7	3,5	3,6	3,5
Italia	92,7	83,9	5,5	18,8	4,5	11,0	4,0	2,7

*Il totale Italia non include i dati del Lazio dove mancanti.

Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. CedAP. Anno 2023.

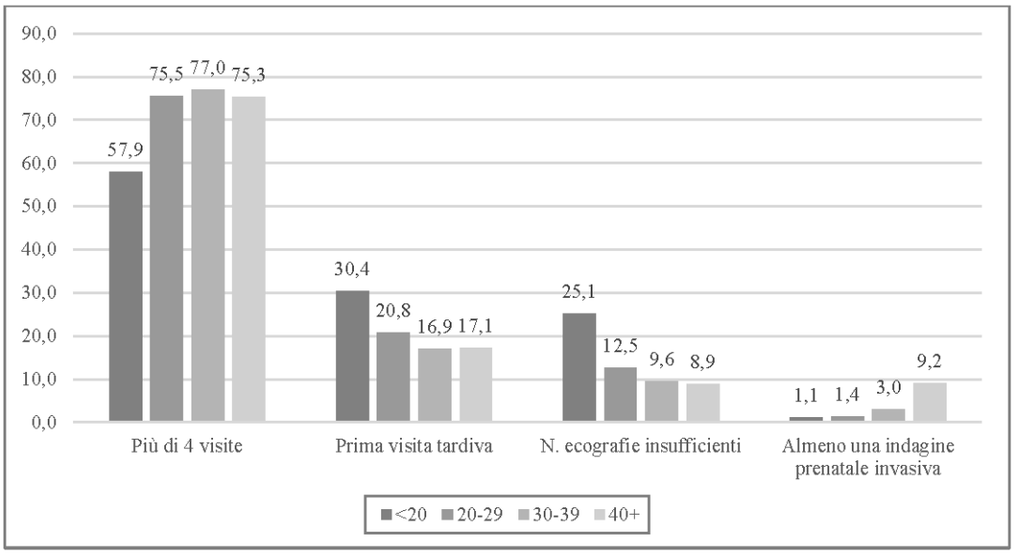
Grafico 1 - *Donne (valori per 100 parti) che hanno effettuato accertamenti in gravidanza per cittadinanza e classe di età - Anno 2022*



Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 386

Grafico 1 - (segue) *Donne (valori per 100 parti) che hanno effettuato accertamenti in gravidanza per cittadinanza e classe di età - Anno 2022*

Paesi a forte pressione migratoria



Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. CedAP. Anno 2023.

Raccomandazioni di Osservasalute

Il ricorso a visite mediche periodiche e a controlli ecografici durante la gravidanza consente di monitorare lo stato di salute della donna e del feto e di prevenire, per quanto possibile, le complicazioni della gravidanza e un decorso patologico. L'incontro precoce dei servizi con la donna in gravidanza ha lo scopo di fornirle tutte le informazioni necessarie per informare sull'assunzione di acido folico e sulla sospensione di abitudini quali il fumo o il consumo di alcol e stupefacenti, per analizzare l'immunità per le patologie rilevanti durante la gestazione, per effettuare scelte responsabili, per fornire indicazioni sui servizi a disposizione per l'assistenza e sui benefici di legge in materia di tutela della maternità e per consigliare un corretto stile di vita durante la gravidanza. Vista la differenza di accesso e di utilizzo dei servizi sanitari tra le donne italiane e quelle straniere, è necessario mettere in atto ulteriori sforzi nelle politiche di programmazione, volti a ridurre il divario tra i due gruppi.
La qualità dei dati risulta fondamentale per il calcolo degli indicatori e va certamente migliorata per alcune regioni e per alcune variabili prese in esame.

Riferimenti bibliografici

(1) Ministero della Salute, Linea guida. Gravidanza Fisiologica 2011. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1436_allegato.pdf.
(2) Istituto Superiore di Sanità, Gravidanza fisiologia Prima parte. 2023. Linee Guida 1/2023 SNLG. Disponibile sul sito: www.iss.it/-/iss-aggiornate-le-linee-guida-sulla-gravidanza-fisiologica-nuove-raccomandazioni-su-informazioni-e-screening-per-le-malattie-infettive.
(3) Ministero della Salute, Certificato di assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita. Anni vari. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=3837&area=statisticheSSN&menu=pubb.
(4) Regione Autonoma Valle d'Aosta, Dalla Giunta: approvato l'inserimento del Test del DNA fetale gratuito a tutte le donne in stato di gravidanza residenti in Valle d'Aosta. Disponibile sul sito: https://appweb.regione.vda.it/dbweb/Comunicati.nsf/VediNewsi/0a87be495c695757c1258abb0037059c!OpenDocument&Click=.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 387

Salute del neonato nato da madri straniere in Italia

Significato. Gli indicatori proposti consentono di monitorare le condizioni di salute del neonato, che possono essere messe in relazione anche all'accessibilità dei servizi sanitari. Le donne straniere, più spesso in condizioni di deprivazione socio-economica, risultano avere più difficoltà nella relazione con i servizi sanitari e ciò può riflettersi in esiti diversi della gravidanza e del parto (1). Un nato pretermine e/o sottopeso ha un rischio più elevato di esiti perinatali sfavorevoli e di disfunzioni motorie e cognitive a lungo termine.

Percentuale di nati vivi pre-termine e gravemente pre-termine da madri straniere

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Nati vivi pre-termine (<37 settimane di gestazione)}\\ \text{Nati vivi gravemente pre-termine (<32 settimane di gestazione) per cittadinanza}}{\text{Nati vivi per cittadinanza}} \times 100$$

Percentuale di nati vivi sottopeso e fortemente sottopeso da madri straniere

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Nati vivi sottopeso (<2.500 grammi)}\\ \text{Nati vivi fortemente sottopeso (<1.500 grammi) per cittadinanza}}{\text{Nati vivi per cittadinanza}} \times 100$$

Percentuale di nati vivi per Classe di punteggio Apgar da madri straniere

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Nati vivi per Classe di punteggio Apgar per cittadinanza}}{\text{Nati vivi per cittadinanza}} \times 100$$

Validità e limiti. Gli indicatori sono calcolati utilizzando i dati dei Certificati di Assistenza al Parto (CedAP) del Ministero della Salute (2). Il certificato viene compilato per ogni parto avvenuto in Italia presso i punti nascita delle strutture di ricovero pubbliche e private. I dati sono trasmessi dalle Regioni al Ministero della Salute.
Gli indicatori sono stati calcolati considerando solo i nati vivi. Il numero dei nati morti per regione mostra, in alcuni casi, valori molto piccoli che danno luogo a indicatori poco stabili e, quindi, difficilmente confrontabili. Pertanto, la percentuale sui nati morti viene solo riportata nel testo descrittivo a livello nazionale e non in tabella.
Per l'anno 2022 nella selezione dei casi sono stati esclusi 8 nati con vitalità non indicata. Non sono state considerate valide le nascite con settimane di gestazione mancanti, ≤22 o >42 (pari allo 0,32% dei nati totali), con peso mancante, <500 o >5.000 grammi (0,12%), con punteggio Apgar non compreso tra 1-10 (0,79%).

Valore di riferimento/Benchmark. La definizione condivisa dalla letteratura scientifica internazionale identifica i nati pre-termine come nascite precedenti alle 37 settimane compiute di gestazione; analogamente, per nati gravemente pre-termine si intendono le nascite avvenute prima delle 32 settimane (3).
I nati sottopeso sono quelli con peso alla nascita <2.500 grammi; tra questi quelli fortemente sottopeso sono nella categoria con peso <1.500 grammi.
Il punteggio Apgar a 5 minuti dalla nascita rileva una sofferenza neonatale se compreso tra 1-3 (gravemente depresso), delle evidenti difficoltà se compreso tra 4-6 (moderatamente depresso) e una condizione di normalità tra 7-10.
Le proporzioni calcolate per le donne straniere provenienti da Pfpm sono confrontate con quelle delle donne italiane di pari età. Per ovviare alla scarsa numerosità delle nascite da donne straniere in alcune regioni, viene considerato il biennio 2021-2022.

Descrizione dei risultati

Nel biennio 2021-2022 i nati vivi da donne dei Pfpm sono il 18,7% dei nati vivi.
I neonati pretermine sono a più alto rischio di mortalità, morbilità e compromissione dello sviluppo motorio e cognitivo nell'infanzia rispetto ai neonati nati a termine.
Nel Grafico 1 vengono riportati i nati vivi per settimane di gestazione, suddivisi in eventi al di sotto delle 32 settimane di gestazione e tra 32-36 settimane; la somma delle due classi individua tutti i casi pre-termine, mentre il primo gruppo evidenzia solo i casi grave-

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 388

mente pre-termine. La quota di nati vivi pre-termine da donne italiane, nel biennio 2021-2022, è stata pari al 6,7%, di poco inferiore a quella riferita alle donne straniere Pfpm 7,9%; con riferimento ai nati vivi gravemente pre-termine si hanno, rispettivamente, i valori 0,8% e 1,2%. La variabilità regionale per le donne italiane mostra il valore minimo nelle Marche (5,4%) e il valore massimo in Sardegna (8,8%). Per le donne straniere, invece, si va dal 5,7% della PA di Bolzano al 14,4% del Molise (dato probabilmente inficiato dai piccoli numeri).

La condizione di nato morto è più spesso associata a una gravidanza patologica e a una durata gestazionale inferiore al termine fisiologico: il 67,0% dei nati morti presenta un'età gestazionale <37 settimane e oltre un terzo (36,7%) <32 settimane (dati non presenti in tabella). Distinguendo per cittadinanza, tali valori risultano essere, rispettivamente, 69,7% e 39,1% per le straniere Pfpm, 66,2% e 35,7% per le italiane, rilevando un lieve svantaggio per il primo gruppo di donne.

La percentuale di neonati con basso peso alla nascita (<2.500 grammi), è un indicatore ampiamente utilizzato per valutare il rischio di esiti perinatali avversi ed è incluso in molti sistemi di dati nazionali e internazionali.

Nel Grafico 2 vengono riportati i nati vivi per peso alla nascita suddiviso in due classi: <1.500 grammi e tra 1.500-2.499 grammi. La somma delle due classi individua tutti i casi con basso peso, mentre il primo gruppo evidenzia solo i casi fortemente sottopeso. Non risultano notevoli differenze nella quota di nati vivi sottopeso tra le donne italiane e le donne Pfpm nel biennio 2021-2022: 6,8% per le prime e 7,2% per le seconde. Con riferimento ai nati vivi fortemente sottopeso si hanno i valori 0,8% per le italiane e 1,0% per le straniere. La distribuzione regionale della percentuale dei nati vivi sottopeso vede molte regioni meridionali con percentuali superiori alla media nazionale, sia per le italiane (5 regioni meridionali con valore massimo della Sardegna 8,3%) sia per le straniere (6 regioni meridionali ma il valore massimo pari a 9,1% è riferito alla Valle d'Aosta).

La condizione di nato morto si associa più spesso a un basso peso alla nascita, così come a una durata gestazionale inferiore al termine fisiologico (come già visto): quasi il 62,0% dei nati morti presenta un peso alla nascita <2.500 grammi e un 32,3% al di sotto dei 1.500 grammi (dati non presenti in tabella). Distinguendo per cittadinanza, tali valori risultano essere, rispettivamente, 66,2% e 34,6% per le straniere Pfpm, 60,4% e 31,3% per le italiane.

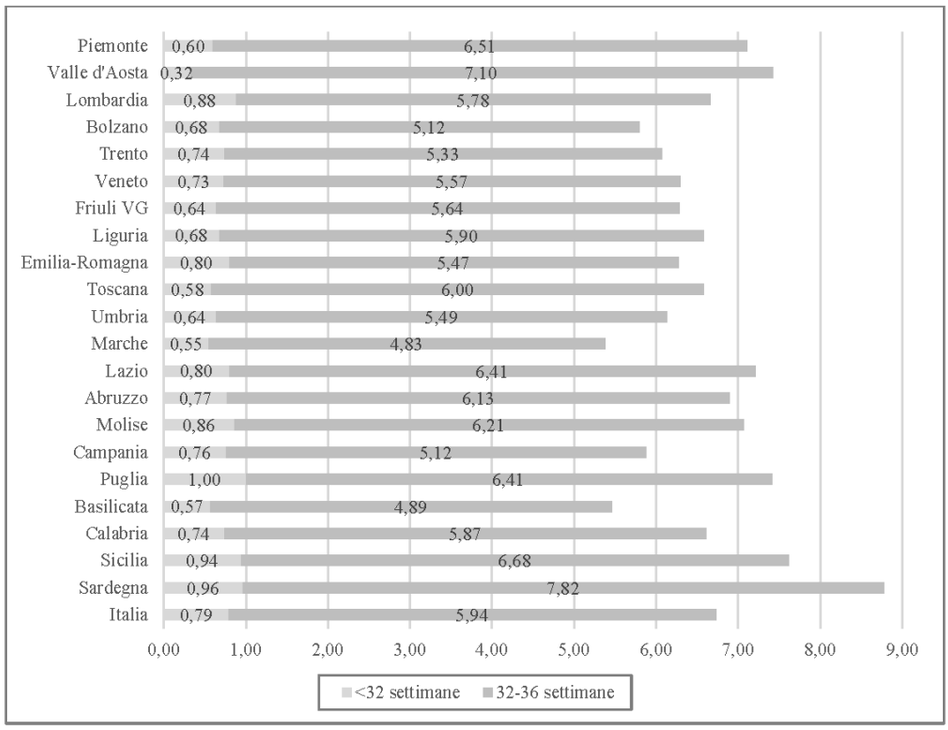
Così come per l'età gestazionale, la differenza tra i due sottogruppi si manifesta, principalmente, in caso di nati-mortalità: tra le donne Pfpm che danno alla luce un nato sottopeso o precoce, è più frequente un evento con esito negativo (nato morto) piuttosto che positivo (nato vivo) rispetto alle donne italiane.

Considerando, ovviamente, i soli nati vivi viene riportata la distribuzione per Classe di punteggio Apgar a 5 minuti per individuare la percentuale di nati con sofferenza (punteggio 1-3), con difficoltà (punteggio 4-6) e con valori normali (7-10) (Tabella 1). Quest'ultima classe riporta valori elevati sia per le italiane (99,3%) sia per le straniere Pfpm (99,0%), con un piccolo vantaggio per le prime. Le regioni dove si registra una percentuale superiore all'1% di nati con punteggio inferiore a 7 tra le italiane sono 4: PA di Trento (1,4%), Valle d'Aosta (1,4%), Liguria (1,4%) e PA di Bolzano (1,3%). Tra le straniere, invece, risultano esserci ben 10 regioni: Sardegna (1,8%), PA di Bolzano e PA di Trento (1,6%), Lazio (1,4%), Piemonte, Friuli Venezia Giulia e Liguria (1,3%), Veneto, Campania e Basilicata (1,1%).

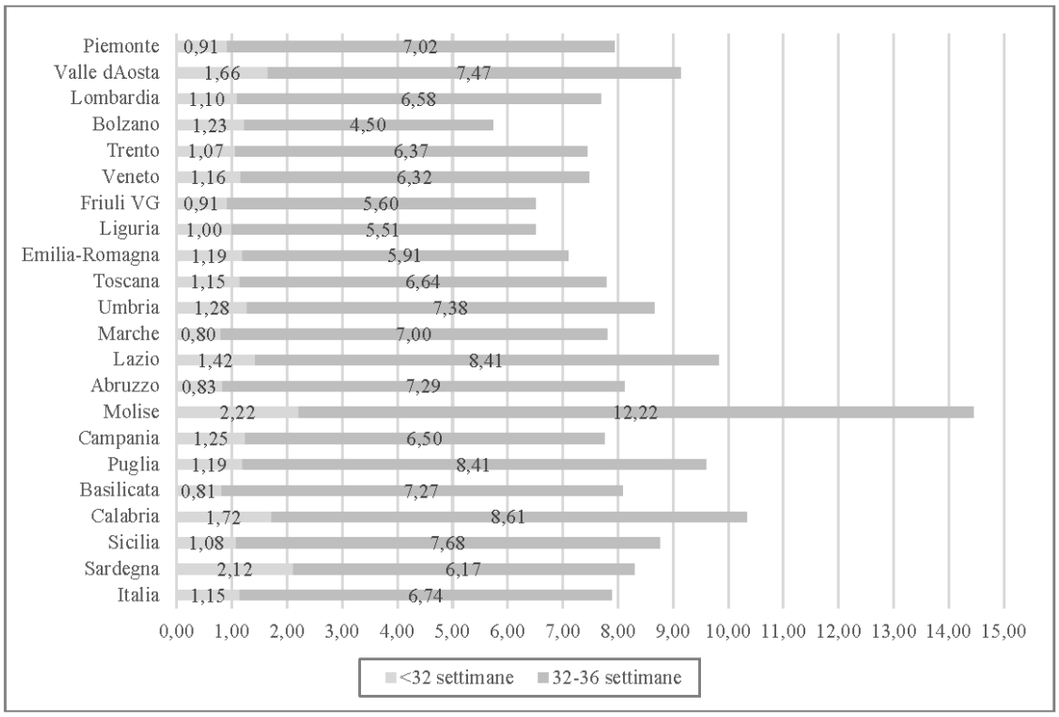
Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 389

Grafico 1 - *Nati vivi (valori per 100) per settimane di gestazione, cittadinanza e regione - Anni 2021-2022*

Italiane



Paesi a forte pressione migratoria

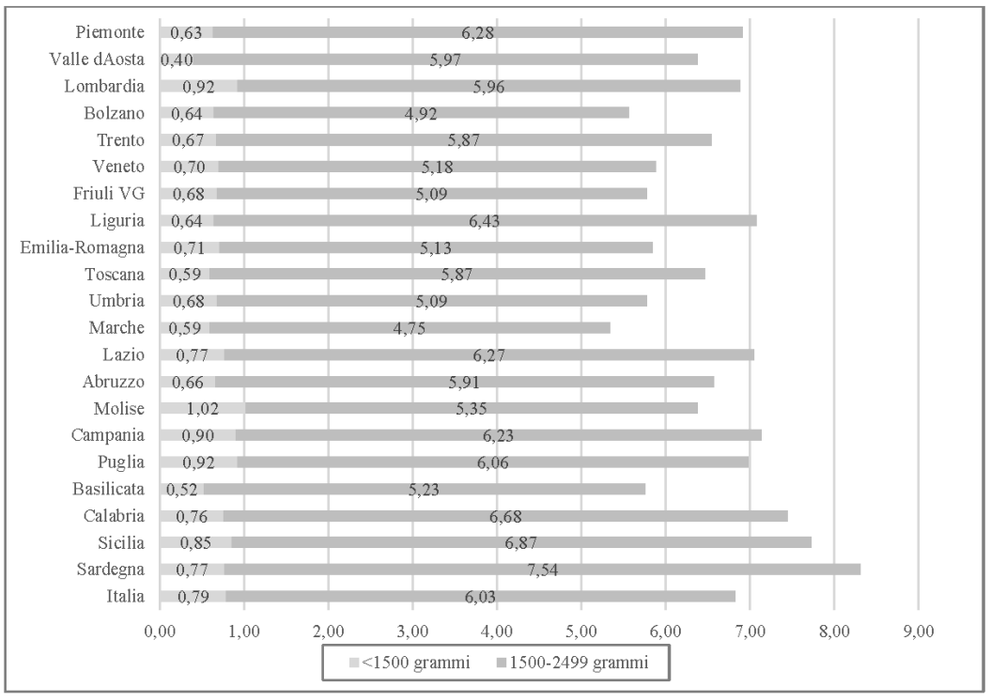


Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. CedAP. Anno 2023.

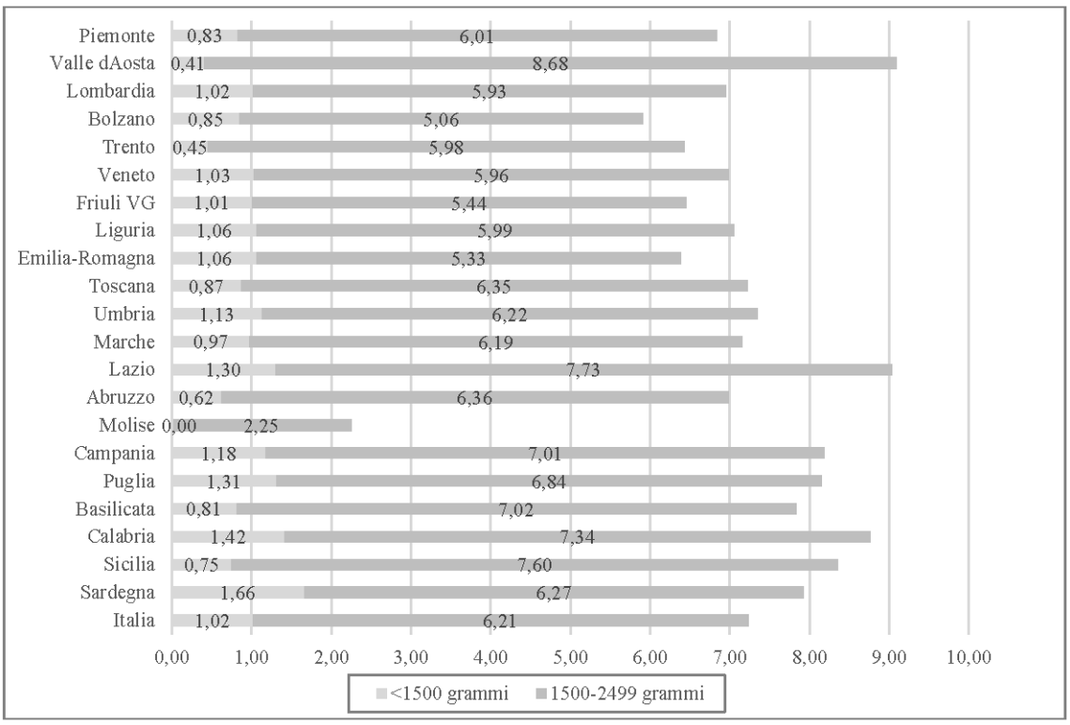
Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 390

Grafico 2 - *Nati vivi (valori per 100) per peso alla nascita, cittadinanza e regione - Anni 2021-2022*

Italiane



Paesi a forte pressione migratoria



Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. CedAP. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 391

Tabella 1 - *Nati vivi (valori per 100) per cittadinanza, Classe di punteggio Apgar e regione - Anni 2021-2022*

Regioni	Italiane			Paesi a forte pressione migratoria		
	1-3	4-6	7-10	1-3	4-6	7-10
Piemonte	0,1	0,8	99,1	0,2	1,1	98,7
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,1	1,3	98,6	-	0,8	99,2
Lombardia	0,1	0,6	99,3	0,2	0,7	99,2
Bolzano-Bozen	*0,2*	*1,1*	*98,7*	*0,1*	*1,5*	*98,4*
Trento	*0,4*	*1,1*	*98,6*	*0,2*	*1,4*	*98,4*
Veneto	0,1	0,7	99,2	0,2	0,9	98,9
Friuli Venezia Giulia	0,1	0,9	99,0	0,1	1,2	98,7
Liguria	0,2	1,2	98,6	0,2	1,1	98,7
Emilia-Romagna	0,1	0,6	99,3	0,1	0,7	99,2
Toscana	0,1	0,4	99,5	0,1	0,6	99,3
Umbria	0,1	0,1	99,8	0,1	0,3	99,6
Marche	0,0	0,3	99,7	0,1	0,5	99,5
Lazio	0,2	0,6	99,2	0,4	0,9	98,6
Abruzzo	0,1	0,5	99,4	0,2	0,5	99,4
Molise*	-	-	-	-	-	-
Campania	0,1	0,5	99,4	0,1	1,0	98,9
Puglia	0,1	0,3	99,7	0,2	0,6	99,3
Basilicata	0,3	0,7	99,0	0,1	0,9	98,9
Calabria	0,1	0,4	99,5	0,1	0,7	99,2
Sicilia	0,1	0,4	99,5	0,2	0,8	99,1
Sardegna	0,2	0,8	99,0	0,6	1,3	98,2
Italia	**0,1**	**0,6**	**99,3**	**0,2**	**0,8**	**99,0**

*Per il Molise non è disponibile la variabile cittadinanza.

Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. CedAP. Anno 2023.

Raccomandazioni di Osservasalute

Le condizioni di salute del neonato non dovrebbero differire a seconda della diversa cittadinanza della madre, soprattutto se la gestazione avviene in Italia per entrambi i gruppi di donne (italiane e straniere). La presenza di differenze fornisce indicazioni per analisi più approfondite dei bisogni di salute della popolazione immigrata e per determinare le criticità da superare.

Tuttavia, gli indicatori descritti mostrano scostamenti molto contenuti o trascurabili tra i due gruppi di donne. Ciò è in parte dovuto a una età media al parto più avanzata delle madri italiane rispetto alle madri straniere (vedere indicatore "Età al parto delle donne straniere in Italia"), che comporta un rischio maggiore per la salute del neonato.

Riferimenti bibliografici

(1) INMP. "Sistema di monitoraggio dello stato di salute e di assistenza sanitaria alla popolazione immigrata: risultati anno 2016". Quaderni di epidemiologia, 2019. Disponibile sul sito: www.inmp.it/ita/Pubblicazioni/Libri/Sistema-di-monitoraggio-dello-stato-di-salute-e-di-assistenza-sanitaria-alla-popolazione-immigrata-risultati-anno-2016-Scarica-il-secondo-numero-della-collana-editoriale-INMP-Quaderni-di-Epidemiologia.

(2) Ministero della Salute, Certificato di assistenza al parto (CedAP). Analisi dell'evento nascita. Anni vari. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3149.

(3) Euro-Peristat Project. "European Perinatal Health Report. Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015". November 2018. Disponibile sul sito: www.europeristat.com/index.php/reports/european-perinatal-health-report-2015.html.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 392

AIDS e HIV tra gli stranieri in Italia

Significato. L'AIDS e l'HIV continuano ancora oggi a destare allarme nell'opinione pubblica e a sollevare interrogativi su possibili focolai epidemici sostenuti dagli immigrati in arrivo nel nostro Paese. Per tale ragione, è necessario continuare a monitorare i trend di HIV e AIDS tra gli stranieri presenti in Italia, nonostante da anni venga segnalata una progressiva riduzione dell'incidenza dell'infezione e della malattia conclamata: questo al fine di fornire agli operatori sanitari e alla popolazione generale la misura effettiva della loro diffusione, evitando inutili suggestioni, ma anche facili banalizzazioni delle problematiche a esse correlate.
Gli indicatori utilizzati in questa analisi sono i tassi annuali di incidenza delle nuove diagnosi di AIDS e HIV tra gli stranieri residenti in Italia, con età ≥18 anni, specifici per genere.
In particolare, per l'AIDS il numeratore del tasso è calcolato utilizzando i dati del Registro Nazionale AIDS (RAIDS) gestito dal Centro Operativo AIDS dell'ISS (1); tale registro raccoglie i dati sulle nuove diagnosi di AIDS a livello nazionale, riportando anche la nazionalità delle persone con nuova diagnosi AIDS.
Il denominatore è costruito sui dati anagrafici relativi agli stranieri residenti in Italia: ai fini del calcolo, è stata considerata la media tra la popolazione residente al 1° gennaio dell'anno t e quella al 1° gennaio dell'anno *t*+1 (2). Limitatamente al 2011 sono stati utilizzati i dati del Censimento generale della popolazione e delle abitazioni (ottobre 2011) che fornisce la popolazione straniera residente per genere, età e singolo Paese di cittadinanza.
Per il periodo anteriore al 2006, erano già stati pubblicati in Edizioni precedenti del Rapporto Osservasalute, i tassi di incidenza dell'AIDS tra gli stranieri presenti (residenti e non), considerando al denominatore il numero dei permessi di soggiorno rilasciati dalle Questure e archiviati presso le banche dati del Ministero dell'Interno. Nell'analisi che mostriamo di seguito, i tassi antecedenti al 2005 vengono riproposti insieme ai tassi sui residenti, al fine di restituire una fotografia più completa dei trend temporali 1992-2022.
I dati HIV, invece, provengono dal Sistema di Sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV (3), che nel corso degli anni ha incrementato la sua copertura territoriale, passando dal 41% nel 2006 al 100% nel 2012. I denominatori, pertanto, sono stati calcolati tenendo conto della diversa copertura territoriale lungo l'arco temporale considerato (2006-2022) (2).

Tasso di incidenza di AIDS tra gli stranieri in Italia

$$\text{Numeratore: Nuovi casi di AIDS diagnosticati tra i cittadini stranieri di età ≥18 anni residenti in Italia in 1 anno} \over \text{Denominatore: Popolazione straniera media residente di età ≥18 anni} \times 100.000$$

Tasso di incidenza di HIV tra gli stranieri in Italia

$$\text{Numeratore: Nuovi casi di HIV diagnosticati tra i cittadini stranieri di età ≥18 anni residenti in Italia in 1 anno} \over \text{Denominatore: Popolazione straniera media residente di età ≥18 anni} \times 100.000$$

Validità e limiti. Il principale punto di forza dei dati sull'AIDS è rappresentato dal Sistema di sorveglianza nazionale, oramai consolidato e caratterizzato da un elevato livello di copertura territoriale. Il limite principale deriva dalla difficoltà di quantificare il denominatore con assoluta precisione, ossia la popolazione straniera presente (in maniera regolare o irregolare) in Italia, per il calcolo dei tassi: infatti, essa può essere ricavata soltanto attraverso stime (4). La nostra scelta è stata quella di ristringere l'analisi dal 2005 in poi alla sola popolazione residente.
Per quanto riguarda il sistema di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV, la copertura geografica regionale del sistema di sorveglianza è aumentata rapidamente a partire dal 2006, perché il Decreto del Ministero della Salute 31 marzo 2008 che stabiliva l'attivazione di tale sorveglianza in tutte le regioni (3) prevedeva il recupero dei dati a partire da tale anno; tuttavia, la copertura di tutto il territorio nazionale è stata raggiunta solo nel 2012. Pertanto, le stime di incidenza delle nuove diagnosi HIV prima del 2012 potrebbero non essere rappresentative della situazione nazionale per la mancanza dei dati relativi ad alcune regioni.

Valore di riferimento/Benchmark. È utile confrontare i tassi di incidenza di AIDS/HIV tra gli stranieri con quelli registrati tra gli italiani, esprimendo le differenze in termini di Rischio Relativo (RR).

G. BAGLIO, V. REGINE, L. PUGLIESE, B. SULIGOI

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 393

Descrizione dei risultati

AIDS

In Italia nel periodo 1992-2022, tra le nuove diagnosi di AIDS in persone maggiorenni, 7.937 hanno riguardato cittadini stranieri. La percentuale di stranieri presenti sul totale dei casi segnalati è passata dal 3% nel 1992 al 37% nel 2022.

Il Grafico 1 riporta il numero di nuovi casi di AIDS (in valore assoluto), per genere e anno di diagnosi. Il numero degli stranieri di genere maschile, dopo un iniziale aumento dal 1992 al 1995, si è pressoché stabilizzato intorno ai 170 casi/anno fino al 2004, per poi risalire nel periodo successivo con due picchi nel 2008 e del 2012 (anni in cui si sono registrati, rispettivamente, 212 e 205 casi); a partire dal 2018, i casi sono progressivamente diminuiti e dal 2020 sono rimasti al di sotto di 100 l'anno.

Per contro, il numero di donne straniere è gradualmente cresciuto, raggiungendo nel 2012 il picco di 142 casi, per poi diminuire negli ultimi anni, assestandosi nel 2022 su 58 casi/anno.

Nello stesso periodo, però, la popolazione straniera presente nel nostro Paese è cresciuta sensibilmente. Per tale ragione, il dato certamente più interessante è quello relativo ai tassi di incidenza che a partire dal 1996, anno in cui cominciano a essere disponibili le nuove terapie efficaci, risultano in costante diminuzione tra gli stranieri, sia uomini che donne, con trend che si confermano anche sui residenti per gli anni successivi al 2005 (Grafico 2).

Si evidenzia, inoltre, come, a fronte della diminuita incidenza dell'AIDS nel tempo, persista ancora nel 2022 una marcata differenza tra i tassi di incidenza degli stranieri (residenti) e quelli degli italiani: rispettivamente, 3,8 *vs* 0,9 per 100.000 tra gli uomini (RR = 4,2) e 2,0 *vs* 0,2 per 100.000 tra le donne (RR = 10,3).

Riguardo alle aree geografiche di cittadinanza, negli ultimi 10 anni la maggioranza delle persone straniere con AIDS ha nazionalità dell'Africa Sub-sahariana (39%), dell'Europa centro-orientale (24%) e dell'America Latina (19%). Tuttavia, si osservano cambiamenti significativi nel tempo. Infatti, le persone dell'Africa sub-sahariana e dell'America Latina con AIDS sono diminuite dal 2012 al 2022 passando, rispettivamente, dal 41% al 28% e dal 19% al 10%; mentre quelle dell'Europa centro-orientale, nello stesso periodo, sono aumentate dal 21% al 36% (dati non mostrati nei grafici).

HIV

Tra il 2006 e il 2022 sono state segnalate al Sistema di sorveglianza HIV poco più di 49.000 nuove diagnosi tra i maggiorenni residenti, di cui 14.203 a carico di stranieri (circa il 30%). Tra questi ultimi, si è osservato un andamento crescente nel numero assoluto di diagnosi HIV fino al 2016: in particolare, le diagnosi per gli uomini sono passate da 322 a 733 casi; quelle tra le donne da 251 a 482 casi. Tale aumento può essere spiegato sia dall'aumento della copertura territoriale da parte del sistema di sorveglianza (che nel 2012 raggiunge la piena copertura nazionale) sia dall'incremento della presenza degli stranieri in Italia. A partire dal 2017, il numero si è progressivamente ridotto fino al 2020 (268 maschi e 139 femmine), con un lieve rialzo nel biennio 2021-2022, analogamente a quanto osservato per i casi di AIDS (probabilmente per ritardi nella diagnosi e/o nella notifica dovuti alla pandemia).

Per quanto riguarda i tassi di incidenza, si osserva una diminuzione tra gli stranieri (Grafico 3), tra il 2006 e il 2013 (da 51,3 per 100.000 nel 2006 a 32,7 nel 2009 e 23,9 nel 2013), poi un leggero rialzo con picco nel 2016 (30,5) e infine una nuova riduzione fino al 2020 (10,0). L'ultimo dato disponibile, relativo al 2022, mostra un livello di incidenza intorno a 13 per 100.000 stranieri residenti.

L'incidenza dell'HIV tra gli italiani ha continuato invece a ridursi, scendendo negli ultimi anni al di sotto della soglia del 3 per 100.000 italiani residenti.

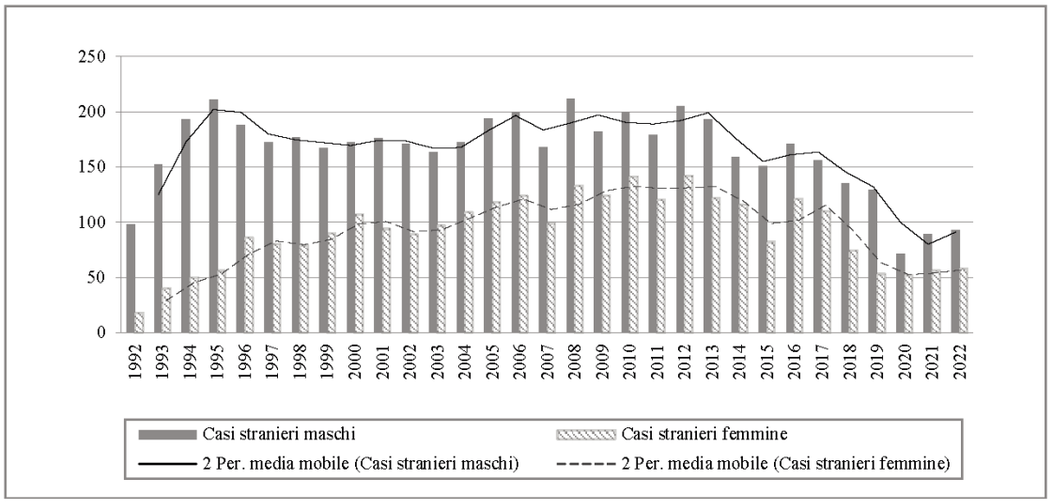
Il RR per gli stranieri rispetto alla popolazione italiana è risultato nel 2022 pari a 4,7.

Si evidenziano, infine, importanti differenze di genere, con tassi nettamente più elevati tra gli uomini, sia stranieri sia italiani (Grafico 4). Occorre, tuttavia, sottolineare come il RR delle donne straniere rispetto alle italiane sia molto più elevato (RR = 12,7) rispetto a quello evidenziato a carico degli uomini stranieri (RR = 3,5).

Negli ultimi 10 anni la maggioranza degli stranieri con nuova diagnosi HIV proviene dall'Africa Sub-sahariana (41%), dall'America Latina (24%) e dall'Europa centro-orientale (21%). Tuttavia, le diagnosi in persone dell'Africa sub-sahariana sono diminuite nel tempo passando dal 41% nel 2012 al 33% nel 2022, mentre le diagnosi in persone dell'America Latina e dell'Europa centro-orientale sono aumentate passando, rispettivamente, dal 22% al 27% e dal 23% al 25% nello stesso periodo (dati non mostrati nei grafici).

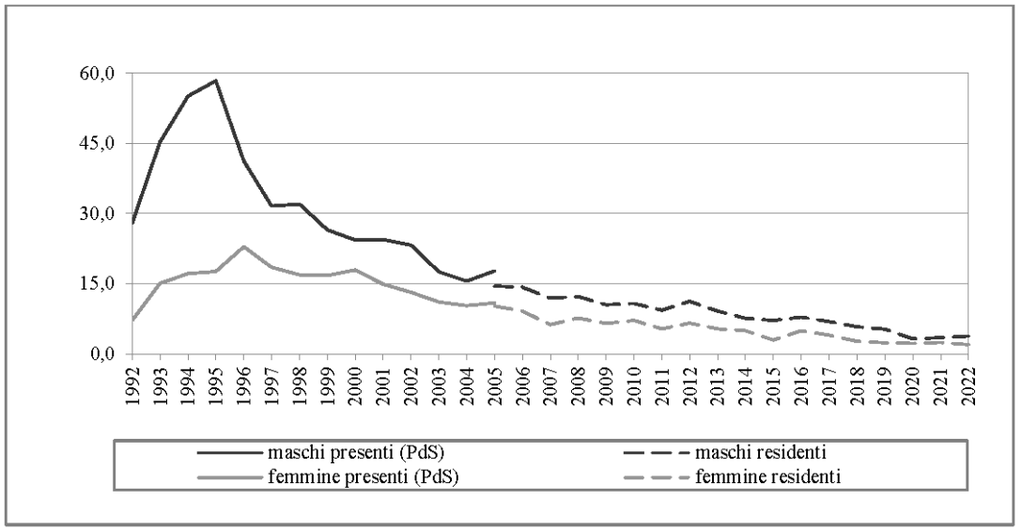
Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 394

Grafico 1 - *Casi (valori assoluti) di AIDS tra i cittadini stranieri di età 18 anni ed oltre presenti in Italia per genere e anno di diagnosi - Anni 1992-2022*



Fonte dei dati: ISS. Centro Operativo AIDS. Anno 2023.

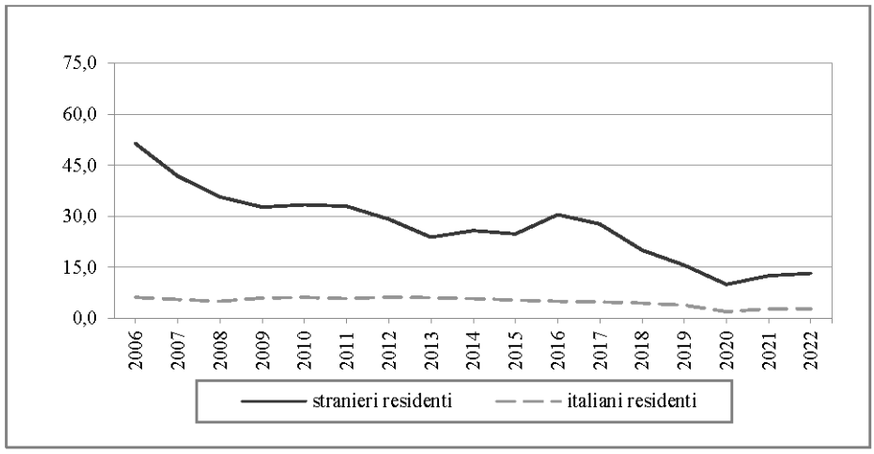
Grafico 2 - *Tasso (valori per 100.000) di incidenza annuale di AIDS tra i cittadini stranieri di età 18 anni ed oltre presenti e residenti in Italia per genere e anno di diagnosi - Anni 1992-2022*



Fonte dei dati: ISS. Centro Operativo AIDS. Anno 2023.

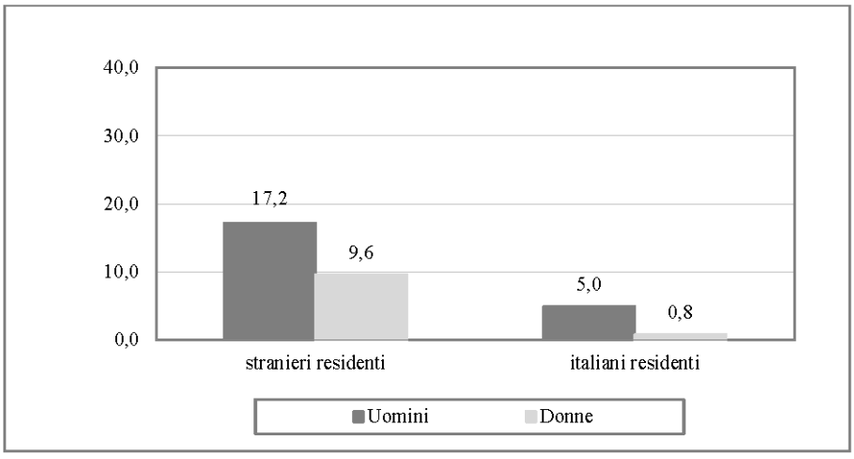
Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 395

Grafico 3 - *Tasso (valore per 100.000) di incidenza annuale di infezione da HIV tra i cittadini stranieri residenti e i cittadini italiani di età 18 anni ed oltre per anno di diagnosi - Anni 2006-2022*



Fonte dei dati: ISS. Centro Operativo AIDS. Anno 2023.

Grafico 4 - *Tasso (valori per 100.000) di incidenza annuale di infezione da HIV tra i cittadini stranieri residenti e i cittadini italiani di età 18 anni ed oltre per genere - Anno 2022*



Fonte dei dati: ISS. Centro Operativo AIDS. Anno 2023.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'andamento dei tassi di incidenza dell'AIDS tra gli stranieri in Italia viene riportato in letteratura quale esempio emblematico di come il diritto di accesso alle cure, riconosciuto agli immigrati indipendentemente dallo status giuridico e dalle disponibilità economiche, possa migliorare sensibilmente le condizioni di salute, fino a invertire i trend epidemiologici nazionali (5). La progressiva attenuazione dell'occorrenza della malattia tra gli stranieri, successiva al 1995, dopo un primo vertiginoso aumento registrato nel quadriennio precedente, appare riconducibile alla concomitanza di due fattori: l'innovazione terapeutica con l'arrivo di trattamenti farmacologici altamente efficaci e la possibilità per gli immigrati di usufruire di tali trattamenti, grazie a una normativa che, proprio a partire dal 1995 (anno di emanazione del DL n.489/1995, cosiddetto "Decreto Dini") e successivamente con la Legge n. 40 del 6 marzo 1998 (Legge Turco-Napolitano), ha permesso anche agli immigrati non regolarmente presenti di accedere alle cure essenziali, con particolare riguardo alla profilassi, alla diagnosi e alla cura delle malattie infettive.

Tutto ciò porta a riaffermare la centralità del tema dell'accesso in seno alle strategie di promozione e tutela della salute collettiva.

Per quanto riguarda l'infezione da HIV, la riduzione dei tassi di incidenza registrata nell'arco di 10 anni si deve, probabilmente, alle campagne di informazione sui comportamenti a rischio e all'adozione di misure di prevenzione individuale, oltre che al trattamento delle persone con HIV con riduzione della carica vira-

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 396

le e, conseguentemente, della probabilità di contagio.
Nell'Edizione del Rapporto di Osservasalute 2019 avevamo, però, segnalato una lieve ripresa nei livelli di incidenza dell'HIV tra gli stranieri (ma non tra gli italiani) nel 2016, rispetto agli anni precedenti. Tale incremento si è in parte ridimensionato: nel 2017, il tasso è diminuito rispetto all'anno precedente, pur rimanendo più elevato in confronto al 2015. Tale fenomeno è, molto probabilmente, attribuibile a un maggior livello di attenzione per le malattie infettive tra stranieri negli ultimi anni, anche in conseguenza del fenomeno degli sbarchi: questo potrebbe aver determinato un maggiore ricorso allo screening per l'HIV, ad esempio nei Centri di accoglienza per richiedenti protezione internazionale. Si tratterebbe, dunque, di lievi aumenti dovuti a un'efficace e tempestiva azione di emersione del bisogno più che a una ripresa dell'infezione tra gli stranieri.
A tal proposito, si richiama quanto raccomandato dalle Linee Guida italiane sui controlli sanitari per i migranti ospiti nei Centri di accoglienza, adottate in via definitiva dalla Conferenza Stato-Regioni nel maggio 2018: offrire il test HIV a tutti i soggetti di età ≥16 anni dei Paesi a elevata endemia (ossia con prevalenza stimata di HIV >1%), alle donne in gravidanza e durante l'allattamento, e a quanti, nell'ambito del counselling, riferiscano di essere stati esposti a fattori di rischio (pregresse trasfusione di sangue o emoderivati, tossicodipendenza, partner sessuali multipli o storia di abusi/violenze sessuali) o presentino concomitante Infezione Sessualmente Trasmessa (IST) o infezione tubercolare; il test HIV viene, altresì, offerto ai soggetti di età <16 anni, in presenza di fattori di rischio individuali (madre con sierologia positiva, inizio precoce dell'attività sessuale, storia di abusi/violenze sessuali) e/o di coinfezioni quali altra IST o infezione tubercolare (6). Le suddette Linee Guida non prevedono di effettuare screening di massa sui migranti all'arrivo, ma più propriamente di garantire, in fase di seconda accoglienza, la ricerca attiva dell'infezione HIV a tutti coloro che, nell'ambito della presa in carico sanitaria da parte del proprio medico curante, soddisfino specifici criteri epidemiologici e/o di esposizione a fattori di rischio.
È, inoltre, opportuno sottolineare che le strutture sanitarie del territorio offrono il test HIV gratuito e anonimo a tutti coloro che lo richiedono, compresi gli stranieri non in regola con le norme relative al soggiorno, cercando di agevolare l'accesso al test, ove possibile, con orari di apertura adeguati e la presenza di mediatori culturali. Il test dell'HIV in gravidanza, inoltre, ha consentito negli ultimi anni di scoprire una quota di donne straniere HIV positive, tra quelle a cui era stato prescritto come accertamento di routine. Infine, la gratuità dell'assistenza e delle terapie antivirali per tutte le persone HIV positive presenti nel nostro Paese (inclusi gli stranieri non regolarmente presenti) costituisce uno strumento prezioso per curare efficacemente queste persone e ridurre la diffusione dell'epidemia.
Il numero delle nuove diagnosi HIV e dei casi di AIDS, a partire dal 2020, può essere sottostimato a causa delle ripercussioni dell'epidemia di COVID-19. La diminuzione dei casi osservata in questi anni potrebbe essere dipesa da più fattori come il ridotto numero di test effettuati (minore accesso spontaneo al test, minore offerta del test da parte dei servizi sanitari, minor numero di iniziative di screening), il maggior ritardo di notifica e, infine, la reale diminuzione dell'incidenza da HIV dovuta alle restrizioni governative per contrastare l'epidemia da COVID-19.
Rimane, a tutt'oggi, la distanza nel carico di infezione/malattia tra gli italiani e gli immigrati, con rischi relativi per questi ultimi di molto superiori all'unità. Questo dimostra come l'HIV/AIDS rimanga un'area critica per la salute della popolazione straniera. Occorrono, dunque, maggiori sforzi da parte degli operatori sanitari per garantire una più efficace azione preventiva, un accesso tempestivo al test diagnostico e una maggiore fruibilità dei percorsi di cura, con particolare riferimento al grado di adesione dei pazienti ai protocolli terapeutici.

Riferimenti bibliografici

(1) Decreto Ministeriale 28 novembre 1986. Inserimento nell'elenco delle malattie infettive e diffusive sottoposte a notifica obbligatoria, dell'AIDS (SIDA), della rosolia congenita, del tetano neonatale e delle forme di epatite distinte in base alla loro etiologia. Gazzetta Ufficiale n.288 del 12 dicembre 1986.
(2) Istat. Geo-demo "Demografia in Cifre". Disponibile sul sito: www.demo.istat.it.
(3) Decreto del Ministero della Salute 31 marzo 2008. Istituzione del sistema di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezioni da HIV. Gazzetta Ufficiale n.175 del 28 luglio 2008.
(4) Fondazione ISMU ETS. Ventottesimo Rapporto sulle migrazioni 2022. Milano: FrancoAngeli 2023.
(5) Baglio G, Di Palma R, Eugeni E, Fortunio A. Gli immigrati irregolari: cosa sappiamo della loro salute? Epidemiol Prev 2017; 41 (3-4) Suppl. 1: 57-63.
(6) Baglio G, Tosti ME, Marceca M (coordinatori). I controlli alla frontiera / La frontiera dei controlli. Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza - Linea guida. Roma: Eurolit s.r.l. giugno 2017 (ISBN 9788898544189).

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 397

Epatite virale acuta tra gli stranieri in Italia

Significato. Le epatiti virali sono tra le malattie del fegato più diffuse e costituiscono, tuttora, un rilevante problema di Sanità Pubblica a livello globale e locale. Si tratta di processi infiammatori a carico del fegato che possono essere dovuti a diversi agenti etiologici, tra questi i più comuni sono i cosiddetti virus epatici maggiori, ovvero i virus A (Hepatitis A Virus-HAV), B (Hepatitis B Virus-HBV), C (Hepatitis C Virus-HCV), Delta (Hepatitis D Virus-HDV) ed E (Hepatitis E Virus-HEV). Tuttavia, in circa il 10-20% dei casi l'agente responsabile dell'epatite resta ignoto.
Le epatiti virali sono malattie globalmente diffuse e presentano una distribuzione a livello geografico diversa per virus, correlata principalmente alle condizioni igienico-sanitarie, economiche e ambientali.
Nel corso degli ultimi 30 anni, la circolazione dei virus epatici in Italia è progressivamente diminuita, a eccezione di periodiche epidemie, principalmente di epatite A, legate a peculiari fattori di rischio o in aree geografiche specifiche (1). Gli andamenti in decrescita e il concomitante aumento in Italia della popolazione dei Paesi ad alta/media endemia di epatite rendono l'attività di sorveglianza ancor più importante per l'identificazione di possibili aree di intervento e per favorire la prevenzione e l'assistenza sanitaria nell'interesse della Sanità Pubblica.
Per questa rilevazione, che riguarda l'incidenza delle epatiti virali acute nella popolazione straniera in Italia, l'indicatore utilizzato è il tasso annuale standardizzato di incidenza calcolato per le principali tipologie di epatite virale (A, B, C), relativamente agli anni 2004-2023.

Tasso di incidenza di Epatite virale tra i cittadini stranieri

$$\text{Numeratore} = \frac{\text{Nuovi casi di Epatite virale diagnosticati in cittadini stranieri}}{\text{Popolazione straniera media residente}} \times 100.000 = \text{Denominatore}$$

Validità e limiti. Il numero di nuovi casi di epatite acuta in cittadini stranieri in Italia, per anno, sono quelli prodotti dal sistema di sorveglianza SEIEVA (2) (Sistema Epidemiologico Integrato dell'Epatite Virale Acuta), istituito nel 1985 presso l'ISS, a integrazione della sorveglianza obbligatoria gestita dal Ministero della Salute. A partire dal 2004, attraverso il SEIEVA vengono raccolte anche informazioni sulla cittadinanza del caso, che consentono di analizzare l'occorrenza di epatite virale acuta nella popolazione immigrata. Il tasso di incidenza è calcolato limitatamente alle 10 regioni che, durante l'intero periodo di osservazione, hanno partecipato alla sorveglianza SEIEVA con il totale delle ASL: Valle d'Aosta, Piemonte, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Marche, Umbria, Lazio e Puglia.
L'analisi è stata effettuata separatamente per gli stranieri provenienti dai Pfpm e di quelli provenienti da Psa[1].
I tassi sono stati standardizzati per età, utilizzando come standard la popolazione italiana nelle regioni selezionate (relativa all'anno 2014).
La validità dello studio e la trasferibilità dei risultati sono garantite dal fatto che la sorveglianza SEIEVA è un sistema strutturato e consolidato che fornisce dati sui casi di epatite virale acuta in Italia da oltre 30 anni, senza modifiche sostanziali. Inoltre, nonostante l'adesione sia su base volontaria, la partecipazione al SEIEVA è molto elevata e circa l'86% della popolazione nazionale risulta, a oggi, sotto sorveglianza. Ciò costituisce un importante punto di forza dello studio e permette di ottenere stime consistenti.
Tra i punti di maggiore criticità, emerge la difficoltà di quantificare precisamente la popolazione straniera da utilizzare come denominatore per il calcolo dei tassi. La presenza straniera risulta, infatti, sottostimata, poiché dalle fonti di rilevazione ufficiali non è possibile individuare la quota di persone che vivono irregolarmente nel nostro Paese. Inoltre, i denominatori si riferiscono solo alla popolazione residente (non includono, quindi, tutti i presenti sul territorio italiano), mentre il SEIEVA raccoglie tutti i casi di epatite virale acuta diagnosticati sul territorio, indipendentemente dallo status giuridico e dall'iscrizione in Anagrafe. Questo disallineamento tra numeratore e denominatore si traduce, presumibilmente, in una sovrastima dei tassi di incidenza relativi alla popolazione immigrata.

Valore di riferimento/Benchmark. Lo studio propone un confronto dei tassi di incidenza standardizzati di epatite virale acuta nella popolazione straniera in Italia con i tassi nella popolazione di nazionalità italiana, in base ai casi segnalati al SEIEVA. Come popolazione standard è stata utilizzata la popolazione italiana relativa all'anno 2014.

[1]Si considerano Paesi a sviluppo avanzato: Andorra, Australia, Austria, Belgio, Canada, Città del Vaticano, Corea del Sud (in discussione), Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Giappone, Grecia, Irlanda, Islanda, Israele, Italia, Liechtenstein, Lussemburgo, Monaco, Norvegia, Nuova Zelanda, Paesi Bassi, Portogallo, Regno Unito, San Marino, Spagna, Stati Uniti, Svezia, Svizzera.

A. BELLINI, R. BENONI, M.E. TOSTI, L. FERRIGNO

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 398

Descrizione dei risultati

Nel periodo compreso tra il 2004 e il 2023 sono stati notificati al SEIEVA 17.519 casi di epatite virale acuta: il 15,0% (2.623 casi) riguardava cittadini di nazionalità non italiana (Psa + Pfpm). Questa percentuale è progressivamente aumentata negli anni, passando dall'11,0% nel 2004 al 19,5% nel 2012, con un andamento altalenante dal 2013 in poi. La percentuale di stranieri tra i casi varia per i diversi tipi di epatite: la più elevata si riscontra per l'epatite NonA-NonC/non nota (22,0%), mentre per le epatiti A, B e C le percentuali di cittadini stranieri sono, rispettivamente, 13,4%, 17,2% e 8,4%. Nel complesso, la maggior parte dei casi di epatite virale acuta osservati in stranieri ha riguardato cittadini dei Pfpm (97%), mentre solo 80 casi sono stati diagnosticati in cittadini dei Psa; 59 di questi erano epatiti A. Per quanto riguarda l'area geografica di cittadinanza, la maggior parte delle diagnosi tra la popolazione straniera ha riguardato cittadini dell'Europa dell'Est (37,0%) e dell'Africa (32,5%), aree dalle quali è più forte la pressione migratoria verso l'Italia. Oltre il 50% dei casi di epatite B e C è stato riscontrato in persone dell'Europa orientale, dove si registra il livello endemico più alto in Europa e tra i più alti nel mondo, specialmente per quanto riguarda l'epatite B (3). La principale nazionalità dei casi di epatite A è stata l'Africa, mentre tra i casi NonA-NonC o con eziologia non nota per circa il 46% l'Asia.

Un'informazione interessante riguarda il periodo di permanenza in Italia, dato raccolto dalla sorveglianza SEIEVA a partire dal 2009. Degli 805 casi in stranieri per i quali è nota l'informazione, l'86% erano presenti in Italia da più di 1 anno, indice del fatto che l'infezione è stata contratta durante il periodo di residenza in Italia (permanenza mediana 7 anni).

In questo elaborato vengono presentati i dati separatamente per tipo di epatite. In particolare, si riporta il confronto dei tassi di incidenza standardizzati relativi ai cittadini italiani e quelli dei cittadini stranieri dei Pfpm. Sono esclusi, invece, da questo confronto i casi riferiti a soggetti dei Psa, in quanto i tassi sono poco stabili a causa dell'esiguità del numero di casi osservati in questo gruppo di popolazione.

Epatite A

I casi di epatite A acuta notificati tra il 2004 e il 2023 sono stati 9.242, di questi il 13,4% (1.239) è insorto nella popolazione straniera. Quasi la metà di questi casi era di origine africana, in particolare 455 casi erano di origine marocchina. Cinquantanove casi sono stati diagnosticati in persone dei Psa e costituiscono circa il 74% del complesso dei casi di epatite virale acuta diagnosticati in questo gruppo (dati non presenti nei grafici).

Nel Grafico 1 si osserva il confronto tra tassi di incidenza nei cittadini italiani e negli stranieri dei Pfpm tra il 2004 e il 2023.

Nel 2013 e nel 2017 si sono verificati due episodi epidemici, in entrambi i casi l'innalzamento dei tassi d'incidenza ha riguardato principalmente la popolazione italiana; l'epidemia del 2013 è stata ricondotta al consumo di frutti di bosco (4), mentre nell'anno 2017 l'epidemia aveva riguardato maggiormente le comunità omosessuali maschili. A esclusione dei due episodi epidemici descritti, durante il periodo di osservazione i tassi registrati tra gli stranieri risultano costantemente più alti di quelli tra gli italiani.

Dopo l'ultimo picco epidemico, si è verificato un evidente calo dei casi notificati con il raggiungimento nel 2020 di tassi d'incidenza minori di quelli registrati nel periodo pre-epidemico sia nella popolazione italiana sia in quella straniera, anche grazie alle campagne vaccinali implementate a seguito dell'epidemia degli anni precedenti. La diminuzione dell'incidenza nel 2020 è verosimilmente riconducibile all'impatto della pandemia da SARS-CoV-2, le misure di contenimento in atto per il COVID-19 hanno ridotto anche la trasmissione di altre malattie infettive, allo stesso tempo la grande attenzione per la pandemia ha probabilmente determinato una riduzione delle diagnosi e delle notifiche di patologia. Dal 2021 al 2023 si registra un lieve incremento dell'incidenza sia nella popolazione italiana (0,49 per 100.000 nel 2023 *vs* 0,25 per 100.000 nel 2021) sia straniera (0,83 per 100.000 nel 2023 *vs* 0,56 per 100.000 nel 2021).

Epatite B

Per quanto riguarda l'epatite B acuta, sono stati notificati al SEIEVA 5.357 casi, di questi il 17,2% (919 casi) in cittadini stranieri. Il 52,0% degli stranieri aveva nazionalità dell'Europa dell'Est, in particolare 229 casi erano rumeni e 70 albanesi (60 casi del Marocco; 48 casi della Cina).

Confrontando le due curve dei tassi di incidenza si può notare come il divario di incidenza tra italiani e stranieri (dei Pfpm) sia in riduzione nell'ultimo quinquennio (2019-2023) rispetto al periodo precedente (Grafico 2). Entrambe le curve mostrano un trend in calo e nel periodo 2019-2023 la differenza media di incidenza tra italiani e residenti dei Pfpm era 0,29, in calo rispetto alla differenza media di 0,72 nel periodo 2014-2018. Nel 2023 italiani e stranieri presentavano un'incidenza di 0,27 e 0,64 per 100.000, rispettivamente.

Considerando il 2015 come baseline nei successivi 8 anni gli stranieri hanno evidenziato una riduzione complessiva del 48,7% nell'incidenza di infezione da HBV rispetto al 59,9% degli italiani. Questo è un dato importante da mantenere monitorato alla luce della Strategia Globale per il Settore Sanitario (*Global Health Sector Strategy*-GHSS) sull'epatite virale adottata dall'OMS nel 2016 (5); nel documento si richiama all'eliminazione dell'infezione da epatite

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 399

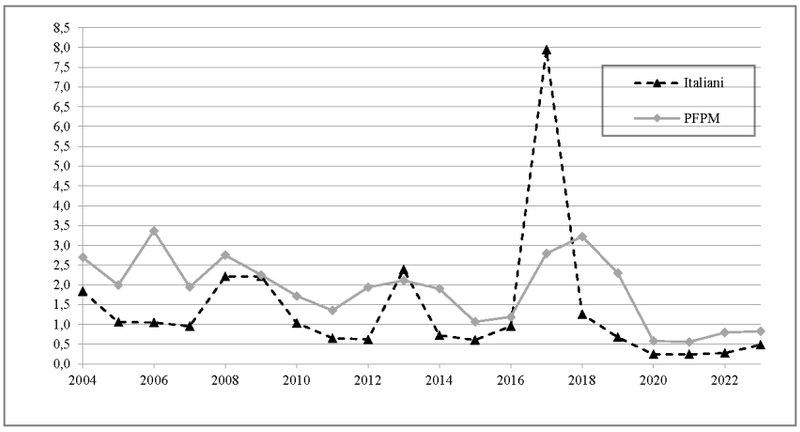
virale B e C come problema di salute pubblica, definendo come obiettivo la riduzione del 90% della loro incidenza (95% per HBV e 80% per HCV) entro il 2030, rispetto al valore di riferimento del 2015. Su questo indicatore l'Italia sta progredendo positivamente essendo passata da una riduzione rispetto al 2015 del 20% e 14% per italiani e stranieri nel biennio 2016-2017 a una riduzione del 60% e 56%, rispettivamente, nel biennio 2022-2023. Nel 2020, l'Italia è diventata il primo Paese in Europa a raggiungere alcuni degli obiettivi regionali dell'OMS in materia di epatite B (6).
La riduzione netta di incidenza tra gli immigrati Pfpm dopo il 2008 può essere almeno parzialmente attribuibile al fatto che, nel 2007, la Romania e la Bulgaria sono entrate a far parte dell'UE. Questo ha portato un aumento del flusso migratorio da questi Paesi che ha coinvolto persone tendenzialmente giovani e con una copertura vaccinale più alta di quella dei flussi migratori degli anni precedenti. Un altro fattore contribuente la riduzione dell'incidenza negli anni successivi potrebbe essere stata l'adozione come Linee Guida Nazionali nel maggio 2018 delle raccomandazioni evidence-based sulla valutazione della salute dei migranti e dei richiedenti asilo al loro arrivo in Italia (7).
Questi fattori possono, quindi, aver contribuito a favorire l'andamento convergente delle due curve nel periodo osservato.

Epatite C
Nel periodo 2004-2023 sono stati notificati al SEIEVA 1.305 casi di epatite C acuta, di cui 110 (8,4%) relativi a stranieri. Il 60,0% dei casi in soggetti stranieri di nazionalità dell'Europa dell'Est, mentre il 21,8% (24 casi) dell'Africa: i Paesi più rappresentati sono stati la Romania (26 casi) e il Marocco (15 casi) (dati non presenti nei grafici).
La percentuale di stranieri tra i casi di epatite C acuta è in linea con la percentuale di stranieri residenti in Italia (8), indice del fatto che questi ultimi non sembrano maggiormente a rischio degli italiani di contrarre l'epatite C.
Come mostrato nel Grafico 3, le curve di incidenza di cittadini italiani e stranieri dei Pfpm sono pressoché sovrapponibili nei periodi compresi tra il 2004 e il 2007 e tra il 2015 e il 2020. Dal 2008 al 2014 si è, invece, verificato un andamento altalenante dei tassi std relativi agli stranieri, questo è probabilmente dovuto al basso numero di casi di epatite C acuta registrati in questa popolazione che ha reso le stime dei tassi poco stabili; allo stesso modo può essere interpretato l'aumento di incidenza rilevato nel 2021. Alla luce di queste considerazioni si può affermare che non è emerso nel periodo considerato un rischio maggiore di contrarre epatite C per gli stranieri rispetto agli italiani.
Come nel caso delle altre epatiti si è evidenziato nel 2020 un calo dell'incidenza di epatite C (0,05 per 100.000 nella popolazione italiana e 0,12 per 100.000 in quella straniera) probabilmente dovuto alla pandemia da COVID-19. Successivamente, dal 2020 al 2022, si è registrato un lieve aumento di incidenza con un tasso std che ha raggiunto nella popolazione italiana nel 2022 livelli simili a quelli registrati tra il 2015-2016.

Epatiti NonA-NonC e di origine sconosciuta
Dal 2004 al 2023, sono state notificate 355 epatiti acute negative ai test per la ricerca dei virus dell'epatite A, B e C (NonA-NonC) o di origine ignota, a carico di cittadini stranieri. Poiché si tratta di un gruppo disomogeneo, non sono stati calcolati i tassi std di incidenza.
I casi attribuibili al virus dell'epatite E (HEV) risultano un numero rilevante (pari al 25,5%) e per la quasi totalità i casi sono stati notificati in soggetti del Sud-Est asiatico (Bangladesh, India e Pakistan), ovvero la zona con la più alta endemia da HEV nel mondo. Considerato che ancora non tutti i centri clinici italiani eseguono indagini sierologiche specifiche per l'HEV, è verosimile una sottostima dei casi NonA-NonC attribuibili nella realtà a questo virus. La nazionalità di molti dei casi segnalati, avvalora questa ipotesi. In particolare, 21 casi di epatite NonA-NonC (non testati per HEV) e 26 casi a eziologia non nota erano di provenienza da Bangladesh, India e Pakistan.
Nel periodo considerato sono stati segnalati, inoltre, 21 casi di epatite acuta di tipo Delta in stranieri Pfpm, 14 dei quali dell'Europa dell'Est (Romania, Moldavia e Albania).

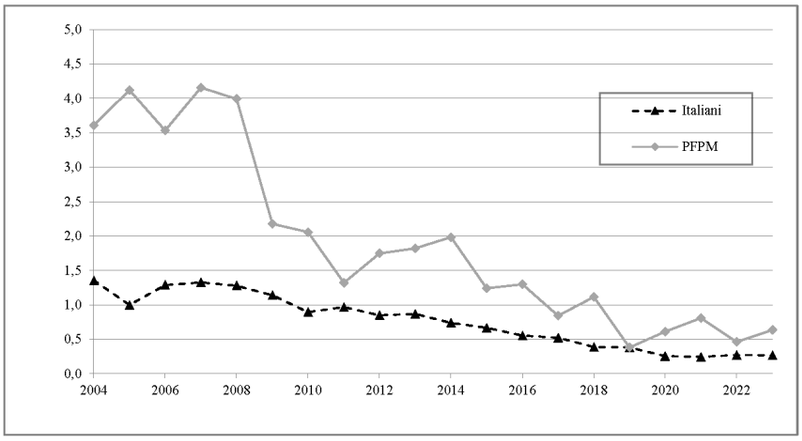
Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 400

Grafico 1 - *Tasso (standardizzato per 100.000) di incidenza di epatite virale A tra gli italiani e i cittadini stranieri provenienti dai Paesi a forte pressione migratoria - Anni 2004-2023*



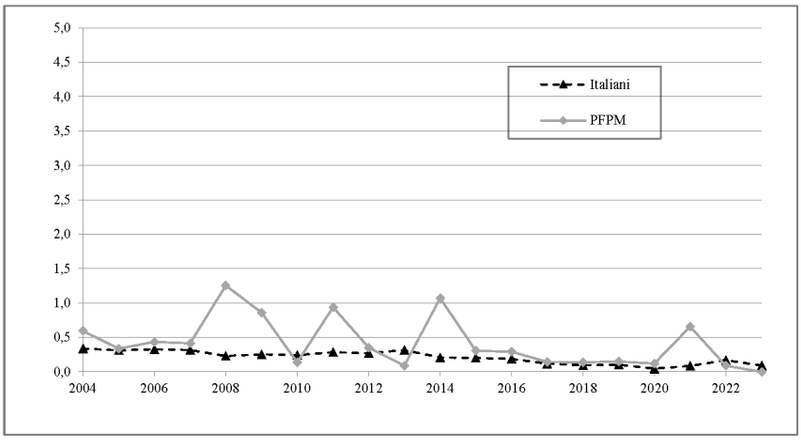
Fonte dei dati: Elaborazioni su dati SEIEVA. Anno 2023.

Grafico 2 - *Tasso (standardizzato per 100.000) di incidenza di epatite virale B tra gli italiani e i cittadini stranieri provenienti dai Paesi a forte pressione migratoria - Anni 2004-2023*



Fonte dei dati: Elaborazioni su dati SEIEVA. Anno 2023.

Grafico 3 - *Tasso (standardizzato per 100.000) di incidenza di epatite virale C tra gli italiani e i cittadini stranieri provenienti dai Paesi a forte pressione migratoria - Anni 2004-2023*



Fonte dei dati: Elaborazioni su dati SEIEVA. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 401

Raccomandazioni di Osservasalute

In Italia, negli ultimi anni si è mantenuto costante il trend di incidenza in diminuzione per tutti i tipi di epatite e in entrambi i gruppi, sia italiani sia stranieri dei Pfpm. Va osservato che se per le epatiti a trasmissione parenterale la diminuzione è stata costante, per quanto riguarda l'epatite A si osserva un andamento altalenante con diversi picchi epidemici sebbene dal 2018 non se ne siano più evidenziati, probabilmente anche come effetto indiretto della pandemia da COVID-19.

Nel nostro Paese, la malattia virale acuta del fegato rimane, comunque, una rilevante questione di Sanità Pubblica.

I dati provenienti dalla sorveglianza SEIEVA hanno evidenziato un eccesso di rischio di contrarre l'epatite B tra gli stranieri (in particolare quelli dei Pfpm), anche se la distanza tra i tassi di incidenza sembra in diminuzione; non risultano, invece, differenze significative tra italiani e stranieri per quanto riguarda il rischio di epatiti A e C.

Dati i molti fattori che condizionano il profilo di salute dei migranti (ad esempio, la bassa adesione alle vaccinazioni per scarsa compliance legata alla poca conoscenza dei diritti e dei percorsi di accesso ai servizi, i differenti ambiti culturali di provenienza e la diffidenza nei confronti dei servizi di prevenzione), appare essenziale garantire alle popolazioni migranti presenti nel nostro territorio livelli di immunizzazione assimilabili a quelli della popolazione residente, a salvaguardia della salute individuale e collettiva: in particolare, rafforzare l'offerta attiva della vaccinazione anti-epatite B a tutti gli immigrati non immuni e della vaccinazione anti-epatite A ai viaggiatori internazionali e ai migranti che si recano in aree endemiche. È, inoltre, importante che i soggetti che periodicamente rientrano nelle terre di origine siano informati sulle misure preventive atte a evitare l'infezione.

Nonostante il positivo calo dell'incidenza delle epatiti B e C in Italia nella popolazione migrante, è importante mantenere alta l'attenzione e continuare a lavorare per garantire l'accesso allo screening, alla vaccinazione e alle cure per questa popolazione a rischio. Una recente revisione sistematica ha evidenziato, infatti, come la prevalenza di epatite B tra la popolazione migrante risulti in aumento dello 0,9% nell'UE e nello Spazio Economico Europeo confrontando il periodo prima e dopo il 2017 (da 4,9; IC 95%: 1,9-8,4 a 5,8; IC 95%: 2,5-9,9) (9).

Promuovere, quindi, la corretta applicazione delle linee Guida sui "Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei Centri di accoglienza" (7) concorrerebbe a diminuire le nuove infezioni da virus B e C dell'epatite e ad avvicinare ulteriormente i tassi di incidenza nelle due popolazioni a confronto. In tale documento si raccomanda di offrire, nell'ambito della presa in carico sanitaria, il test di screening per l'infezione da HBV e HCV agli stranieri dei Paesi a prevalenza di HBV >2% e di HCV >3% e, indipendentemente dalla provenienza, a soggetti con fattori di rischio specifici. Si raccomanda, inoltre, la vaccinazione anti-epatite B per tutti coloro che risultano non immuni. Lo screening per HBV è raccomandato anche alle donne migranti in gravidanza. Infatti, la conoscenza dello stato di portatore dei virus B e C favorisce un'azione di prevenzione soprattutto grazie alla vaccinazione anti-epatite B nei contatti, visto che la quasi totalità dei nuovi casi osservati negli stranieri dei Pfpm sono plausibilmente contratti in Italia, in base al tempo di residenza nel nostro Paese.

Riferimenti bibliografici

(1) EpiCentro. Epatite virale Epidemiologia - dati SEIEVA. Disponibile sul sito: www.epicentro.iss.it/epatite/seieva.
(2) Tosti ME, Longhi S, de Waure C, Mele A, Franco E, Ricciardi W, Filia A. Assessment of timeliness, representativeness and quality of data reported to Italy's national integrated surveillance system for acute viral hepatitis (SEIEVA). Public Health 2015; 129 (5): 561-8.
(3) World Health Organization. Hepatitis B. Disponibile sul sito: www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b.
(4) Severi E, Verhoef L, Thornton L, et al. Large and prolonged food-borne multistate hepatitis A outbreak in Europe associated with consumption of frozen berries, 2013 to 2014. Eurosurveillance 2015; 20 (29): 21192.
(5) World Health Organization. Global health sector strategy on viral hepatitis 2016-2021. Towards ending viral hepatitis. No. WHO/HIV/2016.06. World Health Organization, 2016.
(6) Stroffolini T, Stroffolini G. Vaccination Campaign against Hepatitis B Virus in Italy: A History of Successful Achievements. Vaccines (Basel). 2023 Sep 27;11(10):1531. doi: 10.3390/vaccines11101531. PMID: 37896935; PMCID: PMC10610604.
(7) SNLG - Linee Guida Salute Migranti. I controlli alla frontiera La frontiera dei controlli. Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza. Linea Guida n. 1, giugno 2017.
(8) IDOS. Dossier Statistico Immigrazione 2022. 2022. Disponibile sul sito: https://integrazionemigranti.gov.it/it-it/Ricerca-news/Dettaglio-news/id/2876/Dossier-Statistico-Immigrazione-2022-IDOS.
(9) Bivegete S, McNaughton AL, Trickey A, et al. Estimates of hepatitis B virus prevalence among general population and key risk groups in EU/EEA/UK countries: a systematic review. Euro Surveill. 2023; 28 (30): 2200738. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2023.28.30.2200738.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 402

Tubercolosi tra gli stranieri in Italia

Significato. Le fonti dei dati per il monitoraggio dell'andamento dei casi di Tubercolosi (TBC) in Italia sono due: il sistema di notifica delle malattie infettive del Ministero della Salute (DM 15 dicembre 1990 e DM 29 luglio 1998) e il sistema informativo PREMAL, inserito nell'ambito del NSIS, che rappresenta il flusso informativo ufficiale attuale per la sorveglianza delle malattie infettive e per le attività di Sanità Pubblica dei diversi livelli del SSN, come da Decreto del Ministro della Salute del 7 marzo 2022. I dati qui riportati, prodotti nell'ambito dell'attività del CCM sono stati estratti dal sistema nazionale di notifica dei casi di malattia infettiva con l'obiettivo di descrivere l'andamento temporale della TBC nel nostro Paese nel periodo 2009-2021(1)[1]. La distribuzione dei casi è stata rappresentata per macroarea geografica. I dati di notifica nazionali sono annualmente segnalati al Sistema di sorveglianza europeo (TESSy) dell'ECDC) di Stoccolma (2).

Casi di tubercolosi tra le persone nate all'estero

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Casi di tubercolosi notificati in persone nate all'estero}}{\text{Casi di tubercolosi totali}} \times 100$$

Frequenza dei casi di tubercolosi tra le persone nate all'estero

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Casi di tubercolosi notificati in persone nate all'estero}}{\text{Popolazione residente straniera}} \times 100.000$$

Validità e limiti. Nel Sistema di Segnalazione delle Malattie Infettive (PREMAL) la cittadinanza è disponibile, così come il Paese di nascita. Tuttavia, non essendo ancora un sistema di notifica consolidato tale dato risulta solo parzialmente compilato, ragione per cui in questo rapporto la condizione di "straniero" si rileva dal "Paese di nascita"; di conseguenza i casi di TBC in stranieri in realtà si riferiscono a persone nate all'estero. Il calcolo del tasso di incidenza richiederebbe per il denominatore la disponibilità di dati sulla popolazione nata all'estero. Tale dato non è disponibile nelle fonti demografiche pubblicate annualmente dall'Istat. L'unico modo per poter calcolare un indicatore in serie storica è utilizzare al denominatore la popolazione straniera residente in Italia (fonte Istat), costituita dalle persone residenti con cittadinanza non italiana. Pertanto, lo studio utilizza questo denominatore per il periodo 2006-2022.

Il limite principale è, quindi, rappresentato dall'impossibilità di costruire un indicatore di incidenza in cui numeratore e denominatore siano omogenei. Pur nella consapevolezza che l'indicatore costruito in questo modo non è un vero tasso di incidenza, si è ritenuto comunque importante fornire una misura in grado di dare indicazioni sulla tendenza del fenomeno. Per l'anno 2011, la popolazione residente nata all'estero, secondo i dati del Censimento condotto dall'Istat, ammontava a circa 4,8 milioni, mentre la popolazione residente straniera nello stesso anno ammontava a circa 4 milioni. Pertanto, il tasso di incidenza calcolato con il dato censuario riferito allo stato di nascita risulterebbe più basso di quello calcolato con la popolazione residente straniera. Un secondo limite dell'indicatore deriva dal fatto che nel denominatore non è possibile includere i dati relativi ai non residenti "irregolari" e "temporaneamente presenti" (con e senza permesso di soggiorno) che, al contrario, sono inclusi al numeratore. Le frequenze calcolate devono essere considerate, perciò, indicative del fenomeno. Va, inoltre, considerato che, pur esistendo un certo grado di sotto notifica della TBC, il profilo epidemiologico della TBC nelle persone nate all'estero può risultare sovradimensionato sia per l'assenza al denominatore delle persone non residenti, sia per il fatto che la popolazione residente straniera risulta avere un ammontare più basso della popolazione residente nata all'estero.

Un limite degli anni in esame 2013-2015 è stato il forte aumento dei casi di TBC che ha portato alla non corretta codifica del Paese di nascita in alcune regioni. Si ricorda, infine, che la segnalazione delle malattie infettive in Italia per gli anni 2020 e 2021 ha risentito dell'impatto della pandemia sulla sanità italiana, con conseguente sottodiagnosi e sottonotifica. Da rammentare anche l'impatto sui Servizi Igiene e Sanità Pubblica impegnati nella gestione del COVID-19.

[1]Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3387_allegato.pdf.

M. SANE SCHEPISI, S. BONFIGLI, F.P. MARAGLINO

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 403

Valore di riferimento/Benchmark. Per i confronti si fa riferimento al valore dell'indicatore calcolato per la popolazione totale, valutando la tendenza o meno alla sua riduzione nel periodo considerato. Inoltre, i dati regionali sono confrontati con il dato nazionale al fine di evidenziare possibili differenze nella distribuzione territoriale.

Descrizione dei risultati

In Tabella 1 è riportato il numero di casi di TBC in Italia in persone nate all'estero nel periodo in esame: il numero assoluto e relativo di casi di TBC notificati è stato oscillante, mostrando un trend inverso per i nati in Italia rispetto ai nati all'estero. La percentuale di casi di TBC in stranieri ha superato quella registrata per le persone nate in Italia dal 2010. La percentuale del numero dei casi di TBC, relativa ai cittadini nati all'estero ha registrato valori più elevati, vicini al 60%, negli anni 2016-2018 e 2020-2021 (Grafico 1).

Nel complesso, nel periodo considerato, la maggior parte dei casi di TBC in persone nate all'estero è stata notificata in pazienti nati in Romania. I Paesi di origine con tasso di incidenza tubercolare ≥100 casi per 100.000 sono stati: Somalia, Gambia, Guinea, Costa d'Avorio, Senegal, Nigeria, e Pakistan.

Nel periodo 2006-2022 il tasso di notifica nei nati in Italia è diminuito, passando da 4,26 casi per 100.000 nel 2006a un minimo di 1,75 casi per 100.000 nel 2020. Complessivamente, il tasso di notifica di malattia tubercolare nel 2022 è risultato pari a 4,13 casi per 100.000 residenti. Si evidenziano, negli anni 2020 e 2021, i valori più bassi di tasso di notifica registrati tra gli italiani (1,75 e 1,93 per 100.000 residenti, rispettivamente nel 2020 e nel 2021) (Tabella 2).

Da evidenziare l'evidente incremento, nel corso del periodo considerato, degli stranieri residenti (da 2.938.922 nel 2006 fino a 5.141.341 nel 2022), a fronte di una sostanziale e costante riduzione del tasso di incidenza negli stranieri (da 71,73 nel 2006 fino a 25,60 per 100.000 nel 2022).

Tabella 1 - *Casi (valori assoluti) di tubercolosi tra le persone nate all'estero per regione - Anni 2006-2022*

Regioni	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Piemonte	207	152	203	239	237	242	222	225	184	184	227	210	202	154	181	225	226
Valle d'Aosta	1	3	1	0	0	0	0	4	1	2	2	1	1	0	n.d.	n.d.	n.d.
Lombardia	585	589	723	619	695	640	530	n.d.	n.d.	n.d.	667	443	497	437	416	591	423
Bolzano	9	15	24	20	36	21	17	31	32	28	16	25	25	14	6	2	4
Trento	7	18	10	23	20	16	12	13	21	12	8	16	17	16	10	8	3
Veneto	267	n.i.	n.i.	n.i.	227	238	229	184	223	237	210	198	196	155	128	15	43
Friuli Venezia Giulia	13	29	27	39	35	40	38	29	33	42	48	75	61	26	26	42	49
Liguria	37	61	47	62	58	67	58	60	64	54	48	50	70	35	20	18	20
Emilia-Romagna	264	268	253	283	321	286	336	289	292	256	280	288	278	259	333	322	291
Toscana	171	170	182	196	225	192	181	170	177	175	186	171	164	113	25	33	42
Umbria	23	31	12	n.d.	11	26	10	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.i.	n.i.	n.i.	n.d.	n.d.	n.d.
Marche	40	43	59	42	65	21	27	39	58	57	25	63	65	28	3	9	7
Lazio	332	396	345	335	375	422	393	382	389	368	378	381	388	321	25	48	168
Abruzzo	8	11	n.d.	0	1	0	19	19	13	8	16	14	13	22	4	9	4
Molise	3	0	2	1	2	0	0	0	3	2	3	7	7	3	n.d.	n.d.	n.d.
Campania	68	83	72	46	126	68	64	96	100	123	78	83	84	75	5	12	11
Puglia	25	36	34	47	43	64	58	35	34	28	62	68	62	26	102	60	n.d.
Basilicata	1	6	1	n.d.	3	2	3	12	6	4	4	2	2	4	1	n.d.	n.d.
Calabria	15	9	18	30	34	21	11	25	27	46	22	20	21	13	17	1	1
Sicilia	30	64	11	63	53	70	102	127	157	167	95	165	166	90	36	40	22
Sardegna	2	6	3	8	8	8	nd	0	2	1	44	9	10	6	1	2	2
Italia	**2.108**	**1.960**	**2.027**	**2.053**	**2.575**	**2.444**	**2.310**	**1.740**	**1.816**	**1.794**	**2.419**	**2.289**	**2.329**	**1.797**	**1.339**	**1.437**	**1.316**

n.d. = non disponibile.
n.i. = non indicato.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ufficio 05 - Prevenzione Malattie Trasmissibili e Profilassi Internazionale. Anno 2023.

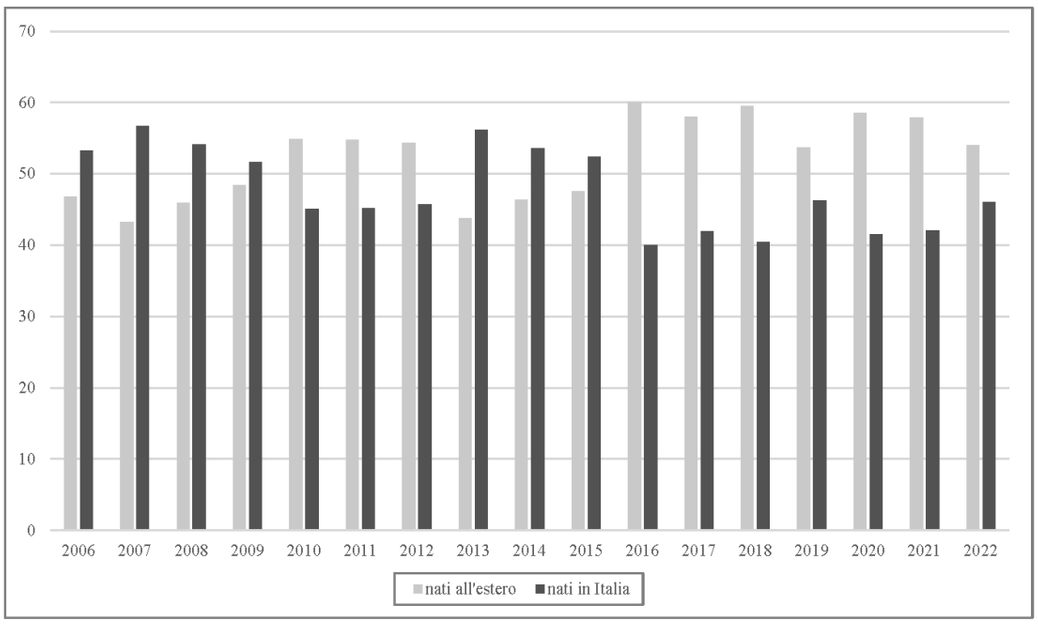
Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 404

Tabella 2 - *Casi (valori assoluti) di tubercolosi tra le persone nate all'estero per regione - Anni 2006-2022*

Anni	Popolazione residente totale	Stranieri residenti	Italiani residenti	TBC casi totali	TBC nati	TBC nati in Italia	Incidenza totale	Incidenza stranieri	Incidenza italiani
2006	59.131.287	2.938.922	56.192.365	4.503	2.108	2.395	7,62	71,73	4,26
2007	59.619.290	3.432.651	56.186.639	4.525	1.960	2.565	7,59	57,10	4,57
2008	60.045.068	3.891.295	56.153.773	4.418	2.027	2.391	7,36	52,09	4,26
2009	60.340.328	4.235.059	56.105.269	4.244	2.053	2.191	7,03	48,48	3,91
2010	60.626.442	4.570.317	56.056.125	4.692	2.575	2.117	7,74	56,34	3,78
2011	59.433.744	4.029.145	55.404.599	4.461	2.444	2.017	7,51	60,66	3,64
2012	59.685.227	4.387.721	55.297.506	4.252	2.310	1.942	7,12	52,65	3,51
2013	60.782.668	4.922.085	55.860.583	3.973	1.740	2.233	6,54	35,35	4,00
2014	60.795.612	5.014.437	55.781.175	3.916	1.816	2.100	6,44	36,22	3,76
2015	60.665.551	5.540.000	55.125.551	3.769	1.794	1.975	6,21	32,38	3,58
2016	60.589.445	5.047.028	55.542.417	4.032	2.419	1.613	6,65	47,93	2,90
2017	60.483.973	5.144.440	55.339.533	3.944	2.289	1.655	6,52	44,49	2,99
2018	60.359.546	5.255.503	55.104.043	3.912	2.329	1.583	6,48	44,32	2,87
2019	60.244.639	5.306.548	54.938.091	3.346	1.797	1.549	5,55	33,86	2,82
2020	59.236.213	5.171.894	54.064.319	2.287	1.339	948	3,86	25,89	1,75
2021	58.983.122	5.030.716	53.952.406	2.480	1.437	1.043	4,20	28,56	1,93
2022	**58.997.201**	**5.141.341**	**53.855.860**	**2.439**	**1.316**	**1.123**	**4,13**	**25,60**	**2,09**

Fonte dei dati: Ministero della Salute. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ufficio 05 - Prevenzione Malattie Trasmissibili e Profilassi Internazionale. Istat. Popolazione residente. Anno 2023.

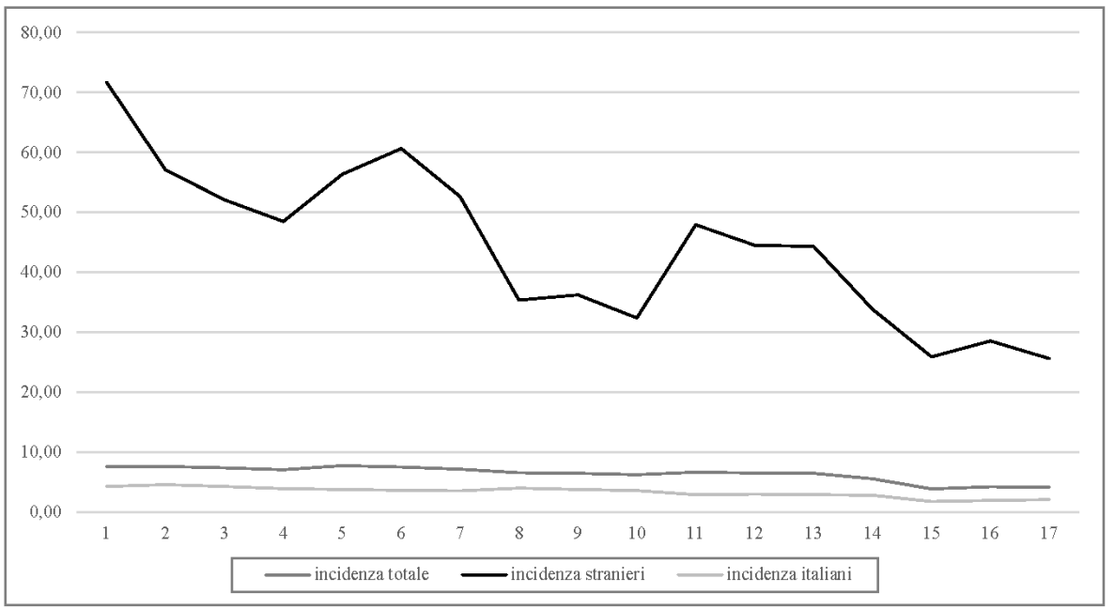
Grafico 1 - *Casi (valori per 100) di tubercolosi tra gli italiani e le persone nate all'estero - Anni 2006-2022*



Fonte dei dati: Ministero della Salute. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ufficio 05 - Prevenzione Malattie Trasmissibili e Profilassi Internazionale. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 405

Grafico 2 - *Tasso di notifica (per 100.000 residenti) dei casi di tubercolosi tra le persone nate all'estero e nella popolazione totale - Anni 2006-2022*



Fonte dei dati: Ministero della Salute. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ufficio 05 - Prevenzione Malattie Trasmissibili e Profilassi Internazionale. Anno 2023.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nel corso degli anni il Ministero della Salute ha predisposto diversi documenti e Linee Guida, condivisi con le regioni e le PA, al fine di garantire il controllo della TBC nella popolazione generale.

Le Linee Guida sono finalizzate all'individuazione degli obiettivi di salute, degli standard di intervento e degli indicatori utili al monitoraggio degli interventi stessi. La sorveglianza e la gestione della TBC nel nostro Paese è tra gli obiettivi strategici individuati dal PNP 2020-2025 e la proporzione dei casi di TBC polmonare persi al *follow-up* rappresenta un utile indicatore di monitoraggio delle Linee strategiche adottate.

Le già menzionate indicazioni sono in linea con quanto raccomandato dall'OMS e dall'ECDC di Stoccolma per i Paesi a bassa incidenza di TBC. Per quanto il nostro sia un Paese a bassa endemia per TBC e i dati disponibili siano tali da non destare particolari preoccupazioni, non si può ignorare che la componente attribuibile alla popolazione immigrata, pur non rappresentando, di per sé, un motivo di allarme sociale, è un aspetto da affrontare con modalità peculiari ivi compresa una attenzione alle condizioni di vita di questa specifica popolazione in Italia. Dal 2010, il Ministero della Salute ha pubblicato, d'intesa con le Autorità Sanitarie Regionali e con le PA, alcune raccomandazioni per l'attività di controllo della malattia tubercolare nella popolazione immigrata; esse sono volte a implementare diagnosi e sorveglianza, soprattutto attraverso campagne di sensibilizzazione e percorsi formativi rivolti, primariamente, agli operatori socio-sanitari focalizzando l'attenzione sulle fasce di popolazione particolarmente a rischio, con la chiara consapevolezza che chiunque può contrarre e sviluppare la TBC. Gli obiettivi da conseguire includono il miglioramento del trattamento, della gestione dei casi e dell'aderenza alla terapia, nonché il sostegno all'integrazione tra servizi sanitari territoriali e altri Enti (pubblici, del privato sociale e del volontariato), allo scopo di favorire l'accesso ai servizi sanitari da parte degli immigrati e di altri strati marginalizzati della popolazione. Nel 2017 e nel 2018 sono state pubblicate, rispettivamente, le Linea Guida "I controlli alla frontiera - La frontiera dei controlli. Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza", oggetto di Accordo in sede di Conferenza Stato-Regioni, e le Linee relative al controllo della TBC tra gli immigrati in Italia.

Riferimenti bibliografici

(1) Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria. 2023. I casi di Tubercolosi in Italia - Periodo 2009-2021. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3387_allegato.pdf.
(2) Sistema di sorveglianza europeo (TESSy) dell'ECDC di Stoccolma. Disponibile sul sito: http://atlas.ecdc.europa.eu/public/index.aspx.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 406

Mortalità per causa tra gli stranieri in Italia

Significato. L'analisi della mortalità per causa nella popolazione residente in Italia con cittadinanza straniera è stata condotta utilizzando i tassi specifici di mortalità. Questi indicatori rappresentano una misura indiretta del livello di salute della popolazione e, come conseguenza, in questo caso, anche una misura del grado di integrazione degli stranieri in Italia. Al fine di raggiungere un livello di comparabilità adeguato a fronte di un universo di riferimento così fortemente differenziato, tutti i tassi prodotti sono stati standardizzati con il metodo diretto o della popolazione tipo, individuata nella Popolazione mondiale totale del 1976 (1), e sono stati calcolati sia considerando tutte le età oltre il primo anno di vita, sia con riferimento alla classe di età 18-64 anni. In tal modo, è stato possibile condurre valutazioni comparate calcolando i tassi std anche per genere, aree di cittadinanza e principali gruppi di cause di morte (2).

Tasso di mortalità degli stranieri residenti in Italia

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Decessi di stranieri residenti in Italia oltre il 1° anno di vita o in età 18-64 anni}}{\text{Popolazione media straniera residente in Italia oltre il 1° anno di vita o in età 18-64 anni}} \quad \text{Denominatore} \times 10.000$$

Validità e limiti. La principale fonte di riferimento per la costruzione degli indicatori è l'Indagine su decessi e cause di morte, condotta correntemente dall'Istat e basata sulle informazioni raccolte attraverso la scheda di morte (Modelli Istat D4 e D4bis). Tale rilevazione si riferisce alla totalità dei decessi avvenuti sul territorio nazionale in un anno di calendario, conteggiando tutti gli eventi (dei presenti e dei residenti) compresi, quindi, quelli degli stranieri non regolari. Non essendo al momento disponibile in modo continuativo il complesso della popolazione presente, le elaborazioni dei tassi di mortalità sono state circoscritte al sottogruppo dei residenti, per i quali sono disponibili i denominatori di riferimento con periodicità annuale. A partire dalle analisi dei dati riferiti all'anno 2008, per i denominatori è stata utilizzata la stima della popolazione straniera media residente, dettagliata per singolo anno di età, genere e Paese di cittadinanza, predisposta *ad hoc* da un gruppo di lavoro di esperti.
È opportuno segnalare, inoltre, che l'ammontare dei cittadini stranieri deceduti in Italia include solo i casi per i quali è indicata la cittadinanza straniera (o apolide) e non comprende né i decessi privi di questa informazione, né quelli senza l'indicazione che si tratti di cittadino straniero o italiano.

Valore di riferimento/Benchmark. I confronti sono effettuati tra i risultati a livello regionale/ripartizionale e il dato medio italiano per i tassi complessivi, tra genere e aree di cittadinanza considerando i tassi per gruppi di cause.

Descrizione dei risultati

Nel periodo di osservazione 1992-2021, l'ammontare complessivo dei decessi tra gli stranieri oltre il primo anno di vita in Italia è pari a oltre 100.000 unità, con un andamento crescente degli eventi che fa registrare una variazione percentuale media annua[1] del +8,1% per i residenti, del +1,8% per i non residenti, del +6,0% nel complesso. Tali aumenti sono decisamente più significativi per i decessi degli stranieri dei Pfpm: +10,9% tra i residenti, +4,5% tra i non residenti, +8,9% per il totale (Tabella 1). Nel 2021 si sono verificati 10.682 decessi di cittadini stranieri in Italia, di cui 8.876 residenti (circa l'83% del totale) e 1.806 non residenti. Di questi, la quota di cittadini dei Pfpm rappresenta quasi l'87%, pari a 9.249 decessi, di cui 7.850 residenti e 1.399 non residenti. Tra i decessi, la proporzione di non residenti risulta più consistente rispetto ai residenti per tutto il decennio 1992-2002, con un'inversione a partire dal 2003. Da qui, la quota dei decessi degli stranieri residenti comincia a registrare un aumento costante, seppur con una lieve battuta di arresto nel 2013, fino al 2021 quando raggiunge nel complesso l'83%, che sale a quasi l'85% per i Pfpm. In generale, tale cambiamento si spiega con l'allargamento dell'UE e l'entrata di 10 nuovi Paesi nel 2004, di Romania e di Bulgaria nel 2007, della Croazia nel 2013. Il Regno Unito è uscito ufficialmente dall'UE a partire dal 31 gennaio 2020, proprio alle soglie dell'inizio della diffusione del COVID-19. Gli anni 2020 e 2021 rappresentano, infatti, il periodo in cui la pandemia ha raggiunto la sua fase più acuta e sono caratterizzati da un aumento consistente dei decessi, in particolare per gli stranieri residenti in Italia, rispetto al 2019. La variazione percentuale è stata pari al +27,6%, tra il 2020 e il 2019 e al +34,8%, tra il 2021 e il 2019. Tali percentuali salgono, rispettivamente, a +30,5% e a +38,6%, per i deceduti residenti dei Pfpm. Per i decessi

[1] La variazione percentuale media annua dei tassi di mortalità nel periodo 1992-2018 è stata calcolata con la seguente formula: $\sqrt[26]{\frac{M2018}{M1992}} - 1 \times 100$

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 407

dei non residenti, invece, si assiste a una tendenza inversa, ossia a una diminuzione del loro numero rispetto al 2019, di circa il 20% nel 2020 e 2021. Con riferimento ai soli Pfpm, le variazioni percentuali ammontano, invece, a -3,8% (2020 *vs* 2019) e -7,7% (2021 *vs* 2019). Tale situazione è sicuramente legata a un eccesso di mortalità rilevato anche tra i residenti italiani e stranieri negli anni della pandemia, poiché le politiche di contenimento della malattia e di confinamento, attuate a livello nazionale nel 2020 e 2021, hanno limitato fortemente gli spostamenti dal nostro Paese. Gli stranieri non residenti diminuiscono in termini di numero di decessi, ma durante gli anni della fase acuta della pandemia si sono ridotte anche le possibilità di spostarsi liberamente dai Paesi di origine. Escludendo la situazione peculiare degli anni 2020 e 2021, a ogni modo, l'allargamento dell'UE, nei primi anni 2000 e fino al 2013, ha favorito e incrementato i flussi migratori verso l'Italia, dando anche origine a un effetto moltiplicatore, attraverso un passaggio di poste dal sottogruppo dei decessi dei non residenti a quello dei residenti, e provocando nell'ambito di quest'ultimo, come diretta conseguenza, l'aumento dei decessi dei cittadini stranieri dei Pfpm. In effetti, l'appartenenza all'UE porta con sé una serie di vantaggi, sia in termini più generali di mobilità, sia di integrazione, attraverso un accesso più agevolato ai principali servizi del Paese di arrivo, compresi quelli sanitari, che senz'altro aiutano il processo di stabilizzazione della popolazione straniera in Italia (3).

Esaminando i tassi std di mortalità degli stranieri per regione di residenza, anche per gli anni 2019, 2020 e 2021 si conferma il ruolo differenziale sia di genere, con valori più bassi per le donne, sia della componente territoriale. Al fine di garantire una maggiore stabilità dei valori per le regioni con le numerosità più esigue di casi, nella presente Edizione del Rapporto Osservasalute si ripropone il tasso std di mortalità medio per il triennio 2019-2021, per genere: il dato per l'Italia è pari, nel complesso, a 18,3 per 10.000 residenti, 24,4 per 10.000 per gli uomini e 14,4 per 10.000 per le donne. La Valle d'Aosta e il Molise sono state scorporate dalla fusione, rispettivamente con il Piemonte e con l'Abruzzo, presentata in alcune Edizioni precedenti. I valori più alti si registrano in particolare per Sicilia, Friuli Venezia Giulia, Molise, Puglia, Basilicata e PA di Trento, e variano (in ordine decrescente per il totale dei due generi) tra 20,7 e 19,6 per 10.000 residenti. I tassi più bassi 2019-2021 si rilevano in Valle d'Aosta, Umbria, Sardegna, Emilia-Romagna, Toscana e Marche (compresi, in ordine crescente, tra 14,6 e 17,3 per 10.000) (Tabella 2). Il quadro delineato è legato alla geografia dei flussi migratori in entrata in Italia, in linea con quella del mercato del lavoro, strettamente connesso anche all'elevata mortalità per Cause esterne, che comprendono quelle accidentali e violente, con le morti sul lavoro, ancora oggi elemento che connota negativamente i cittadini stranieri, soprattutto gli uomini, che rappresentano il 54,6% del totale dei decessi nel periodo 2019-2021 e il 13% circa dei decessi attribuibile a Cause violente.

Per poter condurre analisi più robuste, stabili e con una copertura affidabile, utilizzando un maggior dettaglio delle variabili per la costruzione dei tassi di mortalità standardizzati (genere, aree di cittadinanza e cause di morte), la popolazione di interesse è stata circoscritta agli stranieri residenti in età 18-64 anni (3, 4). Sono stati, inoltre, calcolati anche i tassi std di mortalità per gli italiani e i Rischi Relativi (RR) per ciascuna area di cittadinanza come rapporto tra tassi specifici, prendendo come riferimento quelli degli italiani. Il confronto tra gli anni del quinquennio 2017-2021 mette in luce il netto vantaggio delle donne rispetto agli uomini, indipendentemente dall'area di cittadinanza ma più contenuto per i Psa, e un andamento differenziato dei tassi di mortalità standardizzati (Tabella 3). Gli uomini dei Pfpm sono nel complesso caratterizzati da una tendenza all'aumento dei tassi di mortalità, il valore più basso nel 2017 pari a 15,8 per 10.000, quello più alto nel 2021 (18,8 per 10.000; variazione percentuale media annua 2017/2021 pari a +4,4%). Separando il gruppo dei Paesi di più recente adesione all'UE (Pfpm1) dagli altri Pfpm, si riscontra un aumento complessivo (+7,2%), dovuto soprattutto all'aumento nel 2021 (+23,6 per 10.000). Gli uomini con nazionalità dei Psa presentano un andamento non costante del valore dei tassi, dovuto al numero di decessi particolarmente esiguo in questa area di cittadinanza, la cui popolazione risulta nel complesso più protetta per le migliori condizioni sociali ed economiche sperimentate in Italia e nei Paesi di origine. Il tasso di mortalità degli uomini dei Psa residenti in Italia passa da 11,5 per 10.000 tra il 2017 e il 2019, a 13,2 per 10.00 nel 2020, riducendosi a 9,8 per 10.000 nel 2021. I tassi di mortalità degli uomini italiani rimangono stabili, pari a circa 18 decessi per 10.000 abitanti tra il 2017 e il 2019, e aumentano nel 2020 e 2021 (19,3 e 19,5) (+1,6% la variazione percentuale media annua nel periodo 2017-2021). Per quanto riguarda le donne, nel quinquennio considerato i tassi registrano variazioni percentuali positive per i Pfpm (+5,6%), più contenute per il sottogruppo dei Pfpm1 (+4,1%), e negative per i Psa (-3,0%). I tassi di mortalità delle donne italiane sono pressoché stabili (+0,5%). Dal confronto con gli italiani, attraverso RR calcolati per ciascuna area di cittadinanza, emerge come i tassi di mortalità dei cittadini stranieri, sia per gli uomini sia per le donne, siano quasi sempre al di sotto dell'unità, confermando un vantaggio consolidato, fatta eccezione per gli uomini di nazionalità dei Pfpm1 che nel 2014 arrivano a 1,1 attestandosi poi, negli anni successivi, su livelli di prossimità.

Con riferimento agli anni 2019, 2020 e 2021 sono sta-

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 408

ti presi in esame i consueti grandi gruppi di malattie ai quali è stato aggiunto, a partire dal 2020, il gruppo COVID-19, definito seguendo le raccomandazioni dell'OMS per le statistiche sulle cause di morte in Italia prodotte dall'Istat[2]. Per gli stranieri di tutte le aree di cittadinanza i Tumori seguiti dalle Malattie del sistema circolatorio, per le Cause naturali, e le Cause violente rappresentano le cause principali di morte, sia per gli uomini sia per le donne di età 18-64 anni (Tabella 4). Per i Psa si registra, a differenza delle altre cause di morte, uno svantaggio delle donne nei tassi di mortalità per Tumore nel 2019 e 2021, con livelli e differenze più elevati nel 2021, anno in cui la pandemia ha registrato una fase molto acuta (nel 2109, 3,1 e 3,2 per 10.000, rispettivamente, per uomini e donne; nel 2021, 3,6 e 4,3 per 10.000). Nel 2020, seppure i tassi di mortalità per tumore siano più elevati rispetto all'anno precedente, i valori sono più alti per gli uomini (5,1 vs 4,5 per 10.000 per le donne). Ciò non si riscontra per le altre nazionalità, anche se i tassi di mortalità per Tumore registrano valori molto elevati, in particolare per gli uomini dei Pfpm e Pfpm1. In generale, i cittadini dei Pfpm si caratterizzano per tassi di mortalità più elevati rispetto ai Psa. Per i Pfpm e i Pfpm1, il gruppo delle Malattie infettive e parassitarie si distingue per i tassi di mortalità più alti rispetto agli italiani per entrambi i generi, valori che riflettono un'ampia varietà di progetti migratori spesso caratterizzati da serie criticità già presenti nei Paesi di origine, i cui strascichi di indebolimento mettono gli stranieri particolarmente a rischio rispetto a queste cause di morte. Nel 2021 ciò si traduce in un RR pari a 1,5 per entrambi i generi. Le donne e gli uomini dei Pfpm, inoltre, registrano spesso una mortalità più elevata per Cause esterne (accidentali e violente) rispetto agli italiani, i livelli del RR sono pari a 1,1 per entrambi i generi per il 2021, e a 1,5 e 1,3, rispettivamente, per uomini e donne per i Pfpm1. Dal sottoinsieme dei Pfpm1 rispetto ai Pfpm si evince, inoltre, una generale maggiore fragilità degli uomini, con tassi di mortalità per Tumore particolarmente elevati (nel 2019, 6,7 per 10.000; il valore è pari a 4,2 per 10.000 per le donne; nel 2020, 6,6 e 4,1 per 10.000; nel 2021, 6,4 e 4,3 per 10.000). Questi due gruppi di cause rimandano sia allo stile di vita, che è legato soprattutto al pregresso di alcuni Paesi di origine, sia alle condizioni particolarmente critiche di certi settori del mercato del lavoro in Italia, più pericolosi e a rischio di incidenti.

Per quanto riguarda i casi di decesso attribuibili al COVID-19, si registrano tassi decisamente più elevati per gli uomini dei Pfpm e Pfpm1, rispetto ai Psa, ma con alcune differenziazioni tra i livelli registrati nel 2020 e 2021. Nel 2020 tra gli uomini dei Pfpm nel complesso si osserva un tasso pari a 2,1 per 10.000 e a 0,8 per 10.000 per i Pfpm1. Nel 2021, la situazione è ribaltata, con livelli pari, rispettivamente, a 2,2 e 2,5 per 10.000. Per le donne i livelli del tasso sono più contenuti: per Pfpm e Pfpm1 0,7 e 0,3 per 10.000 nel 2020 e 0,8 e 0,6 per 10.000 nel 2021 (Tabella 4).

Gli italiani registrano tassi di mortalità per COVID-19 pressoché analoghi per il 2020 e il 2021, pari a 1,7 per 10.000 per gli uomini e 0,6 per 10.000 per le donne nel 2020 e 1,7 e 0,7 per 10.000, rispettivamente, nel 2021. Infine, il ruolo del gruppo residuale delle "Altre malattie" è molto rilevante per gli italiani: nel 2020 e 2021, per le donne rappresenta addirittura la seconda causa di morte (1,9 per 10.000), superando le Malattie del sistema circolatorio (1,2 per 10.000). Per gli uomini, invece, con valori pari a 3,5, 4,1 e 4,3 per 10.000, rispettivamente, nel 2019, 2020 e 2021, questo tasso std di mortalità si colloca al terzo posto, subito dopo le Malattie cardiovascolari e con valori più elevati rispetto alle Cause esterne.

[2] A partire dai dati del 2020 l'Istat ha adottato la versione ICD10 del 2019. Uno dei principali cambiamenti consiste nell'introduzione dei codici per il COVID-19 (U07.1, U07.2, U09.9, U10.9). Cfr. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/files//2023/05/Report_Cause-di-morte-2020.pdf.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 409

Tabella 1 - *Decessi (valori assoluti e valori per 100) di stranieri residenti e non in Italia oltre il 1° anno di vita - Anni 1992, 2000, 2010, 2014-2021**

Anni	Totale stranieri deceduti in Italia			Totale stranieri deceduti in in Italia (%)		Di cui: Paesi a forte pressione migratoria**			Di cui: Paesi a forte pressione migratoria (%)	
	Residenti	Non residenti	Totale	Residenti	Non residenti	Residenti	Non residenti	Totale	Residenti	Non residenti
1992	926	1.071	1.997	46,37	53,63	390	389	779	50,06	49,94
2000	1.665	1.875	3.540	47,03	52,97	845	1.015	1.860	45,43	54,57
2010	3.949	2.060	6.009	65,72	34,28	3.217	1.441	4.658	69,06	30,94
2014	4.800	1.982	6.782	70,78	29,22	3.986	1.359	5.345	74,57	25,43
2015	5.331	2.103	7.434	71,71	28,29	4.387	1.403	5.790	75,77	24,23
2016	5.333	2.119	7.452	71,56	28,44	4.440	1.431	5.871	75,63	24,37
2017	6.187	2.276	8.463	73,11	26,89	5.240	1.579	6.819	76,84	23,16
2018	6.376	2.139	8.515	74,88	25,12	5.421	1.460	6.881	78,78	21,22
2019	6.583	2.227	8.810	74,72	25,28	5.663	1.515	7.178	78,89	21,11
2020	8.397	1.790	10.187	82,43	17,57	7.393	1.458	8.851	83,53	16,47
2021	**8.876**	**1.806**	**10.682**	**83,09**	**16,91**	**7.850**	**1.399**	**9.249**	**84,87**	**15,13**

*Il numero dei cittadini stranieri deceduti in Italia è desunto dall'Indagine su decessi e cause di morte dell'Istat, considerando solo i casi per i quali è indicata la condizione di "cittadinanza straniera"; sono esclusi i decessi per i quali questa informazione non è riportata.
**Il gruppo dei Pfpm include tutti i Paesi africani, quelli dell'America centro-meridionale, l'Asia (a esclusione del Giappone e di Israele), l'Oceania (a esclusione di Australia e Nuova Zelanda), i Paesi di più recente adesione all'UE, entrati a far parte dell'UE a partire da Maggio 2004 e Gennaio 2007 (a esclusione di Malta e Cipro) e, quindi, Repubblica Ceca, Estonia, Ungheria, Lettonia, Lituania, Polonia, Slovacchia, Slovenia, Bulgaria e Romania; tutti i restanti Paesi dell'Europa orientale non inclusi nei Paesi di nuova adesione UE. I cittadini di San Marino, quelli di Città del Vaticano e gli Apolidi non sono stati inclusi nelle analisi.

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Istat, indagine su "Decessi e cause di morte". Anno 2024.

Tabella 2 - *Decessi (valori assoluti) e tasso (standardizzato per 10.000, Media 2019-2021) di mortalità oltre il primo anno di vita degli stranieri residenti in Italia per genere, regione e macroarea - Anni 2019-2021**

Regioni/Macroaree	Decessi di stranieri residenti (2019)			Decessi di stranieri residenti (2020)			Decessi di stranieri residenti (2021)			Tassi std di mortalità (media 2019-2021)		
	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totali	M	F	Totale
Piemonte	316	246	562	422	340	762	384	359	743	26,1	14,8	19,2
Valle d'Aosta	4	6	10	7	5	12	8	6	14	20,3	10,5	14,6
Lombardia	698	551	1.249	1.024	807	1.831	888	798	1.686	24,1	14,1	18,0
Bolzano-Bozen	*32*	*34*	*66*	*63*	*44*	*107*	*54*	*51*	*105*	*22,8*	*14,7*	*18,1*
Trento	*37*	*31*	*68*	*53*	*39*	*92*	*46*	*40*	*86*	*28,9*	*14,4*	*19,6*
Veneto	346	262	608	368	344	712	402	363	765	23,6	14,3	17,8
Friuli Venezia Giulia	86	74	160	127	98	225	130	116	246	27,8	15,6	20,5
Liguria	117	107	224	140	120	260	142	137	279	23,1	15,5	18,5
Emilia-Romagna	354	296	650	447	385	832	469	387	856	23,7	12,6	16,6
Toscana	279	259	538	337	301	638	408	346	754	21,6	13,6	16,7
Umbria	63	58	121	82	76	158	99	93	192	21,3	12,7	15,7
Marche	88	101	189	124	121	245	130	124	254	22,8	14,2	17,3
Lazio	446	395	841	607	464	1071	742	569	1311	25,4	14,2	18,6
Abruzzo	61	71	132	80	86	166	81	89	170	23,6	16,3	19,1
Molise	9	12	21	10	10	20	15	9	24	24,9	17,1	20,5
Campania	186	132	318	190	177	367	241	187	428	24,0	14,3	18,0
Puglia	83	74	157	120	114	234	152	114	266	24,1	17,4	20,2
Basilicata	22	13	35	13	12	25	13	14	27	26,9	16,2	19,9
Calabria	58	59	117	77	73	150	106	80	186	22,1	16,7	19,0
Sicilia	161	103	264	182	120	302	206	131	337	25,6	16,2	20,7
Sardegna	44	31	75	34	37	71	37	53	90	17,0	14,9	15,9
Regione non indicata	133	45	178	93	24	117	44	13	57	-	-	-
Nord-Ovest	*1.135*	*910*	*2.045*	*1.593*	*1.272*	*2.865*	*1.422*	*1.300*	*2.722*	*18,6*	*9,7*	*13,2*
Nord-Est	*855*	*697*	*1.552*	*1.058*	*910*	*1.968*	*1.101*	*957*	*2.058*	*18,6*	*9,0*	*12,6*
Centro	*876*	*813*	*1.689*	*1.150*	*962*	*2.112*	*1.379*	*1.132*	*2.511*	*18,5*	*9,3*	*12,9*
Sud	*419*	*361*	*780*	*490*	*472*	*962*	*608*	*493*	*1101*	*19,0*	*10,6*	*14,0*
Isole	*205*	*134*	*339*	*216*	*157*	*373*	*243*	*184*	*427*	*18,7*	*10,2*	*14,2*
Macroarea non indicata	133	45	178	93	24	117	44	13	57	-	-	-
Italia	**3.623**	**2.960**	**6.583**	**4.600**	**3.797**	**8.397**	**4.797**	**4.079**	**8.876**	**24,4**	**14,4**	**18,3**

*Nel caso di un numero di decessi troppo esiguo o di impossibilità di eseguire il calcolo del tasso std è stato utilizzato il segno convenzionale "-"

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Istat "Indagine su decessi e cause di morte". Stima del numero degli stranieri residenti per età e cittadinanza (per i denominatori dei tassi) fornita dall'Istituto Nazionale di Statistica - Istat. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 410

Tabella 3 - *Tasso (standardizzato per 10.000) e Rischio Relativo di mortalità degli stranieri residenti in Italia e degli italiani di età 18-64 per genere e area di cittadinanza - Anni 2017-2021*

Aree di cittadinanza*	2017	2018	2019	2020	2021	2017	2018	2019	2020	2021
	Tassi std					Rischi Relativi				
	Maschi									
Paesi a sviluppo avanzato	11,5	11,7	11,5	13,2	9,8	0,6	0,6	0,6	0,7	0,5
Paesi a forte pressione migratoria	15,8	14,9	16,1	18,6	18,8	0,9	0,8	0,9	1,0	1,0
Di cui: Paesi di più recente adesione all'UE	*17,9*	*17,1*	*18,2*	*18,0*	*23,6*	*1,0*	*0,9*	*1,0*	*0,9*	*1,2*
Italia	**18,3**	**18,1**	**18,3**	**19,3**	**19,5**	**1,0**	**1,0**	**1,0**	**1,0**	**1,0**
	Femmine									
Paesi a sviluppo avanzato	8,7	6,7	7,2	7,7	7,7	0,8	0,7	0,7	0,7	0,7
Paesi a forte pressione migratoria	7,0	7,1	7,0	8,4	8,7	0,7	0,7	0,7	0,8	0,8
Di cui: Paesi di più recente adesione all'UE	*7,5*	*6,9*	*7,4*	*7,5*	*8,8*	*0,7*	*0,7*	*0,7*	*0,7*	*0,8*
Italia	**10,4**	**10,3**	**10,6**	**10,6**	**10,6**	**1,0**	**1,0**	**1,0**	**1,0**	**1,0**
	Totale									
Paesi a sviluppo avanzato	9,9	8,6	8,9	10,0	8,6	0,7	0,6	0,6	0,7	0,6
Paesi a forte pressione migratoria	10,6	10,3	10,7	12,6	13,1	0,7	0,7	0,7	0,8	0,9
Di cui: Paesi di più recente adesione all'UE	*10,8*	*10,3*	*10,8*	*10,9*	*13,7*	*0,8*	*0,7*	*0,8*	*0,7*	*0,9*
Italia	**14,3**	**14,2**	**14,4**	**14,9**	**15,0**	**1,0**	**1,0**	**1,0**	**1,0**	**1,0**

*Per il dettaglio dei Pfpm e il di cui dei Paesi di più recente adesione all'UE, cfr. Nota ** della Tabella 1.
I Paesi a sviluppo avanzato includono quelli dell'UE-15, gli altri Paesi europei (compresi Malta e Cipro), Giappone, Israele, Australia e Nuova Zelanda, Canada e Stati Uniti d'America.

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Istat "Indagine su decessi e cause di morte". Stima del numero degli stranieri residenti per età e cittadinanza (per i denominatori dei tassi) fornita dall'Istituto Nazionale di Statistica - Istat. Anno 2024.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 411

Tabella 4 - *Tasso (standardizzato per 10.000) e Rischio Relativo di mortalità degli stranieri residenti in Italia e degli italiani di età 18-64 anni per causa di decesso, genere e area di cittadinanza - Anni 2019-2021*

Area di coittadinanza*	Causa di decesso**	2019			2020			2021			Rischi Relativi (rif: tasso degli italiani 2021)	
		M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F
Paesi a sviluppo avanzato	Malattie infettive	0,21	0,11	0,15	0,11	0,06	0,08	0,21	0,05	0,11	0,5	0,3
	Tumori	3,09	3,24	3,24	5,14	4,51	4,88	3,58	4,32	4,10	0,6	0,8
	Malattie del Sistema Circolarorio	2,53	1,22	1,71	1,80	0,88	1,21	1,34	0,89	1,07	0,4	0,8
	Malattie del Sistema Respiratorio	0,34	0,23	0,27	0,20	0,20	0,21	0,29	0,00	0,12	0,5	0,0
	Cause esterne di mortalità	2,13	0,95	1,37	2,42	0,52	1,38	1,74	0,67	1,10	0,6	1,0
	Altre malattie	3,18	1,40	2,15	2,61	1,35	1,78	2,11	1,31	1,62	0,5	0,7
	COVID-19	-	-	-	0,91	0,16	0,45	0,48	0,43	0,44	0,3	0,6
	Tasso std totale	**11,48**	**7,16**	**8,89**	**13,20**	**7,68**	**10,01**	**9,76**	**7,68**	**8,56**	**0,5**	**0,7**
Paesi a forte pressione migratoria	Malattie infettive e parassitarie	0,48	0,22	0,33	0,61	0,23	0,40	0,61	0,25	0,41	1,5	1,5
	Tumori	5,52	3,67	4,29	5,39	4,15	4,56	4,83	4,03	4,29	0,8	0,7
	Malattie del Sistema Circolatorio	3,87	1,13	2,22	3,47	1,05	2,03	3,98	1,11	2,32	1,1	0,9
	Malattie del Sistema Respiratorio	0,71	0,17	0,39	0,65	0,22	0,40	0,51	0,16	0,30	0,9	0,6
	Cause esterne di mortalità	2,68	0,66	1,63	2,58	0,65	1,59	2,88	0,72	1,78	1,1	1,1
	Altre malattie	2,86	1,13	1,85	3,77	1,45	2,43	3,79	1,64	2,56	0,9	0,8
	COVID-19	-	-	-	2,11	0,68	1,23	2,23	0,84	1,40	1,3	1,2
	Tasso std totale	**16,13**	**6,98**	**10,71**	**18,58**	**8,42**	**12,63**	**18,84**	**8,75**	**13,06**	**1,0**	**0,8**
Di cui: *Paesi di più recente adesione all'UE*	Malattie infettive e parassitarie	0,39	0,18	0,26	0,26	0,13	0,18	0,53	0,25	0,35	1,3	1,5
	Tumori	6,70	4,16	4,81	6,57	4,09	4,77	6,43	4,27	4,87	1,0	0,7
	Malattie del Sistema Circolatorio	4,53	1,13	2,16	3,46	0,95	1,73	4,60	1,07	2,20	1,3	0,9
	Malattie del Sistema Respiratorio	0,65	0,20	0,33	0,54	0,15	0,27	0,51	0,14	0,26	0,9	0,5
	Cause esterne di mortalità	2,96	0,67	1,57	2,52	0,63	1,37	3,96	0,85	2,06	1,5	1,3
	Altre malattie	2,92	1,06	1,64	3,92	1,21	2,06	5,05	1,66	2,77	1,2	0,9
	COVID-19	-	-	-	0,76	0,34	0,46	2,54	0,61	1,18	1,5	0,9
	Tasso std totale	**18,15**	**7,39**	**10,78**	**18,02**	**7,49**	**10,86**	**23,61**	**8,84**	**13,69**	**1,2**	**0,8**
Italia	Malattie infettive e parassitarie	0,40	0,19	0,29	0,39	0,17	0,28	0,40	0,17	0,28	1,0	1,0
	Tumori	6,95	6,24	6,59	6,56	5,86	6,20	6,42	5,72	6,05	1,0	1,0
	Malattie del Sistema Circolatorio	3,91	1,40	2,65	3,54	1,22	2,37	3,48	1,18	2,30	1,0	1,0
	Malattie del Sistema Respiratorio	0,61	0,34	0,48	0,71	0,32	0,51	0,56	0,26	0,41	1,0	1,0
	Cause esterne di mortalità	2,87	0,69	1,79	2,39	0,60	1,50	2,68	0,65	1,67	1,0	1,0
	Altre malattie	3,54	1,74	2,64	4,05	1,87	2,96	4,27	1,94	3,09	1,0	1,0
	COVID-19	-	-	-	1,70	0,57	1,13	1,71	0,68	1,19	1,0	1,0
	Tasso std totale	**18,29**	**10,60**	**14,40**	**19,34**	**10,61**	**14,94**	**19,51**	**10,60**	**14,99**	**1,0**	**1,0**

* Per il dettaglio delle aree di cittadinanza, cfr. ** della Tabella 1 e * della Tabella 3.
**I gruppi di cause di morte sono riferiti alla decima revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie ICD 10: Malattie infettive e parassitarie (A00-B99), Tumori (C00-D48), Malattie del Sistema Circolatorio (I00-I99); Malattie del Sistema Respiratorio (J00-J99); Cause esterne di morbosità e mortalità (V01-Y98); Altre malattie (D50-H95; K00-K93; L00-Q99; R00-R99); Covid 19 (U071-U072; U099; U109).
Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Istat "Indagine su decessi e cause di morte". Stima del numero degli stranieri residenti per età e cittadinanza (per i denominatori dei tassi) fornita dall'Istituto Nazionale di Statistica - Istat. Anno 2024.

Raccomandazioni di Osservasalute

Lo studio della mortalità degli stranieri in Italia ha consentito di porre l'attenzione sulle specificità dei diversi gruppi di popolazione, spesso legate a situazioni preesistenti e osservate già nei Paesi di origine. D'altro canto, gli effetti delle possibili discriminazioni all'interno del Paese di arrivo quali, ad esempio, quelle sul mercato del lavoro, e la mancata integrazione sociale ed economica costituiscono il principale determinate dello stato di salute della popolazione con nazionalità straniera. Disagio sociale e privazioni, infatti, contribuiscono anche ad aumentare i rischi di morte per cause specifiche, in particolare malattie infettive e cause accidentali e violente. Le criticità emergenti dalle questioni sui diritti sociali dei cittadini stranieri evidenziano inadeguatezze delle politiche e segnalano l'urgenza di miglioramento della capacità di presa in carico dei bisogni di salute di questa fascia di popolazione.

Riferimenti bibliografici

(1) Waterhouse, J.A.H., C.S. Muir, P. Correa, and J. Powell (Eds.). 1976. "Cancer incidence in Five Continents - Volume III". IARC Scientific Publication, N. 15. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer - IARC.
(2) Maccheroni, C. 2018. La standardizzazione dei tassi grezzi in campo demografico e degli indicatori delle condizioni di salute. Torino, Italia: Pathos Edizioni.
(3) Bruzzone, S., C. Maccheroni, e N. Mignolli. 2020. "Il ruolo della presenza straniera nella dinamica demografica italiana. Andamento e caratteristiche del fenomeno migratorio con un focus su fecondità e mortalità": 9-59. In Immigrazione e integrazione. Effetti demografici, sanitari e sociali. Roma, Italia: Aracne Editrice. (ISBN 978-88-255-3516-7 - DOI 10.4399/97888255351672).
(4) Maccheroni, C., S. Bruzzone, e N. Mignolli. 2007. "La mortalità degli stranieri in Italia: metodi di misura a confronto". In Di Comite, L., O. Garavello, e F. Galizia (a cura di). "Sviluppo demografico ed economico nel Mediterraneo". Collana Quaderni del Dipartimento per lo studio delle società del Mediterraneo, N. 35. Bari, Italia: Cacucci Editore.
(5) Meslé, F., et V. Hertrich. 1997. "Évolution de la mortalité en Europe : la divergence s'accentue entre l'Est et l'Ouest": 479-508. In Congrès international de la population UIESP/IUSSP, Bejing.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 412

Equità negli esiti e nell'accesso alle prestazioni da parte dei cittadini stranieri: un'analisi condotta nell'ambito del Programma Nazionale Esiti

Dott.ssa Erica Eugeni, Dott. Marcello Cuomo, Dott.ssa Alessandra Burgio, Dott.ssa Barbara Giordani, Dott.ssa Emma Guagneli, Dott.ssa Elisa Guglielmi, Dott.ssa Giorgia Duranti, Dott. Giovanni Baglio

Introduzione

Il PNE garantisce una panoramica nazionale sulla variabilità degli esiti e dei processi assistenziali tra soggetti erogatori e tra gruppi di popolazione. A partire dal 2021, è stata introdotta una specifica sezione volta a valutare e monitorare nel tempo l'equità nell'accesso alle prestazioni e negli esiti di salute, tra persone di diversa cittadinanza residenti nel nostro Paese.

Dati e metodi

Le valutazioni del PNE si basano sulle SDO relative agli Istituti di ricovero italiani pubblici e privati accreditati, integrate con il sistema informativo per il monitoraggio dell'Assistenza in Emergenza-Urgenza e con l'Anagrafe Tributaria per la verifica dello stato in vita dei pazienti.
Per la realizzazione delle valutazioni inerenti al tema dell'equità non sono state costruite misure specifiche, ma è stata condotta un'analisi stratificata di alcuni indicatori PNE già esistenti per i quali la letteratura medico-scientifica riporta significative differenze nell'accesso ai servizi e nell'erogazione delle prestazioni tra stranieri e italiani (ad esempio in termini di tempestività, appropriatezza e ospedalizzazione potenzialmente evitabile).
Allo scopo di rendere i risultati più facilmente fruibili, le cittadinanze sono state distinte in Psa, inclusa l'Italia, e in Pfpm.

Descrizione dei risultati

Per quanto riguarda i dati relativi al 2022 (1), l'analisi condotta ha mostrato come i ricoveri di cittadini stranieri siano stati circa il 6,5% delle ospedalizzazioni totali, e si siano concentrati soprattutto in Lombardia, Emilia-Romagna, Lazio e Veneto, in linea con il dato demografico. Con specifico riferimento alla cittadinanza, lo studio ha evidenziato significative differenze nel ricorso ai servizi sanitari tra gli stranieri dei Pfpm e gli italiani/stranieri dei Psa, con valori variabili a seconda della tipologia di indicatore.
Tra gli indicatori di processo/esito considerati ai fini dell'equità, tutti afferenti all'area perinatale, vi è quello relativo alla percentuale di TC primari. Rispetto al ricorso a tale pratica, l'OMS ha evidenziato come proporzioni >15% possano essere indice di inappropriatezza clinica (2). I risultati del PNE 2023 evidenziano un ricorso al TC primario significativamente minore tra le donne straniere dei Pfpm al netto dell'età e delle comorbosità (17% *vs* 24% tra le italiane/Psa; p<0,05), in linea con quanto già evidenziato nelle precedenti Edizioni (3, 4). Tale differenza può in parte associarsi a una minore sorveglianza prenatale nelle donne immigrate che, riducendo la possibilità di programmare un TC, diminuisce presumibilmente anche una quota di ricorso inappropriato.
Emerge, peraltro, un rischio di riammissione durante il puerperio (entro 42 giorni dal parto) a seguito di TC più elevato per le donne dei Pfpm rispetto alle italiane/Psa (1,0% *vs* 0,8%; RR = 1,34; p <0,05), con differenze che si ripropongono in pressoché tutti i contesti regionali. È possibile ipotizzare che il maggior rischio di riospedalizzazione sia attribuibile almeno in parte a complicanze derivanti da condizioni di vita precarie e da una minore presenza di tutele sociali e lavorative (precarietà abitativa, minore supporto di reti familiari/sociali etc.).
Infine, gli indicatori di ospedalizzazione evitabile mostrano una tendenza da parte delle persone dei Pfpm a presentare tassi superiori a quelli della popolazione italiana o dei Psa in molte regioni per infezioni del tratto urinario, complicanze del diabete a medio e lungo termine, amputazione degli arti inferiori in pazienti diabetici e ipertensione arteriosa, anche se non sempre si raggiunge la significatività statistica a causa dell'esiguità dei numeri. Questi risultati possono dipendere da un minore accesso degli stranieri all'assistenza territoriale, ma anche da una diversa prevalenza di condizioni morbose quali diabete e ipertensione in alcuni gruppi presenti nel nostro Paese.

Raccomandazioni

A tutt'oggi gli stranieri rappresentano una delle fasce più vulnerabili della popolazione, in quanto maggiormente esposti ai fattori di rischio per la salute associati alle condizioni di povertà e marginalità sociale. Al rafforzamento degli interventi di prossimità sanitaria utili a sostenere l'accesso ai servizi e alle prestazioni (5, 6) si rende, pertanto, necessario affiancare trasformazioni organizzative strutturali e politico-normative che vadano oltre il solo ambito sanitario e mirino a intervenire più ampiamente anche su altri determinanti della salute, quali l'occupazione, l'alloggio e l'istruzione (7, 8).

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 413

Riferimenti bibliografici

(1) Agenas. Programma Nazionale Esiti. Edizione 2023. Disponibile sul sito: https://pne.agenas.it/assets/documentation/report/agenas_pne_report_2023.pdf. (Ultimo accesso 15 gennaio 2024).
(2) World Health Organization. Appropriate technology for birth. The Lancet 1985;326(8452):436-7.
(3) Agenas. Programma Nazionale Esiti. Edizione 2022. Disponibile sul sito: https://pne.agenas.it/assets/documentation/report/agenas_pne_report_2022.pdf. (Ultimo accesso 15 gennaio 2024).
(4) Agenas. Programma Nazionale Esiti. Edizione 2021. Disponibile sul sito: https://pne.agenas.it/assets/documentation/report/agenas_pne_report_2021.pdf. (Ultimo accesso 15 gennaio 2024).
(5) Baglio G, Eugeni E, et al. Piano di intervento sociosanitario per immigrati e persone in condizione di fragilità socioeconomica presenti negli insediamenti abusivi ed edifici occupati, pp. 380-381, in Rapporto Osservasalute 2018, Edizione italiana. 2019.
(6) Baglio G, Eugeni E. Medicina di prossimità: un modello di sanità pubblica per i gruppi hard to reach, pp 77-84. In Maciocco G. (a cura di) Cure primarie e servizi territoriali. Roma: Carocci editore. 2019.
(7) Baglio G, Eugeni E, Geraci S. Salute globale e prossimità: un framework per le strategie di accesso all'assistenza sanitaria da parte dei gruppi hard to reach. Recenti Prog Med 2019: 159-64.
(8) Baglio G, Eugeni E. Ripensare la sanità pubblica in chiave di prossimità: un obiettivo condiviso, pp. 49-51. In Salute globale e determinanti sociali, ambientali, economici. Una nuova consapevolezza dopo la pandemia da Covid-19. Quaderni dell'ASviS, n.6. 2022.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 414

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 415

PARTE SECONDA

Servizi Sanitari Regionali e qualità dei servizi

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 416

Assetto economico-finanziario

Il Capitolo dedicato all'assetto economico-finanziario presenta anche quest'anno l'intera gamma dei tradizionali indicatori fondamentali, ossia: 1. spesa sanitaria pubblica per funzione in rapporto al PIL; 2. spesa sanitaria pubblica e privata pro capite; 3. avanzo/disavanzo sanitario pubblico pro capite. Ripropone, inoltre, la progressiva scomposizione del rapporto tra spesa sanitaria pubblica e PIL, dapprima distinguendo tra costi per servizi prodotti direttamente dalle aziende pubbliche e costi per servizi acquisiti da soggetti privati accreditati e convenzionati e, successivamente, disaggregando i servizi acquisiti da soggetti privati per tipologia (assistenza farmaceutica; medicina generale; medico specialistica; case di cura private; riabilitativa, integrativa e protesica; altre prestazioni). Riporta, infine, entità ed evoluzione della spesa sanitaria pro capite privata.

I valori presentati fanno riferimento al 2022. Fa eccezione la spesa sanitaria privata, per la quale il dato si riferisce al 2021.

Nel 2022, la spesa sanitaria pubblica pro capite nazionale è cresciuta del 3,2% rispetto al 2021, raggiungendo i 2.212€. Rispetto al 2019, l'incremento complessivo è stato pari a 287€, cioè mediamente al 4,7% l'anno. Per effetto dell'incremento del PIL, invece, il rapporto spesa pubblica/PIL è diminuito rispetto al 2021, attestandosi al 6,7%. In ogni caso, la spesa sanitaria pubblica italiana resta tra le più basse dei Paesi OCSE.

L'incremento della spesa sanitaria pubblica si è tradotto in un ampliamento del disavanzo, aggravando il peggioramento già rilevato nel 2021. Nel 2022, il disavanzo sanitario nazionale è stato di circa 1,4 miliardi di €. Disavanzi più elevati si erano registrati solo fino al 2013. Se si escludono le regioni a Statuto Speciale (tranne la Sicilia) e le PA, il disavanzo è pari a 583 milioni di €. In termini pro capite, il disavanzo medio nazionale 2022 è di 24€.

Dopo la flessione del 2020, è ripresa anche la crescita della spesa sanitaria privata, che aveva caratterizzato tutto il decennio precedente. Il dato 2021 è di 691€ pro capite, quindi decisamente più elevato rispetto non solo al 2020 (606€), ma anche al precedente massimo raggiunto nel 2019 (644€). Di conseguenza, il rapporto tra spesa sanitaria privata e spesa sanitaria pubblica, che era pari a 0,30 nel 2011 e aveva raggiunto 0,34 nel 2019, per poi scendere nel 2020 a 0,29, si è riportato nel 2021 a 0,32.

Su base regionale, nel corso del 2022, la spesa sanitaria pubblica pro capite è aumentata in tutte le regioni, con una crescita inferiore al 3% solo nella PA di Trento e con incrementi massimi in Basilicata (3,7%) e Molise (3,6%).

Quanto al disavanzo, nel 2022 le regioni in equilibrio sono state soltanto 6 (Lombardia, Veneto, Umbria, Marche, Campania e Calabria), dove l'amplissimo avanzo della Calabria (76€ pro capite) deriva peraltro dai ritardi accumulati nell'impiego dei finanziamenti ricevuti. Al Centro-Nord è contenuto il disavanzo del Piemonte, mentre i disavanzi di Emilia-Romagna e Toscana si avvicinano alla media nazionale e quello della Liguria la eccede ampiamente. Al Centro-Sud ed Isole, sono contenuti i disavanzi di Abruzzo e Sicilia; inferiore alla media nazionale quello della Basilicata; ampiamente superiori alla media nazionale quelli di Puglia, Lazio e soprattutto Molise. Significativamente, per numerose regioni, comprese alcune di quelle ancora in equilibrio, il Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali e il Comitato LEA hanno nuovamente evidenziato la necessità di una riflessione in merito alla gestione strutturale del SSR, nel rispetto dell'equilibrio economico e in coerenza con le risorse disponibili.

Rispetto alla spesa sanitaria privata, si confermano due aspetti complementari. Da un lato, il dato pro capite 2021 resta superiore alla media nazionale in tutte le regioni del Nord oltre alla Toscana; inferiore, invece, alla media nazionale in tutte le regioni del Centro-Sud ed Isole. D'altro lato, però, tra il 2011 e il 2021 il divario fra regioni si è progressivamente ridotto. Gli incrementi del 2021, in particolare, risultano sostanzialmente equidistribuiti su tutto il territorio nazionale.

Infine, l'analisi del rapporto regionale tra spesa pubblica e PIL conferma distanze interregionali molto

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 418

ampie (da 4,95% per la Lombardia a 10,98% per la Sicilia) e prevalentemente attribuibili al denominatore. Ribadisce, inoltre, la forte differenziazione interregionale nel *mix* tra produzione interna alle aziende pubbliche e ricorso a erogatori privati accreditati e convenzionati. In particolare, il peso della produzione esterna è particolarmente elevato nel Lazio (40%), in Lombardia (39%) e in Molise (38%). L'analisi delle performance economico-finanziarie delle diverse regioni non indica quale debba essere il livello ottimale di tale *mix*; suggerisce, al contrario, che buone performance si possano conseguire con *mix* anche molto diversi. In alcuni contesti, però, emerge con chiarezza la necessità di programmare meglio le modalità di erogazione delle prestazioni al fine di non duplicare l'offerta, finanziando contemporaneamente un ampio sistema di strutture pubbliche e una gamma altrettanto ampia di strutture private.

In sintesi, prima della pandemia, il progressivo contenimento (2007-2014) e la successiva invarianza (2015-2019) dei disavanzi, in una situazione di sostanziale stabilità del finanziamento ordinario (+0,8% medio annuo dal 2012), avevano evidenziato la parsimonia del SSN. Malgrado l'invecchiamento della popolazione, i costi indotti dal progresso tecnologico e le forme di deprivazione socio-economica prodotte dalla crisi finanziaria globale, la tradizionale dinamica espansiva della spesa era stata arginata e il SSN si era allineato alle limitate disponibilità finanziarie dello Stato. Ciò grazie all'introduzione e al rafforzamento delle regole nazionali di responsabilizzazione delle regioni sui propri equilibri economico-finanziari, nonché ai relativi sistemi di monitoraggio; alle specifiche misure di contenimento della spesa messe in atto a livello sia nazionale sia regionale, soprattutto nell'ambito dei Piani di Rientro e dei programmi operativi; alle ulteriori iniziative attuate dalle singole aziende.

Nel contempo, però, la continua crescita della spesa sanitaria privata testimoniava un arretramento della copertura complessivamente garantita dal sistema pubblico. Inoltre, vi erano segnali che le politiche di contenimento della spesa attuate a partire dal 2007 stessero esaurendo le proprie potenzialità. Già prima della pandemia emergeva, dunque, la necessità di spostare l'attenzione dal semplice contenimento della spesa verso la produttività della spesa stessa e verso un più complessivo e incisivo ridisegno delle reti di offerta.

Con il 2019 si è conclusa la serie storica iniziata nel 2001 (con la riforma del titolo V della Costituzione) o nel 2006 (con il rafforzamento della responsabilizzazione regionale e il venir meno dell'aspettativa di ripiano dei disavanzi). I valori 2020 e 2021 sono stati fortemente influenzati dalla pandemia. I valori 2022, unitamente alle raccomandazioni formulate dal Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali e dal Comitato LEA, indicano un significativo divaricamento tra proventi e costi del SSN, tra l'altro combinato con una forte ripresa della spesa sanitaria privata, che potrebbe rappresentare non più un complemento della spesa pubblica, ma un suo sostituto.

In parte, questo divaricamento è stato dovuto a nuove circostanze eccezionali (in particolare, crisi energetica internazionale e ripresa dell'inflazione) che auspicabilmente si riveleranno temporanee. Per altra parte, ha pesato la necessità di riprendere e recuperare le ordinarie attività assistenziali. Esistono, però, anche importanti determinanti di carattere strutturale. Da un lato, le difficoltà della finanza pubblica non lasciano intravedere margini per incrementi significativi nel finanziamento della Sanità Pubblica. Dall'altro, gli incrementi di costo riflettono il persistente invecchiamento della popolazione nonché alcune scelte di medio-lungo periodo operate durante la pandemia (per esempio, maggiori costi per il personale dipendente) a fronte di finanziamenti aggiuntivi che erano intesi come temporanei. La pandemia, inoltre, sembra avere fortemente indebolito l'attenzione alle compatibilità economiche e parzialmente delegittimato i sistemi aziendali di programmazione, controllo, valutazione e incentivazione dell'attività. Nei prossimi anni, la sfida sarà dunque ricercare un nuovo equilibrio tra proventi e costi dei singoli SSR, nonché tra finanziamento del SSN e vincoli di finanza pubblica. A tal fine, razionalizzazione e razionamento sarebbero presumibilmente insufficienti a contenere i costi senza indebolire ulteriormente la quantità e qualità dei servizi e, in ultima analisi, la garanzia dei LEA. Sarà, quindi, necessario fare leva sulle risorse e sugli obiettivi del PNRR per perseguire una più profonda ridefinizione delle logiche e delle modalità di organizzazione e funzionamento del SSN.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 419

Spesa sanitaria pubblica corrente per funzione in rapporto al Prodotto Interno Lordo

Significato. Nel presente Capitolo è presentato l'indicatore della spesa sanitaria pubblica corrente articolata per funzione e misurata in rapporto al valore del PIL.
L'intento è quello di fornire un indicatore che non esprima solo l'incidenza della spesa corrente pubblica nella sua totalità ma che offra una lettura multidimensionale del fenomeno per trarre qualche indicazione ulteriore per la comprensione della dinamica della spesa nelle diverse realtà regionali oltre che nazionale. A tal fine l'indicatore non solo analizza tre funzioni e precisamente:
- spesa sanitaria pubblica corrente per servizi forniti direttamente;
- spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per prestazioni sociali (comprendente la spesa per l'assistenza di medicina generale, l'assistenza farmaceutica, protesica, integrativa, riabilitativa, ospedaliera ed altre prestazioni non erogate direttamente dalle aziende sanitarie);
- spesa sanitaria pubblica corrente per altre spese (relativa ai servizi amministrativi e a voci assicurative, contributive e fiscali);

ma effettua una ulteriore articolazione della spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per prestazioni sociali andando ad analizzare le sub-funzioni che la compongono. Nel dettaglio:
- spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per assistenza farmaceutica;
- spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per assistenza medico generale;
- spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per assistenza medico specialistica;
- spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per case cura private;
- spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per assistenza riabilitativa, integrativa e protesica;
- spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per altre prestazioni.

Spesa sanitaria pubblica corrente per funzione in rapporto al Prodotto Interno Lordo

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Spesa sanitaria pubblica corrente per funzione}}{\text{Prodotto Interno Lordo}} \times 100$$

Validità e limiti. L'ammontare della spesa sanitaria pubblica corrente per funzione in relazione al PIL ha il pregio di essere uno degli indicatori che consente di indagare il diverso peso delle componenti della spesa sanitaria.
Esprime la quota di risorse (proprie o trasferite) che la regione utilizza per le diverse funzioni individuate rispetto a quanto prodotto complessivamente nel periodo di riferimento.
Si tratta di un indicatore grezzo e i suoi valori devono essere letti con accortezza per limiti insiti sia del numeratore che del denominatore. Il numeratore, in particolare, indicando la spesa per funzione non tiene conto di una serie di variabili importanti.
Specificatamente non tiene in considerazione la diversa numerosità della popolazione nelle diverse regioni né palesa il differente livello di bisogno di assistenza sanitaria che essa presenta nelle diverse realtà territoriali, non rappresenta la quantità e tipologia di prestazioni effettivamente erogate in ciascuna funzione, né esprime la differenza nell'organizzazione sanitaria e nella pratica medica con la conseguenza che valori più alti non sono espressione di utilizzo appropriato ed efficiente delle risorse.
In merito al denominatore, occorre tenere presente che il PIL è il valore di mercato di tutti i beni e servizi prodotti all'interno di una realtà territoriale in un certo intervallo di tempo (solitamente l'anno) e destinati ad usi finali. Come tale tiene conto solo delle transazioni in denaro e trascura tutte quelle a titolo gratuito, così come non include la quota di prodotto derivante da lavoro non regolarizzato e dall'economia "sommersa", con la conseguenza che il suo valore sarà sottostimato per quelle regioni in cui sono più diffusi tali fenomeni. Infine, nella lettura dell'indicatore non va dimenticato che per l'attuale sistema di finanziamento del sistema sanitario una parte dei fondi destinati alla sanità non proviene direttamente dal gettito fiscale della regione e, quindi, correlato al reddito prodotto, ma da trasferimenti definiti in sede di accordo Stato-Regioni. Il valore che l'indicatore assume esprime, quindi, il carico che la regione sopporterebbe se si assumesse in toto l'onere del finanziamento.

Valore di riferimento/Benchmark. Non essendoci benchmark specifici, per i valori regionali sono ipotizzabili come valori di riferimento quelli medi nazionali e, per il dato nazionale nella sua totalità e per il dato relativo ad alcune funzioni, laddove disponibile, quelli medi dei Paesi dell'OCSE.

Descrizione dei risultati

Nel 2022 la spesa sanitaria pubblica corrente si posiziona al 6,70% del PIL (Tabella 1). Il trend temporale

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 420

2016-2022 (Grafico 1) evidenzia una leggera flessione della spesa sanitaria pubblica corrente e di tutte le sue componenti, rispetto al 2021.

Nel 2022 a livello italiano, la spesa sanitaria pubblica corrente per servizi forniti direttamente si riduce e passa dal 4,40% del PIL nel 2021 al 4,20% e continua a giocare un ruolo predominante, giustificando il 63% circa della spesa totale.

Segue la spesa per prestazioni in convenzione (Grafico 2) che assorbe a livello nazionale il 2,15% del PIL ed è articolata nelle due seguenti componenti: spesa sanitaria pubblica per case di cura private (0,51% del PIL), spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per altre prestazioni (0,44% del PIL), spesa sanitaria pubblica per assistenza farmaceutica (0,38%), spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per assistenza medico generica (0,36% del PIL), che ne giustificano la maggior parte del valore. Un ruolo meno rilevante è ricoperto dalla spesa sanitaria pubblica per assistenza medico specialistica (0,27% del PIL) e dalla spesa sanitaria pubblica corrente per assistenza riabilitativa, integrativa e protesica (0,18% del PIL). Nel 2022, la composizione della spesa si mantiene inalterata rispetto al 2021, ed ogni componente mantiene la sua posizione relativa.

Il *range* fra le regioni continua a sussistere e si presenta in linea con gli anni precedenti, con il valore più basso della spesa sanitaria corrente in rapporto al PIL registrato in Lombardia e nelle PA di Trento e Bolzano (rispettivamente, 4,95%, 5,15% e 5,34%) e con il valore più alto registrato in Sicilia, Calabria e Molise con 10,98% e 10,42% del PIL, rispettivamente.

Permane un netto gradiente Nord-Sud ed Isole con le regioni meridionali che si presentano con un valore sempre superiore alla media nazionale, di almeno 1 p.p..

A livello regionale la spesa sanitaria pubblica corrente per servizi forniti direttamente continua a giocare un ruolo predominante e l'incidenza di tale componente di spesa assorbe dal 55% al 77% circa della spesa totale.

La spesa per prestazioni in convenzione assorbe in ogni regione una percentuale che oscilla fra il 17% e il 40% della spesa pubblica corrente. È sempre in Lombardia e Lazio che la spesa per prestazioni in convenzione assume un peso rilevante coprendo circa il 40% della spesa sanitaria pubblica. Come evidenzia il Grafico 3, nell'ambito della spesa in convenzione, non vi è una singola componente che si presenta come più importante, ma la composizione è varia fra le regioni. Emerge come aspetto rilevante che è la spesa per case di cura private a presentarsi come voce rilevante non solo a livello Italia, ma anche in regioni come Lombardia e Lazio e numerose regioni del Sud-Italia.

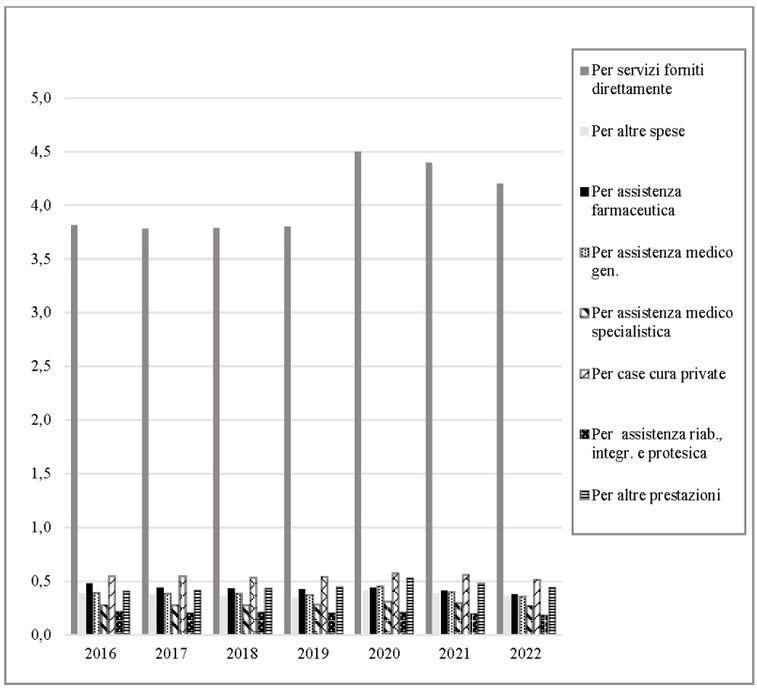
Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 421

Tabella 1 - *Spesa (valori per 100) sanitaria pubblica corrente totale, per funzione e in convenzione per prestazioni sociali in rapporto al Prodotto Interno Lordo per regione - Anno 2022*

Regioni	Spesa sanitaria pubblica corrente totale	Spesa sanitaria pubblica corrente per funzione			Spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per prestazioni sociali					
		Servizi forniti direttamente	Atre spese	In convenzione per prestazioni sociali	Assistenza farma-ceutica	Assistenza medico generale	Assistenza medico specialista	Case di cura private	Assistenza riabilitativa integrativa e protesica	Altre presta-zioni
Piemonte	6,48	4,26	0,36	1,86	0,35	0,34	0,20	0,35	0,19	0,42
Valle d'Aosta	5,78	4,40	0,37	1,00	0,26	0,28	0,04	0,15	0,13	0,13
Lombardia	4,95	2,77	0,24	1,94	0,31	0,21	0,27	0,56	0,07	0,53
Bolzano-Bozen	*5,34*	*4,09*	*0,35*	*0,90*	*0,14*	*0,26*	*0,05*	*0,14*	*0,12*	*0,18*
Trento	*5,15*	*3,57*	*0,30*	*1,28*	*0,28*	*0,26*	*0,12*	*0,28*	*0,08*	*0,26*
Veneto	5,76	3,74	0,32	1,70	0,26	0,33	0,22	0,33	0,06	0,51
Friuli Venezia Giulia	6,49	4,67	0,40	1,42	0,34	0,35	0,16	0,18	0,13	0,26
Liguria	6,75	4,46	0,38	1,91	0,32	0,29	0,24	0,43	0,26	0,37
Emilia-Romagna	5,61	3,79	0,32	1,51	0,27	0,32	0,14	0,31	0,05	0,42
Toscana	6,39	4,57	0,39	1,44	0,34	0,35	0,12	0,19	0,11	0,32
Umbria	8,07	5,80	0,49	1,78	0,47	0,43	0,13	0,18	0,15	0,43
Marche	7,03	4,83	0,41	1,79	0,43	0,36	0,14	0,26	0,24	0,35
Lazio	5,95	3,30	0,28	2,36	0,36	0,30	0,28	0,77	0,22	0,42
Abruzzo	7,85	5,11	0,43	2,31	0,54	0,54	0,14	0,40	0,32	0,36
Molise	10,42	5,91	0,50	4,01	0,55	0,66	0,59	1,33	0,39	0,49
Campania	9,86	5,90	0,50	3,46	0,63	0,58	0,70	0,80	0,43	0,32
Puglia	10,12	6,15	0,52	3,45	0,64	0,63	0,37	0,96	0,30	0,56
Basilicata	7,84	5,22	0,44	2,18	0,46	0,55	0,31	0,05	0,48	0,31
Calabria	10,42	6,37	0,54	3,50	0,75	0,67	0,37	0,80	0,48	0,43
Sicilia	10,98	6,60	0,56	3,82	0,62	0,64	0,59	0,91	0,44	0,63
Sardegna	10,09	7,00	0,59	2,49	0,61	0,51	0,37	0,34	0,29	0,37
Italia	**6,70**	**4,20**	**0,36**	**2,15**	**0,38**	**0,36**	**0,27**	**0,51**	**0,18**	**0,44**

Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat. Anno 2023.

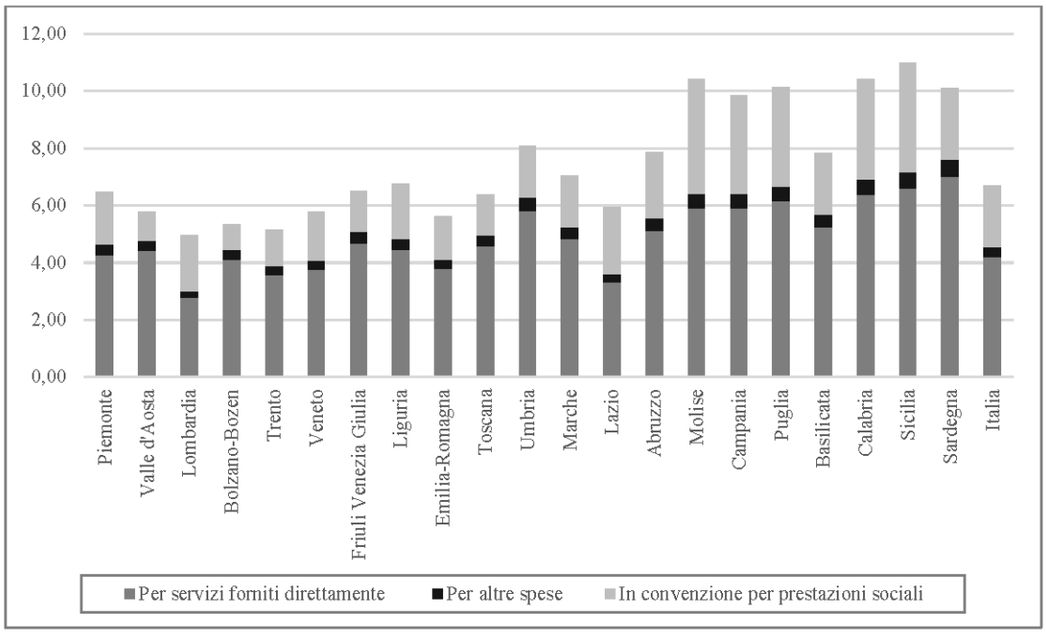
Grafico 1 - *Spesa (valori per 100) sanitaria pubblica corrente per singola funzione in rapporto al Prodotto Interno Lordo - Anni 2016-2022*



Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat. Anno 2023.

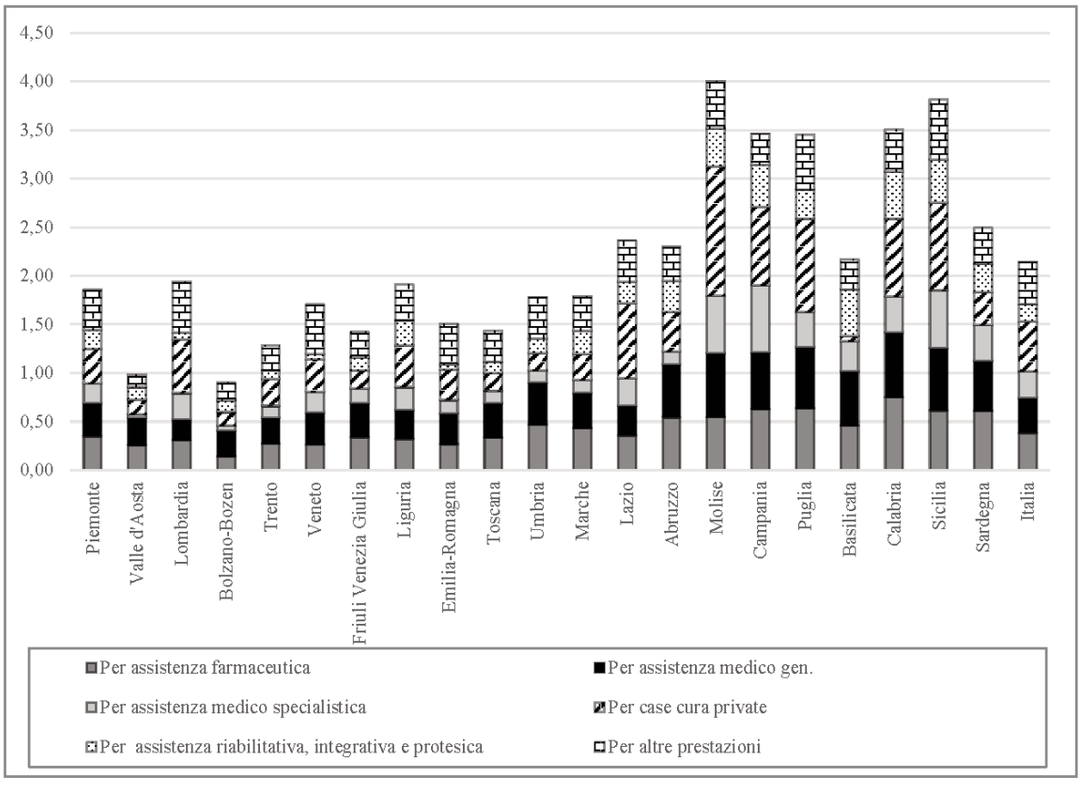
Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 422

Grafico 2 - *Spesa (valori per 100) sanitaria pubblica corrente per funzione in rapporto al Prodotto Interno Lordo per regione - Anno 2022*



Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat. Anno 2023.

Grafico 3 - *Spesa (valori per 100) sanitaria pubblica corrente in convenzione per singola prestazione sociale in rapporto al Prodotto Interno Lordo per regione - Anno 2022*



Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 423

Raccomandazioni di Osservasalute

In sintesi, a livello nazionale nel 2022:
- il valore della spesa sanitaria pubblica rispetto al PIL registra una leggera flessione rispetto al 2021;
- nella composizione della spesa un ruolo dominante è sempre giocato dalla spesa per servizi forniti direttamente;
- nella composizione della spesa, il ruolo giocato dalle singole funzioni si mantiene praticamente costante rispetto all'anno 2021.

A livello regionale nel 2022:
- i valori della spesa sanitaria pubblica rispetto al PIL continuano ad essere differenti fra le regioni con un gradiente Nord-Sud ed Isole. I valori del Meridione sono sempre maggiori a quelli del Nord-Italia;
- la composizione della spesa per funzione varia fra le regioni, ma tutte dedicano più risorse all'erogazione diretta di prestazioni.

Certamente, a delineare questo quadro, concorrono numerosi fattori.

In termini prettamente finanziari, la leggera flessione della spesa rispetto al PIL è determinata dal maggior incremento del PIL rispetto all'incremento della spesa sanitaria: il PIL cresce, infatti, del 6,8% e la spesa del 2,6% nel 2022 rispetto al 2021.

Nel 2022, l'incremento della spesa, leggermente più contenuta rispetto all'anno precedente, è imputabile a multiple e concorrenti cause che giocano sia sul lato dell'offerta che della domanda.

La maggiore spesa è, innanzitutto, attribuibile alle minori risorse che erano state utilizzare durante l'emergenza COVID-19 e al consolidamento di alcuni costi maturati nei 2 anni precedenti, come ad esempio un'indennità di specificità infermieristica volta al riconoscimento e alla valorizzazione delle competenze e delle specifiche attività svolte (Legge del 30 dicembre 2020 n. 178), o, al rinnovo del contratto per il triennio 2019-2021 del personale non dirigente. Sulla spesa sanitaria corrente di tale annualità grava, infatti, il pagamento degli arretrati dovuti alla sottoscrizione del citato accordo contrattuale (1).

Dal lato dell'offerta, inoltre, l'aumento dei prezzi delle fonti energetiche, conseguente allo scoppio della guerra in Ucraina, ha impattato sia sui valori dei servizi erogati direttamente dalle aziende che su quelli in convenzione. In aggiunta, il sistema sanitario sconta, nel 2022, i costi sostenuti da un lato per riprendere e recuperare le ordinarie attività assistenziali e dall'altro per continuare a fronteggiare l'emergenza sanitaria. Sono state, per questo, introdotte specifiche disposizioni che hanno preordinato il ricorso agli operatori privati accreditati per smaltire le liste d'attesa, createsi durante il periodo pandemico, facendo crescere le spese per assistenza da privati (art. 26, comma 2, del DL n. 73/2021).

Sul fronte della domanda, l'incremento della spesa è certamente attribuibile alla ripresa dei consumi da parte dei cittadini dopo le restrizioni da COVID-19.

La diversa velocità con cui cresce il valore al numeratore e al denominatore del rapporto spesa rispetto al PIL, se da un lato, può essere sintomo di recupero di maggiore efficienza nella erogazione dei servizi, dall'altra può essere sintomo di una minor tutela da parte dei cittadini che non trovano garanzia dei LEA a cui hanno diritto. Solo una valutazione comparata di spesa e LEA effettivamente garantiti permette di concludere che non vi è stata una perdita di tutela dei cittadini.

Le raccomandazioni prospettabili vertono sull'impegno delle regioni a re-allineare la spesa sanitaria alla garanzia dei LEA in modo da evitare, attraverso un efficiente uso delle risorse, una riduzione delle prestazioni da garantire. In particolare, le regioni dovrebbero attuare idonee politiche di risposta alla domanda di prestazioni non soddisfatta durante il periodo COVID-19, onde evitare ripercussioni negative sulla salute dei cittadini derivanti da un ritardo nelle diagnosi e trattamento delle patologie con conseguente aggravio sulla futura spesa sanitaria. A tale fenomeno potrebbe anche accompagnarsi, come rilevato nel Monitoraggio della spesa sanitaria: Rapporto della Ragioneria Generale dello Stato 2022, un incremento della spesa privata a carico dei cittadini, che potrebbe rappresentare, non più un complemento alla sanità pubblica, ma un suo sostituto.

Al fine di assolvere al ruolo di sistema sanitario pubblico, una accurata analisi degli indicatori relativi ai LEA ed agli esiti può fornire indicazione sulla capacità delle regioni di salvaguardare efficacia ed efficienza.

Riferimenti bibliografici

(1) Ministero dell'Economia e delle Finanze - Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato- Monitoraggio spesa sanitaria anno 2022.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 424

Spesa sanitaria pubblica e spesa sanitaria privata pro capite

Significato. In questo contesto sono presentati due importanti indicatori della spesa sanitaria: la spesa pubblica corrente e la spesa privata rispetto alla popolazione residente per l'intera nazione e in ciascuna singola regione.
La spesa sanitaria pubblica pro capite fornisce una misura dell'ammontare delle risorse monetarie utilizzate in media per ogni individuo di una data regione e, di conseguenza, dell'intera nazione, per far fronte all'erogazione di servizi di assistenza sanitaria per un periodo di riferimento.
La spesa sanitaria privata pro capite esprime, invece, l'onere sopportato direttamente da ciascun cittadino per il pagamento diretto delle prestazioni, del ticket e dei finanziamenti su base volontaristica.
I due indicatori sono analizzati singolarmente rispetto alla rispettiva serie storica.
Inoltre, viene effettuata, per lo stesso arco temporale disponibile, una lettura coincidente dei due indicatori che permette di cogliere non solo la dinamica dei loro valori assoluti, ma anche la presenza di una complementarietà o compensazione di un tipo di spesa rispetto all'altro.

Spesa sanitaria pubblica pro capite

Numeratore	Spesa sanitaria pubblica
Denominatore	Popolazione media residente

Spesa sanitaria privata pro capite

Numeratore	Spesa sanitaria privata
Denominatore	Popolazione media residente

Validità e limiti. L'indicatore spesa sanitaria privata pro capite ha la validità di misurare le risorse finanziarie direttamente impiegate dal cittadino per prestazioni sanitarie di cui si è avvalso e ha un limite legato al fatto che non consente di valutare la composizione della spesa e, quindi, di evidenziare comportamenti diversi nelle regioni da analizzare con l'offerta in ciascuna di esse.
L'indicatore spesa sanitaria pubblica pro capite ha la validità di fornire una prima indicazione della quantità di risorse monetarie che il settore pubblico destina all'assistenza sanitaria dei residenti di ogni regione e di consentire una valutazione delle eventuali disparità tra le regioni. In tal senso, dovrebbe indicare le risorse impegnate mediamente sia per garantire i LEA, sia per gli altri servizi socio-sanitari che la regione ritiene di dover garantire alla popolazione locale. Non rappresenta, invece, i costi gravanti sulla popolazione della specifica regione, essendo parte della spesa coperta da entrate provenienti da altre regioni.
Tale indicatore presenta alcuni limiti. Il primo è la sua incapacità di tenere conto del differente livello di bisogno assistenziale tra le regioni, dovuto prevalentemente alla diversa composizione della popolazione per età, genere e quadro epidemiologico. A parità di spesa pro capite, regioni con molti giovani e, quindi, presumibilmente, con minori bisogni attesi, saranno avvantaggiate rispetto a regioni con molti anziani. Il secondo limite consiste nel fatto che non consente di valutare l'impatto dei diversi livelli di efficienza ed appropriatezza regionale. A parità di spesa pro capite le regioni in grado di utilizzare in modo maggiormente appropriato le risorse saranno in grado di assicurare maggiori servizi con un maggiore contributo allo stato di salute della popolazione.
Infine, vi è un limite legato ad entrambi gli indicatori che esprimono la spesa pro capite al lordo della mobilità, cioè comprendono la spesa che la regione sostiene a fronte di prestazioni erogate per cittadini residenti in altre regioni o la spesa privata sostenuta da cittadini di altre regioni e non conteggiano la spesa per prestazioni garantite ai propri cittadini da parte di regioni diverse o la spesa sostenuta privatamente dai cittadini in altre regioni. Per tale motivo, la spesa pro capite pubblica e privata potrebbe essere sotto o sovrastimata a seconda che la mobilità passiva sia superiore o inferiore alla mobilità attiva della regione in analisi.

Valore di riferimento/Benchmark. Non essendoci benchmark specifici, per i valori regionali sono ipotizzabili come valori di riferimento quelli medi nazionali e, per il dato nazionale, quelli medi dei Paesi dell'OCSE.

Descrizione dei risultati

Nel 2022, la spesa sanitaria pubblica pro capite in Italia presenta un incremento rispetto al 2021 pari al

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 425

3,2% e leggermente inferiore rispetto al periodo precedente (pari a 4,7%), posizionandosi a 2.212€. Di conseguenza, come da Tabella 1, il tasso medio composto annuo nel periodo 2011-2022 si posiziona sul valore di 2,1% annui. Tale valore lascia l'Italia tra i Paesi che continuano a spendere meno tra i 32 Paesi dell'area OCSE, collocandosi nelle posizioni inferiori insieme a Paesi per lo più dell'Europa dell'Est e con un cospicuo differenziale rispetto ai principali Paesi con sistema sanitario a fiscalità generale (1).

A tale incremento contribuiscono tutte le regioni che evidenziano una crescita da +2,8% nella PA di Trento a +3,7% in Basilicata. Tali incrementi modificano i valori massimi e minimi della spesa fra le regioni e delineano un range che va da 2.914€ nella PA di Bolzano a 2.026€ in Calabria.

Per il 2021, la spesa pro capite privata (Tabella 2) a livello italiano, dopo il rallentamento registrato nel 2020, presenta una significativa crescita rispetto all'anno precedente.

La distribuzione regionale della rilevazione della spesa sanitaria, riportata nella Tabella 2, per l'anno 2021, mostra che la ripresa dei valori risulta sostanzialmente equidistribuita su tutto il territorio nazionale.

La percentuale di crescita della spesa sanitaria privata pro capite nel 2021 rispetto al 2020 è sempre superiore alla percentuale di crescita della spesa sanitaria pubblica pro capite.

La posizione nella graduatoria della spesa privata pro capite delle regioni è relativamente costante nel tempo: le regioni del Nord, con la sola eccezione della Liguria, che registravano tutte nel 2011 valori superiori alla media nazionale, si posizionano tutte, anche nel 2021, con valori al di sopra del valore medio nazionale. Analogamente, le regioni del Sud confermano i loro valori sotto la media nazionale anche nel 2021.

Nel periodo analizzato diminuisce il *gap* fra le regioni, che passa da 647€ nel 2011 a 690€ nel 2021.

Se si effettua un confronto fra spesa sanitaria privata e pubblica pro capite per gli anni i cui dati sono disponibili (2011-2021), a livello nazionale, si osserva una leggera crescita: nel 2011 il rapporto tra spesa sanitaria privata e spesa sanitaria pubblica pro capite si attestava a 0,30 (vale a dire che la spesa privata era pari al 30% della spesa pubblica); nel 2020 era pari a 29,6%, per posizionarsi nel 2021 al 32,2% (Grafico 1). Tutte le regioni si presentano con un più alto valore del rapporto rispetto al 2020 e rispetto al 2011, ad eccezione di 4 regioni, PA di Bolzano, Veneto, Umbria e Marche, che invece presentano un decremento nel 2021 rispetto al 2011.

Come illustra il Grafico 2, per tutte le regioni i due tassi hanno un andamento positivo nel tempo analizzato 2011-2021. Ciò che cambia è la percentuale di crescita, per cui in alcune regioni il tasso di crescita della spesa privata supera quello della spesa pubblica, in altre si verifica un fenomeno opposto.

Tabella 1 - *Spesa (valori in €) sanitaria pubblica pro capite, variazione (valori per 100) e tasso medio composto annuo (valori per 100) per regione - Anni 2012-2022*

Regioni	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Δ % (2022-2021)	Tassi medi composti annui (2022-2012)
Piemonte	1.858	1.810	1.826	1.820	1.834	1.830	1.882	1.951	2.063	2.162	2.232	3,2	1,9
Valle d'Aosta	2.159	2.126	2.023	1.939	1.962	1.956	2.012	2.066	2.371	2.445	2.526	3,3	1,6
Lombardia	1.774	1.802	1.858	1.855	1.861	1.908	1.947	1.971	2.057	2.137	2.201	3,0	2,2
Bolzano-Bozen	*2.281*	*2.233*	*2.155*	*2.195*	*2.200*	*2.263*	*2.304*	*2.270*	*2.585*	*2.829*	*2.914*	*3,0*	*2,5*
Trento	*1.967*	*1.934*	*1.934*	*1.850*	*1.868*	*1.904*	*1.942*	*1.953*	*2.161*	*2.217*	*2.280*	*2,8*	*1,5*
Veneto	1.693	1.667	1.683	1.726	1.736	1.761	1.779	1.810	1.957	2.082	2.148	3,2	2,4
Friuli Venezia Giulia	2.035	2.004	1.942	2.071	2.085	2.164	2.097	2.066	2.135	2.267	2.340	3,2	1,4
Liguria	1.956	1.957	2.004	1.983	1.995	2.011	2.059	2.094	2.205	2.337	2.416	3,4	2,1
Emilia-Romagna	1.838	1.815	1.833	1.840	1.850	1.877	1.946	1.950	2.179	2.185	2.250	3,0	2,0
Toscana	1.782	1.765	1.828	1.823	1.834	1.874	1.893	1.954	2.129	2.169	2.244	3,5	2,3
Umbria	1.827	1.809	1.809	1.832	1.840	1.885	1.948	1.961	2.094	2.200	2.278	3,5	2,2
Marche	1.742	1.723	1.750	1.760	1.777	1.803	1.846	1.888	2.001	2.091	2.163	3,4	2,2
Lazio	1.931	1.869	1.875	1.860	1.832	1.827	1.852	1.925	2.063	2.148	2.213	3,0	1,4
Abruzzo	1.726	1.704	1.757	1.765	1.778	1.820	1.859	1.909	2.016	2.055	2.123	3,3	2,1
Molise	2.074	2.197	2.118	2.041	2.055	2.039	2.079	2.309	2.320	2.466	2.556	3,6	2,1
Campania	1.667	1.635	1.676	1.694	1.695	1.715	1.744	1.790	1.905	2.034	2.098	3,1	2,3
Puglia	1.706	1.718	1.763	1.816	1.825	1.807	1.857	1.916	1.996	2.118	2.188	3,3	2,5
Basilicata	1.785	1.795	1.831	1.801	1.815	1.877	1.867	1.895	2.001	2.102	2.179	3,7	2,0
Calabria	1.709	1.678	1.713	1.718	1.715	1.708	1.788	1.848	1.912	1.959	2.026	3,4	1,7
Sicilia	1.699	1.691	1.716	1.717	1.715	1.751	1.832	1.885	2.014	2.139	2.207	3,2	2,7
Sardegna	1.999	1.961	1.989	1.983	1.988	1.942	1.981	2.046	2.125	2.319	2.397	3,4	1,8
Italia	**1.793**	**1.777**	**1.807**	**1.815**	**1.819**	**1.841**	**1.881**	**1.925**	**2.049**	**2.144**	**2.212**	**3,2**	**2,1**

Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat. Anno 2023.

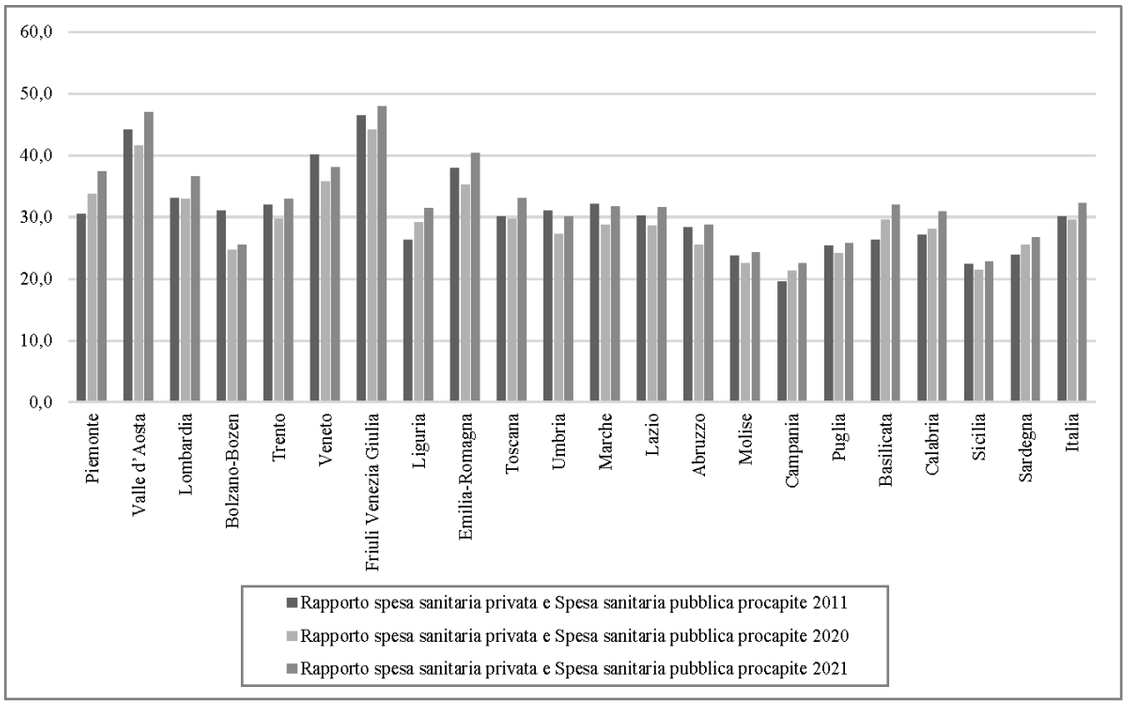
Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 426

Tabella 2 - *Spesa (valori in €) sanitaria privata pro capite e tasso medio composto annuo (valori per 100) per regione - Anni 2011-2021*

Regioni	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Tassi medi composti annui (2021-2011)
Piemonte	581	601	618	647	690	696	725	745	760	708	808	3,4
Valle d'Aosta	990	910	904	880	949	968	1017	1040	1055	987	1.149	1,5
Lombardia	614	603	616	618	658	666	697	707	719	678	780	2,4
Bolzano-Bozen	*692*	*642*	*601*	*618*	*656*	*660*	*678*	*685*	*685*	*637*	*721*	*0,4*
Trento	*621*	*615*	*606*	*619*	*659*	*658*	*678*	*688*	*691*	*642*	*731*	*1,6*
Veneto	702	661	625	658	700	700	723	738	751	700	793	1,2
Friuli Venezia Giulia	960	859	813	860	921	931	967	987	1001	943	1.087	1,3
Liguria	543	561	561	596	633	630	650	670	687	643	736	3,1
Emilia-Romagna	708	710	702	715	761	769	801	812	822	769	882	2,2
Toscana	574	561	562	584	619	624	650	663	676	633	718	2,3
Umbria	576	531	510	520	549	550	571	585	602	571	661	1,4
Marche	588	552	544	546	571	568	585	595	610	575	664	1,2
Lazio	605	558	499	529	566	572	598	609	630	591	679	1,2
Abruzzo	508	503	478	480	505	506	526	541	551	514	592	1,5
Molise	497	458	475	469	491	494	523	537	551	522	599	1,9
Campania	343	353	359	365	388	391	410	415	427	406	459	2,9
Puglia	454	437	442	442	468	471	493	500	517	482	544	1,8
Basilicata	496	526	536	536	566	572	599	608	627	591	673	3,1
Calabria	475	487	463	478	505	511	535	544	567	536	605	2,4
Sicilia	397	407	383	393	414	411	424	434	452	432	487	2,1
Sardegna	476	492	460	480	515	516	536	547	569	543	619	2,7
Italia	**560**	**549**	**538**	**553**	**588**	**592**	**617**	**629**	**644**	**606**	**691**	**2,1**

Fonte dei dati: Istat. Spesa per consumi finali delle famiglie. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2023.

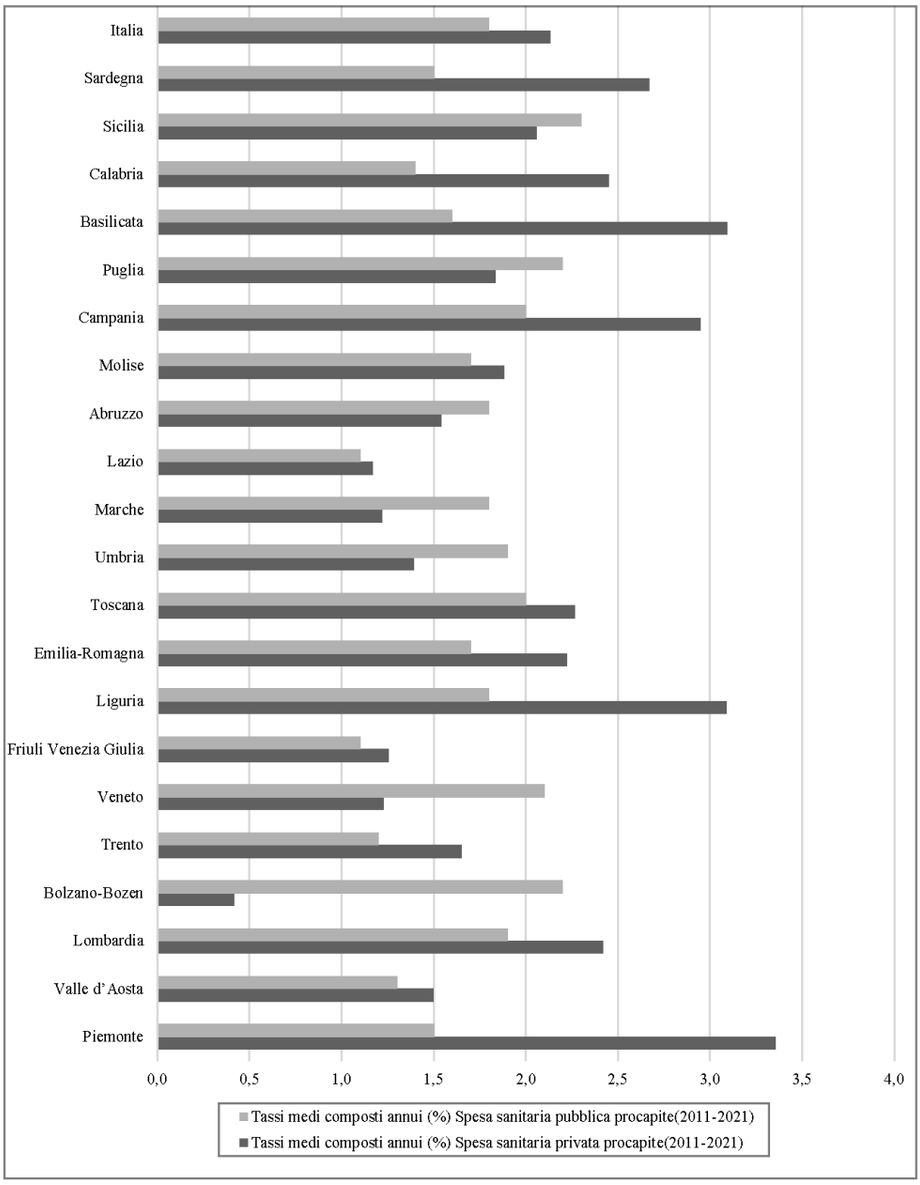
Grafico 1 - *Rapporto (valori per 100) spesa sanitaria privata pro capite e spesa sanitaria pubblica pro capite per regione - Anni 2011, 2021-2022*



Fonte dei dati: Istat. Spesa per consumi finali delle famiglie. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 427

Grafico 2 - *Tasso medio composto (valori per 100) spesa sanitaria privata pro capite e spesa sanitaria pubblica pro capite per regione - Anni 2011-2021*



Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat. Spesa per consumi finali delle famiglie. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2023.

Raccomandazioni di Osservasalute

Entrambi gli indicatori della spesa sanitaria privata e pubblica pro capite crescono nel 2021, sia a livello nazionale che a livello di singole regioni.

Tale andamento ha riposizionato i due tassi annui medi composti di variazione della spesa privata e pubblica pro capite nel periodo 2011-2021 su valori positivi. La spesa pubblica cresce meno velocemente che nel 2020 e la spesa privata ricomincia a crescere rispetto al 2020. La spesa sanitaria privata, nel 2021, cresce ad un tasso maggiore di quella pubblica, rispetto al 2020.

Sull'andamento della spesa privata, da un lato, si può ipotizzare che abbia influito il razionamento delle risorse pubbliche destinate alla sanità nel decennio pre pandemico, a fronte di una domanda crescente di prestazioni in larga parte indotta dall'invecchiamento della popolazione e dalla conseguente maggiore diffusione di patologie croniche, dall'altra si può suggerire che una componente non trascurabile della spesa privata sia ascrivibile a consumi inappropriati di prestazioni sanitarie, indotti da una tendenza crescente alla medicalizzazione della società, da una domanda crescente da parte dei pazienti che non trova un sufficiente filtro da parte dei professionisti sanitari e dal ricorso alla medicina difensiva (2-3).

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 428

Certamente, raccomandazioni possono essere avanzate solo se si dispone di informazioni sulla spesa sanitaria privata pro capite, non solo complessiva, ma anche articolata nelle diverse funzioni di spesa, per farmaci, per assistenza ambulatoriale, per assistenza ospedaliera ed altro, e disporre di dati sulla mobilità che permettano di individuare la spesa pro capite pubblica e privata dei cittadini residenti in ogni singola regione depurata dei bias determinati dallo spostamento dei cittadini fra le regioni, oltre ad informazioni sulle caratteristiche socio demografiche della popolazione che ricorre al pagamento diretto delle prestazioni e del loro livello di literacy. Solo in tal modo si possono fornire indicazioni utili e precise ai *policy maker*.

Certamente è raccomandabile perseguire nell'utilizzo di tali indicatori. Pare, infatti, utile continuare la loro analisi, nonostante i limiti intrinseci, per due ragioni sostanziali. La prima risiede nella loro portata informativa che permette di valutare l'ammontare di risorse che, da un lato, la regione e la nazione utilizza per la promozione e il mantenimento dello stato di salute della popolazione e, dall'altro, che il singolo cittadino destina all'acquisizione di prestazioni sanitarie in un sistema sanitario pubblico. La seconda è legata al fatto che si tratta di indicatori utilizzati nei diversi Paesi dell'OCSE e, come tale, la loro misurazione consente un confronto a livello internazionale.

Inoltre, continua ad essere raccomandabile l'analisi congiunta dei due indicatori, spesa privata e pubblica, che consente di evidenziare come cambia il contributo e il peso dei diversi attori nella spesa sanitaria e permette di mappare eventuali cambi di rotta del sistema sanitario, con maggiore o minore orientamento alla spesa privata, e di individuare il ruolo, di compensazione o di integrazione, della spesa privata rispetto alla pubblica. Inoltre, in una logica di sanità pubblica, non deve essere sottovalutato, il valore del rapporto spesa privata e pubblica perché potrebbe essere un segnale di cambio di comportamento delle Istituzioni e dei cittadini, per i quali, organizzazioni dei servizi pubblici non coerenti con i loro bisogni o un accesso difficoltoso al pubblico, rendono la sanità privata più attrattiva.

Riferimenti bibliografici

(1) OECD Health Statistic 2022.
(2) Ministero dell'Economia e delle Finanze - Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato - Monitoraggio spesa sanitaria anno 2022.
(3) Senato della Repubblica 10ª Commissione permanente (Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale) Indagine conoscitiva sulle forme integrative di previdenza e di assistenza sanitaria nel quadro dell'efficacia complessiva dei sistemi di Welfare e di tutela della salute Banca d'Italia 2023. Disponibile sul sito: www.senato.it/3642?indagine=1843.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 429

Avanzo/disavanzo sanitario pubblico pro capite

Significato. L'indicatore misura l'entità degli avanzi o disavanzi, in termini pro capite, dei SSR. Intende, quindi, riflettere la sostenibilità economico-finanziaria dei SSR stessi. La presenza generalizzata di disavanzi ampi e/o crescenti nel tempo segnala una strutturale divaricazione nel livello e/o nella dinamica di proventi e costi, quindi problemi di sostenibilità del sistema nel suo complesso. I medesimi fenomeni, circoscritti però ad alcune regioni, sono invece probabile sintomo di difficoltà gestionali. Una progressiva riduzione dei disavanzi e un correlato ampliamento del numero di regioni in equilibrio segnalano, d'altra parte, una ritrovata sostenibilità.

Metodologia. Dal 2013, i risultati d'esercizio dei SSR vengono pubblicati dalla Ragioneria Generale dello Stato (RGS) in un Rapporto di "Monitoraggio della Spesa Sanitaria" giunto, nel 2023, alla decima Edizione[1].
La metodologia di determinazione dei disavanzi presenta alcune peculiarità, di seguito sintetizzate:
1. le "risorse aggiuntive da bilancio regionale" o "contributi da regione extra fondo per la copertura dei LEA" vengono sempre escluse dai proventi in quanto considerate "risorsa aggiuntiva regionale rispetto al finanziamento ordinario e all'ordinario sistema delle entrate proprie, (conferita) per il raggiungimento dell'equilibrio economico" (MEF-RGS 2023, p. 73).
2. per le regioni a Statuto Speciale (Sicilia esclusa) e le PA, che coprono interamente con proprie risorse la spesa sanitaria, il "finanziamento ordinario" viene determinato in modo figurativo, sulla base della metodologia adottata per assegnare il finanziamento alle regioni a Statuto Ordinario e con l'intento di rappresentare "le somme che tali autonomie devono obbligatoriamente conferire al proprio SSR per l'erogazione dei LEA". Ne risultano spesso disavanzi figurativi anche elevati, cui però non corrisponde "necessariamente un risultato di esercizio negativo del settore sanitario, in quanto l'eccesso di spesa rispetto alla quota parametrata al livello di finanziamento inglobato nell'Intesa Stato-Regioni sul riparto del finanziamento del SSN può trovare copertura in corso d'anno mediante il conferimento di risorse proprie aggiuntive" (MEF-RGS 2023, p. 33).
3. eventuali utili conseguiti da singole aziende vengono esclusi dalla determinazione del risultato economico consolidato del SSR, a meno che "la regione, tramite atto formale, renda noto agli Enti del SSR in utile l'eventuale volontà di disporre del risultato positivo d'esercizio in eccedenza destinandolo alla copertura delle perdite dell'intero SSR con l'indicazione del relativo importo" (MEF-RGS 2023, p. 73).
La serie storica dei disavanzi calcolati con questa metodologia è stata ricostruita a ritroso fino al 2006.

Avanzo/disavanzo sanitario pubblico pro capite

Numeratore	Proventi-Costi
Denominatore	Popolazione media residente

Validità e limiti. L'indicatore fornisce un'informazione di prima approssimazione sulla performance economico-finanziaria dei SSR. Disavanzi elevati e/o con tassi di incremento superiori alla media nazionale segnalano specifiche difficoltà e, quindi, la necessità di intervenire sulla struttura e sul funzionamento del SSR per contenerne i costi, nonché di richiedere alla regione uno "sforzo fiscale" per incrementare, nel frattempo, le risorse disponibili.
I limiti dell'indicatore si possono classificare in tre gruppi.
Un primo gruppo di limiti deriva dalle peculiarità metodologiche sopra illustrate, che penalizzano la rappresentazione dell'equilibrio economico per: 1. le regioni a Statuto Speciale (Sicilia esclusa) e le PA; 2. le regioni che, per scelta e già in sede di programmazione, decidono di destinare al proprio SSR risorse aggiuntive da bilancio regionale al fine di migliorare quantità e qualità dell'assistenza, rispetto alle regioni che si trovano invece a dover coprire disavanzi inattesi e/o indesiderati; 3. le regioni che presentano aziende in utile.
Un secondo gruppo di limiti concerne la qualità dei dati. Non tutte le Aziende sanitarie pubbliche hanno sistemi contabili pienamente adeguati, come dimostrano le frequenti revisioni dei dati pubblicati dal Ministero dell'Economia e delle Finanze negli anni precedenti, nonché il ritardo accumulato dalla maggior parte delle regioni e delle aziende nel completamento dei "percorsi attuativi della certificabilità" dei bilanci (Patto per la Salute 2010-2012, DM n. 17 settembre 2012, DM 1° marzo 2013). L'attendibilità dei dati, inoltre, è ulteriormente penalizzata dalle frequenti operazioni di riassetto (scissioni, fusioni, scorpori)

[1]MEF-RGS (2023). Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n. 10. Roma.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:46 Pagina 430

delle aziende. Le prassi di redazione dei bilanci consolidati dei SSR, infine, presentano ancora criticità.
Un terzo gruppo di limiti riguarda la capacità dell'indicatore di riflettere i fenomeni sottostanti.
L'indicatore è direttamente influenzato dal sistema di finanziamento, quindi dalla congruità complessiva del finanziamento nazionale, nonché dalla validità dei criteri utilizzati in sede di riparto per cogliere le differenze nei bisogni assistenziali delle regioni. Per la sua natura aggregata, inoltre, l'indicatore non consente di risalire alle voci di provento o di costo maggiormente responsabili del disavanzo stesso.
In ogni caso, va infine ricordato che l'equilibrio economico-finanziario è condizione necessaria, ma certo non sufficiente, per il buon funzionamento dei SSR: le *performance* dei SSR vanno misurate e valutate anche, e soprattutto, in termini di capacità di garantire i LEA e, in ultima analisi, di tutelare la salute.

Valore di riferimento/Benchmark. Come benchmark si può utilizzare l'equilibrio tra proventi e costi, ossia un risultato economico consolidato del SSR pari a 0. Negli ultimi anni, tale equilibrio è stato conseguito da numerose regioni. Un utile riferimento resta, comunque, il disavanzo medio nazionale. Alla luce della limitata significatività dei disavanzi calcolati per le regioni a Statuto Speciale (Sicilia esclusa) e le PA, può essere opportuno rideterminare il disavanzo medio nazionale escludendo tali regioni e PA.

Descrizione dei risultati

Nel 2022, il disavanzo sanitario nazionale ammonta a circa 1,4 miliardi di €. Si aggrava quindi il peggioramento già rilevato nel 2021. Disavanzi più elevati si erano registrati solo fino al 2013. Se si escludono le regioni a Statuto Speciale (tranne la Sicilia) e le PA, il disavanzo è pari a 583 milioni di €. In termini pro capite (Tabella 1), il disavanzo medio nazionale 2022 è pari a 24€.
Nel confronto interregionale, spiccano come sempre gli elevati disavanzi pro capite delle regioni a Statuto Speciale e delle PA. Tali disavanzi vanno però considerati relativamente fisiologici, perché generalmente frutto di un'esplicita volontà di destinare al SSR un ammontare di risorse superiore rispetto alla quota parametrata al livello di finanziamento inglobato nell'Intesa Stato-Regioni sul riparto.
Passando ad analizzare le regioni a Statuto Ordinario e la Sicilia, le regioni in equilibrio sono solo 6 (Lombardia, Veneto, Umbria, Marche, Campania e Calabria). L'amplissimo avanzo della Calabria (76€ pro capite), peraltro, è da considerarsi patologico in quanto "collegato al ritardo degli interventi che avrebbero dovuto essere messi in atto per l'erogazione dell'assistenza sanitaria per il potenziamento dei LEA, auspicati dalle numerose iniziative legislative nazionali a sostegno della Regione Calabria intervenute negli anni e dall'iscrizione dei contributi dello Stato a sostegno del Piano di Rientro della Regione Calabria che appaiono non utilizzati" (MEF-RGS 2023, p. 106).
Al Centro-Nord è contenuto il disavanzo del Piemonte (7€), mentre i disavanzi di Emilia-Romagna (23€) e Toscana (21€) si avvicinano alla media nazionale e quello della Liguria la eccede ampiamente (43€). A queste 4 regioni, il Tavolo per la verifica degli adempimenti ha rinnovato "l'invito […] a una riflessione in merito alla gestione strutturale del SSR, in condizioni di efficienza e appropriatezza nell'erogazione dei LEA, nel rispetto dell'equilibrio economico in coerenza con le risorse disponibili a legislazione vigente" (MEF-RGS 2023, pp. 75, 77, 81, 87). Per la Liguria, si suggerisce una riflessione "approfondita" e riferita anche "all'offerta ospedaliera" (MEF-RGS 2023, p. 77). Significativamente, un invito analogo viene rivolto all'Umbria (MEF-RGS 2023, p. 89), che pure ha conseguito l'equilibrio economico.
Al Centro-Sud ed Isole, sono contenuti i disavanzi di Abruzzo (5€) e Sicilia (8€); inferiore alla media nazionale quello della Basilicata (18€); ampiamente superiori alla media nazionale quelli di Puglia (38€) e Lazio (39€); decisamente elevato quello del Molise (149€). Per la Sicilia, il Tavolo per la verifica degli adempimenti e il Comitato LEA hanno però evidenziato che il risultato 2022 beneficia di "una posta straordinaria una tantum e non ripetibile pari a circa 249 milioni di €"; la regione è stata quindi invitata "a monitorare attentamente l'andamento strutturale dei costi del SSR al fine di renderlo compatibile con la gestione finanziaria strutturale", nonché a "presentare con urgenza il Programma operativo 2023-2025 al fine di ricondurre la gestione del SSR nell'ambito degli equilibri programmati" (MEF-RGS 2023, p. 107). Per la Basilicata, l'invito è stato a "un maggior governo dei conti sanitari al fine di non compromettere la bontà dei dati regionali e i conseguenti monitoraggi", nonché "al presidio delle proprie Aziende sanitarie" (MEF-RGS 2023, p. 91). Il Lazio è stato invitato a presentare in tempi brevi il "Programma operativo 2023-2025 al fine di garantire la sostenibilità del SSR, nel rispetto della appropriata ed efficiente erogazione dei LEA" (MEF-RGS 2023, p. 99); la Puglia a presentare il "più volte richiesto Programma operativo 2023-2025 che contenga le misure necessarie a programmare strutturalmente un riequilibrio dell'intero SSR al fine di garantirne la sostenibilità nel tempo, nel rispetto della appropriata ed efficiente erogazione dei LEA", nonché a svolgere "una approfondita riflessione in merito alla gestione strutturale del Fondo Sanitario Regionale, in condizioni di efficienza e appropriatezza nell'erogazione dei LEA, nel rispetto dell'equilibrio economico in coerenza con le risorse disponibili a legislazione vigente" (MEF-RGS

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:47 Pagina 431

2023, p. 106). Quanto al Molise, "Tavolo e Comitato rilevano nuovamente con preoccupazione che la Regione Molise continua a far registrare importanti disavanzi di gestione annuali, oltre a dover garantire la copertura di ingenti perdite pregresse, nonostante i cospicui aiuti finanziari ricevuti dallo Stato e dalle altre regioni, nonché gli incrementi di finanziamenti ricevuti negli ultimi 2 anni. Richiedono alla struttura commissariale di approntare con urgenza tutte le misure necessarie a riportare la programmazione strutturalmente in pareggio e ad avviare un percorso di efficientamento del SSR al fine di garantirne la sostenibilità nel tempo per poter garantire correttamente i LEA" (MEF-RGS 2023, p. 101).

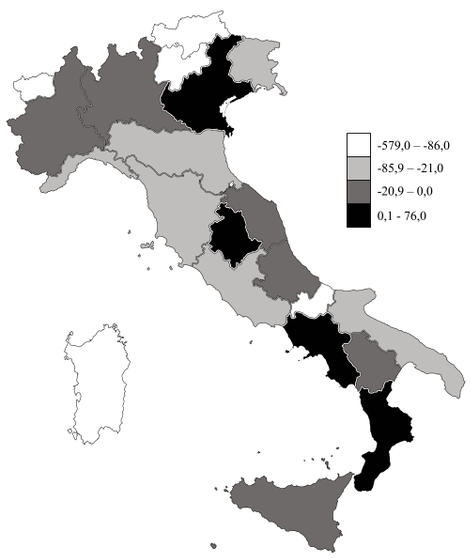
Tabella 1 - *Avanzo/disavanzo (valori in €) sanitario pubblico pro capite per regione - Anni 2006, 2021-2022*

Regioni	2006	2021	2022
Piemonte	-77	13	-7
Valle d'Aosta-Vallé d'Aoste	-568	-167	-328
Lombardia	0	1	0
Bolzano-Bozen	*-570*	*-608*	*-579*
Trento	*-286*	*-335*	*-441*
Veneto	-31	2	1
Friuli Venezia Giulia	-3	-111	-76
Liguria	-61	-24	-43
Emilia-Romagna	-69	0	-23
Toscana	-28	-41	-21
Umbria	-64	0	1
Marche	-32	0	0
Lazio	-374	0	-39
Abruzzo	-153	11	-5
Molise	-216	-205	-149
Campania	-131	2	1
Puglia	-52	-34	-38
Basilicata	5	3	-18
Calabria	-28	14	76
Sicilia	-219	0	-8
Sardegna	-79	-115	-96
Italia	**-103**	**-19**	**-24**
Totale regioni a Statuto Ordinario e Sicilia	**-99**	**-5**	**-14**

Nota: il segno negativo indica la presenza di disavanzi.

Fonte dei dati: MEF-RGS. Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n. 9 e n. 10. Roma. Anno 2023.

Avanzo/disavanzo (valori in €) sanitario pubblico pro capite per regione. Anno 2022



Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:47 Pagina 432

Raccomandazioni di Osservasalute

Le indicazioni di politica sanitaria riguardo ai *deficit* sono da ritenersi estremamente specifiche, perché correlate alla genesi dei *deficit* stessi (sottofinanziamento, sovracapacità e/o sovraproduzione, inefficienza etc.). È, quindi, condivisibile la scelta di concordare Piani di Rientro ritagliati sulle specificità e potenzialità delle singole regioni, mentre è inopportuno fermarsi alle medie nazionali.

Prima della pandemia, il progressivo contenimento (2007-2014) e la successiva invarianza (2015-2019) dei disavanzi, in una situazione di sostanziale stabilità del finanziamento ordinario (+0,8% medio annuo dal 2012), avevano evidenziato la parsimonia del SSN: malgrado l'invecchiamento della popolazione, i costi indotti dal progresso tecnologico e le forme di deprivazione socio-economica prodotte dalla crisi finanziaria globale iniziata nel 2008, la tradizionale dinamica espansiva della spesa era stata arginata e il SSN si era allineato alle limitate disponibilità finanziarie dello Stato. Ciò grazie all'introduzione e al rafforzamento delle regole nazionali di responsabilizzazione delle regioni sui propri equilibri economico-finanziari, nonché ai relativi sistemi di monitoraggio; alle specifiche misure di contenimento della spesa messe in atto a livello sia nazionale sia regionale, soprattutto nell'ambito dei Piani di Rientro e dei programmi operativi; alle ulteriori iniziative attuate dalle singole aziende.

Con il 2019 si è conclusa la serie storica iniziata nel 2001 (con la riforma del titolo V della Costituzione) o nel 2006 (con il rafforzamento della responsabilizzazione regionale e il venir meno dell'aspettativa di ripiano dei disavanzi). I valori 2020 e 2021 sono stati fortemente influenzati dalla pandemia e sono difficilmente interpretabili: per esempio, il disavanzo sanitario nazionale è stato contenuto, ma ciò anche grazie a un significativo incremento nel finanziamento del SSN. I valori 2022, unitamente alle raccomandazioni formulate dal Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali e dal Comitato LEA, indicano un significativo divaricamento tra proventi e costi. In parte, questo divaricamento è dovuto a nuove circostanze eccezionali (in particolare, crisi energetica internazionale e ripresa dell'inflazione) che auspicabilmente si riveleranno temporanee. Esistono, però, anche importanti determinanti di carattere strutturale. Da un lato, le difficoltà della finanza pubblica non lasciano intravedere margini per incrementi significativi del finanziamento. Dall'altro, gli incrementi di costo riflettono il persistente invecchiamento della popolazione nonché alcune scelte di medio-lungo periodo operate durante la pandemia (per esempio, maggiori costi per il personale dipendente) a fronte di finanziamenti aggiuntivi da intendere come temporanei. La pandemia, inoltre, sembra avere fortemente indebolito l'attenzione alle compatibilità economiche e parzialmente delegittimato i sistemi aziendali di programmazione, controllo, valutazione e incentivazione dell'attività. Nei prossimi anni, la sfida sarà dunque ricercare un nuovo equilibrio tra proventi e costi dei singoli SSR, nonché tra finanziamento del SSN e vincoli di finanza pubblica. A tal fine, razionalizzazione e razionamento sarebbero presumibilmente insufficienti a contenere i costi senza indebolire ulteriormente quantità e qualità dei servizi. Sarà, quindi, necessario fare leva sulle risorse e sugli obiettivi del PNRR per perseguire una profonda ridefinizione delle logiche e delle modalità di organizzazione e funzionamento del SSN.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:47 Pagina 433

Assetto istituzionale-organizzativo

Il Rapporto Osservasalute ogni anno analizza e monitora l'impatto sullo stato di salute della popolazione dei principali determinanti organizzativi e gestionali che caratterizzano i diversi SSR.

In questi anni il Capitolo è stato dedicato ad aspetti rilevanti dei modelli organizzativi delle Aziende sanitarie e delle Istituzioni del SSN, quali la forza lavoro e le competenze, le tecnologie sanitarie, le soluzioni di *Information* e *Communication Technology*, i processi e le procedure.

In particolare, in continuità con le precedenti Edizioni del Rapporto Osservasalute, il Capitolo focalizza la sua attenzione su uno degli elementi cardine del SSN: le risorse umane e il lavoro. Nello specifico, in riferimento al personale dipendente del SSN, si rappresentano sia gli aspetti di natura economica, quali la spesa pro capite (grezza e pesata) per il personale dipendente, sia importanti aspetti di natura programmatoria, quali la demografia del personale e il tasso di compensazione del *turnover*.

Il Capitolo è, inoltre, arricchito da un *Box* sul parco macchine e digitalizzazione del SSN e suo riammodernamento, così come definito dal PNRR.

A. CICCHETTI

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:47 Pagina 434

Spesa per il personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale

Significato. In tale voce è ricompreso il costo del personale delle Aziende sanitarie, degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico pubblici e dei Policlinici Universitari pubblici appartenente ai ruoli sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo, nonché il costo relativo alla corresponsione dell'indennità per il personale universitario.
L'obiettivo dell'indicatore è mostrare la quota di spesa allocata per il personale rispetto al totale della spesa sanitaria pubblica.

Percentuale della spesa per personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale sul totale della spesa sanitaria

$$\frac{\text{Numeratore: Spesa per personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale}}{\text{Denominatore: Spesa sanitaria}} \times 100$$

Spesa pro capite per personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale

$$\frac{\text{Numeratore: Spesa per personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale}}{\text{Denominatore: Popolazione media residente (assoluta e ponderata)}}$$

Validità e limiti. La fonte principale per l'analisi della spesa sanitaria del SSN deriva dai dati che ogni Azienda sanitaria è tenuta ad inviare al Ministero della Salute. L'analisi è stata svolta prendendo in considerazione sia la popolazione bacino di utenza del SSN che la popolazione pesata per tener conto del bisogno potenziale di assistenza. La prima popolazione è costituita dai residenti del territorio di riferimento; la seconda è costituita dalla popolazione di riferimento ponderata per la struttura per età. I pesi impiegati per la ponderazione sono quelli utilizzati, attualmente, per la procedura di riparto tra le regioni del fabbisogno sanitario nazionale. L'indicatore non tiene conto del personale convenzionato con il SSN e dell'attività intramoenia. Inoltre, non viene fatta alcuna distinzione tra le varie professionalità ricomprese nel personale dipendente del SSN. Infine, la sua dinamica temporale è influenzata dalla crescente esternalizzazione dei servizi prima svolti da personale interno alle aziende.

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono indicazioni specifiche sulla spesa per personale dipendente del SSN. Pertanto, come valore di riferimento viene preso il dato nazionale.

Descrizione dei risultati

L'incidenza della spesa per personale dipendente del SSN sulla spesa sanitaria totale si è ridotta di 0,3 p.p. tra il 2018-2021, passando dal 30,0% al 29,7%; si conferma, quindi, la tendenza già osservata a partire dal 2010 (1).
La riduzione più elevata della quota di spesa allocata per il personale si è registrata in Molise, Valle d'Aosta, Marche, Basilicata e Umbria (rispettivamente, -2,9, -2,2, -1,8, -1,8 e -1,7 p.p.); solo una di queste regioni (il Molise) è sottoposta a Piano di Rientro. Nelle maggior parte delle altre regioni di questo gruppo (sono sottoposte alla disciplina dei Piani di Rientro 7 regioni: Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Molise, Puglia e Sicilia), invece, i valori registrati nel quadriennio di riferimento sono superiori al decremento nazionale (Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Puglia, Toscana). In generale, solo in 5 regioni si registra un aumento della quota di spesa destinata al personale (Puglia, Campania, Lazio, Emilia-Romagna ed Abruzzo) con la Toscana che registra un dato invariato. Per le altre 15 regioni, quindi, si registra un calo della spesa (Tabella 1).
Al contrario, l'analisi dei dati relativi alla spesa per il personale rapportata alla popolazione residente, nel periodo 2018-2021, mostra un aumento del 10,6%, passando da un valore di 575,4€ ad un valore di 636,7€ (Tabella 2); si conferma, così, la tendenza osservata nel 2020 (1).
L'aumento della spesa osservata a livello nazionale si riflette in tutte le regioni e PA. Il dato viene confermato anche nel caso di popolazione pesata.
I dati disaggregati relativi all'anno 2021 ci consentono, inoltre, di verificare come esista (e persista) una profonda differenza a livello regionale nei valori di spesa pro capite grezza: la spesa più alta, pari a 1.368,8€ (732,2€ in più rispetto al dato nazionale), si registra nella PA di Bolzano, seguita dai 1.004,1€ (367,5€ in più rispetto al dato nazionale) della Valle d'Aosta, mentre la regione con una spesa pro capite minore è il Lazio che registra un valore di 521,1€ pro capite (115,6€ in meno rispetto al dato nazionale). Più in generale, rispetto al dato nazionale di 636,7€, al Nord si registra un dato medio di 825,5€, al Centro un dato di 687,2€ mentre al Mezzogiorno si registra un dato di 628,3€.
Il dato sulla spesa pro capite pesata, ossia ponderata rispetto alla distribuzione demografica della popolazione assistita, rende più omogeneo il dato di spesa.

A. CICCHETTI, A. TATTOLI

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:47 Pagina 435

Tuttavia, non sembrano esserci grosse differenze con l'analisi precedente e, difatti, le regioni con una spesa per personale maggiore rimangono, comunque, la PA di Bolzano, la Valle d'Aosta e la PA di Trento, tutte regioni a Statuto Speciale, mentre le regioni con minore spesa pro capite sono Lazio, Lombardia e Campania.

Tabella 1 - *Spesa (valori per 100) per il personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale sul totale della spesa sanitaria e variazione (valori in punti percentuali) per regione - Anni 2018-2021*

Regioni	2018	2019	2020	2021	Δ (2021-2018)
Piemonte	33,4	33,4	33,1	32,3	-1,1
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	43,6	44,1	43,3	41,4	-2,2
Lombardia	25,3	25,6	25,1	24,9	-0,4
Bolzano-Bozen	*49,1*	*49,4*	*47,6*	*48,8*	*-0,3*
Trento	*36,8*	*36,8*	*36,8*	*35,2*	*-1,6*
Veneto	29,5	29,8	28,8	28,5	-1,0
Friuli Venezia Giulia	38,0	37,9	37,7	36,8	-1,2
Liguria	33,5	34,1	33,0	32,2	-1,3
Emilia-Romagna	33,1	33,9	32,6	33,7	0,6
Toscana	34,6	35,1	34,3	34,6	0,0
Umbria	35,9	37,0	35,7	34,2	-1,7
Marche	35,9	35,7	35,1	34,1	-1,8
Lazio	24,6	24,9	24,9	25,2	0,6
Abruzzo	30,8	31,0	30,9	31,2	0,4
Molise	26,9	23,3	24,7	24,0	-2,9
Campania	25,5	25,9	25,9	26,2	0,7
Puglia	27,5	28,0	27,9	28,4	0,9
Basilicata	34,9	35,2	34,2	33,1	-1,8
Calabria	31,9	32,0	31,0	31,7	-0,2
Sicilia	30,3	30,9	30,2	29,6	-0,7
Sardegna	36,6	36,7	36,4	35,0	-1,6
Italia	**30,0**	**30,3**	**29,8**	**29,7**	**-0,3**

Fonte dei dati: Ministero dell'Economia e delle Finanze, Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato - Il monitoraggio della spesa sanitaria, Rapporto n. 10, dicembre 2023. Anno 2023.

Tabella 2 - *Spesa (pesata e grezza - valori pro capite in €) per il personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale e variazione (valori per 100) per regione - Anni 2018-2021*

Regioni	2018		2019		2020		2021		Δ % (2021-2018)	
	Spesa pesata	Spesa grezza	Spesa pesata	Spesa grezza	Spesa pesata	Spesa grezza	Spesa pesata	Spesa grezza	Spesa pesata	Spesa grezza
Piemonte	641,5	609,2	658,4	626,0	686,5	653,9	704,1	707,9	9,8	16,2
Valle d'Aosta	898,6	876,0	920,0	897,5	1.002,1	977,0	1.004,1	1.010,2	11,7	15,3
Lombardia	501,4	502,4	513,4	515,1	528,9	531,8	532,9	533,8	6,3	6,3
Bolzano-Bozen	*1.189,6*	*1.267,3*	*1.190,2*	*1.270,8*	*1.265,2*	*1.354,6*	*1.368,8*	*1.366,6*	*15,1*	*7,8*
Trento	*820,5*	*833,7*	*820,1*	*833,6*	*871,8*	*886,9*	*861,4*	*861,4*	*5,0*	*3,3*
Veneto	563,5	559,4	578,3	574,4	605,3	601,1	621,9	623,8	10,4	11,5
Friuli Venezia Giulia	785,6	736,1	803,5	754,3	820,2	770,9	836,2	839,1	6,4	14,0
Liguria	696,9	625,3	722,3	650,7	725,0	655,7	736,3	741,7	5,7	18,6
Emilia-Romagna	682,7	665,9	701,6	686,2	735,9	722,1	763,8	765,0	11,9	14,9
Toscana	686,1	653,0	711,8	678,7	752,2	718,5	772,4	775,9	12,6	18,8
Umbria	710,6	679,1	727,3	694,7	743,9	711,1	745,2	750,3	4,9	10,5
Marche	669,2	646,9	679,3	656,7	700,0	677,1	710,2	714,2	6,1	10,4
Lazio	446,6	454,3	464,6	471,2	497,4	504,1	521,1	522,4	16,7	15,0
Abruzzo	579,6	568,9	591,8	581,4	611,1	599,7	645,5	649,2	11,4	14,1
Molise	563,7	547,5	568,8	551,9	565,4	546,3	577,7	584,7	2,5	6,8
Campania	451,6	492,3	469,4	511,2	495,9	538,4	524,5	527,6	16,1	7,2
Puglia	502,8	514,3	525,8	537,2	543,9	554,0	585,3	588,5	16,4	14,4
Basilicata	653,0	652,0	662,2	660,6	678,7	675,8	679,8	686,3	4,1	5,3
Calabria	574,1	593,1	591,3	610,0	593,6	610,3	608,4	613,7	6,0	3,5
Sicilia	555,0	578,1	579,1	602,6	591,3	613,8	612,1	616,2	10,3	6,6
Sardegna	726,4	710,6	746,4	726,7	761,5	737,5	792,9	798,3	9,2	12,4
Italia	**575,4**	**575,4**	**593,2**	**593,2**	**616,5**	**616,5**	**636,7**	**639,4**	**10,6**	**11,1**

Fonte dei dati: Ministero dell'Economia e delle Finanze, Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato - Il monitoraggio della spesa sanitaria, Rapporto n. 10, dicembre 2023. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:47 Pagina 436

Raccomandazioni di Osservasalute

Nel 2021, la spesa per il personale ammonta a 37,7 miliardi di €, il 29,7% della spesa sanitaria totale, e fa registrare nel periodo 2018-2021 una riduzione pari allo 0,1% medio annuo; è l'aggregato di spesa del SSN che, insieme alla farmaceutica convenzionata, ha subito i maggiori tagli a partire dal 2010. Una lieve inversione di tendenza si osserva dal biennio 2018-2019, ma comunque, a fronte di un aumento della spesa si registra una diminuzione della sua incidenza sul totale della spesa. Questo dato è, sostanzialmente, il risultato delle politiche di blocco del *turnover* attuate dalle regioni sotto Piano di Rientro e dalle misure di contenimento della spesa per il personale, comunque portate avanti autonomamente dalle altre regioni. La dinamica dell'aggregato negli anni più recenti è, inoltre, influenzata dal blocco delle procedure contrattuali relative al biennio economico 2010-2012, nonché dalla previsione di un limite (vigente sino al 31 dicembre 2014) al riconoscimento di incrementi retributivi al personale dipendente, che non può eccedere il livello vigente nell'anno 2010, fatto salvo il riconoscimento della indennità di vacanza contrattuale (art. 9 e art. 17 del DL n. 78/2010, convertito con la Legge n. 122/2010).

Poiché il personale rappresenta la risorsa cardine del sistema sanitario, le forti disparità regionali nei livelli di spesa pro capite non sono tollerabili e rappresentano un fattore che può amplificare le già forti disuguaglianze territoriali che si registrano nella sanità pubblica. Per questo motivo, si ritiene opportuno intervenire al più presto, anche in considerazione della struttura per età del personale, che comporterà nel breve futuro importanti carenze di personale causate dai pensionamenti.

Riferimenti bibliografici

(1) Rapporto Osservasalute 2020, Capitolo "Assetto istituzionale-organizzativo".

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:47 Pagina 437

Struttura per età del personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale

Significato. Nel 2021, i dipendenti del SSN sono 670.578, di cui il 57,9% è costituito da personale medico e infermieristico. Al fine di poter programmare con anticipo il fabbisogno di personale occorre considerare la struttura per età del personale dipendente.
L'obiettivo dell'indicatore qui presentato è quello di rappresentare la struttura demografica del personale dipendente del SSN su un arco di tempo quadriennale (2018-2021). L'analisi è stata effettuata anche suddividendo la popolazione di riferimento per genere (in quanto l'età di pensionamento è diversa).

Struttura per età del personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale per classe di età}}{\text{Dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale}} \times 100$$

$$\text{Denominatore}$$

Validità e limiti. I dati sono relativi al quadriennio 2018-2021 e sono quelli acquisiti dalle strutture con il Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. Non è stata fatta una distinzione in base alla qualifica del personale.

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono indicazioni specifiche sulla struttura per età del personale dipendente del SSN, pertanto, come valore di riferimento viene preso il dato nazionale.

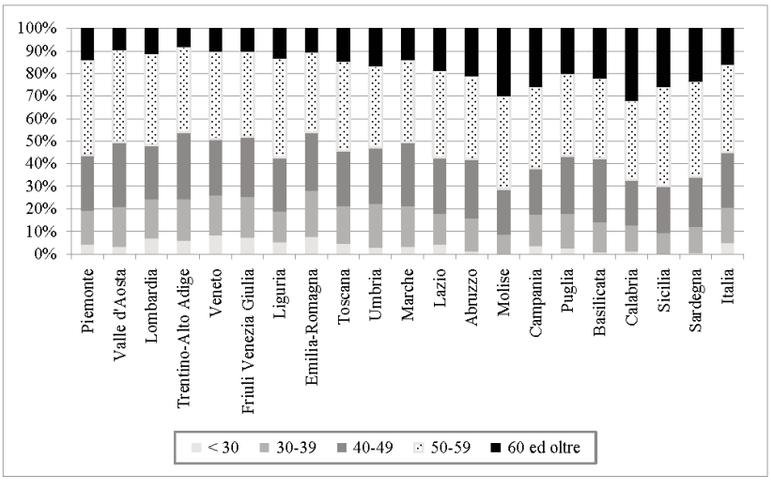
Descrizione dei risultati

A livello nazionale, nel 2021, il personale dipendente del SSN è composto, prevalentemente (63,3%), da persone di età compresa tra i 40-59 anni. Inoltre, i dati mostrano come sia più bassa la quota di personale di età ≥60 anni (15,9%) rispetto a quella di età <40 anni (20,8%). A livello regionale, su questo ultimo aspetto, si registra un marcato divario Nord-Sud ed Isole: nel Nord la percentuale di personale di età <40 anni è pari al 24,3%, mentre nel Sud e nelle Isole è del 14,5% (Centro 20,3%); al contrario, nel Nord la componente di personale di età ≥50 anni è del 50,8%, mentre nel Sud e nelle Isole è del 63,2% (Centro 54,6%) (Grafico 1).
L'analisi per genere, invece, mostra che, nel 2021, le donne rappresentano il 68,7% del personale dipendente, mentre gli uomini il 31,3%. In particolare, per quanto riguarda il personale di età <60 anni, le donne sono più numerose degli uomini in tutte le fasce di età considerate (0-29, 30-39, 40-49 e 50-59 anni) compresa l'ultima fascia di età ≥60 anni. A livello regionale, quest'ultima statistica è confermata in Campania, Puglia, Basilicata, Calabria e Sicilia.
Al di là del divario Nord-Sud ed Isole, che risulta ancora più evidente nel caso degli uomini, i dati mostrano come, in via generale, nel SSN la percentuale di donne di età <30 anni (5,5%) sia maggiore di quella degli uomini (3,5%) della medesima classe di età (Grafico 2, Grafico 3). Inoltre, il personale dipendente del SSN di genere femminile risulta essere, in media, più giovane di quello maschile; a livello nazionale, le donne di età <40 anni sono il 21,5% del totale delle donne dipendenti del SSN (24,1% per il Nord, 20,8% per il Centro e 15,9% per il Meridione). Questa percentuale diviene il 19,2% se si guarda ai dipendenti di genere maschile (25,0% per il Nord, 19,1% per il Centro e 12,5% per il Meridione).
Come trend, nel periodo tra il 2018-2021 (Grafico 4) a livello nazionale, a fronte di una diminuzione di 0,4 p.p. del personale nella fascia di età 60 anni ed oltre e un aumento di 2,4 p.p. nella fascia di età <30 anni, si è registrato un decremento di 3,8 p.p. nella fascia di età 40-49 anni. Nella classe di età 30-39, invece, si registra un incremento di 4,1 p.p. mentre nella classe 50-59 anni si registra un decremento di 2,3 p.p.
Analizzando la situazione per macroaree geografiche, con riferimento alla variazione tra il 2018-2021 nelle classi <30 anni e 60 anni ed oltre, emerge come le regioni del Meridione presentino un differenziale tra queste due variazioni percentuali maggiore rispetto a quello nazionale (il differenziale percentuale tra le due variazioni nelle classi considerate è di 1,7 p.p. derivante da -0,4 p.p. nella classe di età 60 anni ed oltre e 1,3 p.p. nella classe di età 0-29 anni). Anche nelle regioni del Nord si evidenzia una variazione positiva di personale di età <30 anni insieme all'aumento di personale di età ≥60 anni (rispettivamente, 3,8 p.p. e 0,9 p.p.). Per le regioni del Centro si evidenzia una variazione positiva di personale di età <30 anni unitamente all'aumento di personale di età ≥60 anni (rispettivamente, 2,9 p.p. e 0,1 p.p.).
Prendendo in esame, invece, la struttura per classe di età del solo personale medico del SSN (nel 2021 il personale medico rappresenta il 16,1% del totale personale del SSN, rispetto al 2018 quando i medici erano 17,2%), a livello nazionale i medici di età 50-59 anni sono il 26,6% (nel 2018 erano il 33,9%), mentre quelli di età 40-49 anni sono il 27,7% (nel 2018 erano il 24,4%). Nella fascia di età 50-59 anni si è registrato, quindi, sia a livello nazionale (Grafico 5) che nelle

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:47 Pagina 438

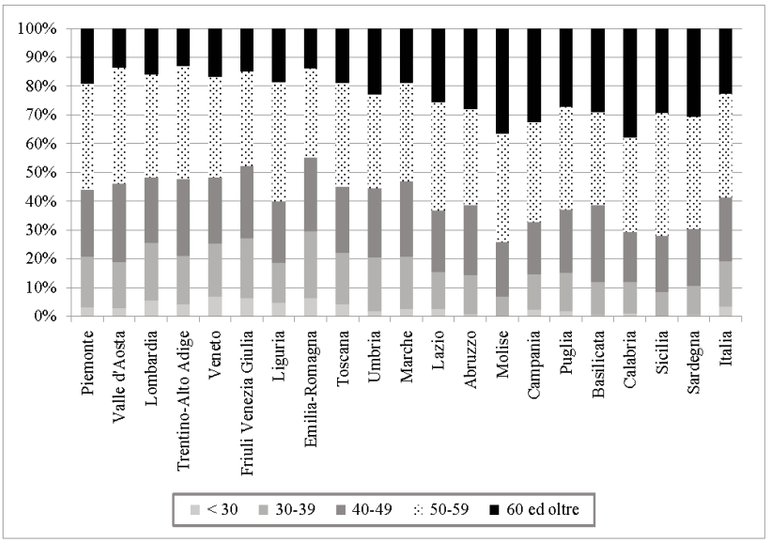
macroaree geografiche, l'unico decremento nel periodo 2018-2021 (-7,2 p.p. a livello nazionale, -6,3 p.p. al Nord, -8,2 p.p. al Centro e -7,9 p.p. nel Mezzogiorno). Esaminando la struttura per classe di età del solo personale infermieristico (Grafico 6) del SSN (nel 2021 il personale infermieristico rappresenta il 41,7% del totale personale del SSN, rispetto al 2018 quando gli infermieri erano il 41,3%), a livello nazionale gli infermieri nella fascia di età 40-49 anni sono il 25,2% del totale degli infermieri dipendenti del SSN (nel 2018 erano il 34,5%). In questa fascia di età, quindi, si evidenzia una diminuzione di unità. Gli infermieri compresi, invece, nelle fasce di età 50-59 e 30-39 anni sono, rispettivamente, il 40,5% e il 17,9% del totale (nel 2018 erano il 38,4% e il 14,5%). I dati rappresentati nel Grafico 6 confermano che il calo più significativo di unità si è verificato, sia a livello nazionale che nelle macroaree geografiche (in ordine decrescente, Nord, Centro e Mezzogiorno), nella fascia di età 40-49 anni (-9,3 p.p.). Al contrario, vi è stato un aumento di personale infermieristico in tutte le altre fasce di età.

Grafico 1 - *Personale (valori per 100) dipendente del Servizio Sanitario Nazionale per classe di età e regione - Anno 2021*



Fonte dei dati: Elaborazione dei dati acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. Anno 2023.

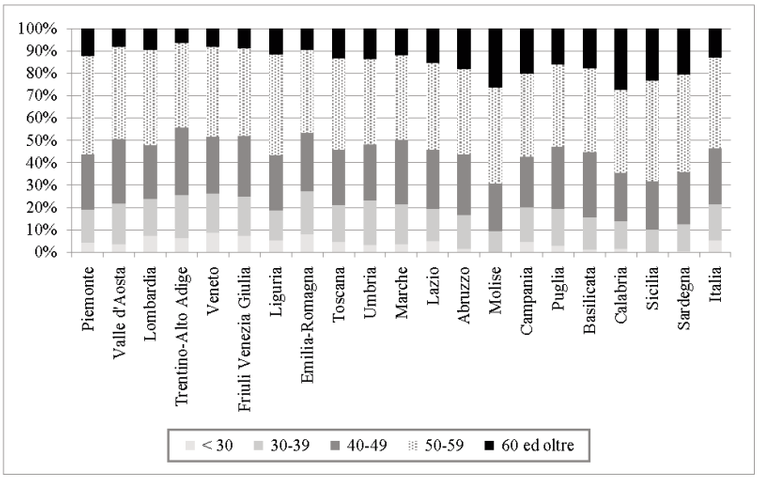
Grafico 2 - *Personale (valori per 100) dipendente del Servizio Sanitario Nazionale per classe di età e regione. Maschi - Anno 2021*



Fonte dei dati: Elaborazione dei dati acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. Anno 2023.

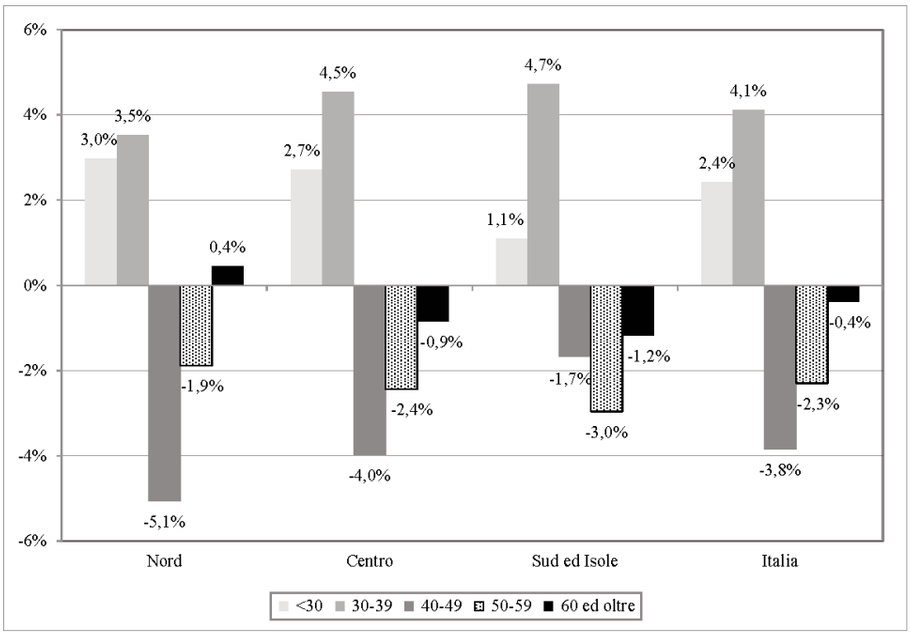
Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:47 Pagina 439

Grafico 3 - *Personale (valori per 100) dipendente del Servizio Sanitario Nazionale per classe di età e regione. Femmine - Anno 2021*



Fonte dei dati: Elaborazione dei dati acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. Anno 2023.

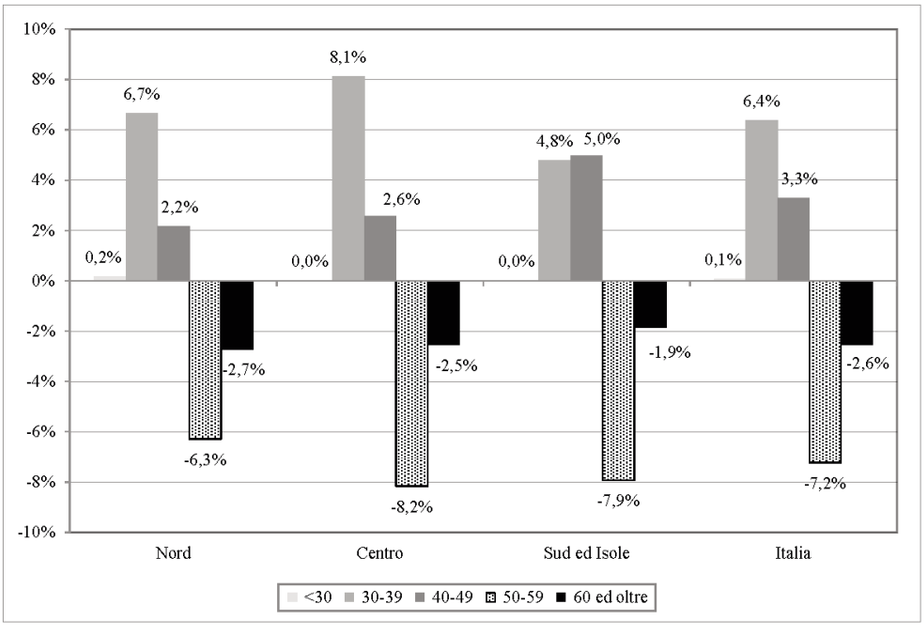
Grafico 4 - *Distribuzione (variazione - valori in punti percentuali) del personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale per classe di età e macroarea - Anni 2018-2021*



Fonte dei dati: Elaborazione dei dati acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. Anno 2023.

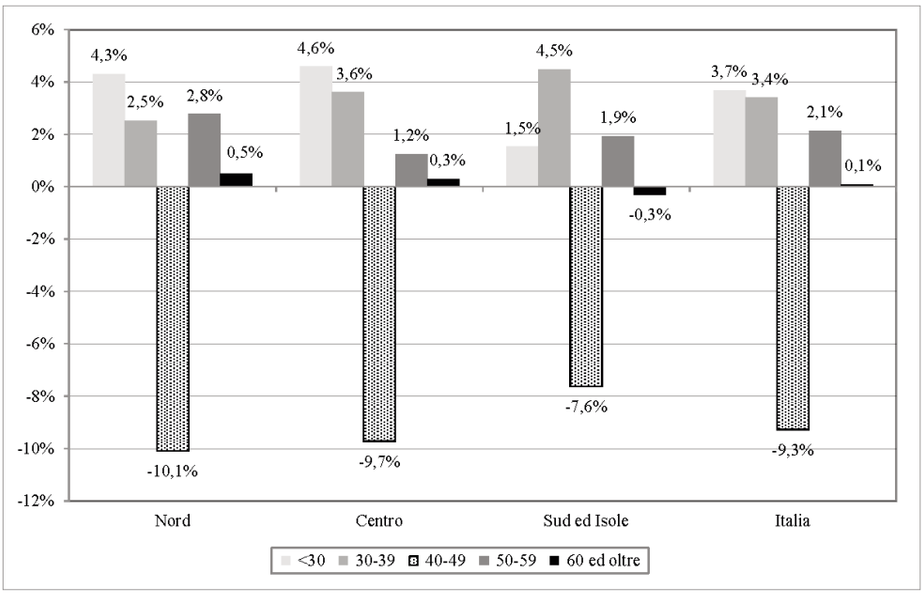
Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:47 Pagina 440

Grafico 5 - *Distribuzione (variazione - valori in punti percentuali) del personale medico del Servizio Sanitario Nazionale per classe di età e macroarea - Anni 2018-2021*



Fonte dei dati: Elaborazione dei dati acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. Anno 2023.

Grafico 6 - *Distribuzione (variazione - valori in punti percentuali) del personale infermieristico del Servizio Sanitario Nazionale per classe di età e macroarea - Anni 2018-2021*



Fonte dei dati: Elaborazione dei dati acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:47 Pagina 441

Raccomandazioni di Osservasalute

Così come rinvenuto in più punti dell'analisi elaborata, tra i tanti aspetti inerenti al personale del SSN, il blocco del *turnover* per le regioni in Piano di Rientro rimane una criticità importante visti i vincoli insiti in questa misura. Le azioni previste dai Piani di Rientro, infatti, si concretizzano in interventi con effetti sulla riduzione della spesa e interventi complementari a corredo. Tra gli interventi con effetti sulla riduzione della spesa o comunque dell'incidenza della spesa per il personale sulla spesa totale, le azioni previste riguardano, tra le altre, la macroarea del personale. Una delle misure comunemente adottate nei Piani di Rientro, ad esempio, è il limite di spesa per il personale del SSR stimato in base alla spesa sostenuta nell'anno precedente allo stesso piano, ridotta di una percentuale calcolata in fase di programmazione. Se a questa misura si aggiungono le norme in materia pensionistica e le leggi regionali con le quali il legislatore in molti casi ha provveduto ad una riduzione della dotazione organica del SSR, il risultato è quello evidenziato in questo studio ovvero un forte disallineamento tra regioni in Piano di Rientro e non.

Riferimenti bibliografici

(1) Patto per la Salute 2014-2016.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:47 Pagina 442

Compensazione del *turnover*

Significato. Il tasso di compensazione del *turnover* è un indicatore di flusso il cui calcolo è fondamentale in fase di programmazione del personale; serve a dare la dimensione del volume di entrate e di uscite che l'organizzazione ha dovuto gestire nel corso del periodo preso in considerazione. In particolare, vengono esaminati i dati storici sul personale per giungere a considerazioni sul fabbisogno futuro. Tuttavia, poiché un certo numero di assunzioni (che tecnicamente nel Conto Annuale viene chiamato "Entrati nel periodo") è legato in realtà a stabilizzazioni del personale con contratto a tempo determinato o di lavoratori socialmente utili; al fine di tenere conto di questo possibile fattore di confondimento, l'indicatore viene presentato al netto degli entrati nel periodo a seguito di stabilizzazioni.

Tasso di compensazione del turnover

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Entrati nel periodo - Stabilizzati nel periodo (anno di riferimento)}}{\text{Usciti nel periodo (anno di riferimento)}} \times 100$$

Validità e limiti. I dati sono relativi al quadriennio 2018-2021 e sono quelli acquisiti dalle strutture con il Conto annuale della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001[1]. In particolare, l'aggregato "Entrati nel periodo" comprende: i nominati da concorso, gli stabilizzati da contratto a tempo determinato o da lavoro socialmente utile, le assunzioni per chiamata diretta o numerica (categorie protette), i passaggi da altra amministrazione e altre cause. L'aggregato "Usciti nel periodo", invece, comprende: il collocamento a riposo per limiti di età, le dimissioni (con diritto a pensione), i passaggi per esternalizzazioni, i passaggi ad altre amministrazioni, la risoluzione del rapporto di lavoro (40 anni di contribuzione), i licenziamenti e altre cause. Non è stata fatta, inoltre, una distinzione in base alla qualifica del personale.

Valore di riferimento/Benchmark. Se il tasso di compensazione è maggiore di 100, significa che vi è stato un ampliamento dell'organico, mentre se è minore di 100 l'organico ha subito una contrazione.

Descrizione dei risultati

A livello nazionale, i dati presentati in tabella mostrano come il tasso di compensazione del *turnover*, al netto delle procedure di stabilizzazione, sia nel 2021 superiore a 100, evidenziando una inversione di tendenza rispetto agli anni precedenti il 2018. Dopo gli ultimi anni di contrazione, quindi, l'organico del SSN ha subito un ampliamento.

Analizzando il dato del 2021, anno nel quale si registra un tasso di compensazione del *turnover* nazionale del 111,5%, è possibile notare una inversione della tendenza riscontrata nelle annualità precedenti il 2018. Si ricorda che il trend storico tra il 2008-2012 ha evidenziato un tasso di compensazione costantemente in riduzione, arrivando a segnare 68,9% nel 2012 (nel 2008 il tasso è stato del 97,2%), circa 10 p.p. in meno rispetto all'anno precedente (nel 2011 si è registrato un tasso pari a 78,2%).

A livello regionale, invece, si riscontrano 9 regioni con tasso di compensazione del *turnover* minore al 100%, in particolare in Molise si registra il valore più basso, pari al 25,4%. Nelle altre regioni, invece, si riscontra un aumento che di fatto va a formare il dato nazionale sopramenzionato: si va dal 136,2% del Lazio al 100,3% dell'Abruzzo. Negli anni 2019-2018, invece, le regioni che presentavano un valore ≥100 erano, rispettivamente, 10 nell'anno 2019 (Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, Trentino Alto Adige, Veneto, Emilia-Romagna, Marche, Lazio, Molise e Sardegna) e 9 nell'anno 2018 (Piemonte, Lombardia, Trentino-Alto Adige, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia-Romagna, Umbria, Puglia e Sicilia).

Nel 2021 si riscontra, inoltre, un divario Nord-Sud ed Isole più marcato rispetto agli anni precedenti: le regioni del Nord fanno segnare un tasso di compensazione pari al 114,0%, mentre quelle del Centro un tasso del 126,5% e quelle del Meridione un tasso pari al 96,5%. Per completare la serie storica, si evidenzia che anche nel 2018 il divario è stato molto più marcato: il Nord ha registrato un valore del 99,8%, il Centro del 97,7%, mentre il Meridione del 93,5%, con un divario Nord-Sud ed Isole di 6,3 p.p.. Nel 2018 il divario Nord-Sud ed Isole è stato ugualmente marcato: le regioni del Nord fanno segnare un tasso di compensazione pari al 105,9%, mentre quelle del Centro un tasso del 92,9% e quelle del Meridione un tasso pari al 105,7%.

Per concludere, nel 2019 si è riscontrato un tasso di compensazione pari al 114,8% per le regioni del

[1]Gli Autori desiderano ringraziare l'Ispettorato Generale per gli ordinamenti del personale e l'analisi dei costi del lavoro pubblico e, in particolare, l'Ufficio III per aver fornito i dati regionali.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:47 Pagina 443

Nord, mentre per quelle del Centro un tasso del 95,6% e per quelle del Meridione un tasso pari all'86,5% (dati non presenti in tabella).

Tabella 1 - *Tasso (valori per 100) di compensazione del turnover al netto delle procedure di stabilizzazione per regione - Anni 2018-2021*

Regioni	2018	2019	2020	2021
Piemonte	101,8	107,1	90,7	80,2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	73,5	103,3	186,4	39,2
Lombardia	104,5	111,6	106,4	117,7
Trentino-Alto Adige*	114,1	153,0	99,0	108,7
Veneto	91,2	103,4	144,0	134,2
Friuli Venezia Giulia	100,9	97,5	102,6	95,3
Liguria	107,4	93,9	81,0	87,6
Emilia-Romagna	129,0	148,8	165,3	131,8
Toscana	90,3	84,7	212,7	114,3
Umbria	134,3	73,2	148,1	129,4
Marche	85,5	104,4	82,5	131,6
Lazio	89,1	105,3	181,1	136,2
Abruzzo	65,9	89,9	90,0	100,3
Molise	40,3	150,4	91,8	25,4
Campania	77,1	94,7	140,9	129,8
Puglia	158,4	86,7	138,2	119,6
Basilicata	94,3	60,7	75,2	65,4
Calabria	88,7	75,9	90,9	96,8
Sicilia	144,3	70,0	101,8	83,3
Sardegna	72,6	114,7	56,7	47,4
Italia	**103,6**	**102,2**	**122,8**	**111,5**

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

Fonte dei dati: Elaborazione dei dati acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. Anno 2023.

Raccomandazioni di Osservasalute

Alla luce della forte inversione di tendenza osservata dal 2018, rispetto agli anni precedenti, si raccomanda il monitoraggio di questo indicatore nei prossimi anni. Il trend nei prossimi anni sarà certamente influenzato da quanto accaduto nell'anno 2020 e 2021 per effetto della pandemia da SARS-CoV-2. L'assunzione di personale, infatti, dovrebbe innestarsi in una tendenza probabilmente crescente anche nel 2022. Tale analisi dovrà essere integrata per considerare anche le variazioni qualitative (ad esempio, variazione e distribuzione delle qualifiche professionali nel tempo) per meglio comprendere se all'effetto quantitativo si stia associando anche un adeguamento delle competenze rispetto all'evoluzione dello scenario demografico ed epidemiologico del SSN.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:47 Pagina 444

Personale medico e infermieristico del Servizio Sanitario Nazionale

Significato. L'indicatore mostra l'evoluzione tra il 2018-2021 del personale sia medico e odontoiatrico che infermieristico del SSN per 1.000 abitanti.
Questo dato, da leggere unitamente all'indicatore sia sulla struttura per età del personale dipendente che sul tasso di compensazione del *turnover*, rappresenta uno dei pilastri della programmazione sanitaria a livello nazionale e regionale poiché, congiuntamente ad altri indicatori di tipo economico-organizzativo quali, ad esempio, il numero di posti letto per 100 abitanti o il tasso di rotazione dei posti letto, incide in maniera diretta sull'offerta sanitaria.

Tasso di personale medico e odontoiatrico del Servizio Sanitario Nazionale

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Personale medico e odontoiatrico del Servizio Sanitario Nazionale}}{\text{Popolazione media residente (assoluta e ponderata)}} \times 1.000$$

Tasso di personale infermieristico del Servizio Sanitario Nazionale

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Personale infermieristico del Servizio Sanitario Nazionale}}{\text{Popolazione media residente (assoluta e ponderata)}} \times 1.000$$

Validità e limiti. Per la costruzione dell'indicatore sono stati utilizzati i dati acquisiti dalle strutture con il Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. L'analisi è stata svolta sia prendendo in considerazione la popolazione bacino di utenza del SSN che la popolazione pesata, per tener conto del bisogno potenziale di assistenza. La prima popolazione di riferimento è costituita dai residenti del territorio di riferimento; la seconda è costituita dalla popolazione di riferimento ponderata per la struttura per età. I pesi impiegati per la ponderazione sono quelli utilizzati attualmente per la procedura di riparto tra le regioni del fabbisogno sanitario nazionale.

Valore di riferimento/Benchmark. Poiché sia per il personale medico e odontoiatrico che per quello infermieristico non esiste un benchmark specifico a livello europeo, è stato preso in considerazione il valore nazionale.

Descrizione dei risultati

A livello nazionale, nel 2021 il numero di medici e odontoiatri del SSN è stato di 108.253 unità (Tabella 1), registrando una diminuzione del 3,0% rispetto al 2018. In precedenza, si era evidenziata, invece, una flessione costante tra il 2013-2016, (-2,9%, passando dalle 108.271 unità del 2013 alle 105.093 unità del 2016) (dati non presenti in tabella). 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 diminuzione del numero di unità è dell'1,5% rispetto al 2018 (Tabella 2).

Per quanto riguarda il tasso di medici e odontoiatri del SSN per 1.000 abitanti, in quasi tutte le regioni e PA si riscontra la tendenza negativa registrata a livello nazionale, anche se con un certo divario tra Nord e Meridione. In particolare, in tutte le regioni del Centro e del Meridione la riduzione del tasso di medici e odontoiatri per 1.000 abitanti risulta più marcata e in via generale con valori superiori al dato nazionale. Inoltre, dal confronto tra il tasso grezzo ed il tasso pesato, emerge come, aggiustando il tasso di medici e odontoiatri per 1.000 abitanti per l'età della popolazione, la riduzione del numero di unità sia stata tendenzialmente più marcata sia nelle regioni del Meridione che in quelle del Nord.
Per quanto riguarda il personale infermieristico (Tabella 3), in questo caso si riscontra a livello nazionale un aumento (4,6%) del numero di unità, che passano da 267.523 nel 2018 a 279.836 nel 2021. In questo caso, però, i trend regionali non sono omogenei rispetto al dato nazionale: in 7 regioni il dato è contrario a quello nazionale (Valle d'Aosta, Liguria, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia e Sardegna).
Per quanto riguarda, invece, il tasso di infermieri del SSN per 1.000 abitanti (Tabella 4), anche in questo caso si riscontra un divario Nord-Sud ed Isole marcato, con il dato di quest'ultimo formato da regioni con trend negativo tranne che per la Calabria, Abruzzo, Molise, Campania e Puglia. Inoltre, dal confronto tra il tasso grezzo e il tasso pesato emerge come, aggiustando il tasso di infermieri per 1.000 abitanti per l'età della popolazione, la riduzione del numero di unità rimanga sostanzialmente invariata nelle regioni meridionali rispetto a quelle del Nord.

A. CICCHETTI, A. TATTOLI

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:47 Pagina 445

Tabella 1 - *Personale (valori assoluti) medico e odontoiatrico del Servizio Sanitario Nazionale e variazione (valori per 100) per regione - Anni 2018-2021*

Regioni	2018	2019	2020	2021	Δ % (2021-2018)
Piemonte	8.883	8.866	8.350	8.149	-8,3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	332	343	325	301	-9,3
Lombardia	15.370	15.550	15.036	15.063	-2,0
Trentino-Alto Adige*	2.122	2.150	2.089	2.114	-0,4
Veneto	8.266	8.191	7.889	7.847	-5,1
Friuli Venezia Giulia	2.691	2.727	2.667	2.653	-1,4
Liguria	3.617	3.595	3.514	3.444	-4,8
Emilia-Romagna	8.948	9.327	9.274	9.429	5,4
Toscana	8.568	8.433	8.531	8.832	3,1
Umbria	2.143	2.105	1.994	1.978	-7,7
Marche	3.116	3.132	3.033	3.075	-1,3
Lazio	8.138	8.452	8.563	8.891	9,3
Abruzzo	2.810	2.859	2.713	2.722	-3,1
Molise	519	555	476	439	-15,4
Campania	9.854	9.961	9.371	9.326	-5,4
Puglia	7.013	6.884	6.548	6.634	-5,4
Basilicata	1.260	1.209	1.059	1.034	-17,9
Calabria	3.947	3.872	3.048	3.526	-10,7
Sicilia	9.594	9.434	8.943	8.948	-6,7
Sardegna	4.461	4.501	4.037	3.848	-13,7
Italia	**111.652**	**112.146**	**107.460**	**108.253**	**-3,0**

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

Fonte dei dati: Dati acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. Anno 2023.

Tabella 2 - *Tasso (grezzo e pesato per 1.000) di medici e odontoiatri del Servizio Sanitario Nazionale e variazione (valori per 100) per regione - Anni 2018-2021*

Regioni	2018		2019		2020		2021		Δ % (2021-2018)	
	Tassi grezzi	Tassi pesati	Tassi grezzi	Tassi pesati	Tassi grezzi	Tassi pesati	Tassi grezzi	Tassi pesati	Tassi grezzi	Tassi pesati
Piemonte	2,0	1,9	2,0	1,9	1,9	1,8	1,9	1,8	-6,5	-6,2
Valle d'Aosta	2,6	2,6	2,7	2,6	2,6	2,5	2,4	2,3	-8,0	-8,1
Lombardia	1,5	1,5	1,5	1,6	1,5	1,5	1,5	1,5	-2,1	-1,7
Trentino-Alto Adige*	2,0	2,1	2,0	2,1	1,9	2,0	2,0	2,0	-1,8	-1,4
Veneto	1,7	1,7	1,7	1,7	1,6	1,6	1,6	1,6	-4,5	-4,6
Friuli Venezia Giulia	2,2	2,1	2,2	2,1	2,2	2,1	2,2	2,1	-0,5	-0,1
Liguria	2,3	2,1	2,3	2,1	2,3	2,1	2,3	2,0	-2,3	-1,2
Emilia-Romagna	2,0	2,0	2,1	2,0	2,1	2,0	2,1	2,1	5,0	5,9
Toscana	2,3	2,2	2,3	2,1	2,3	2,2	2,4	2,3	4,5	5,1
Umbria	2,4	2,3	2,4	2,3	2,3	2,2	2,3	2,2	-5,7	-5,6
Marche	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	1,9	2,0	2,0	0,3	0,5
Lazio	1,4	1,4	1,4	1,5	1,5	1,5	1,5	1,6	12,0	11,5
Abruzzo	2,1	2,1	2,2	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	-1,0	-1,1
Molise	1,7	1,6	1,8	1,7	1,6	1,5	1,5	1,4	-12,6	-13,0
Campania	1,7	1,8	1,7	1,9	1,6	1,8	1,6	1,8	-3,3	-3,7
Puglia	1,7	1,8	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	-2,8	-3,4
Basilicata	2,2	2,2	2,1	2,1	1,9	1,9	1,9	1,9	-15,4	-15,7
Calabria	2,0	2,1	2,0	2,0	1,6	1,7	1,9	1,9	-7,3	-7,8
Sicilia	1,9	2,0	1,9	2,0	1,8	1,9	1,8	1,9	-3,3	-3,7
Sardegna	2,7	2,6	2,7	2,7	2,5	2,4	2,4	2,3	-11,5	-12,8
Italia	**1,8**	**1,8**	**1,9**	**1,9**	**1,8**	**1,8**	**1,8**	**1,8**	**-1,5**	**-1,5**

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

Fonte dei dati: Elaborazione dei dati acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. Istat, popolazione residente al 1° gennaio di ciascun anno di riferimento. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:47 Pagina 446

Tabella 3 - *Personale (valori assoluti) infermieristico del Servizio Sanitario Nazionale e variazione (valori per 100) per regione - Anni 2018-2021*

Regioni	2018	2019	2020	2021	Δ % (2021-2018)
Piemonte	21.834	22.116	22.408	21.882	0,2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	701	669	710	678	-3,3
Lombardia	38.688	39.161	39.597	41.112	6,3
Trentino-Alto Adige*	6.310	6.582	6.506	6.516	3,3
Veneto	24.652	24.911	26.073	27.138	10,1
Friuli Venezia Giulia	7.912	7.716	8.279	8.215	3,8
Liguria	10.112	10.110	10.075	9.791	-3,2
Emilia-Romagna	25.626	26.548	28.075	29.302	14,3
Toscana	21.589	21.094	23.039	22.542	4,4
Umbria	4.800	4.683	4.915	5.240	9,2
Marche	8.212	8.230	8.076	8.509	3,6
Lazio	19.724	19.798	22.430	22.716	15,2
Abruzzo	5.781	5.776	5.769	5.816	0,6
Molise	1.191	1.346	1.402	1.328	11,5
Campania	18.020	17.637	18.610	18.997	5,4
Puglia	15.831	15.757	15.749	15.659	-1,1
Basilicata	2.919	2.867	2.764	2.742	-6,1
Calabria	7.170	7.071	5.969	7.030	-2,0
Sicilia	18.156	17.779	17.509	17.029	-6,2
Sardegna	8.295	8.422	8.127	7.594	-8,5
Italia	**267.523**	**268.273**	**276.082**	**279.836**	**4,6**

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

Fonte dei dati: Dati acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. Anno 2023.

Tabella 4 - *Tasso (grezzo e pesato per 1.000) di infermieri del Servizio Sanitario Nazionale e variazione (valori per 100) per regione - Anni 2018-2021*

Regioni	2018		2019		2020		2021		Δ % (2021-2018)	
	Tassi grezzi	Tassi pesati	Tassi grezzi	Tassi pesati	Tassi grezzi	Tassi pesati	Tassi grezzi	Tassi pesati	Tassi grezzi	Tassi pesati
Piemonte	5,0	4,7	5,1	4,8	5,2	5,0	5,1	4,8	2,1	2,5
Valle d'Aosta	5,6	5,4	5,3	5,2	5,7	5,5	5,4	5,3	-1,9	-2,0
Lombardia	3,9	3,9	3,9	3,9	3,9	4,0	4,1	4,1	6,2	6,6
Trentino-Alto Adige*	5,9	6,1	6,2	6,4	6,0	6,3	6,0	6,3	1,8	2,2
Veneto	5,0	5,0	5,1	5,0	5,3	5,3	5,6	5,5	10,7	10,7
Friuli Venezia Giulia	6,5	6,1	6,3	5,9	6,9	6,5	6,8	6,4	4,8	5,2
Liguria	6,5	5,8	6,5	5,8	6,6	6,0	6,4	5,8	-0,6	0,5
Emilia-Romagna	5,8	5,6	6,0	5,8	6,3	6,2	6,6	6,4	14,0	14,9
Toscana	5,8	5,5	5,6	5,4	6,2	6,0	6,1	5,8	5,8	6,4
Umbria	5,4	5,2	5,3	5,1	5,6	5,4	6,0	5,8	11,5	11,7
Marche	5,4	5,2	5,4	5,2	5,3	5,2	5,6	5,4	5,4	5,5
Lazio	3,3	3,4	3,4	3,4	3,9	3,9	3,9	4,0	18,0	17,5
Abruzzo	4,4	4,3	4,4	4,3	4,5	4,4	4,5	4,4	2,8	2,7
Molise	3,9	3,7	4,4	4,2	4,7	4,5	4,4	4,3	15,2	14,7
Campania	3,1	3,4	3,0	3,3	3,3	3,5	3,3	3,6	7,8	7,2
Puglia	3,9	4,0	3,9	4,0	4,0	4,1	4,0	4,0	1,7	1,0
Basilicata	5,1	5,1	5,1	5,0	5,0	5,0	5,0	4,9	-3,2	-3,5
Calabria	3,7	3,8	3,6	3,7	3,2	3,2	3,7	3,8	1,7	1,2
Sicilia	3,6	3,8	3,5	3,7	3,6	3,7	3,5	3,6	-2,7	-3,2
Sardegna	5,0	4,9	5,1	5,0	5,0	4,9	4,7	4,6	-6,1	-7,5
Italia	**4,4**	**4,4**	**4,4**	**4,4**	**4,6**	**4,6**	**4,7**	**4,7**	**6,3**	**6,3**

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

Fonte dei dati: Elaborazione dei dati acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. Istat, popolazione residente al 1° gennaio di ciascun anno di riferimento. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:47 Pagina 447

Raccomandazioni di Osservasalute

I dati sul personale medico e odontoiatrico e del personale infermieristico del SSN mostrano un aumento nel 2021 rispetto alla riduzione del numero di unità tra il 2014-2016. Si raccomanda, pertanto, il monitoraggio di questo indicatore nei prossimi anni, anche perché, se il trend non fosse confermato, risulterebbe sempre più difficile colmare la carenza di personale medico ed infermieristico per far fronte all'evoluzione dei bisogni dovuta all'invecchiamento della popolazione e alla diffusione di condizioni di cronicità associate alla disabilità.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:47 Pagina 448

Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza: ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero

Prof. Americo Cicchetti, Ing. Alessandra Fiore, Ing. Lorenzo Leogrande, Dott. Angelo Tattoli

Il PNRR rappresenta la risposta italiana alla drammatica pandemia che ha colpito il nostro Paese così come il resto del globo e si articola in 6 Missioni e 16 Componenti. La Missione 6, denominata "Salute", rappresenta un'opportunità unica per rendere più efficace il nostro SSN e comprende interventi che mirano a potenziare e innovare la struttura tecnologica e digitale delle strutture del nostro SSN, a livello centrale e regionale. L'obiettivo è quello di garantire un'evoluzione significativa delle modalità di assistenza sanitaria, migliorando la qualità e la tempestività delle cure, valorizzando il ruolo del paziente come parte attiva del processo clinico-assistenziale e, allo stesso tempo, garantendo una maggiore capacità di *governance* e programmazione sanitaria, nel pieno rispetto della sicurezza e della tutela dei dati e delle informazioni (1, 2).
La Missione Salute ha lo scopo di: 1. adeguare il nostro SSN a un mutato contesto demografico ed epidemiologico; 2. garantire uguaglianza nel soddisfacimento dei bisogni di salute, indipendentemente dal genere e dalle condizioni socioeconomiche; 3. rendere la rete dell'assistenza primaria territoriale in grado di rispondere al fabbisogno di salute lasciato scoperto dalla razionalizzazione della rete ospedaliera; 4. rendere capillare l'offerta di salute sul territorio, in termini di prevenzione e cura, eliminando le disparità geografiche, in particolare tra Nord e Sud ed Isole; 5. sfruttare appieno le opportunità di miglioramento dell'offerta di salute derivanti dall'impiego dell'innovazione tecnologica, dall'avanzamento della ricerca in campo medico e dalla valorizzazione del personale del SSN (3).
Alla luce delle analisi dei tecnici del Ministero della Salute, sono due le componenti considerate prioritarie per gli interventi, ovvero la Componente 1 (M6C1), che prevede lo sviluppo delle Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e la Componente 2 (M6C2), che persegue l'innovazione, la ricerca e la digitalizzazione del SSN.
Gli interventi presenti nella M6C1 intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari. Quelli relativi alla M6C2 includono misure che consentiranno il rinnovamento e l'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico, una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei LEA attraverso più efficaci sistemi informativi (1, 4).
Le finalità degli obiettivi della M6C2 sono correlate all'ammodernamento degli *asset* tecnologici in dotazione presso le strutture sanitarie e alla digitalizzazione dei processi clinico-assistenziali ospedalieri al fine di consentire una ridefinizione dei percorsi clinico assistenziali a garanzia di un miglioramento della qualità delle prestazioni erogate dal SSN. Inoltre, il potenziamento delle attrezzature di alta tecnologia e l'adozione di soluzioni digitali avanzate in sanità supporta il processo di valorizzazione professionale degli operatori sanitari, sostenendo occasioni di interrelazione tra il sistema di ricerca biomedica e le imprese presenti sul territorio nazionale e internazionale (1).
Il totale delle risorse economiche messe a disposizione per la M6C2, cui è destinata una quota di investimenti pari a 8,63 miliardi di € dal PNRR e 2,39 miliardi dal Piano Complementare, sono state suddivise tra due investimenti principali: 1,26 miliardi di € sono destinati alla formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico, mentre 7,36 miliardi di € sono destinati all'aggiornamento tecnologico e digitale (4) (Tabella 1).
Una delle sfide più ambiziose del PNRR consiste nell'ammodernamento tecnologico degli Ospedali in modo da valorizzare e innovare gli *asset* tecnologici e digitali attualmente in uso. L'obsolescenza del parco macchine ospedaliero rappresenta una criticità strutturale le cui ripercussioni intercettano anche la qualità della cura, il rischio clinico e la sicurezza di pazienti e operatori. Per stabilire l'obsolescenza tecnologica di un'apparecchiatura elettromedicale si considerano in primo luogo l'età anagrafica e in secondo luogo l'età funzionale, che viene attribuita seguendo specifici criteri di riferimento nazionale ed internazionale. L'adeguatezza tecnologico-digitale dell'apparecchiatura considera diversi aspetti, quali la destinazione d'uso, l'abilità nell'esecuzione di esami in modo rapido, la qualità di dati e immagini (accuratezza diagnostica), il *comfort* e la sicurezza di pazienti e operatori. Viene considerata obsoleta un'apparecchiatura che determina un aumento del rischio per il paziente e per l'operatore in termini di non sicurezza nell'esecuzione e di mancata compatibilità e integrazione con i nuovi sistemi introdotti nel parco tecnologico ospedaliero. Inoltre, ulteriori aspetti da considerare per la definizione di un piano di sostituzione del parco tecnologico e digitale di una struttura sanitaria sono l'interoperabilità con le altre apparecchiature installate e l'economicità legata all'equilibrio tra i costi produttivi e i costi di gestione (1).

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:47 Pagina 449

Ad oggi, i dati disponibili a livello nazionale di una mappatura puntuale e aggiornata del parco macchine installato a livello *meso* sono molto scarsi e, comunque, non confrontabili tra di loro. Gli ultimi dati disponibili evidenziano che tra quelle più obsolete di 10 anni, installate nelle strutture del SSN, troviamo il 92,0% dei mammografi convenzionali, il 96,0% delle TC (meno di 16 slice), il 91,0% dei sistemi radiografici fissi convenzionali, l'80,8% delle unità mobili radiografiche convenzionali e il 30,5% delle risonanze magnetiche chiuse (1-1,5 tesla) (5).

Per il sub-investimento relativo alle Grandi apparecchiature sanitarie, la rimodulazione del PNRR (approvata dal Consiglio dell'UE in data 8 dicembre 2023), ha previsto il differimento della scadenza del *target* finale europeo, concernente la sostituzione di almeno 3.100 grandi apparecchiature sanitarie, da dicembre 2024 a giugno 2026, principalmente a causa dell'aumento dei prezziari, dei ritardi nell'approvvigionamento delle materie prime e delle necessità organizzative dei soggetti attuatori. Con la rimodulazione è stata, inoltre, chiarita la possibilità di acquistare nuove apparecchiature tecnologicamente più avanzate rispetto a quelle inizialmente indicate, nonché la possibilità del riuso delle apparecchiature sostituite ancora funzionali, anche al fine di potenziare l'offerta delle prestazioni e ridurre le liste d'attesa (4).

Il numero e le tipologie di apparecchiature da sostituire sono: 340 TC (Tomografia Computerizzata) con 128 sezioni, 190 NMR (Risonanza Magnetica Nucleare) a 1,5 T, 81 Acceleratori lineari, 937 Sistemi a raggi X fissi, 193 Angiografia, 82 Gamma camere, 53 Gamma camere/TC, 34 PET-TC (Tomografia a Emissione di Positroni-TC), 295 Mammografia, 928 Ultrasuoni. Ogni Ospedale digitalizzato dovrà disporre di un Centro Elaborazione Dati necessario per realizzare l'informatizzazione dell'intera struttura ospedaliera e di sufficienti tecnologie informatiche hardware e/o software, tecnologie elettromedicali, nonché tecnologie aggiuntive necessarie per realizzare l'informatizzazione di ciascun reparto ospedaliero (3).

In un quadro così complesso, il livello *macro* e il livello *meso* del nostro SSN devono definire delle azioni congiunte che garantiscano una programmazione degli investimenti, atta ad assicurare l'adozione di un'innovazione tecnologica e digitale di ultima generazione per gli Ospedali, e che al contempo tengano conto dei fabbisogni delle singole strutture e della distribuzione epidemiologica del fabbisogno di salute della popolazione italiana.

Dal punto di vista economico, si rende necessario sviluppare una *governance* centralizzata digitale, che comprenda strategie di governo dell'obsolescenza del parco tecnologico ospedaliero e che tenga conto della gestione dell'offerta dell'assistenza sanitaria. Infatti, si rende necessaria una riorganizzazione strutturale del *management* sanitario che riguardi il sistema dei "Diagnosis Related Groups" e dei "Livelli Essenziali di Assistenza", in cui il criterio di classificazione non consideri più le singole prestazioni sanitarie ma la patologia nel suo complesso nell'ottica di presa in carico globale del paziente, per la gestione della quale è necessario un insieme di prestazioni sanitarie interdipendenti (1).

L'esperienza della pandemia ha evidenziato l'importanza di poter contare su un adeguato sfruttamento delle tecnologie avanzate e su elevate competenze digitali, professionali e manageriali. Il rinnovamento tecnologico e digitale ospedaliero può essere garantito solo se si attua una riorganizzazione complessiva della sanità italiana che ha come scopo ultimo quello di garantire ai cittadini il miglior livello di assistenza sanitaria e di favorire l'intera sostenibilità del "Sistema Salute".

Tabella 1 - *Investimento, importo (valori in miliardi di €) e data di avvio e chiusura degli investimenti della Componente 2 della Missione Salute del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - Anno 2021*

Investimento	Importo	Data di avvio	Data di chiusura
Ammodernamento tecnologico degli Ospedali	4,052	30/06/2021	30/06/2026
Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione	1,673	31/12/2021	31/12/2026
Sviluppo delle competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali del personale del Sistema Sanitario Nazionale	0,738	31/12/2021	31/12/2026
Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del Sistema Sanitario Nazionale	0,524	31/12/2021	31/12/2025
Salute, ambiente e clima	0,500	01/10/2021	30/06/2026
Iniziative di ricerca per tecnologie e percorsi innovativi in ambito sanitario e assistenziale	0,500	01/01/2022	30/06/2026
Ecosistema innovativo della salute	0,437	01/01/2026	30/06/2026

Fonte dei dati: Elaborazione su dati PNRR. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:47 Pagina 450

Riferimenti bibliografici

(1) PNRR Missione salute: una missione possibile? A cura di Americo Cicchetti e Federica Morandi. 2022. ISBN 9788892178069.
(2) Cicchetti A, Fiore A, Rumi F, Gazzillo S, Di Brino E, Basile M, Marchetti M, Mennini FS. HTA e investimenti. Processi. Organizzazione. Esiti. Working paper HPF 2021.
(3) Ammodernamento tecnologico degli ospedali. Disponibile sul sito: www.italiadomani.gov.it/it/Interventi/investimenti/ammodernamento-tecnologico-degli-ospedali.html.
(4) Piano Nazionale Di Ripresa E Resilienza. Disponibile sul sito: www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf.
(5) Confindustria Dispositivi medici. Disponibile sul sito: www.confindustriadm.it/comunicati-stampa/negli-ospedali-italiani-tac-mammografi-e-risonanze-magnetiche-sempre-piu-vecchi.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:47 Pagina 451

Assistenza territoriale

L'introduzione di questo Capitolo apre una finestra concettuale su alcuni principi cardine sottesi allo sviluppo e, quindi, alla riorganizzazione dell'Assistenza territoriale. Ciò appare di particolare rilevanza, considerando il notevole fermento che sta animando e modellando, in tempi decisamente contratti, l'intero ambito assistenziale, in relazione all'attuazione del piano di riordino previsto dal DM n. 77/2022 e al rispetto del cronoprogramma per la realizzazione dei progetti inerenti alle linee d'investimento del PNRR per l'Assistenza territoriale. Nello specifico, secondo il DM 20 gennaio 2022 recante la ripartizione delle risorse alle regioni e alle province autonome per i progetti del PNRR e del Piano per gli investimenti complementari (PNC), le risorse destinate alla realizzazione di interventi aventi come regia il Ministero della Salute, e come soggetti attuatori le Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano, sono determinate in oltre 8 miliardi di euro, di cui circa l'82% a valere sul PNRR ed il rimanente 18% a valere sul PNC (1). Il rischio è che tale dinamicità possa esitare in un moto caotico con dispersione di risorse, se non direzionata da una chiara visione che ancori coerentemente azioni da realizzarsi nel breve e medio periodo a obiettivi di più ampio respiro, a lungo termine.

Si ribadisce, pertanto, come l'Assistenza territoriale (detta anche Assistenza Primaria o, in termini anglosassoni, *Primary Care*) sia "un sistema complesso di offerta di salute a destinatario individuale e comunitario, caratterizzata da relazioni evolutive tra persona assistita, *stakeholder* comunitari e i diversi attori coinvolti nei vari setting assistenziali, volta al primo contatto e alla presa in carico di individui e comunità" (2). Il concetto di *Primary Care* (PC) caratterizza, quindi, il valore delle interdipendenze nell'offerta di salute a livello locale. *Primary Health Care* (PHC) è da intendersi, invece, come un approccio orientato allo sviluppo sostenibile della salute che un sistema sanitario a copertura universale promuove secondo *policy* sanitarie e socio-sanitarie, attraverso programmi e modelli organizzativi centrati su una PC contraddistinta da alti livelli di integrazione e un orientamento comunitario (3).

Sul concetto di PHC, occorre fornire un'ulteriore precisazione. La visione iniziale della PHC, riportata nella Dichiarazione di Alma-Ata, delineava un approccio "comprehensive" che adottava una strategia globale e intersettoriale per rispondere ai bisogni di salute della popolazione, garantendo equità di accesso oltreché appropriatezza ed efficienza delle cure, anche al fine di contribuire allo sviluppo sociale ed economico della comunità. In una prospettiva di così ampio raggio, particolare enfasi veniva, quindi, posta alla visione preventiva, proattiva e di presa in carico, attraverso l'attenzione rivolta ai determinanti socio-economici di salute, alla prevenzione delle malattie e alla partecipazione di individui e comunità nel processo di produzione di salute (4). Considerando ciò poco attuabile nei Paesi in via di sviluppo per la scarsità di risorse da investire, Walsh e Warren proposero, successivamente, il concetto di PHC "selective" (5). Una PHC con un approccio prevalentemente reattivo, di breve periodo e orientato esclusivamente al primo contatto, che marginalizza gli aspetti sistemici di prevenzione e promozione della salute così come l'attenzione ai determinanti sociali, focalizzandosi su programmi verticali per malattie scelte in base alla frequenza, all'impatto sulla morbosità, disabilità e mortalità nella popolazione generale, alla fattibilità ed efficacia delle misure di controllo, nonché al costo degli interventi (5). Proposto in origine come alternativa provvisoria alla PHC *comprehensive*, questo approccio si è diffuso e consolidato progressivamente anche in Paesi ad alto reddito, sostenuto da considerazioni positive sulla *cost-effectiveness* degli interventi e sulla consequenziale realizzabilità degli stessi anche in periodi di *austerity* (6-8).

Questa prospettiva risulta, tuttavia, ristretta e miope, in quanto basata sul punto di vista del "qui ed ora", legato alla durata limitata dei finanziamenti a sostegno degli interventi. Continuare a proporre e attuare soluzioni semplicistiche per problemi costitutivamente complessi è diventato in questa fase storica insostenibile. Perseguire risultati frammentari, non sistemici e di breve periodo che comportano, comunque, allocazione e utilizzo di risorse, senza investire in interventi proattivi e precoci che prevedano la partecipazione responsabilmente diffusa dei vari attori che concorrono alla salute, è un pensiero debole. La transizione socio-demografica ed epidemiologica in atto, il *know-how* acquisito e la disponibilità, difficilmente ripetibile, di risorse da investire non ammettono ulteriori alibi o indugi. Lo sforzo richiesto ai vari *decision maker* è, quindi, di considerare opportunamente lo scopo verso cui tendere in questa fase di riorganizzazione del sistema, armonizzando in tale direzione la cogente realizzazione degli obiettivi definiti nel cronoprogramma del PNRR (9). È necessario, infatti, che questi obiettivi siano funzionali allo sviluppo di un sistema di Assistenza territoriale che:

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:47 Pagina 452

- consideri la salute come benessere e non come assenza di malattia;
- sia in grado di realizzare progettualità multisettoriali per obiettivi di salute con programmi che investano tanto l'area della prevenzione e della promozione della salute, quanto quella della cura, della riabilitazione e della palliazione;
- si impegni a contrastare ogni diseguaglianza nell'accesso alle cure;
- garantisca qualità, secondo un processo di miglioramento continuo.

L'Assistenza territoriale deve realizzarsi, pertanto, secondo logiche e strumenti di integrazione che coinvolgano in modo imprescindibile anche il settore sociale e i diversi attori comunitari, al fine di generare nuove risorse e rendere protagonisti assistiti, *caregiver*, familiari e altre Istituzioni non costituzionalmente rappresentate nel SSN. Attraverso ciò è possibile orientare in modo efficace la presa in carico di individui e popolazione, rispondendo ai bisogni sanitari e socio-sanitari espressi e inespressi nel modo più anticipato possibile e prossimo alle sedi di vita, di lavoro e di relazioni sociali delle persone assistite. In questo modo, verrebbe potenziata la salute e ridotti gli accessi impropri ai PS, i ricoveri ospedalieri evitabili, l'affollamento degli studi dei MMG e PLS e le liste di attesa per visite ed esami.

Un approccio "comprehensive" dell'Assistenza territoriale è, quindi, potenzialmente in grado di garantire maggiore sostenibilità economica, sociale e ambientale al SSN, producendo valore tanto in sanità, quanto in termini di coesione sociale, sviluppo economico e riduzione delle *carbon* e *water footprint*. Il grado di cambiamento attuato sarà, tuttavia, proporzionale alla volontà di soggetti individuali, sociali e istituzionali di determinarlo, in una logica di co-responsabilità e *leadership* diffusa.

Come di consueto, nell'ottica di un miglioramento continuo della qualità dell'Assistenza territoriale, il Rapporto Osservasalute presenta di seguito l'applicazione di indicatori "core" al fine di misurare e monitorare i bisogni di salute della popolazione, nonché l'appropriatezza e gli esiti dei processi assistenziali.

Riferimenti bibliografici

(1) Ministero della Salute. (20 gennaio 2022). Decreto ministeriale sulla ripartizione programmatica delle risorse alle regioni e alle province autonome per i progetti del Piano nazionale di ripresa e resilienza e del Piano per gli investimenti complementari (22A01552). Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. Serie Generale, n. 57, 09 marzo 2022.
(2) Damiani G, Arcaro P, Michelazzo MB. Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane. Rapporto Osservasalute 2021, Assistenza territoriale, 2021.
(3) Muldoon LK, Hogg WE, Levitt M. Primary care (PC) and primary health care (PHC). What is the difference? Can J Public Health. 2006 Sep-Oct;97(5):409-11. doi: 10.1007/BF03405354. PMID: 17120883; PMCID: PMC6976192.
(4) Declaration of Astana. Global conference on primary health care. Astana, Kazakhstan 25-26 October 2018. WHO and UNICEF, 2018.
(5) Walsh JA, Warren KS. Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. N Engl J Med. 1979 Nov 1;301(18):967-74. doi: 10.1056/NEJM197911013011804. PMID: 114830.
(6) Banerji D. Primary health care: selective or comprehensive? World Health Forum, vol. 5. 1984.
(7) Rifkin SB. Alma Ata after 40 years: Primary Health Care and Health for All-from consensus to complexity. BMJ Glob Health. 2018 Dec 20; 3 (Suppl 3): e001188. doi: 10.1136/bmjgh-2018-001188. PMID: 30622747; PMCID: PMC6307566.
(8) Baum F, Freeman T, Lawless A, Labonte R, Sanders D. What is the difference between comprehensive and selective primary health care? Evidence from a five-year longitudinal realist case study in South Australia. BMJ Open. 2017 Apr 28; 7 (4): e015271. doi: 10.1136/bmjopen-2016-015271. PMID: 28455425; PMCID: PMC5719653.
(9) Camera dei Deputati, XIX Legislatura (20 marzo 2023). "I presidi dell'assistenza territoriale nella Missione 6 Salute del PNRR" (Documento n. 23). Documentazione e ricerche.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:47 Pagina 453

Assistenza Domiciliare Integrata

Significato. La crescente longevità della popolazione italiana, se da un lato rappresenta certamente un rilevante esito del servizio sanitario pubblico che ha reso disponibili, universalmente, i progressi dell'innovazione scientifica e tecnologica, in particolare nel campo dell'assistenza del paziente acuto e della prevenzione, dall'altro si accompagna ad un progressivo incremento dell'incidenza e della prevalenza di patologie cronico-degenerative. Nel 2022, la speranza di vita alla nascita si attesta a 82,6 anni, registrando una crescita di 0,1 anni rispetto all'anno precedente, età comunque inferiore ai valori registrati nel 2019. La speranza di vita a 65 anni si mantiene stabile, nel 2022 rispetto al 2021, a 20,4 anni, collocandosi ad un valore inferiore al 2019. Permane il contributo alla mortalità dei decessi per COVID-19: nel 2022 il totale dei decessi per tutte le cause è stato pari a 713 mila unità, superiore dell'1,7% rispetto al 2021, anche se inferiore del 3,6% (-27.000 unità) rispetto al 2020 (1, 2).
Al 1° gennaio 2023 la popolazione, secondo i primi dati provvisori, scende a 58 milioni 850 mila unità, 179 mila in meno rispetto all'anno precedente; tale calo presenta, tuttavia, un'intensità minore, sia rispetto a quello osservato nel 2021, sia nel 2020. La percentuale degli ultra 75enni rispetto all'intera popolazione è in ulteriore incremento rappresentando il 24,0% dei residenti (1). Prosegue, nonostante l'eccesso di mortalità registrato, la crescita del processo di invecchiamento della popolazione e si assiste, pertanto, all'aumento dello squilibrio demografico: al 1° gennaio 2023 l'Indice di Vecchiaia è pari a 193,1 ultra 65enni per 100 giovani di età <15 anni, in ulteriore crescita rispetto l'anno precedente (187,6) (1-3).
La percentuale di residenti affetti da almeno una patologia cronica risulta stabile nel 2022 attestandosi al 40,4%. Le patologie cronico-degenerative affliggono, con una lieve deflessione rispetto al 2021, il 50,9% della popolazione tra i 55-59 anni raggiungendo la quota dell'86,0% tra le persone ultra 75enni. Il 21,5% della popolazione risulta essere affetto da due o più patologie croniche, dato in lieve aumento rispetto al 2021, con differenze di genere marcate negli *over* 55 e una frequenza maggiore per il genere femminile ad eccezione delle malattie cardiache e della bronchite cronica (4). Tra gli ultra 75enni la multi-morbilità continua l'andamento in crescita attestandosi al 66,0%, in particolare a svantaggio del genere femminile (58,5% tra gli uomini e 71,4% tra le donne) (4). Sono circa 4,6 milioni gli anziani in Italia con moderate o gravi difficoltà nelle attività di cura della persona o nelle attività della vita domestica che dichiarano di aver bisogno di aiuto per svolgere tali attività, e tra questi sono oltre 2 milioni gli individui di 65 anni ed oltre (il 33,7%) che non si sentono adeguatamente aiutati pur avendo livelli di autonomia compromessa; le donne esprimono un maggior bisogno di aiuto (76,2% *vs* 65,3% degli uomini) e riferiscono più spesso bisogni di assistenza non soddisfatti (35,5% *vs* 29,9%) (5). Il quadro che si delinea è quello di una popolazione anziana che deve sostenere un peso elevato in termini di salute ed in termini economici, a causa della lunga durata delle malattie cronico-degenerative, della diminuzione della qualità della vita e dei costi per l'assistenza sanitaria (6).
Al fine di garantire un'assistenza appropriata ai pazienti non autosufficienti o in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, sono necessari percorsi assistenziali consistenti in un insieme organizzato di trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi, necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita (art. 22 del DPCM 12 gennaio 2017). Secondo la definizione del Ministero della Salute, l'ADI consiste in un insieme integrato di trattamenti sanitari e socio-sanitari, erogati al domicilio della persona non autosufficiente o in condizioni di fragilità (7). L'ADI assicura, infatti, l'erogazione coordinata e continuativa di prestazioni sanitarie (medica, infermieristica e riabilitativa) e socio-assistenziali (cura della persona, fornitura dei pasti e cure domestiche) al domicilio, da parte di diverse figure professionali fra loro funzionalmente coordinate nell'ambito del Distretto, come previsto sia dalla normativa nazionale, inclusi gli Accordi Collettivi Nazionali per la Medicina Generale che hanno dato forte impulso alle cure a domicilio, sia dagli atti approvati dalle Regioni in materia di assistenza socio-sanitaria.
L'ADI si rivolge ai pazienti che necessitano maggiormente di continuità delle cure, come i pazienti post-acuti dimessi dall'Ospedale che, ove non adeguatamente assistiti a domicilio, potrebbero incorrere a breve in una reiterazione del ricovero ospedaliero e pazienti cronici stabilizzati sul territorio, con elevati bisogni assistenziali a rischio di riacutizzazione, per i quali il percorso di cura richiede una forte integrazione tra diverse figure professionali. 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 anche benefici economici rispetto a forme di ricovero anche di carattere extraospedaliero.
In relazione al bisogno clinico, funzionale e sociale del paziente si possono individuare interventi di ADI con livelli crescenti di intensità e complessità assistenziale. Le cure domiciliari integrate sono coadiuvate da prestazioni di aiuto personale e assistenza tutela-

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:47 Pagina 454

re alla persona, generalmente erogate dai servizi sociali del Comune di residenza dell'assistito. A prescindere dalle forme dell'ADI, la responsabilità clinica è del MMG o del PLS che ha in carico il paziente, mentre l'*équipe* multidisciplinare, che ha sede organizzativa nel Distretto sanitario di residenza del paziente, è costituita, a seconda dei casi, da un infermiere professionale, un fisioterapista, un assistente sociale, un operatore socio-assistenziale e da medici specialisti che possono essere di supporto per migliorare la presa in carico del paziente, concorrendo alla valutazione multidimensionale del bisogno clinico e alla definizione del "Progetto di Assistenza Individuale" socio-sanitario integrato.
L'ADI costituisce, pertanto, un servizio in grado di garantire un'adeguata continuità ai bisogni di salute, anche complessi, delle persone non autosufficienti, ai fini della gestione della cronicità e della prevenzione delle possibili ulteriori complicanze che possono determinare o peggiorare la disabilità.

Tasso di assistiti di età 65 anni ed oltre in Assistenza Domiciliare Integrata

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Assistiti di età 65 anni ed oltre che hanno iniziato il trattamento di Assistenza Domiciliare Integrata*}}{\text{Popolazione media residente di età 65 anni ed oltre}} \times 100$$

Tasso di assistiti di età 75 anni ed oltre in Assistenza Domiciliare Integrata

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Assistiti di età 75 anni ed oltre che hanno iniziato il trattamento di Assistenza Domiciliare Integrata*}}{\text{Popolazione media residente di età 75 anni ed oltre}} \times 100$$

*Sono considerati gli assistiti relativi a prese in carico erogate nell'anno di riferimento. Per "prese in carico erogate" si intendono quelle per le quali la Regione/PA ha inviato i dati relativi al tracciato 1 e tracciato 2 (relativo ad accessi). Le prese in carico con Coefficiente di Intensità Assistenziale base e Giornate di Cura 0 sono escluse.

Validità e limiti. I dati per la costruzione degli indicatori sono stati ricavati dal Sistema Informativo Assistenza Domiciliare (SIAD) istituito con DM del 17 dicembre 2008 e s. m. nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS). Con il DM della Salute n. 262/2016 è stato adottato il "Regolamento recante procedure per l'interconnessione a livello nazionale dei sistemi informativi su base individuale del SSN" con l'obiettivo di costruire una base dati integrata a livello nazionale, incentrata sul paziente, dalla quale rilevare informazioni in merito agli interventi sanitari e socio-sanitari erogati da operatori afferenti al SSN anche nell'ambito dell'assistenza domiciliare.
Per il calcolo degli indicatori sono stati considerati gli assistiti di età ≥65anni relativi a "Prese in Carico Erogate" (PIC erogate) nell'anno di riferimento. Per PIC si è inteso quelle per le quali ciascuna Regione /PA ha inviato i dati relativi al tracciato 1 e al tracciato 2 (relativo agli accessi). Le prese in carico con Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) base e Giorni di Cura (GdC) uguali a 0 sono state escluse. A tal proposito, si precisa che per ogni PIC viene calcolato il CIA. Il CIA è dato dal rapporto tra Giornate Effettive di Assistenza (GEA)/GdC, dove GEA è uguale al numero di giorni nei quali è stato effettuato almeno 1 accesso a domicilio da un qualunque operatore dall'apertura dell'evento e GdC è il numero di giorni trascorsi dalla data del primo accesso dell'evento alla data dell'ultimo accesso. Nello specifico, GdC 0 identifica le PIC con CIA uguale a 0 (nessun accesso al mese), mentre il CIA base identifica le PIC con CIA fino a 0,13 (meno di 4 accessi al mese).
L'indicatore proposto "Tasso di assistiti di età 65 anni ed oltre in Assistenza Domiciliare Integrata", per le modalità di calcolo sopra riportate si differenzia, pertanto, significativamente dall'indicatore con cui si effettua il monitoraggio del raggiungimento dell'obiettivo relativo all'assistenza domiciliare previsto dal DM n. 77/2022, che prende in considerazione le PIC per tutte le classi di CIA (8).
L'attuazione del "Regolamento recante procedure per l'interconnessione a livello nazionale dei sistemi informativi su base individuale del SSN", a regime a partire dall'anno 2018, ha comportato l'adeguamento dei sistemi informativi regionali ed alla trasmissione di dati interconnettibili al NSIS del Ministero della Salute.
Per mantenere la profondità storica del patrimonio informativo acquisito fino all'introduzione del già menzionato Regolamento, si è ritenuto necessario rendere interconnettibili anche i dati già trasmessi al NSIS prima della pubblicazione del Regolamento. A tale fine, è stata effettuata un'attività di "recupero" dei codici assistito "old" attraverso l'associazione di questi ultimi con i codici univoci generati secondo le regole indicate dal Ministero della Salute. Tale attività di recupero e, più in generale la generazione per ogni assistito di un codice univoco a livello nazionale, definito dal Ministero della Salute, ha consentito l'effettiva distinzione dei soggetti assistiti a livello nazionale. Si è resa possibile una generale bonifica del dato tra-

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:47 Pagina 455

smesso al NSIS con l'eliminazione delle possibili duplicazioni di codici assistito. Pertanto, si è reso necessario rielaborare i dati relativi al periodo tra il 2014 e il 2018.
Le informazioni rilevate dal Sistema sono le seguenti: caratteristiche anagrafiche dell'assistito, valutazione ovvero rivalutazione socio-sanitaria dell'assistito e dei relativi bisogni assistenziali, dati inerenti alle fasi di erogazione, sospensione della presa in carico e dimissione dell'assistito. All'interno del mandato conferito dalla Commissione nazionale LEA era prevista "la caratterizzazione dei profili di cura domiciliari" quali standard qualificanti le attività di cure domiciliari per livelli differenziati in funzione di:
- complessità (Valore GEA) in funzione del case mix e dell'impegno delle figure professionali coinvolte nel Piano Assistenziale Individualizzato (PAI);
- durata media (GdC) in relazione alle fasi temporali intensiva, estensiva e di lungo-assistenza e delle fasce orarie di operatività dei servizi erogatori di cure domiciliari;
- natura del bisogno definita attraverso l'individuazione di un CIA dato dal rapporto tra le GEA (numero di giorni nei quali è stato effettuato almeno un accesso da un operatore) e le GdC (numero di giorni trascorsi dalla data primo accesso alla data di ultimo accesso, al netto dei periodi di sospensione).
Il debito informativo delle Regioni e PA nei confronti del SIAD risulta non pienamente omogeneo; conseguentemente ne deriva che sul territorio nazionale persistono aree con diverso grado di garanzia della completezza delle informazioni previste.
Gli indicatori ad oggi calcolabili sono quelli di attività, con ridotta possibilità di effettuare un'esaustiva riflessione sulla qualità dell'ADI erogata dalle ASL e sulla tipologia dei casi trattati in ragione della difficoltà collegata alla valutazione dell'outcome finale. La mancanza di un sistema di classificazione omogeneo e condiviso a livello nazionale per la valutazione dei bisogni assistenziali, oltre alla presenza di diverse modalità organizzative e assistenziali sviluppate nelle diverse Regioni e PA (formulazione, erogazione, gestione e remunerazione del PAI), comporta una sensibile limitazione nella validità di un confronto interregionale. A partire dall'anno 2018 a causa della interconnessione delle banche dati non è stato possibile calcolare l'indicatore delle precedenti Edizioni "Tasso di assistiti in Assistenza Domiciliare Integrata".

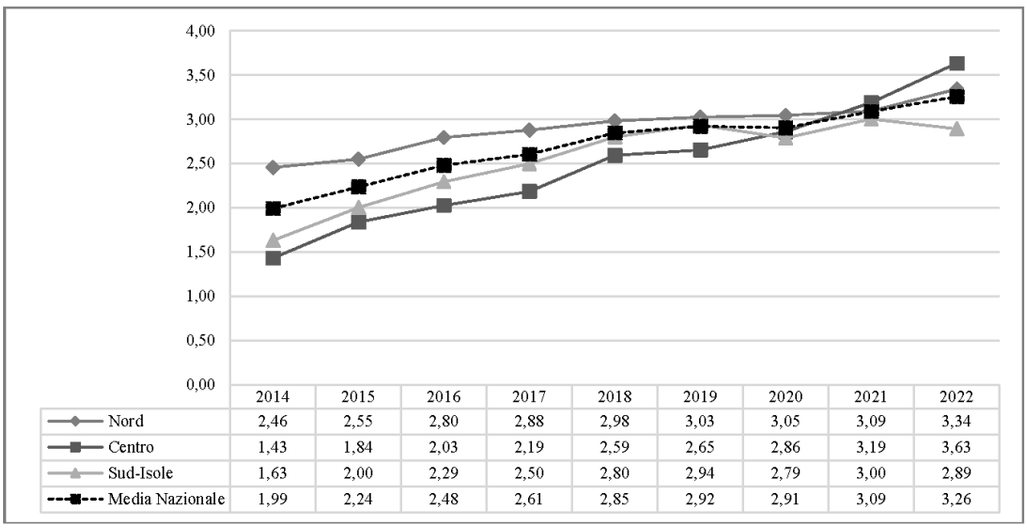
Valore di riferimento/Benchmark. In assenza di un valore di riferimento legislativo e di omogeneità nei modelli organizzativi, gli indicatori analizzati possono essere considerati in riferimento al valore medio delle regioni/PA che presentano valori superiori al dato nazionale.

Descrizione dei risultati

In Italia, per l'anno 2022, si contano 459.153 cittadini con età ≥65 anni che sono inseriti in ADI, corrispondente al 3,26% della popolazione ultra 65enne media residente. Il numero degli assistiti trattati in ADI con età ≥65 anni mostra un incremento rispetto l'anno precedente pari al 5,5%, mostrando una continuità dell'andamento in crescita registrato nel 2021.
L'accorpamento per macroaree dei dati relativi al tasso di assistiti ultra 65enni in ADI mostra un andamento disomogeneo tra le ripartizioni geografiche in relazione alla disponibilità del dato per il 2022 per tutte le regioni e PA. In particolare, con la disponibilità del dato emerge una flessione del tasso di assistiti per il Sud ed Isole (-3,7%), il mantenimento della crescita per il Nord in linea rispetto alla tendenza nella serie storica dei 5 anni precedenti (+8,0%) e una conferma dell'accelerazione dell'incremento per le regioni del Centro (+13,9%) (Grafico 1, Nota: variazione non rappresentata all'interno del Grafico). A livello regionale si osservano, invece, importanti disomogeneità: si registra, infatti, un tasso minimo dello 0,89% in Calabria di cui si segnala il ripristino della disponibilità dei dati del SIAD; si evidenzia il valore più elevato per il Molise che raggiunge il 5,52% nel 2022; seguono l'Abruzzo (4,92%), la Basilicata (4,45%) e il Veneto (4,32%) (Tabella 1).
Se si analizza un target di età più elevato, nello specifico gli ultra 75enni, si registra un tasso di assistiti in ADI pari al 5,32%, in incremento rispetto al 5,02% dell'anno 2021. L'accorpamento per macroaree mostra un trend in crescita per Nord e Centro e una flessione per il Sud ed Isole in rapporto alla disponibilità del dato per tutte le regioni e PA. Si registra il tasso più elevato al Centro con 5,87% di ultra 75enni assistiti in ADI, mentre è inferiore nell'aggregazione Sud ed Isole con il 4,81%. L'analisi a livello regionale mostra una distribuzione per le singole regioni in linea con quella del precedente indicatore. La Calabria presenta il valore minimo di ricorso all'ADI (1,52%) mentre il Molise presenta il valore maggiore (9,14%) (Tabella 1. Nota: aggregazione per macroarea non rappresentata all'interno della tabella).

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:47 Pagina 456

Grafico 1 - *Tasso (valori per 100) di assistiti di età 65 anni ed oltre trattati in Assistenza Domiciliare Integrata per macroarea - Anni 2014-2022*



	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Nord	2,46	2,55	2,80	2,88	2,98	3,03	3,05	3,09	3,34
Centro	1,43	1,84	2,03	2,19	2,59	2,65	2,86	3,19	3,63
Sud-Isole	1,63	2,00	2,29	2,50	2,80	2,94	2,79	3,00	2,89
Media Nazionale	1,99	2,24	2,48	2,61	2,85	2,92	2,91	3,09	3,26

Fonte dei dati: NSIS-SIAD-DM 17 dicembre 2008 e s.m.i. Ministero della Salute. Direzione Generale della Digitalizzazione, del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica. Ufficio Sistema Informativo Sanitario Nazionale. Anno 2023.

Tabella 1 - *Assistiti (valori assoluti), popolazione media residente (valori assoluti) e tasso (valori per 100) di assistiti trattati in Assistenza Domiciliare Integrata di età 65 anni ed oltre e 75 anni ed oltre per regione - Anno 2022*

Regioni	Assistiti 65+	Popolazione 65+	Tassi di assistiti 65+	Assistiti 75+	Popolazione 75+	Tassi di assistiti 75+
Piemonte	24.599	1.119.276	2,20	20.543	589.087	3,49
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	671	30.602	2,19	571	15.526	3,68
Lombardia	77.173	2.315.352	3,33	65.372	1.203.160	5,43
Bolzano-Bozen	*3.396*	*107.543*	*3,16*	*2.964*	*56.589*	*5,24*
Trento	*3.359*	*125.041*	*2,69*	*2.772*	*63.420*	*4,37*
Veneto	50.178	1.161.826	4,32	42.363	601.516	7,04
Friuli Venezia Giulia	6.437	320.524	2,01	5.347	172.114	3,11
Liguria	14.991	435.479	3,44	12.759	241.167	5,29
Emilia-Romagna	43.087	1.082.511	3,98	36.948	575.501	6,42
Toscana	40.022	957.296	4,18	32.806	513.979	6,38
Umbria	9.172	228.654	4,01	7.881	122.108	6,45
Marche	14.400	383.381	3,76	12.249	202.875	6,04
Lazio	41.160	1.313.144	3,13	35.511	667.369	5,32
Abruzzo	15.755	320.416	4,92	12.984	161.569	8,04
Molise	4.235	76.704	5,52	3.515	38.449	9,14
Campania	28.964	1.141.428	2,54	23.348	529.697	4,41
Puglia	19.024	924.613	2,06	15.505	455.797	3,40
Basilicata	5.928	133.208	4,45	4.955	65.120	7,61
Calabria	3.844	432.803	0,89	3.156	207.153	1,52
Sicilia	45.661	1.095.120	4,17	35.880	526.732	6,81
Sardegna	7.097	385.769	1,84	5.819	200.477	2,90
Italia	**459.153**	**14.090.685**	**3,26**	**383.248**	**7.209.401**	**5,32**

Fonte dei dati: NSIS-SIAD-DM 17 dicembre 2008 e s.m.i. - Ministero della Salute. Direzione Generale della Digitalizzazione, del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica. Ufficio Sistema Informativo Sanitario Nazionale. Anno 2023.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'analisi dei dati rispetto alle precedenti Edizioni del Rapporto Osservasalute evidenzia, per l'anno 2022, una crescita a livello nazionale dell'attività dell'ADI sottesa dall'implementazione progressiva dei modelli organizzativi sanitari delle cure primarie sostenuta da diverse velocità di sviluppo; viene confermato l'andamento del 2021 consolidando il superamento del rallentamento registrato nel 2020.

Tale andamento è in linea con gli obiettivi posti alle Regioni/PA per la diminuzione del tasso di ospedalizzazione attraverso l'erogazione di forme assistenziali

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:47 Pagina 457

alternative al ricovero ospedaliero, anche alla luce di quanto previsto dal D. Lgs. n. 135/2012, la cosiddetta spending review della sanità (tasso di ospedalizzazione complessivo pari a 160 per 1.000, durata media di degenza per i RO <7 giorni, tasso occupazione dei posti letto di almeno il 90%).

Dall'analisi dei dati relativi al tasso di assistiti in ADI nel 2022, accorpati per macroaree, emerge che in 3 regioni e PA è presente un andamento in discontinuità rispetto all'anno precedente in relazione agli esiti della pandemia COVID-19 sulla struttura demografica associata alla diversità di incidenza e alle disomogeneità nella risposta dei servizi sanitari regionali. Tuttavia, nel complesso, la forbice che si era limitata progressivamente nel 2021, mostra nel 2022 una discontinuità legata all'incremento di crescita del tasso di assistiti nelle regioni del Centro e alla disponibilità del flusso SIAD per Calabria e Sardegna che non rende direttamente confrontabile il dato con l'andamento storico dell'aggregazione Sud ed Isole.

Sebbene l'applicazione del flusso SIAD sintetizzi modelli organizzativi distinti ed evidenzi le difficoltà di una completa valutazione delle differenze rilevate, con il consolidamento di tale flusso e la disponibilità del dato nel 2022 per tutte le regioni e PA, si ha progressivamente a disposizione una possibilità di analizzare le diverse fasi del percorso e la caratterizzazione di profili di cura domiciliari. La completezza del flusso SIAD, promossa dall'introduzione degli indicatori distrettuali del Nuovo Sistema di Garanzia, consentirà così di valutare l'intensità e la complessità dell'assistenza erogata e la natura del bisogno coerentemente a quanto definito dai LEA anche in presenza di modelli organizzativi eterogenei, in considerazione anche del loro ridisegno in risposta all'evento pandemico nei diversi contesti regionali. Infine, con l'applicazione di quanto previsto dal DM n. 77 del 23 maggio 2022 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN", e lo sviluppo di forme di telemedicina e teleassistenza, è prevedibile che l'ADI possa trovare nel prossimo futuro una ulteriore progressione nella capacità della presa in carico dei pazienti favorendo maggiormente l'integrazione delle diverse figure professionali coinvolte nel processo di cura.

Riferimenti bibliografici

(1) Istat. Tavole statistiche - Indicatori demografici. Disponibile sul sito: https://demo.istat.it/tavole/?t=indicatori&l=it. Ultimo accesso in data 06 marzo 2024.
(2) Istat. Rapporto Annuale 2023 - L'Italia tra eredità del passato e investimenti per il futuro, Capitolo 1. L'evoluzione recente della sopravvivenza pag. 34.
(3) Istat. Rapporto Annuale 2023 - L'Italia tra eredità del passato e investimenti per il futuro, Capitolo 1. 1.2.1 L'inverno demografico viene da lontano pag. 31.
(4) Istat. Annuario Statistico Italiano 2023, Capitolo 4. Sanità e salute. Condizioni di salute, Malattie croniche pag. 170.
(5) Istat. Rapporto Statistico Italiano 2022, Capitolo 3. Famiglie, stranieri e nuovi cittadini. pag. 171.
(6) Cittadinanzattiva - XX Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità - La cura che (ancora) non c'è.
(7) Ministero della Salute. Cure Domiciliari. Disponibile sul sito:
www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=4706&area=Lea&menu=socioSanitaria.
Ultimo accesso in data 07 marzo 2024.
(8) Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:47 Pagina 458

Posti letto residenziali di tipo socio-sanitario per persone con disabilità e anziani

Significato. Le strutture residenziali di tipo socio-sanitario, forniscono assistenza e cure mediche di lungo periodo a persone in condizione di non autosufficienza o con elevata necessità di tutela sanitaria. I servizi erogati includono sia prestazioni prettamente sanitarie (cure mediche e infermieristiche, trattamenti riabilitativi e somministrazioni di terapie) con diversi livelli d'intensità, sia prestazioni a carattere sociale come, ad esempio, i servizi di cura alla persona (aiuti per il movimento, per l'alimentazione e per l'igiene personale).
La loro attività occupa un ruolo rilevante nell'ambito del processo di integrazione tra assistenza sanitaria e assistenza sociale.
L'indicatore proposto permette di confrontare l'entità dell'offerta di residenzialità destinata agli anziani e alle persone con disabilità; i dati sono stati rilevati con l'indagine dell'Istat sui presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari.
Le strutture considerate sono quelle caratterizzate da una significativa componente sanitaria (presenza di almeno una figura che svolge attività di tipo socio-sanitario oltre al MMG) che forniscono, in prevalenza, ospitalità ad anziani, a persone con disabilità e/o con patologie psichiatriche.

Tasso di posti letto per persone con disabilità e anziani non autosufficienti

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Posti letto per } \textit{target} \text{ di utenza}}{\text{Popolazione media residente per la stessa fascia di età}} \times 10.000$$

Rapporto tra posti letto e beneficiari di prestazioni per la disabilità

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Posti letto per } \textit{target} \text{ di utenza}}{\text{Beneficiari di prestazioni per la disabilità per la stessa fascia di età}} \times 10.000$$

Validità e limiti. Il primo indicatore è stato costruito per due diversi *target* d'utenza: anziani non autosufficienti (persone di età >65 anni non autosufficienti) e persone con disabilità (persone di età <65 anni con disabilità fisica, psichica, sensoriale e/o con patologie psichiatriche); l'assegnazione dei posti letto al *target* di utenza è stata effettuata sulla base delle prevalenze di assistiti dichiarate dalle strutture censite, pertanto non si esclude che i posti letto possano essere utilizzati anche per altre tipologie di utenti.
I dati sulla base dei quali è stato costruito l'indicatore sono stati ponderati per tenere conto del numero di strutture che non hanno risposto alla rilevazione, corrispondente a circa il 22% dell'universo di riferimento. Al fine di valutare l'effetto sulla precisione dell'indicatore delle mancate risposte è stato calcolato il Coefficiente di Variazione percentuale, che rappresenta la quota percentuale dell'errore sulla stima puntuale.
Il secondo indicatore è stato costruito rapportando i posti letto di ciascun *target* d'utenza prevalente (anziani non autosufficienti e persone con disabilità) ai "beneficiari di pensioni per persone con disabilità" stimati dall'Istat attraverso i dati provenienti dal Casellario centrale dei pensionati, nel quale l'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale raccoglie i principali dati sulle prestazioni pensionistiche erogate da tutti gli Enti previdenziali italiani, sia pubblici sia privati.
L'obiettivo è quello di rapportare l'offerta residenziale ad una misura che meglio rappresenti la dimensione del bisogno di assistenza residenziale.
È importante sottolineare che il numero di beneficiari di pensioni per persone con disabilità, pur rappresentando una sovrastima della domanda di servizi residenziali, fornisce una dimensione che, rispetto alla popolazione complessiva, ricalca più adeguatamente sul territorio la distribuzione della domanda potenziale di assistenza residenziale.
Per avere una stima più accurata della domanda complessiva di residenzialità, sarebbe opportuno conoscere anche l'entità del bisogno assistenziale e la presenza di servizi alternativi di tipo domiciliare.
Eventuali variazioni in serie storica possono derivare da alcuni cambiamenti che hanno riguardato i criteri di classificazione dei *target* d'utenza addottati a partire dall'anno 2014.

Valore di riferimento/Benchmark. Risulta difficoltoso individuare un valore di riferimento, poiché il rapporto ideale tra posti letto residenziali e popolazione dipende dall'offerta di forme di assistenza alternative e dall'orientamento delle singole regioni.

Descrizione dei risultati

In Italia, i posti letto destinati ad accogliere anziani e persone con disabilità sono, complessivamente,

C. DI PRIAMO

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:47 Pagina 459

327.844, pari a 55,5 ogni 10.000 abitanti. La parte più ampia dell'offerta è destinata ad accogliere anziani non autosufficienti (191,3 per 10.000), quote residuali sono, invece, rivolte ad utenti con disabilità (13,1 per 10.000). L'analisi territoriale evidenzia forti divari tra le ripartizioni, con un'offerta che si concentra soprattutto nelle regioni del Nord e si riduce sensibilmente nelle altre aree del Paese. I più alti livelli di offerta complessiva si registrano nella PA di Trento con 107,4 per 10.000; la più bassa dotazione di posti letto si riscontra, invece, nelle regioni meridionali con livelli minimi in Campania (10,7 per 10.000).
Per quanto riguarda gli anziani, il tasso più elevato si registra nella PA di Bolzano (458,9 per 10.000), mentre l'offerta più bassa si rileva in Campania dove il livello dei tassi scende a 23,1 per 10.000. La quota di posti letto dedicati alle persone con disabilità raggiunge i livelli massimi in Liguria e in Valle d'Aosta (rispettivamente, 28,6 e 27,6 per 10.000), mentre i valori minimi si registrano ancora una volta in Campania, con un tasso di 7,6 per 10.000) (Tabella 1). Se consideriamo il secondo indicatore, il gradiente Nord-Sud ed Isole aumenta per entrambi i *target* d'utenza, l'offerta di servizi residenziali è molto più bassa nel Sud e nelle Isole, dove la quota di percettori di pensioni risulta essere maggiore (Grafico 1).

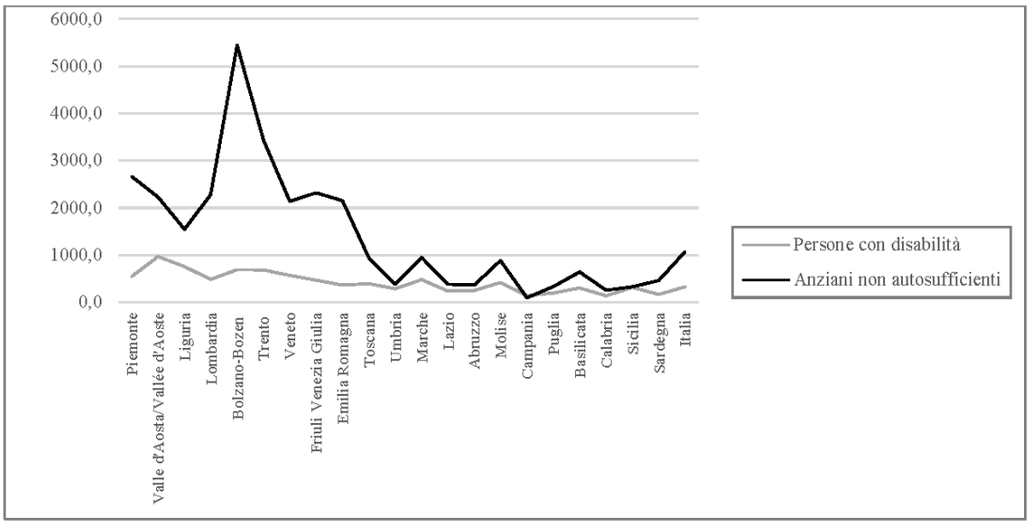
Tabella 1 - *Tasso (valori per 10.000) di posti letto per persone con disabilità e anziani non autosufficienti nelle strutture socio-sanitarie e Coefficiente di Variazione (valori per 100) per regione - Anno 2021*

Regioni	Persone con disabilità	Anziani non autosufficienti	Totale	Coefficiente di Δ %
Piemonte	16,0	324,3	96,9	0,8
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	27,6	313,0	98,1	0,0
Lombardia	13,2	296,2	78,8	1,2
Bolzano-Bozen	*15,7*	*458,9*	*104,6*	*0,0*
Trento	*16,8*	*412,3*	*107,4*	*0,9*
Veneto	15,3	294,2	81,8	1,1
Friuli Venezia Giulia	13,7	338,2	100,5	1,9
Liguria	28,6	232,4	87,5	2,9
Emilia Romagna	11,3	310,1	84,1	0,3
Toscana	12,3	147,5	47,6	1,5
Umbria	16,2	104,4	39,6	0,4
Marche	20,0	198,6	65,9	1,8
Lazio	10,6	75,4	25,4	2,1
Abruzzo	11,9	75,6	27,8	0,0
Molise	19,7	178,6	61,4	3,4
Campania	7,6	23,1	10,7	3,2
Puglia	11,3	83,2	28,1	3,1
Basilicata	16,1	143,3	47,2	0,0
Calabria	9,5	69,5	23,4	3,8
Sicilia	15,9	70,7	28,3	2,8
Sardegna	9,7	107,3	34,8	2,5
Italia	**13,1**	**191,3**	**55,5**	**0,3**

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Istat. Indagine presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:47 Pagina 460

Grafico 1 - *Tasso (valori per 10.000 beneficiari di pensioni per persone con disabilità) di posti letto per persone con disabilità e anziani non autosufficienti nelle strutture socio-sanitarie per regione - Anno 2021*



Fonte dei dati: Istat. Indagine presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari. Anno 2018. INPS: Casellario centrale dei pensionati. Anno 2023.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'attività delle strutture residenziali si inquadra nell'ambito dell'assistenza integrata di tipo sociale e sanitaria prevista dalla Legge n. 328/2000, che rappresenta una risposta mirata a bisogni di particolari gruppi di popolazione, come le persone con disabilità e gli anziani. È una tipologia di assistenza di lungo periodo che rappresenta una efficace alternativa ad una ospedalizzazione impropria e una soluzione palliativa alla mancanza di una rete di aiuti, formali e informali, che permetta di fornire al paziente un'assistenza più prossima ai suoi bisogni, come l'assistenza domiciliare.
È auspicabile, per l'immediato futuro, che si riducano gli ampi divari territoriali evidenziati dagli indicatori di offerta e attività e, nel medio-lungo termine, che si superi anche questa tipologia di assistenza residenziale a favore di forme di intervento che permettano al paziente di rimanere nel suo abituale ambito di vita. Infatti, spesso molti utenti ospiti di queste strutture finiscono per essere vittime di un confinamento dalla società civile, perdendo qualsiasi possibilità di integrazione e di partecipazione sociale.

Riferimenti bibliografici

(1) Istat, I presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, Anno 2021. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/archivio/290577.
(2) Istat, Rapporto SDGs 2020. Informazioni statistiche per l'Agenda 2030 in Italia. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/archivio/242819.
(3) Istat, Gli indicatori del BES 2021. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/benessere-e-sostenibilit%C3%A0/la-misurazione-del-benessere-%28bes%29/gli-indicatori-del-bes.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:47 Pagina 461

Ospiti anziani e con disabilità nei presidi residenziali

Significato. Nel nostro Paese la quota di anziani e di persone con disabilità continua ad aumentare come conseguenza dell'ormai consolidato processo d'invecchiamento che coinvolge tutti i Paesi occidentali. La necessità di rispondere adeguatamente ad una crescente domanda di assistenza a lungo termine diventa uno dei principali obiettivi del nostro sistema di *welfare* che deve trovare risposte appropriate disponendo di risorse finanziare limitate. Le soluzioni finora proposte mirano a favorire lo sviluppo di forme di assistenza domiciliare e ad incrementare l'assistenza residenziale nei casi in cui le cure a domicilio non risultino praticabili (per difficoltà della famiglia o per l'elevato livello assistenziale richiesto).

La presente Sezione prende in considerazione l'attività di assistenza socio-sanitaria erogata a favore degli anziani non autosufficienti (di età >65 anni) e delle persone con disabilità (<65 anni con disabilità fisica, psichica, sensoriale o persone con patologia psichiatrica).
Le strutture considerate sono state quelle erogatrici di assistenza con una rilevante componente sanitaria, rilevate con l'indagine dell'Istat sui presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari. Pertanto, sono state selezionate le strutture residenziali caratterizzate dalla presenza di almeno una figura professionale, oltre al MMG, che svolge attività di tipo socio-sanitario.

Tasso di ospiti anziani nei presidi residenziali

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Ospiti anziani nei presidi residenziali}}{\text{Popolazione media residente della stessa fascia di età}} \times 10.000$$

Tasso di ospiti adulti e minori con disabilità nei presidi residenziali

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Ospiti adulti e minori con disabilità nei presidi residenziali}}{\text{Popolazione media residente della stessa fascia di età}} \times 10.000$$

Validità e limiti. Gli indicatori calcolati mostrano una discreta variabilità regionale che può dipendere da diversi fattori, quali una diversa capacità di risposta a condizioni di bisogno, un diverso livello di offerta residenziale, cui può associarsi una diversa organizzazione della rete socio-assistenziale.
L'indagine condotta sui presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari ha fatto registrare, per l'anno 2021, un tasso di risposta pari al 78%. Al fine di tener conto delle mancate risposte e dell'effetto che queste hanno sulla precisione degli indicatori è stato calcolato il Coefficiente di Variazione percentuale, che rappresenta la quota percentuale dell'errore sulla stima puntuale.
Eventuali variazioni rispetto agli anni precedenti possono derivare da alcuni cambiamenti che hanno riguardato i criteri di classificazione dei *target* di utenza adottati a partire dall'anno 2014.

Valore di riferimento/Benchmark. Risulta difficoltoso individuare un valore di riferimento, poiché la quota di soggetti istituzionalizzati dipende dal diverso livello di offerta residenziale presente sul territorio e da una diversa organizzazione della rete socio-assistenziale.

Descrizione dei risultati

Nel 2021 gli anziani ospiti dei presidi residenziali sono, complessivamente, 218.800 (155,7 per 10.000 anziani residenti). Molti meno sono gli adulti e i minori con disabilità ospiti dei presidi, rispettivamente, 47.726 (13,3 per 10.000 adulti residenti) e 2.062 (2,2 per 10.000 minori residenti). In linea con il quadro di offerta, il maggiore ricorso all'istituzionalizzazione si riscontra nelle regioni del Nord, soprattutto per gli anziani, per i quali i tassi di ricovero più elevati si registrano nelle PA di Trento e Bolzano (rispettivamente, 360,0 e 371,8 per 10.000 anziani residenti).
Nel Meridione il tasso di ricovero si riduce considerevolmente e tocca i valori minimi in Campania, dove per 10.000 anziani residenti risultano ricoverati 17,8 anziani non autosufficienti, valori sensibilmente al di sotto del livello nazionale (155,7 per 10.000).
Risultati simili si ottengono dall'analisi degli indicatori riferiti agli ospiti adulti con disabilità: la Liguria fa registrare il più alto tasso di ricovero (25,0 ospiti adulti per 10.000 adulti residenti), mentre le regioni del Meridione vedono ridursi considerevolmente i livelli del tasso. L'andamento regionale risulta confermato anche in riferimento agli ospiti minori con disabilità. Per questa categoria di ospiti la Valle

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:47 Pagina 462

d'Aosta risulta essere la regione con il più elevato tasso di ricovero (16,4 per 10.000 residenti) mentre i tassi più bassi si registrano soprattutto nelle regioni del Sud con valori minimi in Calabria e Abruzzo (rispettivamente, 0,3 e 0,5 per 10.000 minori residenti) (Tabella 1).

Tabella 1 - *Tasso (valori per 10.000) di ospiti anziani non autosufficienti, ospiti adulti con disabilità e ospiti minori con disabilità assistiti nelle strutture socio-sanitarie e Coefficiente di Variazione (valori per 100) per regione - Anno 2021*

Regioni	Anziani non autosufficienti		Adulti con disabilità		Minori con disabilità	
	Tassi	Coefficiente di Δ %	Tassi	Coefficiente di Δ %	Tassi	Coefficiente di Δ %
Piemonte	252,8	0,8	17,2	1,2	3,6	4,4
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	264,1	0,0	23,0	0,0	16,4	0,0
Lombardia	260,9	0,8	14,3	1,6	2,2	5,8
Bolzano-Bozen	*371,8*	*0,0*	*22,9*	*0,0*	*5,0*	*0,0*
Trento	*360,0*	*0,8*	*20,3*	*1,0*	*2,3*	*2,9*
Veneto	250,3	1,0	15,6	1,1	1,6	4,2
Friuli Venezia Giulia	260,6	1,6	13,6	2,0	2,1	7,8
Liguria	178,0	2,7	25,0	3,6	3,8	10,1
Emilia-Romagna	217,3	0,5	12,5	0,6	1,2	2,4
Toscana	122,1	1,4	11,9	2,3	2,2	5,2
Umbria	97,3	0,6	18,8	0,7	3,5	2,3
Marche	181,3	1,6	18,0	2,5	2,6	11,4
Lazio	61,5	2,8	10,9	3,5	2,0	8,5
Abruzzo	64,6	0,0	10,3	0,0	0,5	0,0
Molise	107,2	8,4	21,3	11,7	0,9	33,3
Campania	17,8	4,7	7,0	5,1	1,3	12,3
Puglia	70,7	3,1	10,9	4,5	2,2	10,6
Basilicata	91,4	0,0	16,1	0,0	1,0	0,0
Calabria	54,7	5,0	9,0	9,6	0,3	20,4
Sicilia	50,1	3,9	15,5	4,2	4,1	20,8
Sardegna	86,5	3,1	7,9	4,6	2,3	11,9
Italia	**155,7**	**0,9**	**13,3**	**1,2**	**2,2**	**3,1**

Fonte dei dati: Istat. "Indagine presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari. Anno 2023.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'attività delle strutture residenziali si inquadra nell'ambito dell'assistenza integrata di tipo sociale e sanitaria prevista dalla Legge n. 328/2000 che rappresenta una risposta mirata a bisogni di particolari gruppi di popolazione, come le persone con disabilità e gli anziani. È una tipologia di assistenza di lungo periodo che rappresenta una efficace alternativa ad una ospedalizzazione impropria e una soluzione palliativa alla mancanza di una rete di aiuti, formali e informali, che permetta di fornire al paziente un'assistenza più prossima ai suoi bisogni, come l'assistenza domiciliare.
È auspicabile, per l'immediato futuro, che si riducano i divari territoriali evidenziati dagli indicatori di offerta e attività e, nel medio-lungo termine, che si superi anche questa tipologia di assistenza residenziale a favore di forme di intervento che permettano al paziente di rimanere nel suo abituale ambito di vita. Infatti, spesso molti utenti ospiti di queste strutture finiscono per essere vittime di un confinamento dalla società civile, perdendo qualsiasi possibilità di integrazione e di partecipazione sociale.

Riferimenti bibliografici

(1) Istat, I presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, Anno 2021. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/archivio/290577.
(2) Istat, Rapporto SDGs 2020. Informazioni statistiche per l'Agenda 2030 in Italia. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/archivio/242819.
(3) Istat, Gli indicatori del BES 2021.Disponibile sul sito: www.istat.it/it/benessere-e-sostenibilit%C3%A0/la-misurazione-del-benessere-%28bes%29/gli-indicatori-del-bes.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:47 Pagina 463

Ospedalizzazione potenzialmente evitabile per asma in età pediatrica

Significato. Numerosi studi mostrano che, sia a livello individuale che di comunità, i bambini ricoverati frequentemente per asma tendono ad avere meno visite programmate a livello di assistenza territoriale e una minore aderenza alla terapia farmacologica (1).
Queste evidenze suggeriscono che una carente organizzazione dell'assistenza territoriale e una scarsa accessibilità alle cure possono essere responsabili di un aumentato ricorso alle cure ospedaliere (1, 2).
Su queste basi concettuali il tasso di ospedalizzazione per asma, come proposto dall'*Agency for Healthcare Research and Quality*, intende misurare la qualità dei servizi territoriali in termini di prevenzione, accesso alle cure e trattamento, presupponendo che, al migliorare di queste, diminuisca il ricorso al ricovero in Ospedale.
L'indicatore di seguito presentato è inserito nel PNE con la granularità delle Aziende territoriali.

Tasso di dimissioni ospedaliere di pazienti in età pediatrica affetti da asma

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Dimissioni ospedaliere di pazienti di età 0-17 anni affetti da asma*}}{\text{Popolazione media residente di età 0-17 anni}} \times 1.000$$

*Sono escluse dal numeratore le dimissioni afferenti al MDC14 (gravidanza, parto e puerperio), i casi trasferiti da altro Ospedale o da altra struttura sanitaria e i casi con codici di diagnosi per fibrosi cistica o altre anomalie del sistema respiratorio.

Validità e limiti. La stima dei ricoveri ospedalieri per asma in età pediatrica può rappresentare un indicatore valido e riproducibile dell'appropriatezza e dell'efficacia del processo di assistenza rivolto al bambino. Inoltre, in via indiretta, può fungere anche da strumento per valutare la qualità dell'organizzazione delle cure primarie.
Un limite alla validità dell'indicatore può essere rappresentato dalla completezza e dalla qualità delle codifiche presenti nelle SDO.
Per meglio delineare la qualità dell'accesso ai servizi territoriali, è consigliabile includere nell'indicatore non solo i RO, ma anche i DH, poiché una quota considerevole delle ospedalizzazioni evitabili per asma in età pediatrica rientra in questo regime di ricovero, con notevoli differenze tra le regioni (3).

Valore di riferimento/Benchmark. Non essendo presenti riferimenti normativi o di letteratura, nel commento dei risultati viene utilizzato come riferimento il valore nazionale.
Per saggiare la differenza di ogni tasso regionale rispetto al dato italiano sono stati costruiti gli IC al 95% usando l'approssimazione normale alla distribuzione di Poisson per gli eventi frequenti e la somma ponderata di parametri di Poisson per gli eventi rari (4, 5).
Si è scelto di escludere dalle analisi il Lazio perché il suo tasso di ospedalizzazione, oltre quattro volte superiore rispetto a quello nazionale (1,50 per 1.000), non può ritenersi interamente ascrivibile a differenze nella qualità delle cure primarie. Un'analisi secondaria condotta separatamente sui RO e i DH ha, infatti, mostrato che il tasso di ricovero in DH nel Lazio è 6,6 volte superiore al valore di riferimento nazionale (1,18 *vs* 0,18 per 1.000), rappresentando dunque una eccezione nel panorama italiano. È verosimile che questa differenza sia dovuta alla gestione amministrativa dei ricoveri in DH dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, che accoglie più del 40% delle ospedalizzazioni pediatriche del Lazio e i cui ricoverati sono per oltre il 70% residenti in regione. Come confermato dai dati divulgati dall'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio, infatti, nell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù è prassi aprire una SDO per ogni singolo accesso ospedaliero, anche se relativo ad uno stesso paziente (6).

Descrizione dei risultati

A livello nazionale, nel 2022, il tasso di ospedalizzazioni per asma in età pediatrica è pari a 0,24 per 1.000, in lieve rialzo rispetto al 2021 (0,20 per 1.000, +20,00%), ma comunque inferiore rispetto al 2019 (0,40 per 1.000, -40,00%).
In Tabella 1 vengono presentati i tassi regionali, calcolati sull'intera popolazione pediatrica (0-17 anni) e stratificati per classe di età. Rispetto ai ragazzi di età 15-17 anni, il rischio di ricovero per asma è significativamente più alto nei bambini di età <1 anno (Rischio Relativo-RR = 2,89; IC 95% = 2,24-3,75), così come nei soggetti di età 1-4 anni (RR = 5,56; IC 95% = 4,65-6,64), 5-9 anni (RR = 3,06; IC 95% = 2,55-3,66) e 10-14 anni (RR = 1,46; IC 95% = 1,20-1,77) (dati non presenti in tabella).
L'aumento delle ospedalizzazioni per asma pediatrica tra il 2021 e il 2022 ha coinvolto 15 regioni (Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, PA di Bolzano, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia e Sardegna), mentre nelle restanti 5 regioni il tasso è diminuito o rimasto invariato. Queste 5 regioni sono,

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:47 Pagina 464

nello specifico: PA di Trento (da 0,21 a 0,13 per 1.000, -38,10%), Liguria (da 0,36 a 0,28 per 1.000, -22,22%), Toscana (da 0,20 a 0,18 per 1.000, -10,00%), Umbria (da 0,24 a 0,23 per 1.000, -4,17%) e Marche (da 0,16 a 0,16 per 1.000, -0,00%).
Nel Grafico 1 vengono illustrati i tassi std per età a livello regionale. A parziale conferma di quanto osservato nel 2021, le regioni che presentano performance significativamente peggiori rispetto al dato nazionale sono: Lombardia, Campania e Calabria. In Piemonte, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana, Marche, Puglia, Sicilia e Sardegna i tassi sono significativamente inferiori al valore italiano, mentre in tutte le altre regioni i tassi di ospedalizzazione sono in linea con il dato nazionale (Valle d'Aosta, PA di Bolzano, PA di Trento, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Umbria, Abruzzo, Molise e Basilicata).

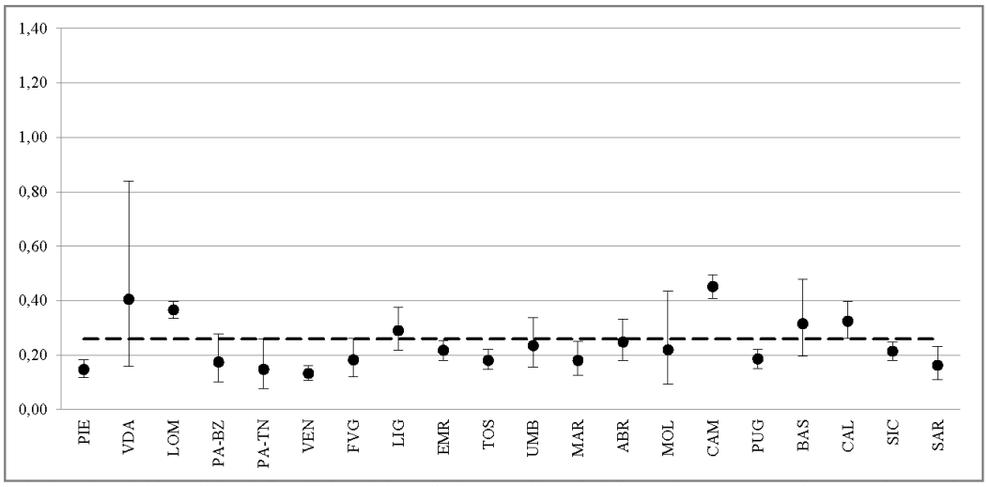
Tabella 1 - *Tasso (specifico per 1.000) di dimissioni ospedaliere di pazienti in età pediatrica (0-17 anni) affetti da asma per regione - Anno 2022*

Regioni	0	1-4	5-9	10-14	15-17	Totale
Piemonte	0,34	0,29	0,11	0,07	0,08	0,14
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,00	0,91	0,40	0,33	0,00	0,37
Lombardia	0,54	0,93	0,31	0,11	0,07	0,33
Bolzano-Bozen	*0,00*	*0,47*	*0,14*	*0,07*	*0,06*	*0,17*
Trento	*0,00*	*0,46*	*0,16*	*0,00*	*0,00*	*0,13*
Veneto	0,03	0,19	0,18	0,09	0,08	0,13
Friuli Venezia Giulia	0,27	0,29	0,22	0,10	0,09	0,17
Liguria	0,12	0,46	0,22	0,30	0,21	0,28
Emilia-Romagna	0,20	0,53	0,21	0,06	0,06	0,20
Toscana	0,05	0,11	0,26	0,20	0,14	0,18
Umbria	0,00	0,27	0,35	0,20	0,12	0,23
Marche	0,11	0,43	0,18	0,07	0,05	0,16
Abruzzo	0,00	0,40	0,37	0,12	0,14	0,24
Molise	0,60	0,27	0,37	0,08	0,00	0,20
Campania	0,52	0,73	0,57	0,29	0,13	0,43
Puglia	0,23	0,42	0,20	0,06	0,05	0,17
Basilicata	0,31	0,76	0,34	0,04	0,13	0,29
Calabria	0,08	0,48	0,37	0,24	0,25	0,32
Sicilia	0,16	0,36	0,27	0,14	0,05	0,20
Sardegna	0,00	0,33	0,20	0,06	0,10	0,15
Italia	**0,27**	**0,51**	**0,28**	**0,13**	**0,09**	**0,24**

Nota: il Lazio è escluso dalle analisi poiché nell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù è prassi aprire una SDO per ogni accesso in DH, anche se relativo a uno stesso paziente.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2023.

Grafico 1 - *Tasso (standardizzato per 1.000) di dimissioni ospedaliere di pazienti in età pediatrica (0-17 anni) affetti da asma per regione - Anno 2022*



Nota: il Lazio è escluso dalle analisi poiché nell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù è prassi aprire una SDO per ogni accesso in DH, anche se relativo a uno stesso paziente.
Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:47 Pagina 465

Raccomandazioni di Osservasalute

Nell'anno 2022, il tasso nazionale di ospedalizzazioni potenzialmente evitabili per asma in età pediatrica è risultato pari a 0,24 ogni 1.000 abitanti. Questo risultato, benché in lieve rialzo rispetto al 2021 (0,20 per 1.000, +20,00%), conferma la riduzione degli accessi impropri in Ospedale rispetto al 2019 (0,40 per 1.000, -40,00%). La contrazione degli accessi alle prestazioni ospedaliere da parte dei cittadini può essere vista come il risultato di effetti diretti e indiretti della pandemia da COVID-19, quali le indicazioni di limitare gli accessi al PS, l'applicazione di periodi di lockdown ed il timore del contagio.

Benché 3 regioni continuino a manifestare un dato significativamente superiore alla media nazionale, l'osservazione di un decremento nelle ospedalizzazioni evitabili può essere accolta positivamente, poiché testimonia l'implementazione di attività e servizi mirati di assistenza territoriale e la riduzione della pressione sui posti letto e sul personale ospedaliero, favorendo una maggiore attenzione alla cura dei pazienti affetti da COVID-19. Tuttavia, il mero computo dei tassi di ospedalizzazione non consente di quantificare l'efficacia e l'appropriatezza delle attività territoriali messe in campo per la presa in carico del paziente con asma in età pediatrica, e potrebbe celare un mancato accesso a qualunque tipo di prestazione sanitaria.

Riferimenti bibliografici

(1) AHRQ quality indicators. Pediatric quality indicators: technical specifications (version 4.5). PDI #14 asthma admission rate. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2013.
(2) McDonald KM, Davies SM, Haberland CA, Geppert JJ, Ku A, Romano PS. Preliminary assessment of pediatric health care quality and patient safety in the United States using readily available administrative data. Pediatrics 2008; 122: e416-e425.
(3) Luciano L, Lenzi J, McDonald KM, Rosa S, Damiani G, Corsello G, Fantini MP. Empirical validation of the "Pediatric Asthma Hospitalization Rate" indicator. Ital J Pediatr 2014; 40: 7.
(4) Chiang CL. Standard error of the age-adjusted death rate. U.S. Department of Health, Education and Welfare: Vital Statistics Special Reports 1961; 47: 271-285.
(5) Dobson AJ, Kuulasmaa K, Eberle E, Scherer J. Confidence intervals for weighted sums of Poisson parameters. Stat Med 1991; 10: 457-462.
(6) Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio. I ricoveri in età pediatrica nel Lazio. Anno 2012. Roma: Regione Lazio; 2012.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:47 Pagina 466

Ospedalizzazione potenzialmente evitabile per gastroenterite in età pediatrica

Significato. La gastroenterite è una malattia comune nei bambini e, per quanto alcuni ricoveri ad essa riconducibili siano da considerarsi inevitabili, nella maggior parte dei casi una tempestiva ed efficace cura a livello territoriale pare essere associata a una riduzione del rischio di ospedalizzazione (1, 2).
Come per l'asma, anche nel caso delle gastroenteriti il tasso di ospedalizzazione può descrivere la qualità dei servizi territoriali in termini di accessibilità e di appropriatezza delle cure presupponendo che, al migliorare di queste, diminuisca il ricorso al ricovero ospedaliero (1, 3, 4).
L'indicatore di seguito presentato è inserito nel PNE con la granularità delle Aziende territoriali.

Tasso di dimissioni ospedaliere di pazienti in età pediatrica affetti da gastroenterite

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Dimissioni ospedaliere di pazienti di età 0-17 anni affetti da gastroenterite*}}{\text{Popolazione media residente di età 0-17 anni}} \times 1.000$$

*In diagnosi principale o diagnosi secondaria quando la diagnosi principale è la disidratazione.

Validità e limiti. La stima dei ricoveri ospedalieri per gastroenterite in età pediatrica può rappresentare un indicatore valido e riproducibile della tempestività, accessibilità e appropriatezza delle cure territoriali rivolte al bambino; in via indiretta, può fungere anche da strumento per valutare la qualità dell'organizzazione delle cure primarie.
Un limite alla validità dell'indicatore in oggetto può essere riconducibile alla completezza e alla qualità delle codifiche presenti nelle SDO.
Per meglio delineare la qualità dell'accesso ai servizi territoriali, è consigliabile includere nel conteggio delle ospedalizzazioni evitabili per gastroenterite non solo i RO, ma anche i DH, poiché la loro quota, benché contenuta a livello medio nazionale (<1%), mostra una variabilità abbastanza accentuata a livello regionale (5).

Valore di riferimento/Benchmark. Non essendo presenti riferimenti normativi o di letteratura, nel commento dei risultati viene utilizzato come riferimento il valore nazionale.
Per saggiare la differenza di ogni tasso regionale rispetto al dato italiano sono stati costruiti gli IC al 95% usando l'approssimazione normale alla distribuzione di Poisson per gli eventi frequenti e la somma ponderata di parametri di Poisson per gli eventi rari (6, 7).

Descrizione dei risultati

A livello nazionale, nel 2022, il tasso di ospedalizzazioni per gastroenterite in età pediatrica è pari a 1,15 per 1.000, in marcato rialzo rispetto al 2021 (0,73 per 1.000, +57,53%), ma comunque inferiore rispetto al 2019 (1,64 per 1.000, -29,88%).
In Tabella 1 vengono presentati i tassi regionali, calcolati sull'intera popolazione pediatrica (0-17 anni) e stratificati per classe di età. Rispetto ai ragazzi di età 15-17 anni, il rischio di ricovero per gastroenterite è significativamente più alto nei bambini di età <1 anno (Rischio Relativo-RR = 24,32; IC 95% = 21,72-27,22), così come nei soggetti di età 1-4 anni (RR = 14,45; IC 95% = 12,98-16,09), 5-9 anni (RR = 4,38; IC 95% = 3,91-4,89) e 10-14 anni (RR = 1,54; IC 95% = 1,36-1,74) (dati non presenti in tabella).
L'aumento delle ospedalizzazioni per gastroenterite pediatrica tra il 2021 e il 2022 ha coinvolto tutto il territorio nazionale ad eccezione della Valle d'Aosta (da 0,68 a 0,53 per 1.000, -22,06%).
Nel Grafico 1 vengono illustrati i tassi std per età a livello regionale. A conferma di quanto osservato nel 2021, le regioni del Mezzogiorno presentano performance significativamente peggiori (Abruzzo, Molise, Puglia, Basilicata e Sicilia) o in linea con il dato nazionale (Campania, Calabria e Sardegna), mentre la maggior parte delle regioni del Nord e del Centro mostrano tassi di ospedalizzazione significativamente inferiori al valore nazionale (Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, PA di Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana e Umbria). Le restanti regioni presentano valori in linea con il dato nazionale (PA di Bolzano, Marche e Lazio).

M.P. FANTINI, J. LENZI, C. CECCOLINI

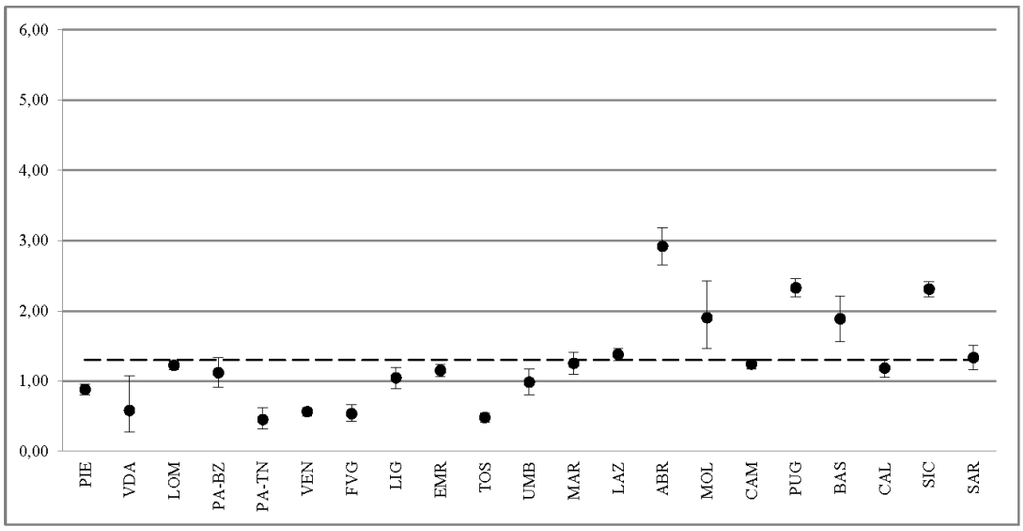
Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:47 Pagina 467

Tabella 1 - *Tasso (specifico per 1.000) di dimissioni ospedaliere di pazienti in età pediatrica (0-17 anni) affetti da gastroenterite per regione - Anno 2022*

Regioni	0	1-4	5-9	10-14	15-17	Totale
Piemonte	3,98	1,84	0,62	0,22	0,14	0,78
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	2,63	0,60	0,60	0,17	0,55	0,53
Lombardia	5,90	2,38	0,84	0,32	0,30	1,09
Bolzano-Bozen	*3,57*	*2,96*	*0,72*	*0,14*	*0,17*	*1,08*
Trento	*2,19*	*0,41*	*0,48*	*0,14*	*0,42*	*0,43*
Veneto	2,44	1,13	0,46	0,15	0,07	0,50
Friuli Venezia Giulia	2,88	0,96	0,37	0,15	0,12	0,47
Liguria	4,33	2,07	0,90	0,29	0,13	0,92
Emilia-Romagna	6,54	2,33	0,61	0,29	0,18	1,02
Toscana	2,52	0,95	0,27	0,13	0,13	0,42
Umbria	3,74	1,91	0,62	0,48	0,33	0,88
Marche	5,09	2,79	0,83	0,42	0,05	1,09
Lazio	4,74	3,43	0,82	0,31	0,27	1,20
Abruzzo	12,16	7,22	1,50	0,66	0,32	2,56
Molise	5,37	4,73	1,59	0,34	0,13	1,68
Campania	4,72	2,94	0,92	0,20	0,13	1,11
Puglia	6,69	6,01	1,50	0,57	0,32	2,04
Basilicata	3,68	4,42	1,57	0,52	0,73	1,72
Calabria	3,24	2,78	0,91	0,31	0,31	1,09
Sicilia	6,44	5,60	1,93	0,57	0,11	2,11
Sardegna	4,03	3,29	0,87	0,35	0,27	1,12
Italia	**4,99**	**2,96**	**0,90**	**0,32**	**0,21**	**1,15**

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2023.

Grafico 1 - *Tasso (standardizzato per 1.000) di dimissioni ospedaliere di pazienti in età pediatrica (0-17 anni) affetti da gastroenterite per regione - Anno 2022*



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2023.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nell'anno 2022, il tasso nazionale di ospedalizzazioni potenzialmente evitabili per gastroenterite in età pediatrica è risultato pari a 1,15 ogni 1.000 abitanti. Questo risultato, benché in rialzo rispetto al 2021 (0,73 per 1.000, +57,53%), conferma la riduzione degli accessi impropri in Ospedale rispetto al 2019 (1,64 per 1.000, -29,88%). La contrazione degli accessi alle prestazioni ospedaliere da parte dei cittadini può essere vista come il risultato di effetti diretti e indiretti della pandemia di COVID-19, quali le indicazioni di limitare gli accessi al PS, l'applicazione di periodi di *lockdown* e il timore di contagio.

Benché 5 regioni manifestino un dato significativamente superiore alla media nazionale, l'osservazione di un decremento nelle ospedalizzazioni evitabili può essere accolta positivamente, poiché testimonia l'implementazione di attività e servizi mirati di assistenza territoriale e la riduzione della pressione sui posti letto e sul personale ospedaliero, favorendo una maggiore

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:47 Pagina 468

attenzione alla cura dei pazienti affetti da COVID-19. Tuttavia, il mero computo dei tassi di ospedalizzazione non consente di quantificare l'efficacia e l'appropriatezza delle attività territoriali messe in campo per la presa in carico del paziente con gastroenterite in età pediatrica, e potrebbe celare un mancato accesso a qualunque tipo di prestazione sanitaria.

Riferimenti bibliografici

(1) McDonald KM, Davies SM, Haberland CA, Geppert JJ, Ku A, Romano PS. Preliminary assessment of pediatric health care quality and patient safety in the United States using readily available administrative data. Pediatrics 2008; 122: e416-e425.
(2) AHRQ quality indicators. Pediatric quality indicators: technical specifications (version 4.5). PDI #16 gastroenteritis admission rate. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2013.
(3) Beal AC, Co JP, Dougherty D, Jorsling T, Kam J, Perrin J, Palmer RH. Quality measures for children's health care. Pediatrics 2004; 113: 119-209.
(4) Sedman A, Harris JM 2nd, Schulz K, Schwalenstocker E, Remus D, Scanlon M, Bahl V. Relevance of the Agency for Healthcare Research and Quality Patient Safety Indicators for children's hospitals. Pediatrics 2005; 115: 135-145.
(5) Lenzi J, Luciano L, McDonald KM, Rosa S, Damiani G, Corsello G, Fantini MP. Empirical examination of the indicator 'pediatric gastroenteritis hospitalization rate' based on administrative hospital data in Italy. Ital J Pediatr 2014; 40: 14.
(6) Chiang CL. Standard error of the age-adjusted death rate. U.S. Department of Health, Education and Welfare: Vital Statistics Special Reports 1961; 47: 271-285.
(7) Dobson AJ, Kuulasmaa K, Eberle E, Scherer J. Confidence intervals for weighted sums of Poisson parameters. Stat Med 1991; 10: 457-462.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:47 Pagina 469

Indice sintetico di ospedalizzazione evitabile

Significato. Negli ultimi anni, il tema delle ospedalizzazioni evitabili ha assunto in Italia un ruolo di primaria importanza nella valutazione indiretta dell'assistenza sanitaria territoriale. In particolare, il monitoraggio di quelle condizioni patologiche che l'*Agency for Healthcare Research and Quality* definisce come "Ambulatory Care Sensitive Conditions" (1) ha permesso di evidenziare una serie di casistiche sanitarie per le quali un'adeguata gestione garantita a livello di cure ambulatoriali si rivela potenzialmente in grado di prevenire il ricovero ospedaliero. Esempi di trattazione di questa tematica possono ritrovarsi nei numerosi Approfondimenti che il Rapporto Osservasalute ha pubblicato in questi anni, nonché nell'attività di analisi svolta in seno al PNE che anche nell'Edizione 2023 ha dedicato ampio risalto alla valutazione "indiretta" dell'assistenza territoriale (2).
Facendo seguito a quanto già discusso nelle precedenti Edizioni del Rapporto Osservasalute, si procede in questa sede ad un aggiornamento dell'Indice sintetico di ospedalizzazione evitabile, calcolato come combinazione dei diversi tassi di ospedalizzazione monitorati dal PNE per area territoriale, al fine di far emergere la variabilità nella gestione locale delle patologie oggetto di studio, sulla base delle conclusioni già emerse a tale riguardo in precedenti studi (3). Alla suddetta misura si affianca, anche per quest'anno, il confronto con una versione dell'Indice sintetico che tenga conto dei livelli complessivi di ospedalizzazione (propensione al ricovero) di ciascuna area territoriale studiata.

Indice sintetico di ospedalizzazione potenzialmente evitabile per area territoriale

$IS^x = (\sum_i TA^x_i P_i)/100$ (senza correzione)

$IS'^x = (\sum_i (TA^x_i/F^x)P_i)/100$ (con correzione)

Significato delle variabili: x = area territoriale di valutazione (Azienda Sanitaria Locale/provincia);
i = indicatore (vedi Tabella 1);
TA^x_i = tasso aggiustato standardizzato (*z-score*) dell'indicatore i per l'area territoriale x;
F^x = rapporto tra il tasso di ospedalizzazione complessivo dell'area territoriale x e il tasso medio italiano;
P_i = peso percentuale dell'indicatore i (vedi Tabella 1).

Validità e limiti. La fonte dei dati è rappresentata dalle SDO relative ai pazienti ricoverati presso strutture pubbliche e private accreditate negli anni 2020-2022.
La metodologia di aggregazione delle differenti misure di ospedalizzazione per gli ambiti nosologici considerati è stata mutuata da quella attualmente in uso per la costruzione dei *Treemap* del PNE, la quale prevede l'attribuzione di pesi specifici agli indicatori prescelti, nonché la riclassificazione degli indici così ottenuti secondo criteri di concordanza tra gruppi omogenei (4).
In particolare, per il calcolo degli indicatori di ospedalizzazione evitabile sono stati accorpati i dati del biennio 2020-2021, e confrontati con i risultati del 2022, con il duplice intento di stabilizzare le misure del periodo COVID-19 su un arco temporale più lungo e valutare se, a distanza di 2 anni dalla pandemia, ci siano state variazioni significative.
Il livello di dettaglio territoriale del calcolo ha seguito la nuova classificazione delle aree territoriali del PNE che, a partire dall'Edizione 2021, considera le ASL come principale unità di aggregazione per la maggior parte delle regioni; fanno eccezione Friuli Venezia Giulia, Toscana, Marche, Molise e Sardegna, in cui le Aziende sanitarie territoriali incorporano più province o addirittura coincidono con l'intero territorio regionale; in tal caso, si è scelto di mantenere la provincia come unità di analisi.
Sono stati, quindi, calcolati gli indicatori di ospedalizzazione evitabile per il biennio 2020-2021 e per l'anno 2022, sotto forma di tassi std per età e genere e specifici per area territoriale, secondo le metodologie e i protocolli utilizzati per il PNE (4).
La selezione degli indicatori e l'attribuzione dei relativi pesi per la costruzione dell'Indice sintetico ha tenuto conto di caratteristiche quali l'uniformità delle patologie oggetto di studio e la possibilità di sovrapposizioni nei criteri di selezione per differenti indicatori. Sulla base di queste considerazioni, gli indicatori sono stati suddivisi in cinque ambiti nosologici, a ciascuno dei quali è stato attribuito un peso del 20% sul totale complessivo dell'indice. In questo modo, si è riconosciuto a ciascun ambito un peso equivalente, indipendentemente dall'ampiezza della casistica e, dunque, dall'ordine di grandezza delle misure di ospedalizzazione (che avrebbe penalizzato gli ambiti a più bassa numerosità ma non meno rilevanti per la Sanità Pubblica, come quello della salute mentale). Laddove un ambito abbia previsto più indicatori, il peso è stato

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:47 Pagina 470

ulteriormente frazionato sulla base del numero di ricoveri di ciascun indicatore (Tabella 1). Si sottolinea, peraltro, come tale sistema di attribuzione dei pesi sia frutto di scelte metodologiche, a fronte delle quali sono state effettuate verifiche di congruità che hanno dimostrato una relativa indipendenza del fenomeno studiato rispetto ai pesi stessi.
Al fine di uniformare i punteggi dei differenti indicatori, si è proceduto a calcolare gli *z-score* (in riferimento alla media e alla deviazione standard della distribuzione di ciascun indicatore per area territoriale), operazione effettuata sia per la versione standard dell'indicatore, che per quella arricchita del sopracitato fattore di correzione rappresentante la "propensione al ricovero" di ciascuna area. Quest'ultima misura è stata ricavata come rapporto tra il tasso di ospedalizzazione complessivo (numero totale SDO su popolazione residente) delle singole aree territoriali rispetto al tasso medio nazionale. Successivamente, si è provveduto a calcolare e a confrontare le due differenti versioni dell'Indice sintetico come media dei punteggi standardizzati dei nove indicatori, ponderate per i rispettivi pesi.

Tabella 1 - *Ambiti nosologici e indicatori di ospedalizzazione considerati per la costruzione dell'Indice sintetico*

Ambito nosologico	Tassi di ospedalizzazione (per 1.000)	Pesi per il calcolo dell'Indice sintetico (%)
Malattie infettive	Influenza (età 65 anni ed oltre)	1
	Infezioni del tratto urinario	19
Malattie dell'apparato respiratorio	Asma negli adulti (età 18 anni ed oltre)	1
	Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva	19
Diabete	Diabete non controllato senza complicanze	4
	Complicanze a medio e lungo termine del diabete	16
Malattie dell'apparato cardiocircolatorio	Scompenso cardiaco	19
	Ipertensione arteriosa	1
Salute mentale	Trattamento Sanitario Obbligatorio	20

Valore di riferimento/Benchmark. In accordo con la metodologia di calcolo del *Treemap* utilizzata per le sintesi degli indicatori del PNE, i punteggi degli indici di sintesi delle differenti aree territoriali sono stati categorizzati mediante l'utilizzo dei *natural breaks*, tecnica di classificazione non supervisionata che prevede l'accorpamento dei punteggi in *cluster* aventi massima omogeneità interna e massima eterogeneità se confrontati l'uno con l'altro (5). Attraverso l'interazione di modelli proponenti differenti numeri di cluster, si è osservato un risultato ottimale in presenza di una suddivisione in cinque categorie, associate a differenti livelli di ospedalizzazione (basso, medio-basso, medio, medio-alto, alto).

Descrizione dei risultati

La riclassificazione dei tassi di ospedalizzazione in forma di Indice sintetico (con e senza correzione per la "propensione al ricovero") ha condotto alla rappresentazione grafica illustrata nei Cartogrammi presentati di seguito, nei quali è possibile visualizzare le 119 aree territoriali classificate secondo i cinque *cluster* di riferimento, per il biennio 2020-2021 e per il singolo 2022. Inoltre, al fine di offrire una visione d'insieme dei risultati, gli indicatori sono stati calcolati anche su base regionale, con i relativi valori mostrati in dettaglio in Tabella 2 e Tabella 3, insieme al livello di ospedalizzazione regionale utilizzato per il calcolo dell'Indice "corretto" per propensione al ricovero.
Con riferimento al periodo pandemico 2020-2021 (Cartogramma 1), l'Indice sintetico ha fatto registrare i punteggi migliori (*cluster* "basso" e "medio-basso") per la totalità delle aree del Piemonte, per le ATS della Lombardia confinanti con quest'ultimo, per buona parte delle aree di Toscana, Marche e Lazio, e per aree mediamente popolose di alcune regioni del Sud-Italia ed Isole.
Tali risultati sono principalmente ascrivibili a una tendenza all'ospedalizzazione evitabile inferiore alla media nazionale per la maggior parte delle aree sopracitate, con pochi valori isolati che sono prossimi a quelli italiani, ma comunque di poco impatto sulla valutazione d'area. Interessante notare come i risultati di questi due *cluster* tendano ad un leggero peggioramento con l'introduzione del fattore di correzione (propensione al ricovero). In particolare, l'effetto appare molto marcato per alcune aree del Sud-Italia e per le Isole, nelle quali la tendenza al ricovero ospedaliero appare sensibilmente più bassa rispetto al totale del Paese (Tabella 3). Tra i passaggi di classificazione più marcati, si citano alcune aree di Puglia (ASL Barletta-Andria-Trani), Basilicata (ASL di Matera) e Calabria (ASP di Cosenza).
Il *cluster* con punteggi "medi" di ospedalizzazione evitabile è il più numeroso: in esso sono presenti 41 aree territoriali variamente distribuite in molte regioni, e che fanno registrare tassi di ospedalizzazione globalmente in linea con la media nazionale, al netto di alcune realtà che presentano andamenti dissimili tra differenti indicatori. L'implementazione del fattore correttivo si traduce in un lieve miglioramento dei risultati per 2 aree territoriali di Lazio e Liguria, e in

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:47 Pagina 471

un peggioramento per 12 ASL, per la maggior parte afferenti a Puglia e Sicilia, nonché a zone particolarmente colpite dalla primissima ondata pandemica (ATS di Milano e dell'Insubria e Azienda ULSS Euganea del Veneto).

I punteggi "medio-alti" di ospedalizzazione evitabile si associano a 29 aree territoriali, alle quali corrispondono tassi di ospedalizzazione in linea o superiori alla media nazionale, principalmente in riferimento agli indicatori ai quali è attribuito un peso maggiore nel calcolo dell'Indice sintetico. Le aree maggiormente associate a questo livello risultano essere principalmente concentrate nel Nord e Centro Italia (Veneto, Umbria e Abruzzo), con l'eccezione di alcune province della Sardegna, nelle quali comunque l'alto livello di ospedalizzazione complessiva riporta i risultati in linea una volta applicato il fattore correttivo.

Infine, i livelli più elevati di ospedalizzazione per il periodo esaminato (classe "alta") si rilevano nell'ATS di Brescia, nell'ASL di Spezzino, nell'Azienda USSL Veneto Orientale e nella totalità delle USL dell'Emilia-Romagna, per un totale di 11 aree. Tali zone presentano tassi di ospedalizzazione superiori alla media nazionale per la maggior parte degli indicatori che compongono l'Indice sintetico.

L'implementazione del fattore correttivo permette di osservare lievi miglioramenti nei tassi per circa la metà delle aree, tra le quali si segnalano alcune ASL dell'Emilia-Romagna (pur rimanendo su livelli di ospedalizzazione medio-alti) e la zona dello Spezzino.

Il confronto con l'anno 2022 evidenzia una generale riduzione nell'Indice sintetico di ospedalizzazione (Cartogramma 2), che vede le classi di punteggi "medio-alti" e "alti" scendere, rispettivamente, a 8 e 3 aree territoriali. Tale risultato appare particolarmente incoraggiante, soprattutto se considerato che il livello complessivo di ospedalizzazione è cresciuto rispetto al biennio pandemico (Tabella 2, Tabella 3).

Nello specifico, il *cluster* con punteggi "bassi" di ospedalizzazione si è ulteriormente esteso ad alcune grandi ASL di Campania e Toscana, consolidando nel frattempo la presenza delle aree del Piemonte. Da notare, comunque, che l'applicazione del fattore correttivo, pur non comportando sensibili scostamenti, risulta maggiormente impattante sulle aree del Sud-Italia e Isole già evidenziate nel periodo precedente, segno di una naturale tendenza a bassi livelli di ospedalizzazione per alcune regioni di questa zona.

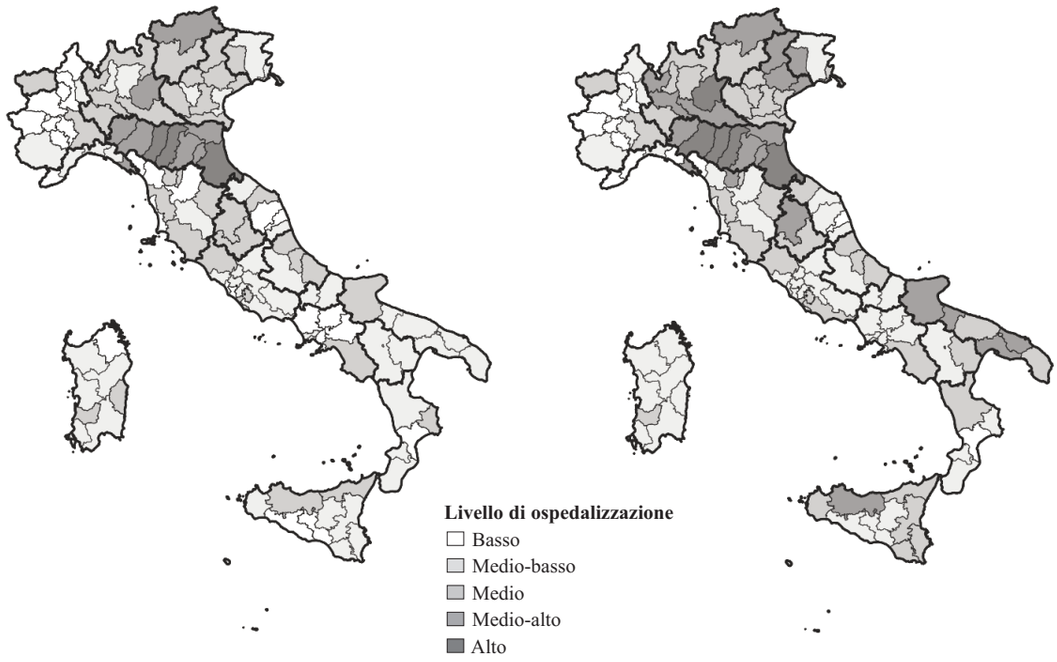
Il *cluster* relativo ai livelli "medio-bassi" di ospedalizzazione si compone di 47 aree territoriali, e risulta essere il più numeroso tra i cinque livelli. Tra le zone che lo compongono, oltre a quelle già segnalate per il biennio pandemico, si aggiungono alcune grandi ASL di Campania, Puglia, Basilicata, Sicilia e Sardegna; si sottolinea, inoltre, come l'applicazione del fattore correttivo restituisca un peggioramento nell'interpretazione dei risultati per alcune di queste regioni, in particolare per la Puglia, con le tre ASL di Bari, Taranto e Barletta-Andria-Trani, che risentono del forte scarto tra i livelli locali e nazionali di propensione al ricovero.

Il *cluster* "medio" è relativo a 37 aree territoriali, distribuite principalmente tra Nord (Lombardia e Veneto), Centro e 1 regione del Sud (Lazio, Abruzzo e Umbria). Di queste, buona parte mantiene valori di ospedalizzazione in linea rispetto ai 2 anni precedenti, ma allo stesso tempo, mantiene anche la tendenza al peggioramento con l'introduzione del fattore correttivo, specialmente nei casi delle aree metropolitane di Lombardia e Veneto.

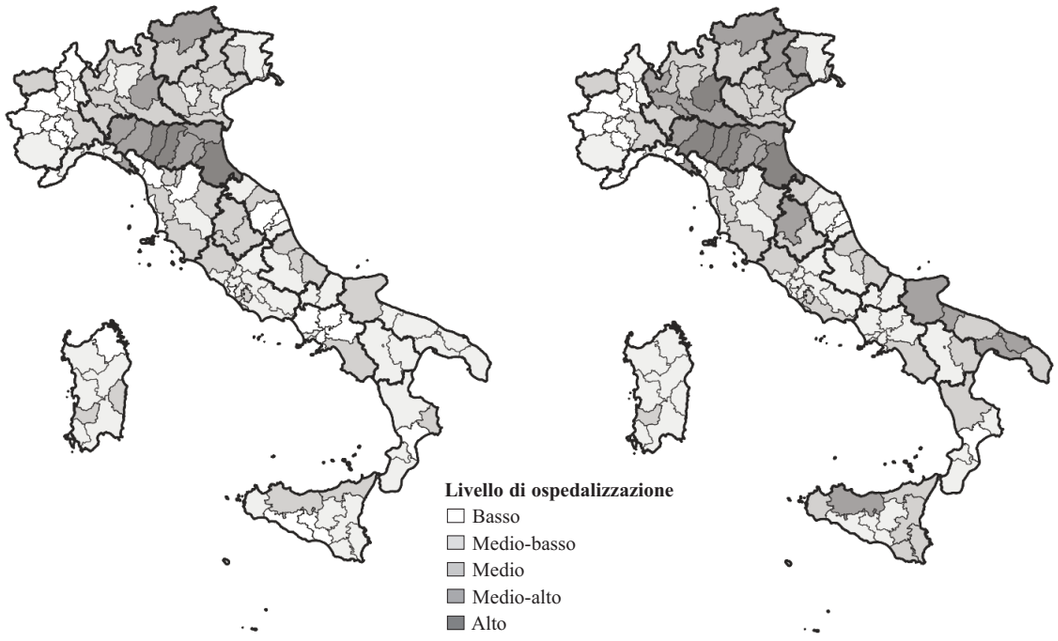
Con riferimento ai livelli di ospedalizzazione "medio-alti" e "alti", le 11 aree precedentemente citate coprono ancora una volta la totalità dell'Emilia-Romagna, la ASL Spezzino e l'ATS di Brescia, in aggiunta all'ASL della PA di Bolzano. A differenza del biennio precedente, non si notano sensibili miglioramenti a seguito dell'applicazione della propensione ospedaliera, probabilmente a causa della sensibile riduzione di numerosità di queste classi rispetto al periodo 2020-2021.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:47 Pagina 472

Indice sintetico di ospedalizzazione evitabile per aree territoriali, formulazione senza (sinistra) e con (destra) applicazione del fattore di correzione per propensione all'ospedalizzazione. Anni 2020-2021



Indice sintetico di ospedalizzazione evitabile per aree territoriali, formulazione senza (sinistra) e con (destra) applicazione del fattore di correzione per propensione all'ospedalizzazione. Anno 2022



Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:47 Pagina 473

Tabella 2 - *Tasso (valori per 1.000) di ospedalizzazione evitabile per indicatore considerato nell'analisi e regione - Anni 2020-2021*

Regioni	Influenza (anni 65+)	Infezioni del tratto urinario	Asma negli adulti	BPCO	Diabete non controllato senza complicanze	Complicanze a medio e lungo termine del diabete	Ipertensione arteriosa	Scompenso cardiaco	TSO	Ospedalizzazione complessiva
Piemonte	0,02	0,44	0,02	0,92	0,03	0,18	0,05	1,73	0,09	125,45
Valle d'Aosta	0,00	0,81	0,02	1,47	0,00	0,12	0,15	2,85	0,18	149,96
Lombardia	0,06	0,86	0,06	0,96	0,08	0,34	0,08	2,53	0,07	114,35
Bolzano-Bozen	*0,26*	*1,40*	*0,04*	*1,13*	*0,23*	*0,29*	*0,19*	*3,17*	*0,03*	*143,36*
Trento	*0,01*	*0,59*	*0,02*	*0,87*	*0,10*	*0,44*	*0,10*	*2,74*	*0,08*	*134,24*
Veneto	0,06	0,75	0,03	0,80	0,11	0,41	0,10	3,05	0,05	121,35
Friuli Venezia Giulia	0,15	0,91	0,03	1,09	0,07	0,26	0,10	3,01	0,07	129,46
Liguria	0,03	0,56	0,04	1,08	0,06	0,26	0,13	2,07	0,12	144,35
Emilia-Romagna	0,08	1,42	0,03	1,59	0,15	0,43	0,13	3,07	0,17	139,39
Toscana	0,02	0,56	0,02	1,21	0,04	0,19	0,06	2,42	0,04	126,03
Umbria	0,04	0,95	0,03	1,08	0,10	0,26	0,20	2,74	0,19	134,13
Marche	0,01	0,44	0,02	0,79	0,02	0,27	0,08	2,37	0,11	132,50
Lazio	0,02	0,44	0,01	0,80	0,07	0,29	0,16	2,63	0,06	130,97
Abruzzo	0,03	0,28	0,02	1,15	0,04	0,46	0,13	2,98	0,15	131,79
Molise	0,01	0,18	0,01	0,65	0,04	0,28	0,07	3,18	0,10	124,21
Campania	0,01	0,24	0,07	1,07	0,04	0,35	0,17	2,24	0,03	122,46
Puglia	0,03	0,24	0,02	1,49	0,03	0,27	0,16	2,39	0,12	103,08
Basilicata	0,04	0,19	0,01	1,66	0,07	0,21	0,15	2,70	0,02	113,82
Calabria	0,01	0,16	0,03	0,95	0,06	0,27	0,17	1,84	0,11	104,48
Sicilia	0,02	0,28	0,01	0,82	0,07	0,24	0,13	2,75	0,19	108,69
Sardegna	0,03	0,45	0,03	1,02	0,12	0,22	0,10	2,08	0,17	134,43
Italia	**0,04**	**0,59**	**0,03**	**1,04**	**0,07**	**0,30**	**0,12**	**2,52**	**0,09**	**122,54**

BPCO = Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva.
TSO = Trattamento Sanitario Obbligatorio.
Fonte dei dati: Elaborazione PNE-Agenas su dati SDO 2020-2021 (numeratore) e Istat 2020-2021 (denominatore). Anno 2023.

Tabella 3 - *Tasso (valori per 1.000) di ospedalizzazione evitabile per indicatore considerato nell'analisi e regione - Anno 2022*

Regioni	Influenza (anni 65+)	Infezioni del tratto urinario	Asma negli adulti	BPCO	Diabete non controllato senza complicanze	Complicanze a medio e lungo termine del diabete	Ipertensione arteriosa	Scompenso cardiaco	TSO	Ospedalizzazione complessiva
Piemonte	0,05	0,48	0,02	1,14	0,04	0,18	0,04	1,80	0,10	139,90
Valle d'Aosta	0,03	1,02	0,01	1,86	-	0,12	0,18	3,11	0,16	168,18
Lombardia	0,07	1,01	0,08	1,27	0,07	0,38	0,09	2,75	0,06	127,01
Bolzano-Bozen	*0,72*	*1,50*	*0,06*	*1,47*	*0,24*	*0,32*	*0,17*	*3,40*	*0,03*	*153,67*
Trento	*0,11*	*0,68*	*0,04*	*1,34*	*0,10*	*0,42*	*0,12*	*3,05*	*0,08*	*147,13*
Veneto	0,09	0,91	0,04	0,95	0,10	0,40	0,08	3,14	0,04	129,17
Friuli Venezia Giulia	0,18	0,95	0,03	1,32	0,07	0,22	0,10	2,76	0,10	134,78
Liguria	0,05	0,63	0,06	1,42	0,06	0,20	0,13	2,18	0,10	159,69
Emilia-Romagna	0,13	1,63	0,05	2,07	0,14	0,44	0,11	3,22	0,16	147,87
Toscana	0,03	0,64	0,02	1,58	0,03	0,18	0,06	2,41	0,05	132,44
Umbria	0,08	0,95	0,03	1,37	0,11	0,28	0,20	2,93	0,16	146,40
Marche	0,02	0,47	0,02	0,99	0,02	0,31	0,10	2,57	0,08	143,43
Lazio	0,02	0,61	0,02	0,91	0,07	0,32	0,15	2,83	0,04	140,16
Abruzzo	0,01	0,27	0,02	1,40	0,03	0,41	0,11	2,78	0,14	141,68
Molise	0,01	0,26	0,01	0,78	0,04	0,33	0,07	3,13	0,05	135,20
Campania	0,01	0,25	0,06	1,18	0,05	0,34	0,20	2,20	0,05	132,69
Puglia	0,01	0,27	0,03	1,65	0,03	0,28	0,16	2,36	0,11	111,67
Basilicata	0,01	0,23	0,01	1,82	0,07	0,25	0,15	2,78	0,01	130,31
Calabria	0,02	0,16	0,02	0,94	0,09	0,33	0,17	1,90	0,10	123,93
Sicilia	0,01	0,29	0,01	0,88	0,06	0,23	0,11	2,92	0,18	117,20
Sardegna	0,04	0,38	0,03	1,14	0,08	0,21	0,06	1,80	0,18	140,18
Italia	**0,06**	**0,67**	**0,04**	**1,26**	**0,07**	**0,31**	**0,11**	**2,61**	**0,09**	**132,90**

BPCO = Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva.
TSO = Trattamento Sanitario Obbligatorio.
Fonte dei dati: Elaborazione PNE-Agenas su dati SDO 2020-2021 (numeratore) e Istat 2020-2021 (denominatore). Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:47 Pagina 474

Raccomandazioni di Osservasalute

A fronte dei risultati maturati per entrambi i periodi in studio, si osserva una maggior tendenza all'omogeneità dell'Indice sintetico a livello intra-regionale. In particolare, tale omogeneità caratterizza sia le regioni con basso numero di aree territoriali (Basilicata, Umbria e Abruzzo), che quelle più grandi, con Piemonte, Toscana e Lazio caratterizzate da punteggi tendenzialmente medio-bassi, e Lombardia, Veneto ed Emilia-Romagna associate a punteggi medio-alti.

Da questo punto di vista, l'implementazione del fattore correttivo legato alla propensione ospedaliera in queste ultime due Edizioni del Rapporto Osservasalute, pur mettendo in evidenza un maggior ricorso all'ospedalizzazione evitabile per alcune grandi regioni del Meridione caratterizzate da bassi livelli di accessi ospedalieri, ha sostanzialmente "fotografato" una tendenza che sembra profondamente radicata nel comportamento di tali regioni risultando, pertanto, scarsamente esplicativa e meritevole di ripensamenti nel proseguimento dell'analisi.

In presenza di bassi livelli di ospedalizzazione evitabile, si raccomanda il mantenimento del comportamento positivo e il rafforzamento dei sistemi di monitoraggio delle *performance*, al fine di protrarre nel tempo il risultato ottenuto. Di contro, alti livelli di ospedalizzazione suggerirebbero l'adozione di politiche di miglioramento dell'assistenza territoriale e di contenimento dei ricoveri ospedalieri per le patologie analizzate, nonché una valutazione sulla coerenza e uniformità delle azioni svolte a livello regionale in presenza di eterogeneità intra-regionale. Va, comunque, segnalato come la diminuzione drastica delle aree ad alti livelli di ospedalizzazione tra i due periodi esaminati possa essere interpretata come una presa di coscienza delle regioni in tal senso, facendo dunque ben sperare per il futuro.

Infine, si segnala ancora una volta l'opportunità di affiancare la lettura "critica" dell'Indice sintetico di ospedalizzazione ad altri indicatori di bisogno e processo su scala territoriale, al fine di ottenere una valutazione globale e completa della problematica in esame.

Riferimenti bibliografici

(1) Agency for Healthcare Research and Quality. Guide to Prevention Quality Indicators: Hospital Admission for Ambulatory Care Sensitive Conditions (ahrq.gov) October 2001. AHRQ Pub. No. 02-R0203.

(2) Report Programma Nazionale Esiti 2023. Sezione "L'Assistenza Territoriale - Ospedalizzazioni evitabili". Disponibile sul sito: https://pne.agenas.it/assets/documentation/report/agenas_pne_report_2023.pdf .

(3) Manzoli L, Flacco ME, De Vito C, et al. AHRQ prevention quality indicators to assess the quality of primary care of local providers: a pilot study from Italy. European Journal of Public Health 2013; 24 (5): 745-50.

(4) Programma Nazionale Esiti. Documento "Fonti e metodi". Disponibile sul sito: https://pne.agenas.it/assets/documentation/fonti_metodi/metodi.pdf.

(5) Jenks GF. The Data Model Concept in Statistical Mapping. International Yearbook of Cartography 1967; 7: 186-1.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:47 Pagina 475

Prime visite e visite di controllo

Significato. L'assistenza specialistica ambulatoriale è un'attività ricompresa nel livello dell'assistenza distrettuale (1). Nel contesto di questa attività, le visite specialistiche ambulatoriali costituiscono una componente fondamentale dell'assistenza sanitaria e possono essere distinte in prime visite, prevalentemente prescritte dal MMG/PLS e finalizzate a rispondere ad un quesito diagnostico, e in visite di controllo, prevalentemente prescritte dal medico specialista agli assistiti già conosciuti che hanno la necessità di essere seguiti nel tempo. Un'adeguata erogazione di prime visite risulta, quindi, necessaria per assicurare l'intercettazione del bisogno di cura, mentre un'adeguata erogazione di visite di controllo risulta necessaria per assicurare la continuità delle cure. La lettura combinata dei tassi di erogazione di queste prestazioni permette di valutare, simultaneamente, la capacità di intercettare il bisogno e di garantire la continuità delle cure. Naturalmente, questi indicatori vanno considerati insieme alle misure di bisogno (ad esempio, prevalenza delle condizioni croniche), di esito (ad esempio, tassi di ricoveri evitabili) e di costo.

Per ogni regione di residenza degli assistiti è stato calcolato il numero complessivo di prime visite e visite di controllo erogate e, di queste, la percentuale di visite erogate all'interno o al di fuori della regione di residenza. Tra le sole visite erogate all'interno della propria regione di residenza è stata calcolata la distribuzione per tipologia di prescrittore.
Per ogni regione erogatrice è stato calcolato il tasso std per età (con metodo diretto) di prime visite e visite di controllo erogate ad assistiti residenti nella propria regione, per 100 abitanti, nel periodo 2019-2022, sulla base dei dati riportati nel flusso informativo della specialistica ambulatoriale (art. 50 del DL n. 269 del 30 settembre 2003) e della popolazione residente a inizio anno secondo l'Istat (2). Come popolazione standard è stata utilizzata la popolazione italiana residente al 1° gennaio del 2019 in classi di età quinquennali dalla fascia 0-4 anni alla fascia 95 anni ed oltre. Le due misure sono state poi visualizzate con un grafico *scatter plot* nel quale le linee che dividono il grafico in quattro quadranti sono rappresentate dai valori mediani.

Tasso standardizzato di prime visite

$$\frac{\text{Numeratore: Prime visite erogate all'interno della regione a cittadini residenti in regione durante l'anno}}{\text{Denominatore: Popolazione residente al 1° gennaio dell'anno}} \times 100$$

Tasso standardizzato di visite di controllo

$$\frac{\text{Numeratore: Visite di controllo erogate all'interno della regione a cittadini residenti in regione durante l'anno}}{\text{Denominatore: Popolazione residente al 1° gennaio dell'anno}} \times 100$$

Validità e limiti. Il flusso della specialistica ambulatoriale è disciplinato dall'art. 50 del DL n. 269/2003, convertito con modificazioni dalla Legge n. 326/2003, e rileva i dati delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate sulla base delle prescrizioni mediche a carico del SSN. Le informazioni sono trasmesse, su base individuale, con cadenza mensile dalle strutture sanitarie al Ministero dell'Economia e delle Finanze (Sistema Tessera Sanitaria) che poi le mette a disposizione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario del Ministero della Salute.
Al fine di individuare la composizione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale è stata utilizzata la Classificazione FaRe (3). Tale Classificazione, dall'acronimo delle due Autrici (Fadda A. e Repetto F.), proposta dalla Regione Emilia-Romagna, attribuisce ad ogni prestazione uno specifico raggruppamento superando, pertanto, la distinzione in branche, individuando cinque grandi tipologie di prestazioni: Visite, Diagnostica, Laboratorio, Terapeutiche, Riabilitazione.

Descrizione dei risultati

Nell'anno 2022, su un totale di 25.585.646 prime visite erogate ad assistiti residenti in Italia, il 97,3% è stato erogato all'interno della stessa regione di residenza. Su un totale di 26.964.788 visite di controllo, il 96,5% è stato erogato all'interno della stessa regione di residenza (Tabella 1). Il numero complessivo di prime visite e visite di controllo prosegue il trend in crescita dopo la forte flessione osservata nel 2020, ma si mantiene ancora al di sotto dei valori del 2019. Ad eccezione della Valle d'Aosta e della Liguria, le regioni con le più alte percentuali di fughe (residenti che effettuano visite fuori dalla propria regione di residenza) si concentrano nel Meridione (Grafico 1). Tendenzialmente, si tratta di spostamenti su regioni limitrofe da parte di residenti di province di confine. Molise, Valle d'Aosta e Liguria sono le 3 regioni con le più alte percentuali

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:47 Pagina 476

di fughe per quanto riguarda sia le prime visite che le visite di controllo.
Due prime visite su tre sono prescritte dal medico di famiglia, mentre le visite di controllo sono prescritte più frequentemente da uno specialista ospedaliero che ha in carico il paziente (39,3%), seguito dal medico di famiglia (28,9%) (Tabella 2). La distribuzione delle visite per tipologia di prescrittore non ha subito forti cambiamenti dal 2019 al 2022, nonostante il generale calo delle prestazioni erogate.
Come detto, nel 2022 i volumi delle prestazioni continuano a salire, pur mantenendosi al di sotto dei valori pre-pandemici. Considerando le sole visite erogate a residenti nella propria regione, nel 2022 complessivamente in Italia sono state erogate 24.903.218 prime visite (pari al 41,5%) e 26.022.035 visite di controllo (pari al 43,0%). Nel 2019, le prime visite erano state 26.677.489, quelle di controllo 32.734.791, scese, rispettivamente, a 17.724.686 e 22.548.611 nel 2020 (Tabella 3).
La variabilità tra le regioni è piuttosto marcata. Per quanto riguarda le prime visite, nell'anno 2022, si va da un tasso di visite del 18,1% della Liguria al 65,6% dell'Emilia-Romagna. Considerando, invece, le visite di controllo si passa dal 16,7% della Liguria al 56,4% del Piemonte.
Osservando la mappa italiana non è possibile apprezzare un chiaro gradiente geografico Nord-Sud ed Isole. Sia per le prime visite che per le visite di controllo, infatti, la Basilicata mostra un valore ben al di sopra della media delle altre regioni del Sud, mentre Liguria, Valle d'Aosta, Veneto e la PA di Bolzano al Nord, e le Marche al Centro, presentano valori decisamente inferiori alle altre regioni della stessa zona geografica (Grafico 2).
La combinazione dei tassi di prime visite e di visite di controllo pone tra le regioni con i valori più bassi su entrambe le scale, nel 2022, proprio la Liguria e la Valle d'Aosta nel Nord, le Marche nel Centro, il Molise, la Calabria, la Campania e Sicilia al Sud Italia (Grafico 3). Tra le regioni con i livelli di erogazione più alti troviamo, invece, le regioni del Centro (Lazio, Umbria e Toscana, alcune regioni del Nord (PA Trento, Lombardia, Piemonte ed Emilia-Romagna) e l'Abruzzo al Sud. La distribuzione delle regioni nei 4 anni non ha subito forti stravolgimenti, anche se alcune hanno seguito traiettorie in controtendenza rispetto al trend generale, modificando leggermente il proprio posizionamento in un'ipotetica graduatoria nazionale. In generale, quasi tutte le regioni hanno visto diminuire i propri tassi di erogazione di prime visite dal 2019 al 2022 (fanno eccezione Lombardia, Campania, PA di Trento, Lazio, Toscana ed Emilia-Romagna) e tutte quante hanno ridotto i tassi di visite di controllo. In particolare Liguria, Valle d'Aosta e Marche sono le prime 3 regioni per diminuzione relativa rispetto ai valori osservati nel 2019.

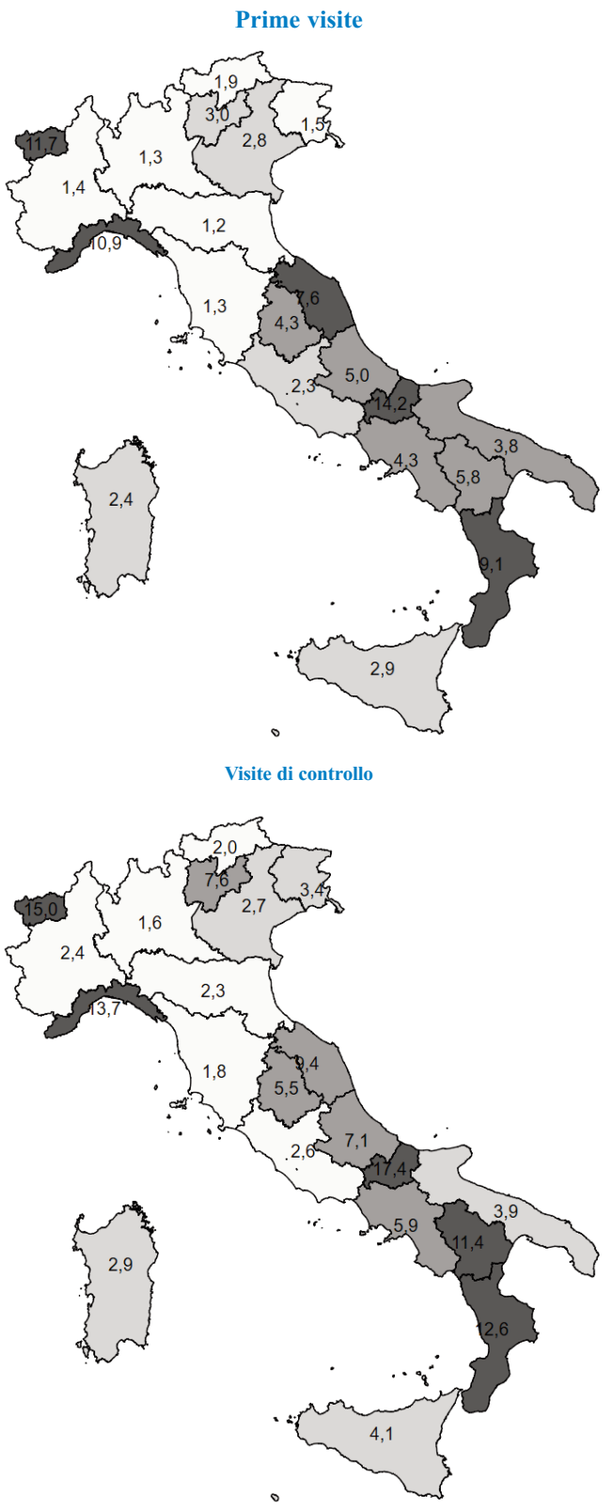
Tabella 1 - *Prime visite e visite di controllo (valori assoluti e valori per 100) erogate nell'anno per regione di residenza - Anno 2022*

Regioni	Prime visite			Visite di controllo		
		Di cui erogate nella stessa regione di residenza			Di cui erogate nella stessa regione di residenza	
	N	N	%	N	N	%
Piemonte	2.636.701	2.599.139	98,6	2.609.783	2.547.590	97,6
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	35.931	31.735	88,3	48.870	41.555	85,0
Lombardia	4.363.777	4.306.676	98,7	5.749.682	5.658.531	98,4
Bolzano-Bozen	*164.857*	*161.707*	*98,1*	*279.845*	*274.364*	*98,0*
Trento	*240.057*	*232.909*	*97,0*	*243.554*	*224.932*	*92,4*
Veneto	1.427.777	1.388.352	97,2	2.333.271	2.270.912	97,3
Friuli Venezia Giulia	569.915	561.321	98,5	439.675	424.848	96,6
Liguria	320.231	285.264	89,1	321.927	277.961	86,3
Emilia-Romagna	2.994.734	2.958.533	98,8	2.360.860	2.307.339	97,7
Toscana	2.039.486	2.013.172	98,7	1.911.990	1.876.853	98,2
Umbria	412.864	394.920	95,7	471.106	445.005	94,5
Marche	357.107	329.801	92,4	401.472	363.571	90,6
Lazio	2.668.211	2.607.520	97,7	2.689.156	2.620.393	97,4
Abruzzo	632.142	600.589	95,0	598.249	555.573	92,9
Molise	96.641	82.936	85,8	109.965	90.826	82,6
Campania	1.798.471	1.720.609	95,7	1.788.814	1.683.656	94,1
Puglia	1.366.898	1.314.822	96,2	1.617.952	1.554.455	96,1
Basilicata	293.859	276.715	94,2	222.605	197.124	88,6
Calabria	652.206	593.069	90,9	627.954	548.916	87,4
Sicilia	1.842.830	1.788.673	97,1	1.455.456	1.395.120	95,9
Sardegna	670.951	654.756	97,6	682.602	662.511	97,1
Italia	**25.585.646**	**24.903.218**	**97,3**	**26.964.788**	**26.022.035**	**96,5**

Fonte dei dati: Nuovo Sistema Informativo Sanitario. Ministero della Salute (Flusso di specialistica ambulatoriale art. 50 della Legge 326/2003). Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:47 Pagina 477

Grafico 1 - *Prime visite e visite di controllo (valori per 100) erogate fuori dalla regione di residenza per regione di residenza - Anno 2022*



Fonte dei dati: Nuovo Sistema Informativo Sanitario. Ministero della Salute (Flusso di specialistica ambulatoriale art. 50 della Legge 326/2003). Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:47 Pagina 478

Tabella 2 - *Prime visite e visite di controllo (valori assoluti e valori per 100) erogate a residenti in regione per prescrittore - Anno 2022*

Prescrittore	Prime visite		Visite di controllo	
	N	%	N	%
Medico di Medicina Generale	16.427.286	66,0	7.512.786	28,9
Ospedaliero	3.331.705	13,4	10.233.741	39,3
Non indicato	2.150.462	8,6	2.053.044	7,9
Pediatra di Libera Scelta	1.260.788	5,1	299.086	1,1
Specialista ambulatoriale (ex Sindacato Unico Medici Ambulatoriali Italiani)	483.771	1,9	1.662.467	6,4
Medico di Azienda Ospedaliero-Universitaria	423.156	1,7	1.906.003	7,3
Specialista di struttura privata accreditata	309.572	1,2	1.224.637	4,7
Altra specializzazione	250.181	1,0	586.144	2,3
Dipendente dei servizi territoriali Azienda Unità Sanitaria Locale	131.918	0,5	403.472	1,6
Guardia Medica	100.620	0,4	60.058	0,2
Altro	33.759	0,1	80.597	0,3
Totale	**24.903.218**	**100,0**	**26.022.035**	**100,0**

Fonte dei dati: Nuovo Sistema Informativo Sanitario. Ministero della Salute (Flusso di specialistica ambulatoriale art. 50 della Legge 326/2003). Anno 2023.

Tabella 3 - *Prime visite e visite di controllo (valori assoluti e tasso standardizzato per 100) erogate a residenti in regione per regione erogatrice - Anni 2019-2022*

Regioni	2019				2020				2021				2022			
	Prime visite		Visite di controllo		Prime visite		Visite di controllo		Prime visite		Visite di controllo		Prime visite		Visite di controllo	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Piemonte	2.787.307	61,8	3.113.999	68,5	1.979.185	44,2	2.246.057	49,8	2.476.433	55,7	2.452.353	54,8	2.599.139	58,3	2.547.590	56,4
Valle d'Aosta	75.365	59,1	68.292	53,4	30.365	23,8	35.549	27,8	34.687	27,4	39.769	31,2	31.735	25,1	41.555	32,5
Lombardia	4.269.226	42,6	6.881.925	68,8	2.803.107	27,9	4.441.362	44,1	4.141.230	41,3	5.488.979	54,7	4.306.676	42,9	5.658.531	56,2
Bolzano-Bozen	*290.306*	*56,7*	*426.323*	*86,1*	*147.474*	*28,4*	*258.846*	*51,4*	*177.069*	*33,9*	*286.049*	*56,5*	*161.707*	*31,0*	*274.364*	*53,9*
Trento	*224.609*	*42,1*	*263.103*	*49,5*	*164.632*	*30,5*	*212.271*	*39,3*	*234.930*	*43,6*	*219.329*	*40,7*	*232.909*	*43,1*	*224.932*	*41,5*
Veneto	1.548.608	31,5	2.843.835	57,7	963.764	19,6	1.976.891	40,0	1.289.877	26,2	2.169.810	43,8	1.388.352	28,1	2.270.912	45,7
Friuli Venezia Giulia	578.793	45,6	489.582	37,6	418.520	33,2	370.239	28,4	472.889	37,6	371.402	28,6	561.321	44,7	424.848	32,8
Liguria	775.019	46,5	883.480	51,6	397.678	24,4	534.449	31,4	280.376	17,7	286.892	17,2	285.264	18,1	277.961	16,7
Emilia-Romagna	2.765.631	61,3	2.805.760	61,2	1.986.188	43,8	2.131.320	46,2	2.774.219	61,6	2.422.091	52,8	2.958.533	65,6	2.307.339	50,4
Toscana	1.984.999	51,9	1.993.909	51,3	1.505.856	39,7	1.630.617	42,3	2.025.431	53,4	1.875.154	48,7	2.013.172	53,1	1.876.853	48,7
Umbria	419.513	45,9	529.772	56,5	270.833	29,8	395.307	42,3	360.986	39,9	418.601	45,0	394.920	43,6	445.005	47,8
Marche	652.222	41,5	704.576	44,3	293.859	18,7	400.374	25,1	331.013	21,2	385.908	24,4	329.801	21,1	363.571	23,0
Lazio	2.603.216	44,9	3.212.795	55,8	1.845.813	32,3	2.187.619	38,3	2.289.884	40,1	2.392.829	41,7	2.607.520	45,9	2.620.393	45,4
Abruzzo	646.452	48,4	642.830	48,0	457.565	34,3	459.978	34,3	574.406	43,4	504.758	37,8	600.589	45,2	555.573	41,5
Molise	109.508	34,5	126.066	39,9	82.176	26,1	82.727	26,2	103.024	33,4	108.161	34,7	82.936	26,8	90.826	29,1
Campania	1.692.674	31,9	2.062.045	39,5	1.004.667	19,1	1.252.596	24,0	1.506.435	28,4	1.441.265	27,4	1.720.609	32,3	1.683.656	31,7
Puglia	1.433.469	36,3	1.833.128	46,7	970.786	24,8	1.404.918	36,0	1.266.058	32,1	1.506.290	38,1	1.314.822	33,1	1.554.455	39,1
Basilicata	309.344	54,6	257.454	45,6	163.086	28,9	147.360	26,2	256.967	45,9	189.811	34,0	276.715	49,5	197.124	35,2
Calabria	784.171	41,5	785.601	41,8	461.867	24,8	491.460	26,5	560.800	30,2	519.137	28,0	593.069	31,8	548.916	29,4
Sicilia	1.903.220	39,3	1.794.389	37,4	1.311.076	27,5	1.256.902	26,5	1.777.974	37,1	1.372.895	28,7	1.788.673	37,1	1.395.120	29,0
Sardegna	823.837	49,2	1.015.927	60,3	466.189	27,9	631.769	37,5	693.322	41,6	791.863	46,9	654.756	38,9	662.511	38,8
Italia	**26.677.489**	**44,2**	**32.734.791**	**54,2**	**17.724.686**	**29,5**	**22.548.611**	**37,4**	**23.628.010**	**39,5**	**25.243.346**	**41,9**	**24.903.218**	**41,5**	**26.022.035**	**43,0**

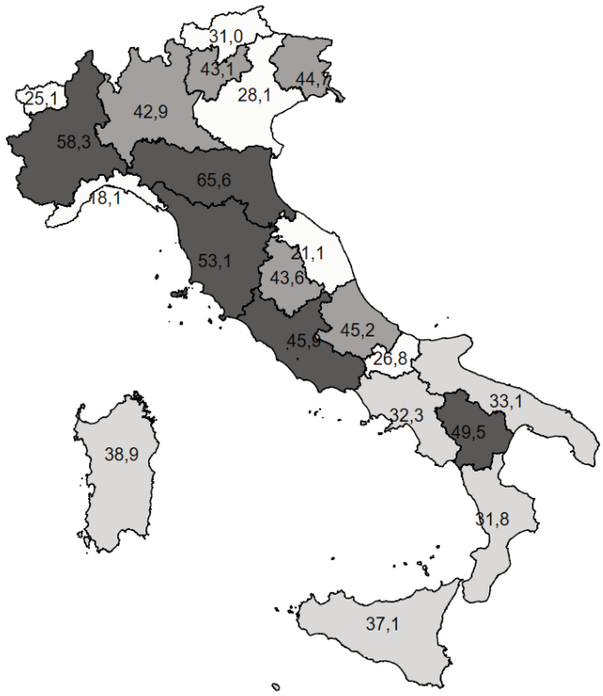
Fonte dei dati: Nuovo Sistema Informativo Sanitario. Ministero della Salute (Flusso di specialistica ambulatoriale art. 50 della Legge 326/2003). Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:47 Pagina 479

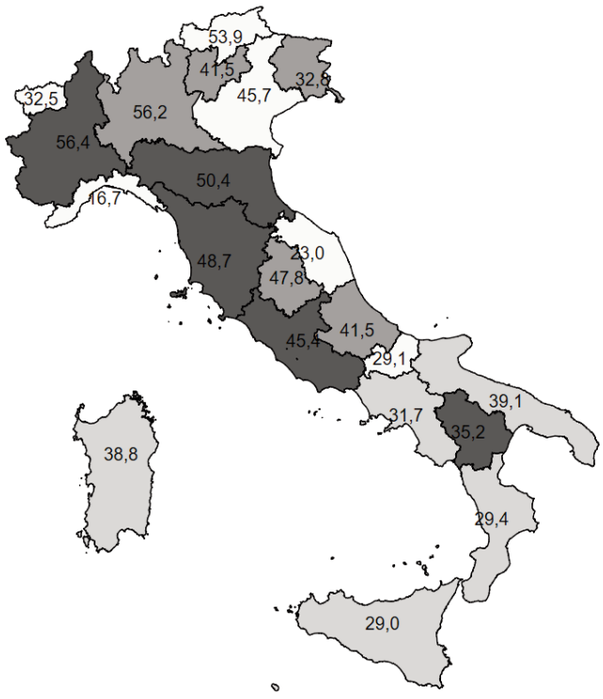
Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:47 Pagina 480

Grafico 2 - *Tasso (standardizzato per 100) di prime visite e visite di controllo erogate a residenti in regione per regione erogatrice - Anno 2022*

Prime visite



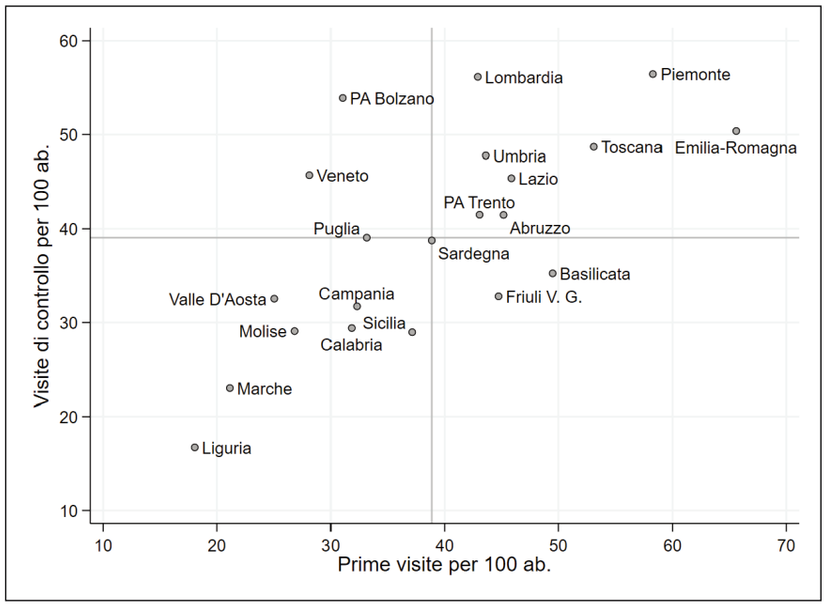
Visite di controllo



Fonte dei dati: Nuovo Sistema Informativo Sanitario. Ministero della Salute (Flusso di specialistica ambulatoriale art. 50 della Legge 326/2003). Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:47 Pagina 481

Grafico 3 - *Tasso (standardizzato e specifico per 100) di prime visite e visite di controllo erogate a residenti in regione per regione erogatrice - Anno 2022*



Fonte dei dati: Nuovo Sistema Informativo Sanitario. Ministero della Salute (Flusso di specialistica ambulatoriale art. 50 della Legge 326/2003). Anno 2023.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nell'ambito dei LEA, le visite specialistiche si collocano nell'attività clinica dell'assistenza specialistica ambulatoriale, afferente alla macroarea dell'assistenza distrettuale.

Al netto delle fughe extraregionali, il tasso std per età di prime visite e visite di controllo erogate nelle singole regioni e PA ai propri cittadini, rappresenta un utile indicatore di processo per misurare la capacità dell'assistenza territoriale di intercettare il bisogno di salute, attraverso la richiesta di prime visite, e garantire la continuità delle cure, attraverso le visite di controllo.

Nell'ultimo biennio si osserva una decisa ripresa dei volumi di erogazione, che ancora però non ha permesso di raggiungere nuovamente i livelli pre-pandemici. Rimane inoltre alta la variabilità interregionale che non sempre segue un chiaro gradiente geografico dal Meridione al Settentrione.

In una lettura congiunta e integrata con altre misure utili idonee a valutare il bisogno di salute della popolazione (ad esempio, la prevalenza di patologie croniche), le ospedalizzazioni evitabili, gli accessi in PS potenzialmente impropri etc., questo indicatore rappresenta un'opportunità per restituire un quadro di sintesi completo delle performance dell'assistenza territoriale nella presa in carico. Costituisce, pertanto, uno strumento aggiuntivo di valore a disposizione dei policy maker per analisi di settore finalizzate ad attuare politiche di miglioramento della struttura e dell'organizzazione del sistema di offerta, dell'appropriatezza prescrittiva relativa all'erogazione di specifiche prestazioni e quindi per favorire una programmazione sanitaria coerente con la domanda di salute.

Per quanto finora illustrato, si consiglia l'utilizzo di tale indicatore anche per un confronto e monitoraggio intraregionale, sia a livello aziendale che distrettuale, al fine di far emergere eventuali difformità, in termini di disuguaglianze sanitarie tra le aree geo-politiche considerate. Ciò anche in una prospettiva di miglioramento continuo della qualità e nell'ottica di una co-responsabilizzazione nella presa in carico complessiva a livello territoriale del bisogno di salute.

In linea con la finalità di perseguire un continuo miglioramento della qualità, si raccomanda, infine, l'opportunità per i tavoli tecnici di considerare il tasso std per età di prime visite e visite di controllo nella discussione per l'implementazione degli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia, per il monitoraggio e la verifica dei LEA.

Riferimenti bibliografici

(1) Ministero della Salute. LEA: assistenza distrettuale. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=4696&area=Lea&menu=distrettuale. Ultimo accesso in data 03 marzo 2022.
(2) Istat. Popolazione residente al 1° gennaio. Disponibile sul sito: http://dati.istat.it/Index.aspx?QueryId=18460. Ultimo accesso 3 marzo 2022.
(3) Regione Emilia-Romagna. Nomenclatore tariffario regionale della specialistica. Tipologia delle prestazioni contenute nel Nomenclatore (aggregazioni FA-RE). Disponibile sul sito: https://salute.regione.emilia-romagna.it/ssr/strumenti-e-informazioni/nomenclatore-tariffario-rer. Ultimo accesso in data 03 marzo 2022.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:47 Pagina 482

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:47 Pagina 483

Assistenza farmaceutica territoriale

Il settore farmaceutico è una delle aree dei servizi sanitari maggiormente regolate: ogni farmaco, prima di poter essere utilizzato, ha bisogno di ottenere una autorizzazione che viene rilasciata dopo studi tossicologici, farmacologici e clinici, a cui seguono le decisioni sulla rimborsabilità e la determinazione del prezzo, fino alla fase di effettiva commercializzazione con la vigilanza sulla qualità dei processi produttivi e sulla sicurezza clinica, il governo della spesa e la promozione dell'appropriatezza prescrittiva.

Il processo è altamente standardizzato. A livello globale, il Progetto *International Council for Harmonisation of Technical Requirements for Pharmaceuticals for Human Use* (1) riunisce le Autorità preposte alla regolamentazione dei farmaci in Europa, Giappone e Stati Uniti ed esperti dell'industria farmaceutica per discutere gli aspetti tecnici e scientifici della registrazione dei prodotti farmaceutici. Attraverso una serie di Linee Guida di buona pratica clinica (*Good Clinical Practice*) l'armonizzazione ha come obiettivi: un utilizzo più economico delle risorse umane, animali e materiali; l'eliminazione di ritardi non necessari nella disponibilità di nuove medicine; la salvaguardia di qualità, sicurezza ed efficacia; la creazione di vincoli per proteggere la salute pubblica.

Sono, tuttavia, presenti nella letteratura scientifica, in particolare a partire dal 1990 dopo la pubblicazione dell'*Harvard Study* (2), vari Report in cui si analizzano i problemi collegati all'utilizzo dei farmaci (*medication-related problems*), tra i quali: sovra e sottoconsumo, prescrizioni di farmaci a pazienti che non ne hanno necessità e pluri-prescrizioni di farmaci in pazienti anziani con patologie croniche (3-5).

Più recentemente, in Italia, è stato eseguito uno studio che, utilizzando i dati della Tessera Sanitaria e sulla base di indicatori predefiniti, ha valutato l'appropriatezza prescrittiva su tutta la popolazione anziana (65 anni ed oltre), dimostrando una elevata frequenza di utilizzo non ottimale dei farmaci (6).

Per tali motivi, diventa estremamente importante monitorare, sia a livello nazionale che regionale ed anche sub-regionale, il consumo dei farmaci e la spesa che ne deriva per il SSN.

Inoltre, poiché non esistono dei valori standard di riferimento del consumo appropriato, è anche molto importante effettuare dei confronti geografici in maniera da poter valutare le eventuali differenze tra aree, tenendo conto delle differenze demografiche, socio-economico-culturali e di diffusione delle patologie.

Nel nostro Paese, l'erogazione dei farmaci da parte del SSN avviene, principalmente, attraverso due canali: l'assistenza farmaceutica territoriale (nel 2022 sono state dispensate circa 1,9 miliardi di confezioni, registrando un aumento pari al +3,5% rispetto al 2021) e l'assistenza farmaceutica ospedaliera.

A livello nazionale, regionale ed in molte ASL, il consumo dei farmaci erogati a carico del SSR è costantemente monitorato attraverso un sistema informativo.

Questo sistema di monitoraggio, principalmente originato dai dati di dispensazione delle farmacie, è in grado di produrre informazioni aggiornate su utilizzo e spesa dei farmaci, con possibilità di disaggregare i dati dalle varie classi terapeutiche alle singole confezioni e, geograficamente, dal livello nazionale a quello di singola ASL.

Questo approccio, attivo dall'anno 2000, pone l'Italia tra i più avanzati Paesi europei per capacità di monitorare, in maniera analitica ed in tempo reale, l'andamento dei consumi e della spesa farmaceutica (7).

Nel 2022, la spesa farmaceutica pubblica lorda, pari a 23,5 miliardi, rappresenta il 68,9% della spesa farmaceutica complessiva e il 17,9% della spesa sanitaria pubblica ed è in lieve aumento rispetto al 2021 (+5,5%). La voce a maggior incidenza sulla spesa è rappresentata da ASL, Aziende Ospedaliere, Residenze Sanitarie Assistenziali e penitenziari (43,9% della spesa pubblica). Al fine di contribuire alla riduzione della spesa farmaceutica nel nostro Paese, sono previste delle forme di compartecipazione alla spesa o *co-payment*. La spesa a carico del cittadino, comprendente la quota della compartecipazione (ticket regionali e differenza tra il prezzo del medicinale a brevetto scaduto e il prezzo di riferimento), l'acquisto privato dei medicinali di Classe A e la spesa dei farmaci di Classe C, ha registrato un totale di 9,9 miliardi di € con un aumento del 7,6% rispetto al 2021. La compartecipazione a carico dei cittadini (comprensiva del ticket per confezione e della quota a carico del cittadino eccedente il prezzo di riferimento sui medicinali a brevetto scaduto) è stata pari al 15,2% della spesa farmaceutica convenzionata lorda e mostra un lieve incremento dell'1,4% rispetto al 2021. L'ammontare complessivo della spesa per compartecipazioni a carico del cittadino sui medicinali di Classe A è risultato pari a 1.501 milioni di € e ha registrato un aumento (+1,4%) rispetto all'anno precedente. Rispetto al 2021, la variazione della spesa (+1,4%) è stata essenzialmente determinata dall'aumento della spesa relativa al ticket per ricetta/confezione (+4,8%), mentre rimane stabile la compartecipazione per la quota eccedente il prezzo di riferimento dei medicinali a brevetto scaduto (+0,1%) (8).

A. MAIDA, A. SCARDIGNO, L. VILLANI, T. SABETTA

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:47 Pagina 484

Riferimenti bibliografici

(1) Disponibile sul sito: www.ich.org/about/mission.html.
(2) Leape LL. et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. N Engl J Med 1991, 324: 377-84.
(3) Kara O et al. Potentially inappropriate prescribing according to the STOPP/START criteria for older adults. Aging Clin Exp Res 2015.
(4) Dalleur O et al. Inappropriate prescribing and related hospital admissions in frail older persons according to the STOPP and START criteria. Drugs Aging 2012, 29: 829-37.
(5) Hill-Taylor B et al. Application of the STOPP/START criteria: a systematic review of the prevalence of potentially inappropriate prescribing in older adults, and evidence of clinical, humanistic, and economic impact. J Clin Pharm Ther 2013, 38: 360-72.
(6) Onder et al. High prevalence of poor-quality drug prescribing in older individuals: a nationwide report from the Italian Medicines Agency (AIFA). J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2014 Apr; 69 (4): 430-7.
(7) Valutazione comparativa di esito degli interventi sanitari. Epidemiol Prev 2011; 35 (2) suppl 1. Disponibile sul sito: www.epiprev.it/pubblicazioni/valutazione-comparativa-di-esito-degli-interventi-sanitari.
(8) Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali (OsMed). L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale 2022. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:47 Pagina 485

Consumo territoriale di farmaci a carico del Servizio Sanitario Nazionale

Significato. In accordo con le raccomandazioni dell'OMS, i consumi di farmaci vengono misurati secondo valori di riferimento standard, indicati come DDD, che rappresentano "la dose media giornaliera di mantenimento per un farmaco, nella sua indicazione terapeutica principale in pazienti adulti" (1).
Il consumo in DDD è, generalmente, espresso come "DDD/1.000 ab die", ossia come numero medio di dosi di farmaco consumate giornalmente ogni 1.000 abitanti. L'indicatore consente di:
- analizzare e confrontare i consumi di tutti i farmaci, non considerando le differenze legate al tipo di confezione e alla posologia;
- valutare il consumo di farmaci in una specifica area geografica (Stato, regione e ASL);
- realizzare confronti fra realtà territoriali;
- effettuare confronti nel tempo.

Consumo farmaceutico territoriale di farmaci di Classe A a carico del Servizio Sanitario Nazionale

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Consumo farmaceutico territoriale di farmaci di Classe A a carico del Servizio Sanitario Nazionale in } \textit{Defined Daily Dose}}{\text{Popolazione residente pesata per età x 365}} \quad \text{Denominatore}$$

x 1.000

Validità e limiti. Poiché il consumo territoriale di farmaci si riferisce all'assistenza farmaceutica convenzionata con il SSN, risultano esclusi dall'indicatore i consumi ospedalieri, la Distribuzione Diretta (DD), vale a dire la distribuzione dei farmaci da parte di strutture sanitarie pubbliche tramite l'erogazione del farmaco direttamente da parte della farmacia dell'Ospedale, come avviene, ad esempio, per il primo ciclo di terapia alla dimissione ospedaliera o alla visita ambulatoriale, e la Distribuzione per Conto (DpC), ossia l'erogazione di farmaci acquistati da parte delle strutture sanitarie e distribuiti, per loro conto, dalle farmacie pubbliche e private.
La variabilità dei consumi è strettamente dipendente dalle caratteristiche delle popolazioni a confronto (età, genere e caratteristiche epidemiologiche). Al fine di minimizzare le differenze dipendenti da età e genere e rendere maggiormente confrontabili i dati regionali, i consumi vengono ponderati utilizzando il sistema di pesi predisposto dal Ministero della Salute e costituito da sette fasce di età, con una ulteriore suddivisione fra uomini e donne per la classe di età 15-44 anni. I dettagli sulla necessità di pesare i dati di consumo e sui metodi di pesatura sono disponibili nei riferimenti bibliografici (2, 3).
La metodologia adottata per porre a confronto il consumo dei farmaci è denominata *Anatomical Therapeutic Chemical* (ATC) e DDD.
L'uso delle DDD evita l'introduzione di distorsioni indotte dal cambiamento di confezione di alcune specialità presenti nell'anno precedente con un diverso numero di DDD per singolo pezzo. La classificazione ATC e le DDD vengono assegnate e mantenute, a livello internazionale, dal Centro Collaborativo per le Statistiche sui Farmaci di Oslo dell'OMS, che pubblica annualmente la lista ufficiale dei farmaci classificati secondo l'ATC in DDD.
In Italia, il Centro di riferimento per il sistema ATC/DDD è il *Drug Utilization Research Group* (DURG), un'Associazione scientifica affiliata all'*European* DURG che dal 1995 mantiene e distribuisce un archivio dei farmaci in commercio in Italia con ATC e DDD. L'ATC individua un sistema di classificazione dei principi attivi dei farmaci, raggruppandoli in differenti categorie sulla base dell'apparato/organo su cui essi esercitano l'azione terapeutica e in funzione delle loro proprietà chimiche e farmacologiche.
I dati di consumo dei farmaci a carico del SSN sono raccolti dalla Federazione Nazionale Unitaria Titolari di Farmacia. Sebbene siano flussi di dati amministrativi raccolti a scopo contabile, sono da considerarsi la migliore fonte attualmente disponibile e consolidata da anni. Si riferiscono all'uso territoriale dei medicinali prescritti a carico del SSN.

Valore di riferimento/Benchmark. In considerazione della particolare natura aggregata dell'indicatore non è possibile suggerire un valore di riferimento definito.

Descrizione dei risultati

Nel 2022, la spesa farmaceutica territoriale complessiva, pubblica e privata, è stata pari a 34,1 miliardi di € ed è aumentata rispetto all'anno precedente del 6,0%. Sempre nell'anno in esame, la spesa farmaceutica pro capite, sommata nelle sue componenti, è stata di 419,37€, con un aumento pari al 14,8% rispetto al 2021 (365,30€).
In regime di assistenza convenzionata, invece, in media ogni giorno sono state consumate 1.140,6 dosi ogni 1.000 abitanti di farmaci di fascia A rimborsati dal SSN, con un incremento dello 0,7% in confronto al 2021 (2) (Tabella 1).
Si propone di seguito una analisi più dettagliata delle

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:47 Pagina 486

principali classi terapeutiche di farmaci per consumo, cui si associano anche alcuni dati di spesa riportati in Tabella 2.

A livello nazionale, i farmaci cardiovascolari rappresentano la classe terapeutica a maggiore consumo nel canale della convenzionata (487,4 DDD/1.000 ab die) e la seconda categoria terapeutica a maggior spesa pubblica per il 2022, con un impatto pari a 3,4 miliardi di € (13,7% della spesa pubblica totale) (Tabella 2).

La spesa pro capite complessiva per i suddetti farmaci è stata pari a 57,63€, prevalentemente giustificata dalla spesa derivante dall'assistenza farmaceutica convenzionata (50,29€ pro capite), e presenta un aumento del 2,9% rispetto alla spesa pro capite complessiva dell'anno precedente (56,0€).

A livello regionale, il consumo più elevato di farmaci cardiovascolari (583,2 DDD/1.000 ab die) si registra in Umbria, seguita da Campania (538,9 DDD/1.000 ab die), Sicilia (526,8 DDD/1.000 ab die) ed Emilia-Romagna e Puglia (entrambe con 510,0 DDD/1.000 ab die).

L'andamento generale dei consumi mostra un maggior utilizzo nelle regioni meridionali. Per gli antimicrobici ad uso sistemico si osserva il consumo più alto in Campania (22,2 DDD/1000 ab die) e quello più basso nella PA di Bolzano (8,1 DDD ab die). I farmaci dell'apparato gastrointestinale e metabolismo presentano dei valori di consumo superiori nelle regioni meridionali, in particolare in Campania (355,3 DDD/1.000 ab die), tuttavia con un decremento dell'11,6% rispetto al 2021, Basilicata (335,8 DDD/1.000 ab die), Sardegna (327,6 DDD/1.000 ab die) e Puglia (315,3 DDD/1.000 ab die). Nell'analisi dei consumi, seguono a distanza i farmaci destinati al trattamento di malattie del sangue e degli organi emopoietici (90,7 DDD/1.000 ab die), i farmaci per il sistema nervoso (70,3 DDD/1.000 ab die), i farmaci per l'apparato genito-urinario e gli ormoni sessuali (44,8 DDD/1.000 ab die) e, infine, quelli per il sistema respiratorio (40,8 DDD/1.000 ab die).

Per quanto riguarda la spesa pubblica totale, tutte le classi di farmaci registrano un incremento rispetto all'anno precedente, ad eccezione del sistema genito-urinario e ormoni sessuali in cui si osserva una flessione minima (-0,7%). I maggiori incrementi sono osservati per i farmaci dermatologici (+31,4% rispetto al 2021) e per i farmaci dell'apparato respiratorio (+16,9% rispetto al 2021). Entrambi gli incrementi sono stati registrati, prevalentemente, nel canale degli acquisti da parte delle strutture sanitarie pubbliche. Per quanto riguarda i prodotti farmaceutici acquistati direttamente dalle strutture pubbliche, inoltre, i farmaci antineoplastici e immunomodulatori sono stati quelli a maggiore spesa (113,04€ pro capite).

Inoltre, in termini di spesa pro capite totale per il SSN (assistenza farmaceutica convenzionata + acquisto da parte di strutture sanitarie pubbliche), la distribuzione dei farmaci vede al primo posto gli antineoplastici e immunomodulatori (117,53€ pro capite), seguiti dai cardiovascolari (57,63€ pro capite), dai farmaci dell'apparato gastrointestinale e metabolismo (55,22€ pro capite) e dagli antimicrobici (44,32€ pro capite) (Tabella 2).

Tabella 1 - *Consumo (valori in DDD/1.000 ab die) farmaceutico territoriale in regime di assistenza convenzionata per singolo farmaco di Classe A, I livello Anatomico Terapeutico Clinico, a carico del Servizio Sanitario Nazionale per regione - Anno 2022*

Regioni	A	B	C	D	G	H	J	L	M	N	P	R	S	V	Totale
Piemonte	244,1	84,7	453,0	4,1	41,7	37,2	12,1	6,7	33,3	75,5	1,0	34,1	23,8	0,0	1.051,3
Valle d'Aosta	239,6	65,8	376,6	3,7	39,9	31,6	11,0	5,7	33,2	66,6	1,1	35,2	19,8	0,0	929,9
Lombardia	308,6	79,3	457,9	3,6	41,6	28,3	12,7	8,7	28,4	73,7	1,2	37,4	17,7	0,3	1.099,3
Bolzano-Bozen	*206,0*	*56,1*	*357,9*	*3,6*	*30,6*	*30,0*	*8,1*	*5,7*	*23,7*	*76,8*	*0,8*	*28,5*	*16,0*	*0,0*	*843,8*
Trento	*269,2*	*100,5*	*423,4*	*5,4*	*42,7*	*44,4*	*13,1*	*7,3*	*33,3*	*67,9*	*1,1*	*44,1*	*17,0*	*0,0*	*1.069,4*
Veneto	242,9	53,5	468,3	4,5	39,0	33,1	10,9	6,9	28,1	63,9	1,1	33,1	19,2	0,0	1.004,5
Friuli Venezia Giulia	276,5	82,6	489,0	5,0	38,3	39,3	11,0	7,8	36,3	60,5	1,3	33,8	23,4	0,1	1.104,7
Liguria	266,4	56,0	417,0	4,0	44,3	23,5	11,7	6,5	29,9	80,9	0,6	40,2	21,2	0,0	1.002,2
Emilia-Romagna	243,0	107,5	510,0	4,6	45,5	43,2	12,4	2,7	32,8	66,6	1,1	37,1	27,9	0,0	1.134,3
Toscana	210,2	105,7	482,1	4,4	43,3	46,6	13,2	1.8	33,6	86,2	1,3	38,8	26,7	0,0	1.094,0
Umbria	211,7	89,9	583,2	4,0	49,1	48,9	16,7	7,0	37,3	78,4	1,3	34,7	24,8	0,1	1.187,0
Marche	227,1	87,8	507,7	3,7	52,3	43,9	16,6	6,6	43,5	72,3	1,0	33,0	30,8	0,1	1.126,5
Lazio	271,8	114,0	493,3	5,1	47,0	45,8	17,4	6,9	46,2	68,2	1,1	46,2	22,2	0,1	1.185,1
Abruzzo	293,5	119,0	480,9	4,8	46,8	46,4	20,2	6,7	52,4	77,7	0,9	38,7	26,7	0,1	1.214,8
Molise	296,0	101,4	483,9	4,8	43,5	48,0	17,4	6,7	51,0	64,6	0,7	34,9	16,4	0,1	1.169,4
Campania	355,3	85,6	538,9	8,1	49,5	37,4	22,2	6,5	49,4	61,2	0,9	59,8	18,6	0,1	1.293,4
Puglia	315,3	113,4	510,0	5,2	50,0	47,7	19,6	7,0	55,9	67,2	0,6	46,6	19,5	0,1	1.258,1
Basilicata	335,8	116,9	505,4	6,1	52,2	48,9	18,8	6,6	56,5	68,4	0,6	44,1	21,6	0,1	1.282,1
Calabria	298,1	113,8	503,2	6,2	45,4	41,4	20,5	7,0	53,5	68,4	0,9	39,0	19,8	0,2	1.217,6
Sicilia	287,6	89,0	526,8	6,1	46,5	38,6	18,6	6,2	45,4	62,6	0,9	42,2	17,9	0,1	1.188,4
Sardegna	327,6	85,8	466,2	5,5	47,0	47,1	14,0	8,2	49,2	79,8	1,1	45,9	20,2	0,1	1.197,8
Italia	**279,5**	**90,7**	**487,4**	**4,9**	**44,8**	**38,9**	**15,3**	**6,5**	**39,1**	**70,3**	**1,0**	**40,8**	**21,3**	**0,1**	**1.140,6**

Legenda: A = Gastrointestinale e metabolismo, B = Sangue e organi emopoietici, C = Cardiovascolare, D = Dermatologici, G = Genito-urinario e ormoni sessuali, H = Preparati ormonali sistemici, esclusi gli ormoni sessuali, J = Antimicrobici, L = Farmaci antineoplastici e immunomodulatori, M = Muscolo-scheletrico, N = Nervoso, P = Farmaci antiparassitari, insetticidi e repellenti, R = Respiratorio, S = Organi di senso, V = Vari.

Fonte dei dati: AIFA. Report regionali sul consumo dei farmaci in Italia. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:47 Pagina 487

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:47 Pagina 488

Consumo (valori in DDD/1.000 ab die pesate) farmaceutico territoriale totale in regime di assistenza convenzionata di farmaci di Classe A, I livello Anatomico Terapeutico Clinico, a carico del Servizio Sanitario Nazionale per regione. Anno 2022

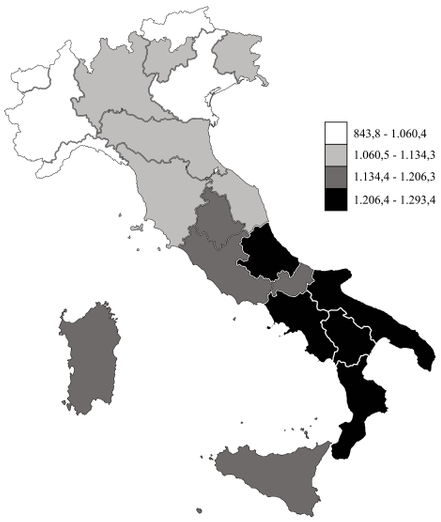


Tabella 2 - *Spesa (valori in milioni di €) pubblica totale e pubblica pro capite (totale, per assistenza farmaceutica convenzionata, per acquisto da parte di strutture sanitarie pubbliche) per farmaci di Classe A, I livello Anatomico Terapeutico Clinico, a carico del Servizio Sanitario Nazionale - Anno 2022*

Farmaci di Classe A	Spesa pubblica totale	Spesa pubblica pro capite		
		Spesa pro capite totale	Per assistenza farmaceutica convenzionata	Per acquisto da parte di strutture sanitarie pubbliche
Cardiovascolare	3.400,0	57,63	50,29	7,34
Apparato gastrointestinale e metabolismo	3.260,0	55,22	32,64	22,58
Sangue e Organi emopoietici	2.455,1	41,62	7,43	34,19
Sistema nervoso	1.989,9	33,58	23,81	9,77
Respiratorio	1.549,1	26,25	15,88	10,37
Sistema muscolo-scheletrico	586,6	9,93	5,39	4,54
Sistema genito-urinario e ormoni sessuali	406,6	6,88	5,58	1,29
Preparati ormonali sistemici, esclusi gli ormoni sessuali	488,4	8,28	3,98	4,30
Antimicrobici	2.616,4	44,32	10,98	33,34
Organi di senso	409,1	6,93	3,65	3,28
Farmaci antineoplastici e immunomodulatori	6.932,3	117,53	4,48	113,04
Dermatologici	261,7	4,42	1,30	3,13
Vari	384,5	6,52	0,14	6,38

Nota: la spesa non è inclusiva dell'ossigeno.

Fonte dei dati: AIFA. Report regionali sul consumo dei farmaci in Italia. Anno 2023.

Raccomandazioni di Osservasalute

Il consumo di prodotti farmaceutici rappresenta una importante quota di spesa per il SSN. Per i farmaci di Classe A, la distribuzione può essere di due tipologie: tramite strutture sanitarie pubbliche o mediante assistenza farmaceutica territoriale convenzionata. L'analisi sopra proposta ha analizzato questa seconda modalità di distribuzione sulla quale eventuali misure correttive potrebbero essere efficaci in quanto insistono su comportamenti dei singoli cittadini.

Esiste, in Italia, una notevole variabilità geografica in termini di consumo, con chiaro gradiente Nord-Sud ed Isole per determinate classi farmaceutiche.

Le regioni con consumi più elevati dovrebbero attentamente monitorare l'utilizzo di farmaci nel proprio territorio, sviluppando strumenti di valutazione e di indagine per analizzare i consumi in termini di appropriatezza e di impatto sulla salute pubblica, soprattutto nella popolazione anziana che è molto spesso poli medicata e, pertanto, particolarmente soggetta a rischi derivanti da un utilizzo non appropriato. Parallelamente, tutte le regioni dovrebbero implementare misure volte a garantire l'uso corretto ed appropriato dei farmaci, anche mediante sensibilizzazione, educazione della popolazione e campagne di prevenzione volte alla correzione degli stili di vita.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:47 Pagina 489

Riferimenti bibliografici

(1) Guidelines for ATC classification and DDD assignment. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, Oslo 2012.

(2) Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale 2022. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2022.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:47 Pagina 490

Spesa farmaceutica territoriale lorda pro capite a carico del Servizio Sanitario Nazionale

Significato. La spesa farmaceutica lorda pro capite territoriale corrisponde alla spesa relativa ai farmaci a carico del SSN distribuiti dalle farmacie pubbliche e private, comprensiva degli sconti obbligatori di legge e della quota per compartecipazione, incluso il ticket (per le regioni dove è applicato).

Spesa farmaceutica territoriale lorda pro capite a carico del Servizio Sanitario Nazionale

Numeratore — Spesa farmaceutica a carico del Servizio Sanitario Nazionale

Denominatore — Popolazione residente pesata per età

Validità e limiti. I dati presentati non includono la spesa farmaceutica derivante dalla Distribuzione Diretta (DD), ossia la distribuzione dei farmaci da parte delle strutture sanitarie pubbliche tramite l'erogazione del farmaco direttamente da parte della farmacia dell'Ospedale. I dati, inoltre, non includono la Distribuzione per Conto (DpC). Pur con i limiti citati, l'indicatore permette di effettuare un confronto dei dati di spesa tra le diverse regioni, tenendo conto delle differenze anagrafiche della popolazione sul territorio. Per i motivi illustrati nell'indicatore precedente, "Consumo territoriale di farmaci a carico del Servizio Sanitario Nazionale", la spesa viene pesata in rapporto alla distribuzione della popolazione per fasce di età (1, 2).

Valore di riferimento/Benchmark. In considerazione della particolare natura dell'indicatore, non è possibile individuare un valore di riferimento.

Descrizione dei risultati

Nel 2022, la spesa farmaceutica territoriale lorda pro capite pesata per età a carico del SSN è pari a € 165,8, in aumento dell'1,5% rispetto al 2021 (163,3€). Le regioni con la spesa pro capite per farmaci più elevata sono Campania (197,9€), Basilicata (190,8€), Calabria (187,8€), Puglia (186,3€) e Lombardia (186,2€). Le regioni che hanno la spesa pro capite più bassa sono, invece, PA di Bolzano (115,3€) con un valore molto inferiore rispetto al dato nazionale, Emilia-Romagna (130,7€), Valle d'Aosta (131,5€), Veneto (132,9€) e Toscana (137,3€).

Nell'arco temporale 2001-2022, tutte le regioni hanno registrato una riduzione della spesa lorda pro capite e, a livello nazionale, la riduzione è pari a -21,0% (da 209,9€ del 2001 a 165,8€ del 2022). In particolare, le maggiori riduzioni di spesa pro capite si evidenziano in Sicilia (-32,9%), Liguria (-31,8%), PA di Bolzano (-28,1%), Lazio (-27,3%), Veneto (-25,9%), Emilia-Romagna (-25,7%) e Valle d'Aosta (-25,5%). Le regioni con la minore riduzione di spesa sono la Lombardia (-0,5%), Basilicata (-9,3%), PA di Trento (-11,5%), Molise (-14,9%) e Friuli Venezia Giulia (-15,0%); tutte le altre regioni, Toscana, Umbria, Marche, Abruzzo, Campania, Puglia, Calabria e Sardegna hanno avuto un valore intermedio di riduzione della spesa pro capite che varia tra -25% e -15%.

Per quanto riguarda le variazioni di spesa rispetto al 2021, solo 4 tra regioni e PA, presentano una riduzione anche se minima, mentre il resto delle regioni presenta un aumento. Le regioni che presentano una diminuzione di spesa sono Umbria (-5,3%), Campania (-1,0%), Sicilia (-0,2%) e Lazio (-0,1%), mentre le regioni che presentano un aumento maggiore rispetto al 2021 sono Lombardia (+5,0%), Molise (+4,0%), PA di Trento (+3,7%) ed Emilia-Romagna (+3,1%). Tra tutte le regioni, soltanto la Calabria presenta valori stabili. Infine, nel 2022 a livello nazionale si registra un minimo incremento della spesa dell'1,5% rispetto al 2021 (3).

M. BONACQUISTI, G. GRECO, VILLANI, A. ZAINO, T. SABETTA

Tabella 1 - *Spesa (valori in €) farmaceutica territoriale* lorda pro capite pesata per età a carico del Servizio Sanitario Nazionale e variazione (valori per 100) per regione - Anni 2001, 2011-2022*

Regioni	2001	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Δ % (2022-2001)	Δ % (2021-2020)
Piemonte	183,2	182,0	170,3	166,7	160,5	155,9	151,5	151,4	144,8	143,4	138,2	138,1	140,1	-23,5	1,4
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	176,5	175,7	167,9	163,7	158,5	154,1	141,8	139,2	136,4	135,4	131,9	129,6	131,5	-25,5	1,5
Lombardia	187,1	191,9	185,1	179,4	171,9	174,9	173,1	175,3	174,4	175,4	176,4	177,4	186,2	-0,5	5,0
Bolzano-Bozen°	*160,4*	*149,0*	*132,5*	*129,1*	*129,8*	*129,3*	*128,7*	*123,3*	*120,1*	*117,8*	*114,4*	*113,4*	*115,3*	*-28,1*	*1,7*
Trento°	*160,4*	*162,2*	*153,9*	*147,1*	*145,2*	*145,3*	*145,4*	*144,0*	*139,9*	*139,7*	*135,6*	*136,8*	*141,9*	*-11,5*	*3,7*
Veneto	179,3	177,6	168,6	162,1	156,1	151,3	147,5	144,0	136,9	134,8	131,0	130,8	132,9	-25,9	1,6
Friuli Venezia Giulia	170,2	187,2	171,4	164,7	160,5	158,6	157,6	158,4	149,8	147,8	144,6	143,1	144,7	-15,0	1,1
Liguria	213,4	188,3	166,8	160,6	153,7	151,7	148,6	152,5	147,8	146,9	144,2	143,2	145,5	-31,8	1,6
Emilia-Romagna	176,0	170,2	153,3	145,4	139,2	136,6	132,2	130,9	127,2	126,9	123,6	126,8	130,7	-25,7	3,1
Toscana	181,6	167,7	153,4	148,6	143,7	143,0	141,6	144,7	140,0	137,4	134,7	134,7	137,3	-24,4	1,9
Umbria	186,0	180,9	172,3	170,9	164,0	165,4	165,7	168,3	166,8	167,1	164,1	163,7	155,0	-16,7	-5,3
Marche	194,4	190,0	176,5	178,8	179,0	178,8	177,4	177,0	167,2	164,5	157,7	157,8	159,5	-18,0	1,1
Lazio	249,7	234,4	220,1	216,2	205,4	203,3	198,1	194,6	187,6	187,1	182,1	181,6	181,5	-27,3	-0,1
Abruzzo	221,6	221,9	206,5	204,3	203,3	205,1	201,3	201,8	192,0	180,8	177,8	179,2	184,2	-16,9	2,8
Molise	196,5	206,1	190,3	186,0	178,9	177,1	165,9	169,2	164,7	166,2	163,1	160,8	167,2	-14,9	4,0
Campania	257,8	232,0	231,2	228,0	224,0	222,5	217,6	204,1	201,2	199,9	197,3	199,9	197,9	-23,2	-1,0
Puglia	235,1	235,0	220,3	219,2	218,0	214,8	213,1	203,7	190,6	188,9	185,0	184,9	186,3	-20,8	0,8
Basilicata	210,4	197,1	180,3	179,2	179,7	180,2	178,7	181,7	179,4	181,9	181,4	186,8	190,8	-9,3	2,1
Calabria	237,7	231,2	223,0	216,6	213,3	208,9	204,5	199,8	190,7	191,8	188,8	187,8	187,8	-21,0	0,0
Sicilia	260,3	258,1	245,2	235,9	207,5	197,0	188,9	180,6	175,2	176,3	178,1	175,0	174,7	-32,9	-0,2
Sardegna	219,9	229,0	229,4	209,1	203,6	202,5	188,7	181,6	172,3	167,3	167,8	167,0	170,3	-22,6	2,0
Italia	**209,9**	**204,3**	**193,0**	**187,7**	**180,4**	**178,3**	**174,4**	**172,0**	**166,5**	**165,5**	**163,0**	**163,3**	**165,8**	**-21,0**	**1,5**

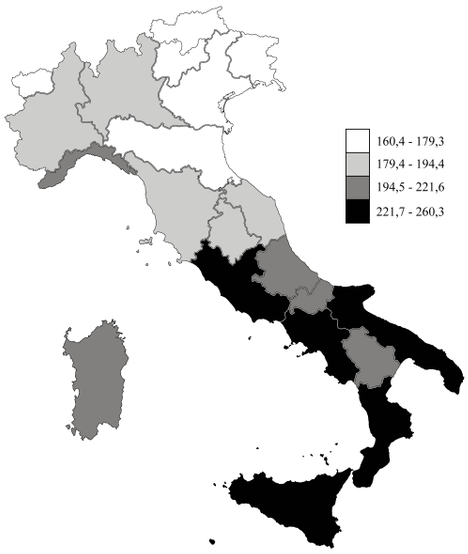
*Escluse la Distribuzione Diretta e la Distribuzione per Conto.
°I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili per l'anno 2001. Il dato riportato in tabella per tali anni va inteso, dunque, come dato aggregato del Trentino-Alto Adige.

Fonte dei dati: OsMed. AIFA. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale 2022. Anno 2023.

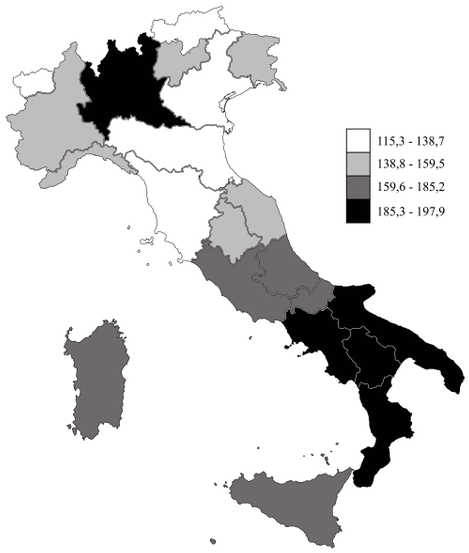
Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:47 Pagina 491

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:47 Pagina 492

Spesa (valori in €) farmaceutica territoriale lorda pro capite pesata per età a carico del Servizio Sanitario Nazionale per regione. Anno 2001



Spesa (valori in €) farmaceutica territoriale lorda pro capite pesata per età a carico del Servizio Sanitario Nazionale per regione. Anno 2022



Raccomandazioni di Osservasalute

Le regioni hanno l'obbligo di contenere la spesa farmaceutica entro il limite del tetto della spesa sanitaria complessiva, fissato dall'art. 5 della Legge n. 222/2007, "Conversione in legge, con modificazioni, del Decreto-Legge n. 159/2007, recante interventi urgenti in materia economico-finanziaria, per lo sviluppo e l'equità sociale". Questo obiettivo va perseguito attraverso meccanismi di razionalizzazione ed aumenti di efficienza dei SSR.

Le ampie differenze tra le regioni nei valori attuali e nei trend di spesa fanno presupporre che, in alcune realtà, siano ancora perseguibili larghi margini di efficienza.

Riferimenti bibliografici

(1) I consumi dei farmaci: dati grezzi e pesati. In Osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale. Anno 2012.
(2) L'assistenza farmaceutica territoriale. Rapporto Osservasalute 2003. Casa editrice Vita e Pensiero, Milano 2003.
(3) Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale 2022. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:47 Pagina 493

Assistenza ospedaliera

Il Capitolo sull'Assistenza ospedaliera del Rapporto Osservasalute negli anni continua a monitorare i principali indicatori dell'assistenza ospedaliera, descrivendone l'evoluzione e i cambiamenti. Nell'Edizione di quest'anno prosegue l'analisi degli indicatori in relazione agli effetti indotti dalla pandemia da SARS-CoV-2.

Il Capitolo intende offrire elementi utili per individuare aree di intervento finalizzate a ridurre le disuguaglianze geografiche e nell'accesso alle cure e, allo stesso tempo, per valutare le modifiche del sistema ospedaliero del nostro Paese in relazione agli interventi normativi e alle politiche di Sanità Pubblica, oltre che agli eventi straordinari, come la pandemia da SARS-CoV-2.

Fino al primo decennio degli anni 2000 è stato perseguito e realizzato l'obiettivo di un sistema sanitario sempre meno incentrato sull'Ospedale, nell'ottica di contenere la spesa sanitaria pubblica e soprattutto di offrire servizi sanitari più rispondenti ai bisogni di cura dei pazienti fragili, cronici e multi-cronici, che sono sempre più numerosi in conseguenza del prolungato processo di invecchiamento della popolazione del nostro Paese. Questi cambiamenti finora non si sono adeguatamente accompagnati, in tutte le realtà regionali, ad un reale potenziamento delle cure primarie e dei servizi territoriali, che devono garantire la presa in carico dei pazienti cronici e fragili, riducendo il rischio di ospedalizzazioni non necessarie.

L'impatto della pandemia da SARS-CoV-2 ha amplificato gli squilibri già esistenti e ha impresso un'accelerazione agli interventi normativi volti a riorganizzare i servizi sanitari extra-ospedalieri. In questo contesto, il sistema ospedaliero diviene uno dei "tasselli" necessari per realizzare una rete di servizi sanitari integrati che devono agire in sinergia, ponendo al centro il paziente. Il PNRR, con la Missione 6 Salute, mette a disposizione risorse aggiuntive per la realizzazione di reti di prossimità, la telemedicina, il potenziamento delle cure domiciliari e l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale, la cui governance sarà in capo ai Distretti sanitari. Il DM n. 77 del 23 maggio 2022 ("Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN") definisce gli standard dell'assistenza territoriale, in analogia con quanto fatto per i servizi ospedalieri con il DM n. 70 del 2 aprile 2015. L'Ospedale dovrà, quindi, essere sempre più in relazione con gli altri servizi territoriali e con gli Ospedali di comunità, per favorire la presa in carico dei pazienti nelle fasi post ricovero ospedaliero. Questi interventi costituiscono una vera e propria sfida nella riorganizzazione della rete di servizi sanitari e richiederanno l'introduzione di nuovi indicatori e di nuove fonti anche nel Rapporto Osservasalute, per poter descrivere e interpretare i mutamenti derivanti dal riassetto del sistema sanitario.

Allo stato attuale, il Capitolo consente di descrivere i mutamenti in atto nei sistemi ospedalieri regionali in relazione agli interventi normativi degli ultimi 10 anni. Gli indicatori sono descritti con riferimento ai 2 anni di pandemia (2020 e 2021) confrontandoli con l'anno pre-pandemia (2019) e con l'anno 2022, in cui l'infezione da SARS-CoV-2 agisce con meno forza fino ad assumere un andamento epidemico simile a quello delle altre infezioni a carico del sistema respiratorio.

La dotazione di posti letto ospedalieri per tipologia di ricovero e per regime di ricovero, oltre ad essere letta in relazione agli standard definiti nel DM n. 70/2015, viene descritta anche valutando le variazioni percentuale di ogni anno (2020-2021-2022) rispetto all'anno pre-pandemico sia sul totale della dotazione sia continuando ad osservare gli andamenti dei posti letto per le discipline più coinvolte nell'assistenza ai pazienti con COVID-19 (Terapia Intensiva, Malattie infettive e tropicali e Pneumologia). Dopo aver osservato per anni la riduzione dell'offerta di posti letto, nel 2020 e 2021, il tasso di posti letto è in aumento, prevalentemente per i posti letto ordinari per acuti per i pazienti COVID-19, per poi iniziare a diminuire nel 2022.

Per le procedure particolarmente frequenti e di riconosciuta efficacia nella popolazione anziana, nel 2022 si è confermato il trend in aumento osservato nel 2021 per gli interventi chirurgici per protesi d'anca e angioplastica coronarica, mentre per l'intervento di bypass aortocoronarico non si osservano differenze rilevanti nel 2022 rispetto all'anno precedente. In tutti gli anni esaminati si evidenzia un'elevata variabilità regionale, con situazioni limite che riflettono condizioni di effettivo "overuse" e "underuse" delle procedure stesse.

I risultati confermano dunque la ripresa dell'attività chirurgica per due patologie importanti, mentre per il bypass aortocoronarico solo in alcune regioni si osserva un incremento rispetto al 2021, e solo 2 regioni raggiungono i valori pre-pandemici.

In conclusione, gli indicatori presentati nel Capitolo evidenziano che la pandemia da SARS-CoV-2 ha sicuramente avuto effetti destabilizzanti sul sistema ospedaliero, modificandone l'accessibilità, richiedendo una riorganizzazione dell'assistenza, con conseguenze in termini di salute dei pazienti che non è ancora possibile quantificare. Allo stesso tempo emerge in modo chiaro che molte delle differenze osservate tra i sistemi ospeda-

A. BURGIO, F. CARLE, V. BRUNO, G. FRANCHINO

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:47 Pagina 494

lieri regionali, non derivano dall'impatto dell'emergenza sanitaria, ma hanno un carattere più strutturale, frutto di assetti organizzativi che hanno radici in tempi lontani.

Come nelle precedenti Edizioni del Rapporto Osservasalute, si rende disponibile anche un'Appendice con indicatori e tabelle in serie storica di dati, di cui si sintetizzano di seguito le principali evidenze.

Sintesi degli indicatori in Appendice

La quota di interventi per frattura del femore nei pazienti anziani entro 2 giorni, *proxy* della qualità dell'assistenza ospedaliera, non sembra aver risentito in maniera significativa delle conseguenze della pandemia, con un valore dell'indicatore a livello nazionale sostanzialmente invariato tra il 2019 e il 2021. Nel 2022 si osserva un contenuto aumento a livello nazionale, che si conferma in 10 regioni, mentre 6 regioni rimangono al di sotto della soglia minima del 60% stabilita dal Ministero della Salute nel DM n. 70/2015.

L'esigenza di riorganizzare gli accessi all'Ospedale a causa dell'emergenza pandemica di SARS-CoV-2 ha avuto di riflesso un effetto positivo, riducendo il tasso di ospedalizzazione per prestazioni a rischio di inappropriatezza se erogate in regime di RO o in Day Surgery negli anni 2020 e 2021. Nel 2022 si osserva un incremento del tasso a livello nazionale e in 17 regioni. Permangono, dunque, nella maggior parte delle realtà regionali ampi margini di miglioramento per interventi e procedure trasferibili in *setting* diversi dal regime in RO, come indicato all'art. 41 del DPCM del 12 gennaio 2017.

La domanda soddisfatta dal sistema ospedaliero viene descritta attraverso l'analisi dei tassi di ospedalizzazione.

I dati registrati nel 2022 indicano un tasso di ospedalizzazione complessivo pari a 117,6 per 1.000 abitanti, in aumento rispetto al 2021 (112,6 per 1.000) e nettamente inferiore allo standard del 160 per 1.000 indicato dal DM n. 70/2015. L'analisi della tendenza temporale 2017-2022 rileva una chiara riduzione del tasso di ricovero per entrambi i regimi di ricovero fino al 2020, mentre negli anni 2021-2022 si osserva un incremento. Il tasso di ospedalizzazione in regime di DH passa dal 30,3 per 1.000 nel 2017 al 20,9 per 1.000 nel 2020 e al 26,6 per 1.000 nel 2022, mentre il tasso in regime di RO dal 105,9 per 1.000 nel 2017 all'82,8 per 1.000 nel 2020 e al 91,0 per 1.000 nel 2022. A fronte dell'importante calo dei tassi di ospedalizzazione, tra il 2019 e il 2020 (18,7 per 1.000 per la componente in RO e 8,3 per 1.000 per il DH), tra il 2020 e il 2022 si osserva un incremento pari a 8,2 per 1.000 in regime di RO e 5,7 per 1.000 in regime di DH. I DRG chirurgici rappresentano, nel 2022, il 46,8% di tutti i ricoveri, il 44,3% dei ricoveri in RO e il 55,6% dei ricoveri in regime diurno, con un incremento rispetto al 2020 di 3,6 p.p. per il regime in RO e di 2,6 p.p. per il regime in DH. I tassi di ospedalizzazione, calcolati a livello regionale, per classi di età e per tipologia di assistenza erogata, consentono di evidenziare eventuali differenze geografiche e per età. Si conferma che il tasso età-specifico di dimissione più elevato si rileva nella fascia di età *over* 75 anni per tutte e tre le tipologie di attività (ricoveri per acuti, riabilitazione e lungodegenza).

In ogni fascia di età considerata si osserva un incremento del tasso di dimissione in regime di RO per acuti e per riabilitazione rispetto al 2021, mentre per la lungodegenza l'incremento è limitato agli *over* 75 anni.

Il numero medio di accessi in DH rimane pressoché invariato (circa 4,2 nel 2021 e nel 2022), mentre per quello in Day Surgery si osserva un lieve aumento (circa 1,4 nel 2021 e 1,5 nel 2022). La percentuale dei pazienti ricoverati in DS e One Day Surgery è lievemente aumentata, passando, rispettivamente, dal 55,36% e 17,10% del 2021 al 56,46% e 18,28% del 2021. La Degenza Media Preoperatoria, standardizzata per *case-mix*, ha mostrato, nell'ultimo decennio, un andamento pressoché costante, confermando la stabilità della riduzione rispetto agli anni precedenti, mentre nel 2020, in concomitanza con l'emergenza pandemica, si è assistito ad un aumento generalizzato dei valori regionali che nel 2021 si sono ridotti raggiungendo valori inferiori a quelli del 2019, aumentando però nuovamente nel 2022.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:47 Pagina 495

Posti letto ospedalieri per tipologia di attività e regime di ricovero e *Focus* sui posti letto ospedalieri per le principali discipline COVID-19 correlate

Significato. Questa sezione illustra il confronto del tasso di Posti Letto (PL) per 1.000 residenti delle regioni e PA tra il 2019, 2020, 2021 e 2022. Viene indicata la dotazione complessiva di PL per tipologia di attività (acuti e post-acuti) e, solo per i PL per acuti, per regime di ricovero (RO e DH).
Tale indicatore viene utilizzato, principalmente, per pianificare e misurare la struttura dell'offerta ospedaliera di un determinato ambito geografico. Dal punto di vista normativo la dotazione standard di PL è stata rivista negli anni e le ultime indicazioni prima del periodo pandemico sono riportate dal DM n. 70/2015 (1), che ha previsto una profonda revisione del modello ospedaliero per acuti.
In funzione dell'emergenza COVID-19 viene analizzata anche la dotazione di PL per le discipline che, nel corso del 2020 e 2021, si sono rivelate maggiormente impegnate nell'assistenza a pazienti SARS-CoV-2 positivi e che sono state oggetto di riorganizzazioni, rimodulazioni e consistenti ampliamenti delle proprie dotazioni. Per queste discipline (Terapia Intensiva, Malattie infettive e tropicali, Pneumologia) è stata valutata la variazione 2020-2019, 2021-2019 e 2022-2019 del tasso di PL per 100.000 residenti.
L'analisi dell'indicatore riportata nella presente Sezione continua la valutazione iniziata nei precedenti Rapporti Osservasalute, dell'impatto della pandemia da SARS-CoV2 sulla struttura dell'offerta del sistema ospedaliero, con particolare attenzione all'anno 2022, in cui la pandemia ha perso la sua forza fino a concludersi poi nell'anno successivo.

Tasso di posti letto ospedalieri per tipologia di attività

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Posti letto per tipologia di attività (acuti e post-acuti)}}{\text{Popolazione media residente}} \times 1.000$$

Tasso di posti letto ospedalieri per acuti per regime di ricovero

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Posti letto per acuti per regime di ricovero (Ricovero Ordinario e Day Hospital)}}{\text{Popolazione media residente}} \times 1.000$$

Tasso di posti letto ospedalieri per discipline COVID-19 correlate: Terapia Intensiva (49), Malattie infettive e tropicali (24) e Pneumologia (68)

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Posti letto per tipologia di attività (acuti e post-acuti) per discipline 49, 24 e 68}}{\text{Popolazione media residente}} \times 100.000$$

Validità e limiti. I dati sono stati estratti dalla Base dati nazionale del NSIS. Il *data-set* contiene i dati relativi ai PL delle strutture ospedaliere pubbliche ed equiparate rilevati per i singoli mesi dell'anno di riferimento.
Le informazioni contenute nel *data-set* sono elaborate in riferimento ai dati che le Regioni trasmettono al Ministero della Salute con il modello HSP12 "Posti letto per disciplina delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate" (D.M. 5 dicembre 2006) per cui risulta una data di apertura non successiva a gennaio dell'anno di riferimento, ed i posti letto delle discipline ospedaliere accreditate censite con il modello HSP13 "Posti letto per disciplina delle case di cura private" (D.M. 5 dicembre 2006) per le quali risulta una data di inizio accreditamento non successiva a gennaio all'anno di riferimento.
Per posti letto in regime ordinario si intendono i posti letto di degenza ordinaria e di degenza ordinaria a pagamento delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate ed i posti letto accreditati di degenza ordinaria delle case di cura private accreditate.
Per posti letto in regime diurno si intendono i posti letto di DH e di Day Surgery delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate ed i posti letto accreditati di DH e di Day Surgery delle case di cura private accreditate.
Sono considerati per acuti i reparti afferenti a tutte le discipline ospedaliere ad esclusione delle discipline 28 "Unità spinale", 56 "Recupero e riabilitazione funzionale", 75 "Neuro-riabilitazione", 60 "Lungodegenti" e 31 "Nido". Sono considerati post-acuti i reparti afferenti alle discipline ospedaliere 28 "Unità spinale", 56 "Recupero e riabilitazione funzionale", 75 "Neuro-riabilitazione" e 60 "Lungodegenti".
Per posti letto dedicati a pazienti affetti da COVID-19 si intendono:

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:47 Pagina 496

- quelli afferenti ai reparti censiti attraverso il modello HSP12 con il tipo divisione = "C" (nuova modalità introdotta nel 2020);
- quelli censiti con il modello HSP13 con la fascia di appartenenza = "E" (nuova modalità introdotta nel 2020). I dati sono stati aggiornati al 9 aprile 2024.

L'interpretazione dei dati deve tenere conto che la dotazione dei PL non è pesata sulla base della struttura demografica della popolazione e non può tenere conto delle modalità di utilizzo definite dalle singole regioni dei diversi *setting* di degenza. Occorre tenere anche in considerazione l'impatto della mobilità interregionale, passiva ed attiva, che in molte realtà incide sensibilmente sulla programmazione locale spiegando in parte la variabilità dei tassi rilevata dall'analisi.

Valore di riferimento/Benchmark. Viene utilizzato come benchmark lo standard indicato dal DM n. 70/2015 che prevede un tasso di PL regionale per acuti pari a 3,0 per 1.000 abitanti e per i pazienti post-acuti di 0,7 per 1.000 abitanti. Per quanto riguarda le discipline COVID-19 correlate (codici 49, 24 e 68), i tassi sono espressi per 100.000 residenti; non essendo presente un valore di riferimento, il confronto dei tassi specifici regionali con quello nazionale e la valutazione delle variazioni 2020-2019, 2021-2019 e 2022-2019 consentono di evidenziare quali cambiamenti la pandemia abbia determinato nella destinazione e nell'aumento della dotazione di PL, dando una prima fotografia di come il sistema ospedaliero abbia reagito all'emergenza sanitaria.

Descrizione dei risultati

Nel 2019, il tasso medio nazionale di PL era di 3,39 per 1.000 residenti, aumentato leggermente nel 2020 a 3,42, raggiungendo poi il valore di 3,91 nel 2021, per poi diminuire nel 2022 a 3,77 per 1.000 residenti (Tabella 1a, Tabella 1b). Prendendo in considerazione la tipologia di attività, si osserva che nel 2021 e nel 2022 si è verificato un aumento in tutte le regioni e nelle PA del tasso di PL per acuzie rispetto al 2019, invece nel 2020 tale aumento si riscontra solamente in 8 regioni e nella PA di Trento. A livello nazionale, invece, nel 2020 l'aumento rispetto all'anno 2019 è stato del 2%, nel 2021 l'aumento dei PL è stato del 18% e del 13% nel 2022. Osservando i PL dei post-acuti nel 2022 si è notato un decremento rispetto al 2019 in 5 regioni. Nel 2021, solo in 4 regioni si è verificata una diminuzione, mentre nel 2020 sono state 12 le regioni oltre alle PA a registrare un decremento. A livello nazionale si è passati ad una riduzione del -4% nel 2020 ad un incremento del 3% sia nel 2021 che nel 2022.

Nel 2019, solo 5 regioni avevano un'offerta di PL per acuti superiore al valore standard (3 per 1.000 residenti), nel 2020 il numero delle regioni sopra tale soglia sale a 8, di cui 6 localizzate nel Nord-Italia, nel 2021 solo Calabria, Basilicata e Campania hanno registrato un'offerta di PL per acuti inferiore al valore standard, mentre nel 2022 il numero di regioni con un valore inferiore a quello standard è aumentato a 4 (Toscana, Calabria, Campania, Abruzzo) oltre alla PA di Trento. Un'offerta post-acuti superiore allo standard dello 0,7 per 1.000 si osserva nel 2019 in 4 regioni oltre alla PA di Trento. Nel 2020, solo Piemonte e la PA di Trento avevano un'offerta superiore allo standard. Nel 2021 e nel 2022, le regioni con un'offerta superiore al livello standard sono aumentate a 4 oltre alle PA.

Durante la pandemia, i risultati mostrano un aumento della variabilità nella disponibilità di posti letto tra le diverse regioni, probabilmente causato sia dalla disparità nell'impatto della pandemia sulle varie regioni, sia dalla risposta eterogenea alla crescente richiesta di cure ospedaliere.

Nella Tabella 2a e Tabella 2b sono riportati i tassi di PL per acuti per regime di ricovero per il 2019, 2020, 2021 e 2022; in questo caso, si osserva come l'aumento della dotazione di PL per acuti sia stato tutto a carico della degenza ordinaria. Si è passati da un incremento dei PL a livello nazionale del 3% nel 2020 al 20% nel 2021 e al 15% nel 2022. Per quanto riguarda i tassi di PL a carico dei DH, si nota come nel 2020 ci sia stata una riduzione maggiore rispetto al 2021 e al 2022. In quest'ultimo anno, infatti, i tassi sono risultati essere simili a quelli registrati nell'anno pre-pandemico.

La Tabella 3a e la Tabella 3b evidenziano l'eterogeneità regionale nei tassi di PL per le discipline COVID-19 correlate. L'incremento maggiore del tasso di PL si osserva per le Malattie infettive e tropicali, che in Italia è passato da 4,77 per 100.000 nel 2019 a un massimo di 18,79 per 100.000 nel 2020. Nel 2021 e nel 2022 si osserva un incremento minore, ma pur sempre rilevante, con un tasso di 16,42 nel 2021 e 12,18 per 100.000 nel 2022. Nel 2022, i PL in Terapia Intensiva a livello nazionale sono 13,39 per 100.000 residenti, in diminuzione rispetto al 2021 con un tasso di PL pari a 14,75 per 100.000, mentre risulta essere in aumento rispetto agli 11,74 per 100.000 del 2020 e agli 8,61 per 100.000 del 2019; nel periodo 2019-2022 l'aumento è presente in tutte le regioni, con il valore minimo nella PA di Trento (4%), un valore >40% in 14 regioni e un valore massimo del 126% nelle Marche. Per la disciplina Pneumologia, l'incremento nazionale nel 2022, rispetto all'anno pre-pandemico, è del 52%, mentre nel 2021 era del 70%, nettamente superiore al 10% del 2020. Nel 2022, si osserva un decremento del 17% in Sardegna e del 4% in Emilia-Romagna, mentre nel 2021 e nel 2020 le regioni con un decremento erano 3 e 6, rispettivamente, confrontate all'anno pre-pandemico. Anche questi risultati possono essere interpretati come indicatori dell'eterogeneità delle strategie adottate dalle regioni per far fronte alla crescente domanda di assistenza ospedaliera durante il primo e il secondo anno di pandemia.

Tabella 1a - *Posti letto (valori assoluti) e tasso (valori per 1.000) di posti letto per tipologia di attività e regione - Anni 2019-2022*

Regioni	Acuti											Post-acuti										
	2019		2020		2021		2022		Δ %			2019		2020		2021		2022		Δ %		
	N posti letto	Tassi	N posti letto	Tassi	N posti letto	Tassi	N posti letto	Tassi	2020-2019	2021-2019	2022-2019	N posti letto	Tassi	N posti letto	Tassi	N posti letto	Tassi	N posti letto	Tassi	2020-2019	2021-2019	2022-2019
Piemonte	12.203	2,82	12.916	3,01	16.827	3,94	14.694	3,45	7	40	22	4.180	0,97	3.987	0,93	4.262	1,00	4.236	1,00	-4	3	3
Valle d'Aosta	396	3,16	454	3,64	472	3,81	434	3,52	15	21	11	94	0,75	83	0,67	94	0,76	72	0,58	-11	1	-22
Lombardia	28.953	2,89	30.751	3,07	37.666	3,78	33.952	3,41	6	31	18	7.116	0,71	6.270	0,63	7.214	0,72	7.181	0,72	-12	2	2
Bolzano-Bozen	*1.584*	*2,98*	*1.563*	*2,93*	*1.905*	*3,56*	*1.904*	*3,56*	*-2*	*19*	*20*	*320*	*0,60*	*289*	*0,54*	*378*	*0,71*	*393*	*0,74*	*-10*	*17*	*22*
Trento	*1.551*	*2,85*	*1.585*	*2,91*	*1.637*	*3,02*	*1.594*	*2,94*	*2*	*6*	*3*	*593*	*1,09*	*572*	*1,05*	*588*	*1,09*	*610*	*1,13*	*-4*	*0*	*3*
Veneto	14.456	2,96	14.432	2,96	15.063	3,10	14.654	3,02	0	5	2	2.606	0,53	2.326	0,48	2.191	0,45	2.167	0,45	-11	-16	-16
Friuli Venezia Giulia	3.752	3,11	4.111	3,41	4.245	3,54	3.949	3,31	10	14	6	306	0,25	293	0,24	305	0,25	242	0,20	-4	1	-20
Liguria	4.721	3,09	4.689	3,08	4.978	3,29	4.884	3,24	0	6	5	945	0,62	852	0,56	784	0,52	768	0,51	-9	-16	-18
Emilia-Romagna	13.488	3,02	13.702	3,08	14.207	3,21	14.249	3,22	2	6	6	3.287	0,74	2.859	0,64	3.189	0,72	3.109	0,70	-13	-2	-5
Toscana	10.596	2,87	10.589	2,87	11.102	3,02	10.820	2,95	0	5	3	1.136	0,31	1.115	0,30	1.204	0,33	1.186	0,32	-2	7	5
Umbria	2.556	2,93	2.433	2,80	2.773	3,22	2.764	3,22	-4	10	10	391	0,45	331	0,38	406	0,47	413	0,48	-15	5	7
Marche	4.365	2,88	4.050	2,69	5.306	3,55	5.393	3,63	-7	23	26	736	0,49	697	0,46	806	0,54	813	0,55	-5	11	13
Lazio	16.244	2,82	16.589	2,89	19.567	3,42	17.933	3,14	3	21	11	3.867	0,67	3.814	0,66	3.759	0,66	3.901	0,68	-1	-2	2
Abruzzo	3.622	2,79	3.612	2,81	3.985	3,12	3.755	2,95	0	12	6	647	0,50	622	0,48	657	0,51	686	0,54	-3	3	8
Molise	893	2,96	917	3,08	1.023	3,49	1.006	3,45	4	18	17	131	0,43	131	0,44	182	0,62	182	0,62	2	43	44
Campania	14.397	2,51	14.193	2,50	16.605	2,95	16.025	2,85	0	17	13	2.191	0,38	2.266	0,40	2.396	0,43	2.390	0,43	4	11	11
Puglia	10.430	2,63	9.941	2,52	12.881	3,28	13.014	3,32	-4	25	26	1.326	0,33	1.441	0,37	1.770	0,45	1.761	0,45	9	35	34
Basilicata	1.534	2,76	1.511	2,75	1.590	2,93	1.640	3,04	0	6	10	331	0,60	327	0,60	354	0,65	382	0,71	0	9	19
Calabria	4.316	2,27	3.913	2,08	4.789	2,58	4.960	2,68	-8	14	18	943	0,50	957	0,51	1.072	0,58	1.067	0,58	3	16	16
Sicilia	13.368	2,73	13.431	2,77	14.676	3,04	14.551	3,02	1	11	10	2.104	0,43	2.164	0,45	2.232	0,46	2.190	0,45	4	7	6
Sardegna	5.146	3,18	5.059	3,16	5.424	3,41	5.280	3,34	-1	7	5	372	0,23	457	0,29	428	0,27	467	0,30	24	17	28
Italia	**168.571**	**2,82**	**170.441**	**2,88**	**196.721**	**3,33**	**187.455**	**3,19**	**2**	**18**	**13**	**33.622**	**0,56**	**31.853**	**0,54**	**34.271**	**0,58**	**34.216**	**0,58**	**-4**	**3**	**3**

Fonte dei dati: Base dati nazionale Nuovo Sistema Informativo Sanitario. Ministero della Salute; Istat. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:47 Pagina 497

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:47 Pagina 498

Tabella 1b - *Posti letto (valori assoluti) e tasso (valori per 1.000) totale di posti letto per tipologia di attività e regione - Anni 2019-2022*

Regioni	2019		2020		2021		2022		Δ %		
	N posti letto	Tassi	N posti letto	Tassi	N posti letto	Tassi	N posti letto	Tassi	2020-2019	2021-2019	2022-2019
Piemonte	16.383	3,79	16.903	3,94	21.089	4,94	18.930	4,45	4	30	17
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	490	3,91	537	4,31	566	4,57	506	4,11	10	17	5
Lombardia	36.069	3,60	37.021	3,70	44.880	4,50	41.133	4,13	3	25	15
Bolzano-Bozen	*1.904*	*3,58*	*1.852*	*3,47*	*2.283*	*4,27*	*2.297*	*4,30*	*-3*	*19*	*20*
Trento	*2.144*	*3,94*	*2.157*	*3,96*	*2.225*	*4,11*	*2.204*	*4,07*	*0*	*4*	*3*
Veneto	17.062	3,49	16.758	3,44	17.254	3,55	16.821	3,47	-2	2	-1
Friuli Venezia Giulia	4.058	3,36	4.404	3,66	4.550	3,80	4.191	3,51	9	13	4
Liguria	5.666	3,71	5.541	3,64	5.762	3,81	5.652	3,75	-2	3	1
Emilia-Romagna	16.775	3,76	16.561	3,72	17.396	3,92	17.358	3,92	-1	4	4
Toscana	11.732	3,17	11.704	3,17	12.306	3,35	12.006	3,28	0	5	3
Umbria	2.947	3,38	2.764	3,19	3.179	3,69	3.177	3,70	-6	9	10
Marche	5.101	3,36	4.747	3,15	6.112	4,09	6.206	4,18	-6	22	24
Lazio	20.111	3,49	20.403	3,55	23.326	4,08	21.834	3,82	2	17	9
Abruzzo	4.269	3,29	4.234	3,29	4.642	3,63	4.441	3,49	0	10	6
Molise	1.024	3,39	1.048	3,52	1.205	4,11	1.188	4,08	4	21	20
Campania	16.588	2,90	16.459	2,90	19.001	3,38	18.415	3,28	0	17	13
Puglia	11.756	2,97	11.382	2,89	14.651	3,73	14.775	3,77	-3	26	27
Basilicata	1.865	3,35	1.838	3,35	1.944	3,58	2.022	3,75	0	7	12
Calabria	5.259	2,76	4.870	2,59	5.861	3,15	6.027	3,26	-6	14	18
Sicilia	15.472	3,16	15.595	3,21	16.908	3,50	16.741	3,47	2	11	10
Sardegna	5.518	3,41	5.516	3,45	5.852	3,68	5.747	3,63	1	8	6
Italia	**202.193**	**3,39**	**202.294**	**3,42**	**230.992**	**3,91**	**221.671**	**3,77**	**1**	**15**	**11**

Fonte dei dati: Base dati nazionale Nuovo Sistema Informativo Sanitario. Ministero della Salute; Istat. Anno 2023.

Tabella 2a - *Posti letto (valori assoluti) e tasso (valori per 1.000) di posti letto per acuti per regime di ricovero e regione - Anni 2019-2022*

Regioni	Ricovero Ordinario											Day Hospital										
	2019		2020		2021		2022		Δ %			2019		2020		2021		2022		Δ %		
	N posti letto	Tassi	N posti letto	Tassi	N posti letto	Tassi	N posti letto	Tassi	2020-2019	2021-2019	2022-2019	N posti letto	Tassi	N posti letto	Tassi	N posti letto	Tassi	N posti letto	Tassi	2020-2019	2021-2019	2022-2019
Piemonte	10.391	2,41	11.236	2,62	15.026	3,52	13.011	3,06	9	46	27	1.812	0,42	1.680	0,39	1.801	0,42	1.683	0,40	-7	1	-6
Valle d'Aosta	349	2,78	413	3,32	432	3,49	391	3,17	19	25	14	47	0,37	41	0,33	40	0,32	43	0,35	-12	-14	-7
Lombardia	26.766	2,67	28.766	2,88	35.473	3,56	31.737	3,19	8	33	19	2.187	0,22	1.985	0,20	2.193	0,22	2.215	0,22	-9	1	2
Bolzano-Bozen	*1.398*	*2,63*	*1.412*	*2,65*	*1.736*	*3,25*	*1.733*	*3,24*	*1*	*23*	*23*	*186*	*0,35*	*151*	*0,28*	*169*	*0,32*	*171*	*0,32*	*-19*	*-10*	*-9*
Trento	*1.352*	*2,48*	*1.380*	*2,53*	*1.433*	*2,65*	*1.390*	*2,56*	*2*	*7*	*3*	*199*	*0,37*	*205*	*0,38*	*204*	*0,38*	*204*	*0,38*	*3*	*3*	*3*
Veneto	13.260	2,72	13.333	2,74	13.996	2,88	13.592	2,80	1	6	3	1.196	0,24	1.099	0,23	1.067	0,22	1.062	0,22	-8	-10	-11
Friuli Venezia Giulia	3.296	2,73	3.672	3,05	3.813	3,18	3.523	2,95	12	17	8	456	0,38	439	0,36	432	0,36	426	0,36	-3	-4	-5
Liguria	4.087	2,67	4.149	2,73	4.418	2,92	4.283	2,84	2	9	6	634	0,41	540	0,35	560	0,37	601	0,40	-14	-11	-4
Emilia-Romagna	12.689	2,84	12.966	2,91	13.402	3,02	13.448	3,03	2	6	7	799	0,18	736	0,17	805	0,18	801	0,18	-8	1	1
Toscana	9.200	2,49	9.199	2,49	9.582	2,61	9.319	2,54	0	5	2	1.396	0,38	1.390	0,38	1.520	0,41	1.501	0,41	0	9	9
Umbria	2.284	2,62	2.207	2,54	2.493	2,89	2.442	2,85	-3	10	9	272	0,31	226	0,26	280	0,32	322	0,38	-17	4	20
Marche	3.789	2,50	3.542	2,35	4.712	3,16	4.808	3,24	-6	26	30	576	0,38	508	0,34	594	0,40	585	0,39	-11	5	4
Lazio	14.100	2,45	14.494	2,52	17.500	3,06	15.949	2,79	3	25	14	2.144	0,37	2.095	0,36	2.067	0,36	1.984	0,35	-2	-3	-7
Abruzzo	3.230	2,49	3.230	2,51	3.575	2,80	3.304	2,59	1	12	4	392	0,30	382	0,30	410	0,32	451	0,35	-2	6	17
Molise	768	2,54	795	2,67	901	3,07	885	3,04	5	21	19	125	0,41	122	0,41	122	0,42	121	0,42	-1	1	0
Campania	11.967	2,09	11.945	2,11	14.283	2,54	13.730	2,44	1	22	17	2.430	0,42	2.248	0,40	2.322	0,41	2.295	0,41	-7	-3	-4
Puglia	9.727	2,45	9.287	2,35	12.046	3,07	12.250	3,13	-4	25	28	703	0,18	654	0,17	835	0,21	764	0,20	-6	20	10
Basilicata	1.289	2,32	1.297	2,36	1.378	2,54	1.429	2,65	2	9	14	245	0,44	214	0,39	212	0,39	211	0,39	-12	-11	-11
Calabria	3.554	1,87	3.376	1,80	4.139	2,23	4.286	2,32	-4	19	24	762	0,40	537	0,29	650	0,35	674	0,36	-29	-13	-9
Sicilia	11.600	2,37	11.708	2,41	12.995	2,69	12.852	2,66	2	13	12	1.768	0,36	1.723	0,35	1.681	0,35	1.699	0,35	-2	-4	-3
Sardegna	4.463	2,76	4.401	2,75	4.757	3	4.614	3	0	8	6	683	0,42	658	0,41	667	0,42	666	0,42	-3	-1	0
Italia	**149.559**	**2,50**	**152.808**	**2,58**	**178.090**	**3,01**	**168.976**	**2,88**	**3**	**20**	**15**	**19.012**	**0,32**	**17.633**	**0,30**	**18.631**	**0,32**	**18.479**	**0,31**	**-7**	**-1**	**-1**

Fonte dei dati: Base dati nazionale Nuovo Sistema Informativo Sanitario. Ministero della Salute; Istat. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:47 Pagina 499

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:47 Pagina 500

Tabella 2b - *Posti letto (valori assoluti) e tasso (valori per 1.000) totale di posti letto per acuti per regime di ricovero e regione - Anni 2019-2022*

Regioni	2019		2020		2021		2022		Δ %		
	N posti letto	Tassi	N posti letto	Tassi	N posti letto	Tassi	N posti letto	Tassi	2020-2019	2021-2019	2022-2019
Piemonte	12.203	2,82	12.916	3,01	16.827	3,94	14.694	3,45	7	40	22
Valle d'Aosta-Vallée d'Aosta	396	3,16	454	3,64	472	3,81	434	3,52	15	21	11
Lombardia	28.953	2,89	30.751	3,07	37.666	3,78	33.952	3,41	6	31	18
Bolzano-Bozen	*1.584*	*2,98*	*1.563*	*2,93*	*1.905*	*3,56*	*1.904*	*3,56*	*-2*	*19*	*20*
Trento	*1.551*	*2,85*	*1.585*	*2,91*	*1.637*	*3,02*	*1.594*	*2,94*	*2*	*6*	*3*
Veneto	14.456	2,96	14.432	2,96	15.063	3,10	14.654	3,02	0	5	2
Friuli Venezia Giulia	3.752	3,11	4.111	3,41	4.245	3,54	3.949	3,31	10	14	6
Liguria	4.721	3,09	4.689	3,08	4.978	3,29	4.884	3,24	0	6	5
Emilia-Romagna	13.488	3,02	13.702	3,08	14.207	3,21	14.249	3,22	2	6	6
Toscana	10.596	2,87	10.589	2,87	11.102	3,02	10.820	2,95	0	5	3
Umbria	2.556	2,93	2.433	2,80	2.773	3,22	2.764	3,22	-4	10	10
Marche	4.365	2,88	4.050	2,69	5.306	3,55	5.393	3,63	-7	23	26
Lazio	16.244	2,82	16.589	2,89	19.567	3,42	17.933	3,14	3	21	11
Abruzzo	3.622	2,79	3.612	2,81	3.985	3,12	3.755	2,95	0	12	6
Molise	893	2,96	917	3,08	1.023	3,49	1.006	3,45	4	18	17
Campania	14.397	2,51	14.193	2,50	16.605	2,95	16.025	2,85	0	17	13
Puglia	10.430	2,63	9.941	2,52	12.881	3,28	13.014	3,32	-4	25	26
Basilicata	1.534	2,76	1.511	2,75	1.590	2,93	1.640	3,04	0	6	10
Calabria	4.316	2,27	3.913	2,08	4.789	2,58	4.960	2,68	-8	14	18
Sicilia	13.368	2,73	13.431	2,77	14.676	3,04	14.551	3,02	1	11	10
Sardegna	5.146	3,18	5.059	3,16	5.424	3,41	5.280	3,34	-1	7	5
Italia	**168.571**	**2,82**	**170.441**	**2,88**	**196.721**	**3,33**	**187.455**	**3,19**	**2**	**18**	**13**

Fonte dei dati: Base dati nazionale Nuovo Sistema Informativo Sanitario. Ministero della Salute; Istat. Anno 2023.

Tabella 3a - *Posti letto (valori assoluti) e tasso (valori per 100.000) di posti letto per discipline COVID-19 correlate (Malattie infettive e tropicali, Terapie Intensive) per regione - Anni 2019-2022*

Regioni	Malattie infettive e tropicali											Terapie Intensive										
	2019		2020		2021		2022		Δ %			2019		2020		2021		2022		Δ %		
	N posti letto	Tassi	N posti letto	Tassi	N posti letto	Tassi	N posti letto	Tassi	2020-2019	2021-2019	2022-2019	N posti letto	Tassi	N posti letto	Tassi	N posti letto	Tassi	N posti letto	Tassi	2020-2019	2021-2019	2022-2019
Piemonte	193	4,47	353	8,22	587	13,76	374	8,79	84	208	97	327	7,57	742	17,28	694	16,27	564	13,26	128	115	75
Valle d'Aosta	7	5,58	15	12,04	17	13,74	10	8,11	116	146	45	10	7,98	22	17,66	20	16,16	10	8,11	121	103	2
Lombardia	422	4,21	6.681	66,78	3.303	33,16	1.871	18,79	1485	687	346	830	8,28	1.093	10,92	1.824	18,31	1.439	14,45	32	121	74
Bolzano-Bozen	*14*	*2,63*	*26*	*4,88*	*5*	*0,93*	*5*	*0,94*	*85*	*-65*	*-64*	*37*	*6,96*	*53*	*9,94*	*64*	*11,96*	*65*	*12,17*	*43*	*72*	*75*
Trento	*26*	*4,77*	*40*	*7,34*	*110*	*20,31*	*90*	*16,61*	*54*	*325*	*248*	*32*	*5,88*	*33*	*6,05*	*33*	*6,09*	*33*	*6,09*	*3*	*4*	*4*
Veneto	162	3,32	513	10,52	926	19,06	553	11,41	217	474	244	493	10,10	616	12,64	718	14,78	576	11,88	25	46	18
Friuli Venezia Giulia	28	2,32	77	6,40	117	9,77	81	6,78	176	321	193	112	9,27	174	14,45	171	14,27	151	12,64	56	54	36
Liguria	142	9,29	279	18,34	378	24,97	362	24,00	97	169	158	178	11,64	252	16,56	253	16,71	208	13,79	42	44	18
Emilia-Romagna	217	4,86	488	10,96	347	7,83	371	8,37	125	61	72	423	9,48	576	12,94	572	12,91	594	13,40	36	36	41
Toscana	219	5,92	282	7,64	242	6,58	264	7,21	29	11	22	376	10,17	468	12,67	417	11,34	427	11,66	25	11	15
Umbria	32	3,67	52	5,99	53	6,15	43	5,01	63	68	37	67	7,68	85	9,79	138	16,01	100	11,66	27	108	52
Marche	63	4,15	86	5,71	136	9,11	136	9,15	38	119	120	114	7,52	154	10,23	247	16,55	252	16,96	36	120	126
Lazio	345	5,99	597	10,40	851	14,87	676	11,82	74	148	98	551	9,56	746	12,99	906	15,83	849	14,85	36	66	55
Abruzzo	85	6,55	155	12,04	206	16,11	153	12,01	84	146	83	121	9,33	138	10,72	153	11,97	159	12,48	15	28	34
Molise	10	3,31	34	11,43	34	11,60	34	11,67	245	250	253	30	9,93	39	13,11	41	13,98	43	14,76	32	41	49
Campania	273	4,77	354	6,25	696	12,37	591	10,52	31	160	121	460	8,03	531	9,37	734	13,05	703	12,52	17	62	56
Puglia	184	4,64	378	9,59	553	14,08	541	13,82	107	203	198	307	7,74	363	9,20	519	13,21	587	14,99	19	71	94
Basilicata	37	6,66	63	11,47	43	7,92	57	10,57	72	19	59	49	8,81	72	13,11	79	14,54	79	14,65	49	65	66
Calabria	69	3,63	127	6,76	172	9,26	183	9,89	87	155	173	118	6,20	127	6,76	170	9,15	176	9,51	9	48	53
Sicilia	239	4,89	408	8,40	777	16,08	693	14,37	72	229	194	387	7,91	500	10,30	754	15,60	649	13,45	30	97	70
Sardegna	84	5,20	109	6,81	157	9,88	65	4,11	31	90	-21	123	7,61	160	9,99	213	13,41	201	12,70	31	76	67
Italia	**2.851**	**4,77**	**11.117**	**18,79**	**9.710**	**16,42**	**7.153**	**12,18**	**294**	**244**	**155**	**5.145**	**8,61**	**6.944**	**11,74**	**8.720**	**14,75**	**7.865**	**13,39**	**36**	**71**	**55**

Fonte dei dati: Base dati nazionale Nuovo Sistema Informativo Sanitario. Ministero della Salute; Istat. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:47 Pagina 501

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:47 Pagina 502

Tabella 3b - *Posti letto (valori assoluti) e tasso (valori per 100.000) di posti letto per disciplina COVID-19 correlata (Pneumologia) per regione - Anni 2019-2022*

Regioni	Pneumologia										
	2019		2020		2021		2022		Δ %		
	N posti letto	Tassi	N posti letto	Tassi	N posti letto	Tassi	N posti letto	Tassi	2020-2019	2021-2019	2022-2019
Piemonte	182	4,21	266	6,20	427	10,01	298	7,01	47	138	66
Valle d'Aosta-Vallée d'Aosta	8	6,38	32	25,69	25	20,21	39	31,64	303	217	396
Lombardia	641	6,40	426	4,26	1.370	13,75	995	9,99	-33	115	56
Bolzano-Bozen	*25*	*4,70*	*18*	*3,38*	*25*	*4,67*	*25*	*4,68*	*-28*	*-1*	*0*
Trento	*32*	*5,88*	*32*	*5,87*	*32*	*5,91*	*32*	*5,90*	*0*	*1*	*0*
Veneto	234	4,79	376	7,71	511	10,52	414	8,54	61	119	78
Friuli Venezia Giulia	83	6,87	101	8,39	109	9,10	96	8,04	22	32	17
Liguria	132	8,63	132	8,67	140	9,25	155	10,28	0	7	19
Emilia-Romagna	249	5,58	266	5,98	247	5,57	237	5,35	7	0	-4
Toscana	170	4,60	185	5,01	215	5,85	193	5,27	9	27	15
Umbria	63	7,23	71	8,18	98	11,37	76	8,86	13	57	23
Marche	118	7,78	101	6,71	226	15,14	236	15,88	-14	95	104
Lazio	261	4,53	370	6,44	409	7,15	353	6,17	42	58	36
Abruzzo	70	5,40	67	5,20	98	7,67	89	6,98	-4	42	29
Molise	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0	0
Campania	333	5,82	410	7,23	663	11,79	604	10,75	24	103	85
Puglia	321	8,10	363	9,20	564	14,36	568	14,51	14	77	79
Basilicata	75	13,49	81	14,75	72	13,26	92	17,06	9	-2	26
Calabria	95	4,99	85	4,53	110	5,92	186	10,05	-9	19	101
Sicilia	237	4,84	280	5,77	340	7,03	346	7,17	19	45	48
Sardegna	105	6,49	92	5,75	89	5,60	85	5,37	-11	-14	-17
Italia	**3.434**	**5,75**	**3.754**	**6,35**	**5.770**	**9,76**	**5.119**	**8,71**	**10**	**70**	**52**

Fonte dei dati: Base dati nazionale Nuovo Sistema Informativo Sanitario. Ministero della Salute; Istat. Anno 2023.

Raccomandazioni di Osservasalute

La valutazione della disponibilità dei PL è cruciale per comprendere le Linee Guida della pianificazione sanitaria e ospedaliera in un dato contesto territoriale. Questo indicatore permette di valutare quanto efficacemente i decisori riescano ad adeguarsi agli obiettivi nazionali e di individuare le strategie adottate per fronteggiare emergenze assistenziali, come quella scaturita dalla pandemia da SARS-CoV-2. In particolare, l'analisi della dotazione dei PL permette di valutare gli effetti delle strategie di programmazione regionali nel rispetto degli standard normativi definiti dal DM n. 70/2015. Nel 2019 e nel 2020, il tasso nazionale di PL per acuti e post-acuti è risultato inferiore all'obiettivo normativo di 3,7 per 1.000 residenti, mentre nel 2021 e 2022 ha superato tale obiettivo, raggiungendo un valore di 3,91 per 1.000 residenti nel 2021 e 3,77 per 1.000 residenti nel 2022. Le regioni mantengono una rilevante variabilità, osservata anche negli anni precedenti 2010-2018 (come descritto nel Rapporto Osservasalute - Edizione 2020), che aumenta nei 3 anni pandemici. Nota importante è l'aumento della dotazione di PL per acuti sia stata tutta a carico della degenza ordinaria.

L'analisi delle strategie organizzative adottate dalle regioni durante l'emergenza pandemica per garantire assistenza sia per le patologie associate all'infezione da SARS-CoV-2 che per le patologie non correlate, potrebbe fornire informazioni cruciali per la pianificazione futura delle reti assistenziali. La pandemia ha evidenziato l'importanza di come gli Ospedali siano in grado di rispondere rapidamente ed efficacemente alle emergenze assistenziali, basandosi sulla loro specializzazione nella cura dei casi acuti con una definita complessità, integrati con una rete territoriale di servizi efficiente.

Attualmente, è in corso un aggiornamento del DM n. 70/2015 che dovrà necessariamente tenere conto delle criticità emerse durante la pandemia. Le analisi condotte in questa Sezione e in altre parti del Rapporto Osservasalute possono rappresentare uno strumento utile per trarre insegnamenti dall'esperienza della pandemia e migliorare l'organizzazione del SSN a tutti i livelli.

La pandemia ha colpito le regioni in modi e tempi diversi, con le strutture ospedaliere che hanno dovuto affrontare ondate di pazienti COVID-19, specialmente in alcune discipline, a seconda del quadro clinico e della gravità. Questi risultati indicano l'attuazione di strategie organizzative regionali che, in emergenza, hanno dovuto fare affidamento sulla riorganizzazione delle risorse già disponibili, attivando anche percorsi assistenziali territoriali quando possibile.

Il Rapporto Osservasalute raccomanda ulteriori studi condotti con metodologie appropriate e rigorose per valutare dinamicamente nel tempo i processi organizzativi e il loro impatto sulla salute complessiva, non limitandosi solo alle patologie correlate alla COVID-19. Tali studi dovrebbero includere anche un'analisi dei fattori che contribuiscono alla elevata variabilità interregionale osservata, al fine di identificare strategie di successo e criticità da affrontare.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:47 Pagina 503

Ospedalizzazione con patologie ad elevato impatto sociale

Significato. L'elevata variabilità del tasso d'intervento per una specifica procedura chirurgica può essere dovuta, oltre che alla prevalenza della patologia di interesse nel contesto di riferimento, anche alla difficoltà da parte del paziente di scegliere fra le varie opzioni di trattamento, alla mancanza di un elevato consenso professionale circa le scelte terapeutiche e alla presenza di difficoltà di accesso determinate dalle diseguaglianze socio-economiche presenti tra la popolazione. Tale variabilità è, quindi, riconducibile a diversi fattori come, ad esempio, le caratteristiche socio-economiche e demografiche dei pazienti, le attitudini dei professionisti e il contesto istituzionale (1-4). In questa Sezione vengono analizzati e descritti nello specifico i tassi di ospedalizzazione nella popolazione di età ≥65 anni riguardanti procedure terapeutiche relative a patologie ad elevato impatto sociale e ad alta prevalenza: interventi per protesi di anca, bypass coronarico e angioplastica coronarica. Per ognuna delle procedure prese in esame, la letteratura evidenzia tassi di ospedalizzazione molto variabili, sia in contesti internazionali che nazionali. La variabilità geografica può fornire indicazioni sulla dimensione dell'offerta, su eventuali limitazioni nell'accesso ai servizi e, indirettamente, su fenomeni di inappropriatezza organizzativa. Le suddette procedure sono tutte inserite tra le prestazioni oggetto di monitoraggio ministeriale per i tempi di attesa (si vedano i relativi *core indicators*), con l'obiettivo di garantire il 90% dei ricoveri programmati entro i tempi previsti dalla Classe di priorità assegnata al momento dell'inserimento in lista di attesa (5, 6). Per tutti gli anni considerati sono stati analizzati, per le procedure in esame, i tassi mensili nazionali, con l'obiettivo, di valutare l'impatto dell'emergenza pandemica di SARS-CoV-2 sulle ospedalizzazioni per le patologie in oggetto.

Tasso di ospedalizzazione per interventi chirurgici per protesi di anca

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Dimissioni ospedaliere (età } \geq 65 \text{ anni) per interventi chirurgici per protesi di anca*}}{\text{Popolazione media residente } \geq 65 \text{ anni}} \times 100.000$$

Tasso di ospedalizzazione per interventi chirurgici per bypass coronarico

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Dimissioni ospedaliere (età } \geq 65 \text{ anni) per interventi chirurgici per bypass coronarico°}}{\text{Popolazione media residente } \geq 65 \text{ anni}} \times 100.000$$

Tasso di ospedalizzazione per interventi chirurgici per angioplastica coronarica

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Dimissioni ospedaliere (età } \geq 65 \text{ anni) per interventi chirurgici per angioplastica coronarica°°}}{\text{Popolazione media residente } \geq 65 \text{ anni}} \times 100.000$$

*Dimissioni con intervento principale o secondario 00.70, 00.71, 00.72, 00.73, 81.51, 81.52, 81.53 (rispetto all'indicatore inserito nel Rapporto annuale sull'attività di ricovero della banca dati delle Schede di Dimissione Ospedaliera sono stati inclusi anche gli interventi di revisione della protesi di anca, codici ICD-9-CM 00.70, 00.71 e 00.72).

°Dimissioni con intervento principale o secondario 36.1x.

°°Dimissioni con intervento principale o secondario 00.66, 36.09.

Validità e limiti. A partire dall'Intesa Stato-Regioni del 18 ottobre 2010, le tre procedure prese in esame sono state incluse nel Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2010-2012 (5). Di conseguenza l'interpretazione dei dati deve tenere conto che alcune regioni potrebbero aver rivisto le modalità di codifica di tali procedure chirurgiche, nell'intento di migliorare la qualità e la pertinenza delle relative rendicontazioni sulla base delle indicazioni normative fornite. L'età viene riportata in letteratura come principale fattore predittivo dell'utilizzo dei servizi e, a tal proposito, si è scelto di considerare solo la popolazione con età ≥65 anni. I tassi sono calcolati per regione di residenza per cui i risultati indicano il tasso di intervento per i cittadini di una data regione indipendentemente dal luogo di erogazione delle prestazioni, quindi, la variabilità rilevata potrebbe essere, in parte, riconducibile, come indicato nel precedente paragrafo, a differenze demografiche, epidemiologiche (incidenza e prevalenza delle patologie di interesse), di consenso professionale e

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:47 Pagina 504

di disuguaglianze nell'accesso. Per le regioni che presentano alti tassi di mobilità passiva, questi ultimi aspetti rappresentano un ulteriore limite da tenere presente nella valutazione dei risultati.

Valore di riferimento/Benchmark. In mancanza di normative specifiche e di indicazioni di letteratura rispetto alle quali attuare confronti, si considera come riferimento il valore medio nazionale.

Descrizione dei risultati

Protesi di anca

Il tasso std di dimissioni ospedaliere a livello nazionale nella popolazione di età ≥65 anni per intervento di protesi di anca (Tabella 1, Grafico 1), nel 2022, è pari a 638,2 per 100.000. Si evidenzia, quindi, un dato in forte incremento rispetto al valore del 2021, pari a 594,0 per 100.000 abitanti, e che supera il dato registrato nell'anno che ha preceduto la pandemia (nel 2019 era 622,5).

Persiste una importante variabilità del tasso regionale di questa procedura con un range compreso tra il valore minimo di 398,8 per 100.000 interventi della Sardegna ed il valore massimo di 1.041,4 per 100.000 interventi della PA di Bolzano.

L'analisi dei dati sottolinea un evidente gradiente geografico Nord-Sud ed Isole, con tassi al di sopra del valore nazionale in tutte le regioni settentrionali e tassi al di sotto del dato nazionale in tutte le regioni centrali e meridionali, ad eccezione di Toscana e Abruzzo.

Nel 2022 si apprezza, rispetto all'anno precedente, un incremento del tasso di intervento della procedura in esame, in tutte le regioni, ad eccezione di PA di Trento, Basilicata e Sardegna.

Il maggiore incremento, rispetto all'anno 2021, si è registrato in Abruzzo (da 564,0 a 647,3 per 100.000) e in Emilia-Romagna (da 675,6 a 750,8 per 100.000). Tutte le regioni, tranne PA di Trento, Veneto, Liguria, Toscana e Umbria, presentano un tasso di ospedalizzazione superiore a quello registrato nel 2019.

L'analisi dei dati mensili (Grafico 2) evidenzia nel 2020 un netto calo delle ospedalizzazioni per protesi d'anca in concomitanza con i primi mesi dell'emergenza pandemica (marzo-aprile), nel mese di agosto e durante la seconda ondata pandemica (novembre-dicembre) e due sensibili riprese all'inizio dei primi mesi estivi (giugno-luglio), *post-lockdown* nazionale e in autunno (settembre-ottobre). Nel 2021 tale analisi mostra un tasso di intervento in leggera crescita nei periodi di gennaio-marzo e settembre-novembre, un primo decremento in aprile e due importanti decrementi in agosto e dicembre. Da evidenziare che a partire da marzo 2021 il tasso mensile di intervento per la patologia in esame è sempre più elevato, rispetto al 2020, ad eccezione dei mesi estivi di luglio e agosto.

Nel 2022 si registra un tasso più elevato, rispetto al 2021, nel periodo gennaio-maggio mentre nei mesi successivi i valori sono sovrapponibili all'anno precedente.

Bypass aortocoronarico

Per quanto riguarda il tasso di dimissioni ospedaliere nella popolazione anziana per interventi chirurgici per bypass aortocoronarico si è registrato, nel 2021 e 2022, un valore pari a 78,0 per 100.000 (Tabella 2, Grafico 3). Tale valore è in leggero aumento rispetto al 2020 (76,6 per 100.000), ma ben al di sotto rispetto al periodo pre-pandemico (nel 2019 era 100,4 per 100.000), quando il trend era già lievemente decrescente.

Per questa procedura non si evidenzia un gradiente geografico, ma persiste comunque una consistente variabilità regionale ed un *range* elevato, con un valore minimo di 39,1 per 100.000 nella PA di Bolzano ed un massimo di 143,4 per 100.000 in Molise. Le singole tendenze regionali indicano, tra il 2021 e il 2022 (Grafico 3), un comportamento non omogeneo. Sono presenti regioni in cui il tasso di intervento presenta un sensibile incremento, come il Molise (da 81,2 a 143,4 per 100.000) e la Valle d' Aosta (da 62,6 a 88,2 per 100.000), mentre per altre regioni si registra un importante calo, in particolare in Abruzzo (da 122,4 a 107,4 per 100.000) e in Liguria (da 64,7 a 53,3 per 100.000).

Anche per questa procedura (Grafico 4) si è registrata nel 2020 una riduzione del tasso di ospedalizzazione durante i primi mesi dell'emergenza pandemica (marzo-aprile), nel mese di agosto e in concomitanza della seconda ondata (novembre-dicembre), alternata a due periodi di ripresa nei primi mesi dell'estate e in autunno. Nel 2021 si evidenzia un trend in lieve aumento da gennaio a giugno e nei mesi di settembre e ottobre e una riduzione del tasso nei mesi di luglio-agosto e nei mesi di novembre e dicembre. Da marzo 2021 si registrano valori mensili più alti rispetto al 2020, ad eccezione dei mesi da luglio a settembre durante i quali il tasso di intervento è sovrapponibile.

Nel 2022 i dati mostrano un trend in aumento fino a marzo e un successivo andamento altalenante con valori minimi in agosto e dicembre.

Angioplastica coronarica

Il terzo indicatore in esame si riferisce al tasso di dimissioni ospedaliere nella popolazione anziana per angioplastica coronarica. Nel 2022, il valore nazionale si attesta a 585,2 per 100.000 (Tabella 3, Grafico 5), in leggero aumento rispetto al 2021 (579,2 per 100.000). L' indicatore presentava, a partire dal 2016, un trend tendenzialmente in aumento interrotto nel 2020 (Tabella 3), anno in cui si registra un netto calo. Negli ultimi 2 anni si evidenza un nuovo incremento del tasso di ospedalizzazione che resta comunque lontano dal valore nazionale registrato nel 2019 (623,9 per 100.000). Come per gli altri indicatori precedentemente analizzati, è presente una considerevole varia-

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:47 Pagina 505

bilità regionale nei tassi, ma non un evidente gradiente tra le diverse aree geografiche del Paese: il range varia da 306,7 per 100.000 in Friuli Venezia Giulia a 1.013,0 per 100.000 in Valle d'Aosta. Tra il 2021 e il 2022 (Grafico 5), il tasso di interventi regionale varia in modo disomogeneo, con regioni che presentano un aumento, come Molise, Basilicata e Calabria, e regioni in cui si registra una importante riduzione, come PA di Trento, Valle d' Aosta e Sardegna.

La lettura congiunta dei tassi di ospedalizzazione per bypass aortocoronarico e angioplastica coronarica evidenzia che, nell'arco temporale 2016-2019, si è assistito a livello nazionale ad una riduzione del tasso di interventi per bypass aortocoronarico che, però, non ha interessato tutte le regioni (11/21 regioni). Durante lo stesso periodo, invece, per gli interventi di angioplastica coronarica si è osservato un incremento nella frequenza degli stessi sia a livello nazionale che regionale interessando 17/21 regioni. Nel 2022 rispetto al 2019 si è registrata una generale riduzione per entrambe le procedure, ad eccezione soltanto del Molise per quanto riguarda l'angioplastica coronarica. Tra il 2021 e il 2022 si registra un comportamento disomogeneo: 5 regioni evidenziano un incremento per entrambi le procedure (Lombardia, Marche, Lazio, Molise e Sicilia), 6 regioni in cui si registra una riduzione del tasso di interventi per bypass aortocoronarico a fronte di un aumento del tasso di interventi per angioplastica coronarica (Piemonte, Liguria, Abruzzo, Puglia, Basilicata e Calabria), 2 regioni che presentano una riduzione dei tassi per entrambe le procedure (Friuli Venezia Giulia ed Emilia-Romagna) e 8 regioni che presentano un calo del tasso di interventi di angioplastica coronarica e un aumento del tasso di bypass aortocoronarico (Valle d' Aosta, PA di Bolzano, PA di Trento, Veneto, Toscana, Umbria, Campania e Sardegna).

Il Grafico 6 evidenzia, anche per questa procedura, la riduzione del tasso di intervento in concomitanza con le due ondate nel 2020 di casi di SARS-CoV-2. Nel 2021 si assiste a due importanti riduzioni del tasso nei mesi di luglio-agosto e a dicembre e una diminuzione più lieve in aprile. L'andamento, nel 2022, del tasso di intervento in esame è pressoché sovrapponibile a quello registrato nel 2021.

Tabella 1 - *Tasso (valori per 100.000) di dimissioni ospedaliere per interventi chirurgici per protesi di anca di pazienti di età 65 anni ed oltre per regione - Anni 2016-2022*

Regioni	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Piemonte	633,7	651,2	665,5	666,7	533,2	640,8	682,4
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	848,1	816,1	926,3	840,0	647,1	826,4	843,1
Lombardia	675,0	674,8	668,8	681,5	517,7	643,8	685,3
Bolzano-Bozen	*920,1*	*942,4*	*865,3*	*919,8*	*740,5*	*1.010,7*	*1.041,4*
Trento	*805,5*	*830,4*	*805,0*	*820,4*	*648,9*	*791,0*	*789,3*
Veneto	729,0	720,5	721,0	754,2	651,9	701,9	745,8
Friuli Venezia Giulia	823,6	810,7	809,5	777,8	727,4	801,2	813,7
Liguria	662,4	706,0	710,2	708,7	546,1	690,2	705,9
Emilia-Romagna	699,4	715,4	713,2	720,2	610,3	675,6	750,8
Toscana	654,0	651,1	673,5	723,4	627,8	672,2	717,5
Umbria	607,1	629,0	623,0	631,4	572,7	579,8	628,9
Marche	605,2	631,5	608,5	618,7	543,4	556,8	627,3
Lazio	572,6	582,0	584,4	563,6	517,6	575,1	619,4
Abruzzo	590,8	599,4	600,6	594,3	512,2	564,0	647,3
Molise	485,4	585,9	479,9	508,2	405,2	442,8	509,8
Campania	479,3	488,6	490,0	520,0	421,4	511,5	544,2
Puglia	466,0	463,9	476,9	474,0	415,8	435,7	505,6
Basilicata	443,3	483,3	476,1	465,7	369,7	484,9	470,7
Calabria	463,6	444,1	438,0	443,3	366,4	421,3	467,0
Sicilia	443,0	452,1	424,6	467,1	403,8	439,0	480,3
Sardegna	366,2	380,0	374,7	391,7	342,2	399,5	398,8
Italia	**604,2**	**611,4**	**609,8**	**622,5**	**520,3**	**594,0**	**638,2**

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:47 Pagina 506

Tasso (valori per 100.000) di dimissioni ospedaliere per interventi chirurgici per protesi di anca di pazienti di età 65 anni ed oltre per regione. Anno 2022

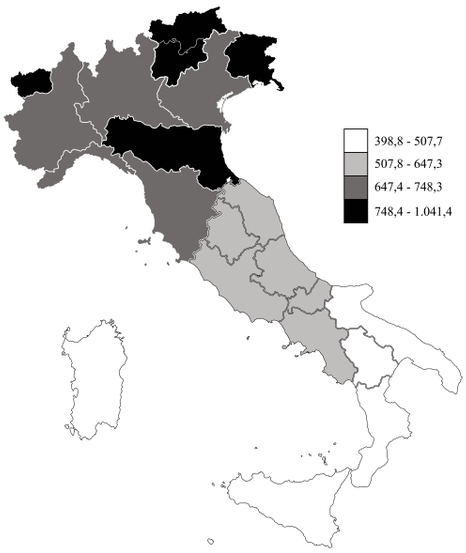
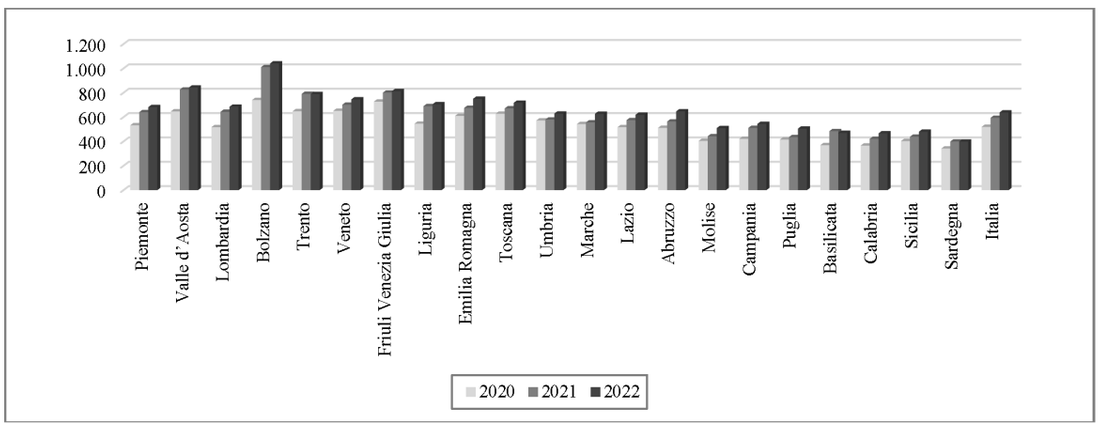


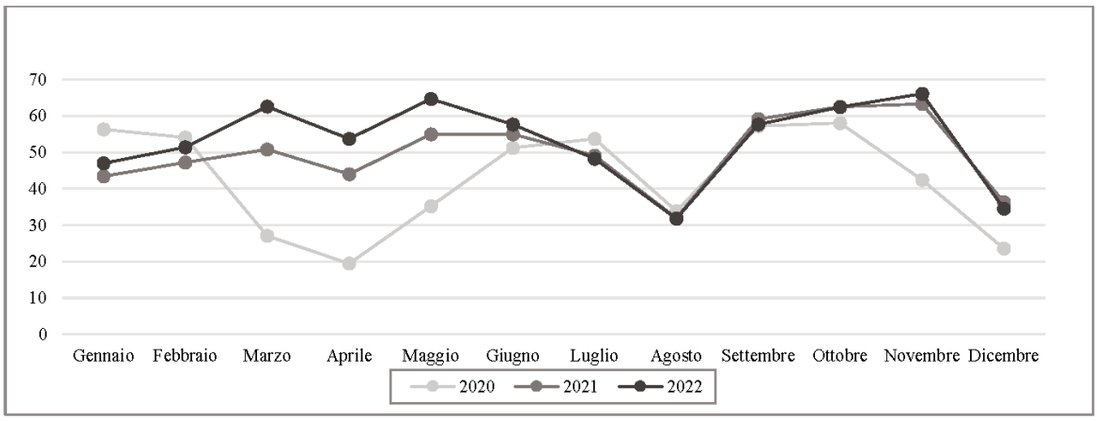
Grafico 1 - *Tasso (valori per 100.000) di dimissioni ospedaliere per interventi chirurgici per protesi di anca di pazienti di età 65 anni ed oltre per regione - Anni 2020-2022*



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:47 Pagina 507

Grafico 2 - *Trend mensile del tasso (valori per 100.000) di dimissioni ospedaliere per interventi chirurgici per protesi di anca di pazienti di età 65 anni ed oltre per regione - Anni 2020-2022*



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2023.

Tabella 2 - *Tasso (valori per 100.000) di dimissioni ospedaliere per interventi chirurgici per bypass coronarico di pazienti di età 65 anni ed oltre per regione - Anni 2016-2022*

Regioni	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Piemonte	86,1	85,6	85,2	77,3	59,9	63,3	59,3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	71,8	71,1	70,5	76,4	39,6	62,6	88,2
Lombardia	114,8	113,5	112,3	99,4	72,8	72,1	73,2
Bolzano-Bozen	*51,7*	*51,0*	*50,3*	*71,5*	*42,6*	*35,8*	*39,1*
Trento	*123,5*	*121,4*	*119,3*	*115,5*	*90,1*	*88,7*	*92,8*
Veneto	88,7	87,7	86,7	97,1	78,3	71,9	73,5
Friuli Venezia Giulia	160,9	159,8	158,7	138,7	131,1	114,6	112,0
Liguria	80,7	80,9	81,2	81,5	60,4	64,7	53,3
Emilia-Romagna	102,2	101,6	101,0	98,5	70,6	79,8	78,2
Toscana	97,5	97,1	96,9	99,8	76,5	76,9	79,4
Umbria	62,8	62,6	62,3	65,8	46,8	65,4	70,8
Marche	113,9	113,2	112,6	86,7	72,4	64,5	75,9
Lazio	93,2	92,2	91,2	102,3	86,0	89,8	91,9
Abruzzo	156,5	155,4	154,4	141,5	113,2	122,4	107,4
Molise	142,8	141,8	140,8	169,8	132,9	81,2	143,4
Campania	119,5	117,9	116,4	111,9	81,0	93,3	93,7
Puglia	131,2	129,7	128,4	131,4	98,6	95,0	87,7
Basilicata	116,0	115,1	114,1	91,3	89,6	87,9	80,3
Calabria	140,6	139,3	138,0	141,6	58,0	87,6	86,6
Sicilia	91,8	91,0	90,3	85,5	63,1	65,8	67,9
Sardegna	64,6	63,4	62,3	62,3	57,1	45,9	45,9
Italia	**104,9**	**104,0**	**103,1**	**100,4**	**76,0**	**78,0**	**78,0**

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:47 Pagina 508

Tasso (valori per 100.000) di dimissioni ospedaliere per interventi chirurgici per bypass coronarico di pazienti di età 65 anni ed oltre per regione. Anno 2022

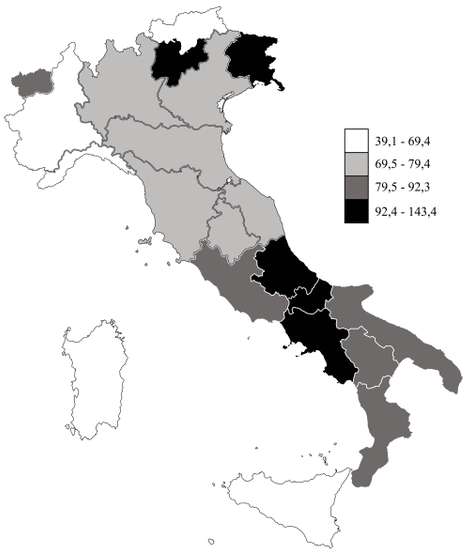
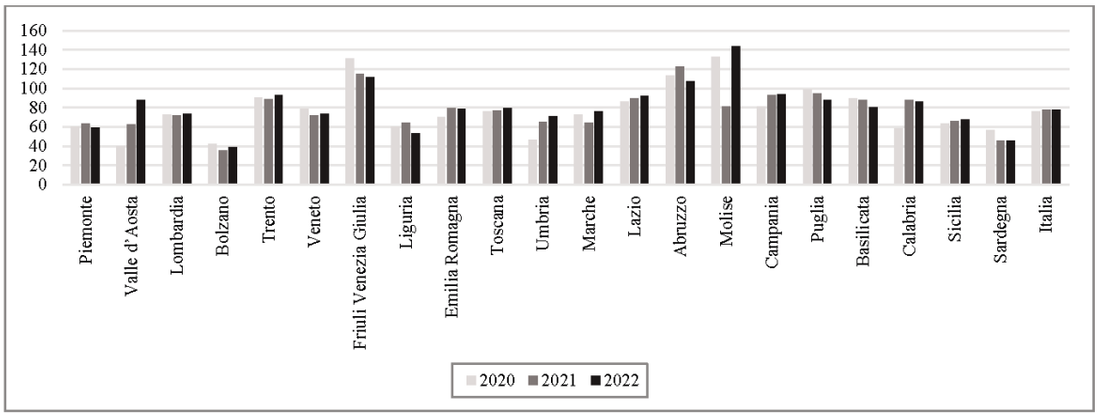
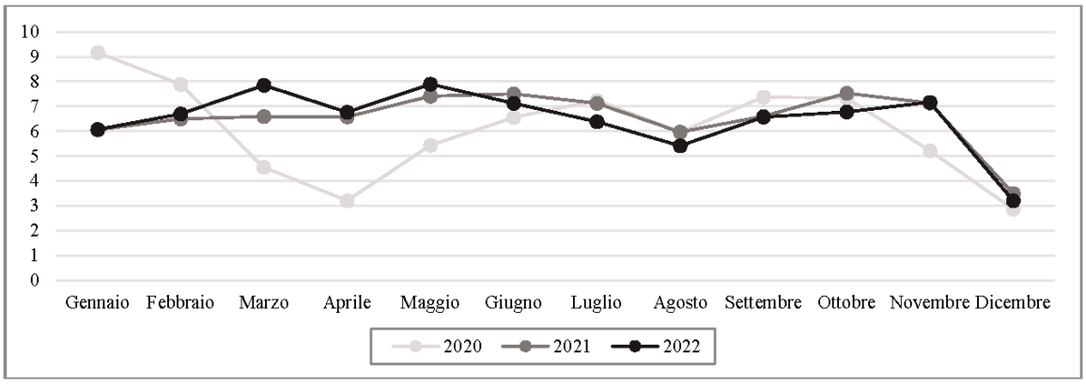


Grafico 3 - *Tasso (valori per 100.000) di dimissioni ospedaliere per interventi chirurgici per bypass coronarico di pazienti di età 65 anni ed oltre per regione - Anni 2020-2022*



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2023.

Grafico 4 - *Trend mensile del tasso (valori per 100.000) di dimissioni ospedaliere per interventi chirurgici per bypass coronarico di pazienti di età 65 anni ed oltre per regione - Anni 2020-2022*



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2023.

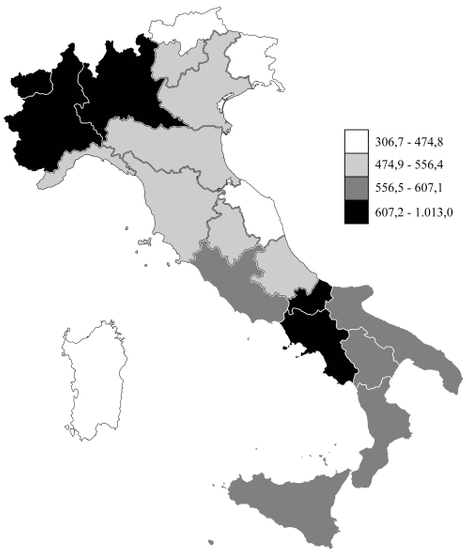
Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:47 Pagina 509

Tabella 3 - *Tasso (valori per 100.000) di dimissioni ospedaliere per interventi chirurgici per angioplastica coronarica di pazienti di età 65 anni ed oltre per regione - Anni 2016-2022*

Regioni	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Piemonte	725,5	736,9	733,5	758,6	646,2	755,8	781,8
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	930,1	670,5	664,6	1.002,7	894,7	1.060,1	1.013,0
Lombardia	718,1	720,5	713,1	739,2	595,5	693,5	720,2
Bolzano-Bozen	*428,7*	*425,6*	*419,6*	*439,4*	*358,9*	*372,1*	*363,6*
Trento	*470,6*	*447,3*	*439,5*	*520,8*	*407,2*	*472,0*	*419,9*
Veneto	546,7	446,7	441,5	559,8	496,4	525,4	524,4
Friuli Venezia Giulia	296,2	315,7	313,6	323,2	292,2	314,5	306,7
Liguria	455,4	485,3	486,9	538,0	454,4	523,2	556,4
Emilia-Romagna	602,1	583,1	579,8	551,1	486,0	527,8	504,1
Toscana	555,9	585,8	584,0	601,2	480,5	502,1	485,7
Umbria	600,3	623,2	620,3	599,4	513,6	546,0	544,5
Marche	499,7	503,4	500,5	518,0	433,5	457,2	465,6
Lazio	586,1	616,9	610,1	590,2	538,3	577,9	600,1
Abruzzo	449,1	506,6	503,2	482,2	422,8	464,3	484,1
Molise	678,5	668,3	663,6	355,6	576,3	525,4	614,1
Campania	662,7	664,2	655,9	716,0	608,8	672,7	648,7
Puglia	600,0	630,0	623,7	655,9	547,3	552,4	558,7
Basilicata	464,8	559,7	555,1	656,8	572,6	537,2	591,6
Calabria	529,4	513,1	508,3	604,4	402,8	524,3	572,5
Sicilia	636,1	642,0	637,3	656,4	529,1	575,3	575,6
Sardegna	406,9	366,4	359,8	384,1	335,6	356,1	312,3
Italia	**600,8**	**601,6**	**596,5**	**623,9**	**525,1**	**579,2**	**585,2**

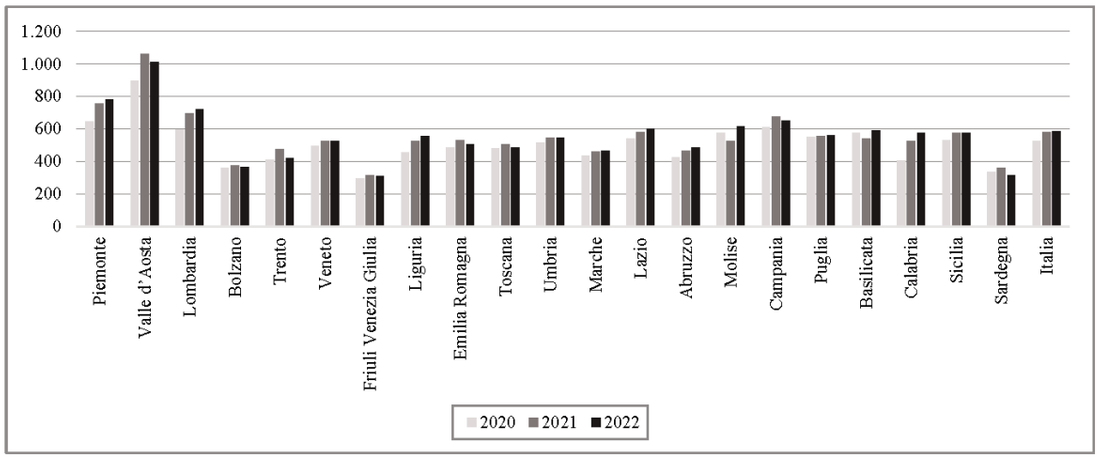
Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2023.

Tasso (valori per 100.000) di dimissioni ospedaliere per interventi chirurgici per angioplastica coronarica di pazienti di età 65 anni ed oltre per regione. Anno 2022



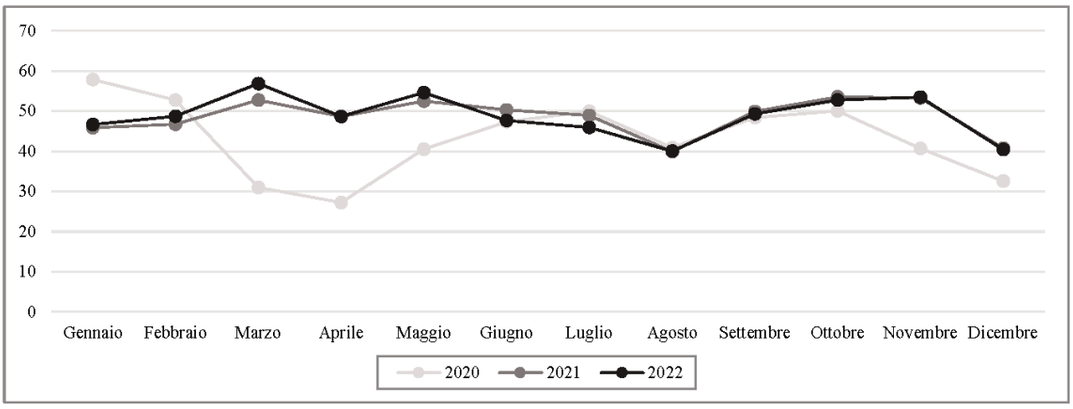
Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 510

Grafico 5 - *Tasso (valori per 100.000) di dimissioni ospedaliere per interventi chirurgici per angioplastica coronarica di pazienti di età 65 anni ed oltre per regione - Anni 2020-2022*



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2023.

Grafico 6 - *Trend mensile del tasso (valori per 100.000) di dimissioni ospedaliere per interventi chirurgici per angioplastica coronarica di pazienti di età 65 anni ed oltre per regione - Anni 2020-2022*



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2023.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'analisi dei tassi di dimissione ospedaliera per intervento chirurgico per alcune procedure particolarmente frequenti e di riconosciuta efficacia nella popolazione di età ≥65 anni segnala come l'utilizzo delle tre procedure ad alto impatto sociale sopra descritte continuino a manifestare una elevata variabilità regionale, con situazioni limite che riflettono condizioni di effettivo "overuse" e "underuse" delle procedure stesse.

È importate sottolineare che gli indicatori misurano la domanda di ospedalizzazione "soddisfatta" dai servizi sanitari, senza distinguere le prestazioni appropriate da quelle inappropriate e, inoltre, non consentono di analizzare la domanda "insoddisfatta", dovuta, in taluni contesti, alla scarsa accessibilità alle prestazioni sanitarie e, comunque, rappresentativa di un bisogno di salute della popolazione. Per garantire equità di accesso e sicurezza delle prestazioni erogate, occorrerebbe stabilire se il presunto eccesso o difetto di ospedalizzazione rilevato in alcune regioni sia da attribuire a differenze epidemiologiche delle patologie correlate alle procedure chirurgiche in esame (diversa incidenza delle patologie), ad un sotto o sovra dimensionamento dell'offerta in grado, rispettivamente, di limitare o amplificare le possibilità di accesso alle prestazioni oppure a determinanti non sanitari connessi all'erogazione delle prestazioni, tra cui anche fattori correlati alla sfera professionale e alla capacità di scelta dei pazienti. Per ciascuna delle procedure considerate, le variazioni possono essere imputabili a fattori diversi: per le protesi di anca, ad esempio, la letteratura riporta un'associazione proporzionalmente inversa con situazioni di svantaggio

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 511

socio-economico e di deprivazione; sarebbe, quindi, auspicabile che nelle regioni in cui si registrano basse *performance* il fenomeno sia valutato con attenzione, al fine di avviare azioni volte a migliorare l'equità nell'accesso ai servizi (1), ovvero di contrastare fenomeni di eventuale sovra utilizzo della procedura. Per le altre due procedure prese in esame (angioplastica coronarica e bypass coronarico) la variabilità potrebbe essere correlata anche alle caratteristiche dell'offerta (disponibilità di adeguate strutture specialistiche) e al comportamento dei clinici rispetto alle indicazioni di eleggibilità previste dalle Linee Guida per i quadri patologici considerati (1).

Nel 2020 si è assistito, per tutte e tre le procedure in esame, ad una riduzione dei tassi di intervento in concomitanza delle due ondate pandemiche (marzo-aprile e novembre-dicembre). I servizi sanitari regionali hanno dovuto riorganizzare i diversi *setting* ospedalieri per accogliere l'elevatissimo numero di pazienti con infezione da SARS-CoV-2 e garantire percorsi sicuri e separati, al fine di evitare la diffusione del virus.

Questo ha causato, per diversi mesi, la sospensione dell'attività ambulatoriale e chirurgica programmata e di conseguenza un drammatico calo dei volumi di attività in elezione e l'incremento dei tempi di attesa.

Nel 2021, anche grazie alla suddetta riorganizzazione, si è assistito ad una importante ripresa dei tassi di ospedalizzazione per le patologie in esame.

Tale andamento è confermato nel 2022. La riduzione dei tassi mensili di intervento nei mesi di agosto e dicembre e, in parte in aprile, è verosimilmente legata a motivi di tipo organizzativo più che all'andamento pandemico.

La lettura congiunta dei tassi di angioplastica coronarica e bypass aortocoronarico ha evidenziato, fino al 2019, una riduzione del tasso di dimissione per bypass coronarico generalmente correlata, a livello nazionale e nella maggior parte delle regioni, con l'aumento del tasso di dimissione per angioplastica. Nel 2020 c'è stata una riduzione generalizzata dei tassi di intervento per entrambe le procedure, mentre nel 2021 e 2022 le regioni hanno avuto un comportamento disomogeneo.

La crescita, tra il 2020 e il 2021, molto meno marcata del tasso di dimissioni per bypass coronarico rispetto al tasso per angioplastica può far pensare che nei prossimi anni si ripeteranno i trend registrati fino al 2019.

Alla luce di queste considerazioni, sarebbe utile incentivare le regioni che presentano gli scostamenti più elevati a valutare, in dettaglio, i fenomeni rilevati allo scopo di comprenderne l'origine e promuovere specifiche azioni per migliorare l'appropriatezza clinica e organizzativa. È da valutare nei prossimi anni l'impatto che il continuo monitoraggio dei tempi di attesa in ambito nazionale e regionale e le azioni volte a migliorare l'accesso alle specifiche prestazioni chirurgiche potranno avere in termini di riduzione della variabilità regionale.

Riferimenti bibliografici

(1) Variation in Health care, the good, the bad and the inexplicable. The King's Fund. Anno 2011.
(2) Whetterholm M., Turkiewicz A., Stigmar K., Hubertsson J., Englud M. The rate of joint replacement in osteoarthritis depends on the patient's socioeconomic status. Acta Orthopedica 2016; 87 (3): 245-251.
(3) Judg A., Welton N.J., Sandhu J., Ben-Shlomo Y. Equity in access to total joint replacement of the hip and knee in England: cross sectional study. BMJ 2010; 341: c4092doi:10.1136/bmj.c4092.
(4) King W., Lacey A., White J., Farewell D., Dunstan F., Fone D. Equity in healthcare for coronary heart disease, Wales (UK) 2004-2010: A population-based electronic cohort study. Plos one 12 (3): e0172618. Disponibile sul sito: https://doi.org/ 10.1371/journal.pone.0172618.
(5) Intesa tra il Governo, le Regioni e le PA di Trento e di Bolzano sul Piano Nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012, di cui all'art. 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266.
(6) Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 512

Tempi di attesa per interventi chirurgici per protesi d'anca

Significato. Gli interventi chirurgici per protesi d'anca sono tra le procedure ospedaliere ad elevato impatto sociale e alta prevalenza che vengono monitorate nel Rapporto Osservasalute in riferimento alla popolazione di età 65 anni ed oltre. I tempi di attesa per questi interventi vengono valutati per Classe di priorità (A, B, C, D) secondo i criteri definiti nel Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2019-2021 (1). L'indicatore si pone l'obiettivo di esaminare il rispetto dei tempi di attesa per gli interventi di protesi d'anca per ciascuna delle classi di priorità individuate dal medico al momento della prenotazione dell'operazione chirurgica.

Interventi chirurgici di protesi d'anca effettuati entro i tempi definiti nella Classe di priorità

Numeratore

$$\frac{\sum_{i=0}^{n} \text{Numero di interventi prenotati in una Classe ed eseguiti nella tempistica definita nel Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa*}}{\sum_{i=0}^{m} \text{Numero totale di interventi prenotati nella Classe}} \times 100$$

Denominatore

*Classe A = entro 30 giorni, Classe B = entro 60 giorni, Classe C = entro 180 giorni, Classe D = entro 12 mesi.

Validità e limiti. Per il calcolo dell'indicatore sono state utilizzate le SDO 2019-2022 del Ministero della Salute utilizzate sulla base del protocollo presente nel PNGLA 2019-2021. Il PNGLA si propone di condividere un percorso per il Governo delle Liste di Attesa, finalizzato a garantire un appropriato, equo e tempestivo accesso dei cittadini ai servizi sanitari che si realizza con l'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza, il rispetto delle Classi di priorità, la trasparenza e l'accesso diffuso alle informazioni da parte dei cittadini sui loro diritti e doveri (1).
Sono escluse dal calcolo degli indicatori le SDO per le quali la differenza tra la data di prenotazione e quella di intervento è pari a 0 giorni e/o >365 giorni.
Gli indicatori relativi al rispetto dei tempi di attesa sono descritti per le Classi di priorità A, B, C; non si analizzano i valori di Classe D in quanto, per le condizioni di inclusione/esclusione delle SDO, la percentuale sarebbe sempre uguale a 100%.

Valore di riferimento/Benchmark. Il valore di riferimento per questo indicatore è pari al 100% perché tutte le strutture dovrebbero garantire il rispetto della tempistica definito dalla Classe di priorità assegnata all'intervento.

Descrizione dei risultati

In Italia, dal 2019 al 2022, l'intervento di protesi d'anca è posto in classi di priorità differenti a seconda della regione erogatrice dell'operazione. Negli anni le percentuali di utilizzo delle classi di priorità non cambiano molto con una prevalenza della classe C nel 2019 e della Classe A negli anni 2020, 2021 e 2022 (Grafico 1).
Nel 2022, per gli interventi chirurgici di protesi d'anca, le regioni utilizzano Classi di priorità differenti (Grafico 2). Nove regioni utilizzano prevalentemente la Classe A (Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Marche, PA di Bolzano, Puglia, Sicilia e Umbria), 5 regioni la Classe B (Basilicata, Emilia-Romagna, Piemonte, Toscana e Valle d'Aosta), 5 regioni la Classe C (Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Molise e PA di Trento), 2 regioni la Classe D (Sardegna e Veneto). Si evidenzia come le classi di priorità prevalenti non varino negli anni in tutte le regioni.

Classe A
Nel 2022, a livello nazionale, il 66,07% degli interventi di protesi d'anca in Classe A sono stati effettuati nel rispetto dei tempi di attesa (entro 30 giorni dalla prenotazione). Rispetto al 2021 il valore del rispetto dei tempi di attesa è inferiore di -5,5 p.p. con un leggero aumento degli interventi chirurgici erogati. L'indicatore nel 2022 ha un valore superiore solo al 2019 quando era pari al 65,94% mentre è inferiore anche al valore del 2020.
Nel 2022, delle regioni che utilizzano principalmente la classe A per gli interventi chirurgici di protesi all'anca, quelle che rispettano maggiormente il tempo di attesa dei 30 giorni sono la Calabria con 89,93%, la PA di Bolzano con l'83,21% e la Campania con il 79,16%; al contrario rispettano meno la tempistica prevista dalla Classe di priorità il Lazio con il 59,58% e l'Umbria con il 62,89%.
Rispetto al 2021 le regioni che hanno peggiorato le loro prestazioni sono la PA di Trento con -27,7 p.p., il Molise con -20,0 p.p. e l'Umbria con -13,4 p.p.; quelle che hanno registrato dei miglioramenti significativi sono Liguria (+14,0 p.p.), Valle d'Aosta (+10,5 p.p.) e Friuli Venezia Giulia (+8,4 p.p.).
Rispetto al 2019 le regioni con aumenti notevoli del

M.P. RANDAZZO, S.D. CICALA, F. GIOIA, R. CIUFFREDA, F. AMABILE

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 513

rispetto dei tempi di attesa sono la Toscana +24,9 p.p. e la Sardegna +20,6 p.p., quelle con decrementi maggiori sono la PA di Trento -21,3 p.p. e il Friuli Venezia Giulia -15,5 p.p. (Tabella 1).

Classe B

Nel 2022 a livello nazionale il 69,02% degli interventi di protesi d'anca in Classe B sono stati effettuati nel rispetto dei tempi di attesa (entro 60 giorni dalla prenotazione). L'indicatore mostra un valore in diminuzione rispetto al 2021 (73,51%) di -4,5 p.p., mentre è in aumento di 2,8 p.p. rispetto al 2019 (66,24%).

Le regioni rispettano il tempo di attesa posto dalla Classe di priorità B di 60 giorni in maniera molto differente: si evidenzia come questa difformità emerga molto anche tra le 5 regioni che privilegiano la Classe di priorità B per gli interventi chirurgici di protesi all'anca: la Valle d'Aosta rispetta i tempi nel 97,17% dei casi, l'Emilia-Romagna nel 76,03%, la Toscana nel 58,57%, la Basilicata nel 52,59% e il Piemonte nel 41,82%.

Rispetto al 2021 le regioni che hanno migliorato le proprie prestazioni sul rispetto del tempo di attesa dei 60 giorni per gli interventi posti in Classe di priorità B sono PA di Bolzano (+8,4 p.p.), Liguria (+8,1 p.p.) e Puglia (+6,3 p.p.); le regioni con le prestazioni in peggioramento sono Sardegna (-22,9 p.p.), Basilicata (-19,6 p.p.) e PA di Trento (-15,5 p.p.).

Rispetto al 2019, le regioni che registrano una *performance* migliore sono Liguria (+23,9 p.p.), Basilicata (+19,3 p.p.) e Abruzzo (+19,0 p.p.), invece, le regioni che hanno peggiorato maggiormente le loro *performance* sono PA di Trento (-24,6 p.p.), Calabria (-14,0 p.p.) e Friuli Venezia Giulia (-12,6 p.p.).

Classe C

Nel 2022, a livello nazionale, i tempi di attesa di esecuzione dell'intervento (entro 180 giorni dalla prenotazione) sono stati rispettati nell'86,20%: in incremento rispetto agli anni 2020 e 2021, ma ancora al di sotto del valore pre-pandemico. Si evidenzia come anche il numero degli interventi erogati nel 2022, pari a 13.425, sia maggiore a quelli erogati nel 2021 11.155.

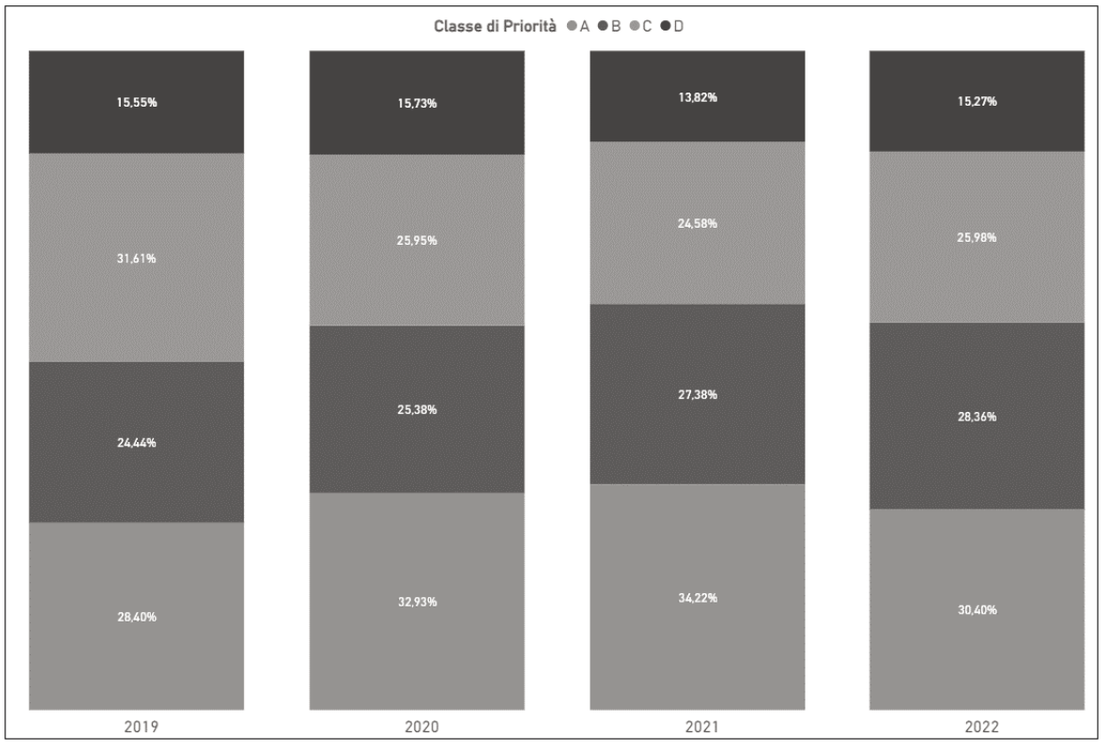
Le regioni che rispettano la Classe di priorità C con percentuali al di sopra del 90% sono: Molise, Umbria, PA di Trento, PA di Bolzano, Veneto, Toscana e Campania; invece, le regioni che rispettano meno la classe C sono Emilia-Romagna, Calabria e Sardegna con rispettivamente il 71,6%, il 75,0% e il 76,9%.

Dal 2021 al 2022 si registra un incremento di 2,4 p.p. a livello nazionale per il rispetto dei tempi di attesa per gli interventi di protesi d'anca posti in Classe di priorità C con dei picchi di 17,1 p.p. in Calabria e 7,2 p.p. in Lombardia (non si considera la Basilicata per la bassa casistica), mentre le *performance* peggiori rispetto all'anno precedente si manifestano in Sardegna (-12,0 p.p.) e Marche (-8,6 p.p.).

Rispetto al 2019, a livello nazionale si manifesta un rispetto dei tempi di attesa inferiore pari a -1,6 p.p.; ci sono però delle regioni che migliorano molto le loro prestazioni rispetto al periodo pre-pandemico: Lazio (+20,4 p.p.), Umbria (+7,0 p.p.) e Campania (+5,7 p.p.), mentre quelle che peggiorano sono Valle d'Aosta (-15,0 p.p.), Emilia-Romagna (-13,2 p.p.) e Calabria (-11,4 p.p.).

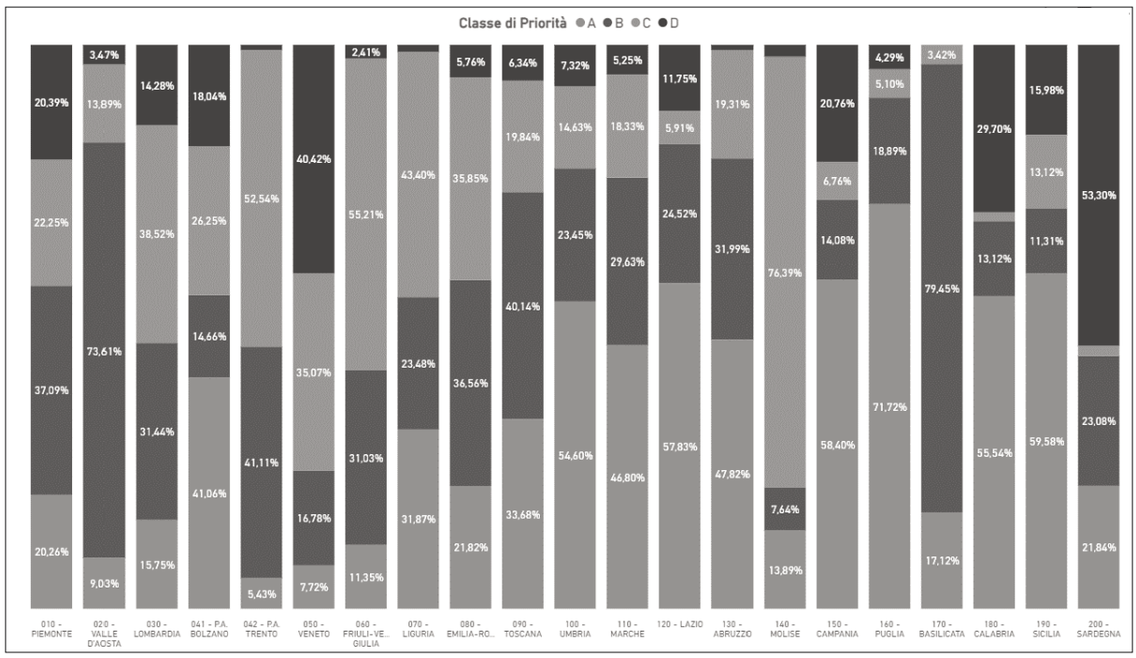
Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 514

Grafico 1 - *Percentuale media utilizzo Classi di priorità per intervento di protesi d'anca a livello nazionale - Anni 2019-2022*



Fonte dei dati: Elaborazioni Agenas su Schede di Dimissione Ospedaliera. Anno 2023.

Grafico 2 - *Percentuale media utilizzo Classi di priorità per intervento di protesi d'anca per regione - Anno 2022*



Fonte dei dati: Elaborazioni Agenas su Schede di Dimissione Ospedaliera. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 515

Tabella 1 - *Interventi chirurgici (valori per 100 e valori assoluti) di protesi d'anca effettuati entro i tempi definiti nella Classe di priorità A per regione - Anni 2019-2022*

Regioni	2019		2020		2021		2022	
	% interventi Classe A eseguiti in 30 giorni	N interventi posti in Classe A	% interventi Classe A eseguiti in 30 giorni	N interventi posti in Classe A	% interventi Classe A eseguiti in 30 giorni	N interventi posti in Classe A	% interventi Classe A eseguiti in 30 giorni	N interventi posti in Classe A
Piemonte	49,78	671	59,38	714	49,78	1.129	40,45	1.058
Valle d'Aosta	88,89	9	100,00	1	81,82	11	92,31	13
Lombardia	63,57	1.872	69,46	1.434	61,71	2.489	65,61	1.797
Bolzano-Bozen	*85,28*	*197*	*71,69*	*166*	*81,14*	*281*	*83,21*	*280*
Trento	*38,30*	*94*	*29,41*	*51*	*44,74*	*38*	*17,02*	*47*
Veneto	57,85	382	70,63	286	63,79	417	55,84	394
Friuli Venezia Giulia	53,85	65	37,27	110	29,93	137	38,36	146
Liguria	48,90	182	49,60	125	47,80	159	61,84	152
Emilia-Romagna	85,80	1.113	85,58	978	87,04	895	86,61	1.322
Toscana	48,02	1.489	66,77	1.282	70,71	1.335	72,97	1.365
Umbria	67,74	310	71,83	284	76,32	359	62,89	291
Marche	83,84	464	83,22	435	79,73	528	73,57	526
Lazio	67,37	2.176	63,47	1.837	67,31	2.236	59,58	2.427
Abruzzo	72,99	822	80,89	518	84,14	637	78,72	592
Molise	85,71	7	75,00	4	100,00	13	80,00	20
Campania	82,27	1.100	86,07	991	89,88	1.542	79,16	1.651
Puglia	77,48	968	85,94	1.117	86,70	1.346	76,06	1.420
Basilicata	26,44	87	28,57	28	56,52	23	44,00	25
Calabria	91,58	392	92,01	363	96,39	443	89,93	546
Sicilia	70,50	1.044	76,52	1.039	76,30	1.312	70,14	1.480
Sardegna	38,52	135	55,70	158	72,06	204	59,12	159
Italia	**65,94**	**13.579**	**68,52**	**11.921**	**71,61**	**15.534**	**66,07**	**15.711**

Fonte dei dati: Elaborazioni Agenas su Schede di Dimissione Ospedaliera. Anno 2023.

Tabella 2 - *Interventi chirurgici (valori per 100 e valori assoluti) di protesi d'anca effettuati entro i tempi definiti nella Classe di priorità B per regione - Anni 2019-2022*

Regioni	2019		2020		2021		2022	
	% interventi Classe B eseguiti in 60 giorni	N interventi posti in Classe B	% interventi Classe B eseguiti in 60 giorni	N interventi posti in Classe B	% interventi Classe B eseguiti in 60 giorni	N interventi posti in Classe B	% interventi Classe B eseguiti in 60 giorni	N interventi posti in Classe B
Piemonte	42,09	1.720	43,03	1.104	46,45	1.421	41,82	1.937
Valle d'Aosta	100,00	59	82,76	58	97,87	94	97,17	106
Lombardia	60,69	2.689	57,16	2.215	63,42	3.297	68,29	3.586
Bolzano-Bozen	*69,77*	*129*	*58,93*	*56*	*70,59*	*85*	*79,00*	*100*
Trento	*72,93*	*133*	*67,57*	*111*	*63,81*	*257*	*48,31*	*356*
Veneto	85,84	784	78,46	557	77,99	786	77,69	856
Friuli Venezia Giulia	60,00	240	45,07	213	55,91	347	47,37	399
Liguria	50,17	295	34,18	79	66,04	106	74,11	112
Emilia-Romagna	83,48	1.507	77,71	1.561	79,59	1.945	76,03	2.215
Toscana	58,62	1.358	57,06	1.304	60,48	1.450	58,57	1.627
Umbria	62,27	220	51,08	139	66,12	121	68,80	125
Marche	65,72	283	53,19	235	69,55	243	58,26	333
Lazio	45,38	498	57,11	380	67,09	857	56,37	1.029
Abruzzo	65,09	169	82,91	234	88,68	318	84,09	396
Molise	100,00	1	100,00	1	100,00	1	90,91	11
Campania	76,30	616	63,93	305	80,68	295	84,42	398
Puglia	50,86	348	59,11	225	63,25	234	69,52	374
Basilicata	33,33	45	51,35	37	72,22	90	52,59	116
Calabria	95,38	173	92,93	99	93,75	128	81,40	129
Sicilia	63,55	321	57,62	210	72,46	236	69,75	281
Sardegna	49,50	101	56,06	66	87,83	115	64,88	168
Italia	**66,24**	**11.689**	**63,20**	**9.189**	**73,51**	**12.426**	**69,02**	**14.654**

Fonte dei dati: Elaborazioni Agenas su Schede di Dimissione Ospedaliera. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 516

Tabella 1 - *Interventi chirurgici (valori per 100 e valori assoluti) di protesi d'anca effettuati entro i tempi definiti nella Classe di priorità C per regione - Anni 2019-2022*

Regioni	2019		2020		2021		2022	
	% interventi Classe C eseguiti in 180 giorni	N interventi posti in Classe C	% interventi Classe C eseguiti in 180 giorni	N interventi posti in Classe C	% interventi Classe C eseguiti in 180 giorni	N interventi posti in Classe C	% interventi Classe C eseguiti in 180 giorni	N interventi posti in Classe C
Piemonte	82,77	1.619	73,94	944	80,49	938	78,14	1.162
Valle d'Aosta	100,00	38	83,33	18	78,95	19	85,00	20
Lombardia	83,45	4.918	68,25	2.343	81,42	3.288	88,60	4.394
Bolzano-Bozen	*91,26*	*183*	*88,89*	*117*	*92,90*	*155*	*93,85*	*179*
Trento	*99,75*	*404*	*97,57*	*329*	*97,37*	*457*	*97,58*	*455*
Veneto	94,81	1.715	94,58	1.348	92,44	1.627	93,29	1.789
Friuli Venezia Giulia	76,79	879	57,90	658	78,36	633	78,87	710
Liguria	93,31	269	78,08	146	87,18	195	84,54	207
Emilia-Romagna	84,76	2.441	67,57	1.520	73,18	1.913	71,55	2.172
Toscana	90,04	1.064	89,26	782	90,67	697	91,54	804
Umbria	91,74	109	90,00	60	92,86	28	98,72	78
Marche	91,52	224	86,74	181	92,12	165	83,50	206
Lazio	68,34	259	70,24	168	92,07	164	88,71	248
Abruzzo	91,67	96	88,73	71	80,37	107	87,03	239
Molise	100,00	88	98,51	67	99,15	117	99,09	110
Campania	84,34	198	88,83	197	92,36	288	90,05	191
Puglia	85,06	154	86,21	87	79,49	39	80,20	101
Basilicata	75,00	4	40,00	10	50,00	2	80,00	5
Calabria	86,36	22	84,21	19	57,89	19	75,00	16
Sicilia	96,12	387	82,78	302	82,52	286	88,04	326
Sardegna	77,78	45	100,00	28	88,89	18	76,92	13
Italia	**87,85**	**15.116**	**81,70**	**9.395**	**83,84**	**11.155**	**86,20**	**13.425**

Fonte dei dati: Elaborazioni Agenas su Schede di Dimissione Ospedaliera. Anno 2023.

Raccomandazioni di Osservasalute

La conoscenza completa e approfondita del numero di pazienti in attesa di ricovero chirurgico programmato è componente fondamentale per il governo delle liste di attese chirurgiche.

Nel documento "Linee di Indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato", di cui all'Accordo Stato Regioni n. 100/CSR del 9 luglio 2020, viene richiamata la necessità di introdurre, come utile strumento per il monitoraggio informatizzato delle Liste di Attesa per le prestazioni chirurgiche, un "Nomenclatore Unico", basato su un tracciato record che consenta la classificazione degli interventi o delle procedure chirurgiche inseriti in Lista di Attesa utilizzando le codifiche ICD-9-CM (qualora necessario anche della diagnosi) ed il loro successivo raggruppamento in macro-categorie in base a criteri di afferenza chirurgico-nosologica.

Il suo utilizzo garantisce la possibilità di estrazione dei dati per il monitoraggio e l'aggiornamento continuo dello stato delle Liste di Attesa a livello locale, consentendo altresì, qualora fosse adottato in tutte le regioni/PA, un efficace e attendibile confronto a livello nazionale.

È utile che ciascuna Regione e Azienda sanitaria predisponga un regolamento per la corretta gestione delle Liste di Attesa per ricovero chirurgico programmato, in cui siano definite le modalità dell'inserimento del paziente in lista di attesa, di permanenza e di chiamata, nonché per la pulizia e manutenzione, tenuta e gestione informatizzata della lista. Dovranno essere, inoltre, declinati i livelli di responsabilità ed il diritto di accesso e comunicazione al paziente.

Riferimenti bibliografici

(1) Ministero della Salute, Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2019-2021 Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2824_allegato.pdf.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 517

Tempi di attesa per angioplastica coronarica e bypass aortocoronarico

Significato. Gli interventi chirurgici per angioplastica coronarica e bypass aortocoronarico sono tra le procedure ospedaliere ad elevato impatto sociale e alta prevalenza che vengono monitorate nel Rapporto Osservasalute in riferimento alla popolazione di età 65 anni ed oltre.
Gli indicatori relativi al rispetto dei tempi di attesa per questi interventi chirurgici presenti nel PNGLA 2019-2021 (1) erogati a pazienti con età >64 anni sono una misura utile per efficientare i processi organizzativi all'interno delle strutture ospedaliere regionali pubbliche e private, perché consentono di valutare il rispetto dei tempi di intervento previsti dalla Classe di priorità assegnata al momento della prescrizione da parte del medico.

Interventi effettuati entro i tempi definiti nella Classe di priorità A

$$\text{Numeratore} \quad \sum_{i=0}^{n} \text{Numero di interventi prenotati in una Classe A* in 30 giorni}$$

$$\text{Denominatore} \quad \sum_{i=0}^{m} \text{Numero totale di interventi prenotati in Classe A}$$

x 100

*Classe A = entro 30 giorni dalla data di prenotazione dell'intervento chirurgico.

Validità e limiti. Per il calcolo dell'indicatore sono state utilizzate le SDO del Ministero della Salute utilizzate sulla base del protocollo presente nel PNGLA 2019-2021. Il PNGLA si propone di condividere un percorso per il Governo delle Liste di Attesa, finalizzato a garantire un appropriato, equo e tempestivo accesso dei cittadini ai servizi sanitari che si realizza con l'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza, il rispetto delle Classi di priorità, la trasparenza e l'accesso diffuso alle informazioni da parte dei cittadini sui loro diritti e doveri (1).
L'indicatore ha l'obiettivo di indagare il rispetto dei tempi di attesa in Classe di priorità A (classe prevalente) per gli interventi chirurgici per angioplastica coronarica e by pass aortocoronarico.
Sono escluse dal calcolo degli indicatori le SDO per le quali la differenza tra la data di prenotazione e quella di intervento è pari a 0 giorni e/o >365 giorni.

Valore di riferimento/Benchmark. Il valore di riferimento per questo indicatore è pari al 100%, perché tutte le strutture dovrebbero garantire il rispetto della tempistica definito dalla Classe di priorità assegnata all'intervento.

Descrizione dei risultati

Angioplastica coronarica
La Classe di priorità utilizzata prevalentemente dalle regioni per l'intervento di angioplastica coronarica è la Classe A: a livello nazionale, la percentuale di utilizzo è stata incrementata gradualmente negli anni passando dal 59,41% del 2019 al 73,69% del 2022 (Grafico 1). Dall'analisi regionale emerge molto chiaramente che tutte le regioni utilizzano la Classe di priorità A, per i pazienti *over* 65, nel più del 60% dei casi ad eccezione solo del Friuli Venezia Giulia che la utilizza nel 56,82% dei casi e la PA di Trento nel 42,11% dei casi (Grafico 2).
Dall'analisi sul rispetto dei tempi di attesa in Classe A per questo intervento, per pazienti di età 65 anni ed oltre, affiora che, nel 2022, su base nazionale la percentuale è pari al 82,14%, valore in diminuzione rispetto al 2021 di -0,9 p.p. e a -4,1 p.p. rispetto al 2019. Si registra, altresì, un incremento di interventi chirurgici di angioplastica coronarica erogati a pazienti over 65 pari a 23.450 nel 2022 rispetto ai 22.973 del 2021 e 21.870 del 2019.
La Campania, nel 2022, è la regione con la percentuale più alta del rispetto dei tempi di attesa di 30 giorni pari al 93,53%: la regione riesce a garantire tali valori nonostante sia la seconda per numero di interventi di angioplastica coronarica erogati, pari a 2.396. Al contrario, le Marche è la regione che rispetta di meno i tempi di attesa previsti dalla Classe di priorità A, con un valore pari al 66,9%. La Lombardia è la regione con il più alto numero di interventi (5.717), con l'indicatore sostanzialmente in linea con il valore nazionale (82,70%) (Tabella 1).
Rispetto al 2021, le regioni che si distinguono per incrementi maggiori dell'indicatore relativo al rispetto dei tempi di attesa in Classe A sono Basilicata, PA di Bolzano e Valle d'Aosta, rispettivamente con +24,4 p.p., +9,8 p.p. e +2,4 p.p.. Molise, Friuli Venezia Giulia e Marche, invece, sono le regioni che perdono più p.p. nel confronto con il valore dell'indicatore nell'anno 2021, con -17,8 p.p., -12,4 p.p., -6,2 p.p., rispettivamente.
Rispetto al 2019, le regioni che si distinguono per incrementi maggiori sono Basilicata, Sicilia e Abruzzo, (rispettivamente, +12,1 p.p., +7,2 p.p. e +4,8 p.p.). Friuli Venezia Giulia, Umbria e Marche, invece, sono

M.P. RANDAZZO, S.D. CICALA, F. GIOIA, R. CIUFFREDA, F. AMABILE

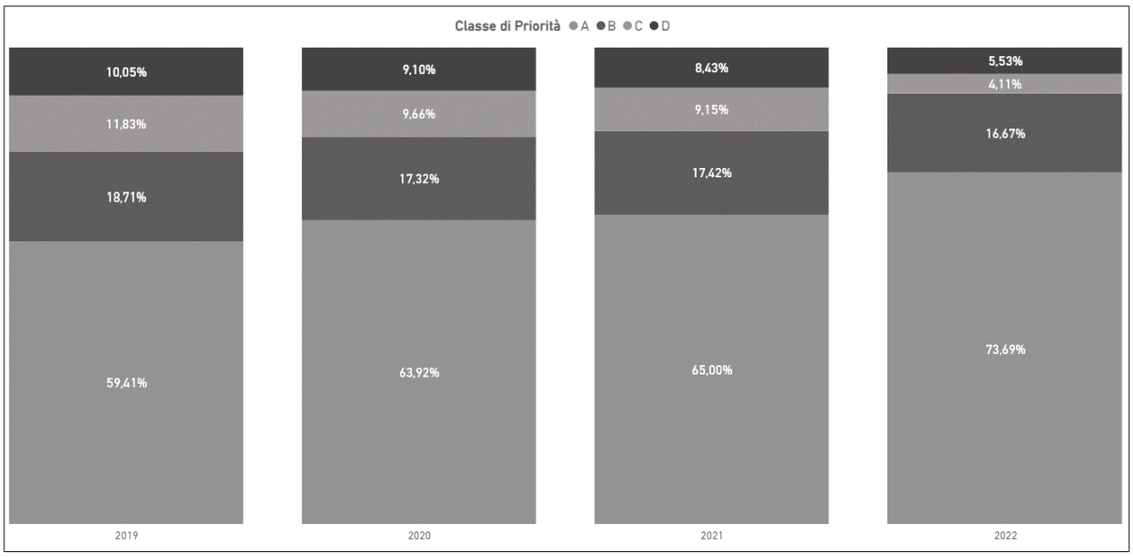
Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 518

le regioni che perdono più p.p. nel confronto con il valore dell'indicatore nell'anno 2019 con -22,3 p.p., -18,0 p.p., -9,5 p.p., rispettivamente (Tabella 1).
Nel complesso, nel 2022 la maggioranza delle regioni rispetta la Classe di priorità almeno sette volte su dieci. Fanno eccezione Molise, Marche e Lazio, con percentuali comprese tra il 66-69%.

Bypass aortocoronarico
La Classe A risulta essere prevalente anche per gli interventi di bypass aortocoronarico, in tutti gli anni oggetto dell'analisi (2019-2022) con valori sempre al di sopra del 75% (Grafico 3). Nel 2022, la Classe A risulta essere utilizzata primariamente da tutte le regioni, con percentuali comprese tra il 63,4% del Piemonte e il 100% della Basilicata (Grafico 4).
Il rispetto dei tempi di attesa per gli interventi di bypass aortocoronarico eseguiti su pazienti di età 65 anni ed oltre nel 2019 era pari a 81,92%, è salito a 83,37% nel 2020 per poi riscendere a 81,63% nel 2021 e all'80,14% nel 2022: quindi, nel 2022, si evidenzia una variazione di -1,5 p.p. rispetto al 2021 e di -1,8 p.p. rispetto al 2019.
Nelle regioni si osservano comportamenti molto differenti, sia per numero totale di interventi prenotati ed erogati che per il rispetto dei tempi di attesa definiti dalla Classe di priorità A.
Nel 2022, le regioni che hanno le percentuali più basse del rispetto dei tempi d'attesa sono la Basilicata (52,17%) e la PA di Trento (59,18%), nonostante abbiano una casistica molto bassa (la Basilicata è la 18ª regione per numero di interventi prenotati in Classe A e la PA di Trento la 17ª). Le regioni con i valori più alti dell'indicatore sono le Marche (95,19 %) e la Puglia (92,26%) (Tabella 2).
Rispetto al 2021 il numero di interventi prenotati ed erogati a pazienti *over* 65 è diminuito a livello nazionale con 4.559 interventi rispetto a 4.428 dell'anno precedente. Riguardo il rispetto dei 30 giorni per l'erogazione degli interventi prenotati, le prestazioni migliori sono state realizzate da Campania (+15 p.p.), PA di Trento (+11,2 p.p.) e Veneto (+10,1 p.p.); le regioni che evidenziano un calo maggiore delle proprie prestazioni sono Sardegna (-16,0 p.p.), Basilicata (-15,5 p.p.) e Calabria (-13,2 p.p.).
Rispetto al 2019, il numero di interventi prenotati ed erogati a pazienti *over* 65 è aumentato leggermente a livello nazionale con 4.559 interventi a fronte dei 5.408 dell'anno pre-pandemico. Riguardo il rispetto dei 30 giorni per l'erogazione degli interventi prenotati, le prestazioni migliori sono state realizzate da Campania (+13,2 p.p.), Sicilia (+10,4 p.p.) e Marche (+9,5 p.p.); le regioni che evidenziano un calo maggiore delle proprie prestazioni sono Basilicata (-28,3 p.p.), PA di Trento (-13,7 p.p.) e Umbria (-10,4 p.p.).

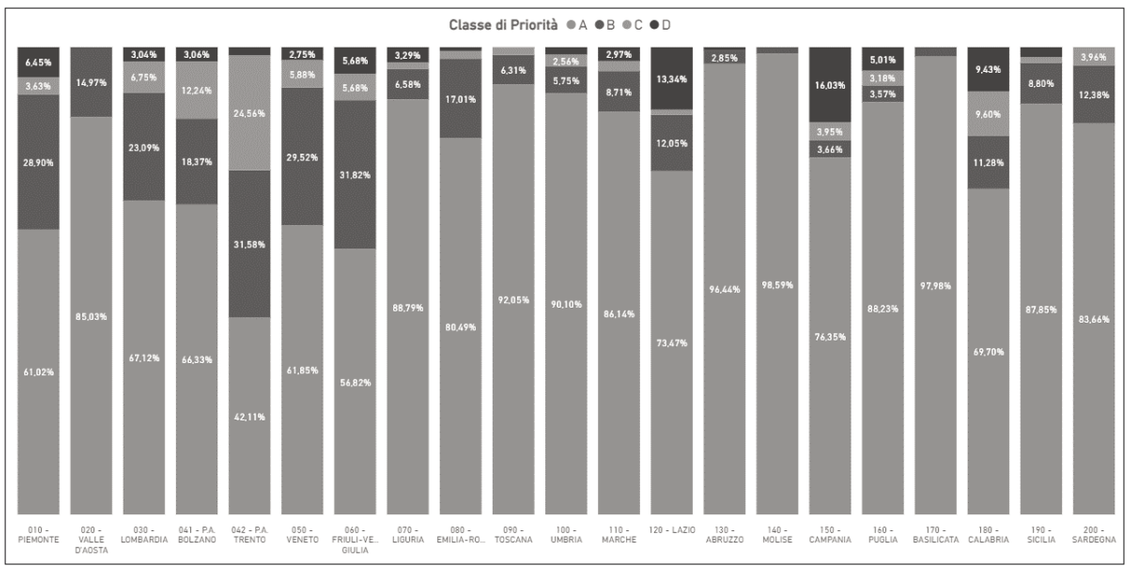
Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 519

Grafico 1 - *Percentuale media utilizzo Classi di priorità per intervento di angioplastica coronaria a livello nazionale - Anni 2019-2022*



Fonte dei dati: Elaborazioni Agenas su Schede di Dimissione Ospedaliera. Anno 2023.

Grafico 2 - *Percentuale media utilizzo Classi di priorità per intervento di angioplastica coronaria per regione - Anno 2022*



Fonte dei dati: Elaborazioni Agenas su Schede di Dimissione Ospedaliera. Anno 2023.

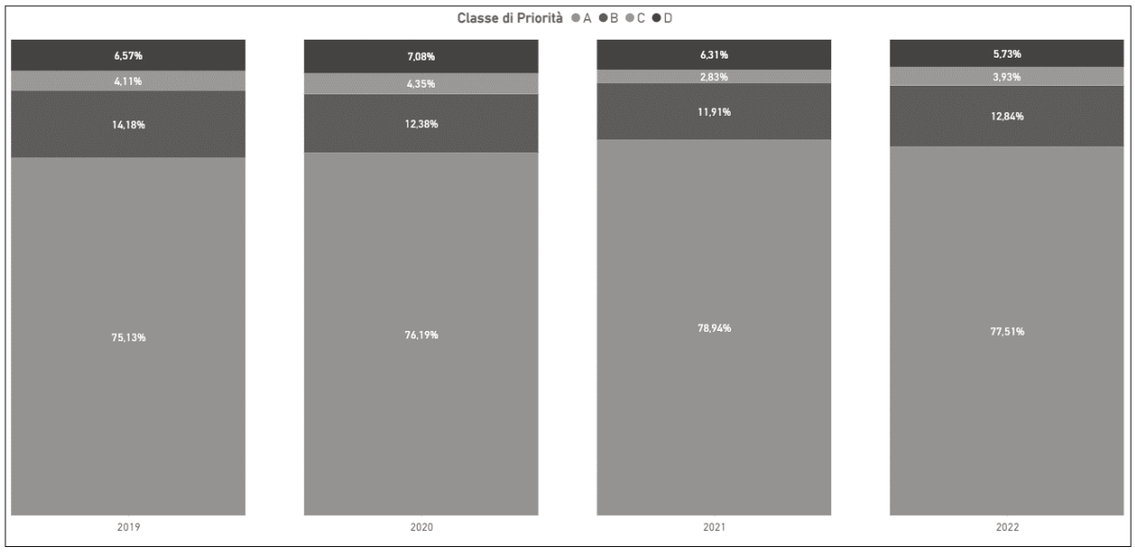
Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 520

Tabella 1 - *Indicatore sul rispetto dei tempi di attesa di interventi (valori per 100 e valori assoluti) prenotati in Classe A per angioplastica coronarica per regione - Anni 2019-2022*

Regioni	2019		2020		2021		2022	
	% interventi Classe A eseguiti in 30 giorni	N interventi posti in Classe A	% interventi Classe A eseguiti in 30 giorni	N interventi posti in Classe A	% interventi Classe A eseguiti in 30 giorni	N interventi posti in Classe A	% interventi Classe A eseguiti in 30 giorni	N interventi posti in Classe A
Piemonte	88,19	1.533	89,91	1.536	85,36	2.445	82,01	2.384
Valle d'Aosta	93,33	45	98,61	72	85,61	132	88,00	125
Lombardia	84,53	5.726	84,70	4.123	80,90	5.617	82,70	5.717
Bolzano-Bozen	*92,11*	*114*	*82,80*	*93*	*73,24*	*71*	*83,08*	*65*
Trento	*81,52*	*92*	*71,43*	*77*	*79,31*	*87*	*79,17*	*72*
Veneto	91,12	1.149	91,03	1.037	90,32	1.416	84,56	1.347
Friuli Venezia Giulia	96,99	133	92,48	133	87,05	139	74,67	150
Liguria	79,20	500	79,62	368	77,88	538	76,60	594
Emilia-Romagna	92,09	1.921	92,41	1.555	90,15	1.838	86,25	1.869
Toscana	94,89	1.273	92,28	984	85,00	1.127	85,93	1.123
Umbria	94,27	349	87,59	266	75,50	249	76,24	282
Marche	76,45	484	66,84	374	73,07	427	66,90	435
Lazio	73,43	1.709	77,82	1.402	69,65	2.003	67,30	2.263
Abruzzo	87,28	393	94,32	317	95,00	400	92,12	406
Molise	71,43	175	82,87	251	87,45	231	69,64	280
Campania	93,09	2.070	89,87	1.708	93,36	2.394	93,53	2.396
Puglia	88,32	1.970	86,72	1.634	87,31	1.742	87,73	1.777
Basilicata	65,76	184	70,94	117	53,49	129	77,84	194
Calabria	91,28	493	92,31	156	92,54	362	91,55	414
Sicilia	79,55	1.374	87,12	986	87,63	1.455	86,74	1.388
Sardegna	95,63	183	91,41	128	94,74	171	92,31	169
Italia	**86,21**	**21.870**	**85,86**	**17.317**	**83,07**	**22.973**	**82,14**	**23.450**

Fonte dei dati: Elaborazioni Agenas su Schede di Dimissione Ospedaliera. Anno 2023.

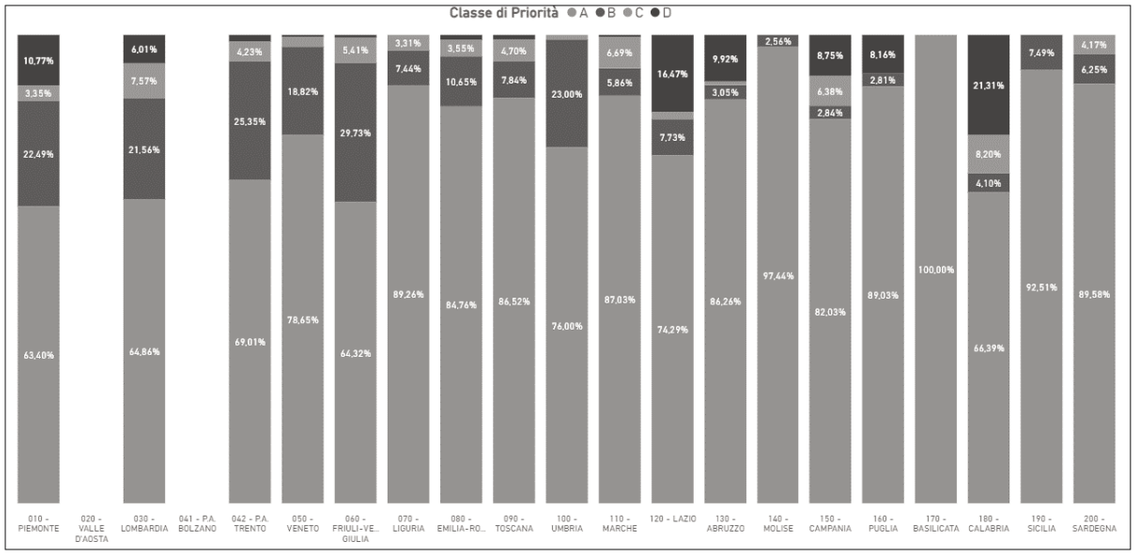
Grafico 3 - *Percentuale media utilizzo Classi di priorità per intervento di bypass aortocoronarico a livello nazionale - Anno 2019-2022*



Fonte dei dati: Elaborazioni Agenas su Schede di Dimissione Ospedaliera. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 521

Grafico 4 - *Percentuale media utilizzo Classi di priorità per intervento di bypass aortocoronarico per regione - Anno 2022*



Fonte dei dati: Elaborazioni Agenas su Schede di Dimissione Ospedaliera. Anno 2023.

Tabella 2 - *Indicatore sul rispetto dei tempi di attesa di interventi (valori per 1.000 e valori assoluti) prenotati in Classe A per bypass aortocoronarico per regione - Anni 2019-2022*

Regioni	2019		2020		2021		2022	
	% interventi Classe A eseguiti in 30 giorni	N interventi posti in Classe A	% interventi Classe A eseguiti in 30 giorni	N interventi posti in Classe A	% interventi Classe A eseguiti in 30 giorni	N interventi posti in Classe A	% interventi Classe A eseguiti in 30 giorni	N interventi posti in Classe A
Piemonte	86,88	216	96,08	192	89,79	252	90,57	265
Valle d'Aosta	n.a.	0	n.a.	0	n.a.	0	n.a.	0
Lombardia	85,87	1.294	83,11	823	80,81	800	86,80	788
Bolzano-Bozen	*n.a.*	*0*	*n.a.*	*0*	*n.a.*	*0*	*n.a.*	*0*
Trento	*72,86*	*70*	*79,31*	*58*	*48,00*	*50*	*59,18*	*49*
Veneto	81,08	259	78,64	206	75,36	280	85,48	372
Friuli Venezia Giulia	70,65	92	73,11	119	77,59	116	74,79	119
Liguria	74,10	120	78,98	84	90,41	116	80,56	108
Emilia-Romagna	80,96	479	76,87	356	80,00	411	79,80	406
Toscana	83,52	324	84,44	269	75,07	287	78,26	276
Umbria	95,95	74	92,31	39	84,38	64	85,53	76
Marche	85,66	244	92,49	173	92,41	158	95,19	208
Lazio	90,99	456	91,42	340	79,62	441	85,29	442
Abruzzo	90,60	149	91,75	97	90,74	108	81,42	113
Molise	68,66	134	87,72	114	77,27	44	75,00	76
Campania	72,41	377	74,06	251	70,57	365	85,59	347
Puglia	89,95	491	76,95	354	91,20	409	92,26	349
Basilicata	80,49	41	81,40	43	67,65	34	52,17	46
Calabria	89,26	209	80,65	31	94,68	81	81,48	81
Sicilia	77,74	299	93,30	324	84,28	359	88,10	395
Sardegna	66,25	80	66,67	54	81,13	53	65,12	43
Italia	**81,92**	**5.408**	**83,37**	**3.927**	**81,63**	**4.428**	**80,14**	**4.559**

n.a. = non applicabile.

Fonte dei dati: Elaborazioni Agenas su Schede di Dimissione Ospedaliera. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 522

Raccomandazioni di Osservasalute

La conoscenza completa e approfondita del numero di pazienti in attesa di ricovero chirurgico programmato è componente fondamentale per il governo delle liste di attese chirurgiche.

Nel documento "Linee di Indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato", di cui all'Accordo Stato Regioni n. 100/CSR del 9 luglio 2020, viene richiamata la necessità di introdurre, come utile strumento per il monitoraggio informatizzato delle Liste di Attesa per le prestazioni chirurgiche, un "Nomenclatore Unico", basato su un tracciato record che consente la classificazione degli interventi o delle procedure chirurgiche inseriti in Lista di Attesa utilizzando le codifiche ICD-9-CM (qualora necessario anche della diagnosi) ed il loro successivo raggruppamento in macro-categorie in base a criteri di afferenza chirurgico-nosologica.

Il suo utilizzo garantisce la possibilità di estrazione dei dati per il monitoraggio e l'aggiornamento continuo dello stato delle Liste di Attesa a livello locale, consentendo altresì, qualora fosse adottato in tutte le regioni/PA, un efficace e attendibile confronto a livello nazionale.

È utile che ciascuna Regione e Azienda sanitaria predisponga un regolamento per la corretta gestione delle Liste di Attesa per ricovero chirurgico programmato, in cui siano definite le modalità dell'inserimento del paziente in lista di attesa, di permanenza e di chiamata, nonché per la pulizia e manutenzione, tenuta e gestione informatizzata della lista. Dovranno essere, inoltre, declinati i livelli di responsabilità ed il diritto di accesso e comunicazione al paziente.

Riferimenti bibliografici

(1) Ministero della Salute, Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2019-2021. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2824_allegato.pdf.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 523

Mobilità ospedaliera interregionale

Significato. Gli indicatori di mobilità ospedaliera interregionale si pongono come strumenti a supporto dell'analisi di quel particolare fenomeno definito come "medical tourism" dall'OECD (1), caratterizzato da due elementi essenziali: il "movimento" nel senso di spostamento dalla propria giurisdizione sanitaria di appartenenza ad un'altra e la prestazione sanitaria come oggetto di tale spostamento. La mobilità sanitaria è, pertanto, quel fenomeno che coinvolge gli assistiti che usufruiscono dei servizi sanitari presso strutture che non appartengono alla propria regione di residenza.
Per rispondere al dettato della Legge di Bilancio 30 dicembre 2020, n.178 (2) (che recepisce quanto già sancito dal Patto della Salute 2019-2021) il Ministero della Salute, in collaborazione con l'Agenas, ha elaborato una metodologia di analisi della mobilità sanitaria descrivendone i processi e analizzandone i determinanti, al fine di creare un sistema di valutazione omogeneo sul territorio nazionale. La complessità del fenomeno della mobilità ha suggerito di analizzare le motivazioni o le circostanze che conducono alla scelta di ricevere assistenza sanitaria in un territorio differente da quello di appartenenza.
Per l'analisi della mobilità sanitaria è stato, quindi, deciso di suddividere la mobilità sanitaria in due macrocategorie: la prima relativa ai ricoveri di pazienti che, pur risultando in mobilità sanitaria (in quanto residenti in un'altra regione), di fatto domiciliano nella regione di ricovero da diverso tempo (di seguito denominata mobilità apparente); la seconda macrocategoria relativa ai pazienti non residenti e non domiciliati nella regione di ricovero (di seguito denominata mobilità effettiva).

Indice di fuga (mobilità passiva)

$$\text{Numeratore} \quad \sum_{i=1}^{n} \text{(Numero ricoveri di pazienti residenti nella regione effettuati fuori dalla regione di residenza)}$$

$$\text{Denominatore} \quad \sum_{i=1}^{z} \text{Numero ricoveri di pazienti residenti nella regione} \quad \times 100$$

Indice di attrazione (mobilità attiva)

$$\text{Numeratore} \quad \sum_{i=1}^{n} \text{Numero ricoveri di pazienti residenti in una regione diversa da quella di ricovero}$$

$$\text{Denominatore} \quad \sum_{i=1}^{m} \text{Numero ricoveri di pazienti nella regione} \quad \times 100$$

Validità e limiti. Per il calcolo degli indicatori sono state utilizzate le SDO del Ministero della Salute.
Gli indicatori sono declinabili per diverse tipologie di mobilità: mobilità "apparente" e mobilità "effettiva". La mobilità apparente è costituita dai ricoveri effettuati nella regione di domicilio del paziente, quando quest'ultima non coincide con la regione di residenza. Per stimare la regione di domicilio è stato sviluppato un algoritmo, che unisce i seguenti flussi informativi: SDO e sistema Tessera Sanitaria di specialistica ambulatoriale e farmaceutica.
L'area relativa alla mobilità effettiva si suddivide a sua volta in due tipologie: accettabile ed evitabile. La mobilità sanitaria accettabile è composta dai ricoveri per i quali la mobilità interregionale si predilige per l'alta specializzazione delle cure richieste, nello specifico da ricoveri caratterizzati da DRG ad "alta complessità". L'area della mobilità evitabile è relativa ai casi di ricoveri eseguiti fuori regione di residenza e relativi a prestazioni a bassa e media complessità o a ricoveri "a rischio inappropriatezza" ovvero in regime ordinario e con DRG a rischio di inappropriatezza.
Gli indicatori non risentono della variazione assoluta dei volumi di mobilità permettendo di evidenziare la propensione alla mobilità sanitaria ospedaliera anche nel caso di una drastica riduzione dei ricoveri complessivi.
Gli indicatori vengono descritti anche per tipologia di struttura ospedaliera (pubblica o privata accreditata).
Nelle analisi non sono state considerate le tipologie di mobilità costituite da:
- ricoveri urgenti;
- ricoveri per Trattamento Sanitario Obbligatorio;
- "Casualità" ovvero da ricoveri che nella variabile

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 524

"provenienza" non assumono le seguenti modalità: ricovero al momento della nascita, paziente inviato all'Istituto di cura con proposta di un medico, ricovero precedentemente programmato dallo stesso Istituto di cura, paziente che accede all'Istituto di cura senza proposta di ricovero formulata da un medico e non proveniente da PS.
Infine, sono stati considerati solo i ricoveri il cui onere di spesa sia completamente o parzialmente a carico di una regione.

Valore di riferimento/Benchmark. Per il fenomeno della mobilità non si ritiene opportuno definire un benchmark, poiché la tendenza dovrebbe essere quella di non ricorrere a migrazione per mobilità sanitaria, fatta eccezione per alcune tipologie di casi come la mobilità per ricoveri caratterizzati da alta complessità. Inoltre, le regioni per particolari cure di mobilità di prossimità possono ritenere opportuno, mediante accordi bilaterali, di accettare e coordinare i flussi di mobilità sanitaria.

Descrizione dei risultati

Indice di fuga (mobilità passiva)

L'analisi dell'andamento dell' indice di fuga nel periodo 2017-2022, a livello nazionale, mostra un incremento della mobilità passiva inter-regionale, con un valore pari a 11,26% nel 2022 rispetto all'11,13% del 2019, periodo pre-pandemico. Si nota come il valore dell'indicatore sia in crescita negli anni nonostante la leggera battuta d'arresto nel 2020 (Grafico 1).
Nelle aree geografiche italiane, la propensione alla fuga non è omogenea: prevale la fuga di pazienti residenti nel Meridione rispetto a quella dei pazienti residenti nelle altre aree geografiche. Dal Grafico 2 si nota, inoltre, come il valore dell'indicatore sia maggiore nell'anno 2022 per i pazienti del Centro e del Nord. Questo indica che i pazienti sono maggiormente disposti a spostarsi per ricevere delle cure in una regione diversa dalla propria rispetto al periodo pre-pandemico: il fenomeno della mobilità sanitaria sta crescendo anche nelle aree geografiche che negli anni precedenti ne erano interessate meno.
In dettaglio, l'indice di fuga per i pazienti residenti nelle regioni del Sud ha un valore pari a 14,48% nel 2019 e pari a 14,23% nel 2022; i pazienti residenti nelle regioni del Centro hanno manifestato una propensione alla fuga sanitaria pari al 10,19% nel 2019 e del 10,78% nel 2022; i residenti nel Nord del 9,00% nel 2019 e del 9,25% nel 2022 (Grafico 2).
Un' ulteriore analisi svolta sulla mobilità sanitaria nelle aree geografiche del territorio italiano ha interessato i ricoveri ospedalieri erogati in prossimità, cioè avvenuti in una struttura ospedaliera di una regione diversa da quella di residenza del paziente che si trova ad una distanza dal comune di residenza del paziente pari a 50 km e/o 60 minuti. Da questa analisi emerge come la propensione alla fuga sia l'opposto rispetto a quella nazionale poiché i pazienti che hanno una attitudine maggiore a muoversi in prossimità sono quelli del Nord-Italia.
Il valore dell'indice di fuga per ricoveri in prossimità nel Nord è 2,45% nel 2019 e 2,47% nel 2022, nel Centro è pari a 1,53% nel 2019 e 1,63% nel 2022, nel Sud 1,11% nel 2019 e 0,99% nel 2022 (Grafico 3).
Le regioni italiane manifestano nel 2022 una tendenza alla fuga sanitaria molto differente (Tabella 1). Dai valori dell'indice di fuga per la mobilità effettiva e apparente, emerge che le regioni dai cui i residenti si spostano di più sono Molise 39,37%, Basilicata 35,99% e Calabria 25,75%,mentre le regioni con la minor fuga sanitaria sono la PA di Bolzano 6,23%, Lombardia 6,71% e Piemonte 8,28%. Considerando solo la mobilità effettiva non si evidenziano variazioni significative. Nel dettaglio della mobilità passiva per tipologia di DRG emerge che, per i DRG ad alta complessità, i pazienti che si spostano verso strutture che non si trovano nella propria regione di residenza sono: Basilicata 6,16%, Molise 5,45% e Liguria 4,80%; al contrario, le regioni da cui si registra meno mobilità sono: sono PA di Bolzano 1,24%, Piemonte 1,19% e Lombardia 1,00%. Per i DRG a media-bassa complessità, la fuga maggiore si osserva in Molise 27,62%, Basilicata 23,26% e Calabria 16,88%, mentre è minore in Sardegna 4,42%, Lombardia 4,36% e PA di Bolzano con il 3,60%. Infine, per i ricoveri con DRG a rischio inappropriatezza, la maggiore tendenza alla mobilità sanitaria si registra in Basilicata con il 4,51%, Molise con il 4,24% e Valle d'Aosta con il 3,75%, mentre le regioni meno interessate da spostamenti extra regionali sono PA di Bolzano e Lombardia con 0,98% e Sardegna con 0,94%.

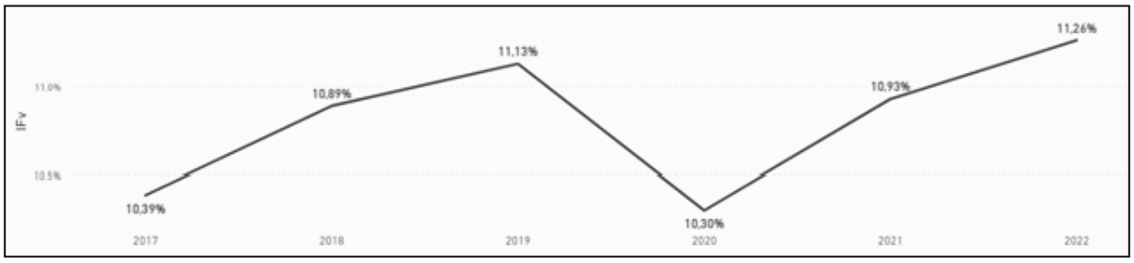
Indice di attrazione (mobilità attiva)

L'indice di attrazione a livello nazionale nel 2022 è pari a 10,83%, in lieve aumento rispetto al 2019 (10,75%) e in aumento rispetto al 2020 (9,86%), per effetto dell'epidemia da COVID-19 (Grafico 4).
L'osservazione della mobilità attiva per area geografica di residenza mostra analoghe differenze geografiche tra il 2019 e il 2022: Nord 14,54%; Centro 10,80%; Sud 5,05% nel 2022 *vs* Nord 14,58%; Centro 10,63%; Sud 4,98% nel 2019 (Grafico 5). Si osserva, inoltre, che il Sud si caratterizza per una quota di ricoveri erogati a cittadini di altre regioni molto bassa rispetto ai cittadini del Centro-Nord. Inoltre, si evidenzia come la propensione delle strutture ospedaliere ad attrarre pazienti residenti in altre regioni sia la stessa del 2019 con un lieve incremento per l'attrazione delle strutture del Sud e del Centro Italia.
Le regioni italiane mostrano nel 2022 una tendenza all'attrazione dei pazienti residenti in altre regioni molto differente (Tabella 2). Dai valori dell'indice di attrazione per la mobilità effettiva e apparente emerge

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 525

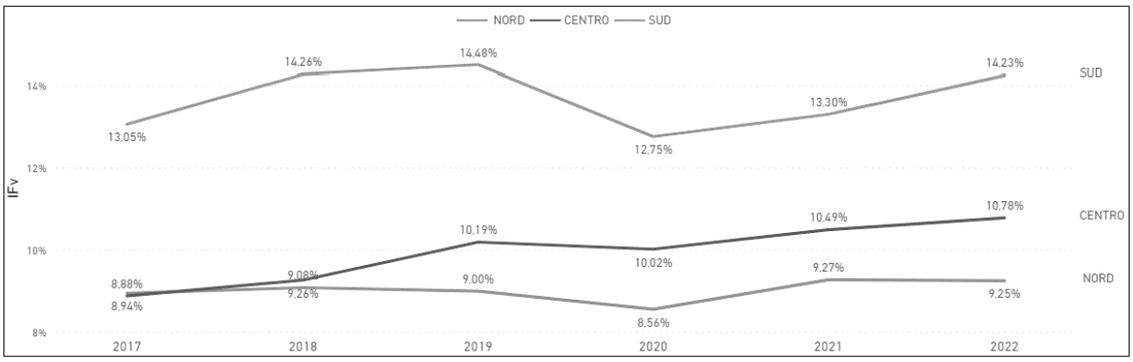
che quelle da cui i residenti sono attratti di più sono Molise 41,97%, Emilia-Romagna 21,56% e Basilicata 19,71%, mentre le regioni che attraggono meno sono Calabria 2,39%, Sicilia 1,76% e Sardegna 1,06%. Si evidenzia, inoltre, come queste 3 regioni siano sempre le meno attrattive per ogni tipologia di DRG.
Considerando solo la mobilità effettiva non si evidenziano variazioni significative. Nel dettaglio della mobilità passiva per tipologia di DRG emerge che per i DRG ad alta complessità le strutture che attraggono più pazienti non residenti sono Molise 7,47%, Emilia-Romagna 4,78% e Veneto 3,26%; per i DRG a media-bassa complessità le regioni che attraggono maggiormente sono Molise 29,44%, Basilicata 15,36% ed Emilia-Romagna 12,06%; per i ricoveri con DRG a rischio inappropriatezza attraggono principalmente le strutture ospedaliere della PA di Trento 4,56%, Molise 4,44% ed Emilia-Romagna 3,71%.

Grafico 1 - *Indice di fuga (mobilità passiva) (valori per 100) nel tempo - Anni 2017-2022*



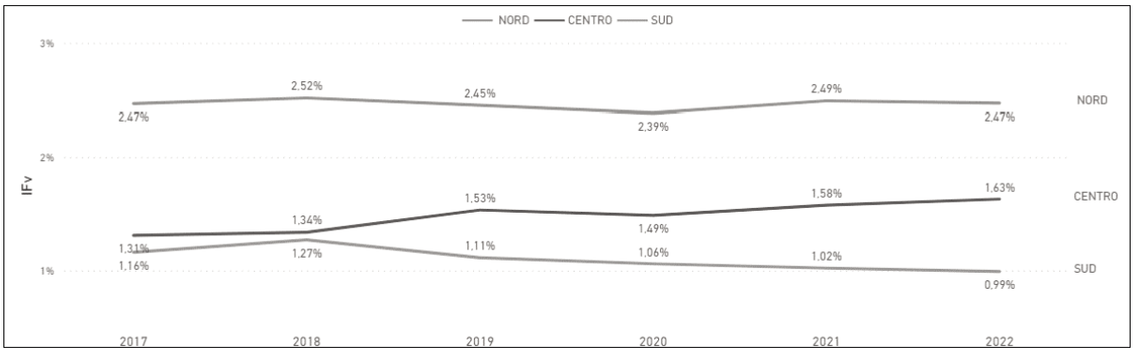
Fonte dei dati: Elaborazioni Agenas su Schede di Dimissione Ospedaliera. Anno 2023.

Grafico 2 - *Indice di fuga (mobilità passiva) (valori per 100) per area geografica - Anno 2022*



Fonte dei dati: Elaborazioni Agenas su Schede di Dimissione Ospedaliera. Anno 2023.

Grafico 3 - *Indice di fuga (mobilità passiva) (valori per 100) per area geografica in prossimità - Anno 2022*



Fonte dei dati: Elaborazioni Agenas su Schede di Dimissione Ospedaliera. Anno 2023.

Nota: Sono esclusi i flussi di mobilità verso l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù e l'Ospedale San Giovanni Battista ACISMOM.

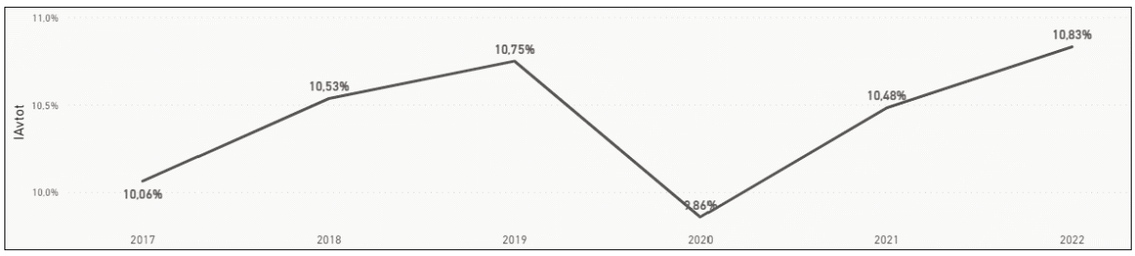
Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 526

Tabella 1 - *Indice di fuga (mobilità passiva) (valori per 100) per tipologia di mobilità e Diagnosis Related Group per regione - Anno 2022*

Regioni	IFv	IFv apparente	IFv effettiva	IFv DRG ad alta complessità	IFv DRG media-bassa complessità	IFv DRG a rischio inappropriato
Piemonte	8,28	0,49	7,79	1,19	5,55	1,05
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	23,11	0,97	22,14	3,82	14,57	3,75
Lombardia	6,71	0,37	6,34	1,00	4,36	0,98
Bolzano-Bozen	*6,23*	*0,41*	*5,82*	*1,24*	*3,60*	*0,98*
Trento	*17,14*	*0,72*	*16,41*	*2,68*	*11,44*	*2,29*
Veneto	10,70	0,30	10,40	2,09	6,44	1,87
Friuli Venezia Giulia	10,87	0,41	10,45	2,46	6,34	1,65
Liguria	18,95	0,96	17,99	4,80	10,27	2,92
Emilia-Romagna	8,50	0,40	8,09	1,49	5,26	1,34
Toscana	8,95	0,50	8,45	2,05	5,15	1,24
Umbria	21,70	0,98	20,72	4,27	13,69	2,76
Marche	17,55	0,58	16,97	3,36	10,78	2,83
Lazio	8,40	0,49	7,91	1,67	5,18	1,06
Abruzzo	22,66	1,18	21,48	3,45	15,19	2,83
Molise	39,37	2,05	37,32	5,45	27,62	4,24
Campania	10,40	0,50	9,90	1,78	6,78	1,33
Puglia	15,53	0,85	14,67	2,90	9,63	2,14
Basilicata	35,99	2,07	33,92	6,16	23,26	4,51
Calabria	25,75	2,02	23,72	3,88	16,88	2,97
Sicilia	9,16	0,90	8,26	1,47	5,58	1,21
Sardegna	8,47	1,76	6,70	1,35	4,42	0,94
Italia	**11,26**	**0,65**	**10,61**	**2,01**	**7,05**	**1,55**

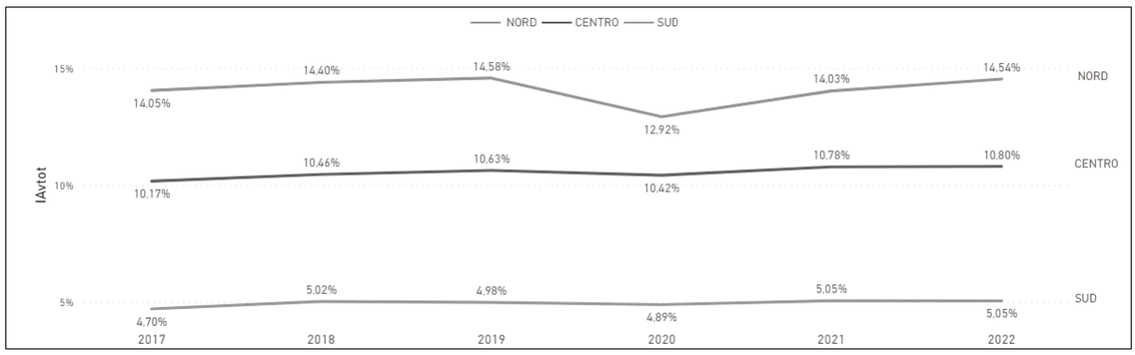
Fonte dei dati: Elaborazioni Agenas su Schede di Dimissione Ospedaliera. Anno 2023.

Grafico 4 - *Indice di attrazione (mobilità attiva) (valori per 100) nel tempo - Anni 2017-2022*



Fonte dei dati: Elaborazioni Agenas su Schede di Dimissione Ospedaliera. Anno 2023.

Grafico 5 - *Indice di attrazione (mobilità attiva) (valori per 100) per area geografica - Anni 2017-2022*



Fonte dei dati: Elaborazioni Agenas su Schede di Dimissione Ospedaliera. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 527

Tabella 2 - *Indice di attrazione (mobilità attiva) (valori per 100) per tipologia di mobilità e Diagnosis Related Group per regione - Anno 2022*

Regioni	IAv	IAv apparente	IAv effettiva	IAv DRG ad alta complessità	IAv DRG media-bassa complessità	IAv DRG a rischio inappropriato
Piemonte	8,48	0,63	7,85	1,91	4,55	1,40
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	14,57	0,62	13,96	1,25	10,21	2,49
Lombardia	14,67	0,93	13,74	3,10	8,51	2,13
Bolzano-Bozen	*5,31*	*0,27*	*5,04*	*0,85*	*3,58*	*0,60*
Trento	*17,43*	*0,46*	*16,97*	*2,27*	*10,13*	*4,56*
Veneto	13,89	0,47	13,42	3,26	8,25	1,91
Friuli Venezia Giulia	11,36	0,44	10,92	1,43	7,63	1,87
Liguria	14,24	1,07	13,17	0,77	10,62	1,78
Emilia-Romagna	21,56	1,01	20,55	4,78	12,06	3,71
Toscana	12,40	0,75	11,65	2,28	8,00	1,37
Umbria	16,05	0,94	15,11	1,81	10,38	2,92
Marche	12,31	0,57	11,74	2,24	7,86	1,63
Lazio	8,73	0,84	7,89	1,30	5,71	0,88
Abruzzo	13,57	0,58	12,99	1,97	9,65	1,37
Molise	41,97	0,62	41,35	7,47	29,44	4,44
Campania	3,51	0,39	3,12	0,33	2,55	0,24
Puglia	6,34	0,35	5,99	1,07	4,04	0,89
Basilicata	19,71	0,59	19,12	1,77	15,36	1,99
Calabria	2,39	0,30	2,09	0,15	1,77	0,16
Sicilia	1,76	0,22	1,54	0,20	1,20	0,14
Sardegna	1,06	0,22	0,84	0,11	0,62	0,10
Italia	**10,83**	**0,65**	**10,18**	**2,01**	**6,66**	**1,51**

Fonte dei dati: Elaborazioni Agenas su Schede di Dimissione Ospedaliera. Anno 2023.

Raccomandazioni di Osservasalute

In Italia, la mobilità interregionale si presenta come un fenomeno strutturale che, seppur ha risentito di una diminuzione dei volumi negli anni colpiti dalla pandemia COVID-19, non ha mostrato significative variazioni degli indici di fuga, ovvero della propensione alla mobilità sanitaria tra le regioni.

La possibilità di osservare i flussi di mobilità interregionale depurandoli di alcune componenti legate al caso o al domicilio di lungo periodo nella regione di fuga, ha permesso di mettere in evidenza flussi migratori potenzialmente non accettabili perché relativi a prestazioni che potrebbero essere eseguite nella regione di residenza del paziente.

Lo studio evidenzia come gran parte della mobilità sia legata a ricoveri per DRG potenzialmente inappropriati o di media e bassa complessità.

Il confronto regionale ha evidenziato ancora una volta uno squilibrio tra Centro-Nord e Meridione: l'analisi ha, infatti, mostrato come la maggiore propensione alla mobilità sanitaria interregionale è imputabile alle regioni meridionali; né la pandemia né i *lockdown* ad essa legati hanno inciso in modo rilevante sulla propensione alla mobilità sanitaria. Un'altra evidenza mostrata dall'analisi è la propensione dei cittadini delle regioni del Nord-Italia a spostarsi nelle strutture delle regioni limitrofe.

È importante che si mettano in opera politiche sanitarie per ridurre il divario tra le regioni e migliorare l'organizzazione del sistema sanitario. A tale fine diventa centrale monitorare l'andamento di questi indicatori e confrontarli tra le varie regioni, per consentire ai *policy maker*, di misurare l'effetto delle strategie finalizzate a migliorare la soddisfazione dei bisogni di salute della popolazione già nelle regioni di residenza, limitando così la mobilità "effettiva" ai ricoveri ad alta complessità e ai ricoveri regolati da accordi tra regioni limitrofe.

Riferimenti bibliografici

(1) Lunt et al. Medical Tourism: Treatments, Markets and Health System Implications: A Scoping Review, Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development 2011.
(2) Legge di Bilancio 30 dicembre 2020, n.178, articolo 1, comma 494.
(3) Nante N, Guarducci G, Lorenzini C, Messina G, Carle F, Carbone S, Urbani A. Inter-Regional Hospital Patients' Mobility in Italy. Healthcare (Basel) 2021 Sep 8; 9 (9): 1.182.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 528

Indice di fuga in età pediatrica

Significato. L'indicatore fornisce la propensione al ricovero in mobilità passiva (ricovero ospedaliero fuori regione) dei residenti in età pediatrica (<18 anni) nel periodo 2017-2022. L'indice di fuga si pone come una misura utile per la programmazione sanitaria, perché consente di quantificare i bisogni sanitari e socio-assistenziali non soddisfatti dalla regione di fuga.
Per rispondere al dettato della legge di Bilancio n. 178 del 30 dicembre 2020 (2) (che recepisce quanto già sancito dal Patto della Salute 2019-2021), il Ministero della Salute in collaborazione con l'Agenas ha elaborato una metodologia di analisi della mobilità sanitaria descrivendone i processi e analizzandone le determinanti, al fine di creare un sistema di valutazione omogeneo sul territorio nazionale.
I motivi alla base della mobilità passiva hanno diverse origini (prossimità geografica, presenza in una regione diversa da quella di residenza, qualità dei servizi ospedalieri etc.). La complessità del fenomeno della mobilità ha suggerito di analizzare le motivazioni o le circostanze che conducono alla scelta di ricevere assistenza sanitaria in un territorio differente da quello di appartenenza. Pertanto, è stato necessario suddividere la mobilità sanitaria in due macrocategorie: la prima relativa ai ricoveri di pazienti in regioni in mobilità sanitaria, ma che di fatto domiciliano nella regione di ricovero da diverso tempo (di seguito denominata mobilità apparente), la seconda macrocategoria relativa ai pazienti non residenti e non domiciliati nella regione di ricovero (di seguito denominata mobilità effettiva).

Indice di fuga in età pediatrica

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\Sigma \text{ (Numero ricoveri in età pediatrica effettuati fuori dalla regione di residenza)}}{\text{Denominatore} \quad \Sigma \text{ (Numero ricoveri in età pediatrica di pazienti residenti nella regione)}} \times 100$$

Validità e limiti. Per il calcolo degli indicatori sono state utilizzate le SDO del Ministero della Salute.
L'indicatore è declinabile per diverse tipologie di mobilità: mobilità "apparente" e mobilità "effettiva". La mobilità apparente è costituita dai ricoveri effettuati nella regione di domicilio del paziente, quando quest'ultima non coincide con la regione di residenza. Per stimare la regione di domicilio è stato sviluppato un algoritmo, che unisce i seguenti flussi informativi: SDO e sistema Tessera Sanitaria di specialistica ambulatoriale e farmaceutica.
L'area relativa alla mobilità effettiva si suddivide a sua volta in due tipologie: accettabile ed evitabile. La mobilità sanitaria accettabile è composta dai ricoveri per i quali la mobilità interregionale si predilige per l'alta specializzazione delle cure richieste, nello specifico da ricoveri caratterizzati da DRG ad "alta complessità". L'area della mobilità evitabile è relativa ai casi di ricoveri eseguiti fuori regione di residenza e relativi a prestazioni a bassa e media complessità o a ricoveri in mobilità "inappropriata" ovvero in regime ordinario e con DRG ad alto rischio di inappropriatezza.
L'indicatore non risente della variazione assoluta dei volumi di mobilità permettendo di evidenziare la propensione alla mobilità sanitaria ospedaliera anche nel caso ci sia una drastica riduzione dei ricoveri complessivi.
L'indicatore, calcolato solo per i pazienti di età <18 anni, viene descritto anche per tipologia di struttura (pubblica o privata accreditata).
Nelle analisi non sono state considerate le tipologie di mobilità costituite da:
- ricoveri urgenti;
- ricoveri per Trattamento Sanitario Obbligatorio;
"Casualità" ovvero da ricoveri che nella variabile "provenienza" non assumono le seguenti modalità: ricovero al momento della nascita, paziente inviato all'Istituto di cura con proposta di un medico, ricovero precedentemente programmato dallo stesso Istituto di cura, paziente che accede all'Istituto di cura senza proposta di ricovero formulata da un medico e non proveniente da PS.
Infine, sono stati considerati solo i ricoveri il cui onere di spesa sia completamente o parzialmente a carico di una regione.

Valore di riferimento/Benchmark. Per il fenomeno della mobilità non si ritiene opportuno definire un benchmark, poiché la tendenza dovrebbe essere quella di non ricorrere a migrazione per mobilità sanitaria, fatta eccezione per alcune tipologie di casi come la mobilità per ricoveri caratterizzati da alta complessità. Inoltre, le regioni per particolari cure ospedaliere in mobilità di prossimità possono ritenere opportuno, mediante accordi bilaterali, di accettare e coordinare i flussi di mobilità sanitaria.

Descrizione dei risultati

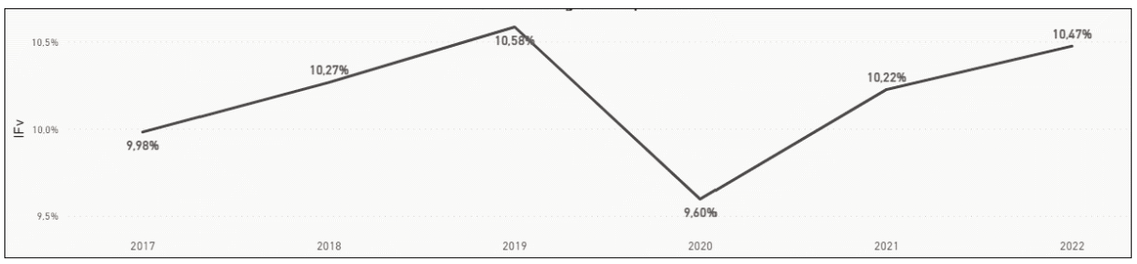
L'indice di fuga (mobilità passiva) in età pediatrica nel 2022 ha un valore pari a 10,47%, in progressivo aumento rispetto al 2020, anno in cui si è verificato un decremento di quasi 1 p.p. e si sta avvicinando al valo-

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 529

re pre-pandemia del 2019 pari a 10,58% (Grafico 1). L'osservazione della mobilità per area geografica e tipo di struttura ospedaliera negli anni 2017-2022 mostra di aver risentito solo marginalmente dell'epidemia da COVID-19. Osservando le aree geografiche, i dati sono i seguenti: anno 2022: Nord 7,65%; Centro 7,37%; Sud 15,73% *vs* anno 2019: Nord 7,94%; Centro 7,25%; Sud 15,79% (Grafico 2). Si nota come in tutte le aree geografiche l'indice di fuga stia aumentando negli anni in maniera graduale.

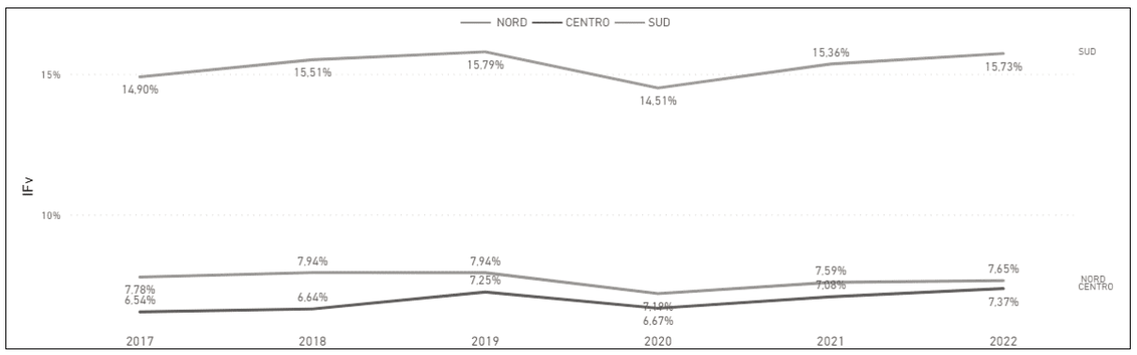
A livello regionale, nel 2022, le regioni con un indice di fuga maggiore in età pediatrica sono Molise 54,69%, Basilicata 37,72% e Umbria 32,68%, mentre quelle con un indice di fuga minore sono Lombardia 6,05%, Toscana 5,37% e Lazio 3,40%. Queste regioni hanno un basso indice di fuga grazie alla presenza sul loro territorio di centri di rifermento nazionale per le cure pediatriche. Dal dettaglio delle tipologie di DRG si osserva che, per i DRG ad alta complessità, le regioni con l'indice di fuga maggiore sono Valle d'Aosta 2,37%, Basilicata 1,87% e Molise 1,29%, mentre quelle con indice di fuga minore sono Lombardia e Veneto 0,29%, Toscana 0,20%, Lazio 0,12%. Per i DRG di media e bassa complessità. i pazienti tendono a spostarsi in mobilità passiva soprattutto da Molise 47,41%, Basilicata 30,98% e Umbria 27,34%, mentre poco da Toscana 4,22%, PA di Bolzano 3,93% e Lazio 2,75. Per i DRG a rischio inappropriatezza si registra un indice di fuga maggiore in Valle d'Aosta 4,81%, Molise 4,52% e Basilicata 3,84% e un indice di fuga minore in Toscana 0,67%, Lombardia 0,66% e Lazio 0,36 (Tabella 1).

Grafico 1 - *Indice di fuga (mobilità passiva) (valori per 100) in età pediatrica nel tempo - Anni 2019-2022*



Fonte dei dati: Elaborazioni Agenas su Schede di Dimissione Ospedaliera. Anno 2023.

Grafico 2 - *Indice di fuga (mobilità passiva) (valori per 100) in età pediatrica per area geografica - Anni 2019-2022*



Fonte dei dati: Elaborazioni Agenas su Schede di Dimissione Ospedaliera. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 530

Tabella 1 - *Indice di fuga in età pediatrica (mobilità passiva) (valori per 100) per tipologia di mobilità e Diagnosis Related Group per regione - Anno 2022*

Regioni	IFv	IFv apparente	IFv effettiva	IFv DRG ad alta complessità	IFv DRG media-bassa complessità	IFv DRG a rischio inappropriato
Piemonte	8,81	0,25	8,56	0,35	7,33	0,87
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	30,96	0,37	30,59	2,37	23,41	4,81
Lombardia	6,05	0,23	5,82	0,29	4,88	0,66
Bolzano-Bozen	*6,07*	*0,30*	*5,77*	*0,65*	*3,93*	*1,19*
Trento	*15,63*	*0,35*	*15,28*	*1,16*	*11,40*	*2,71*
Veneto	8,12	0,21	7,91	0,29	6,52	1,10
Friuli Venezia Giulia	7,79	0,30	7,49	0,59	5,83	1,07
Liguria	10,01	0,48	9,53	0,33	8,08	1,12
Emilia-Romagna	7,05	0,31	6,74	0,34	5,71	0,68
Toscana	5,37	0,28	5,09	0,20	4,22	0,67
Umbria	32,68	0,82	31,86	1,25	27,34	3,27
Marche	20,23	0,52	19,70	0,97	16,01	2,72
Lazio	3,40	0,17	3,23	0,12	2,75	0,36
Abruzzo	29,22	0,76	28,46	0,90	24,01	3,55
Molise	54,69	1,47	53,21	1,29	47,41	4,52
Campania	11,37	0,23	11,15	0,46	9,50	1,19
Puglia	15,66	0,33	15,33	0,77	12,79	1,78
Basilicata	37,72	1,03	36,69	1,87	30,98	3,84
Calabria	25,46	0,70	24,77	0,81	21,09	2,87
Sicilia	10,51	0,44	10,07	0,61	8,03	1,43
Sardegna	14,14	0,64	13,51	1,02	10,44	2,04
Italia	**10,47**	**0,33**	**10,15**	**0,46**	**8,47**	**1,21**

Fonte dei dati: Elaborazioni Agenas su Schede di Dimissione Ospedaliera. Anno 2023.

Raccomandazioni di Osservasalute

La migrazione sanitaria dei minori lontano da casa è causa di profondi disagi, e lo è ancora di più quando il minore è costretto ad ospedalizzarsi in un posto distante centinaia di chilometri dal comune in cui vive. La sofferenza legata all'allontanamento dalla cerchia stretta dei parenti e degli amici riguarda non solo il minore, ma l'intera famiglia che deve affrontare anche le difficoltà economiche legate alle spese del trasferimento in un'altra regione e spesso all'assenza dei genitori dal lavoro per lunghi periodi (3).

In Italia, il diritto alla salute è garantito per tutti i minori, ma la garanzia della cura dipende in larga misura dalla regione di residenza.

L'indice di fuga proposto essendo depurato dalla casualità ha permesso una lettura più chiara della propensione alla mobilità in età pediatrica dei minori tra le diverse regioni. Tale propensione subisce solo una lieve flessione nel biennio della pandemia, lasciando sostanzialmente inalterate le disuguaglianze tra le diverse aree geografiche. Inoltre, l'indice di fuga, pur interessando tutte le regioni, è particolarmente rilevante nelle regioni del Mezzogiorno.

La fuga dalle regioni meridionali, pur essendo prevalentemente rivolta verso le regioni sede dei più importanti Ospedali pediatrici (su tutti l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù), è caratterizzata, analogamente al Nord o al Centro del Paese, da ricoveri classificati con DRG di media o di bassa complessità e potenzialmente inappropriati.

Occorre investire risorse per sviluppare un sistema sanitario efficiente nella tutela dei bambini, lavorando su due principali direttici: rivedendo i percorsi della pediatria generale e accelerando il processo di informatizzazione del SSN, in particolare organizzando la telemedicina e potenziando il sistema di monitoraggio del fenomeno. Lo sviluppo di percorsi di telemedicina su tutto il territorio nazionale permetterà di facilitare l'accesso ai servizi di cura, potenziando le attività di teleconsulto con i pediatri, televisite di *follow-up* e telemonitoraggio dei pazienti. Tutto ciò, potrà favorire anche la deospedalizzazione in particolar modo dei ricoveri in mobilità evitabile. Inoltre, è necessario il rafforzamento dei sistemi di monitoraggio e reportistica dei ricoveri in mobilità sul territorio nazionale, al fine di misurare l'effetto delle azioni e delle strategie regionali atte a contrastare la quota di ricoveri in mobilità non necessari.

Riferimenti bibliografici

(1) Lunt et al. Medical Tourism: Treatments, Markets and Health System Implications: A Scoping Review, Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development 2011.
(2) Legge di Bilancio 30 dicembre 2020, n.178, articolo 1, comma 494.
(3) De Curtis, M., Bortolan, F., Diliberto, D. et al. Pediatric interregional healthcare mobility in Italy. Ital J Pediatr 47, 139 (2021). Disponibile sul sito: https://doi.org/10.1186/s13052-021-01091-8.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 531

Indice di Soddisfazione della Domanda Interna

Significato. L'indice consente di valutare il fabbisogno sanitario (domanda) dei propri cittadini rispetto all'offerta sanitaria erogata dalla regione. L'Indice di Soddisfazione della Domanda Interna (ISDI) consente di verificare se una regione garantisce una produzione sanitaria maggiore o minore rispetto alla propria domanda interna.
Per rispondere al dettato della Legge di Bilancio n. 178 del 30 dicembre 2020 (2) (che recepisce quanto già sancito dal Patto della Salute 2019-2021), il Ministero della Salute in collaborazione con l'Agenas ha elaborato una metodologia di analisi della mobilità sanitaria descrivendone i processi e analizzandone le determinanti, al fine di creare un sistema di valutazione omogeneo sul territorio nazionale.
I motivi alla base della mobilità passiva hanno diverse origini (prossimità geografica, presenza in una regione diversa da quella di residenza, qualità dei servizi ospedalieri etc.). La complessità del fenomeno della mobilità ha suggerito di analizzare le motivazioni o le circostanze che conducono alla scelta di ricevere assistenza sanitaria in un territorio differente da quello di appartenenza. Pertanto, è stato necessario suddividere la mobilità sanitaria in due macrocategorie: la prima relativa ai ricoveri di pazienti in regioni in mobilità sanitaria, ma che di fatto sono domiciliati nella regione di ricovero da diverso tempo (di seguito denominata mobilità apparente), la seconda macrocategoria relativa ai pazienti non residenti e non domiciliati nella regione di ricovero (di seguito denominata mobilità effettiva).

Indice di Soddisfazione della Domanda Interna

$$\text{Numeratore} \quad \sum_{i=1}^{z} \text{Numero ricoveri di pazienti residenti nella regione} \;\; \sum_{i=1}^{n} \text{Numero ricoveri di pazienti residenti in una regione diversa da quella di ricovero}$$

$$\text{Denominatore} \quad \sum_{i=1}^{z} \text{Numero ricoveri di pazienti residenti nella regione} \;\; \sum_{i=1}^{n} \text{Numero ricoveri di pazienti residenti nella regione effettuati fuori dalla regione di residenza}$$

x 100

Validità e limiti. Per il calcolo dell'indicatore sono state utilizzate le SDO del Ministero della Salute. L'indicatore permette di confrontare le regioni senza risentire del differente numero di abitanti residenti.

Valore di riferimento/Benchmark. Il valore di riferimento per questo indicatore è pari a 1. Questo valore indica un'offerta sanitaria pari alla domanda richiesta della propria popolazione residente; valori maggiori indicano un'offerta superiore rispetto alla domanda richiesta, mentre valori inferiori indicano che una regione non riesce a soddisfare, con la propria offerta, il fabbisogno sanitario richiesto dai propri residenti.

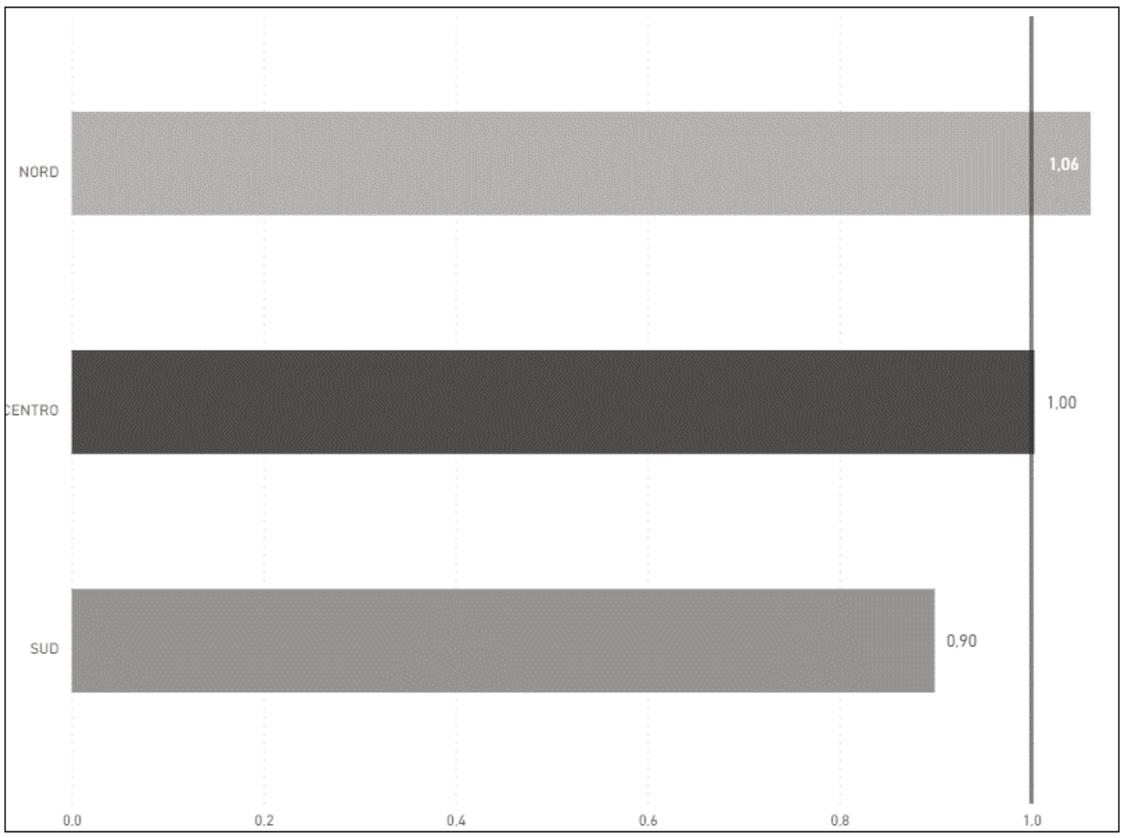
Descrizione dei risultati

L'ISDI mostra come ogni regione si comporta rispetto alla richiesta di salute dei propri residenti: se la produzione è tale da riuscire a soddisfare i bisogni di salute dei propri residenti, se è inferiore oppure se la produzione è tale da coprire le necessità di salute di cittadini residenti altrove.
Nel 2022, si evidenzia un comportamento molto differente tra le 3 aree geografiche: il Centro con un valore pari ad 1 riesce a soddisfare la domanda dei propri residenti, il Nord eccede con la propria produzione con un valore pari ad 1,06 mentre le regioni del Sud non riescono a soddisfare i bisogni dei propri residenti con un valore pari a 0,90 (Grafico 1). Per quanto riguarda le singole regioni quelle che erogano delle prestazioni in più rispetto alle richieste dei propri residenti sono Emilia-Romagna, Lombardia, Toscana, Molise, Veneto e Lazio; le regioni che nel 2022 riescono a garantire un equilibrio tra la domanda e l'offerta sanitaria sono Friuli Venezia Giulia, Piemonte e PA di Trento e di Bolzano; mentre le regioni che non riesco a garantire ai propri residenti tutte cure richieste sono Liguria, Marche, Campania, Umbria, Sicilia, Sardegna, Puglia, Abruzzo, Valle d'Aosta, Basilicata e Calabria (Grafico 2). Particolarmente allarmanti sono i dati della Calabria e della Basilicata con 0,75 e 0,79, rispettivamente, che manifestano una bassa capacità di queste 2 regioni di andare incontro ai bisogni sanitari richiesti dai propri residenti.
L'ISDI si può calcolare per qualsiasi *Major Diagnostic Category* (MDC) e DRG di interesse, di seguito sono stati analizzati i valori dell'indicatore per 2 MDC specifici che hanno un'elevata produzione: MDC 08 -

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 532

Malattie e disturbi del sistema muscoloscheletrico e del tessuto connettivo - e MDC 01 - Malattie e disturbi del sistema nervoso. Dai valori regionali dell'ISDI per MDC 08 emerge come le regioni caratterizzate da una forte presenza di strutture private accreditate abbiano una produzione maggiore rispetto ai bisogni di salute dei propri residenti. Da notare i valori di Emilia-Romagna 1,48, PA di Trento 1,18 e Lombardia 1,15 (Grafico 3). Un altro segnale del fatto che le cure facenti parte di questo MDC sono erogate prettamente da strutture private accreditate è dato dalla presenza in ultima posizione della Basilicata con un valore pari a 0,52 che presenta una bassissima produzione erogata da strutture private accreditate sul proprio territorio.
Un caso di eccesso di produzione si manifesta con il calcolo dell'ISDI per MDC 01: il Molise presenta un valore pari a 3,19, quindi, produce prestazioni sanitarie tre volte in più rispetto alle richieste dei propri residenti (Grafico 4), erogate per l'80,79% da strutture private accreditate (Grafico 6). Le altre regioni che hanno un'offerta maggiore rispetto alla domanda sono Liguria, Lombardia, Toscana, Emilia-Romagna, Veneto, PA di Trento e Lazio, fanalini di coda anche per questo MDC Calabria e Basilicata.

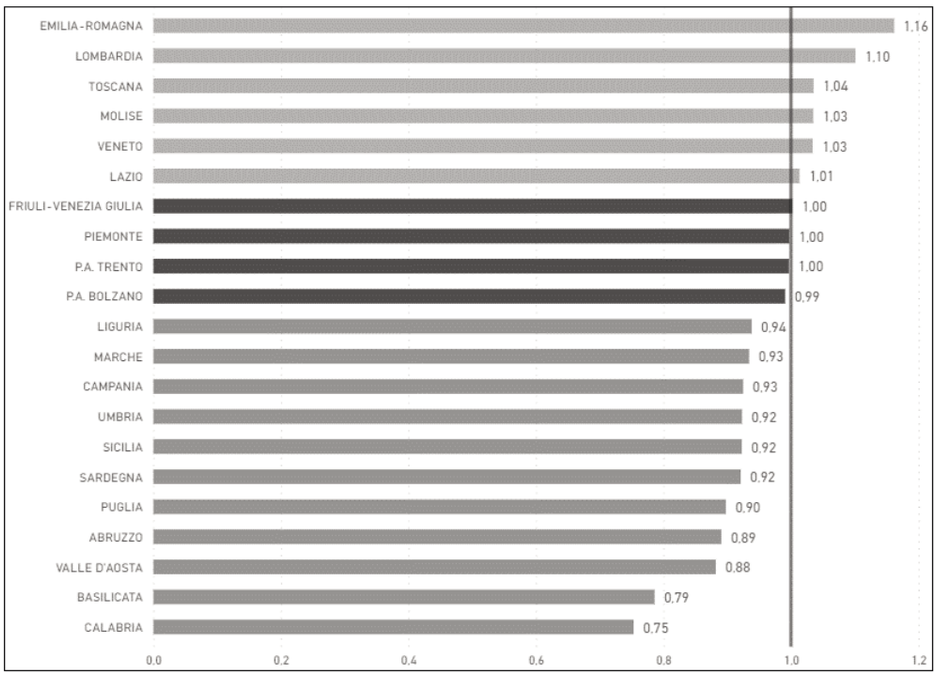
Grafico 1 - *Indice di Soddisfazione della Domanda Interna per area geografica - Anno 2022*



Fonte dei dati: Elaborazioni Agenas su Schede di Dimissione Ospedaliera. Anno 2023.

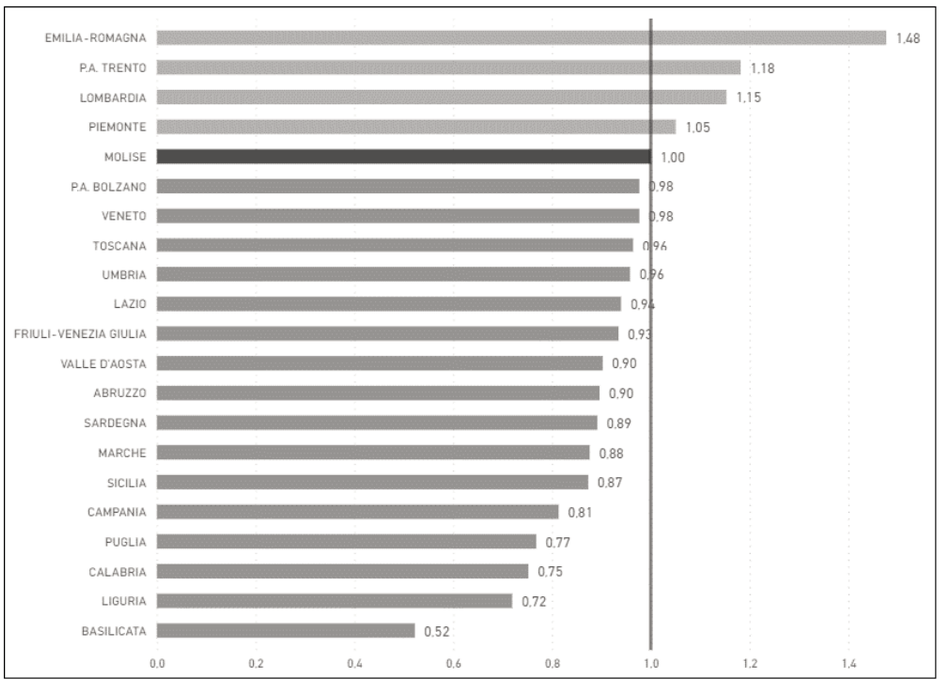
Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 533

Grafico 2 - *Indice di Soddisfazione della Domanda Interna per regione - Anno 2022*



Fonte dei dati: Elaborazioni Agenas su Schede di Dimissione Ospedaliera. Anno 2023.

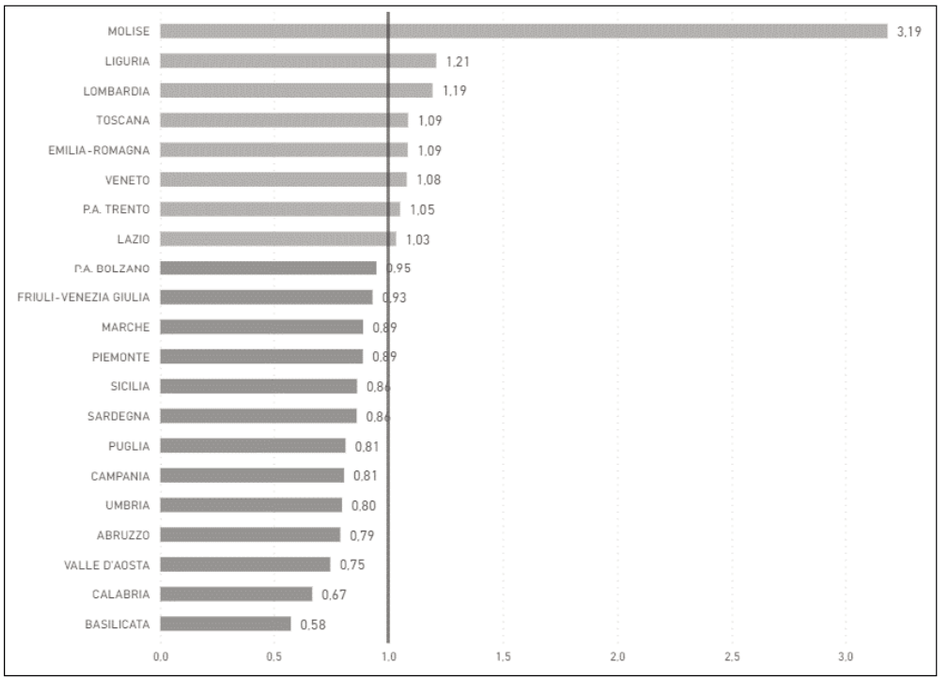
Grafico 3 - *Indice di Soddisfazione della Domanda Interna del MDC 08 (Malattie e disturbi del sistema muscoloscheletrico e del tessuto connettivo) per regione - Anno 2022*



Fonte dei dati: Elaborazioni Agenas su Schede di Dimissione Ospedaliera. Anno 2023.

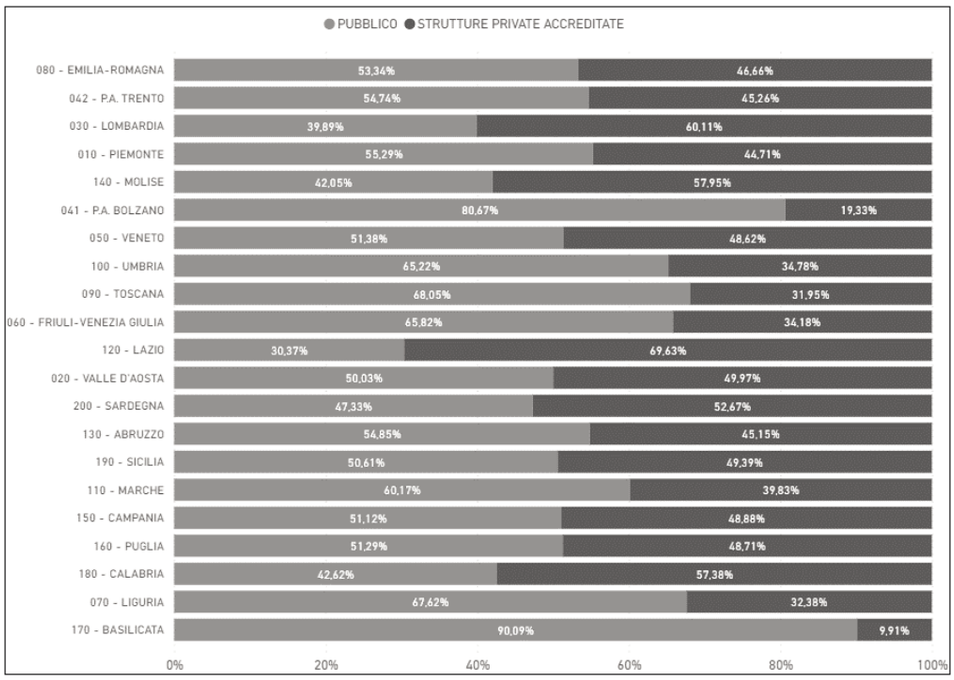
Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 534

Grafico 4 - *Indice di Soddisfazione della Domanda Interna del MDC 01 (Malattie e disturbi del sistema nervoso) per regione - Anno 2022*



Fonte dei dati: Elaborazioni Agenas su Schede di Dimissione Ospedaliera. Anno 2023.

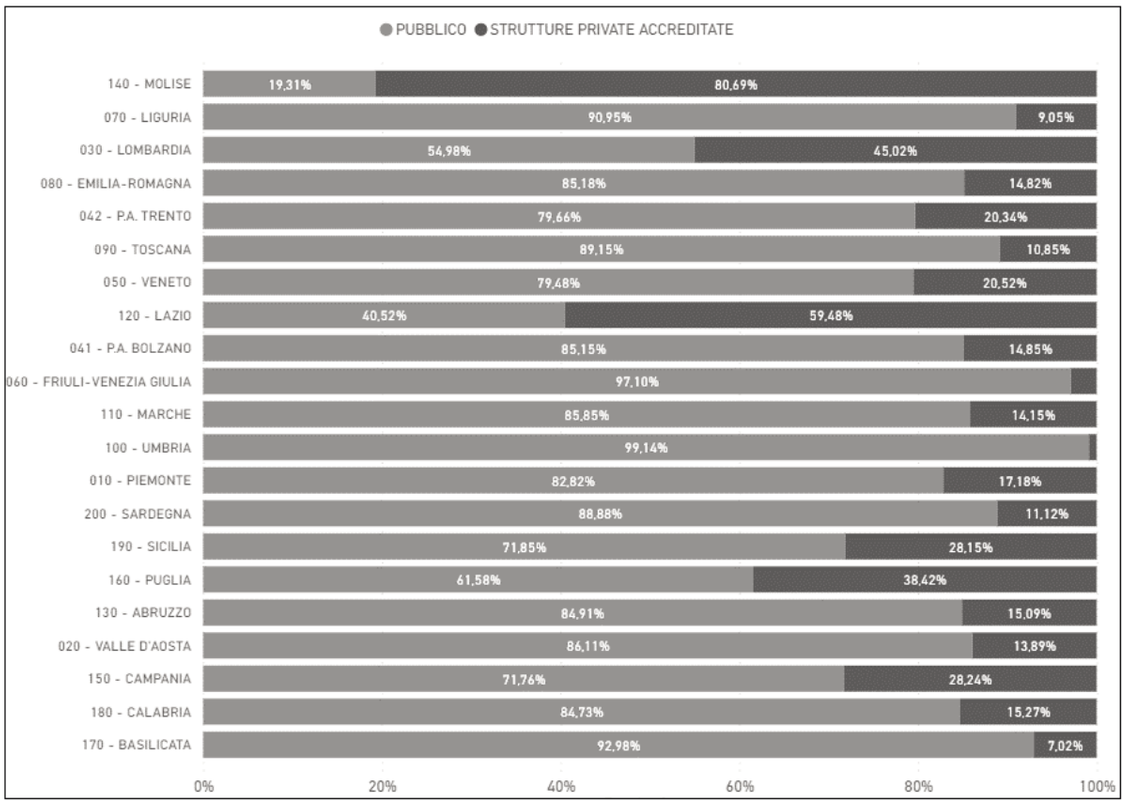
Grafico 5 - *Produzione regionale MDC 08 (Malattie e disturbi del sistema muscoloscheletrico e del tessuto connettivo) (valori per 100) per regione - Anno 2022*



Fonte dei dati: Elaborazioni Agenas su Schede di Dimissione Ospedaliera. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 535

Grafico 6 - *Produzione regionale MDC 01 (Malattie e disturbi del sistema nervoso) (valori per 100) per regione - Anno 2022*



Fonte dei dati: Elaborazioni Agenas su Schede di Dimissione Ospedaliera. Anno 2023.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'analisi dell'ISDI conferma il divario sul rispetto e la tutela della salute tra il Nord e il Meridione. Le regioni meridionali non riescono a garantire a pieno i bisogni di salute dei propri residenti che si recano in strutture ospedaliere del Nord. Da notare, inoltre, l'eccesso di cure erogate dalle strutture presenti nel Nord, causato principalmente dall'attività che le strutture private accreditate erogano ai pazienti residenti nel Sud-Italia. È importante che si mettano in opera politiche sanitarie per ridurre il divario tra le regioni e migliorare l'organizzazione del sistema sanitario. A tale fine, diventa centrale monitorare l'andamento di questi indicatori e confrontarli tra le varie regioni, per consentire ai *policy maker* di misurare l'effetto delle strategie finalizzate a migliorare la soddisfazione dei bisogni di salute della popolazione già nelle regioni di residenza, limitando così la mobilità ai ricoveri ad alta complessità e ai ricoveri regolati da accordi tra regioni limitrofe.

Riferimenti bibliografici

(1) Lunt et al. Medical Tourism: Treatments, Markets and Health System Implications: A Scoping Review, Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development 2011.
(2) Legge di Bilancio 30 dicembre 2020, n.178, articolo 1, comma 494.
(3) De Curtis, M., Bortolan, F., Diliberto, D. et al. Pediatric interregional healthcare mobility in Italy. Ital J Pediatr 47, 139 (2021). Disponibile sul sito: https://doi.org/10.1186/s13052-021-01091-8.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 536

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 537

Mortalità riconducibile ai servizi sanitari

L'indicatore "Mortalità riconducibile ai servizi sanitari" (*amenable mortality*) suscita grande interesse nel processo di valutazione di un SSN. Tale indicatore, infatti, misura i decessi prematuri che non dovrebbero verificarsi in presenza di cure efficaci e tempestive e per i quali esistono interventi diagnostico-terapeutici di provata efficacia. Permette, inoltre, di segnalare le situazioni più a rischio, di studiare possibili interventi correttivi e di verificarne, nel tempo, il successo. L'analisi della sua dinamica è molto importante, dal momento che le politiche volte a migliorare l'efficacia dei servizi attraverso nuove tecnologie diagnostico-terapeutiche e nuovi modelli organizzativi producono effetti rilevabili nel medio-lungo termine.

La rilevanza di indicatori di questo tipo è ormai consolidata anche in ambito internazionale. L'OCSE ha introdotto la mortalità riconducibile ai servizi sanitari nel core di misure per la valutazione della *performance* dei servizi sanitari dei Paesi aderenti e diversi studi (statunitensi, italiani, spagnoli, ungheresi, israeliani, finlandesi, svizzeri e polacchi) hanno analizzato questo indicatore per valutare l'efficacia e l'equità dei servizi sanitari a livello nazionale e sub-nazionale.

L'utilizzo dell'indicatore *amenable mortality* non è esente da limitazioni, la principale delle quali riguarda la necessità di aggiornare costantemente le liste di cause di morte riconducibili ai servizi. Inoltre, data l'esiguità del fenomeno, la stima del trend temporale risulta difficoltosa e influenzata da fluttuazioni casuali del dato; questo problema si accentua quando l'indicatore viene calcolato a livello sub-nazionale. Quando si pongono a confronto i servizi sanitari regionali, dunque, si consiglia di computare l'indicatore a cadenza per lo meno biennale, in modo da ottenere stime più robuste.

Per tali ragioni l'indicatore "Mortalità riconducibile ai servizi sanitari" non è stato aggiornato in questa Edizione, per cui si rimanda al Rapporto Osservasalute - Edizione 2022 per la consultazione degli ultimi dati a livello regionale.

M.P. FANTINI, J. LENZI, G. DAMIANI

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 538

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 539

La sanità italiana nel confronto europeo

I sistemi sanitari europei nelle prossime decadi dovranno prepararsi per soddisfare le esigenze di un numero crescente di persone fragili e in cattive condizioni di salute che richiederanno una maggiore assistenza a lungo termine ad alta intensità di lavoro e una maggiore necessità di cure integrate e centrate sulla persona (1).

Tra il 2022 e il 2050[1] nell'UE-27 è previsto un incremento del 37% della quota di anziani sulla popolazione totale che passerà dal 21,2% nel 2022 al 29,5% nel 2050. Nel 2022, le quote più alte di *over* 65 si registrano in Italia (23,8%), Portogallo (23,7%), Finlandia (23,1%), Grecia (22,7%) e Croazia (22,5%), mentre le più basse a Lussemburgo (14,8%) e in Irlanda (15,0%). L'età mediana della popolazione dell'UE-27 è in aumento e al 1° gennaio 2022 è di 44,4 anni con una variazione tra i Paesi che va da 38,3 anni di Cipro a 48,0 anni dell'Italia, confermando le strutture della popolazione relativamente giovane e relativamente anziana registrate in ciascuno di questi Stati membri (2).

In questo contesto demografico secondo la Direzione Generale per la Salute e la Sicurezza Alimentare della CE potrebbe aggravarsi la carenza di personale infermieristico e di assistenza nell'UE-27 considerando che una percentuale relativamente alta di infermieri e di operatori sanitari andrà in pensione nei prossimi anni. La capacità dei sistemi sanitari di fornire servizi e di soddisfare le mutevoli richieste di assistenza dipende fortemente dalla disponibilità di una forza lavoro flessibile e con le giuste competenze. I sistemi sanitari che sostengono alti livelli di istruzione e formazione iniziale, nonché investimenti costanti nello sviluppo professionale continuo, sono meglio attrezzati per sviluppare soluzioni innovative e integrate per rispondere alle principali sfide che l'UE-27 si trova ad affrontare (1). La CE attraverso le iniziative introdotte sin dal 2012[2] incoraggia le attività di pianificazione e previsione del personale sanitario in tutta l'UE. Evidenzia, inoltre, l'importanza di promuovere riforme volte ad affrontare le questioni cruciali del personale sanitario, come l'offerta, la distribuzione e il tradizionale *mix* di competenze, al fine di rafforzare la prevenzione, l'assistenza primaria e la fornitura di servizi integrati.

Le prestazioni di un sistema sanitario hanno un forte impatto sulla salute della popolazione. Quando i servizi sanitari sono di alta qualità e sono accessibili a tutti, i risultati di salute delle persone sono migliori. Il raggiungimento degli obiettivi di accesso, qualità e migliori risultati di salute, dipende dalla disponibilità di una spesa sufficiente. La spesa sanitaria serve a pagare gli operatori sanitari che forniscono le cure necessarie, nonché i beni e i servizi necessari per prevenire e curare le malattie. Tali risorse sono fondamentali anche per garantire che i sistemi sanitari siano resilienti di fronte alle minacce sanitarie. Allo stesso tempo, molti fattori esterni al sistema sanitario influenzano lo stato di salute, in particolare il reddito, l'istruzione e l'ambiente fisico in cui un individuo vive. Anche il contesto demografico, economico e sociale influisce sulla domanda e sull'offerta di servizi sanitari. Infine, il grado di adozione di stili di vita sani da parte delle persone, un fattore determinante per i risultati di salute, dipende sia da politiche sanitarie efficaci che da un contesto socio-economico più ampio (1).

La speranza di vita alla nascita dei Paesi europei nel 2022 si sta avviando ad un lento recupero dopo gli anni di vita persi tra il 2020 e 2021. Nel 2022, la media europea (80,7 anni) registra un guadagno di +0,6 anni di vita attesa rispetto al 2021 (80,1 anni), ma permane ancora una differenza rispetto al valore del 2019 (81,3 anni). Ad eccezione del Lussemburgo, tutti gli altri Paesi devono ancora recuperare rispetto al 2019. Il *gap* oscilla dal valore minimo di -0,1 anni della Svezia a 1,0 anno della Grecia. Tra i grandi Paesi UE, l'Italia e la Germania sono allineati alla media UE (-0,6 anni tra il 2019 e il 2022), mentre per Francia e Spagna mancano ancora, rispettivamente, 0,7 e 0,8 anni.

Nel 2022, tra i primi Paesi della graduatoria UE-27 si conferma la Spagna (83,2 anni), seguita da Svezia (83,1) e a pochissima distanza da Italia e Lussemburgo (entrambe 83,0 anni). La Bulgaria resta sempre in fondo alla graduatoria (74,3 anni) con una differenza di quasi 9 anni rispetto ai Paesi in cima alla lista, seguita da Romania (75,3) e da altri Paesi dell'Europa del Nord-Est (Lettonia e Lituania, rispettivamente, 74,8 e 76,0 anni).

I tassi di mortalità evitabile, nel 2022, mostrano un incremento rispetto all'anno precedente sia per la

[1] Proiezioni Eurostat con base 2019.
[2] The EU4*Health* programme; SEPEN - *Support for the health workforce planning and forecasting expert network* (2017-2018); *Joint Action Health Workforce Planning and Forecasting* (2013-2016); *Action plan for EU health workforce* (2012). Disponibile sul sito: https://health.ec.europa.eu/health-workforce_en.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 540

componente prevenibile che potrebbe essere evitata con efficaci interventi di prevenzione primaria e di salute pubblica sia per la componente trattabile che potrebbe essere contenuta grazie a interventi per la riduzione della letalità di determinate cause, mediante un'assistenza sanitaria tempestiva ed efficace in termini di prevenzione secondaria (diagnosi tempestive) e di trattamenti sanitari adeguati. Sebbene in Italia sia stato osservato un aumento del tasso tra i più elevati all'interno dell'area europea (+19,0%), il nostro Paese rimane tra quelli con più bassa mortalità evitabile (197,1 per 100.000 *vs* 271,7 per 100.000 media UE-27).

I dati relativi al 2021, confermano che la spesa sanitaria in Italia, sia complessivamente che nelle componenti pubblico-privato, si colloca su livelli medi nel contesto dell'UE-27 e presenta valori più bassi rispetto a quelli di altri importanti Paesi, quali Francia e Germania. Questo è vero sia in termini di valore pro capite (2.791€ *vs* 3.562€ in media UE-27) sia in rapporto al PIL (9,2 *vs* 10,9 in media UE-27), come già rilevato per gli anni precedenti.

L'emergenza sanitaria da COVID-19 ha causato un incremento della spesa sanitaria a partire dal 2020 in tutti i Paesi europei. In Italia, la variazione della spesa sanitaria in termini reali tra il 2020 e il 2021 è stata del 3,6%, incremento ancora più alto rispetto a quello registrato tra il 2020 ed il 2019 (+2,2%) e, di gran lunga superiore alla variazione media annua del periodo 2015-2019, pari allo 0,9%. In Italia, la spesa sanitaria rispetto al PIL, stabile al 8,8-8,7% nel periodo 2013-2019, è aumentata al 9,6% nel 2020 per poi scendere a 9,2% nel 2021. Per la media dei Paesi europei (UE-27) nel 2021 non si rileva alcuna variazione dell'indicatore che, dopo il picco registrato ad inizio pandemia, si attesta nuovamente al 10,9%.

Nel complesso, i Paesi con una spesa sanitaria più elevata hanno risultati di salute, accesso e qualità delle cure migliori. Tuttavia, la quantità assoluta di risorse investite non è un perfetto predittore di risultati migliori. Particolarmente interessanti sono i 5 Paesi UE-27 (Spagna, Italia, Portogallo, Slovenia e Cipro) che si discostano da questa relazione di base, spendono meno della media ma hanno un'aspettativa di vita complessivamente più alta e dei tassi di mortalità evitabile più bassi. Ciò potrebbe indicare un rapporto relativamente buono tra costi e benefici dei sistemi sanitari, nonostante il fatto che molti altri fattori abbiano un impatto sui risultati sanitari. I fattori di rischio per la salute e i più ampi determinanti sociali della salute sono fondamentali, così come l'uso efficiente delle risorse sanitarie (1).

Riferimenti bibliografici

(1) OECD, Health at a Glance 2023.
(2) Eurostat, Statistics Explained, Population structure and ageing, Data extracted in February 2023.

[3]Il piano europeo di lotta contro il cancro (*Europe's Beating Cancer Plan*) adottato con comunicazione della Commissione del 3 febbraio 2021 dispone di 4 miliardi di € di finanziamenti, compresi 1,25 miliardi di € provenienti dal programma EU4*Health*.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 541

Sopravvivenza e stato di salute in Italia e nei Paesi dell'Unione Europea

Significato. La speranza di vita è un indicatore fondamentale per descrivere le condizioni di salute di una popolazione, consentendo di confrontare i livelli di sopravvivenza di tutti i Paesi tra loro e monitorarne l'andamento nel tempo. L'indicatore esprime il numero medio di anni che una persona, che compie l'*y^mo* compleanno in un certo anno di calendario, potrebbe aspettarsi di vivere se nel corso della sua esistenza futura fosse esposta allo stesso rischio di morte osservato nel medesimo anno di calendario, a partire dall'età *y*. Tenuto conto che questo indicatore considera solo la quantità di anni che restano da vivere, è utile affiancarlo ad altri indicatori che diano anche informazioni sulla qualità della sopravvivenza, ovvero ad indicatori compositi della speranza di vita secondo le condizioni di salute (1). Per il loro calcolo si utilizza il metodo di Sullivan, che combina le informazioni sui sopravviventi con quelle relative alle condizioni di salute rilevate in ambito europeo attraverso il *Minimum European Health Module*, tra cui la presenza di limitazioni gravi o lievi nelle attività (*Global Activity Limitation Indicator*-GALI)[1]. Sulla base di quest'ultimo quesito si calcola la "speranza di vita senza limitazioni" (*Healthy Life Years*-HLY), che è l'indicatore della speranza di vita per condizioni di salute maggiormente utilizzato nei confronti europei.

Speranza di vita

Essa è pari al rapporto tra la cumulata degli anni vissuti dall'età *y* in poi ed i sopravviventi alla stessa età.

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

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

Speranza di vita senza limitazioni nelle attività

Essa è pari al rapporto tra la cumulata degli anni vissuti senza limitazioni dall'età *y* in poi ed i sopravviventi alla stessa età.

$$e'_x = \frac{T'_x}{l_x}$$

Significato delle variabili: T'_x indica il numero totale di anni vissuti in buona salute dai sopravviventi l_x, dal $x°$ compleanno fino alla completa estinzione della generazione.

Validità e limiti. La speranza di vita (o vita media attesa) annovera tra i suoi vantaggi principali il fatto che, essendo indipendente dalla struttura per età della popolazione, è adatta a essere confrontata nel tempo e nello spazio, ossia tra tutti i Paesi del mondo, non solo dell'UE. È opportuno, comunque, segnalare tra le avvertenze che tale indicatore, essendo basato sull'ipotesi teorica di una completa stazionarietà dei rischi di morte alle diverse età, disponibili nelle tavole di mortalità per contemporanei, non tiene conto della dinamica effettiva nel tempo in cui possono evolvere le condizioni di salute della popolazione. Inoltre, nell'attuale fase della transizione sanitaria nella quale la mortalità è fortemente concentrata nelle età senili, l'indicatore evidenzia soprattutto le differenze nei rischi di morte nella popolazione anziana. Inoltre, tale indicatore ha un limite nel fatto che documenta solo la quantità degli anni da vivere, senza raccontare nulla della loro qualità. A ciò soccorrono gli indicatori compositi che declinano la speranza di vita per condizioni di salute, nel nostro caso l'HLY che è incluso tra i principali indicatori strutturali europei stabiliti nel Trattato di Lisbona e largamente utilizzato in ambito europeo. Tra i suoi limiti, oltre alla stazionarietà dei rischi di morte, si segnala che la presenza di limitazioni nelle attività, con cui si corregge questo indicatore, è basata su informazioni autoriferite, che implicano la percezione e autovalutazione della propria salute e, quindi, condizionata da aspetti socio-culturali che rendono meno precisa la comparabilità tra Paesi.

Valore di riferimento/Benchmark. Il benchmark di riferimento è in prima istanza il valore della media UE per ciascuno dei due indicatori e le modifiche del posizionamento del nostro Paese nella graduatoria dei Paesi UE. Dopo la pandemia appare rilevante anche il monitoraggio e il confronto di entrambi gli indicatori rispetto al valore del 2019, per verificare se e quanto i

[1] Si utilizzano le informazioni rilevate attraverso l'indagine sulle condizioni di vita (*Statistics on Income and Living Conditions*-EU-SILC) in tutti i Paesi europei, con riferimento alla percentuale di persone che risponde al quesito sulla presenza di limitazioni gravi o non gravi nelle attività che le persone abitualmente svolgono (GALI), declinate per genere ed età.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 542

vari Paesi abbiano o meno recuperato gli anni persi. Inoltre, poiché è desiderabile che il guadagno di anni da vivere riguardi sempre più quelli da vivere in buona salute o in assenza di limitazioni nelle attività (compressione della morbosità), l'incremento dell'indicatore della speranza di vita declinato per condizione di salute nel tempo dovrebbe sempre essere superiore a quello della vita media attesa.

Descrizione dei risultati

La speranza di vita alla nascita dei Paesi europei, nel 2022, si sta avviando ad un lento recupero dopo gli anni di vita persi nel biennio della pandemia: il valore della media UE-27 è, complessivamente, pari a 80,7 anni, secondo le ultime stime provvisorie della banca europea Eurostat.

Nel 2022, tra i primi Paesi della graduatoria UE-27 si conferma la Spagna (83,2 anni), seguita da Svezia (83,1 anni) e a pochissima distanza da Italia e Lussemburgo (83,0 anni). La Bulgaria resta sempre in fondo alla graduatoria (74,3 anni) con una differenza di circa 9 anni rispetto ai Paesi in cima alla lista, seguita dalla Lettonia (74,8 anni) e dalla Romania (75,3 anni) (2).

Sebbene rispetto al 2021 la media europea registri nel 2022 un guadagno di +0,6 anni di vita attesa, non è ancora stata recuperata tutta la perdita rilevata rispetto al 2019. Permane, infatti, una differenza di -0,6 anni rispetto al valore di 81,3 anni del 2019. Tra i vari Paesi dell'UE, il Lussemburgo è l'unico che registra un miglioramento tra 2019 e 2022 (+0,3 anni). Tra tutti gli altri che devono ancora recuperare rispetto al 2019, si oscilla dal valore minimo di -0,1 anni della Svezia all'anno intero della Grecia; tra i grandi Paesi UE, l'Italia e la Germania sono allineati alla media UE (-0,6 anni tra il 2019 e il 2022), mentre per Francia e Spagna mancano ancora, rispettivamente, 0,7 e 0,8 anni. Il Grafico 1, pur evidenziando il ben noto svantaggio dei Paesi dell'Europa dell'Est, mostra anche l'ampio recupero realizzato in questi Paesi, che nel 2022 sono quasi riusciti a ripianare la forte perdita di anni di speranza di vita alla nascita evidenziata nel 2021. L'incremento osservato rispetto al 2021 passa, per esempio, da +1,7 anni per la Lettonia a +2,9 per la Bulgaria, passando per +2,5 della Romania (Grafico 1).

I Paesi dell'Europa orientale confermano, nel 2022, le più elevate differenze di genere: in Lettonia il divario di genere sfiora sempre i 10 anni, con gli uomini che presentano la più bassa speranza di vita dei residenti in Europa, non raggiungendo nemmeno i 70 anni (69,8 anni). Gli uomini più longevi restano gli Svedesi anche nel 2022 con 81,5 anni, ben 11,7 anni in più dei lettoni, seguiti dagli Italiani e dai residenti in Lussemburgo (entrambi 80,9 anni), dai Maltesi (80,7 anni) e dagli Spagnoli (80,4 anni). Di contro, sono proprio le donne spagnole con 85,9 anni a confermarsi nel 2022 le più longeve in Europa, seguite da quelle del Lussemburgo (85,3 anni) e dalle francesi (85,2 anni), mentre le italiane scendono al quarto posto (85,0 anni) (Grafico 2). Il Grafico 3 mostra un quadro piuttosto esaustivo della dinamica complessiva per singolo Paese, consentendo il confronto nel tempo della speranza di vita alla nascita nei Paesi dell'UE per genere tra il 2010 e il 2019, anno che precede la pandemia, comparato con il dato più aggiornato del 2022. Si osservano, infatti, i cospicui guadagni di vita media attesa soprattutto in alcuni Paesi dell'Europa dell'Est tra il 2010 e il 2019, in particolare tra gli uomini (ad esempio, Lituania, Estonia, Ungheria), che hanno consentito di ridurre i divari di genere e lo svantaggio maschile anche a livello di media europea fino al 2019 (3). I differenziali di genere, infatti, erano pari a 6,2 anni nel 2010 nella media UE-27, con i valori più elevati di 11,3 anni in Lituania e 10,1 anni in Lettonia e minimi in Svezia e nei Paesi Bassi (4 anni). Nel 2022, i divari in UE scendono a 5,4 anni, così come anche nei citati Paesi dell'Est-Europa, rispettivamente 8,8 anni in Lituania e 9,8 anni in Lettonia. Inoltre, si evidenzia in modo più eloquente quanto sia ancora presente nel 2022 l'effetto dell'eccesso di mortalità dovuto alla crisi pandemica nei vari Paesi rispetto al genere. Per gli uomini, infatti, a fronte di una media UE di -0,5 anni di vita media attesa rispetto al 2019, Grecia e Lettonia nel 2022 devono ancora recuperare un intero anno (-1,1 anni), cui si contrappongono Danimarca e Svezia che hanno completamente raggiunto i livelli del 2019. Per le donne, oltre al completo recupero della Svezia, Malta registra un +0,2 anni, il Lussemburgo +0,1 anni, a fronte del caso della Finlandia cui manca invece un intero anno (-1,0 anno rispetto al 2019), mentre nella media UE risultano ancora 0,6 anni da recuperare. L'Italia deve recuperare ancora 0,8 anni per le donne e 0,5 per gli uomini, rispetto al 2019.

Riguardo all'indicatore che analizza la qualità della sopravvivenza (Grafico 4), ossia nel caso preso in esame la speranza di vita alla nascita senza alcuna limitazione nelle attività (HLY), l'ultimo aggiornamento della banca dati europea Eurostat (4), relativo al 2021, attesta il primato dell'Italia in cima alla graduatoria per le donne insieme a Malta, con 68,5 anni da vivere senza limitazioni a fronte di una media UE-27 di 64,2 anni. Per gli uomini, invece, si riconferma la Svezia anche nel 2021, con 68,9 anni, in parità con Malta, mentre l'Italia segue al terzo posto con 67,7 anni e una media UE-27 pari a 63,1 anni. Ai livelli più bassi per gli uomini vi sono sempre i Paesi dell'Europa dell'Est, ad esempio, Lettonia (52,2 anni) ed Estonia (54,9 anni), mentre per le donne il valore più basso si osserva in Danimarca (54,8, ossia ben 4 anni persi rispetto al 2019), seguita da Lettonia (55,4 anni) e Portogallo (57,4 anni). Ciò però che si rende palese nel 2021 è che la pandemia in alcuni Paesi sembra aver determinato un qualche effetto di selezione sui soggetti più fragili

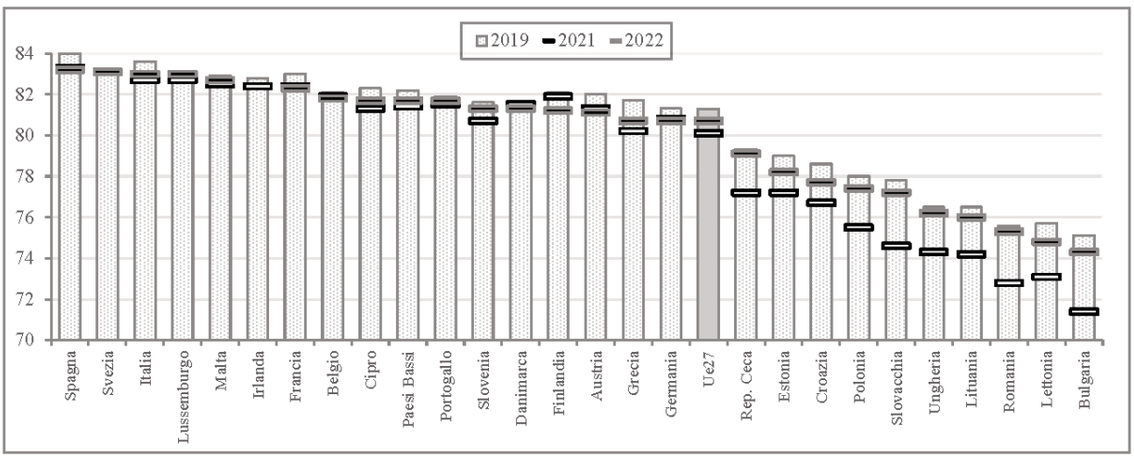
Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 543

che ha consentito di incrementare la vita media attesa senza limitazioni. Succede, ad esempio, in diversi Paesi dell'Europa dell'Est, ma in misura ancora più netta in Finlandia dove per gli uomini, si passa da 57,7 anni del 2019 a 61,6 anni nel 2021 e ancor più per le donne finlandesi da 54,8 a 61,7 anni. Di contro, in altri Paesi, come nel caso di Svezia e Spagna, diminuiscono notevolmente gli anni di vita attesa senza limitazioni rispetto al 2019: la Svezia, pur mantenendo i più alti livelli tra i Paesi UE-27, perde per gli uomini 4,9 anni e per le donne 4,8 anni, mentre la Spagna per i primi perde 6,4 anni e per le donne addirittura 7,8 anni.

Passando ad analizzare le dinamiche per la popolazione anziana, la banca europea Eurostat stima per il 2022 che gli anziani più longevi tra i 27 Paesi UE, per le donne sono le residenti di Spagna e Francia, rispettivamente, con una vita media attesa a 65 anni di 23,2 e 23,1 anni, rispetto ad una media UE di 21,2 anni. L'Italia, invece, occupa il quinto posto con 22,1 anni, come il Portogallo. Per gli uomini in cima alla graduatoria si collocano Svezia e Lussemburgo con 19,6 anni, e l'Italia è al quinto posto con la Spagna con 19,2 anni, a fronte di una media UE di 17,8 anni. In fondo alla graduatoria, si confermano nel 2022 i Paesi dell'Europa dell'Est: per le donne sono Bulgaria e Romania, per gli uomini Bulgaria e Lettonia, sebbene per la Bulgaria il recupero rispetto al 2021 è di quasi 2 anni per le donne e di 1,6 anni per gl uomini (dati non presenti in tabella).

Confrontando i 27 Paesi UE rispetto gli anni da vivere senza e con limitazioni, il Grafico 5 ci mostra una differente eterogeneità dei Paesi tra i due generi. Il dato più recente pubblicato da Eurostat mostra che nel 2021 gli uomini Svedesi a 65 anni non solo hanno una vita media attesa superiore agli altri coetanei europei, ma contano di vivere un maggior numero di anni senza alcuna limitazione nelle attività, pari a 14,5 anni a fronte di una media UE di 9,5 anni. Per l'Italia il numero di anni si attesta a 10,8 anni, simile a quello della Spagna 10,7 anni, ma inferiore a quello della Francia (11,3 anni). Per la Romania gli anni crollano a 4,0, rispetto ad un valore della speranza di vita a 65 anni pari a 12,5 anni a differenza della Bulgaria in cui, invece, degli 11,6 anni di vita attesa a 65 anni, ben 7,7 anni sono da vivere senza limitazioni. Per le donne a 65 anni primeggia sempre la Svezia con 14,8 anni di vita attesa a 65 anni senza limitazioni, ossia i 2/3 degli anni ancora da vivere (solo 7,3 solo con limitazioni). Di contro, le donne spagnole a 65 anni sono più longeve in media di circa 1,4 anni rispetto alle donne svedesi, ma la maggior parte degli anni da vivere a 65 anni sono in presenza di limitazioni (13,2 anni a fronte di 10,3 senza limitazioni). Tra i Paesi dell'Europa dell'Est questa proporzione si mantiene anche più elevata. Spicca, infatti, la Romania con oltre il 75% degli anni da vivere con limitazioni (12,4 anni vs 4,0 anni senza limitazioni), con la sola eccezione delle donne della Bulgaria che a 65 anni contano di vivere ben 9,0 anni senza limitazioni e 6,5 anni con limitazioni.

Grafico 1 - *Speranza di vita (valori in anni) alla nascita nei Paesi europei e media dei Paesi dell'Unione Europea-27 - Anni 2019, 2021-2022**

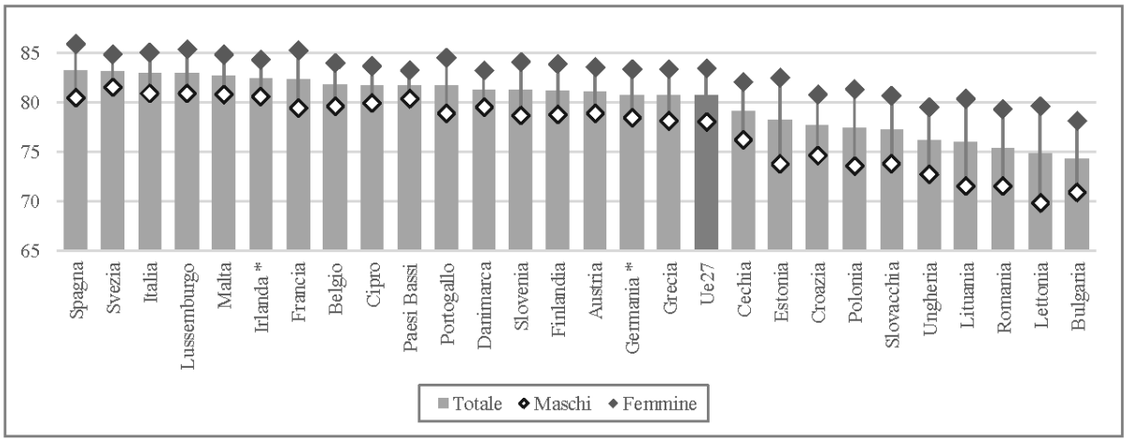


*Per il 2022 sono stime provvisorie e per l'Irlanda non sono disponibili.

Fonte dei dati: Eurostat. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 544

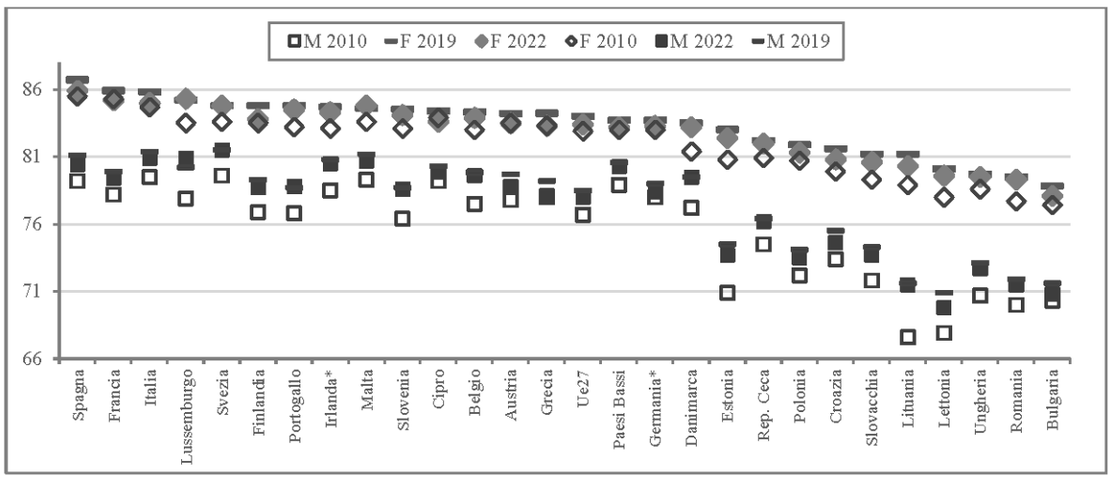
Grafico 2 - *Speranza di vita (valori in anni) alla nascita nei Paesi europei e media dei Paesi dell'Unione Europea-27 e per genere - Anno 2022**



*Stime provvisorie. I dati della Germania per genere fanno riferimento al 2021, quelli dell'Irlanda fanno sempre riferimento al 2021.

Fonte dei dati: Eurostat. Anno 2023.

Grafico 3 - *Graduatoria dei Paesi dell'Unione Europea-27* per differenza nella speranza di vita alla nascita per genere (valori in anno ordinata per il valore delle femmine del 2010) - Anni 2010, 2019, 2022*



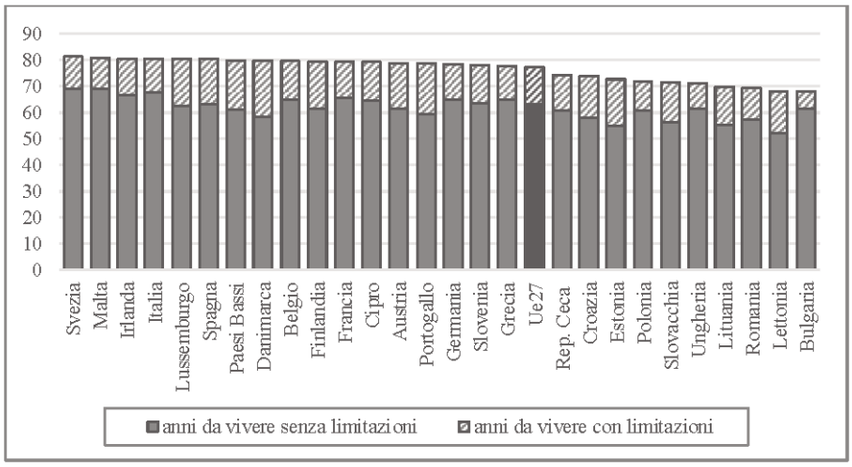
*Per il 2022 sono stime provvisorie. I dati della Germania e dell'Irlanda per genere fanno riferimento al 2021.

Fonte dei dati: Eurostat. Anno 2023.

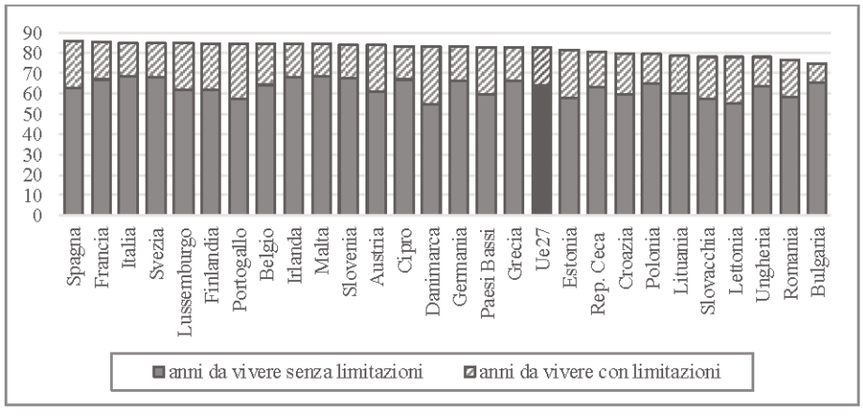
Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 545

Grafico 4 - *Graduatoria dei Paesi dell'Unione Europea-27 per speranza di vita con e senza limitazioni alla nascita per genere (valori in anni ordinata per il valore della speranza di vita alla nascita) - Anno 2021**

Maschi



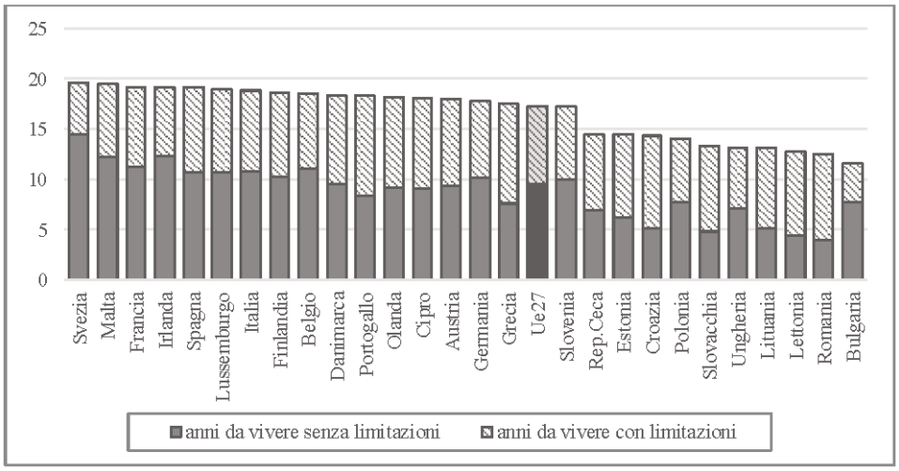
Femmine



Fonte dei dati: Eurostat. Anno 2023.

Grafico 5 - *Graduatoria dei Paesi dell'Unione Europea-27 per speranza di vita con e senza limitazioni a 65 anni per genere (valori in anni ordinata per il valore della speranza di vita a 65 anni) - Anno 2021*

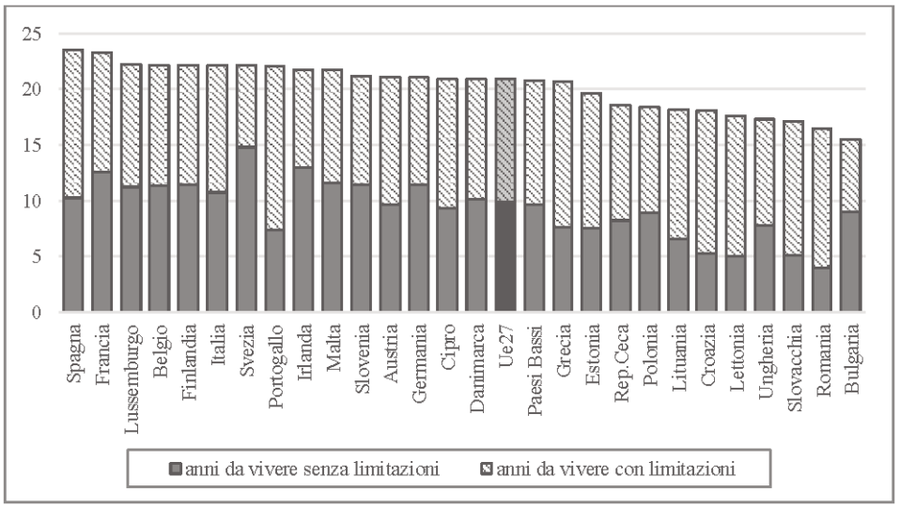
Maschi



Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 546

Grafico 5 - (segue) *Graduatoria dei Paesi dell'Unione Europea-27 per speranza di vita con e senza limitazioni a 65 anni per genere (valori in anni ordinata per il valore della speranza di vita a 65 anni) - Anno 2021*

Femmine



Fonte dei dati: Eurostat. Anno 2023.

Raccomandazioni di Osservasalute

Dopo il biennio di pandemia da SARS-CoV-2, nel 2022 quasi nessuno dei Paesi UE-27 è riuscito a recuperare gli anni di vita persi. La parziale ripresa è avvenuta in tutti i Paesi UE, seguendo una dinamica molto eterogenea tra loro, sia per entità che per i tempi del recupero. Si auspica che, oltre al definitivo recupero dopo la pandemia, si possa riprendere il trend positivo di crescita, dei livelli di sopravvivenza che aveva caratterizzato gli ultimi decenni fino al 2019. Con la prevenzione primaria e la promozione dell'active ageing, introdotta per rinviare il più possibile il decadimento funzionale e cognitivo, si auspica di riuscire ad aumentare soprattutto gli anni di vita in buona salute, pur considerando il crescente impatto della dinamica demografica. L'Europa, infatti, ha il più elevato tasso di invecchiamento della popolazione nel mondo, tra cui spicca l'Italia. Pertanto, i crescenti bisogni di salute, aggravati dal post-pandemia, dalla difficile congiuntura economica e dalla crescente incertezza dovuta ai conflitti bellici, che si sommano agli effetti dei cambiamenti climatici, impongono sfide importanti e adeguati investimenti in campo socio-sanitario. La pandemia ha messo in evidenza i diversi livelli di resilienza agli *shock* di tipo sanitario nei vari Paesi. Tale esperienza deve rappresentare un monito per attivare strategie di prevenzione e interventi (5) per garantire l'equo accesso all'assistenza sanitaria in tutti i Paesi membri, migliorando così la qualità della vita dei cittadini europei e riducendo i divari tra i Paesi. Migliorare la qualità della vita significa anche riuscire a progettare un nuovo equilibrio tra l'uomo, l'ambiente e i vari ecosistemi, secondo l'*One Health Approach*, e cooperando anche grazie all'*One Health Joint Plan of Action* 2022-2026 (6). Senz'altro, le sfide future saranno mediate dal ruolo dell'Intelligenza Artificiale applicata alla salute, soprattutto nel campo della diagnostica e dell'organizzazione dell'offerta sanitaria, con l'imperativo di arginarne l'uso improprio.

Riferimenti bibliografici

(1) Egidi V., Spizzichino D., Perceived health and mortality: a multidimensional analysis of ECHP Italian data, Genus LXII, No. 3-4, 2006.
(2) ISTAT. Rapporto BES 2022. Il benessere equo e sostenibile in Italia. Roma: Istat, 2023.
(3) OECD (2023), Health at a Glance 2023: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris,Disponibile sul sito: https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en.
(4) Disponibile sul sito: www.ec.europa.eu/eurostat/data/database (ultimo aggiornamento 12 giugno 2023, ultimo accesso 5 febbraio 2024).
(5) OECD Health at a glance: Europe 2022. State of Health in EU Cycle. Disponibile sul sito: www.read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2022_507433b0-en#page1.
(6) FAO, UNEP, WHO, and WOAH. 2022. One Health Joint Plan of Action (2022-2026). Working together for the health of humans, animals, ùplants and the environment. Rome. Disponibile sul sito: www.doi.org/10.4060/cc2289enhttps://www.woah.org/app/uploads/2022/04/one-health-joint-plan-of-action-final.pdf.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 547

Mortalità evitabile

Significato. La mortalità evitabile è costituita dalle due componenti della mortalità trattabile e della mortalità prevenibile.
La mortalità per cause evitabili viene misurata attraverso tassi std per età. Essi rappresentano il numero di decessi che si osserverebbe, per una specifica causa o per gruppi di cause, in una popolazione di 100.000 persone con una struttura per età uguale a quella della popolazione standard europea, revisione 2013 (1). I dati analitici utilizzati nel calcolo dei tassi presentati in questo Capitolo sono rappresentati, per ogni anno di osservazione, dai quozienti specifici per classi di età quinquennali (con l'eccezione delle classi "0", "1-4" e "95+" anni) e causa.

Tasso di mortalità

$$T_P^i = 100.000 * \sum_{x=1}^{\omega} D_{x,P}^i \Big/ \sum_{x=1}^{\omega} P_{x,P}$$

Significato delle variabili: $D_{x,r}^i$ rappresenta il numero dei decessi all'età x per causa i nel Paese P;

$P_{x,r}$ rappresenta l'ammontare della popolazione di età x nel Paese P.

Validità e limiti. Si definiscono evitabili quei decessi che potrebbero essere ridotti o evitati perché dovuti a cause potenzialmente contrastabili. La mortalità evitabile è costituita da due componenti: la mortalità prevenibile, ovvero che potrebbe essere evitata con efficaci interventi di prevenzione primaria e di salute pubblica, prima dell'insorgenza della malattia o dell'infortunio; la mortalità trattabile, ovvero quei decessi che potrebbero essere contenuti grazie a interventi per la riduzione della letalità di determinate cause, mediante un'assistenza sanitaria tempestiva ed efficace in termini di prevenzione secondaria (diagnosi tempestive) e di trattamenti sanitari adeguati.
Le liste di cause trattabili e prevenibili sono state definite congiuntamente dall'OECD ed Eurostat che hanno, inoltre, fissato a 74 anni il limite di età per ritenere evitabile un decesso. Dopo l'inizio della pandemia, anche il COVID-19 è stato aggiunto alla lista delle cause prevenibili. Pertanto, tutti gli indicatori della mortalità prevenibile fanno riferimento alla lista aggiornata (2).
Il tasso std di mortalità per causa non rappresenta una misura reale del fenomeno, ma indica il livello che la mortalità assumerebbe qualora la struttura per età della popolazion considerata fosse quella della popolazione scelta come standard. Come limite, il tasso std è un valore ipotetico che dipende dalla struttura per età della popolazione standard. La scelta dello standard, quindi, deve essere effettuata evitando di assumere una popolazione troppo diversa rispetto al contesto territoriale nel quale si effettuano i confronti al fine di non distorcere i differenziali reali. Come pregio, il tasso std consente di effettuare confronti, temporali e territoriali, al netto dell'influenza delle strutture demografiche reali delle popolazioni messe a confronto.

Valore di riferimento/Benchmark. Il tasso std di mortalità per cause evitabili, a meno di 75 anni, per il complesso dei 27 Paesi facenti parte dell'UU, rappresenta una misura sintetica della mortalità a livello europeo e il suo valore viene assunto come riferimento per il confronto del fenomeno nei singoli Paesi dell'area. Al momento della presente pubblicazione, nella banca dati europea Eurostat sono disponibili gli indicatori di mortalità per causa (numero di decessi e tassi std per età) fino all'anno 2020.

Descrizione dei risultati

A partire dalla fine di gennaio 2020 la pandemia da COVID-19 ha iniziato a diffondersi in Europa, con tempistiche variabili da Paese a Paese, attraverso ondate di contagi di entità severa nella gran parte degli stati colpiti. L'analisi della variabilità dell'impatto del COVID-19 sulla mortalità complessiva e per cause specifiche nei singoli Paesi europei rappresenta tuttora un tema di grande interesse. La disponibilità dei dati definitivi sulle cause di morte nell'anno 2020 per tutti i Paesi UE consente di comparare in maniera esaustiva i primi effetti della pandemia sulla mortalità evitabile all'interno dell'area. L'anno 2020, da marzo in poi, ha rappresentato un periodo caratterizzato da una forte pressione sui sistemi sanitari nazionali con ripercussioni importanti sull'accesso ai servizi di prevenzione e cura da parte della popolazione. In quest'ottica, appare interessante fornire una prima analisi delle variazioni nella mortalità evitabile osservabili già nel corso del 2020.
Per analizzare le differenze territoriali europee della mortalità evitabile nel 2020, distinguendo tra le sue due componenti prevenibile e trattabile, sono stati considerati i tassi di mortalità std dei 27 Paesi UE e le loro variazioni percentuali rispetto all'anno precedente (Grafico 1).
La mortalità evitabile nel complesso risulta in crescita in tutti i Paesi dell'area UE ad eccezione della Danimarca (-4%). Nel 2020, l'aumento complessivo a

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 548

livello UE, rispetto al 2019, è stato del 12% con un valore del tasso di mortalità pari a 271,7 decessi ogni 100.000 abitanti. Sebbene in Italia sia stato osservato un aumento del tasso tra i più elevati all'interno dell'area (+19%), il nostro Paese rimane tra quelli con più bassa mortalità evitabile (197,1 per 100.000).

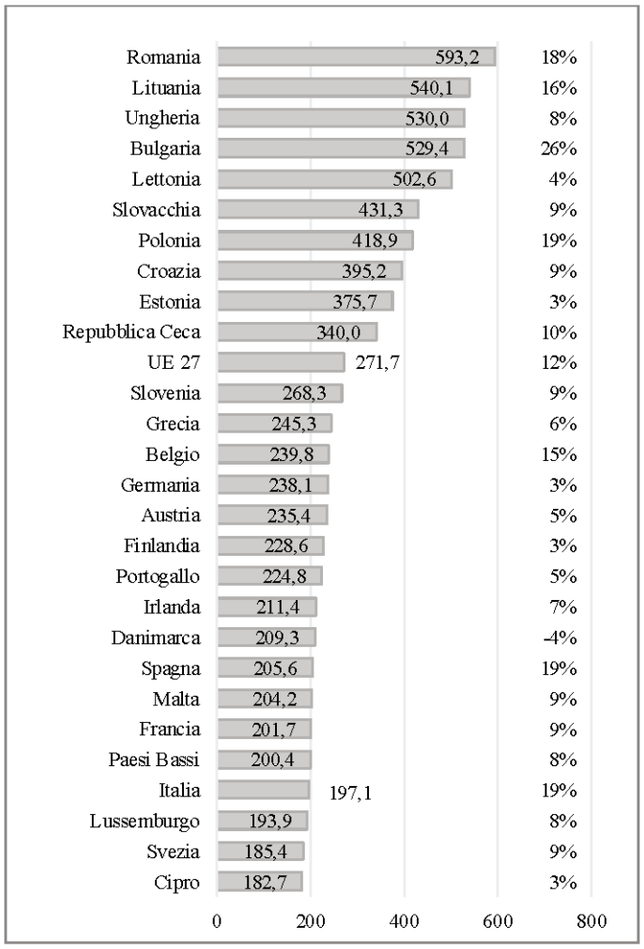
In UE il tasso std medio di mortalità per cause prevenibili nel 2020 è pari a 180,0 per 100.000 abitanti. Nei vari Paesi il valore varia da oltre 300 per 100.000 in Romania, Ungheria, Lituania, Lettonia e Bulgaria a meno di 125 decessi per 100.000 abitanti per Cipro, Malta e Svezia. Come negli anni precedenti, pertanto, anche nel 2020 l'area dell'Europa dell'Est presenta il quadro più svantaggiato in termini di mortalità prevenibile nonché trattabile.

L'Italia si colloca tra i Paesi a più bassa mortalità prevenibile (130,6 per 100.000), tuttavia è anche tra i Paesi il cui livello è maggiormente aumentato nel 2020 rispetto al 2019 (+29%). Anche in Spagna e in Belgio, dove la mortalità prevenibile è al di sotto del livello medio europeo, si osserva un forte incremento rispetto all'anno precedente, rispettivamente, +30% e +24%. Forti peggioramenti si rilevano, infine, in alcuni Paesi ad elevata mortalità prevenibile: è il caso della Bulgaria (+37% e un tasso di 316,5 per 100.000), della Polonia (+26% e tasso di 274,7 per 100.000) e della Romania (+21% e tasso di 358,1 per 100.000). Nell'incremento complessivo della mortalità evitabile nel 2020, ha avuto un peso sostanziale il COVID-19, come si evince anche dal Grafico 2, che mostra la percentuale di decessi dovuti a questa causa sul totale delle morti prevenibili nei vari Paesi europei. L'Italia è il secondo Paese, dopo la Bulgaria, con il più alto peso del COVID-19 sulla mortalità prevenibile: +37,2% e +39,3%, rispettivamente. Valori di questi indicatore al di sopra della media europea si riscontrano anche in Spagna, Belgio, Polonia, Romania, Croazia e Paesi Bassi, segno che i più forti aumenti della mortalità prevenibile sono quasi totalmente spiegati dall'impatto della nuova malattia.

Il tasso di mortalità trattabile nell'area UE appare complessivamente in lieve aumento rispetto al 2019 (+3%), risultando pari a 91,7 decessi per 100.000 abitanti. L'Italia, pur mostrando un aumento lievemente superiore a quello medio dell'area (+4%), figura tra i Paesi con tassi di mortalità al di sotto della media UE (66,5 per 100.000). Nel caso della mortalità trattabile si nota all'interno dell'area una certa eterogeneità nelle variazioni osservate nel tasso rispetto al 2019. La gran parte dei Paesi dell'Europa dell'Est, nei quali peraltro si osservano livelli di mortalità elevata, presentano tassi in aumento, specialmente Romania e Bulgaria (entrambe +13) e Lituania (+10%). In diversi Paesi che presentano bassi livelli di mortalità trattabile si osserva anche una diminuzione dei tassi. Tra questi figurano Lussemburgo (-5%), Paesi Bassi (-4%), Belgio (-4%), Danimarca (-4%), Francia (-2%) e Spagna (-1%).

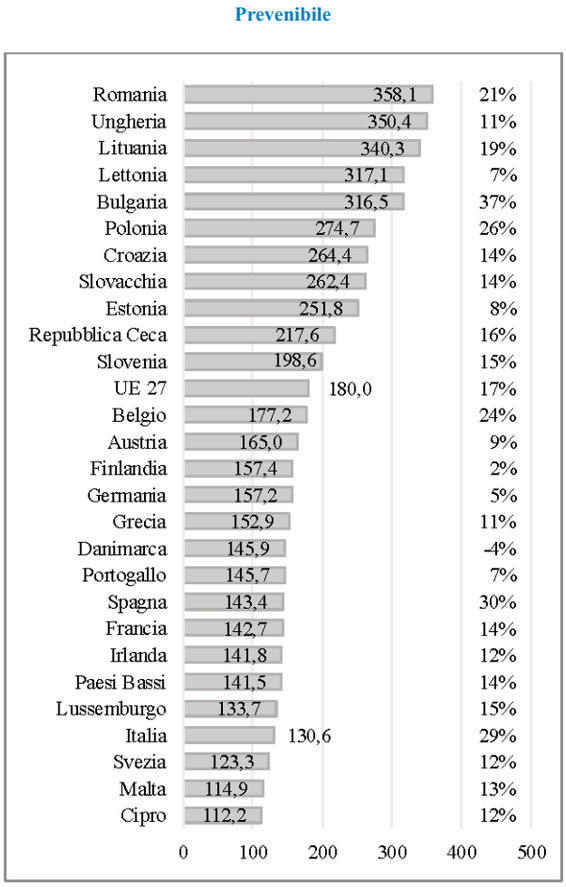
Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 549

Grafico 1 - *Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità evitabile, prevenibile e trattabile nella popolazione di età 0-74 anni e variazione (valori per 100) rispetto al 2019 per Paese dell'Unione Europea-27 - Anno 2020*



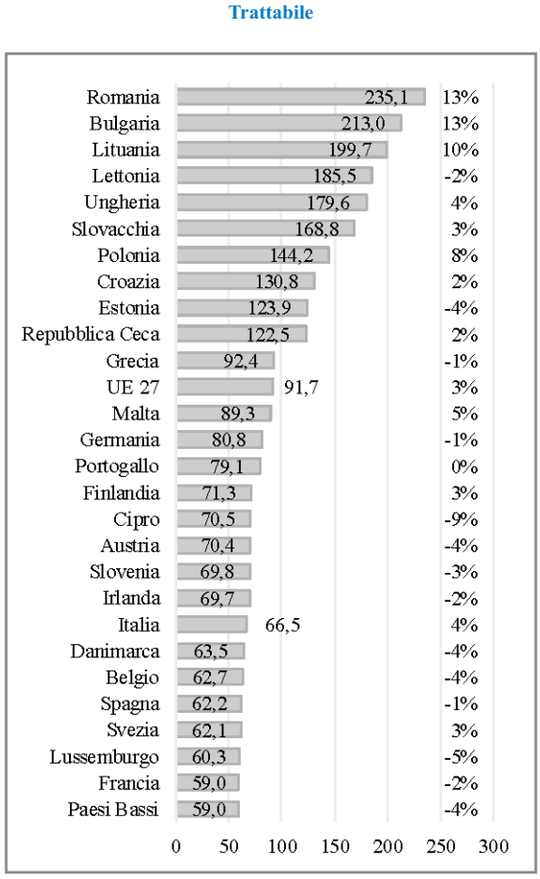
Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 550

Grafico 1 - (segue) *Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità evitabile, prevenibile e trattabile nella popolazione di età 0-74 anni e variazione (valori per 100) rispetto al 2019 per Paese dell'Unione Europea-27 - Anno 2020*



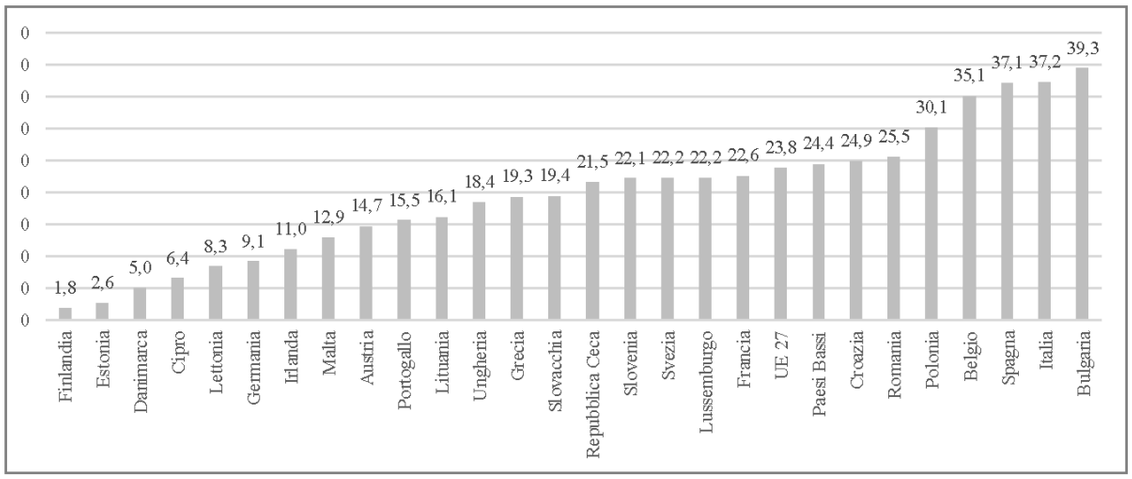
Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 551

Grafico 1 - (segue) *Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità evitabile, prevenibile e trattabile nella popolazione di età 0-74 anni e variazione (valori per 100) rispetto al 2019 per Paese dell'Unione Europea-27 - Anno 2020*



Fonte dei dati: Eurostat database (3). Anno 2023.

Grafico 2 - *Decessi (valori per 100) per COVID-19 sul totale dei decessi prevenibili nella popolazione di età 0-74 anni per Paese dell'Unione Europea-27) - Anno 2020*



Fonte dei dati: Eurostat database (4). Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 552

Raccomandazioni di Osservasalute

Le cause di mortalità evitabile sono quelle condizioni per le quali è ragionevole aspettarsi che i decessi possano essere evitati attraverso un'assistenza sanitaria di buona qualità, sia attraverso interventi di salute pubblica mirati (mortalità prevenibile), che dopo che la condizione si è sviluppata (mortalità trattabile).

Monitorare l'andamento di questi indicatori e confrontarli tra i vari Paesi europei, consente di misurare l'effetto sulla salute della popolazione delle politiche sanitarie, della qualità e dell'accessibilità dei servizi sanitari offerti, e di valutare le disuguaglianze ancora esistenti tra i Paesi. La pandemia da COVID-19 ha avuto ricadute importanti sia sulla mortalità direttamente correlata alla malattia che indirettamente su altre cause di morte. La variazione dei livelli di mortalità osservata nel 2020 anche nel caso di morte prematura (0-74 anni), risulta in linea generale in controtendenza con quanto osservato negli anni che hanno preceduto l'inizio della pandemia. Questo è più evidente per la mortalità prevenibile, a causa dell'effetto diretto dei decessi per COVID-19 inclusi nel calcolo del tasso, ma anche per la mortalità trattabile, probabilmente come effetto indiretto della pandemia su alcune cause quali, ad esempio, malattie circolatorie, diabete e alcune malattie respiratorie, in particolare nei Paesi più svantaggiati dal punto di vista dei livelli di mortalità (ad esempio, Romania, Bulgaria e Lituania).

Riferimenti bibliografici

(1) Revision of the European Standard Population. Report of Eurostat's task force, 2013 edition. Eurostat's Methodologies and working papers, Disponibile sul sito: www.ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-manuals-and-guidelines/-/KS-RA-13-028.
(2) Avoidable mortality: OECD/Eurostat lists of preventable and treatable causes of death (January 2022 version), Disponibile sul sito: www.oecd.org/health/health-systems/Avoidable-mortality-2019-Joint-OECD-Eurostat-List-preventable-treatable-causes-of-death.pdf.
(3) Eurostat Database, (disponibile sul sito: https://ec.europa.eu/eurostat/en/data/database), Causes of death, public health themes - Treatable and preventable mortality of residents by cause and sex, Disponibile sul sito: www.ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_cd_apr/default/table?lang=en&category=hlth.hlth_cdeath.hlth_cd_pbt. Aggiornamento 10 ottobre 2023.
(4) Eurostat Database, (Disponibile sul sito: https://ec.europa.eu/eurostat/en/data/database), Causes of death, General mortality, Causes of death - deaths by country of residence and occurrence, Disponibile sul sito: www.https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_cd_aro/default/table?lang=en&category=hlth.hlth_cdeath.hlth_cd_gmor. Aggiornamento 6 febbraio 2024.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 553

Coperture vaccinali nella popolazione infantile

Significato. La vaccinazione rappresenta uno degli interventi di Sanità Pubblica più efficaci, prevenendo molte malattie infettive gravi e potenzialmente fatali. Si stima che negli ultimi 50 anni, la vaccinazione su larga scala a livello globale abbia salvato circa 154 milioni di vite umane, di cui 101 milioni bambini sotto l'anno di età (1). Grazie alla vaccinazione è stato eradicato il vaiolo dal mondo e molte malattie precedentemente comuni sono diventate rare.
Le coperture vaccinali rappresentano l'indicatore chiave per valutare il successo delle strategie vaccinali di un determinato Paese, poiché forniscono informazioni in merito alla loro attuazione sul territorio e sull'efficienza del sistema vaccinale.
Di seguito, si confrontano i dati di coperture vaccinali per le vaccinazioni contro Difterite-Tetano-Pertosse (DTP) e morbillo in Italia e nei Paesi dell'UE negli ultimi 5 anni disponibili (periodo 2018-2022), utilizzando i dati del *database* dell'OECD (2). Sebbene con schedule vaccinali diverse (3), tutti i Paesi dell'UE includono queste due vaccinazioni nei loro programmi vaccinali.

Copertura vaccinale per la 1ª dose di vaccino anti-morbillo

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Bambini di età 12-23 mesi che hanno ricevuto almeno 1 dose del vaccino antimorbillo}}{\text{Bambini che nell'anno di rilevazione hanno compiuto 12-23 mesi di età}} \times 100$$

Copertura vaccinale per tetano a 1 anno

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Bambini di età 1 anno che hanno ricevuto 3 dosi del vaccino combinato Difterite-Tetano-Pertosse}}{\text{Bambini che nell'anno di rilevazione hanno compiuto 1 anno di età}} \times 100$$

Validità e limiti. La copertura vaccinale permette di stimare la quota di individui vaccinati nei tempi raccomandati, in una specifica coorte di nascita. La percentuale di bambini che hanno ricevuto tre dosi di vaccino DTP e quella di bambini che hanno ricevuto la prima dose del vaccino antimorbillo sono considerati indicatori generali della copertura vaccinale in un determinato Paese. Tuttavia, il confronto delle coperture vaccinali per DTP e morbillo disponibili sul *database* OECD deve tenere conto del fatto che le schedule vaccinali e l'età della vaccinazione variano da Paese a Paese a causa dei diversi programmi di vaccinazione, e che i metodi di rilevazione della copertura variano tra gli Stati membri. Ad esempio, in Italia la vaccinazione DTP è indicata nel primo anno di vita, e la terza dose è somministrata a 10 mesi di vita, ma la rilevazione della copertura vaccinale viene effettuata a 24 mesi (4). Oltre a misurare la copertura vaccinale, sarebbe importante misurare la tempestività con cui le vaccinazioni stesse vengono eseguite, vista la sua importanza per l'effettivo controllo delle malattie prevenibili con vaccino. Infine, si sottolinea che alti tassi di copertura vaccinale a livello nazionale potrebbero non essere sufficienti per fermare la diffusione di una malattia, poiché potrebbero coesistere bassi livelli di copertura (e, quindi, quote di popolazione suscettibile) a livello locale.

Valore di riferimento/Benchmark. Gli obiettivi di copertura vaccinale sono definiti a livello Europeo dall'Agenda Europea di Immunizzazione 2030 (*European Immunization* Agenda 2030) dell'Ufficio Regionale Europeo dell'OMS e in Italia dal PNPV 2023-2025 (5, 6). L'obiettivo di copertura per tre dosi di vaccino DTP è pari al 90% a livello internazionale e 95% a livello nazionale, mentre per la prima dose di morbillo è pari al 95% sia a livello internazionale che a livello nazionale. Per raggiungere l'eliminazione (interruzione della trasmissione endemica) del morbillo è necessaria una copertura vaccinale per due dosi di vaccino ≥95%.

Descrizione dei risultati

I dati di copertura vaccinale per morbillo e DTP più aggiornati disponibili nel database OECD sono quelli relativi all'anno 2022. Tuttavia, solo 14 dei 24 Paesi UE inclusi nel *database* OECD hanno fornito i dati relativi al 2022. Per 10 Paesi (inclusa l'Italia) l'ultimo dato disponibile è relativo al 2021. Al momento della stesura del presente Rapporto, i dati italiani per il 2022 non sono disponibili nel *database* del sito del Ministero della Salute (2) e l'ultimo aggiornamento disponibile anche in questo database, nel periodo di stesura dell'indicatore in esame, è quello relativo al 2021.
Nel 2022, 14 Paesi dell'UE hanno fornito dati di copertura per la prima dose di vaccino antimorbillo, di cui solo quattro (28,6%), Ungheria, Repubblica Ceca, Lettonia e Spagna, hanno riportato una copertura vaccinale ≥95%.

L. VILLANI, A. FILIA

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 554

Otto di 14 Paesi hanno riportato un calo della copertura nel 2022 rispetto al 2021, tra cui Estonia, Svezia, Olanda, Lithuania, Slovacchia Danimarca, Irlanda e Lettonia. Tra questi spicca l'Estonia che ha riportato un calo di 11,4 p.p. (Tabella 1).

Al contrario, quattro Paesi hanno registrato un aumento della copertura vaccinale rispetto all'anno precedente (Francia, Bulgaria, Croazia e Spagna). Tra questi ultimi solo la Spagna raggiunge una copertura ≥95%. Due Paesi (Repubblica Ceca e Ungheria) non hanno registrato un cambiamento tra il 2021 e il 2022.

Per il 2021 sono disponibili i dati di copertura vaccinale per tutti i 24 Paesi, di cui solo 13 (54,2%) hanno riportato una copertura ≥95% per la prima dose di vaccino antimorbillo. In Italia, nel 2021 la copertura è stata pari al 93,6% con un aumento di 1,7 p.p. rispetto al 2020. Tuttavia, anche in Italia non è stato raggiunto l'obiettivo del 95%.

Per quanto riguarda la vaccinazione contro DTP, nel 2022, 13 di 14 Paesi che hanno riportato i dati, registrano una copertura vaccinale per tre dosi ≥90%, di cui solo cinque (Ungheria, Slovacchia, Francia, Danimarca e Lettonia) ≥95%. Un Paese ha riportato una copertura <90% (Estonia). Rispetto al 2021, sette Paesi (Estonia, Svezia, Olanda, Irlanda, Slovacchia, Croazia e Lithuania) mostrano un calo della copertura, che è più marcato per l'Estonia (-4,5 p.p.) e la Svezia (-3,7 p.p.). Solo in tre Paesi (Bulgaria, Spagna e Lettonia) si osserva un aumento delle coperture vaccinali (Tabella 2). Nei restanti Paesi la copertura è rimasta invariata rispetto all'anno precedente. In Italia, la copertura vaccinale per le tre dosi di DTP è stata pari al 93,9% e non sono disponibili i dati per il 2022.

Analizzando l'andamento dei dati nel periodo 2018-2022, per entrambi gli indicatori, si osserva una situazione in cui molti Paesi riportano diminuzioni delle coperture vaccinali, ma altri riportano lievi aumenti e alcuni nessuna variazione. Numerosi Paesi continuano a presentare, nel 2022, valori inferiori agli obiettivi fissati dall'OMS, soprattutto per il morbillo.

Tabella 1 - *Copertura vaccinale (valori per 100) per 1ª dose di vaccino anti-morbillo per alcuni Paesi dell'Unione Europea - Anni 2018-2022*

Paesi	2018	2019	2020	2021	2022	Δ 2022-2021
Austria	94	94	94	95	n.d.	n.d.
Belgio	96	96	96	96	n.d.	n.d.
Bulgaria	92,9	95,1	88,3	89,5	91,2	1,7
Croazia	93,2	93	91,2	89,3	90	0,7
Danimarca	94	95	93,6	94,1	93,6	-0,5
Estonia	86,9	87,8	90,8	89,4	78	-11,4
Finlandia	96	96	95	93	n.d.	n.d.
Francia	89,6	92	92	91,9	94,2	2,3
Germania	97,1	97,2	97,2	97,4	n.d.	n.d.
Grecia	97	97	97	97	n.d.	n.d.
Irlanda	92,3	91	91,8	90,4	90	-0,4
Italia	**93,2**	**94,5**	**91,9**	**93,6**	**n.d.**	**n.d.**
Lettonia	98	99	98,9	96,5	96,2	-0,3
Lituania	92,2	92,7	90,1	88,4	86,5	-1,9
Lussemburgo	99	99	99	99	n.d.	n.d.
Olanda	92,9	93,6	93,6	92,8	89,4	-3,4
Polonia	92,9	93	80,3	71	n.d.	n.d.
Portogallo	99	99	99	98	n.d.	n.d.
Repubblica Ceca	96,4	92,4	94,4	96,6	96,6	0,0
Slovacchia	96,1	96,2	96	95,4	94,7	-0,7
Slovenia	93	94	94	95	n.d.	n.d.
Spagna	97,9	97,9	96,3	95,4	96,1	0,7
Svezia	97	97	97	97	92,5	-4,5
Ungheria	99,9	99,9	99,8	99,8	99,8	0,0

n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati: OECD (2023), Child vaccination rates. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 555

Tabella 2 - *Copertura vaccinale (valori per 100) per 3 dosi di vaccino anti-Difterite-Tetano-Pertosse nei bambini di età 1 anno per alcuni Paesi dell'Unione Europea - Anni 2018-2022*

Paesi	2018	2019	2020	2021	2022	Δ 2022-2021
Austria	85	85	85	85	n.d.	n.d.
Belgio	98	98	97	98	n.d.	n.d.
Bulgaria	91,5	92,8	91,2	89,5	91,4	1,9
Croazia	93,3	94,4	93,7	92,1	92	-0,1
Danimarca	96	96	96	95,8	95,8	0,0
Estonia	91,9	91,4	91	89,5	85	-4,5
Finlandia	91	91	90	89	n.d.	n.d.
Francia	96,3	96	n.d.	96,4	96,4	0,0
Germania	91	91	91	91	n.d.	n.d.
Grecia	99	99	99	99	n.d.	n.d.
Irlanda	94,5	93,5	94,2	93,5	92,7	-0,8
Italia	**95,1**	**96**	**93,7**	**93,9**	**n.d.**	**n.d.**
Lettonia	96	100	100	94,4	95,2	0,8
Lituania	92,3	92,1	91,4	90,1	90	-0,1
Lussemburgo	99	99	99	99	n.d.	n.d.
Olanda	93,5	93,7	94,2	94,7	92,9	-1,8
Polonia	95,2	95	90,4	90	n.d.	n.d.
Portogallo	99	99	99	99	n.d.	n.d.
Repubblica Ceca	97	96,7	96,8	93,7	93,7	n.d.
Slovacchia	96,5	96,7	97	97	96,5	-0,5
Slovenia	93	95	95	86	n.d.	n.d.
Spagna	93,4	94,8	94,3	92,4	93,3	0,9
Svezia	97	98	97	98	94,3	-3,7
Ungheria	99,9	99,9	99,9	99,9	99,9	0,0

n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati: OECD (2023), Child vaccination rates. Anno 2023.

Raccomandazioni di Osservasalute

I dati esaminati indicano che molti Paesi nell'UE presentano valori di coperture vaccinali in calo e inferiori agli obiettivi fissati dall'OMS, soprattutto per il morbillo. In alcuni Paesi si sono verificati cali anche sostanziali negli ultimi anni, durante la pandemia COVID-19, per entrambi gli indicatori.

È necessario, pertanto, mettere in atto tempestivamente delle strategie adeguate a recuperare i bambini non vaccinati o incompletamente vaccinati e raggiungere e mantenere gli obiettivi internazionali e nazionali stabiliti per assicurare che le persone siano protette verso le malattie evitabili con la vaccinazione e prevenire epidemie.

Le strategie di recupero dovrebbero essere parte integrante di un programma nazionale di vaccinazione e implementate su base continua. L'Ufficio Regionale Europeo dell'OMS ha pubblicato una guida operativa per assistere i programmi nazionali di immunizzazione nello stabilire e perfezionare una strategia vaccinale di recupero per garantire che le persone che non abbiano ricevuto le dosi di vaccino previste dal calendario di immunizzazione possano riceverle il prima possibile (7).

Riferimenti bibliografici

(1) Andrew J Shattock, Helen C Johnson, So Yoon Sim,Austin Carter,Philipp Lambach,Raymond C W Hutubessy et al. Contribution of vaccination to improved survival and health: modelling 50 years of the Expanded Programme on Immunization. Lancet 2024. Disponibile sul sito: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)00850-X.
(2) Organisation for Economic Co-operation and Development (2023). Child vaccination rates (indicator). doi: 10.1787/b23c7d13-en (ultimo accesso 03 gennaio 2023). Disponibile sul sito: www.data.oecd.org/healthcare/child-vaccination-rates.htm.
(3) European Centre for Disease Prevention and Control. Vaccination schedules. Disponibile sul sito: www.vaccine-schedule.ecdc.europa.eu/Pages/Scheduler.aspx.
(4) Ministero della Salute. Vaccinazioni dell'età pediatrica e dell'adolescente - Coperture vaccinali. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it.
(5) World Health Organization. Regional Office for Europe. European Immunization Agenda 2030. Disponibile sul sito: www.who.int/europe/publications/i/item/9789289056052.
(6) Ministero della Salute. Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale PNPV 2023-2025.
(7) World Health Organization. Regional Office for Europe. (2022). Operational considerations for planning and implementing catch-up vaccination in the WHO European Region. Disponibile sul sito: https://iris.who.int/handle/10665/351183.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 556

Disponibilità di medici

Significato. Medici e altri operatori sanitari sono fondamentali per affrontare le esigenze di salute della popolazione in circostanze normali e a maggior ragione in circostanze eccezionali come durante i picchi della pandemia di COVID-19. Il corretto accesso alle cure mediche richiede un numero sufficiente di medici, con un giusto *mix* di generici e specialisti e una corretta distribuzione geografica per servire la popolazione di tutto il Paese. L'indicatore considera l'insieme dei medici "praticanti" ovvero che forniscono assistenza diretta ai pazienti come i MMG[1] (*General Practitioner*-GP) o gli specialisti che praticano nelle strutture pubbliche o private.

Numero di medici "praticanti"

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Medici "praticanti"}}{\text{Popolazione residente}} \times 1.000$$

Validità e limiti. In Grecia e Portogallo i dati corrispondono ai "medici abilitati", mentre in Slovacchia le cifre corrispondono ai medici "professionalmente attivi" comprendendo anche i medici che lavorano nel settore sanitario come manager, educatori, ricercatori etc. In Belgio i medici generici per essere considerati praticanti devono svolgere almeno 500 consulenze all'anno. Fatte salve queste eccezioni, gli indicatori permettono di valutare le differenze territoriali e la loro evoluzione temporale in rapporto alla popolazione che necessita di assistenza.

Valore di riferimento/Benchmark. Non esiste un valore di riferimento in ambito europeo che possa indicare la giusta proporzione di medici rispetto alla popolazione residente. Tuttavia, può essere utile confrontarsi con la media dei Paesi dell'UE a 27 Stati membri per capire se il numero di medici è sottodimensionato rispetto alle esigenze di cura della popolazione.

Descrizione dei risultati

In Italia, la disponibilità di medici in rapporto alla popolazione residente si colloca poco al di sopra della media UE-27 (4,0 per 1.000 abitanti) facendo registrare, nel 2021, 4,1 medici ogni 1.000 abitanti. Tralasciando Grecia (6,3 medici abilitati per 1.000) e Portogallo (5,6 medici abilitati per 1.000) che includono nei loro dati tutti i medici abilitati, le quote più elevate di medici praticanti si osservano in Austria (5,4 medici praticanti per 1.000) e Cipro (4,9 medici praticanti per 1.000), mentre le più basse in Francia e Belgio con 3,2 medici praticanti per 1.000 (Grafico 1).

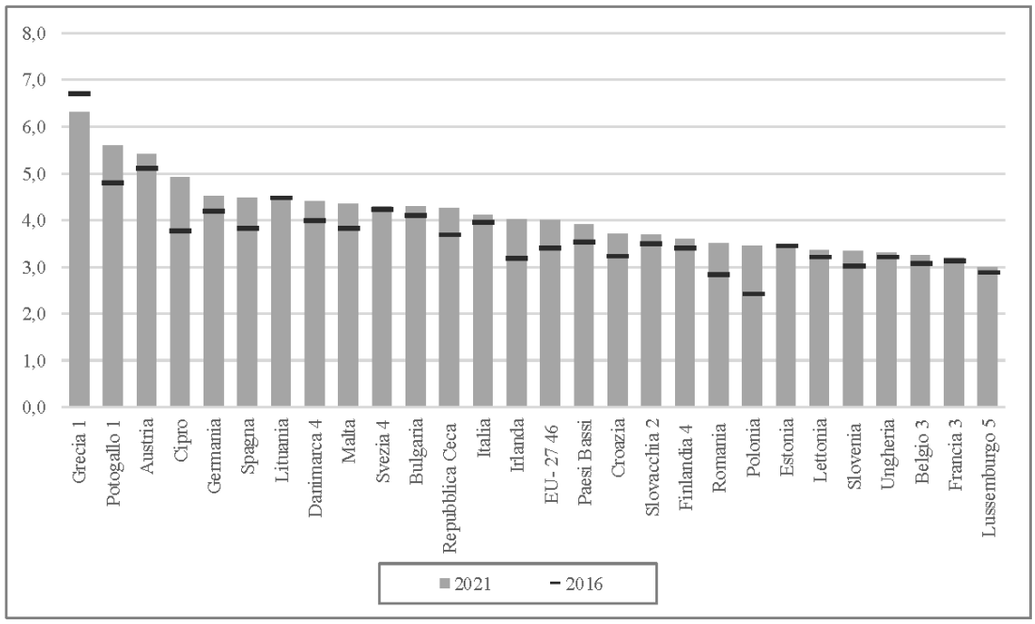
Guardando alla disponibilità dei medici di Medicina Generale, l'Italia oltre a collocarsi nella parte bassa della graduatoria europea, con meno di un medico ogni 1.000 abitanti (0,82 per 1.000), è anche tra i Paesi UE-27 dove il numero di medici di Medicina Generale è diminuito in misura maggiore negli ultimi 5 anni (rispetto al 2016): -7,9% a fronte di un incremento del 7,3% del numero di medici con specializzazione in ambito medico o chirurgico. La disponibilità dei medici generici è sensibilmente più alta in Portogallo (2,98 per 1.000), Irlanda (2,33 per 1.000) e Paesi Bassi (1,83 per 1.000). In questi stessi Paesi, rispetto al 2016, il numero di medici generici è aumentato sensibilmente: Irlanda (+30%), Spagna (+26%), Portogallo (+18%) e Paesi Bassi (+15%) (Grafico 2).

In gran parte dell'UE-27 si assiste a un rapido invecchiamento della forza lavoro medica, poiché la generazione dei *baby-boomer* sta raggiungendo l'età della pensione. In 10 Stati membri dell'UE, la percentuale di medici di età ≥55 anni nel 2021 supera il 40%; tra questi, la quota è superiore al 50% in Italia e Bulgaria (rispettivamente, 55,2% e 53,6%). In Italia, inoltre, un medico su quattro ha più di 65 anni. Nella maggior parte dei restanti Stati membri per i quali sono disponibili dati, la quota dei medici ultra 55enni è compresa tra il 24,3-38,2%; quote minori si registrano a Malta (21,9%), Romania (20,4%) e Irlanda (19,7%) (1) (dati non presenti nei grafici).

[1] Il medico di famiglia (medico di base) è il professionista che conosce bene lo stato di salute dei suoi assistiti e, quando si presenta la necessità, li guida in tutto il percorso terapeutico all'interno delle strutture del SSN, permettendo loro di accedere a tutti i servizi e prestazioni compresi nei LEA.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 557

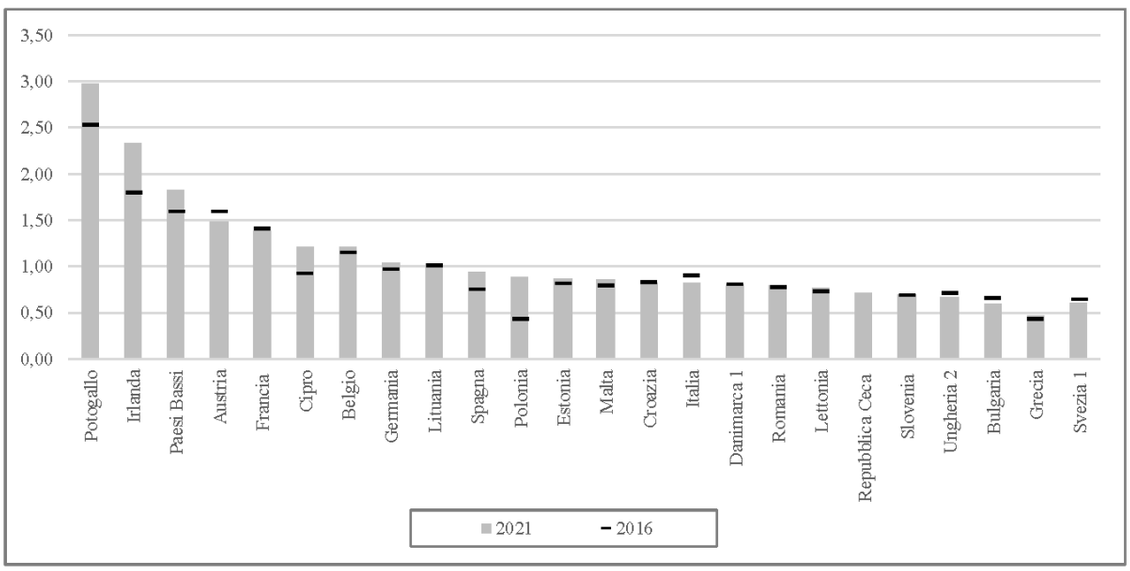
Grafico 1 - *Medici (valori per 1.000 abitanti) "praticanti" per Paese dell'Unione Europea-27 - Anni 2016, 2021 (o anno più vicino)*



[1]I dati si riferiscono ai medici abilitati.
[2]I dati si riferiscono ai medici professionalmente attivi (medici che forniscono assistenza diretta ai pazienti e medici che lavorano nel settore sanitario come manager, educatori, ricercatori etc.).
[3]I dati non includono i medici in formazione.
[4]Il dato del 2021 si riferisce al 2020; il dato del 2016 si riferisce alla media UE-28.
[5]I dati si riferiscono al 2017.
[6]Il dato del 2016 si riferisce alla media UE-28.

Fonte dei dati: OECD Health Statistics 2022; Eurostat Database. Anno 2023.

Grafico 2 - *Medici generici (valori per 1.000) per Paese dell'Unione Europe-27 - Anni 2016, 2021 (o anni più vicini)*



[1]I dati si riferiscono ai medici abilitati.
[2]I dati si riferiscono ai medici professionalmente attivi (medici che forniscono assistenza diretta ai pazienti e medici che lavorano nel settore sanitario come manager, educatori, ricercatori etc.).

Fonte dei dati: OECD Health Statistics 2022; Eurostat Database. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 558

Raccomandazioni di Osservasalute

Come già rilevato nelle Edizioni precedenti dei Rapporti Osservasalute, nei prossimi anni la dotazione di medici disponibili per la cura e l'assistenza della popolazione potrebbe non essere sufficiente a garantire la crescente domanda di assistenza sanitaria espressa dalla popolazione in continuo invecchiamento.

Attualmente, in Europa si osserva già una carenza di MMG soprattutto nelle aree rurali (2). Alcuni Paesi hanno intrapreso iniziative per aumentare il numero di posti di formazione in Medicina Generale, ad esempio, in Francia, dal 2017 almeno il 40% di tutti i posti di formazione post-laurea devono essere assegnati alla Medicina Generale (2); nei Paesi Bassi nel 2022, *The Advisory Council on Medical Manpower Planning* ha raccomandato al Governo di assegnare alla Medicina Generale nel periodo 2024-2027 quasi la metà di tutti i posti di formazione post-laurea disponibili (1).

In Italia la carenza di MMG e di altri ambiti specialistici, quali l'Emergenza-Urgenza, potrebbe raggiungere presto livelli critici se non sarà possibile sostituire completamente i medici *over* 55 anni che nei prossimi anni andranno in pensione.

Le Facoltà di Medicina e Chirurgia programmano di ristabilire dal 2030 un numero di medici specializzati consistente, con alcune specifiche carenze in discipline come Emergenza-Urgenza, Anestesia, Medicina di Laboratorio (3) che possono risultare meno appetibili. Per la specializzazione in Medicina Generale i concorsi regionali per accedere ai Corsi di Formazione Specifica per la Medicina Generale dovranno prevedere annualmente un numero di posti congruo alle necessità della Regione.

Il comparto della Medicina Generale è in crisi nei principali modelli europei universalistici e mutualistici. Per ovviare a questa situazione, o almeno limitare i danni, una digitalizzazione dei processi e dei servizi potrebbe essere utile, ma nei Paesi c'è una resistenza alla digitalizzazione e una scarsa alfabetizzazione digitale che inficiano le reali possibilità di utilizzo di questi sistemi. Probabilmente, una formazione riguardo queste componenti potrà consentire una migliore presa in carico degli utenti del servizio, con risparmi economici e la possibilità di allocare quelle risorse per altri servizi (4).

Riferimenti bibliografici

(1) OECD Health at a glance: OECD indicators 2023.
(2) OECD Health at a glance: Europe 2022.
(3) Università Bocconi, Rapporto Oasi 2023.
(4) CREA SANITA' 19° Rapporto Sanità.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 559

Disponibilità di infermieri

Significato. Gli infermieri svolgono un ruolo fondamentale nel fornire assistenza sanitaria, non solo in contesti tradizionali come Ospedali e strutture di lungodegenza, ma sempre più anche nelle cure primarie ai malati cronici e nell'assistenza domiciliare.

L'indicatore considera il numero di infermieri "praticanti" ossia che forniscono servizi sanitari diretti ai pazienti, come lavoratori dipendenti o liberi professionisti.

Numero di infermieri "praticanti"

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Infermieri "praticanti"}}{\text{Popolazione residente}} \times 1.000$$

Validità e limiti. I dati non sono perfettamente comparabili, per alcuni Paesi (Francia, Portogallo e Slovacchia) le cifre corrispondono agli infermieri "professionalmente attivi", che comprendono anche gli infermieri occupati nel settore sanitario come dirigenti, educatori, ricercatori etc. Per la Grecia, i dati includono solo gli infermieri che lavorano negli Ospedali. Le ostetriche e gli assistenti infermieristici (che non sono riconosciuti come infermieri) sono normalmente esclusi, sebbene alcuni Paesi includano le ostetriche in quanto sono considerate infermiere specializzate.

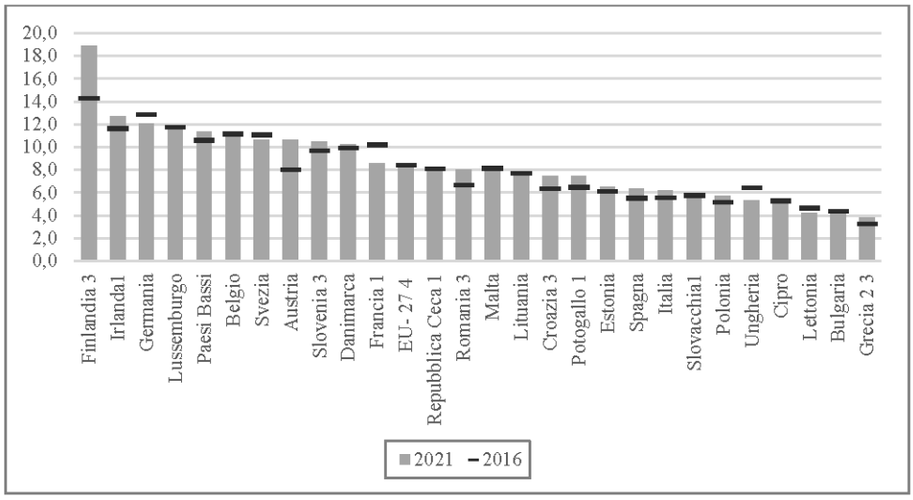
Valore di riferimento/Benchmark. Non esiste un valore di riferimento in ambito europeo che possa indicare la giusta proporzione di infermieri rispetto alla popolazione residente. Tuttavia, può essere utile confrontarsi con la media UE-27 per capire se il numero di infermieri è sottodimensionato rispetto alle esigenze di cura e assistenza della popolazione.

Descrizione dei risultati

In Italia, nel 2021 il numero di infermieri praticanti si conferma nettamente inferiore alla media europea: si contano 6,2 infermieri per 1.000 abitanti a fronte di 8,3 per 1.000 in media UE-27. La disponibilità di personale infermieristico in rapporto alla popolazione è sensibilmente maggiore in Finlandia (18,9 per 1.000), Irlanda (12,7 per 1.000) e Germania (12,0 per 1.000), mentre è minore in Grecia (3,8 per 1000), Bulgaria (4,2 per 1000) e Lettonia (4,2 per 1000) (Grafico 1).
Il numero di infermieri per 1.000 abitanti è cresciuto nella maggior parte dei Paesi UE-27 negli ultimi 5 anni con incrementi percentuali che variano tra il 32,7% della Finlandia al 2,4% della Lituania. In Italia, nello stesso arco temporale, il numero di infermieri è aumentato sia in termini assoluti (+9%) sia rispetto alla popolazione (+20%).
Tuttavia, nel nostro Paese rimane nettamente al di sotto della media UE-27 il rapporto infermiere/medico con un valore di 1,5 rispetto alla media UE-27 di 2,2. Il numero di infermieri supera di gran lunga il numero di medici nella maggior parte dei Paesi dell'UE-27 con un rapporto infermiere/medico che raggiunge valori massimi in Finlandia (5,2) e Lussemburgo (3,9), mentre lo stesso rapporto è molto più basso in Spagna e Cipro (entrambe 1,4), Portogallo (1,3), Lettonia (1,2) e Bulgaria (1,0) (Grafico 2).

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 560

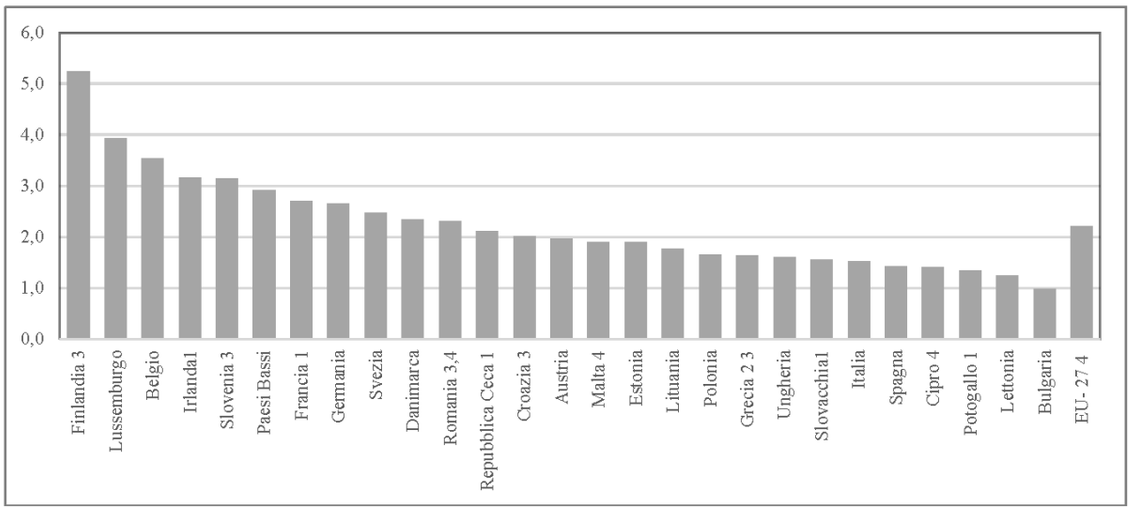
Grafico 1 - *Infermieri (valori per 1.000) praticanti per Paese dell'Unione Europea-27 - Anni 2016, 2021 (o anno più vicino)*



[1]I dati includono non solo gli infermieri che forniscono assistenza diretta ai pazienti, ma anche coloro che lavorano nel settore sanitario (come manager, educatori, ricercatori etc.).
[2]I dati si riferiscono solo ad infermieri che lavorano in Ospedale.
[3]Gli infermieri professionali associati con un livello di qualifica inferiore rappresentano oltre il 50% degli infermieri in Slovenia, Croazia e Romania; tra il 33-50% in Grecia; tra il 15-30% in Finlandia.
[4]I dati del 2016 sono UE-27; i dati del 2021 si riferiscono al 2020.

Fonte dei dati: OECD Health Statistics 2022; Eurostat Database. Anno 2023.

Grafico 2 - *Numero di infermieri in rapporto al numero di medici per Paese dell'Unione Europea-27 - Anno 2021 (o anno più vicino)*



[1]I dati includono non solo gli infermieri che forniscono assistenza diretta ai pazienti, ma anche coloro che lavorano nel settore sanitario (come manager, educatori, ricercatori etc.).
[2]I dati si riferiscono solo ad infermieri che lavorano in Ospedale.
[3]Gli infermieri professionali associati con un livello di qualifica inferiore rappresentano oltre il 50% degli infermieri in Slovenia, Croazia e Romania; tra il 33-50% in Grecia; tra il 15-30% in Finlandia.
[4]I dati del 2016 sono UE-27; i dati del 2021 si riferiscono al 2020.

Fonte dei dati: OECD Health Statistics 2022; Eurostat Database. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 561

Raccomandazioni di Osservasalute

Si prevede che la domanda di infermieri continuerà a crescere nei prossimi anni a causa dell'invecchiamento della popolazione, mentre molti infermieri si stanno avvicinando all'età della pensione.

Le preoccupazioni per la crescente carenza di personale hanno spinto molti Paesi ad aumentare il numero di studenti nei programmi di formazione infermieristica, anche se ci vorranno alcuni anni prima che l'impatto si faccia sentire. Una sfida persistente nei Paesi UE è la necessità di attrarre un maggior numero di studenti maschi verso l'infermieristica. La percezione generale è che l'infermieristica sia un "lavoro da donne" e che la professione abbia un basso status professionale e un'autonomia ridotti, e con limitate opportunità di progressione di carriera (3). Nella maggior parte dei Paesi, almeno l'80% degli studenti di ammissione ai programmi di infermieristica continua a essere di genere femminile, riflettendo la tradizionale composizione di genere della forza lavoro infermieristica.

Alcuni Paesi continuano a fare affidamento sul reclutamento internazionale per far fronte alle carenze di infermieri, anche se ciò può aggravare le carenze nei Paesi in cui questi infermieri vengono reclutati.

In Italia, il numero di laureati in infermieristica è aumentato abbastanza rapidamente negli anni 2000 per poi diminuire dal 2013 e aumentare di nuovo negli anni della pandemia. L'aumento del numero di domande e di studenti ammessi ai programmi di formazione infermieristica dovrebbe portare nei prossimi anni a un aumento dei laureati in infermieristica.

Tuttavia, non è sufficiente formare un maggior numero di infermieri: c'è anche la necessità di trattenere gli infermieri nella professione una volta terminati gli studi. Ciò richiede un miglioramento delle condizioni di lavoro.

Riferimenti bibliografici

(1) OECD, Health at a glance 2022.
(2) Eurostat, Healthcare personnel statistics - nursing and caring professionals, Statistics Explained luglio 2022.
(3) Mann, A. and V. Denis (2020), Can nursing thrive in the age of the coronavirus? What young people think about the profession, The OECD Forum Network.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 562

Disponibilità di posti letto

Significato. Il numero totale di posti letto in Ospedale è un indicatore delle risorse disponibili per fornire servizi ai pazienti ricoverati in Ospedale per i diversi tipi di cure. Si considerano i posti letto pubblici e privati mantenuti, presidiati e immediatamente disponibili per acuti, per riabilitazione e per cure a lungo termine. I posti letto per acuti sono destinati a pazienti per i quali l'intento clinico principale è quello di curare o trattare (anche alleviando i sintomi, riducendo la gravità o proteggendo da complicazioni) malattie o lesioni non mentali, eseguire interventi chirurgici, gestire il travaglio (ostetrico) ed eseguire procedure diagnostiche o terapeutiche. Comprendono anche i posti letto per le cure psichiatriche e non psichiatriche (per acuti) disponibili negli Ospedali generali, Ospedali per la salute mentale e altri Ospedali specializzati.
I posti letto in Ospedale per la riabilitazione ospitano pazienti con l'intento principale di stabilizzare, migliorare o ripristinare le funzioni e le strutture corporee compromesse, compensare l'assenza o la perdita di funzioni e strutture corporee, migliorare le attività e la partecipazione e prevenire menomazioni, complicazioni mediche e rischi.
I posti letto per lungodegenti negli Ospedali sono destinati a pazienti che necessitano di assistenza a lungo termine a causa di menomazioni croniche e di un grado ridotto di indipendenza nelle attività quotidiane.

Posti letto in Ospedale

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Posti letto in Ospedale}}{\text{Popolazione residente}} \times 1.000$$

Validità e limiti. Sono esclusi i posti letto nelle strutture di cura residenziale. I dati per alcuni Paesi non coprono tutti gli Ospedali. In Irlanda, i dati si riferiscono solo agli Ospedali per acuti. I dati per la Svezia escludono i posti letto finanziati privatamente. I letti per l'assistenza in DH potrebbero essere inclusi in alcuni Paesi (ad esempio Austria, Lussemburgo e Paesi Bassi).

Valore di riferimento/Benchmark. Non esiste un valore di riferimento a livello europeo. In Italia, come benchmark viene utilizzato lo standard indicato dal DM n. 70/2015 che prevede un tasso di posti letto limite di 3,7 per 1.000 abitanti di cui 0,7 per le attività di riabilitazione e lungodegenza.

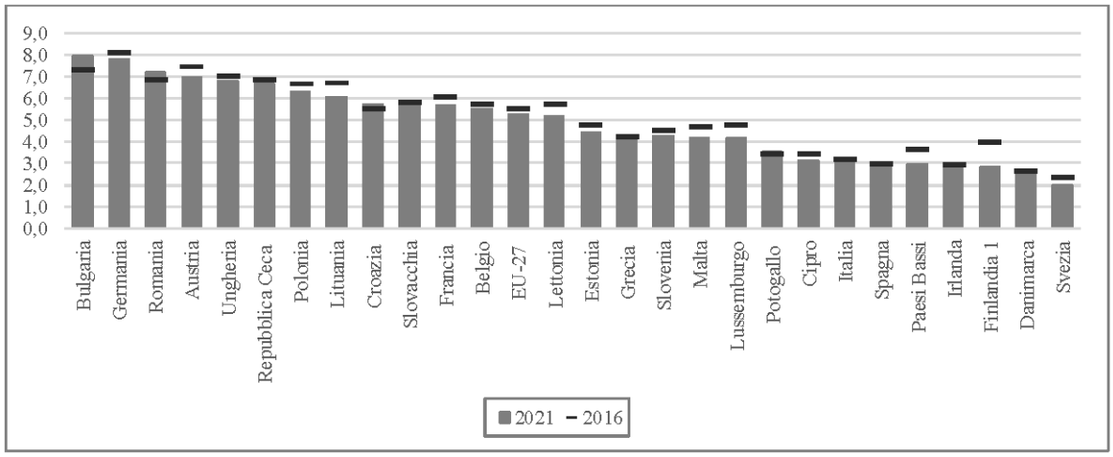
Descrizione dei risultati

L'analisi del numero di posti letto in Ospedale rispetto alla popolazione residente rivela che, nel 2021, in tutta l'UE-27 sono disponibili in media 5,2 posti letto ogni 1.000 abitanti. L'offerta maggiore si osserva in Bulgaria con una media di 7,9 posti letto per 1.000 abitanti, Germania con 7,8 per 1.000 e Romania con 7,2 per 1.000. All'opposto, l'offerta è sensibilmente minore in Svezia (2,0 per 1.000), Danimarca (2,5 per 1.000), Finlandia (2,8 per 1.000) e Irlanda (2,9 per 1.000) con meno di 3 posti letto per 1.000 abitanti. In Italia, nello stesso anno si registrano 3,1 posti letto per 1.000, in lieve flessione rispetto al 2016 (3,2 per 1.000), ma in linea con gli standard stabiliti dalla normativa italiana che pone il limite massimo di 3,7 posti letto per 1.000 abitanti (Grafico 1).
Come evidenziato nelle precedenti Edizioni del Rapporto Osservasalute, da oltre un decennio il numero di posti letto ospedalieri sta diminuendo in quasi tutti i Paesi dell'UE-27. L'evoluzione tecnologica ha permesso, infatti, sia di ridurre la durata media dei ricoveri sia di trattare alcune patologie in regime di DH e Day Surgery contribuendo, quindi, a determinare una minore dotazione di posti letto ospedalieri per la degenza ordinaria. L'offerta di posti letto ospedalieri rispetto al 2016 è diminuita del 29,5% in Finlandia e di oltre il 10% nei Paesi Bassi (-18,7%), in Svezia (-14,5%), Lussemburgo (-13,3%) e Malta (-11,3%). All'opposto, la disponibilità di posti letto è aumentata in Bulgaria (+9,0%), Romania (+5,3%), Croazia (+3,4%), Portogallo (+2,7%) e Grecia (+1,6%) (Grafico 1).
Analizzando l'offerta dei posti letto per acuti, nel 2021 la quota più alta si registra in Portogallo e Irlanda, rispettivamente il 95,1% e 93,5% dei posti letto disponibili. All'opposto, meno di due terzi di tutti i posti letto ospedalieri sono destinati agli acuti in Croazia (63,7%), Ungheria (63,2%) e Repubblica Ceca (62,4%). Negli altri Paesi UE-27 i posti letto per acuti rappresentano meno del 90% di tutti i posti letto e in Italia si registra una quota dell'83,4% (Grafico 2).
I posti letto per la funzione di assistenza riabilitativa, nel 2021, raggiungono il massimo in Polonia (29,3% del numero totale di posti letto ospedalieri), ma quote superiori al 20% si osservano anche in Germania (25,1%), Ungheria (20,8%) e Lussemburgo (20,5%). La disponibilità di posti letto per la riabilitazione è, invece, nettamente più bassa in Spagna (1,3%), Portogallo (1,1%), Irlanda (1,0%) e Grecia (0,9%). L'Italia si colloca in una situazione intermedia con il

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 563

12,7% dei posti letto destinati alla riabilitazione (Grafico 2).
Nella maggior parte degli Stati membri dell'UE per i quali sono disponibili dati, i posti letto per l'assistenza a lungo termine rappresentano meno del 15% del numero totale di posti letto ospedalieri nel 2021. Si osservano quote più elevate in Ungheria (16,0%), Croazia (17,5%), Paesi Bassi (21,6%) e Repubblica Ceca (28,6%). In Italia, 3,8% dei posti letto sono destinati alla lungodegenza mentre questa quota è dello 0,5% in Polonia e non ci sono posti letto per l'assistenza a lungo termine in Germania e Portogallo (Grafico 2).
Analizzando l'offerta di posti letto rispetto alla proprietà pubblica o privata degli Ospedali, si osservano sensibili differenze tra i Paesi UE-27 per i quali sono disponibili i dati. Nel 2021, oltre il 90% dei posti letto sono in Ospedali di proprietà pubblica in Slovenia (98,9%), Lituania (98,6%), Croazia (98,1%), Estonia (94,8%), Malta (94,6%), Danimarca (93,3%), Romania (92,3%) e Lettonia (91,3%). In Italia, tale quota è del 64,0% ed è diminuita rispetto al 2016 quando era del 67,1%. Appartengono, invece, ad Ospedali del settore privato non profit tutti i posti letto ospedalieri disponibili nei Paesi Bassi, e la maggior parte dei posti letto in Belgio (73,5%). La quota più alta di posti letto in Ospedali di proprietà privata profit si registra a Cipro (47,0%); seguono con quote superiori al 30% Italia (36,0%), Germania (31,6%) e Grecia (31,2%) (Grafico 3).

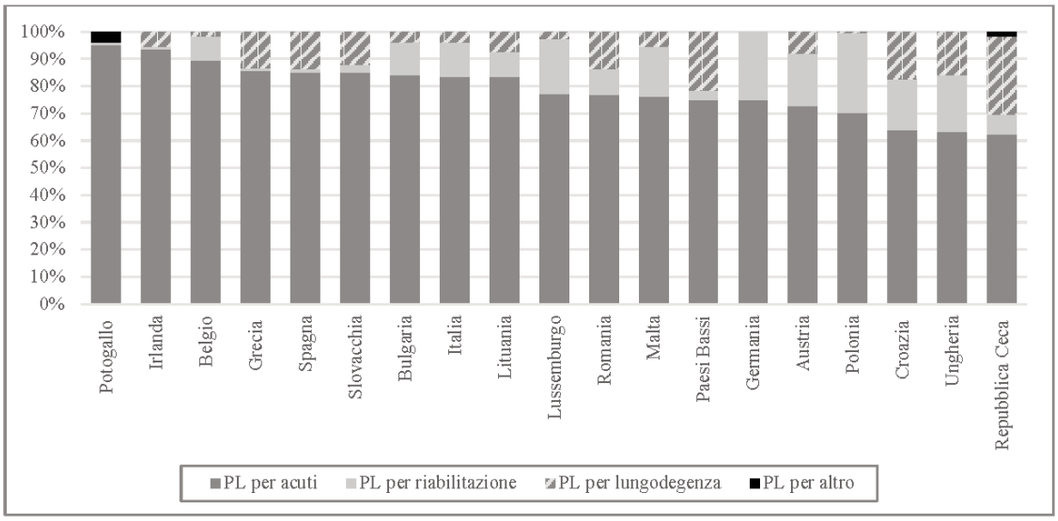
Grafico 1 - *Posti letto (valori per 1.000) per Paese dell'Unione Europea-27 - Anni 2016, 2021 (o anno più vicino)*



[1]Per il 2021 il dato è del 2020.

Fonte dei dati: OECD Health Statistics 2022; Eurostat Database. Anno 2023.

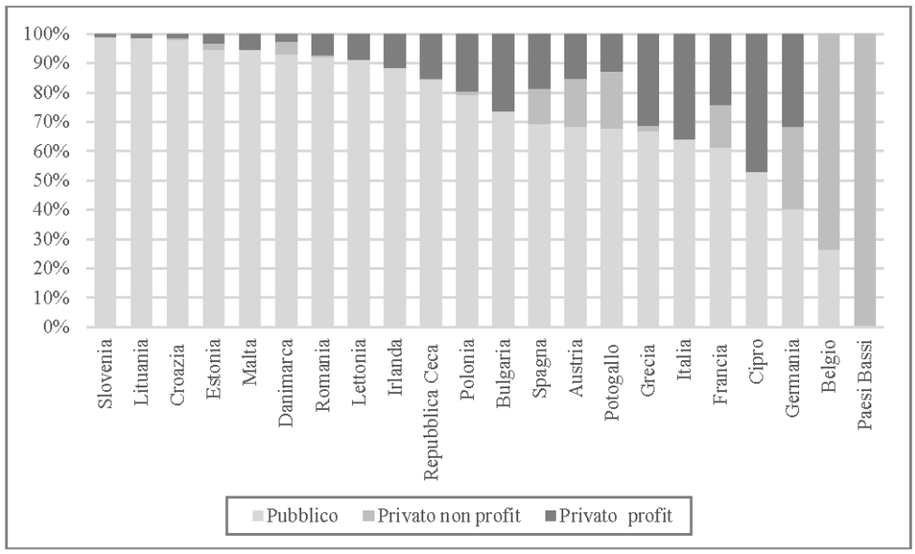
Grafico 2 - *Posti letto (valori per 100) per destinazione - Anno 2021*



Fonte dei dati: OECD Health Statistics 2022; Eurostat Database. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 564

Grafico 3 - *Posti letto (valori per 100) per tipo di proprietà - Anno 2021*



Fonte dei dati: OECD Health Statistics 2022; Eurostat Database. Anno 2023.

Raccomandazioni di Osservasalute

La pandemia da COVID-19 ha reso evidente come, per far fronte alle emergenze sia necessario non solo disporre di un numero sufficiente di posti letto ospedalieri, ma anche di saper disporre di una certa flessibilità nel loro utilizzo. Tuttavia, un'eccedenza di posti letto potrebbe comportare un ricorso eccessivo ai ricoveri e, quindi, ad un incremento ingiustificato dei costi. Pertanto, è necessario trovare un corretto equilibrio tra la garanzia di un sufficiente numero di posti letto e un loro utilizzo efficiente (1).

Si sta rafforzando la consapevolezza che il modello di cure centrato sugli Ospedali è destinato ad evolvere verso un sistema assistenziale dinamico, integrato con la rete dei sevizi territoriali come altri plessi ospedalieri, le case di comunità, le Residenze Sanitarie per Anziani, i presidi di PS locale e le farmacie.

La riorganizzazione dei processi di cura nel disegno di rete presuppone che il paziente sia al centro del sistema, in un continuum assistenziale tarato sui suoi bisogni di cura con il coinvolgimento ed il coordinamento di professionisti e servizi diversi.

Su questi temi il PNRR e il DM n. 77/2022 dovrebbero dare un impulso. Il PNRR non solo ha destinato risorse economiche, ma ha anche tracciato la strada verso nuove tipologie e architetture di strutture sanitarie. In questa prospettiva, la digitalizzazione degli "Ospedali del futuro" e la gestione dell'intera filiera dei servizi rappresenta un elemento cruciale per la sanità del futuro.

Riferimenti bibliografici

(1) OECD, Health at a glance 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 565

Spesa sanitaria in Italia e nei Paesi dell'Unione Europea

Significato. I dati di spesa sanitaria sono costruiti secondo la metodologia del *System of Health Accounts* (SHA), adottata da tutti i Paesi dell'UE, e sono normati dal Regolamento UE n. 359/2015, entrato in vigore nel 2016. Tale regolamento consente la costruzione di un quadro informativo comparabile a livello internazionale.
Il sistema dei conti della sanità misura i flussi finanziari legati al consumo di beni e servizi sanitari, con l'obiettivo di rappresentare la spesa in maniera analitica, per monitorare e valutare il funzionamento del sistema sanitario italiano e confrontarlo con quello degli altri Paesi europei.
La spesa sanitaria viene analizzata in relazione alla popolazione residente, in termini di spesa sanitaria corrente pro capite, ed alla ricchezza del Paese come percentuale del PIL. Inoltre, viene descritta la sua distribuzione rispetto alle funzioni di assistenza e alla fonte di finanziamento. La fonte di finanziamento pubblica è distinta in "pubblica amministrazione"[1] e "assicurazioni sanitarie a contribuzione obbligatoria"[2], mentre quella privata in "assicurazioni sanitarie volontarie"[3] e "spesa diretta delle famiglie"[4].

Spesa sanitaria corrente pro capite a parità di potere d'acquisto

$$\text{Numeratore: Spesa sanitaria corrente corretta per tener conto delle differenze nei livelli dei prezzi dei vari Paesi}$$
$$\text{Denominatore: Popolazione media residente}$$

Percentuale di spesa sanitaria corrente rispetto al Prodotto Interno Lordo

$$\text{Numeratore: } \frac{\text{Spesa sanitaria corrente}}{\text{Denominatore: Prodotto Interno Lordo}} \times 100$$

Percentuale di spesa sanitaria corrente per regime di finanziamento, funzione di assistenza o tipo di erogatore

$$\text{Numeratore: } \frac{\text{Spesa sanitaria corrente per regime di finanziamento, funzione di assistenza o tipo di erogatore}}{\text{Denominatore: Spesa sanitaria corrente}} \times 100$$

Validità e limiti. Il Regolamento UE n. 359/2015, che attua il Regolamento (CE) n. 1338/2008 relativo alle statistiche comunitarie in materia di Sanità Pubblica, di salute e di sicurezza sul luogo di lavoro, è coerente con le regole contabili dettate dal Sistema Europeo dei Conti 2010 (Regolamento UE n. 549/2013) e prevede la produzione di dati di spesa sanitaria armonizzata a livello europeo secondo la metodologia del SHA (6, 10), con l'obiettivo di fornire un quadro informativo, comparabile tra Paesi, del funzionamento dei diversi sistemi sanitari.
Il sistema dei conti della sanità, basato sull'integrazione di fonti amministrative e campionarie, considera la spesa per il consumo di beni e servizi sanitari sostenuta, esclusivamente, da parte della popolazione residente del Paese. La spesa sanitaria corrente è rappresentata in base alla Classificazione Internazionale dei Conti Sanitari (*International Classification for Health Accounts*), secondo le seguenti dimensioni: regime di finanziamento, funzione di assistenza ed erogatore di beni e servizi sanitari.
La trasmissione dei dati all'Ufficio Statistico dell'UE (Eurostat) viene effettuata annualmente dall'Istat. Tuttavia, la scelta delle fonti da utilizzare come base delle stime e l'impianto metodologico sono stati definiti nell'ambito delle attività di due gruppi di lavoro inter-istituzionali coordinati dall'Istat e dal Ministero della Salute con la partecipazione del Ministero dell'Economia e delle Finanze (Ragioneria Generale dello Stato), dell'Agenas e dell'AIFA. Il primo gruppo ha concluso il proprio mandato nel 2016, mentre il secondo gruppo, che ha aggiornato le stime ed introdotto nuove fonti, ha concluso il proprio mandato nel 2021.
I dati relativi alla spesa sanitaria per l'Italia sono disponibili al 2022, ma per i confronti internazionali

[1] Include i finanziamenti dell'assistenza sanitaria determinati dalla legge o dallo Stato, per i quali è prevista una dotazione di bilancio specifica e la cui responsabilità è affidata a un'unità dell'Amministrazione Pubblica.
[2] Comprendono le Assicurazioni sociali obbligatorie, le Assicurazioni private obbligatorie e i Conti di risparmio medico obbligatori.
[3] Si riferiscono ai regimi basati sull'acquisto di una polizza assicurativa sanitaria, non resa obbligatoria per legge e i cui premi assicurativi possono essere direttamente o indirettamente sovvenzionati dall'operatore pubblico.
[4] Riguarda il pagamento diretto per l'acquisto di beni e servizi sanitari, per il quale si attinge dai redditi da lavoro e capitale e/o dai risparmi.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 566

l'ultimo anno disponibile è il 2021. Per valutare gli effetti della pandemia da COVID-19 vengono presentati gli andamenti degli indicatori dal 2019.
Le stime sono disponibili solo a livello nazionale senza il dettaglio a livello regionale.

Valore di riferimento/Benchmark. La spesa sanitaria dell'Italia viene confrontata con quella media dei Paesi dell'UE, quando disponibile, e con i grandi Paesi europei.

Descrizione dei risultati

Nel 2022 , la spesa sanitaria corrente in Italia è pari a 171.867 milioni di €; essa incide per l'8,8% sul PIL e per il 75,9% (130.364 milioni di €) è finanziata dal settore pubblico. La spesa sanitaria privata, pari a 41.503 milioni di €, è quasi interamente finanziata dalle famiglie (88,8%).
Oltre la metà della spesa sanitaria è destinata all'assistenza sanitaria per cura e riabilitazione (52,9%). Il 20,3% è impiegato per i prodotti farmaceutici e gli altri apparecchi terapeutici, mentre l'assistenza sanitaria a lungo termine (*Long Term Care*) assorbe il 9,8% della spesa totale. La spesa per i servizi ausiliari (servizi di laboratorio di analisi, di diagnostica per immagini, di trasporto di pazienti o di soccorso di emergenza) costituisce l'8,7% della spesa sanitaria e il 6,5% è destinato ai servizi per la prevenzione delle malattie.
Dal lato degli erogatori di assistenza sanitaria, gli Ospedali assorbono il 43,7% della spesa sanitaria, i servizi di assistenza ambulatoriale il 23,4% e le farmacie e altri fornitori di presidi medici il 15,3%. Un ulteriore 5,6% della spesa sanitaria è relativa alle strutture di assistenza residenziale a lungo termine (dati non presenti in grafici e tabelle).
Nel 2021, la spesa sanitaria dell'Italia, a parità di potere d'acquisto, si è mantenuta significativamente più bassa della media UE-27, sia in termini di valore pro capite (2.791€ *vs* 3.562€) che in rapporto al PIL (9,2% *vs* 10,9%). Il nostro Paese si colloca al 13o posto della graduatoria dei Paesi UE per la spesa pro capite, sotto Repubblica Ceca e Malta e molto distante da Francia (4.200€ pro capite) e Germania (5.156€), mentre la Spagna presenta un valore di poco inferiore a quello dell'Italia (2.769€). Germania, Austria, Olanda e Danimarca sono i Paesi con la spesa pro capite, a parità di potere d'acquisto, più elevata, >4.300€. Tutti i Paesi dell'Est-Europa presentano valori significativamente più bassi dell'Italia, con un minimo in Romania (1.662€). Per la spesa sanitaria rispetto al PIL, l'Italia occupa la 14a posizione nella graduatoria dei Paesi con l'indicatore più alto. Germania, Francia e Austria sono i Paesi con l'incidenza più elevata, >12%, mentre all'estremo inferiore della graduatoria si trovano per ragioni opposte: Lussemburgo con 5,7% (Paese con elevata ricchezza), Polonia e Romania, rispettivamente, con 6,4% e 6,5% (Paesi con bassi livelli di spesa) (Grafico 1).
L'emergenza sanitaria da COVID-19 ha causato un incremento della spesa sanitaria a partire dal 2020 in tutti i Paesi europei. In Italia la variazione della spesa sanitaria, in termini reali, tra il 2020 e il 2021 è stata del 3,6%, incremento ancora più alto rispetto a quello registrato tra il 2020 ed il 2019 (+2,2%) e, di gran lunga superiore alla variazione media annua del periodo 2015-2019, pari allo 0,9% (Grafico 2).
L'impatto della pandemia sulla spesa sanitaria è stato ancora più marcato in gran parte dei restanti Paesi europei. Le più alte variazioni, in termini reali, della spesa sanitaria nel 2021 rispetto al 2020 sono state registrate in Lettonia (+33,1%), Cipro (+20,8%), Croazia (+18,2%) e Slovacchia (+13,3%). Variazioni della spesa nel 2021 rispetto al 2020 superiori al 5,8% (Polonia) vengono registrate da tutti i Paesi dell'Est-Europa, ed in particolare da quelli che nel 2020, presentavano le variazioni rispetto al 2019 più consistenti, che erano del 19,2% in Bulgaria, 15,3% in Repubblica Ceca, 11,9% in Ungheria e 10,3% in Estonia. Tali incrementi confermano l'area dell'Est-Europa come quella più interessata dall'aumento in termini reali della spesa sanitaria nel biennio. Variazioni significative della spesa sanitaria nel 2021 rispetto al 2020 si registrano, comunque, in Paesi di altre aree dell'Europa, quali Portogallo (+11,5%), Austria (+10,9%) e Finlandia (+9,9%) (Grafico 2).
Gli effetti della crisi pandemica si evidenziano anche in relazione alla ricchezza dei Paesi. In Italia, la spesa sanitaria rispetto al PIL, stabile all'8,7-8,9% nel periodo 2013-2019 è aumentata al 9,6% nel 2020 per poi scendere a 9,2% nel 2021.
Per la media dei Paesi europei (UE-27) nel 2021 non si rileva alcuna variazione dell'indicatore che, dopo il picco registrato ad inizio pandemia, si attesta nuovamente al 10,9%. La Spagna, che nel 2020 aveva registrato la variazione più consistente dell'indicatore (da 9,1% nel 2013 a 10,7% nel 2020), nel 2021 mostra una lieve diminuzione passando al 10,6%. Germania e Francia, invece, dopo l'aumento registrato nel 2020, in linea con la media UE-27, nel 2021 mostrano un incremento dell'indicatore di circa 2 p.p. raggiungendo valori, rispettivamente, pari a 12,9% e 12,3% (Grafico 3).
In tutti i Paesi dell'UE la maggior parte della spesa sanitaria è finanziata dal settore pubblico, anche se con percentuali molto diverse, che nel 2021 vanno da un massimo dell'86,4% in Repubblica Ceca ad un minimo del 62,1% in Grecia. l'Italia si colloca in una posizione intermedia con il 75,5% di spesa pubblica nel 2021 (era il 73,7% nel 2019). È evidente per tutti i Paesi, un aumento dell'incidenza della spesa pubbli-

[5] I dati dell'Italia, riferiti all'anno 2022, sono disponibili sul sito IstatData: Sistema dei conti della sanità, edizione 2023.

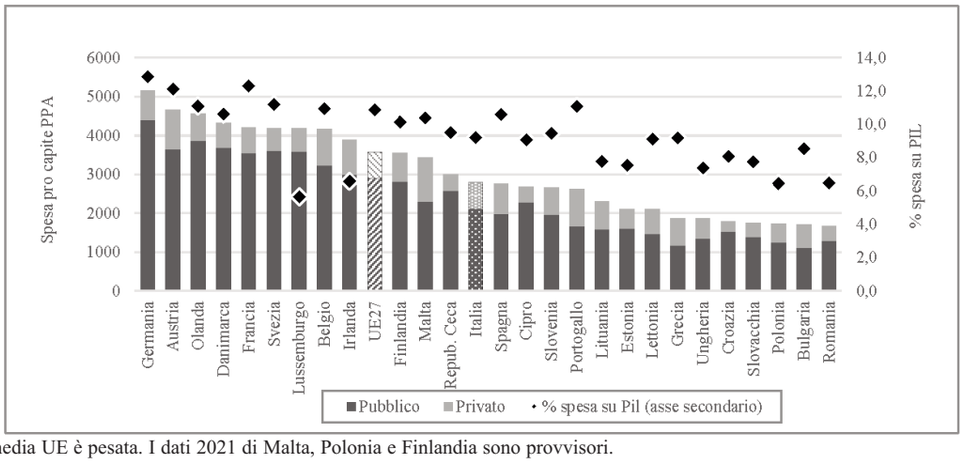
Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 567

ca sul totale negli anni 2020 e 2021 rispetto al 2019, dovuto alle maggiori spese sostenute per il COVID-19: la media UE-27 è passata da 79,5% nel 2019 a 81,2% e 81,1%, rispettivamente, nel 2020 e 2021. Rispetto al 2019, i Paesi in cui è aumentata in maniera significativa la componente di spesa pubblica nel 2021 sono Cipro (da 54,2% a 85,3%) e Lettonia (da 60,1% a 69,5%). L'incidenza della spesa finanziata dal settore pubblico è, invece, diminuita per la Romania passando da 80,5% nel 2019 a 78,3% nel 2021. Analizzando le singole voci che compongono la spesa a finanziamento pubblico, in Italia la spesa è quasi completamente finanziata dalla Pubblica Amministrazione, analogamente a Svezia, Danimarca, Irlanda, Lettonia, Spagna e Malta. I regimi di finanziamento basati su assicurazioni sanitarie a contribuzione obbligatoria (che generalmente fanno parte del sistema di sicurezza sociale), invece, sono predominanti in Francia, Lussemburgo, Croazia, Germania, Olanda, Repubblica Ceca e Slovacchia. (Grafico 4).

La spesa privata rispetto alla spesa totale, nel 2021, varia dai valori più bassi di Lussemburgo (12,8%), della Repubblica Ceca (13,6%) e Svezia (14,1%), ai valori più alti di Bulgaria (35,3%), Portogallo (36,8%) e Grecia (37,7%). L'Italia si colloca in 11a posizione con il 24,5%. Rispetto al 2019 l'incidenza della spesa privata è aumentata solo in Romania dal 19,6% al 21,7% (Grafico 5). In Italia, tale spesa per quasi il 90% è finanziata dalle famiglie, mentre gli schemi di finanziamento volontari costituiscono una quota marginale, come nella maggior parte dei Paesi dell'Est-Europa e in Svezia. Solo in Slovenia e Irlanda i regimi di finanziamento volontari rappresentano oltre il 50% della spesa privata totale.

Per quanto riguarda le funzioni di assistenza, la spesa per cura e riabilitazione (che include l'assistenza ospedaliera e l'assistenza ambulatoriale e domiciliare) assorbe la maggior parte delle risorse: la media UE-27 è pari al 51,5% nel 2021. In Italia tale quota è leggermente più elevata (53,0%), in Spagna sale al 58,3%. In Germania la quota è inferiore al 50%. Nel 2021 per l'assistenza ospedaliera, in Italia, si è speso il 29,4% delle risorse a fronte del 27,6% della media UE-27; l'incidenza più bassa si registra in Finlandia (21,4%), mentre quella più alta a Cipro (46,7%) (Tabella 1). Mentre l'assistenza ospedaliera è largamente finanziata con risorse pubbliche (Italia 96,5%, media UE-27 93,4%), l'assistenza ambulatoriale e domiciliare in Italia è a finanziamento pubblico solo per il 61,6%, a fronte dell'83,1% in Germania e 84,1% in Francia. Ancora più bassa in Italia è la percentuale di spesa pubblica per prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici (56,1%) a fronte di una quota superiore al 75% in Germania e Francia. Per questa funzione, in Italia, l'incidenza sulla spesa totale è del 20,0%, valore più basso di quello registrato in Spagna (21,5%), ma più alto di Francia (18,6%) e Germania (18,5%). Il valore minimo (9,7%) si è registrato in Danimarca, mentre il valore massimo (32,0%) in Bulgaria. Un'elevata variabilità tra Paesi si osserva per l'incidenza della spesa per l'assistenza sanitaria a lungo termine: l'Italia impiega il 9,8% delle risorse (finanziata per tre quarti dal settore pubblico), valore significativamente più basso della media UE-27 (16,0%); in Spagna tale percentuale ammonta all'8,9% (83,5% a carico delle finanze pubbliche), mentre la Germania impiega il 19,2% delle risorse (73,1% pubbliche) e la Francia il 15,9% (77,0% pubbliche). La quota maggiore, pari al 27,5%, si osserva in Olanda. Rispetto al 2019, la composizione della spesa sanitaria per funzione di assistenza non mostra variazioni rilevanti, eccetto un peso relativo maggiore della spesa per i servizi di prevenzione delle malattie.

Grafico 1 - *Spesa (valori in € a parità di potere d'acquisto) sanitaria corrente pro capite e rispetto al Prodotto Interno Lordo (valori per 100) nei Paesi dell'Unione Europea-27 - Anno 2021*

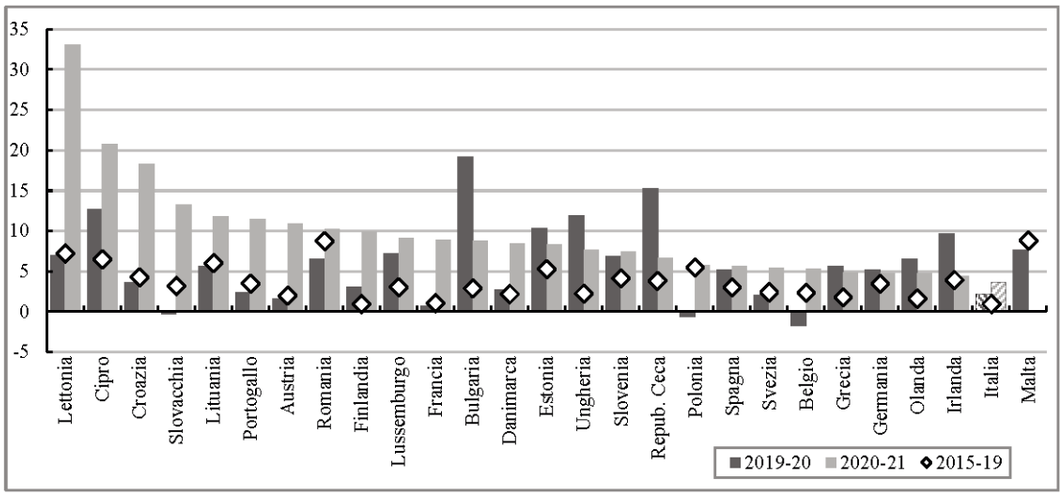


Nota: la media UE è pesata. I dati 2021 di Malta, Polonia e Finlandia sono provvisori.

Fonte dei dati: OECD Health Statistics 2023; Eurostat Database; WHO Global Health Expenditure Database. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 568

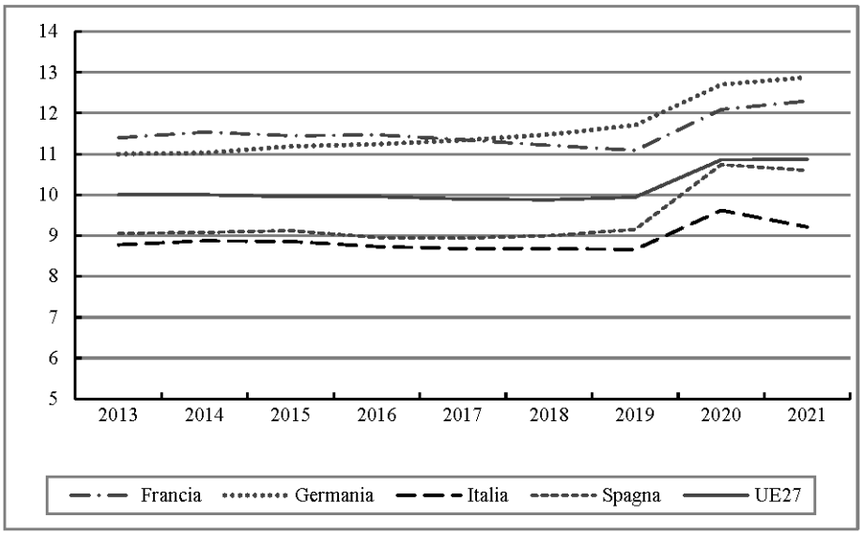
Grafico 2 - *Variazione (valori per 100) media annua (in termini reali) della spesa sanitaria corrente pro capite nei Paesi dell'Unione europea-27 - Anni 2015-2019, 2019-2020, 2020-2021*



Nota: La variazione 2020-2021 per Malta non è disponibile.

Fonte dei dati: OECD Health Statistics. Anno 2023.

Grafico 3 - *Spesa (valori in €) sanitaria corrente e rispetto al Prodotto Interno Lordo (valori per 100) in alcuni Paesi dell'Unione Europea - Anni 2013-2021*

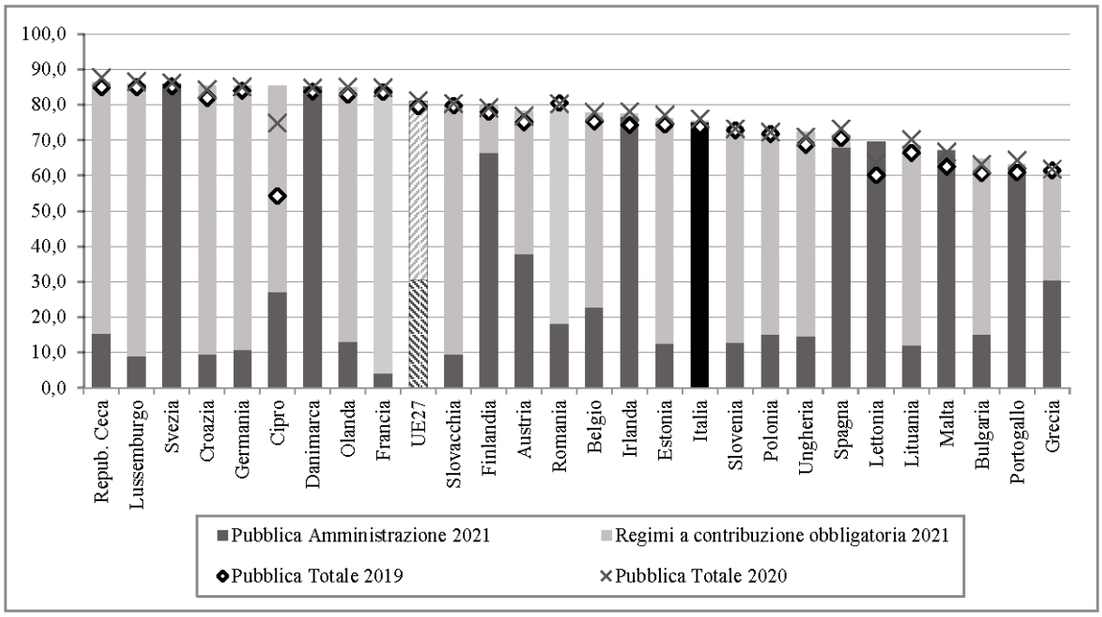


Nota: la media UE è pesata.

Fonte dei dati: OECD Health Statistics 2023; Eurostat Database; WHO Global Health Expenditure Database. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 569

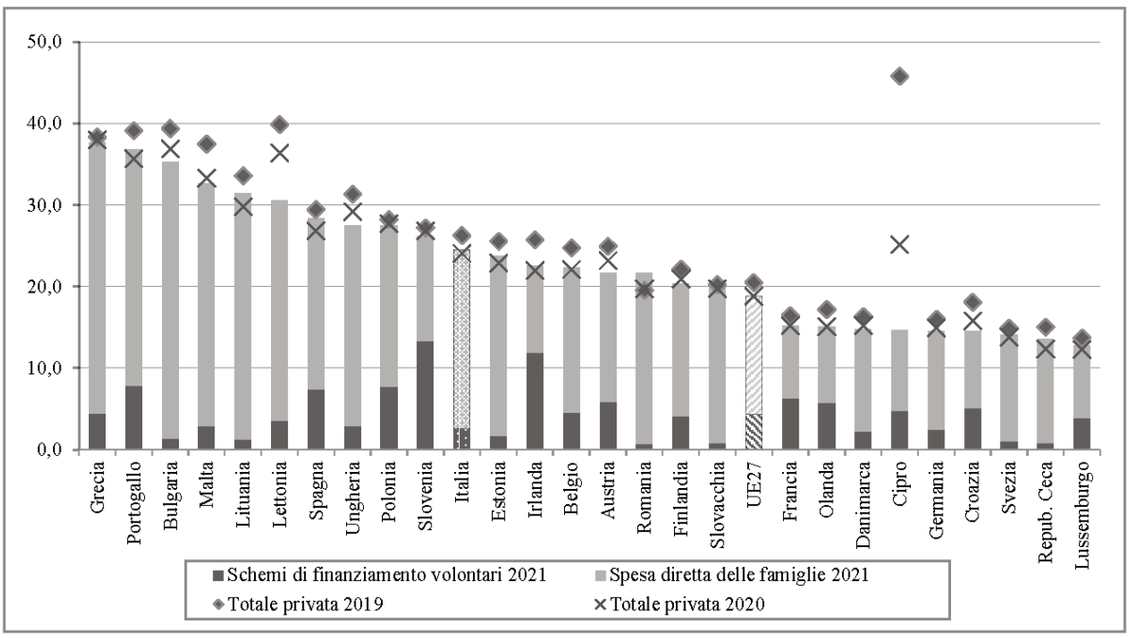
Grafico 4 - *Spesa (valori per 100 rispetto alla spesa sanitaria corrente totale) sanitaria corrente a finanziamento pubblico per tipo di finanziamento nei Paesi dell'Unione Europea-27 - Anni 2019-2021*



Nota: la media UE non è pesata. I dati 2021 di Malta, Polonia e Finlandia sono provvisori.

Fonte dei dati: OECD Health Statistics 2023; Eurostat Database; WHO Global Health Expenditure Database. Anno 2023.

Grafico 5 - *Spesa (valori per 100 rispetto alla spesa sanitaria corrente totale) sanitaria corrente a finanziamento privato per tipo di finanziamento nei Paesi dell'Unione Europea - Anni 2019-2021*



Nota: la media UE non è pesata. I dati 2021 di Malta, Polonia e Finlandia sono provvisori.

Fonte dei dati: OECD Health Statistics 2023; Eurostat Database; WHO Global Health Expenditure Database. Anno 2023.

Tabella 1 - *Spesa (valori per 100 rispetto alla spesa totale e valori per 100 di spesa pubblica) sanitaria corrente per funzione di assistenza n alcuni Paesi dell'Unione Europea - Anni 2019-2021*

Paesi	Anni	Assistenza ospedalera		Assistenza ambulatoriale e domiciliare°		Assistenza (sanitaria) a lungo termine		Servizi ausiliari		Prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici		Servizi prevenzione delle malattie		Altro°°	
		% su spesa totale	% pub su spesa totale	% su spesa totale	% pub su spesa totale	% su spesa totale	% pub su spesa totale	% su spesa totale	% pub su spesa totale	% su spesa totale	% pub su spesa totale	% su spesa totale	% pub su spesa totale	% su spesa totale	% pub su spesa totale
Italia	**2019**	**29,7**	**95,7**	**24,2**	**60,9**	**10,4**	**74,3**	**8,2**	**74,8**	**21,2**	**55,8**	**4,7**	**88,4**	**1,6**	**46,8**
	2020	**30,4**	**96,8**	**23,5**	**62,5**	**10,1**	**75,8**	**8,5**	**80,1**	**20,5**	**57,0**	**5,4**	**91,7**	**1,7**	**45,4**
	2021	**29,4**	**96,5**	**23,6**	**61,6**	**9,8**	**75,2**	**8,7**	**78,9**	**20,0**	**56,1**	**6,8**	**93,1**	**1,7**	**46,1**
Francia	2019	26,9	95,3	25,3	82,3	15,8	75,2	4,6	87,7	19,8	78,6	2,0	66,0	5,6	72,4
	2020	27,6	96,4	23,8	85,1	16,5	76,6	4,2	88,1	19,4	78,5	3,1	78,6	5,4	72,6
	2021	27,7	96,1	24,0	84,1	15,9	77,0	4,4	87,0	18,6	78,3	5,5	87,0	5,0	72,8
Germania	2019	27,3	96,8	22,1	82,4	19,2	70,1	4,9	94,8	18,6	74,9	3,4	91,4	4,4	93,5
	2020	28,2	97,3	21,2	83,5	19,7	72,0	5,0	95,0	18,2	76,4	3,3	91,9	4,4	93,5
	2021	26,3	97,3	20,5	83,1	19,2	73,1	4,8	95,2	18,5	76,0	6,4	96,0	4,2	93,3
Spagna	2019	27,6	88,5	30,8	63,5	9,4	83,9	5,0	95,8	22,2	47,5	2,1	98,9	2,9	42,7
	2020	28,9	89,2	29,8	68,5	9,0	84,7	5,1	96,1	21,2	48,3	3,0	98,8	3,0	41,5
	2021	28,2	88,7	30,1	65,5	8,9	83,5	5,0	95,5	21,5	46,8	3,4	99,0	2,9	42,9
UE-27	**2019**	**28,3**	**92,5**	**25,1**	**75,1**	**16,3**	**78,8**	**4,8**	**85,9**	**18,7**	**64,5**	**2,9**	**83,4**	**3,9**	**77,3**
	2020	**28,9**	**93,7**	**24,1**	**77,3**	**16,6**	**80,0**	**4,8**	**87,7**	**18,2**	**65,3**	**3,5**	**87,2**	**3,9**	**77,6**
	2021	**27,6**	**93,4**	**23,9**	**76,3**	**16,0**	**80,2**	**4,8**	**87,0**	**17,8**	**64,7**	**6,0**	**92,4**	**3,7**	**78,1**
Minimo*	2019	Malta (21,5)		Romania (13,1)		Bulgaria (0,1)		Danimarca (0,0)		Danimarca (10,8)		Slovacchia (0,8)		Finlandia (1,0)	
	2020	Finlandia (22,4)		Romania (11,2)		Slovacchia (0,4)		Danimarca (0,0)		Danimarca (10,6)		Slovacchia (1,0)		Finlandia (0,9)	
	2021	Finlandia (21,4)		Romania (12,1)		Slovacchia (0,4)		Danimarca (0,0)		Danimarca (9,7)		Malta (1,2)		Finlandia (0,8)	
Massimo*	2019	Romania (43,7)		Portogallo (39,1)		Olanda (27,9)		Cipro (11,7)		Bulgaria (36,1)		Italia (4,7)		Francia (5,6)	
	2020	Romania (45,7)		Finlandia (36,5)		Olanda (28,9)		Lettonia (12,0)		Lettonia (34,0)		Finlandia (5,6)		Francia (5,4)	
	2021	Cipro (46,7)		Finlandia (36,2)		Olanda (27,5)		Lettonia (12,6)		Bulgaria (32,0)		Austria (10,3)		Slovacchia (9,0)	

°L'assistenza domiciliare a malati a lungo termine è compresa nella voce "Assistenza (sanitaria) a lungo termine".
°°Altro = *Governance* e amministrazione del sistema sanitario e del finanziamento + Altri servizi di assistenza sanitaria non classificati altrove.
*I valori in parentesi si riferiscono all'incidenza della spesa per la funzione corrispondente rispetto al totale della spesa.
Nota: la media UE non è pesata. I dati 2021 di Malta, Polonia e Finlandia sono provvisori.
Nei servizi ausiliari il valore prossimo allo 0 (0,002%) della percentuale per la Danimarca per tutti e 3 gli anni dipende dal fatto che una parte della spesa è mancante e ricompresa in altre funzioni di erogazione.

Fonte dei dati: OECD Health Statistics 2023; Eurostat Database; WHO Global Health Expenditure Database. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 570

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 571

Raccomandazioni di Osservasalute

I dati relativi al 2021, confermano che la spesa sanitaria in Italia, sia complessivamente, sia nelle componenti pubblico-privato, si colloca su livelli medi nel contesto dell'UE e più bassi rispetto a quelli di altri importanti Paesi, quali Francia e Germania. Questo è vero sia in termini di valore pro capite sia in rapporto al PIL, come già rilevato per gli anni precedenti.

Dopo la crescita registrata nel biennio 2020-2021 dovuta alle azioni attuate per arginare la diffusione della pandemia da COVID-19, in Italia e nella maggior parte dei Paesi dell'UE, la spesa sanitaria pubblica corrente, continua ad aumentare nel 2022. Questo è dovuto al consolidamento di alcuni costi maturati nei 2 anni precedenti e all'aumento dei prezzi delle fonti energetiche conseguente allo scoppio della guerra in Ucraina. Questi fenomeni ritardano il rallentamento della spesa pubblica ed il ritorno degli indicatori ai livelli pre-COVID-19.

Dal lato della spesa privata, in Italia, dopo l'incremento registrato nel 2021 per effetto della ripresa della domanda di prestazioni (diagnostica e laboratorio, screening, follow-up ed altre) interrotte nel 2020 per il COVID-19, nel 2022 si registra un rallentamento (0,8% rispetto al 2021). La spesa privata registra una variazione in termini reali del -5,7%, rispetto al 2021, che evidenzia una diminuzione della quantità di prestazioni finanziate dai privati ed in particolare dalle famiglie.

Il sistema sanitario ha, dopo l'emergenza sanitaria, difficoltà a garantire l'imprescindibile obiettivo di tutela della salute dei cittadini in un contesto nazionale ed internazionale sempre più complicato, a cui si aggiungono la competizione tra settore pubblico e privato, i tempi di attesa e la carenza di professionisti sanitari. Questi fattori portano ad una riduzione di domanda di prestazioni sanitarie determinata anche dai maggiori costi. Tutto questo potrebbe essere indicativo, nei prossimi anni, di una progressiva riduzione del ricorso alle prestazioni necessarie con conseguente aumento delle disuguaglianze nell'accesso alle cure in un contesto economico complesso.

Riferimenti bibliografici

(1) Eurostat, Eurostat Database. Disponibile sul sito: https://ec.europa.eu/eurostat/web/health/data/database.
(2) Eurostat, Healthcare Expenditure Statistics. Disponibile sul sito: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare_expenditure_statistics.
(3) OECD, Oecd Health Statistics 2023. Disponibile sul sito: www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm.
(4) OECD (2023), Health at a Glance 2023: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. Disponibile sul sito: https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en.
(5) OECD/European Union (2022), Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris. Disponibile sul sito: https://doi.org/10.1787/507433b0-en.
(6) OECD, Eurostat, WHO (2017). A System of Health Accounts (SHA, rvised edition), Paris, OECD.
(7) OECD, Eurostat, WHO (2017). Expenditure on Prevention Activities under SHA 2011: Supplementary Guidance - March 2017 version, Paris, OECD.
(8) OECD, Eurostat, WHO (2014). Guidelines for the Implementation of the SHA 2011 Framework for Accounting Health Care Financing, Paris, OECD.
(9) OECD, Eurostat, WHO (2013). Guidelines to Improve Estimates of Expenditure on Health Administration and Health Insurance, Paris, OECD.
(10) OECD, Eurostat, WHO (2012). Guidelines for Accounting Long-Term Care Expenditure under SHA 2011, Paris, OECD.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 572

Vigilanza sui dispositivi medici

Il settore dei dispositivi medici[1] costituisce, sia in ambito nazionale che europeo, un aspetto di grande rilevanza nei percorsi diagnostici e terapeutici dell'assistenza sanitaria, contribuendo al miglioramento del livello di protezione della salute e promuovendo lo sviluppo di soluzioni innovative per la prevenzione, la diagnosi, le cure e la riabilitazione. In tale ambito, la tutela della sicurezza e della salute pubblica viene realizzata attraverso una buona operatività dei sistemi di sorveglianza e vigilanza, i quali, agendo di concerto e in maniera complementare, permettono la rapida individuazione di ogni rischio derivante dall'utilizzo dei dispositivi medici.

La vigilanza sui dispositivi medici ha come finalità quella di garantire un elevato livello di protezione e tutela della salute e della sicurezza dei pazienti, degli utilizzatori e di tutti i soggetti che a vario titolo interagiscono con essi. Ciò è reso possibile attraverso il funzionamento di un sistema di vigilanza che consente l'identificazione rapida di ogni problema legato a un dispositivo, nonché l'individuazione di eventuali azioni correttive volte ad eliminare e/o ridurre le problematiche che occorrono in fase *post market*. Il "sistema di vigilanza" opera durante l'intero arco di vita del dispositivo ed è un sistema complesso che prevede l'essenziale coinvolgimento e partecipazione attiva di numerosi attori, che ne prendono parte a vari livelli istituzionali (centrali, regionali, aziendali) in ambito nazionale ed europeo.

Il Ministero della Salute, riconosciuto come Autorità Competente sui dispositivi medici ai sensi del D. Lgs. n. 137/2022, svolge costantemente un'attività di vigilanza e sorveglianza, al fine di garantire la circolazione e l'utilizzo di prodotti che siano sicuri e di alta qualità, tenendo sempre in considerazione lo sviluppo costante delle conoscenze scientifiche e tecnologiche che coinvolgono il settore.

Il quadro normativo di riferimento in materia di vigilanza dei dispositivi medici trova oggi il suo fondamento nel Regolamento Europeo n. 745/2017 (MDR)[2], divenuto pienamente applicabile il 26 maggio 2021. Il Regolamento Europeo, tenendo in considerazione gli sviluppi del settore che hanno caratterizzato gli ultimi 20 anni, persegue l'obiettivo di garantire un quadro normativo solido, sostenibile, con procedure trasparenti e idoneo a mantenere un elevato livello di sicurezza, favorendo nel contempo l'innovazione tecnologica.

Al fine di garantire la piena applicazione del succitato Regolamento Europeo è stata effettuata una rivisitazione della normativa nazionale. Il 28 settembre 2022 è entrato in vigore il D. Lgs. n. 137 del 5 agosto 2022[3], in cui, in particolare all'art. 10, si demanda ad appositi Decreti Ministeriali la disciplina dei termini e delle modalità di segnalazione di incidenti e reclami da parte degli operatori sanitari, degli utilizzatori profani e dei pazienti, nonché i tempi di conservazione dei dati personali eventualmente trasmessi contestualmente alla segnalazione di incidente.

Nelle more delle adozioni dei Decreti attuativi previsti all'art. 10 del D. Lgs. n. 137/2022, è stata diffusa la Circolare Ministeriale del 29 novembre 2022[4], con cui si forniscono indicazioni operative su modalità e tempistiche delle segnalazioni, inerenti ai dispositivi medici, di incidenti gravi, di incidenti diversi da quelli gravi, dei reclami, delle azioni correttive di sicurezza, nonché delle relazioni di sintesi periodiche e delle relazioni sulle tendenze. Relativamente ai reclami è di recente pubblicazione il Decreto Ministeriale del 26 gennaio 2023[5] che ne disciplina termini e modalità di segnalazione.

Altro elemento rilevante nell'ambito della vigilanza sui dispositivi medici è l'istituzione della Rete Nazionale della dispositivo-vigilanza e del sistema informativo a supporto della stessa, di cui al Decreto Ministeriale del 31 marzo 2022[6] in attuazione della Legge 23 dicembre 2014 n. 190, art. 1 comma 586, con l'obiettivo di favorire gli scambi di informazioni e uniformare i comportamenti sul territorio italiano. Un approfondimento sulla rete nazionale della dispositivo-vigilanza è trattato nel *Box* dedicato.

Allo stesso tempo, è bene evidenziare come a livello europeo si stia lavorando per garantire la piena fun-

[1]Dispositivo medico (art.2 del Reg. UE 745/2017): qualunque strumento, apparecchio, apparecchiatura, software, impianto, reagente, materiale o altro articolo, destinato dal fabbricante a essere impiegato sull'uomo, da solo o in combinazione, per una o più delle seguenti destinazioni d'uso mediche specifiche: diagnosi, prevenzione, monitoraggio, previsione, prognosi, trattamento o attenuazione di malattie; diagnosi, monitoraggio, trattamento, attenuazione o compensazione di una lesione o di una disabilità; studio, sostituzione o modifica dell'anatomia oppure di un processo o stato fisiologico o patologico; fornire informazioni attraverso l'esame in vitro di campioni provenienti dal corpo umano, inclusi sangue e tessuti donati, e che non esercita nel o sul corpo umano l'azione principale cui è destinato mediante mezzi farmacologici, immunologici o metabolici, ma la cui funzione può essere coadiuvata da tali mezzi. Si considerano dispositivi medici anche i seguenti prodotti: dispositivi per il controllo del concepimento o il supporto al concepimento; i prodotti specificamente destinati alla pulizia, disinfezione o sterilizzazione dei dispositivi di cui all'art. 1, paragrafo 4, e di quelli di cui al primo comma del presente punto.
[2]Regolamento UE n. 745/2017. Disponibile sul sito: EUR-Lex - 02017R0745-20230320 - EN - EUR-Lex (europa.eu).
[3]D.Lgs n. 137/2022. Disponibile sul sito: www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/09/13/22G00145/sg.
[4]Circolare 29 novembre 2022. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_6.jsp?lingua=italiano&area=13&tipo=circolari&btnCerca=cerca.
[5]Decreto ministeriale 26 gennaio 2023. Disponibile sul sito: www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2023/03/31/23A01983/sg.
[6]Decreto ministeriale 31 marzo 2022 - "Istituzione della rete nazionale per la dispositivo-vigilanza e del sistema informativo a supporto della stessa". (GU Serie Generale n.90 del 16 aprile 2022). Disponibile sul sito: www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/04/16/22A02409/sg.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 574

zionalità dei regolamenti, attraverso la definizione di documenti di orientamento e Linee Guida volti a garantire un approccio armonizzato e uniforme tra i diversi Paesi europei. Ciò è reso possibile attraverso un lavoro impegnativo, tuttora in essere, che vede coinvolti la Commissione europea, il *Medical Device Coordination Group* e le Autorità degli Stati membri, i quali si sono organizzati secondo una programmazione di attività che comporterà il graduale adattamento al nuovo quadro legislativo anche attraverso la pubblicazione di Linee Guida specifiche in materia[7].

Sulla base della normativa vigente, nazionale ed europea, nell'ambito della propria attività di vigilanza, il Ministero della Salute svolge l'essenziale compito di raccolta delle informazioni derivanti dalle segnalazioni di incidente[8], di valutazione delle medesime e di monitoraggio e approfondimento, raccogliendo e gestendo le informazioni che riceve sia dagli operatori sanitari sia dagli operatori economici.

Il Ministero della Salute ha il compito di registrare e analizzare i dati riguardanti gli incidenti correlati o potenzialmente correlabili con dispositivi medici, di monitorare le indagini effettuate dal fabbricante o dal suo mandatario, di valutare le azioni correttive poste in essere dallo stesso e di costatarne l'efficacia. Se necessario, può, in qualsiasi momento, intervenire autonomamente svolgendo indagini per proprio conto ed imponendo le misure correttive individuate e ritenute necessarie, sempre nell'ottica della promozione e della tutela della salute e della sicurezza. Infine, il Ministero della Salute, nel caso in cui ritenga che vi siano rischi per la salute pubblica, può definire restrizioni e/o limitazioni al commercio o alla messa in servizio dei dispositivi medici e dispositivi medico-diagnostici in vitro.

Tutte le segnalazioni di incidente, trasmesse dagli operatori sanitari e dai fabbricanti e le azioni correttive di sicurezza predisposte dai fabbricanti, vengono registrate dal Ministero della Salute nella banca dati "Dispovigilance", inserita all'interno del NSIS. Tale sistema informativo permette l'analisi dei dati raccolti, supportando operativamente l'attività di monitoraggio e, attraverso la valutazione di indicatori di interesse, permette l'elaborazione di Report annuali specifici.

Le segnalazioni di incidente sono analizzate sulla base di diversi fattori, quali, ad esempio, l'esito generato, la distribuzione degli eventi sul territorio nazionale e la Classificazione Nazionale dei Dispositivi medici (CND). Tale classificazione consente di raggruppare i dispositivi medici in categorie omogenee di prodotti destinati ad un intervento diagnostico e/o terapeutico simile[9].

Il Ministero della Salute si adopera costantemente per far sì che le segnalazioni inserite in *Dispovigilance* siano sempre il più possibile complete ed esaustive, affinché possa essere effettuata una valutazione puntuale su ogni singolo incidente. Inoltre, il Ministero della Salute effettua continuamente attività di sensibilizzazione, formazione e informazione sul territorio nazionale per diffondere l'importanza del sistema di vigilanza, della segnalazione di incidente e del coinvolgimento proattivo di tutti gli attori, affinché siano a disposizione dell'Autorità competente dati completi e di qualità, che garantiscano una sempre maggiore copertura dell'intero territorio nazionale.

[7] Linee guida approvate a livello del MDCG pubblicate sul sito della Commissione europea. Disponibile sul sito: https://health.ec.europa.eu/medical-devices-sector/new-regulations/guidance-mdcg-endorsed-documents-and-other-guidance_en.

[8] Definizioni di incidente e incidente grave, art. 2 del Regolamento (UE) n. 2017/745. "Incidente": qualsiasi malfunzionamento o alterazione delle caratteristiche o delle prestazioni di un dispositivo messo a disposizione sul mercato, compreso l'errore d'uso determinato dalle caratteristiche ergonomiche, come pure qualsiasi inadeguatezza nelle informazioni fornite dal fabbricante e qualsiasi effetto collaterale indesiderato; "incidente grave": qualsiasi incidente che, direttamente o indirettamente, ha causato, può aver causato o può causare una delle seguenti conseguenze: il decesso di un paziente, di un utilizzatore o di un'altra persona; il grave deterioramento, temporaneo o permanente, delle condizioni di salute del paziente, dell'utilizzatore o di un'altra persona; una grave minaccia per la salute pubblica.

[9] I dettagli sulla Classificazione Nazionale dei Dispositivi Medici sono disponibili sul sito del Ministero della Salute. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=328&area=dispositivi-medici&menu=classificazione.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 575

Vigilanza sui dispositivi medici

Significato. Il significato del primo indicatore "Incidenti per categoria della Classificazione Nazionale dei Dispositivi medici" è descrivere la frequenza degli incidenti con i dispositivi medici notificati al Ministero della Salute e occorsi negli anni 2020-2022 in relazione alla CND.
Il significato del secondo indicatore "Incidenti per categoria della Classificazione dei Dispositivi medici e esito dell'incidente" è descrivere la frequenza degli incidenti con i dispositivi medici, raggruppati per categoria CND, nell'anno 2022, in relazione all'esito dell'incidente stesso. Attualmente l'esito dell'incidente viene indicato come:
- decesso;
- inaspettato peggioramento dello stato di salute o serio pericolo per la salute pubblica;
- tutti gli altri incidenti da segnalare;
- non definito.

Lo scopo del terzo indicatore "Tasso di segnalazione di incidente regionale", espresso per 100.000 abitanti, è di mettere in evidenza il differente grado di sensibilità alla segnalazione di incidente con dispositivi medici sul territorio nazionale. Nello specifico, al fine di relativizzare il numero delle segnalazioni di incidente e rendere maggiormente confrontabili i dati tra regioni, l'indicatore è costruito rapportando il numero delle segnalazioni di incidente relative ai dispositivi medici dell'anno 2022 con il numero della popolazione residente in quello stesso anno per ciascuna specifica regione.
Il quarto indicatore "Avvisi di sicurezza per categoria della Classificazione Nazionale dei Dispositivi medici" esprime la frequenza, in termini assoluti, degli avvisi di sicurezza emessi dai fabbricanti nell'anno 2022 e in termini percentuali la relativa distribuzione per categoria CND.

Incidenti per categoria della Classificazione Nazionale dei Dispositivi medici

Incidenti per ciascuna categoria della Classificazione Nazionale dei Dispositivi medici in assoluto e in percentuale sul totale

Incidenti per categoria della Classificazione Nazionale dei Dispositivi medici e esito dell'incidente

Incidenti per ciascuna categoria della Classificazione Nazionale dei Dispositivi medici distribuiti per tipologia di esito

Tasso di segnalazione di incidente

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Segnalazioni di incidenti}}{\text{Popolazione residente}} \times 100.000$$

Avvisi di sicurezza per categoria della Classificazione Nazionale dei Dispositivi medici

Avvisi di sicurezza per ciascuna categoria della Classificazione Nazionale dei Dispositivi medici in valore assoluto e in percentuale sul totale

Validità e limiti. Il limite del primo indicatore è insito nella funzionalità del sistema di vigilanza, che non raggiunge un livello di copertura e qualità uniforme in tutto il territorio nazionale. Sussistono molte differenze territoriali nel recepimento della definizione di incidente da parte dell'operatore sanitario, in particolare quando non si rinviene un nesso causale diretto con il dispositivo. Si ritiene, pertanto, che possano esserci molti casi di sotto-segnalazione del fenomeno. La base dati ha una validità in considerazione della data di riferimento, in quanto possono esserci differimenti tra la data di trasmissione dell'evento e la data dell'evento stesso. La categoria "non definito" comprende le segnalazioni di incidente per le quali non è stato possibile risalire alla CND di appartenenza del dispositivo medico.

Il principale limite del secondo indicatore risiede nella diversa valutazione e conseguente classificazione dell'esito che l'operatore sanitario fa in sede di occorrimento dell'incidente. Nonostante siano state emanate anche a livello europeo Linee Guida per la classificazione degli esiti degli incidenti, ci sono differenze significative nelle interpretazioni effettuate dagli operatori sanitari coinvolti. Anche in questo caso, la categoria "non definito" comprende le segnalazioni di incidente per le quali non è stato possibile risalire alla CND di appartenenza del dispositivo medico.
Il terzo indicatore pone in evidenza il fenomeno delle sotto-segnalazioni presente in alcune regioni. Incide nella validità dell'indicatore la disomogeneità nella valutazione degli eventi considerati come incidenti, che risulta molto variabile sia tra Regioni e PA, sia

D. MINELLA, A. CAMPANALE, M. VENTIMIGLIA, L. LISPI

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 576

all'interno della regione stessa tra le diverse strutture sanitarie. Considerando la definizione di dispositivo medico e di incidente, la popolazione residente potrebbe non essere il denominatore più appropriato per relativizzare il confronto, tuttavia può essere considerata una buona approssimazione (*proxy*). Sono, inoltre, state escluse dal calcolo quelle segnalazioni di incidente per cui non è stato possibile risalire alla Regione o PA in cui lo stesso si è verificato.

Valore di riferimento/Benchmark. Per tutti gli indicatori presentati non esiste uno specifico valore di riferimento da tenere in considerazione. L'attività di vigilanza si concentra, infatti, nella raccolta, registrazione e monitoraggio delle segnalazioni di incidente che riguardano i dispositivi medici notificate ai sensi della normativa vigente. Gli indicatori hanno una finalità descrittiva.

Descrizione dei risultati

Le segnalazioni di incidente, grazie alle attività di sensibilizzazione operate dal Ministero della Salute, sono cresciute nel tempo. Nello specifico, nell'anno 2022 sono state registrate nella banca dati "Dispovigilance" 8.414 segnalazioni di incidente. Il trend di segnalazione evidenzia un netto incremento rispetto all'anno 2021, in cui le segnalazioni notificate al Ministero della Salute erano circa 6.500. Nonostante l'evidente crescita del numero delle segnalazioni di incidente, occorre prestare particolare attenzione alla corretta analisi dei dati; un numero più elevato di segnalazioni non significa necessariamente una diminuzione nella sicurezza dei dispositivi immessi sul mercato. Occorre, infatti, considerare altre variabili, quali la diffusione o il consumo di dispositivi specifici in un determinato periodo di riferimento, il sistema di qualità dei fabbricanti e la sensibilizzazione alla segnalazione da parte degli operatori economici e degli operatori sanitari. Inoltre, bisogna ricordare che l'anno 2022 risente pienamente dell'entrata in vigore e dell'applicazione del Regolamento (UE) n. 745/2017, prevedendo maggiori obblighi di segnalazione per i fabbricanti entro tempistiche ben delineate, nonché l'invio di segnalazioni all'Autorità competente anche in caso di incertezze seguendo il principio della massima cautela.

A conferma di quanto sopra, a fronte di un aumento del numero di segnalazioni di incidente, si evidenzia che non è stato rilevato un aumento di esiti gravi sulla salute dei pazienti; la percentuale delle segnalazioni di incidente che hanno determinato decesso o inaspettato peggioramento dello stato di salute è rimasta invariata rispetto agli anni precedenti.

Il maggior numero di segnalazioni di incidente per l'anno 2022 coinvolge dispositivi medici appartenenti alla CND Z "Apparecchiature sanitarie e relativi accessori, software e materiali specifici", CND J "Dispositivi impiantabili attivi", CND P "Dispositivi protesici impiantabili e prodotti per osteosintesi", CND C "Dispositivi per apparato cardiocircolatorio" e CND A "Dispositivi da somministrazione, prelievo e raccolta" con, rispettivamente, 2.190 (26,0%), 1.828 (21,7%), 1.773 (21,1%), 650 (7,7%) e 593 (7,0%) segnalazioni di incidenti (Tabella 1, Grafico 1).

Dal confronto con le segnalazioni di incidente analizzate per CND relativamente all'anno precedente, si evince che in generale le categorie più rappresentate permangono sempre le stesse (Z, J, P, C e A), seppur con percentuali leggermente diverse. Con l'esclusione dei casi Non Definiti (ND), le CND sopra evidenziate (Z, J, P, C e A) coprono l'83,6% degli incidenti dell'anno 2022. La distribuzione, in percentuale, di tali segnalazioni dell'anno 2022 per categoria di CND di appartenenza è riportata nel Grafico 1.

Con il secondo indicatore è possibile valutare il numero di incidenti in relazione all'esito che l'incidente stesso ha generato. Su 8.414 segnalazioni di incidente, 357 segnalazioni (il 4,2%) hanno avuto come conseguenza un decesso o un inaspettato peggioramento dello stato di salute/serio pericolo per la salute pubblica. Di queste, 50 segnalazioni (0,6%) si riferiscono ad incidenti che hanno avuto come esito il decesso del paziente. Indipendentemente dalla categoria CND di riferimento, 8.029 segnalazioni (oltre il 95%) si riferiscono ad incidenti che non hanno detereminato un esito grave sul paziente , classificati come "Tutti gli altri incidenti da segnalare". Tale dato è in linea con quanto rilevato anche nell'anno 2021, in cui oltre il 95% delle segnalazioni di incidente riguardava incidenti che hanno avuto un esito non grave. Nell'anno 2022 gli incidenti che hanno portato al decesso appartengono, prevalentemente, alla Categoria CND P "Dispositivi protesici impiantabili e prodotti per osteosintesi" (43,1% dei decessi totali), alla CND J "Dispositivi impiantabili attivi" (29,4% dei decessi totali), alla CND Z "Apparecchiature sanitarie e relativi accessori, software e materiali specifici" (13,7% dei decessi totali) e alla CND C "Dispositivi per apparato cardiocircolatorio (5,9% dei decessi totali) (Tabella 2).

Questi dati indicano un incremento delle segnalazioni di incidente su tutto il territorio nazionale con una variazione, rispetto all'anno precedente, pari a +6,1% nel 2021 e +29,1% nel 2022; considerando solo le segnalazioni provenienti dagli operatori sanitari si rileva un incremento del +11,9% nel 2021 e +28,6% nel 2022, legata sia alle attività di sensibilizzazione, formazione e informazione, finalizzate a far comprendere l'importanza della segnalazione di incidente nel sistema di vigilanza, che all'avvio della rete nazionale della dispositivo-vigilanza avviata proattivamente il 13 ottobre 2022.

Le regioni che nell'anno 2022 hanno segnalato maggiormente gli incidenti sono state Lombardia, Emilia-

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 577

Romagna, Veneto e Toscana, che hanno inviato il 56,5% delle segnalazioni complessive, in linea con quanto rilevato negli anni precedenti. Si evidenzia un incremento nella notifica di incidenti in alcune regioni quali, ad esempio, Campania, Puglia, Sicilia e Sardegna, mentre nelle altre regioni si può supporre l'esistenza di fenomeni più o meno marcati di sotto-segnalazione, già evidenziati negli anni precedenti e che, purtroppo, nonostante le opere di sensibilizzazione del Ministero della Salute continuano a permanere. L'indicatore "Tasso di segnalazione di incidente regionale", espresso per 100.000 abitanti, ha lo scopo di mettere in evidenza l'entità delle differenze tra regioni. Tuttavia, in linea generale, il tasso di segnalazione regionale è migliorato nel 2022 rispetto agli anni precedenti, passando da un valore nazionale di 10,29 per 100.000 abitanti nel 2020, 11,0 per 100.000 abitanti nel 2021 e 13,89 per 100.000 abitanti nel 2022 (Tabella 3).

Nell'anno 2022 sono stati diffusi sul territorio nazionale 464 avvisi di sicurezza, numero leggermente inferiore rispetto all'anno precedente (2021), durante il quale gli stessi erano stati 599, ma in linea con gli anni precedenti (2020 e 2019) in cui il numero degli avvisi di sicurezza era di circa 500. La maggior parte di questi ha coinvolto dispositivi medici appartenenti alle categorie CND Z, P, C, A e J, rispettivamente, con 194 (41,8%), 50 (10,8%), 37 (8,0%), 30 (6,5%) e 25 (5,4%) avvisi di sicurezza (Tabella 4). Anche negli anni precedenti, 2020 e 2019, la maggior parte degli avvisi di sicurezza emanati ha riguardato dispositivi medici appartenenti alle medesime categorie CND. Al di là della categorizzazione sulla base della CND, gli avvisi di sicurezza vengono classificati in base alla tipologia: Aggiornamento delle *Instructions For Use*, Informazioni di sicurezza, Istruzioni di sicurezza oppure richiami del/i dispositivo/i medici dal mercato (*recall*). In relazione a ciò, i 464 avvisi di sicurezza relativi all'anno 2022 risultano composti per il 48,7% (226 avvisi) da Informazioni di sicurezza, il 37,7% (175 avvisi) da *recall*, il 12,3% (57 avvisi) da Istruzioni di sicurezza e l'1,3% (6 avvisi) da Aggiornamenti di avvisi di sicurezza già in essere.

Tabella 1 - *Segnalazioni (valori assoluti e valori per 100) di incidente per categoria della Classificazione Nazionale dei Dispositivi medici - Anni 2020-2022*

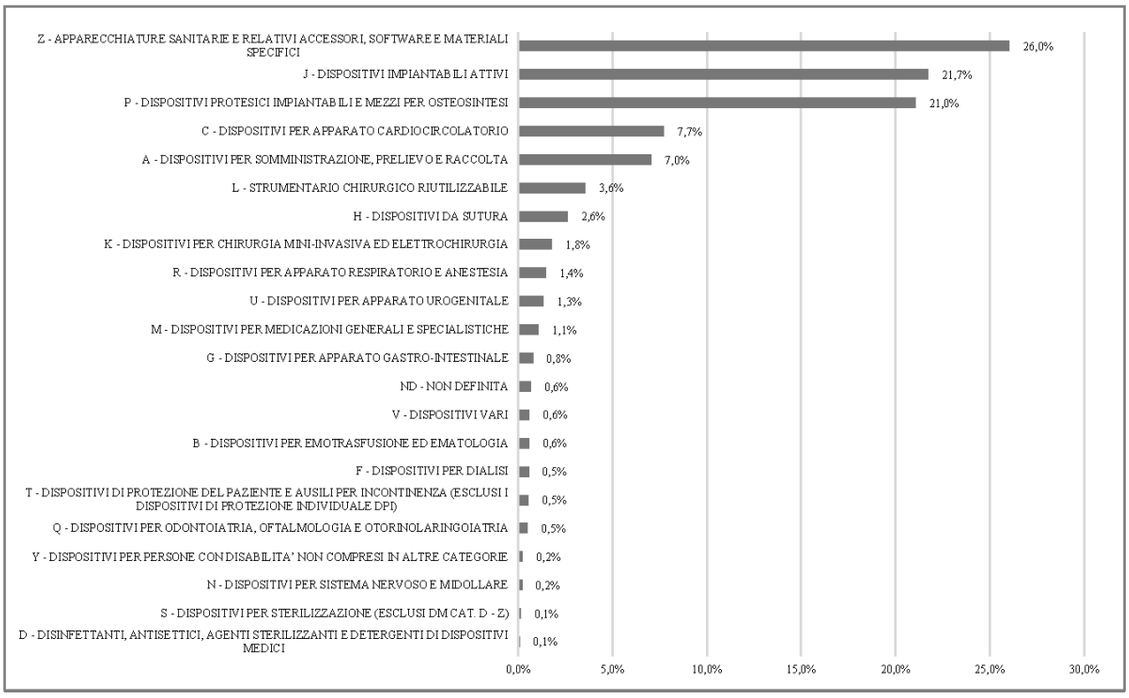
CND	Descrizione CND	N segnalazioni 2020	%	N segnalazioni 2021	%	N segnalazioni 2022	%
A	Dispositivi per somministrazione, prelievo e raccolta	508	8,3	530	8,1	593	7,0
B	Dispositivi per emotrasfusione ed ematologia	37	0,6	21	0,3	47	0,6
C	Dispositivi per apparato cardiocircolatorio	532	8,7	425	6,5	650	7,7
D	Disinfettanti, antisettici, agenti sterilizzanti e detergenti di dispositivi medici	2	0,0	1	0,0	5	0,1
F	Dispositivi per dialisi	34	0,6	41	0,6	46	0,5
G	Dispositivi per apparato gastro-intestinale	56	0,9	48	0,7	64	0,8
H	Dispositivi da sutura	143	2,3	228	3,5	219	2,6
J	Dispositivi impiantabili attivi	1.373	22,4	1.369	21,0	1.828	21,7
K	Dispositivi per chirurgia mini-invasiva ed elettrochirurgia	108	1,8	79	1,2	149	1,8
L	Strumentario chirurgico riutilizzabile	60	1,0	70	1,1	299	3,6
M	Dispositivi per medicazioni generali e specialistiche	35	0,6	67	1,0	89	1,1
N	Dispositivi per sistema nervoso e midollare	13	0,2	8	0,1	16	0,2
P	Dispositivi protesici impiantabili e mezzi per osteosintesi	1.410	23,0	1.632	25,0	1.773	21,1
Q	Dispositivi per odontoiatria, oftalmologia e otorinolaringoiatria	41	0,7	30	0,5	41	0,5
R	Dispositivi per apparato respiratorio e anestesia	60	1,0	64	1,0	122	1,4
S	Dispositivi per sterilizzazione (esclusi dm cat. D - Z)	4	0,1	7	0,1	9	0,1
T	Dispositivi di protezione del paziente e ausili per incontinenza (esclusi i dispositivi di protezione individuale DPI)	38	0,6	40	0,6	45	0,5
U	Dispositivi per apparato urogenitale	113	1,8	95	1,5	111	1,3
V	Dispositivi vari	36	0,6	29	0,4	48	0,6
Y	Dispositivi per persone con disabilità non compresi in altre categorie	10	0,2	25	0,4	18	0,2
Z	Apparecchiature sanitarie e relativi accessori, software e materiali specifici	1.496	24,4	1.706	26,2	2.190	26,0
ND	Non Definita	30	0,5	0	0,0	52	0,6
Totale		**6.139**		**6.515**		**8.414**	

Non Definita = segnalazioni prive di numero di Registrazione del dispositivo in banca dati e identificate con il nome commerciale fornito dal fabbricante nel Rapporto.

Fonte dei dati: NSIS, Ministero della Salute, Monitoraggio delle segnalazioni di incidenti. Situazione al 1° Marzo 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 578

Grafico 1 - *Distribuzione (valori per 100) delle segnalazioni di incidente aggregate per categoria della Classificazione Nazionale dei Dispositivi medici - Anno 2022*



Fonte dei dati: NSIS, Ministero della Salute, Monitoraggio delle segnalazioni di incidenti. Situazione al 1° Marzo 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 579

Tabella 2 - *Segnalazioni (valori assoluti) di incidente per esito dell'incidente e per categoria della Classificazione Nazionale dei Dispositivi medici - Anno 2022*

CND	Descrizione CND	Incidenti	Esito			
		N segnalazioni	Decessi	Inaspettato peggioramento dello stato di salute, serio pericolo per la salute pubblica	Tutti gli altri incidenti da segnalare	Non definito
A	Dispositivi per somministrazione, prelievo e raccolta	593	0	16	574	3
B	Dispositivi per emotrasfusione ed ematologia	47	0	0	47	0
C	Dispositivi per apparato cardiocircolatorio	650	3	25	622	0
D	Disinfettanti, antisettici, agenti sterilizzanti e detergenti di dispositivi medici	5	0	3	2	0
F	Dispositivi per dialisi	46	0	0	46	0
G	Dispositivi per apparato gastro-intestinale	64	0	4	59	1
H	Dispositivi da sutura	219	1	17	200	1
J	Dispositivi impiantabili attivi	1.828	15	53	1.758	2
K	Dispositivi per chirurgia mini-invasiva ed elettrochirurgia	149	0	10	139	0
L	Strumentario chirurgico riutilizzabile	299	0	6	292	1
M	Dispositivi per medicazioni generali e specialistiche	89	1	2	86	0
N	Dispositivi per sistema nervoso e midollare	16	0	1	15	0
P	Dispositivi protesici impiantabili e mezzi per osteosintesi	1.773	22	99	1.647	5
Q	Dispositivi per odontoiatria, oftalmologia e otorinolaringoiatria	41	0	5	36	0
R	Dispositivi per apparato respiratorio e anestesia	122	0	7	115	0
S	Dispositivi per sterilizzazione (esclusi dm cat. D - Z)	9	0	0	9	0
T	Dispositivi di protezione del paziente e ausili per incontinenza (esclusi i dispositivi di protezione individuale DPI)	45	0	0	42	3
U	Dispositivi per apparato urogenitale	111	0	3	108	0
V	Dispositivi vari	48	0	4	44	0
Y	Dispositivi per persone con disabilita' non compresi in altre categorie	18	1	0	17	0
Z	Apparecchiature sanitarie e relativi accessori, software e materiali specifici	2.190	6	52	2.120	12
ND	Non definita	52	1	0	51	0
Totale		**8.414**	**50**	**307**	**8.029**	**28**

Non Definita = segnalazioni prive di numero di Registrazione del dispositivo in banca dati e identificate con il nome commerciale fornito dal fabbricante nel Rapporto.

Fonte dei dati: NSIS, Ministero della Salute, Monitoraggio delle segnalazioni di incidenti. Situazione al 1° Marzo 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 580

Tabella 3 - *Segnalazioni (valori assoluti) di incidente, popolazione (valori assoluti) residente e tasso (valori per 100.000) di segnalazione di incidente per regione - Anno 2022*

Regioni	Segnalazioni	Popolazione residente	Tassi di segnalazione di incidenti
Piemonte	438	4.256.350	10,29
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	22	123.360	17,83
Lombardia	1.564	9.943.004	16,00
Bolzano-Bozen	*77*	*532.616*	*14,46*
Trento	*50*	*540.958*	*9,24*
Veneto	1.056	4.847.745	21,78
Friuli Venezia Giulia	147	1.194.647	12,30
Liguria	200	1.509.227	13,25
Emilia-Romagna	1.121	4.425.366	25,33
Toscana	896	3.663.191	24,46
Umbria	65	858.812	7,57
Marche	115	1.487.150	7,73
Lazio	672	5.714.882	11,76
Abruzzo	102	1.275.950	7,99
Molise	30	292.150	10,27
Campania	536	5.624.420	9,53
Puglia	420	3.922.941	10,71
Basilicata	12	541.168	2,22
Calabria	115	1.855.454	6,20
Sicilia	385	4.833.329	7,97
Sardegna	177	1.587.413	11,15
Italia*	**8.200***	**59.030.133**	**13,89**

*Il totale delle segnalazioni differisce per la mancanza dell'informazione relativa alla regione di appartenenza dell'evento.

Fonte dei dati: Istat - NSIS, Ministero della Salute, Monitoraggio delle segnalazioni di incidenti. Situazione al 1° Marzo 2023.

Tabella 4 - *Avvisi (valori assoluti e valori per 100) di sicurezza per categoria della Classificazione Nazionale dei Dispositivi medici - Anno 2022*

CND	Descrizione CND	N avvisi di sicurezza	% avvisi di sicurezza
A	Dispositivi per somministrazione, prelievo e raccolta	30	6,5
B	Dispositivi per emotrasfusione ed ematologia	5	1,1
C	Dispositivi per apparato cardiocircolatorio	37	8,0
D	Disinfettanti, antisettici, agenti sterilizzanti e detergenti di dispositivi medici	1	0,2
F	Dispositivi per dialisi	6	1,3
G	Dispositivi per apparato gastro-intestinale	6	1,3
H	Dispositivi da sutura	6	1,3
J	Dispositivi impiantabili attivi	25	5,4
K	Dispositivi per chirurgia mini-invasiva ed elettrochirurgia	13	2,8
L	Strumentario chirurgico riutilizzabile	13	2,8
M	Dispositivi per medicazioni generali e specialistiche	12	2,6
N	Dispositivi per sistema nervoso e midollare	1	0,2
P	Dispositivi protesici impiantabili e mezzi per osteosintesi	50	10,8
Q	Dispositivi per odontoiatria, oftalmologia e otorinolaringoiatria	12	2,6
R	Dispositivi per apparato respiratorio e anestesia	14	3,0
S	Dispositivi per sterilizzazione (esclusi dm cat. D-Z)	0	0,0
T	Dispositivi di protezione del paziente e ausili per incontinenza (esclusi i dispositivi di protezione individuale DPI)	4	0,9
U	Dispositivi per apparato urogenitale	9	1,9
V	Dispositivi vari	6	1,3
Y	Dispositivi per persone con disabilità non compresi in altre categorie	9	1,9
Z	Apparecchiature sanitarie e relativi accessori, software e materiali specifici	194	41,8
ND	Non Definita	11	2,4
Totale		**464**	

Non Definita: avvisi privi di numero di Banca dati dei dispositivi medici/Repertorio dei dispositivi medici e identificati con il nome commerciale fornito dal fabbricante nel Rapporto.

Fonte dei dati: NSIS, Ministero della Salute, Monitoraggio delle segnalazioni di incidenti. Situazione al 1° Marzo 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 581

Raccomandazioni di Osservasalute

L'introduzione del Regolamento Europeo ha sicuramente fornito una veste rinnovata e innovativa al quadro regolatorio alla base del sistema di vigilanza. L'acquisizione dei requisiti richiesti dal nuovo regolamento tra cui, in primis, la corretta interpretazione delle definizioni di incidente e incidente grave, sia tra gli operatori economici che tra gli operatori sanitari, rappresenta un punto cardine in un sistema di vigilanza concreto, proattivo ed efficace.

L'attività di sensibilizzazione alla segnalazione di incidente da parte del Ministero della Salute, così come le occasioni di condivisione e collaborazione con le regioni, sono di importanza fondamentale per la costruzione di un sistema integrato e standardizzato su tutto il territorio nazionale.

Avere un sistema di vigilanza che funzioni al meglio significa far in modo che tutti gli attori, che a vario titolo ne sono parte, siano consapevoli e collaborino proficuamente verso il raggiungimento di un fine comune, quello della tutela del paziente. Il miglioramento della collaborazione tra tutti gli attori coinvolti rappresenta, quindi, uno degli obiettivi principali che il Ministero della Salute persegue, affinché il sistema di vigilanza possa realmente e concretamente funzionare al meglio. Da qui, ad esempio, l'esigenza dell'istituzione di una rete nazionale della dispositivo-vigilanza, che prefissandosi l'obiettivo di armonizzare i comportamenti a livello nazionale e di favorire lo scambio tempestivo e capillare delle informazioni in materia di vigilanza su tutto il territorio italiano, mira al miglioramento continuo.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 582

Rete nazionale della dispositivo-vigilanza

Dott.ssa Daniela Minella, Dott. Marco Ventimiglia, Dott.ssa Antonella Campanale, Dott.ssa Lucia Lispi

Uno strumento operativo del sistema di vigilanza è rappresentato dalla rete nazionale della dispositivo-vigilanza, finalizzata allo scambio informativo tra tutti gli attori coinvolti, che risulti tempestivo, strutturato e armonizzato sull'intero territorio nazionale. La necessità di creare una rete funzionale in Italia dedicata alla vigilanza si è resa ancora più evidente anche alla luce dell'entrata in vigore e della piena applicazione dei Regolamenti Europei.
L'istituzione di una rete nazionale per la dispositivo-vigilanza trova il proprio fondamento normativo nell'art. 1 comma 586 della Legge n.190 del 23 dicembre 2014 (Legge di stabilità 2015). Le finalità sono molteplici e mirano in primo luogo ad un rafforzamento del sistema di vigilanza, all'uniformità di comportamento in tutto il territorio nazionale attraverso l'attribuzione di ruoli e responsabilità definite ai soggetti coinvolti e alla condivisione trasparente, capillare e tempestiva delle informazioni che riguardano gli incidenti e gli avvisi di sicurezza.
I lavori preparatori per la definizione del Decreto e l'organizzazione della rete si sono svolti negli anni 2021 e 2022 con il coinvolgimento attivo dei referenti delle Regioni e PA che hanno sancito l'intesa in Conferenza Stato Regioni il 16 marzo 2022. I lavori si sono conclusi con l'emanazione del Decreto Ministeriale 31 marzo 2022 e la sua pubblicazione in Gazzetta Ufficiale il 16 aprile 2022. Il sistema informativo a supporto della rete della dispositivo-vigilanza è entrato in esercizio il 13 ottobre 2022 .
Il Decreto, corredato da un disciplinare tecnico, definisce le modalità attuative della rete della dispositivo-vigilanza, i contenuti informativi e le modalità di interscambio dei dati tra i vari soggetti coinvolti.
I soggetti coinvolti sono:
- l'Operatore Sanitario che, nell'esercizio delle sue funzioni, ha un ruolo centrale nella rilevazione degli eventi che possono qualificarsi come incidenti;
- il Responsabile Locale della Vigilanza che, nel fungere da elemento di contatto tra l'operatore sanitario e la Regione, rappresenta il punto di riferimento aziendale o territoriale, per la valutazione e validazione degli incidenti;
- il Responsabile Regionale della Vigilanza che, nel fungere da elemento di contatto tra la Regione e il Ministero della Salute, assicura il coordinamento e il monitoraggio dell'attività di vigilanza nell'ambito della propria regione o PA predisponendo altresì l'elenco aggiornato dei responsabili locali della vigilanza.
Il Ministero della Salute, ed in particolare la Direzione Generale dei dispositivi medici e del servizio farmaceutico, svolge tutte le attività previste dalla normativa comunitaria e nazionale in materia di dispositivo-vigilanza, garantendo il coordinamento con le altre Autorità competenti nel caso di incidenti e azioni correttive che coinvolgono diversi Paesi europei.
Gli elementi chiave del Decreto sono l'individuazione dei soggetti coinvolti nella rete con ruoli e responsabilità ben definiti, l'istituzione di un sistema informativo a supporto della stessa, la tipologia dei dati raccolti, le modalità e i tempi di segnalazione dell'incidente, i profili di accesso ai dati e l'istituzione di un gruppo di lavoro per il monitoraggio nazionale della dispositivo-vigilanza.
Nel disciplinare tecnico sono definite le modalità di alimentazione e gestione del sistema informativo a supporto della rete nazionale della dispositivo-vigilanza, e nello specifico:
- i soggetti e le modalità di alimentazione del sistema informativo della dispositivo-vigilanza;
- i dati contenuti nel sistema;
- i profili di accesso ai dati e le principali modalità di alimentazione del sistema informativo della dispositivo-vigilanza.
La rete nazionale della dispositivo-vigilanza è basata su una struttura gerarchica di ruoli e responsabilità che vanno dal livello territoriale, al livello regionale fino a quello centrale rappresentato dal Ministero della Salute. Attraverso l'individuazione dei Responsabili Locali della Vigilanza, che hanno il compito di analizzare, integrare, valutare e validare le segnalazioni di incidente compilate dagli operatori sanitari, e attraverso l'identificazione per ogni regione e PA di un Responsabile Regionale della Vigilanza, il quale ha il compito di coordinare le attività dei Responsabili Locali della Vigilanza all'interno della regione di competenza, si intende:
- assicurare un comportamento uniforme sul territorio nazionale in relazione alla segnalazione degli incidenti da parte degli operatori sanitari;

[1] Decreto ministeriale 31 marzo 2022. Disponibile sul sito: www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=86833.
[2] Ministero della Salute. Il sistema di vigilanza. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/portale/dispositiviMedici/dettaglioContenutiDispositiviMedici.jsp?lingua=italiano&id=90&area=dispositivi-medici&menu=vigilanza.
[3] Chiarimenti e indicazioni operative riguardo la rete nazionale della dispositivo-vigilanza. FAQ - Frequent Asked Question. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_90_5_file.pdf.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 583

- limitare i fenomeni di sotto-segnalazione attraverso un maggiore coinvolgimento dei Responsabili Locali della Vigilanza e dei Responsabili Regionali della Vigilanza;
- ricevere dagli operatori sanitari segnalazioni di incidente complete e verificate al fine di garantire all'Autorità competente di avere dati di vigilanza di qualità sui quali svolgere puntuali attività di monitoraggio.

L'istituzione di una rete nazionale della dispositivo-vigilanza rappresenta, quindi, uno strumento concreto finalizzato ad armonizzare i comportamenti ed integrare il territorio all'interno di un sistema di vigilanza complesso che opera in maniera trasversale dall'ambito nazionale a quello europeo con l'obiettivo di una tutela completa dei pazienti e degli utilizzatori di dispositivi medici.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 584

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 585

Approfondimenti (*www.osservatoriosullasalute.it*)

- Inquinamento atmosferico (Prof. Antonio Azara, Prof. Umberto Moscato, Dott.ssa Giovanna Deiana, Dott. Andrea Pischedda)

- Ambiente e salute (Prof. Antonio Azara, Prof. Umberto Moscato, Dott.ssa Giovanna Deiana, Dott. Andrea Pischedda)

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 586

Elenco Tabelle (*www.osservatoriosullasalute.it*)

Popolazione

- Popolazione (valori assoluti in migliaia e peso per 100 sul totale della popolazione) di età 65-74 anni per cittadinanza e popolazione femminile (rapporto di composizione per 100) per regione - Situazione al 1° gennaio 2023
- Popolazione (valori assoluti in migliaia e peso per 100 sul totale della popolazione) di età 75-84 anni per cittadinanza e popolazione femminile (rapporto di composizione per 100) per regione - Situazione al 1° gennaio 2023
- Popolazione (valori assoluti in migliaia e peso per 100 sul totale della popolazione) di età 85 anni ed oltre per cittadinanza e popolazione femminile (rapporto di composizione per 100) per regione - Situazione al 1° gennaio 2023
- Tasso di fecondità totale (numero medio di figli per donna), età media (valori in anni) della madre al parto e quota (valori per 100) di nati da madre straniera per regione - Anno 2022

Fumo, alcol, alimentazione, eccesso ponderale e prevenzione

- Prevalenza (valori per 100) di fumatori, ex-fumatori e non fumatori nella popolazione di età 14 anni ed oltre per regione, macroarea e densità abitativa - Anno 2022
- Prevalenza (valori per 100) di fumatori ed ex-fumatori e numero medio (valori assoluti) di sigarette fumate al giorno per genere e classe di età - Anno 2022
- Prevalenza (valori per 100) di persone di età 14 anni ed oltre utilizzatrici di sigarette elettroniche per macroarea e densità abitativa - Anno 2022
- Prevalenza (valori per 100) di astinenti, astemi, non consumatori e consumatori di alcol per regione - Anni 2021-2022
- Prevalenza (valori per 100) di consumatori a rischio di alcol per classe di età, genere e regione - Anno 2022
- Popolazione (valori per 100) di età 3 anni ed oltre per consumo quotidiano di Verdura, Ortaggi e Frutta (VOF) e porzioni di VOF per regione - Anno 2022
- Popolazione (valori per 100) di età 3 anni ed oltre per consumo di alcuni alimenti per regione - Anno 2022
- Prevalenza (valori per 100) di persone di età 18 anni ed oltre in sovrappeso ed obese per regione - Anno 2022
- Prevalenza (valori per 100) di persone in sovrappeso ed obese per genere e classe di età - Anno 2022
- Prevalenza media (valori per 100) di minori in eccesso di peso per genere e classe di età - Anni 2021-2022
- Prevalenza media (valori per 100) di minori di età 3-17 anni in eccesso di peso per regione - Anni 2021-2022
- Prevalenza media (valori per 100) di minori di età 3-17 anni in eccesso di peso per genere e alcune caratteristiche dei genitori/famiglia - Anni 2021-2022
- Prevalenza (valori per 100) di bambini di età 8-9 anni in sovrappeso e obesi per caratteristiche socioeconomiche dei genitori - Anno 2019
- *Odds Ratios* e Intervalli di Confidenza al 95% di eccesso di peso e di obesità nei bambini aggiustati per tutte le variabili riportate. Modelli di regressione logistica - Anno 2019
- Prevalenza (valori per 100) di persone di età 3 anni ed oltre che praticano sport in modo continuativo, in modo saltuario, svolgono qualche attività fisica o non praticano sport per genere - Anni 2001-2003, 2005-2022
- Prevalenza (valori per 100) di persone di età 3 anni ed oltre che praticano sport in modo continuativo, in modo saltuario, svolgono qualche attività fisica o non praticano sport per regione - Anno 2022
- Prevalenza (valori per 100) di persone che praticano sport in modo continuativo, in modo saltuario, svolgono qualche attività fisica o non praticano sport per genere e classe di età - Anno 2022

Incidenti

- Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità per incidente stradale per genere e regione - Anni 2020-2022
- Tasso e media (valori per 1.000) di incidentalità stradale, incidenti stradali e decessi (valori assoluti) per incidente stradale per regione - Anni 2020-2022
- Decessi (valori assoluti) per incidente stradale per Paese dell'Unione Europea-27 e dell'Unione Europea-28 - Anni 2001, 2010, 2015-2022
- Feriti gravi (valori assoluti) per incidente stradale e rapporto (valori per 100) di gravità per regione - Anni 2017-2022
- Tasso (valori per 100.000) di infortuni sul lavoro per regione - Anni 2018-2022
- Tasso (valori per 100.000) di mortalità per infortuni sul lavoro per regione - Anni 2018-2022

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 588

- Persone (valori assoluti in migliaia) e tasso (valori per 1.000) di incidenti domestici nella popolazione che nei 3 mesi precedenti l'intervista hanno subito incidenti in ambiente domestico per regione - Anno 2022
- Incidenti (valori assoluti in migliaia e valori assoluti) in ambiente domestico nei 3 mesi precedenti l'intervista per regione - Anno 2022

Ambiente

- Produzione (valori assoluti in tonnellate, valori pro capite in kg/ab e valori per 100) di rifiuti solidi urbani per regione - Anno 2022
- Produzione (valori pro capite in kg/ab) di rifiuti solidi urbani e variazione (valori per 100) per Paese dell'Unione Europea-27 - Anni 2007-2021
- Rifiuti solidi urbani (valori assoluti in tonnellate e valori per 100 sul totale dei rifiuti prodotti) smaltiti in discarica e inceneriti, impianti (valori assoluti) e produzione totale (valori assoluti in tonnellate) per regione - Anno 2022
- Rifiuti solidi urbani (valori in kg/ab per anno) inceneriti e smaltiti in discarica e variazione (valori per 100) per Paese dell'Unione Europea-27 - Anni 2000, 2021
- Rifiuti solidi urbani (valori assoluti in tonnellate, valori pro capite in kg/ab e valori per 100 sul totale dei rifiuti prodotti) raccolti in modo differenziato per regione - Anno 2022
- Rifiuti solidi urbani (valori per 100) raccolti in modo differenziato per Paese dell'Unione Europea-27 - Anno 2021

Sopravvivenza e mortalità per causa

- Speranza di vita (valori in anni) alla nascita e variazione (valori assoluti) per genere, regione e macroarea - Anni 2019-2023
- Speranza di vita (valori in anni) all'età di 65 anni e variazione (valori assoluti) per genere, regione e macroarea - Anni 2019-2023
- Decessi (valori assoluti) per genere e regione - Anni 2015-2021
- Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità per genere e regione - Anni 2015-2021
- Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità per le principali cause di morte e regione. Maschi - Media 2015-2019, Anno 2021
- Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità per le principali cause di morte e regione. Femmine - Media 2015-2019, Anno 2021
- Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità nella popolazione di età 1-19 anni per le principali cause di morte e regione. Maschi - Media 2015-2019, Anno 2021
- Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità nella popolazione di età 1-19 anni per le principali cause di morte e regione. Femmine - Media 2015-2019, Anno 2021
- Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità nella popolazione di età 20-39 anni per le principali cause di morte e regione. Maschi - Media 2015-2019, Anno 2021
- Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità nella popolazione di età 20-39 anni per le principali cause di morte e regione. Femmine - Media 2015-2019, Anno 2021
- Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità nella popolazione di età 40-59 anni per le principali cause di morte e regione. Maschi - Media 2015-2019, Anno 2021
- Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità nella popolazione di età 40-59 anni per le principali cause di morte e regione. Femmine - Media 2015-2019, Anno 2021
- Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità nella popolazione di età 60-74 anni per le principali cause di morte e regione. Maschi - Media 2015-2019, Anno 2021
- Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità nella popolazione di età 60-74 anni per le principali cause di morte e regione. Femmine - Media 2015-2019, Anno 2021
- Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità nella popolazione di età 75-89 anni per le principali cause di morte e regione. Maschi - Media 2015-2019, Anno 2021
- Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità nella popolazione di età 75-89 anni per le principali cause di morte e regione. Femmine - Media 2015-2019, Anno 2021
- Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità nella popolazione di età 90 anni ed oltre per le principali cause di morte e regione. Maschi - Media 2015-2019, Anno 2021
- Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità nella popolazione di età 90 anni ed oltre per le principali cause di morte e regione. Femmine - Media 2015-2019, Anno 2021
- Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità prematura per genere - Anni 2004-2021
- Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità prematura per regione. Maschi - Anni 2015-2021

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 589

- Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità prematura per regione. Femmine - Anni 2015-2021

Impatto epidemiologico delle cronicità in Medicina Generale

- Prevalenza (valori per 100) *lifetime* delle principali patologie croniche tra gli assistiti dai Medici di Medicina Generale aderenti al *network Health Search* per regione - Anno 2022
- Frequenza (valori assoluti e valori per 100) di multimorbidità tra i pazienti assistiti dai Medici di Medicina Generale aderenti al *network Health Search* per combinazione di patologie concomitanti - Anno 2022
- Numero medio e mediano di prescrizioni farmaceutiche, accertamenti e contatti con il Medico di Medicina Generale nei pazienti con multimorbidità assistiti dai Medici di Medicina Generale aderenti al *network Health Search* per genere e regione - Anni 2021-2022

Malattie cardio e cerebrovascolari

- Tasso (standardizzato per 100.000) di dimissioni ospedaliere, da istituti pubblici e privati accreditati, per codici di diagnosi di malattie ischemiche del cuore (410-414) separatamente ed insieme ad altre forme acute e subacute di ischemia cardiaca (410-411) e Infarto Miocardico Acuto (410) in regime di Ricovero Ordinario e diagnosi principale per regione. Maschi - Anni 2016-2022
- Tasso (standardizzato per 100.000) di dimissioni ospedaliere, da istituti pubblici e privati accreditati, per codici di diagnosi di malattie ischemiche del cuore (410-414) separatamente ed insieme ad altre forme acute e subacute di ischemia cardiaca (410-411) e Infarto Miocardico Acuto (410) in regime di Ricovero Ordinario e diagnosi principale per regione. Femmine - Anni 2016-2022
- Tasso (standardizzato per 100.000) di dimissioni ospedaliere, da istituti pubblici e privati accreditati, per codici di diagnosi di malattie cerebrovascolari complessive (430-438), ictus emorragico (430-432) e ictus ischemico più altre malattie cerebrovascolari incluso il Transient Ischemic Attack (434-437) in regime di Ricovero Ordinario e diagnosi principale per regione. Maschi - Anni 2016-2022
- Tasso (standardizzato per 100.000) di dimissioni ospedaliere, da istituti pubblici e privati accreditati, per codici di diagnosi di malattie cerebrovascolari complessive (430-438), ictus emorragico (430-432) e ictus ischemico più altre malattie cerebrovascolari incluso il Transient Ischemic Attack (434-437) in regime di Ricovero Ordinario e diagnosi principale per regione. Femmine - Anni 2016-2022
- Tasso (standardizzato per 100.000) di dimissioni ospedaliere, da istituti pubblici e privati accreditati, per codici di diagnosi di insufficienza cardiaca (428) e fibrillazione atriale (427.3) in regime di Ricovero Ordinario e diagnosi principale per regione. Maschi - Anni 2016-2022
- Tasso (standardizzato per 100.000) di dimissioni ospedaliere, da istituti pubblici e privati accreditati, per codici di diagnosi di insufficienza cardiaca (428) e fibrillazione atriale (427.3) in regime di Ricovero Ordinario e diagnosi principale per regione. Femmine - Anni 2016-2022
- Tasso (standardizzato e specifico per 10.000) di mortalità per malattie ischemiche del cuore per regione. Maschi – Anni 2020-2021
- Tasso (standardizzato e specifico per 10.000) di mortalità per malattie ischemiche del cuore per regione. Femmine - Anni 2020-2021
- Tasso (standardizzato e specifico per 10.000) di mortalità per malattie cerebrovascolari per regione. Maschi - Anni 2020-2021
- Tasso (standardizzato e specifico per 10.000) di mortalità per malattie cerebrovascolari per regione. Femmine - Anni 2020-2021

Malattie metaboliche

- Tasso (standardizzato per 10.000) di dimissioni ospedaliere, da istituti pubblici e privati accreditati, di pazienti con diagnosi principale o secondaria di diabete mellito per genere e regione - Anni 2020-2022
- Tasso (standardizzato per 10.000) di dimissioni ospedaliere, da istituti pubblici e privati accreditati per regime di Ricovero Ordinario, di pazienti con diagnosi principale o secondaria di diabete mellito per genere e regione - Anni 2020-2022
- Tasso (standardizzato per 10.000) di dimissioni ospedaliere, da istituti pubblici e privati accreditati per regime di Day Hospital, di pazienti con diagnosi principale o secondaria di diabete mellito per genere e regione - Anni 2020-2022
- Tasso (standardizzato e specifico per 10.000) di mortalità per diabete mellito per regione. Maschi - Anni 2020-2021
- Tasso (standardizzato e specifico per 10.000) di mortalità per diabete mellito per regione. Femmine - Anni 2020-2021
- Prevalenza (valori per 100) di diabete nelle persone di età 18 anni ed oltre in condizione di obesità, sedentarietà

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 590

e nella popolazione generale per genere - Anni 2001-2003, 2005-2022
- Prevalenza (valori per 100) di diabete nelle persone in condizione di obesità, sedentarietà e nella popolazione generale per genere e classe di età - Anno 2022
- Prevalenza (valori per 100) di diabete nelle persone di età 18 anni ed oltre in condizione di obesità, sedentarietà e nella popolazione generale per regione - Anno 2022
- Prevalenza (valori per 100) di diabete per genere, classe di età e titolo di studio - Anno 2022
- Tasso (standardizzato per 100) di diabete nelle persone di età 25 anni ed oltre per titolo di studio e regione - Anno 2022

Malattie infettive

- Proporzione (valori per 100) di copertura vaccinale nei bambini di età ≤24 mesi per tipologia di antigene e regione - Anno 2022
- Proporzione (valori per 100) di copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione di età 6 mesi ed oltre per regione - Stagioni 2013-2014/2022-2023
- Proporzione (valori per 100) di copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione di età 65 anni ed oltre per regione - Stagioni 2013-2014/2022-2023
- Proporzione (valori per 100) di copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione di età <2 anni per regione - Stagioni 2013-2014/2022-2023
- Proporzione (valori per 100) di copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione di età 2-4 anni per regione - Stagioni 2013-2014/2022-2023
- Proporzione (valori per 100) di copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione di età 5-8 anni per regione - Stagioni 2013-2014/2022-2023
- Variazione (valori per 100) dei tassi di copertura vaccinale antinfluenzale per classe di età pediatrica (0-8 anni) - Stagioni 2021-2022, 2022-2023
- Tasso (specifico per 100) di incidenza di casi di sindrome simil-influenzale per regione - Stagione 2022-2023

Disabilità

- Persone (valori per 100) con o senza limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che vivono in famiglia che hanno fatto ricorso ad un accertamento diagnostico negli ultimi 12 mesi per regione - Anni 2018-2022
- Persone (valori per 100) con o senza limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che vivono in famiglia che hanno fatto ricorso ad una visita specialistica negli ultimi 12 mesi per regione - Anni 2018-2022
- Rinuncia (valori per 100) a visite specialistiche e accertamenti diagnostici delle persone con o senza limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che vivono in famiglia per regione - Anni 2018-2022
- Persone (valori per 100) con o senza limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che vivono in famiglia che hanno fatto ricorso al Pronto Soccorso negli ultimi 3 mesi per regione - Anni 2018-2022
- Persone (valori per 100) con o senza limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che vivono in famiglia che hanno avuto difficoltà a raggiungere il Pronto Soccorso per regione - Anni 2018-2022
- Ricorso (valori per 100) al ricovero ospedaliero negli ultimi 3 mesi delle persone senza o con limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che vivono in famiglia per regione - Anni 2018-2022
- Persone (valori per 100) con limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che vivono in famiglia che hanno fatto ricorso all'assistenza domiciliare negli ultimi 3 mesi per regione - Anni 2018-2022
- Persone (valori per 100) di età 6-64 anni senza o con limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che vivono in famiglia che hanno fatto ricorso ad un Consultorio negli ultimi 3 mesi per macroarea - Anni 2018-2022
- Persone (valori per 100) senza o con limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che vivono in famiglia che hanno fatto ricorso ad un Centro di assistenza psichiatrica negli ultimi 3 mesi per classe di età e macroarea - Anni 2018-2022

Salute mentale

- Indice di salute mentale (punteggi medi standardizzati) e prevalenza (tasso standardizzato per 100) di severo disagio psicologico delle persone di età 14 anni ed oltre per regione - Anni 2019-2022
- Consumo (valori in DDD/1.000 ab die) di farmaci antidepressivi pesato per età e variazione (valori per 100) per regione - Anni 2011-2022
- Tasso (standardizzato e specifico per 10.000) di dimissioni ospedaliere (non ripetute) con diagnosi principale o secondaria di disturbo psichico per regione. Maschi - Anno 2022
- Tasso (standardizzato e specifico per 10.000) di dimissioni ospedaliere (non ripetute) con diagnosi principale o secondaria di disturbo psichico per regione. Femmine - Anno 2022
- Tasso (specifico per 100.000) di dimissioni ospedaliere (non ripetute) con diagnosi principale o secondaria per

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 591

abuso, dipendenza o psicosi da sostanze psicoattive per regione. Maschi - Anno 2022
- Tasso (specifico per 100.000) di dimissioni ospedaliere (non ripetute) con diagnosi principale o secondaria per abuso, dipendenza o psicosi da sostanze psicoattive per regione. Femmine - Anno 2022
- Tasso medio (grezzo, standardizzato e specifico per 100.000) di mortalità per suicidio e suicidi (valori assoluti) nella popolazione di età 15 anni ed oltre per genere e regione - Anni 2019-2020
- Tasso medio (grezzo, standardizzato e specifico per 100.000) di mortalità per omicidio nella popolazione di età 15 anni ed oltre per genere e regione - Anni 2019-2020

Salute materno-infantile

- Punti nascita (valori assoluti) totali e per volume di attività <1.000 parti annui per regione - Anni 2013, 2020-2022
- Punti nascita (valori assoluti) totali con Unità Operativa di Terapia Intensiva Neonatale per regione - Anni 2021-2022
- Proporzione (valori per 100) di parti con Taglio Cesareo e variazione (valori per 100) per regione - Anni 2015-2022
- Proporzione (valori per 100) di parti con Taglio Cesareo primario e variazione (valori per 100) per regione - Anni 2015-2022
- Proporzione (valori per 100) di parti con Taglio Cesareo ripetuto e variazione (valori per 100) per regione - Anni 2015-2022
- Tasso (standardizzato per 10.000) di parti con Taglio Cesareo e variazione (valori per 100) per regione - Anni 2015-2022
- Parti (valori per 100) totali e incidenza (valori per 100) dei parti con Taglio Cesareo per Classe di Robson e regione - Anno 2022
- Accertamenti (valori per 100 parti) delle donne in gravidanza (numero di visite >4, 1a visita tardivamente >10 settimane di gestazione, numero di ecografie <3, almeno 1 indagine prenatale invasiva) per regione di evento - Anno 2022
- Nati vivi (valori per 100) totali, sottopeso e fortemente sottopeso, per Classe di punteggio Apgar e regione - Anno 2022
- Cicli (valori assoluti) totali, cicli (valori per 1.000.000) iniziati, tasso cumulativo (standardizzato per 100) di gravidanze, parti (valori per 100) multipli e gravidanze (valori per 100) perse al *follow-up* per regione - Anni 2020-2021
- Cicli (valori assoluti e valori per 100) iniziati con donazione di gameti e/o embrioni per regione - Anni 2014-2021
- Abortività (valori per 100) volontaria di donne di età 15-49 anni per tipo di metodo utilizzato (chirurgico o farmacologico), giorni di attesa, indicazione di urgenza, terapia antalgica e complicazioni per regione - Anno 2022
- Consultori familiari (valori assoluti), interruzioni volontarie di gravidanza (valori assoluti), Consultori familiari che effettuano *counselling* (valori per 100), colloqui (valori assoluti), certificati rilasciati (valori per 100) e controlli post-Interruzione Volontaria di Gravidanza (valori assoluti) per regione - Anno 2021

Salute della popolazione straniera

- Stranieri (valori assoluti in migliaia) residenti, quota (valori per 100) di stranieri per macroarea di cittadinanza e stranieri (valori per 100) residenti sul totale dei residenti per regione - Situazione al 1° gennaio 2023
- Stranieri (valori assoluti in migliaia) residenti e quota (valori per 100) delle prime tre cittadinanze sul totale dei residenti stranieri per genere e regione - Situazione al 1° gennaio 2023
- Incidenza (valori per 100) di nati da un genitore straniero (madre straniera o padre straniero), da genitori entrambi stranieri e da genitori entrambi italiani per regione - Anno 2022
- Quota (valori per 100) di nati stranieri per macroarea di cittadinanza per regione - Anno 2022
- Stranieri (valori per 100) residenti, stima (valori assoluti) di nati stranieri, nati (valori per 100) stranieri e variazione (valori per 100) della stima del numero di nati stranieri (2015-2022) per le prime dieci cittadinanze - Anno 2022
- Dimissioni (valori assoluti e tasso per 1.000) ospedaliere di pazienti e variazione (valori per 100) per cittadinanza e regime di ricovero - Media 2017-2019, anni 2020-2022
- Dimissioni (tasso standardizzato per 1.000) ospedaliere di pazienti per genere, cittadinanza e regime di ricovero - Media 2017-2019, anni 2020-2022
- Dimissioni (valori per 100 e tasso standardizzato per 1.000) ospedaliere di pazienti per cittadinanza e regione di residenza - Media 2017-2019, anni 2020-2022
- Dimissioni (tasso standardizzato per 1.000) ospedaliere di pazienti di età 18 anni ed oltre in regime di Ricovero

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 592

Ordinario per genere, cittadinanza e diagnosi principale alla dimissione - Media 2017-2019, anno 2022
- Dimissioni (tasso standardizzato per 1.000) ospedaliere di pazienti di età 18 anni ed oltre in regime di Day Hospital per genere, cittadinanza e diagnosi principale alla dimissione - Media 2017-2019, anno 2022
- Interruzioni Volontarie di Gravidanza (valori per 100) effettuate da donne con cittadinanza straniera provenienti dai Paesi a forte pressione migratoria per regione - Anni 2003, 2013, 2018-2022
- Interruzioni Volontarie di Gravidanza (valori assoluti, valori per 100 e tasso standardizzato per 1.000) effettuate da donne straniere residenti in Italia per alcune cittadinanze - Anni 2003, 2011, 2017-2022
- Età media (valori in anni) delle madri al parto e parti (valori per 100) per cittadinanza della madre e regione di evento - Anni 2019-2022
- Età media (valori in anni) delle madri al parto e parti (valori per 100) per le prime dieci cittadinanze della madre - Anno 2022
- Donne (valori per 100 parti) che hanno effettuato accertamenti in gravidanza (numero di visite >4, 1ª visita tardivamente, numero di ecografie <3 e almeno 1 indagine prenatale invasiva) per cittadinanza e regione di evento - Anno 2022
- Nati vivi (valori per 100) per cittadinanza, Classe di punteggio Apgar e regione - Anni 2021-2022
- Casi (valori assoluti) di tubercolosi tra le persone nate all'estero per regione - Anni 2006-2022
- Casi (valori assoluti) di tubercolosi tra le persone nate all'estero per regione - Anni 2006-2022
- Decessi (valori assoluti e valori per 100) di stranieri residenti e non in Italia oltre il 1° anno di vita - Anni 1992, 2000, 2010, 2014-2021
- Decessi (valori assoluti) e tasso (standardizzato per 10.000, Media 2019-2021) di mortalità oltre il primo anno di vita degli stranieri residenti in Italia per genere, regione e macroarea - Anni 2019-2021
- Tasso (standardizzato per 10.000) e Rischio Relativo di mortalità degli stranieri residenti in Italia e degli italiani di età 18-64 per genere e area di cittadinanza - Anni 2017-2021
- Tasso (standardizzato per 10.000) e Rischio Relativo di mortalità degli stranieri residenti in Italia e degli italiani di età 18-64 anni per causa di decesso, genere e area di cittadinanza - Anni 2019-2021

Assetto economico-finanziario
- Spesa (valori per 100) sanitaria pubblica corrente totale, per funzione e in convenzione per prestazioni sociali in rapporto al Prodotto Interno Lordo per regione - Anno 2022
- Spesa (valori in €) sanitaria pubblica pro capite, variazione (valori per 100) e tasso medio composto annuo (valori per 100) per regione - Anni 2012-2022
- Spesa (valori in €) sanitaria privata pro capite e tasso medio composto annuo (valori per 100) per regione - Anni 2011-2021
- Avanzo/disavanzo (valori in €) sanitario pubblico pro capite per regione - Anni 2006, 2021-2022

Assetto istituzionale-organizzativo
- Spesa (valori per 100) per il personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale sul totale della spesa sanitaria e variazione (valori in punti percentuali) per regione - Anni 2018-2021
- Spesa (pesata e grezza - valori pro capite in €) per il personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale e variazione (valori per 100) per regione - Anni 2018-2021
- Tasso (valori per 100) di compensazione del *turnover* al netto delle procedure di stabilizzazione per regione - Anni 2018-2021
- Personale (valori assoluti) medico e odontoiatrico del Servizio Sanitario Nazionale e variazione (valori per 100) per regione - Anni 2018-2021
- Tasso (grezzo e pesato per 1.000) di medici e odontoiatri del Servizio Sanitario Nazionale e variazione (valori per 100) per regione - Anni 2018-2021
- Personale (valori assoluti) infermieristico del Servizio Sanitario Nazionale e variazione (valori per 100) per regione - Anni 2018-2021
- Tasso (grezzo e pesato per 1.000) di infermieri del Servizio Sanitario Nazionale e variazione (valori per 100) per regione - Anni 2018-2021

Assistenza territoriale
- Assistiti (valori assoluti), popolazione media residente (valori assoluti) e tasso (valori per 100) di assistiti trattati in Assistenza Domiciliare Integrata di età 65 anni ed oltre e 75 anni ed oltre per regione - Anno 2022
- Tasso (valori per 10.000) di posti letto per persone con disabilità e anziani non autosufficienti nelle strutture socio-sanitarie e Coefficiente di Variazione (valori per 100) per regione - Anno 2021
- Tasso (valori per 10.000) di ospiti anziani non autosufficienti, ospiti adulti con disabilità e ospiti minori con disa-

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 593

bilità assistiti nelle strutture socio-sanitarie e Coefficiente di Variazione (valori per 100) per regione - Anno 2021
- Tasso (specifico per 1.000) di dimissioni ospedaliere di pazienti in età pediatrica (0-17 anni) affetti da asma per regione - Anno 2022
- Tasso (specifico per 1.000) di dimissioni ospedaliere di pazienti in età pediatrica (0-17 anni) affetti da gastroenterite per regione - Anno 2022
- Tasso (valori per 1.000) di ospedalizzazione evitabile per indicatore considerato nell'analisi e regione - Anni 2020-2021
- Tasso (valori per 1.000) di ospedalizzazione evitabile per indicatore considerato nell'analisi e regione - Anno 2022
- Prime visite e visite di controllo (valori assoluti e valori per 100) erogate nell'anno per regione di residenza - Anno 2022
- Prime visite e visite di controllo (valori assoluti e valori per 100) erogate a residenti in regione per prescrittore - Anno 2022
- Prime visite e visite di controllo (valori assoluti e tasso standardizzato per 100) erogate a residenti in regione per regione erogatrice - Anni 2019-2022

Assistenza farmaceutica territoriale

- Consumo (valori in DDD/1.000 ab die) farmaceutico territoriale in regime di assistenza convenzionata per singolo farmaco di Classe A, I livello Anatomico Terapeutico Clinico, a carico del Servizio Sanitario Nazionale per regione - Anno 2022
- Spesa (valori in milioni di €) pubblica totale e pubblica pro capite (totale, per assistenza farmaceutica convenzionata, per acquisto da parte di strutture sanitarie pubbliche) per farmaci di Classe A, I livello Anatomico Terapeutico Clinico, a carico del Servizio Sanitario Nazionale - Anno 2022
- Spesa (valori in €) farmaceutica territoriale lorda pro capite pesata per età a carico del Servizio Sanitario Nazionale e variazione (valori per 100) per regione - Anni 2001, 2011-2022

Assistenza ospedaliera

- Posti letto (valori assoluti) e tasso (valori per 1.000) di posti letto per tipologia di attività e regione - Anni 2019-2022
- Posti letto (valori assoluti) e tasso (valori per 1.000) totale di posti letto per tipologia di attività e regione - Anni 2019-2022
- Posti letto (valori assoluti) e tasso (valori per 1.000) di posti letto per acuti per regime di ricovero e regione - Anni 2019-2022
- Posti letto (valori assoluti) e tasso (valori per 1.000) totale di posti letto per acuti per regime di ricovero e regione - Anni 2019-2022
- Posti letto (valori assoluti) e tasso (valori per 100.000) di posti letto per discipline COVID-19 correlate (Malattie infettive e tropicali, Terapie Intensive) per regione - Anni 2019-2022
- Posti letto (valori assoluti) e tasso (valori per 100.000) di posti letto per disciplina COVID-19 correlata (Pneumologia) per regione - Anni 2019-2022
- Tasso (valori per 100.000) di dimissioni ospedaliere per interventi chirurgici per protesi di anca di pazienti di età 65 anni ed oltre per regione - Anni 2016-2022
- Tasso (valori per 100.000) di dimissioni ospedaliere per interventi chirurgici per bypass coronarico di pazienti di età 65 anni ed oltre per regione - Anni 2016-2022
- Tasso (valori per 100.000) di dimissioni ospedaliere per interventi chirurgici per angioplastica coronarica di pazienti di età 65 anni ed oltre per regione - Anni 2016-2022
- Interventi chirurgici (valori per 100 e valori assoluti) di protesi d'anca effettuati entro i tempi definiti nella Classe di priorità A per regione - Anni 2019-2022
- Interventi chirurgici (valori per 100 e valori assoluti) di protesi d'anca effettuati entro i tempi definiti nella Classe di priorità B per regione - Anni 2019-2022
- Interventi chirurgici (valori per 100 e valori assoluti) di protesi d'anca effettuati entro i tempi definiti nella Classe di priorità C per regione - Anni 2019-2022
- Indicatore sul rispetto dei tempi di attesa di interventi (valori per 100 e valori assoluti) prenotati in Classe A per angioplastica coronarica per regione - Anni 2019-2022
- Indicatore sul rispetto dei tempi di attesa di interventi (valori per 1000 e valori assoluti) prenotati in Classe A per by pass aortocoronarico per regione - Anni 2019-2022
- Indice di fuga (mobilità passiva) (valori per 100) per tipologia di mobilità e *Diagnosis Related Group* per regione - Anno 2022

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 594

- Indice di attrazione (mobilità attiva) (valori per 100) per tipologia di mobilità e *Diagnosis Related Group* per regione - Anno 2022
- Indice di fuga in età pediatrica (mobilità passiva) (valori per 100) per tipologia di mobilità e *Diagnosis Related Group* per regione - Anno 2022

La sanità italiana nel confronto europeo

- Copertura vaccinale (valori per 100) per 1ª dose di vaccino anti-morbillo per alcuni Paesi dell'Unione Europea - Anni 2018-2022
- Copertura vaccinale (valori per 100) per 3 dosi di vaccino anti-Difterite-Tetano-Pertosse nei bambini di età 1 anno per alcuni Paesi dell'Unione Europea - Anni 2018-2022
- Spesa (valori per 100 rispetto alla spesa totale e valori per 100 di spesa pubblica) sanitaria corrente per funzione di assistenza in alcuni Paesi dell'Unione Europea - Anni 2019-2021

Vigilanza sui dispositivi medici

- Segnalazioni (valori assoluti e valori per 100) di incidente per categoria della Classificazione Nazionale dei Dispositivi medici - Anni 2020-2022
- Segnalazioni (valori assoluti) di incidente per esito dell'incidente e per categoria della Classificazione Nazionale dei Dispositivi medici - Anno 2022
- Segnalazioni (valori assoluti) di incidente, popolazione (valori assoluti) residente e tasso (valori per 100.000) di segnalazione di incidente per regione - Anno 2022
- Avvisi (valori assoluti e valori per 100) di sicurezza per categoria della Classificazione Nazionale dei Dispositivi medici - Anno 2022

Appendice - Sopravvivenza e mortalità per causa

- Mortalità (valori assoluti e tasso specifico per 1.000 nati vivi) infantile - Anni 2011-2021
- Mortalità (valori assoluti) infantile per classe di età e causa di morte - Anni 2011-2021
- Tasso (specifico per 1.000 nati vivi) di mortalità infantile per causa di morte - Anni 2011-2021
- Mortalità (valori assoluti e tasso per 1.000 nati vivi) neonatale per regione - Anni 2011-2021
- Mortalità (valori assoluti e tasso per 1.000 nati vivi) infantile per regione - Anni 2011-2021
- Tasso (specifico per 1.000 nati vivi) di mortalità infantile per cittadinanza - Anni 2011-2021
- Tasso (valori per 1.000 nati vivi) di mortalità infantile per cittadinanza e causa di morte - Anni 2011-2021
- Tasso (valori per 1.000 nati vivi) di mortalità infantile per cittadinanza e regione - Anni 2011-2021
- Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità sepsi-correlata nella popolazione di età 75 anni ed oltre per regione. Maschi - Anni 2011-2021
- Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità sepsi-correlata nella popolazione di età 75 anni ed oltre per regione. Femmine - Anni 2011-2021
- Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità per regione. Maschi - Anni 2003-2021
- Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità per regione. Femmine - Anni 2003-2021
- Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità per causa di morte in Italia. Maschi - Anni 2003-2021
- Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità per causa di morte in Italia. Femmine - Anni 2003-2021
- Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità per causa di morte e regione. Maschi - Anni 2003-2021
- Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità per causa di morte e regione. Femmine - Anni 2003-2021
- Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità nella popolazione di età 1-19 anni per regione. Maschi - Anni 2003-2021
- Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità nella popolazione di età 1-19 anni per regione. Femmine - Anni 2003-2021
- Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità nella popolazione di età 20-39 anni per regione. Maschi - Anni 2003-2021
- Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità nella popolazione di età 20-39 anni per regione. Femmine - Anni 2003-2021
- Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità nella popolazione di età 40-59 anni per regione. Maschi - Anni 2003-2021
- Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità nella popolazione di età 40-59 anni per regione. Femmine - Anni 2003-2021
- Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità nella popolazione di età 60-74 anni per regione. Maschi - Anni 2003-2021
- Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità nella popolazione di età 60-74 anni per regione. Femmine - Anni

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 595

2003-2021
- Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità nella popolazione di età 75-89 anni per regione. Maschi - Anni 2003-2021
- Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità nella popolazione di età 75-89 anni per regione. Femmine - Anni 2003-2021
- Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità nella popolazione di età 90 anni ed oltre per regione. Maschi - Anni 2003-2021
- Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità nella popolazione di età 90 anni ed oltre per regione. Femmine - Anni 2003-2021
- Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità nella popolazione di età 1-19 anni per causa di morte e regione. Maschi - Anni 2003-2021
- Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità nella popolazione di età 1-19 anni per causa di morte e regione. Femmine - Anni 2003-2021
- Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità nella popolazione di età 20-39 anni per causa di morte e regione. Maschi - Anni 2003-2021
- Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità nella popolazione di età 20-39 anni per causa di morte e regione. Femmine - Anni 2003-2021
- Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità nella popolazione di età 40-59 anni per causa di morte e regione. Maschi - Anni 2003-2021
- Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità nella popolazione di età 40-59 anni per causa di morte e regione. Femmine - Anni 2003-2021
- Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità nella popolazione di età 60-74 anni per causa di morte e regione. Maschi - Anni 2003-2021
- Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità nella popolazione di età 60-74 anni per causa di morte e regione. Femmine - Anni 2003-2021
- Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità nella popolazione di età 75-89 anni per causa di morte e regione. Maschi - Anni 2003-2021
- Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità nella popolazione di età 75-89 anni per causa di morte e regione. Femmine - Anni 2003-2021
- Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità nella popolazione di età 90 anni ed oltre per causa di morte e regione. Maschi - Anni 2003-2021
- Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità nella popolazione di età 90 anni ed oltre per causa di morte e regione. Femmine - Anni 2003-2021

Appendice - Assistenza ospedaliera
- Tasso (standardizzato per 1.000) di dimissioni ospedaliere, da istituti pubblici e privati accreditati, per regime di ricovero e regione - Anni 2017-2022
- Tasso (standardizzato e specifico per 1.000) di dimissioni ospedaliere, da istituti pubblici e privati accreditati, in regime di Ricovero Ordinario per acuti per regione - Anni 2021-2022
- Tasso (standardizzato e specifico per 1.000) di dimissioni ospedaliere, da istituti pubblici e privati accreditati, in regime di Ricovero Ordinario per riabilitazione per regione - Anni 2021-2022
- Tasso (standardizzato e specifico per 1.000) di dimissioni ospedaliere, da istituti pubblici e privati accreditati, in regime di Ricovero Ordinario per lungodegenza per regione - Anni 2021-2022
- Tasso (standardizzato per 1.000) di dimissioni ospedaliere per Diagnosis Related Group (DRG) medici e chirurgici e dimissioni (valori per 100) ospedaliere per DRG chirurgici per regime di ricovero e regione - Anni 2019-2021
- Dimissioni, accessi e numero medio di accessi (valori assoluti) per Day Hospital, Day Surgery e regione - Anni 2021-2022
- Ricoveri (valori per 100) per Day Surgery, One Day Surgery e regione - Anni 2021-2022
- Degenza media preoperatoria (standardizzata per *case-mix* - valori in giornate) in regime di Ricovero Ordinario per acuti e per tutte le procedure chirurgiche principali eseguite per regione - Anni 2010-2022
- Dimissioni (valori assoluti) ospedaliere, tasso (valori per 10.000) di dimissioni ospedaliere e variazione (valori per 100) per malattia polmonare cronica ostruttiva (*Diagnosis Related Group* 88) per regione - Anni 2019-2022
- Dimissioni (valori assoluti) ospedaliere, tasso (valori per 10.000) di dimissioni ospedaliere e variazione (valori per 100) per malattie cardiovascolari con infarto miocardio acuto e complicanze cardiovascolari dimessi vivi (*Diagnosis Related Group* 121) per regione - Anni 2019-2022
- Dimissioni (valori assoluti) ospedaliere, tasso (valori per 10.000) di dimissioni ospedaliere e variazione (valori

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 596

per 100) per malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto senza complicanze cardiovascolari dimessi vivi (*Diagnosis Related Group* 122) per regione - Anni 2019-2022
- Dimissioni (valori assoluti) ospedaliere, tasso (valori per 10.000) di dimissioni ospedaliere e variazione (valori per 100) per malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto, morti (*Diagnosis Related Group* 123) per regione - Anni 2019-2022
- Dimissioni (valori assoluti) ospedaliere, tasso (valori per 10.000) di dimissioni ospedaliere e variazione (valori per 100) per diabete età >35 anni (*Diagnosis Related Group* 294) per regione - Anni 2019-2022
- Dimissioni (valori assoluti) ospedaliere, tasso (valori per 10.000) di dimissioni ospedaliere e variazione (valori per 100) per diabete età <36 anni (*Diagnosis Related Group* 295) per regione - Anni 2019-2022
- Dimissioni (valori assoluti) ospedaliere, tasso (valori per 10.000) di dimissioni ospedaliere e variazione (valori per 100) per chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta (*Diagnosis Related Group* 410) per regione - Anni 2019-2022
- Dimissioni (valori assoluti) ospedaliere, tasso (valori per 10.000) di dimissioni ospedaliere e variazione (valori per 100) per chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta o con uso di alte dosi di agenti chemioterapici (*Diagnosis Related Group* 492) per regione - Anni 2019-2022
- Ricoveri (valori assoluti), giornate di degenza (valori assoluti) e degenza media (valori in giorni) in regime di Ricovero Ordinario per prestazioni "a rischio di inappropriatezza" per regione - Anni 2020-2022
- Ricoveri (valori assoluti), giornate di degenza (valori assoluti) e degenza media (valori in giorni) in regime di Day Surgery per prestazioni "a rischio di inappropriatezza" per regione - Anni 2020-2022
- Tasso (valori per 1.000) di dimissione per prestazioni "a rischio di inappropriatezza" erogate in regime di Ricovero Ordinario e in Day Surgery sulla popolazione residente per regione - Anni 2020-2022
- Ricoveri Ordinari (valori per 100) sul totale dei ricoveri per prestazioni "a rischio inappropriatezza" per regione - Anni 2020-2022
- Proporzione (valori per 100) di pazienti di età 65 anni ed oltre operati entro 2 giorni per frattura del collo del femore per regione - Anni 2017-2022

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 597

APPENDICE

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 598

Sopravvivenza e mortalità per causa

Mortalità infantile e neonatale

Significato. La mortalità infantile è un'importante misura del benessere demografico e uno dei più significativi indicatori sociali che permette di correlare la mortalità con i vari momenti dello sviluppo di una popolazione e, quindi, con le sue condizioni di vita.
Questa misura è, infatti, strettamente correlata oltre che a fattori biologici anche alle condizioni sociali, economiche e culturali di un Paese.
I fattori biologici principali sono l'età materna, l'ordine di nascita, l'intervallo tra parti successivi, il numero delle nascite, la presentazione fetale al momento della nascita e la storia ostetrica della madre. I fattori sociali ed economici più rilevanti sono la legittimità, le condizioni abitative, il numero di componenti del nucleo familiare, il reddito familiare, alcune caratteristiche della madre (nutrizione, livello di istruzione e abitudine al fumo durante la gravidanza) e l'occupazione del padre. L'indicatore risente anche della qualità nella gestione della gravidanza e dell'evoluzione tecnologica nell'assistenza al parto.

Tasso di mortalità infantile

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Decessi di età <1 anno}}{\text{Nati vivi}} \times 1.000$$

Tasso di mortalità neonatale

$$\text{Numeratore / Denominatore} = \frac{\text{Decessi di età 0-27 giorni}}{\text{Nati vivi}} \times 1.000$$

Validità e limiti. La fonte di riferimento per il numeratore è l'Indagine su Decessi e cause di morte condotta dall'Istat. Per il numero di nati vivi residenti, al denominatore, la fonte di riferimento è la Rilevazione individuale degli iscritti in Anagrafe per nascita condotta ugualmente dall'Istat.
È importante sottolineare che la rilevazione Istat sulle cause di morte riguarda tutti i decessi che si verificano sul territorio nazionale, ma non rileva i decessi di individui residenti in Italia avvenuti all'estero.
I tassi di mortalità infantile e neonatale sono considerati indicatori molto robusti. Tuttavia, nelle regioni in cui risiedono popolazioni numericamente più esigue, si possono presentare ampie variazioni da un anno all'altro.

Valore di riferimento/Benchmark. L'atteso è che il tasso di mortalità sia il più basso possibile.

Il tasso di mortalità infantile è calcolato in riferimento alla popolazione residente rapportando il numero di morti entro il 1° anno di vita, in un determinato periodo, al numero di nati vivi nello stesso periodo e viene espresso come rapporto su 1.000 nati vivi in 1 anno.
Come è noto, il rischio di morte di un bambino decresce rapidamente durante il 1° anno di vita. Il maggior numero di decessi, nei Paesi economicamente più sviluppati, si registra, infatti, in corrispondenza del 1° mese e della 1ª settimana di vita.
Le cause di decesso per questo profilo sono endogene (cause di morte strutturali o legate a fattori biologici o congeniti, quali la salute della madre, la presenza di anomalie congenite, l'evoluzione del parto o fattori legati all'assistenza al parto) ed esogene, ovvero connesse a malattie infettive o legate a condizioni ambientali ed igieniche e si presentano con una quota elevata di decessi anche oltre il 1° mese di vita.
Quest'ultima situazione risulta ancora peculiare nella maggior parte dei Paesi a forte pressione migratoria.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 600

Tabella 1 - *Mortalità (valori assoluti e tasso specifico per 1.000 nati vivi) infantile* - Anni 2011-2021*

Classi di età	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
	Valori assoluti										
<1 giorno	419	403	422	335	362	337	310	274	236	228	218
1-6 giorni	445	387	379	369	313	311	319	315	240	257	234
7-27 giorni	338	360	311	292	285	294	266	297	222	228	244
Mortalità neonatale	*1.202*	*1.150*	*1.112*	*996*	*960*	*942*	*895*	*886*	*698*	*713*	*696*
Mortalità post-neonatale	*489*	*455*	*411*	*400*	*447*	*390*	*367*	*380*	*354*	*303*	*333*
Totale	**1.691**	**1.605**	**1.523**	**1.396**	**1.407**	**1.332**	**1.262**	**1.266**	**1.052**	**1.016**	**1.029**
	Tassi										
<1 giorno	0,77	0,75	0,82	0,67	0,75	0,71	0,68	0,62	0,56	0,56	0,54
1-6 giorni	0,81	0,72	0,74	0,73	0,64	0,66	0,70	0,72	0,57	0,63	0,58
7-29 giorni	0,62	0,67	0,60	0,58	0,59	0,62	0,58	0,68	0,53	0,56	0,61
Mortalità neonatale	*2,20*	*2,15*	*2,16*	*1,98*	*1,98*	*1,99*	*1,95*	*2,01*	*1,66*	*1,76*	*1,74*
Mortalità post-neonatale	*0,89*	*0,85*	*0,80*	*0,80*	*0,92*	*0,82*	*0,80*	*0,86*	*0,84*	*0,75*	*0,83*
Totale	**3,09**	**3,00**	**2,96**	**2,78**	**2,90**	**2,81**	**2,75**	**2,88**	**2,50**	**2,51**	**2,57**

*Decessi avvenuti in Italia riferiti alla popolazione residente.

Fonte dei dati: Istat. "Indagine su Decessi e cause di morte". Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 601

Tabella 2 - *Mortalità (valori assoluti) infantile* per classe di età e causa di morte - Anni 2011-2021*

Cause di morte	<1 giorno										
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Alcune condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale	306	304	318	249	271	270	223	200	171	181	159
Malformazioni e deformazioni congenite, anomalie cromosomiche	97	81	84	78	68	53	66	51	48	40	55
Sintomi, segni e risultati anormali di esami clinici e di laboratorio, non classificati altrove	9	7	9	2	8	9	12	9	12	3	3
Altre malattie	7	11	10	6	14	5	8	12	5	4	1
Cause esterne di traumatismo e avvelenamento			1		1		1	2			
Totale	**419**	**403**	**422**	**335**	**362**	**337**	**310**	**274**	**236**	**228**	**218**

	1-6 giorni										
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Alcune condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale	342	296	302	282	252	253	243	258	187	200	184
Malformazioni e deformazioni congenite, anomalie cromosomiche	82	69	53	61	46	45	60	49	37	41	44
Sintomi, segni e risultati anormali di esami clinici e di laboratorio, non classificati altrove	4	5	10	6	4	5	5	6	6	4	2
Altre malattie	17	17	14	20	11	7	11	2	9	12	4
Cause esterne di traumatismo e avvelenamento						1			1		
Totale	**445**	**387**	**379**	**369**	**313**	**311**	**319**	**315**	**240**	**257**	**234**

	7-27 giorni										
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Alcune condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale	208	257	226	202	190	197	186	214	163	162	175
Malformazioni e deformazioni congenite, anomalie cromosomiche	100	73	67	67	73	73	55	56	40	44	55
Sintomi, segni e risultati anormali di esami clinici e di laboratorio, non classificati altrove	6	8	7	3	5	5	10	8	3	6	7
Altre malattie	22	21	10	18	16	18	14	18	16	15	7
Cause esterne di traumatismo e avvelenamento	2	1	1	2	1	1	1	1		1	
Totale	**338**	**360**	**311**	**292**	**285**	**294**	**266**	**297**	**222**	**228**	**244**

	Mortalità neonatale										
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Alcune condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale	856	857	846	733	713	720	652	672	521	543	518
Malformazioni e deformazioni congenite, anomalie cromosomiche	279	223	204	206	187	171	181	156	125	125	154
Sintomi, segni e risultati anormali di esami clinici e di laboratorio, non classificati altrove	19	20	26	11	17	19	27	23	21	13	12
Altre malattie	46	49	34	44	41	30	33	32	30	31	12
Cause esterne di traumatismo e avvelenamento	2	1	2	2	2	2	2	3	1	1	
Totale	**1.202**	**1.150**	**1.112**	**996**	**960**	**942**	**895**	**886**	**698**	**713**	**696**

	Mortalità post-neonatale										
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Alcune condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale	82	66	69	74	79	88	70	66	63	61	80
Malformazioni e deformazioni congenite, anomalie cromosomiche	155	139	141	119	140	120	136	124	105	114	113
Sintomi, segni e risultati anormali di esami clinici e di laboratorio, non classificati altrove	41	42	37	32	41	43	31	40	43	34	39
Altre malattie	190	196	150	164	176	129	123	139	134	83	95
Cause esterne di traumatismo e avvelenamento	21	12	14	11	11	10	7	11	9	11	6
Totale	**489**	**455**	**411**	**400**	**447**	**390**	**367**	**380**	**354**	**303**	**333**

	Totale										
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Alcune condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale	938	923	915	807	792	808	722	738	584	604	598
Malformazioni e deformazioni congenite, anomalie cromosomiche	434	362	345	325	327	291	317	280	230	239	267
Sintomi, segni e risultati anormali di esami clinici e di laboratorio, non classificati altrove	60	62	63	43	58	62	58	63	64	47	51
Altre malattie	236	245	184	208	217	159	156	171	164	114	107
Cause esterne di traumatismo e avvelenamento	23	13	16	13	13	12	9	14	10	12	6
Totale	**1.691**	**1.605**	**1.523**	**1.396**	**1.407**	**1.332**	**1.262**	**1.266**	**1.052**	**1.016**	**1.029**

*Decessi avvenuti in Italia riferiti alla popolazione residente.

Fonte dei dati: Istat. "Indagine su Decessi e cause di morte". Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 602

Tabella 3 - *Tasso (specifico per 1.000 nati vivi) di mortalità infantile* per causa di morte - Anni 2011-2021*

Cause di morte	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
<1 giorno											
Alcune condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale	0,56	0,57	0,62	0,50	0,56	0,57	0,49	0,45	0,41	0,45	0,40
Malformazioni e deformazioni congenite, anomalie cromosomiche	0,18	0,15	0,16	0,16	0,14	0,11	0,14	0,12	0,11	0,10	0,14
Sintomi, segni e risultati anormali di esami clinici e di laboratorio, non classificati altrove	0,02	0,01	0,02	0,00	0,02	0,02	0,03	0,02	0,03	0,01	0,01
Altre malattie	0,01	0,02	0,02	0,01	0,03	0,01	0,02	0,03	0,01	0,01	0,00
Cause esterne di traumatismo e avvelenamento	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Totale	**0,77**	**0,75**	**0,82**	**0,67**	**0,75**	**0,71**	**0,68**	**0,62**	**0,56**	**0,56**	**0,54**
1-6 giorni											
Alcune condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale	0,63	0,55	0,59	0,56	0,52	0,53	0,53	0,59	0,45	0,49	0,46
Malformazioni e deformazioni congenite, anomalie cromosomiche	0,15	0,13	0,10	0,12	0,09	0,10	0,13	0,11	0,09	0,10	0,11
Sintomi, segni e risultati anormali di esami clinici e di laboratorio, non classificati altrove	0,01	0,01	0,02	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,00
Altre malattie	0,03	0,03	0,03	0,04	0,02	0,01	0,02	0,00	0,02	0,03	0,01
Cause esterne di traumatismo e avvelenamento	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Totale	**0,81**	**0,72**	**0,74**	**0,73**	**0,64**	**0,66**	**0,70**	**0,72**	**0,57**	**0,63**	**0,58**
7-27 giorni											
Alcune condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale	0,38	0,48	0,44	0,40	0,39	0,42	0,41	0,49	0,39	0,40	0,44
Malformazioni e deformazioni congenite, anomalie cromosomiche	0,18	0,14	0,13	0,13	0,15	0,15	0,12	0,13	0,10	0,11	0,14
Sintomi, segni e risultati anormali di esami clinici e di laboratorio, non classificati altrove	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,02	0,02	0,01	0,01	0,02
Altre malattie	0,04	0,04	0,02	0,04	0,03	0,04	0,03	0,04	0,04	0,04	0,02
Cause esterne di traumatismo e avvelenamento	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Totale	**0,62**	**0,67**	**0,60**	**0,58**	**0,59**	**0,62**	**0,58**	**0,68**	**0,53**	**0,56**	**0,61**
Mortalità neonatale											
Alcune condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale	1,57	1,60	1,64	1,46	1,47	1,52	1,42	1,53	1,24	1,34	1,29
Malformazioni e deformazioni congenite, anomalie cromosomiche	0,51	0,42	0,40	0,41	0,38	0,36	0,40	0,35	0,30	0,31	0,38
Sintomi, segni e risultati anormali di esami clinici e di laboratorio, non classificati altrove	0,03	0,04	0,05	0,02	0,03	0,04	0,06	0,05	0,05	0,03	0,03
Altre malattie	0,08	0,09	0,07	0,09	0,08	0,06	0,07	0,07	0,07	0,08	0,03
Cause esterne di traumatismo e avvelenamento	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00
Totale	**2,20**	**2,15**	**2,16**	**1,98**	**1,98**	**1,99**	**1,95**	**2,01**	**1,66**	**1,76**	**1,74**
Mortalità post-neonatale											
Alcune condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale	0,15	0,12	0,13	0,15	0,16	0,19	0,15	0,15	0,15	0,15	0,20
Malformazioni e deformazioni congenite, anomalie cromosomiche	0,28	0,26	0,27	0,24	0,29	0,25	0,30	0,28	0,25	0,28	0,28
Sintomi, segni e risultati anormali di esami clinici e di laboratorio, non classificati altrove	0,08	0,08	0,07	0,06	0,08	0,09	0,07	0,09	0,10	0,08	0,10
Altre malattie	0,35	0,37	0,29	0,33	0,36	0,27	0,27	0,32	0,32	0,20	0,24
Cause esterne di traumatismo e avvelenamento	0,04	0,02	0,03	0,02	0,02	0,02	0,02	0,03	0,02	0,03	0,01
Totale	**0,89**	**0,85**	**0,80**	**0,80**	**0,92**	**0,82**	**0,80**	**0,86**	**0,84**	**0,75**	**0,83**
Totale											
Alcune condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale	1,72	1,73	1,78	1,61	1,63	1,71	1,58	1,68	1,39	1,49	1,49
Malformazioni e deformazioni congenite, anomalie cromosomiche	0,79	0,68	0,67	0,65	0,67	0,61	0,69	0,64	0,55	0,59	0,67
Sintomi, segni e risultati anormali di esami clinici e di laboratorio, non classificati altrove	0,11	0,12	0,12	0,09	0,12	0,13	0,13	0,14	0,15	0,12	0,13
Altre malattie	0,43	0,46	0,36	0,41	0,45	0,34	0,34	0,39	0,39	0,28	0,27
Cause esterne di traumatismo e avvelenamento	0,04	0,02	0,03	0,03	0,03	0,03	0,02	0,03	0,02	0,03	0,01
Totale	**3,09**	**3,00**	**2,96**	**2,78**	**2,90**	**2,81**	**2,75**	**2,88**	**2,50**	**2,51**	**2,57**

*Decessi avvenuti in Italia riferiti alla popolazione residente.

Fonte dei dati: Istat. "Indagine su Decessi e cause di morte". Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 603

Tabella 4 - *Mortalità (valori assoluti e tasso per 1.000 nati vivi) neonatale per regione - Anni 2011-2021*

Regioni	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
	Valori assoluti										
Piemonte	71	62	62	39	59	53	58	33	43	36	35
Valle d'Aosta	1	3		3	3	3	0	2	1	0	0
Lombardia	165	154	147	163	147	157	139	120	97	93	107
Bolzano-Bozen	*5*	*10*	*10*	*12*	*10*	*15*	*11*	*12*	*2*	*8*	*6*
Trento	*7*	*13*	*13*	*6*	*6*	*13*	*7*	*11*	*6*	*5*	*5*
Veneto	81	80	65	53	63	62	63	51	55	43	45
Friuli Venezia Giulia	25	17	22	14	12	16	10	10	11	11	10
Liguria	39	26	21	25	21	19	14	13	15	13	17
Emilia-Romagna	85	72	73	79	53	46	55	53	56	40	47
Toscana	62	49	42	42	46	40	38	33	23	31	23
Umbria	7	14	13	11	24	5	8	10	9	14	3
Marche	18	17	15	16	16	13	14	10	13	9	15
Lazio	134	119	138	101	103	99	83	104	57	71	69
Abruzzo	26	35	24	17	21	16	18	22	20	17	13
Molise	4	3	7	3	9	1	4	4	2	3	5
Campania	146	160	157	111	115	123	123	136	92	117	94
Puglia	77	81	65	83	60	52	55	71	42	57	46
Basilicata	14	5	11	11	11	13	9	9	11	4	6
Calabria	68	60	59	58	45	59	54	50	46	46	42
Sicilia	139	150	132	129	123	117	116	115	85	88	100
Sardegna	28	20	36	20	13	20	16	17	12	7	8
Italia	**1.202**	**1.150**	**1.112**	**996**	**960**	**942**	**895**	**886**	**698**	**713**	**696**
	Tassi										
Piemonte	1,88	1,67	1,74	1,13	1,79	1,67	1,88	1,14	1,54	1,33	1,31
Valle d'Aosta	0,82	2,55	0,00	2,68	3,04	3,12	0,00	2,21	1,19	0,00	0,00
Lombardia	1,75	1,68	1,66	1,89	1,75	1,92	1,76	1,59	1,33	1,34	1,55
Bolzano-Bozen	*0,95*	*1,85*	*1,89*	*2,18*	*1,87*	*2,75*	*2,06*	*2,27*	*0,38*	*1,54*	*1,16*
Trento	*1,32*	*2,52*	*2,54*	*1,23*	*1,24*	*2,80*	*1,56*	*2,53*	*1,42*	*1,24*	*1,19*
Veneto	1,78	1,80	1,55	1,30	1,62	1,64	1,72	1,44	1,64	1,32	1,37
Friuli Venezia Giulia	2,51	1,73	2,34	1,53	1,40	1,89	1,23	1,28	1,47	1,48	1,38
Liguria	3,40	2,24	1,91	2,33	2,07	1,92	1,46	1,44	1,71	1,49	1,99
Emilia-Romagna	2,10	1,83	1,92	2,15	1,48	1,33	1,67	1,64	1,81	1,34	1,58
Toscana	1,96	1,57	1,42	1,44	1,67	1,49	1,46	1,33	0,98	1,39	1,02
Umbria	0,90	1,84	1,76	1,57	3,67	0,79	1,31	1,73	1,61	2,66	0,57
Marche	1,30	1,29	1,19	1,29	1,34	1,13	1,31	0,98	1,34	0,95	1,63
Lazio	2,46	2,24	2,64	2,01	2,14	2,08	1,86	2,47	1,47	1,87	1,85
Abruzzo	2,29	3,13	2,22	1,61	2,05	1,59	1,89	2,46	2,35	2,06	1,57
Molise	1,68	1,29	3,09	1,36	4,13	0,48	1,89	2,11	1,04	1,75	2,97
Campania	2,58	2,92	2,97	2,17	2,25	2,44	2,46	2,83	1,97	2,60	2,17
Puglia	2,14	2,32	1,93	2,50	1,90	1,67	1,83	2,45	1,52	2,15	1,74
Basilicata	3,12	1,12	2,68	2,67	2,67	3,24	2,25	2,42	3,00	1,14	1,80
Calabria	3,95	3,52	3,53	3,52	2,75	3,68	3,44	3,29	3,17	3,29	3,18
Sicilia	2,95	3,24	2,97	2,87	2,84	2,81	2,80	2,83	2,20	2,35	2,69
Sardegna	2,15	1,61	3,03	1,74	1,17	1,90	1,58	1,80	1,35	0,85	0,97
Italia	**2,20**	**2,15**	**2,16**	**1,98**	**1,98**	**1,99**	**1,95**	**2,01**	**1,66**	**1,76**	**1,74**

Fonte dei dati: Istat. "Indagine su Decessi e cause di morte". Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 604

Tabella 5 - *Mortalità (valori assoluti e tasso per 1.000 nati vivi) infantile per regione - Anni 2011-2021*

Regioni	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
						Valori assoluti					
Piemonte	93	86	85	57	85	71	78	57	68	57	51
Valle d'Aosta	1	3	2	3	4	4	1	2	2	0	0
Lombardia	242	221	219	246	214	226	209	194	160	163	159
Bolzano-Bozen	*7*	*13*	*13*	*15*	*12*	*17*	*15*	*17*	*8*	*14*	*9*
Trento	*16*	*22*	*14*	*10*	*13*	*16*	*7*	*15*	*9*	*6*	*8*
Veneto	131	117	94	84	97	88	81	75	86	62	69
Friuli Venezia Giulia	35	22	31	19	18	17	15	17	15	15	16
Liguria	45	36	26	31	27	25	17	23	23	18	28
Emilia-Romagna	125	103	106	106	85	70	78	75	86	51	74
Toscana	82	67	55	57	65	72	53	54	34	40	37
Umbria	12	21	17	15	30	11	10	18	9	17	6
Marche	26	22	27	24	31	22	28	17	21	18	17
Lazio	175	161	167	140	144	134	110	128	93	98	95
Abruzzo	35	45	31	23	34	25	23	27	26	23	19
Molise	5	6	9	6	10	2	4	4	3	4	5
Campania	209	231	210	151	171	161	177	185	127	149	135
Puglia	113	117	98	107	92	85	88	95	60	82	71
Basilicata	20	11	15	15	20	17	10	15	13	8	10
Calabria	81	77	79	77	57	77	64	60	64	55	55
Sicilia	201	196	184	184	177	165	172	164	129	125	145
Sardegna	37	28	41	26	21	27	22	24	16	11	20
Italia	**1.691**	**1.605**	**1.523**	**1.396**	**1.407**	**1.332**	**1.262**	**1.266**	**1.052**	**1.016**	**1.029**
						Tassi					
Piemonte	2,46	2,32	2,38	1,65	2,58	2,24	2,53	1,96	2,43	2,10	1,91
Valle d'Aosta	0,82	2,55	1,89	2,68	4,05	4,16	1,10	2,21	2,38	0,00	0,00
Lombardia	2,57	2,41	2,48	2,85	2,54	2,77	2,65	2,56	2,19	2,35	2,31
Bolzano-Bozen	*1,33*	*2,40*	*2,46*	*2,72*	*2,25*	*3,12*	*2,80*	*3,22*	*1,53*	*2,70*	*1,74*
Trento	*3,02*	*4,27*	*2,74*	*2,06*	*2,69*	*3,45*	*1,56*	*3,45*	*2,12*	*1,48*	*1,91*
Veneto	2,89	2,63	2,24	2,07	2,49	2,32	2,21	2,12	2,56	1,90	2,10
Friuli Venezia Giulia	3,52	2,24	3,30	2,07	2,10	2,01	1,85	2,17	2,00	2,02	2,20
Liguria	3,92	3,11	2,37	2,88	2,66	2,52	1,78	2,54	2,63	2,06	3,27
Emilia-Romagna	3,09	2,62	2,79	2,89	2,37	2,02	2,36	2,31	2,78	1,71	2,48
Toscana	2,60	2,15	1,87	1,96	2,36	2,67	2,03	2,17	1,45	1,79	1,64
Umbria	1,55	2,76	2,31	2,14	4,59	1,73	1,64	3,11	1,61	3,23	1,15
Marche	1,88	1,67	2,14	1,94	2,60	1,92	2,62	1,67	2,17	1,91	1,84
Lazio	3,22	3,04	3,20	2,78	2,99	2,82	2,47	3,04	2,39	2,58	2,55
Abruzzo	3,09	4,02	2,87	2,18	3,32	2,48	2,42	3,02	3,06	2,79	2,29
Molise	2,11	2,57	3,97	2,71	4,59	0,96	1,89	2,11	1,56	2,34	2,97
Campania	3,70	4,21	3,98	2,95	3,35	3,20	3,54	3,85	2,72	3,31	3,11
Puglia	3,14	3,36	2,91	3,22	2,91	2,73	2,93	3,28	2,18	3,10	2,69
Basilicata	4,46	2,46	3,66	3,64	4,85	4,23	2,50	4,04	3,54	2,27	3,00
Calabria	4,70	4,52	4,73	4,67	3,48	4,80	4,08	3,95	4,42	3,94	4,16
Sicilia	4,26	4,23	4,14	4,10	4,09	3,96	4,15	4,03	3,34	3,33	3,89
Sardegna	2,84	2,25	3,45	2,27	1,89	2,56	2,17	2,54	1,81	1,33	2,43
Italia	**3,09**	**3,00**	**2,96**	**2,78**	**2,90**	**2,81**	**2,75**	**2,88**	**2,50**	**2,51**	**2,57**

Fonte dei dati: Istat. "Indagine su Decessi e cause di morte". Anno 2023.

Tabella 6 - *Tasso (specifico per 1.000 nati vivi) di mortalità infantile* per cittadinanza - Anni 2011-2021*

Classi di età	2011			2012			2013			2014			2015			2016			2017			2018			2019			2020			2021		
	I	S	Tot	I	S	Tot	I	S	Tot	I	S	Tot	I	S	Tot	I	S	Tot	I	S	Tot	I	S	Tot	I	S	Tot	I	S	Tot	I	S	Tot
<1 giorno	0,70	1,15	0,77	0,72	0,96	0,75	0,75	1,22	0,82	0,64	0,85	0,67	0,66	1,23	0,75	0,69	0,84	0,71	0,62	1,02	0,68	0,58	0,87	0,62	0,48	1,00	0,56	0,53	0,78	0,56	0,48	0,91	0,54
1-6 giorni	0,81	0,85	0,81	0,72	0,78	0,72	0,72	0,83	0,74	0,70	0,91	0,73	0,61	0,81	0,64	0,64	0,76	0,66	0,64	1,00	0,70	0,68	0,92	0,72	0,56	0,62	0,57	0,61	0,80	0,63	0,56	0,76	0,58
7-27 giorni	0,59	0,79	0,62	0,64	0,89	0,67	0,58	0,75	0,60	0,53	0,89	0,58	0,54	0,86	0,59	0,53	1,14	0,62	0,55	0,73	0,58	0,62	0,99	0,68	0,47	0,84	0,53	0,50	0,94	0,56	0,59	0,73	0,61
Mortalità neonatale	*2,10*	*2,79*	*2,20*	*2,07*	*2,63*	*2,15*	*2,05*	*2,80*	*2,16*	*1,87*	*2,64*	*1,98*	*1,81*	*2,91*	*1,98*	*1,86*	*2,73*	*1,99*	*1,81*	*2,75*	*1,95*	*1,88*	*2,79*	*2,01*	*1,52*	*2,46*	*1,66*	*1,63*	*2,52*	*1,76*	*1,63*	*2,40*	*1,74*
Mortalità post-neonatale	*0,80*	*1,47*	*0,89*	*0,74*	*1,50*	*0,85*	*0,72*	*1,24*	*0,80*	*0,72*	*1,25*	*0,80*	*0,82*	*1,47*	*0,92*	*0,73*	*1,36*	*0,82*	*0,70*	*1,41*	*0,80*	*0,80*	*1,23*	*0,86*	*0,72*	*1,56*	*0,84*	*0,67*	*1,21*	*0,75*	*0,72*	*1,52*	*0,83*
Totale	**2,90**	**4,26**	**3,09**	**2,81**	**4,13**	**3,00**	**2,77**	**4,05**	**2,96**	**2,58**	**3,89**	**2,78**	**2,63**	**4,38**	**2,90**	**2,59**	**4,09**	**2,81**	**2,51**	**4,16**	**2,75**	**2,68**	**4,02**	**2,88**	**2,24**	**4,02**	**2,50**	**2,30**	**3,73**	**2,51**	**2,35**	**3,93**	**2,57**

I = Italiani.
S = Stranieri.
*Decessi avvenuti in Italia e riferiti alla popolazione residente.

Fonte dei dati: Istat. "Indagine su Decessi e cause di morte". Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 605

Tabella 7 - *Tasso (valori per 1.000 nati vivi) di mortalità infantile* per cittadinanza e causa di morte - Anni 2011-2021*

Cause di morte	2011			2012			2013			2014			2015			2016			2017			2018			2019			2020			2021		
	I	S	Tot	I	S	Tot	I	S	Tot	I	S	Tot	I	S	Tot	I	S	Tot	I	S	Tot	I	S	Tot	I	S	Tot	I	S	Tot	I	S	Tot
Alcune condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale	1,63	2,21	1,72	1,67	2,04	1,73	1,70	2,23	1,78	1,54	2,00	1,61	1,47	2,53	1,63	1,62	2,20	1,71	1,50	2,01	1,58	1,60	2,10	1,68	1,29	1,93	1,39	1,40	2,05	1,49	1,43	1,86	1,49
Malformazioni e deformazioni congenite, anomalie cromosomiche	0,73	1,19	0,79	0,59	1,15	0,68	0,60	1,07	0,67	0,55	1,20	0,65	0,62	0,96	0,67	0,56	0,93	0,61	0,58	1,36	0,69	0,55	1,16	0,64	0,45	1,10	0,55	0,53	0,95	0,59	0,56	1,32	0,67
Sintomi, segni e risultati anormali di esami clinici e di laboratorio, non classificati altrove	0,11	0,11	0,11	0,10	0,19	0,12	0,12	0,15	0,12	0,08	0,12	0,09	0,11	0,19	0,12	0,11	0,23	0,13	0,13	0,11	0,13	0,14	0,17	0,14	0,14	0,20	0,15	0,11	0,13	0,12	0,12	0,20	0,13
Altre malattie	0,40	0,59	0,43	0,42	0,68	0,46	0,33	0,53	0,36	0,39	0,53	0,41	0,41	0,64	0,45	0,28	0,66	0,34	0,29	0,60	0,34	0,36	0,57	0,39	0,33	0,76	0,39	0,24	0,53	0,28	0,22	0,53	0,27
Cause esterne di traumatismo e avvelenamento	0,02	0,16	0,04	0,02	0,06	0,02	0,03	0,06	0,03	0,02	0,04	0,03	0,02	0,05	0,03	0,02	0,07	0,03	0,01	0,09	0,02	0,03	0,02	0,03	0,02	0,03	0,02	0,02	0,07	0,03	0,01	0,02	0,01
Totale	**2,90**	**4,26**	**3,09**	**2,81**	**4,13**	**3,00**	**2,77**	**4,05**	**2,96**	**2,58**	**3,89**	**2,78**	**2,63**	**4,38**	**2,90**	**2,59**	**4,09**	**2,81**	**2,51**	**4,16**	**2,75**	**2,68**	**4,02**	**2,88**	**2,24**	**4,02**	**2,50**	**2,30**	**3,73**	**2,51**	**2,35**	**3,93**	**2,57**

I = Italiani.
S = Stranieri.
*Decessi avvenuti in Italia e riferiti alla popolazione residente.

Fonte dei dati: Istat. "Indagine su Decessi e cause di morte". Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 606

Tabella 8 - *Tasso (valori per 1.000 nati vivi) di mortalità infantile per cittadinanza e regione - Anni 2011-2021*

Regioni	2011			2012			2013			2014			2015			2016			2017			2018			2019			2020			2021		
	I	S	Tot	I	S	Tot	I	S	Tot	I	S	Tot	I	S	Tot	I	S	Tot	I	S	Tot	I	S	Tot	I	S	Tot	I	S	Tot	I	S	Tot
Piemonte	2,27	3,26	2,46	1,87	4,13	2,32	2,19	3,17	2,38	1,57	1,94	1,65	1,95	5,31	2,58	1,99	3,28	2,24	2,23	3,76	2,53	1,58	3,54	1,96	2,04	4,09	2,43	1,94	2,78	2,10	1,74	2,67	1,91
Valle d'Aosta	0,94	0,00	0,82	2,95	0,00	2,55	2,19	0,00	1,89	2,06	6,67	2,68	3,53	7,25	4,05	3,61	7,58	4,16	1,25	0,00	1,10	2,56	0,00	2,21	2,71	0,00	2,38	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Lombardia	2,28	3,60	2,57	2,06	3,61	2,41	2,11	3,72	2,48	2,49	4,11	2,85	2,21	3,70	2,54	2,45	3,91	2,77	2,32	3,82	2,65	2,16	4,02	2,56	1,73	3,80	2,19	2,01	3,57	2,35	1,97	3,61	2,31
Bolzano-Bozen	*0,66*	*5,54*	*1,33*	*2,57*	*1,34*	*2,40*	*1,82*	*6,35*	*2,46*	*2,54*	*3,80*	*2,72*	*2,18*	*2,69*	*2,25*	*3,19*	*2,71*	*3,12*	*2,39*	*5,37*	*2,80*	*2,84*	*5,67*	*3,22*	*1,57*	*1,31*	*1,53*	*2,46*	*4,16*	*2,70*	*1,78*	*1,47*	*1,74*
Trento	*2,73*	*4,46*	*3,02*	*2,85*	*10,54*	*4,27*	*2,86*	*2,18*	*2,74*	*1,99*	*2,40*	*2,06*	*2,52*	*3,47*	*2,69*	*3,34*	*4,02*	*3,45*	*1,58*	*1,43*	*1,56*	*2,73*	*7,20*	*3,45*	*1,70*	*4,24*	*2,12*	*1,46*	*1,58*	*1,48*	*1,39*	*5,09*	*1,91*
Veneto	2,54	4,14	2,89	2,34	3,68	2,63	1,85	3,62	2,24	1,55	3,93	2,07	2,18	3,66	2,49	1,97	3,76	2,32	1,76	4,00	2,21	2,02	2,51	2,12	2,39	3,25	2,56	1,48	3,49	1,90	1,94	2,77	2,10
Friuli Venezia Giulia	3,72	2,55	3,52	2,14	2,72	2,24	2,76	5,84	3,30	1,40	5,13	2,07	1,96	2,79	2,10	1,67	3,59	2,01	1,21	4,85	1,85	1,97	3,14	2,17	2,07	1,66	2,00	1,52	4,26	2,02	2,49	0,92	2,20
Liguria	3,49	6,08	3,92	2,65	5,15	3,11	2,15	3,24	2,37	2,49	4,59	2,88	2,12	4,85	2,66	2,21	3,83	2,52	1,53	2,77	1,78	2,51	2,65	2,54	2,29	3,98	2,63	1,70	3,35	2,06	2,23	7,23	3,27
Emilia-Romagna	2,58	4,71	3,09	2,19	3,94	2,62	2,45	3,81	2,79	2,57	3,89	2,89	1,73	4,35	2,37	1,66	3,17	2,02	1,87	3,89	2,36	2,25	2,53	2,31	2,11	4,80	2,78	1,25	3,12	1,71	1,70	4,94	2,48
Toscana	2,23	4,19	2,60	1,40	17,81	2,15	1,49	3,40	1,87	2,06	1,53	1,96	1,69	5,12	2,36	2,47	3,48	2,67	1,91	2,54	2,03	2,12	2,36	2,17	1,44	1,49	1,45	1,39	3,43	1,79	1,38	2,77	1,64
Umbria	1,55	1,57	1,55	3,65	0,90	2,76	2,05	3,36	2,31	1,42	5,36	2,14	3,75	8,30	4,59	0,46	7,96	1,73	1,38	2,90	1,64	2,02	7,89	3,11	1,74	1,02	1,61	2,86	4,99	3,23	1,15	1,11	1,15
Marche	1,64	2,89	1,88	2,34	0,87	1,67	2,01	2,74	2,14	2,01	1,58	1,94	2,07	5,39	2,60	1,55	3,97	1,92	2,12	5,41	2,62	1,52	2,49	1,67	2,18	2,14	2,17	1,80	2,48	1,91	1,74	2,43	1,84
Lazio	2,44	7,87	3,22	2,76	4,58	3,04	2,77	5,50	3,20	2,35	5,15	2,78	2,27	6,86	2,99	2,63	3,83	2,82	1,97	5,13	2,47	2,67	4,95	3,04	1,95	4,69	2,39	2,15	4,96	2,58	2,33	3,87	2,55
Abruzzo	3,06	3,30	3,09	3,36	61,52	4,02	2,90	2,69	2,87	2,22	1,92	2,18	3,58	1,18	3,32	2,77	0,00	2,48	2,59	1,04	2,42	2,84	4,61	3,02	3,12	2,54	3,06	2,77	2,98	2,79	2,08	4,38	2,29
Molise	2,22	0,00	2,11	31,65	0,46	2,57	4,19	0,00	3,97	2,87	0,00	2,71	4,84	0,00	4,59	1,03	0,00	0,96	1,52	7,14	1,89	2,24	0,00	2,11	1,65	0,00	1,56	2,50	0,00	2,34	2,52	10,42	2,97
Campania	3,66	4,76	3,70	4,08	9,91	4,21	3,69	10,67	3,98	2,84	5,30	2,95	3,27	5,12	3,35	3,03	6,48	3,20	3,45	5,17	3,54	3,49	10,49	3,85	2,45	7,39	2,72	3,25	4,36	3,31	2,90	7,27	3,11
Puglia	3,10	4,21	3,14	3,34	3,80	3,36	2,91	2,97	2,91	3,12	5,47	3,22	2,87	3,84	2,91	2,56	5,94	2,73	2,92	3,07	2,93	3,23	4,34	3,28	2,10	3,42	2,18	2,88	6,78	3,10	2,57	4,77	2,69
Basilicata	4,15	12,46	4,46	2,06	10,48	2,46	3,28	11,58	3,66	3,84	0,00	3,64	5,15	0,00	4,85	4,48	0,00	4,23	2,67	0,00	2,50	3,66	9,23	4,04	3,78	0,00	3,54	2,12	4,57	2,27	3,21	0,00	3,00
Calabria	4,66	5,50	4,70	4,47	5,35	4,52	4,63	6,14	4,73	4,67	4,72	4,67	3,62	1,38	3,48	4,57	8,07	4,80	3,91	6,27	4,08	3,88	4,85	3,95	4,12	8,50	4,42	3,71	7,33	3,94	4,10	5,09	4,16
Sicilia	4,15	6,74	4,26	4,03	8,25	4,23	4,07	5,51	4,14	3,94	7,24	4,10	4,03	5,17	4,09	3,60	10,42	3,96	3,77	10,31	4,15	3,80	7,81	4,03	3,01	8,95	3,34	3,28	4,16	3,33	3,73	6,83	3,89
Sardegna	2,85	2,49	2,84	2,15	4,78	2,25	3,21	9,87	3,45	1,88	12,24	2,27	1,97	0,00	1,89	2,58	2,25	2,56	1,94	7,41	2,17	2,54	2,59	2,54	1,75	3,02	1,81	1,26	2,96	1,33	2,22	6,94	2,43
Italia	**2,90**	**4,26**	**3,09**	**2,81**	**4,13**	**3,00**	**2,77**	**4,05**	**2,96**	**2,58**	**3,89**	**2,78**	**2,63**	**4,38**	**2,90**	**2,59**	**4,09**	**2,81**	**2,51**	**4,16**	**2,75**	**2,68**	**4,02**	**2,88**	**2,24**	**4,02**	**2,50**	**2,30**	**3,73**	**2,51**	**2,35**	**3,93**	**2,57**

I = Italiani.
S = Stranieri.

Fonte dei dati: Istat. "Indagine su Decessi e cause di morte". Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 607

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 608

Mortalità sepsi-correlata

Significato. La mortalità correlata ad una specifica causa di morte viene misurata attraverso i tradizionali indicatori utilizzati per lo studio della mortalità causa-specifica, quali i tassi std (*European Standard Population*, Edizione 2013), complessivi e specifici per grandi classi di età in cui, però, al numero di decessi considerati concorrono non solo i casi selezionati attraverso la causa iniziale di morte, ma vengono conteggiati anche i casi in cui quella determinata condizione patologica è presente tra la multimorbosità riportata sul certificato di morte.
L'indicatore di mortalità sepsi-correlata è, pertanto, basato sul numero di decessi che menzionano la sepsi, indipendentemente dal fatto che tale causa sia selezionata come la causa iniziale di morte.

Tasso di mortalità sepsi-correlata

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

Significato delle variabili: $D_{x,r}^i$ rappresenta il numero dei decessi all'età x con menzione della causa i nella provincia o regione r;
$P_{x,r}$ rappresenta l'ammontare della popolazione di età x nella provincia o regione r.

Validità e limiti. L'utilizzo di un indicatore che considera tutte le condizioni morbose riportate sul certificato di morte (cause multiple) permette di ridurre l'eventuale sottostima della mortalità che si potrebbe verificare per una determinata causa, conteggiandone i decessi soltanto in base alla causa iniziale. Tale indicatore consente di sfruttare tutte le informazioni riportate sul certificato di morte, risultando particolarmente utile in presenza di un quadro patologico complesso come quello dei decessi riguardanti la popolazione anziana.
Come tutti i tassi std anche quello di mortalità causa-correlata non rappresenta una misura reale del fenomeno, in quanto indica il valore che il tasso di mortalità assumerebbe qualora la struttura per età della popolazione considerata fosse uguale a quella della popolazione scelta come standard. Come pregio, il tasso std consente di effettuare confronti, tanto temporali che territoriali, al netto dell'influenza delle strutture demografiche reali delle popolazioni messe a confronto.

Valore di riferimento/Benchmark. L'atteso è che il tasso di mortalità sia il più basso possibile.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 609

Tabella 1 - *Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità sepsi-correlata nella popolazione di età 75 anni ed oltre per regione. Maschi - Anni 2011-2021*

Regioni	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Piemonte	77,6	84,1	83,8	75,9	91,5	85,1	90,5	90,4	90,0	91,0	93,1
Valle d'Aosta	83,9	77,9	69,7	70,5	108,9	69,8	101,7	76,9	106,1	65,4	80,7
Lombardia	70,7	76,1	75,5	79,1	86,7	87,1	85,8	82,4	83,1	81,4	82,0
Bolzano-Bozen	*4,7*	*12,7*	*10,4*	*9,4*	*11,1*	*52,0*	*43,4*	*45,4*	*52,8*	*56,3*	*63,1*
Trento	*9,5*	*16,4*	*75,1*	*57,1*	*67,3*	*71,1*	*65,1*	*71,9*	*62,8*	*52,0*	*61,0*
Veneto	62,9	63,3	70,2	67,2	78,8	79,6	89,2	89,2	91,6	98,3	106,2
Friuli Venezia Giulia	85,2	92,2	89,9	87,6	93,8	100,2	97,6	98,5	96,1	99,8	101,9
Liguria	58,7	70,8	68,6	70,8	89,9	88,0	95,8	102,5	100,0	106,6	112,0
Emilia-Romagna	80,3	91,5	89,2	95,1	108,5	111,5	117,0	116,5	119,5	116,7	128,1
Toscana	56,0	62,6	59,6	64,4	74,4	73,5	84,1	80,4	82,8	79,9	92,6
Umbria	47,2	55,2	59,5	66,5	74,1	79,7	78,5	80,0	92,3	91,5	107,1
Marche	56,9	62,6	62,4	71,9	83,7	79,4	102,1	102,0	110,5	112,7	123,7
Lazio	43,3	49,4	47,0	51,8	58,6	60,9	66,8	66,3	67,2	71,3	78,0
Abruzzo	33,0	37,1	32,8	33,7	40,5	46,2	63,7	65,8	78,8	90,6	109,8
Molise	29,9	32,4	30,5	35,3	41,6	41,9	49,1	41,0	70,3	73,9	77,6
Campania	15,7	16,8	18,7	17,4	24,9	25,0	25,8	31,5	36,3	37,1	48,5
Puglia	32,8	33,9	33,8	35,3	46,1	45,8	52,5	57,7	64,0	65,4	72,8
Basilicata	40,6	31,3	33,5	30,5	46,0	47,0	53,6	52,8	55,5	52,6	64,2
Calabria	20,8	21,3	24,0	24,9	29,4	32,6	38,6	41,4	46,6	41,5	51,4
Sicilia	13,1	15,8	17,4	18,9	22,1	25,5	33,2	34,9	37,8	41,2	47,0
Sardegna	37,1	40,0	37,9	41,5	53,9	61,7	70,0	68,9	72,9	69,1	79,5
Italia	**51,0**	**55,7**	**56,1**	**57,9**	**67,6**	**68,7**	**74,4**	**74,8**	**77,7**	**78,6**	**85,9**

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento l'*European Standard Population* 2013.

Fonte dei dati: Istat. "Indagine su Decessi e cause di morte". Anno 2023.

Tabella 2 - *Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità sepsi-correlata nella popolazione di età 75 anni ed oltre per regione. Femmine - Anni 2011-2021*

Regioni	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Piemonte	49,2	53,9	52,8	48,9	54,6	49,3	55,1	54,1	54,3	52,5	55,6
Valle d'Aosta	44,0	39,3	42,1	43,1	70,6	51,7	60,0	64,7	50,7	61,5	50,4
Lombardia	39,8	42,7	43,3	43,6	50,6	47,6	49,3	47,4	45,3	50,3	47,7
Bolzano-Bozen	*4,0*	*5,3*	*4,9*	*6,5*	*6,6*	*34,0*	*35,8*	*36,6*	*29,4*	*33,9*	*32,8*
Trento	*5,9*	*10,2*	*38,2*	*30,8*	*36,7*	*34,1*	*39,1*	*38,0*	*37,3*	*32,5*	*35,4*
Veneto	34,5	36,6	41,3	38,9	49,9	49,3	54,6	54,2	57,0	59,4	62,2
Friuli Venezia Giulia	45,8	53,4	54,1	52,4	55,5	52,5	55,0	51,1	56,8	55,4	59,5
Liguria	39,9	41,3	42,7	44,9	55,1	53,8	61,8	67,1	65,0	64,5	66,5
Emilia-Romagna	53,2	54,2	58,5	56,5	71,9	70,6	77,0	75,2	75,1	75,5	82,9
Toscana	37,4	40,1	38,9	41,2	48,0	48,3	55,8	52,4	56,1	49,7	59,3
Umbria	32,9	35,1	36,1	37,7	46,3	48,4	59,9	58,2	62,3	55,6	69,9
Marche	39,8	41,2	37,7	44,6	55,7	52,3	68,6	67,8	73,3	73,4	80,9
Lazio	31,0	34,7	35,3	34,3	38,6	41,0	47,1	45,4	44,8	44,7	50,2
Abruzzo	22,1	27,0	24,2	24,4	38,2	37,1	48,1	45,6	52,9	62,0	72,1
Molise	20,5	20,8	23,0	21,5	26,8	25,6	24,7	26,2	40,4	40,5	42,2
Campania	12,9	12,3	15,0	14,5	16,7	17,3	21,3	22,7	27,5	25,3	34,2
Puglia	23,4	25,8	23,7	23,7	32,2	32,0	37,6	43,7	48,4	47,8	55,2
Basilicata	21,9	26,7	26,5	26,9	32,3	33,1	40,3	43,3	42,5	41,5	54,3
Calabria	16,2	16,7	17,6	19,5	22,6	23,2	28,6	29,9	30,5	29,8	35,4
Sicilia	9,6	11,3	13,3	15,4	17,6	20,0	22,6	23,1	29,4	30,4	35,3
Sardegna	23,1	26,0	24,7	28,8	35,8	40,8	47,0	44,6	48,4	46,4	54,5
Italia	**33,2**	**35,6**	**36,7**	**36,6**	**43,9**	**43,3**	**48,7**	**48,1**	**49,9**	**50,1**	**54,8**

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento l'*European Standard Population* 2013.

Fonte dei dati: Istat. "Indagine su Decessi e cause di morte". Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 610

Assistenza ospedaliera

Ospedalizzazioni per età, tipologia di attività e *Diagnosis Related Group* medici e chirurgici

Significato. La domanda soddisfatta dal sistema ospedaliero viene descritta attraverso l'analisi dei tassi di ospedalizzazione per età, regime di ricovero e DRG medici e chirurgici.
I dati registrati fino al 2022 indicano un tasso di ospedalizzazione complessivo pari a 117,6 per 1.000 abitanti, in aumento rispetto al 2021 (112,6 per 1.000) e nettamente inferiore allo standard del 160 per 1.000 indicato dal DM n. 70/2015.
L'indicatore viene analizzato come serie storica e con dettaglio regionale del tasso di ospedalizzazione in regime di RO, DH e totale e per età, tipologie di attività e ricoveri con DRG medici e chirurgici.
Il tasso di ospedalizzazione (o Tasso di Dimissione-TD), in generale, fornisce una misura sintetica del ricorso al ricovero ospedaliero della popolazione oggetto di studio. Si calcola come rapporto fra il numero di ricoveri ospedalieri, ovunque effettuati, relativi a soggetti residenti in una data regione e la complessiva popolazione ivi residente.
Viene, solitamente, elaborato distintamente per le diverse modalità di ricovero, ovvero sia per il RO che per quello diurno, comprensivo del DH medico e chirurgico, altrimenti detto Day Surgery. Pertanto, l'indicatore consente di descrivere il ricorso alle diverse modalità di erogazione dell'assistenza ospedaliera e di cogliere, nelle analisi temporali, gli eventuali spostamenti della casistica trattata da un *setting* assistenziale all'altro. In questo modo si ottengono anche indicazioni sulla struttura dell'offerta e sulle sue modificazioni.
L'età del paziente rappresenta un fattore demografico estremamente importante quando si analizza il ricorso alle prestazioni sanitarie. In particolare, la tipologia di assistenza ospedaliera erogata (acuzie, riabilitazione o lungodegenza) risente fortemente delle caratteristiche demografiche della popolazione e ciò è da attribuire, in parte, all'organizzazione dell'offerta di prestazioni sanitarie presso strutture assistenziali di pertinenza territoriale.
I tassi di ospedalizzazione, calcolati a livello regionale, per classi di età e per tipologia di assistenza erogata, consentono di evidenziare il fenomeno ed eventuali differenze geografiche.
Verranno analizzati anche i TD per i DRG medici e chirurgici, sia per il regime di RO che per il DH, con lo scopo di valutare, nell'ambito di ogni regione, il contributo fornito da ciascuna componente al TD complessivo.
La variabilità regionale del TD generale si riflette, naturalmente, anche sui TD per DRG medici e chirurgici. La variabilità geografica fornisce una rappresentazione abbastanza efficace delle politiche attuate dalle diverse regioni in termini di dimensionamento dell'offerta ospedaliera, di contrasto dei ricoveri inappropriati, di organizzazione dei servizi di PS, di diagnosi strumentale e di decentramento dell'assistenza verso *setting* assistenziali extra-degenza ospedaliera o verso i servizi distrettuali.

Tasso di dimissioni ospedaliere

$$\text{Numeratore} = \frac{\text{Dimissioni ospedaliere in regime di Ricovero Ordinario, Day Hospital e totale*}}{\text{Popolazione media residente}} \times 1.000$$

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

Tasso di dimissioni ospedaliere per età e tipologia di attività

$$\text{Numeratore} = \frac{\text{Dimissioni ospedaliere per classi di età e tipologia di attività*}}{\text{Popolazione media residente}} \times 1.000$$

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

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 612

Tasso di dimissioni ospedaliere per DRG medici e chirurgici

$$\text{Numeratore} = \frac{\text{Dimissioni ospedaliere per DRG medici e chirurgici in regime di Ricovero Ordinario, Day Hospital e totale*}}{\text{Popolazione media residente}} \times 1.000$$

Denominatore

*Distintamente nei reparti di attività per acuti, riabilitazione e lungodegenza.

Validità e limiti. L'indicatore è stato calcolato tenendo conto delle dimissioni da strutture pubbliche e private accreditate con il SSN. I reparti di dimissione considerati sono quelli per acuti, riabilitazione e lungodegenza. Sono state escluse le dimissioni dei neonati sani e, per garantire omogeneità tra numeratore e denominatore dell'indicatore, sono stati esclusi i ricoveri dei soggetti non residenti in Italia. Sono stati inclusi, invece, i ricoveri ripetuti di uno stesso soggetto perché l'indicatore intende esprimere l'entità della domanda di ricovero soddisfatta nel corso dell'anno.
L'indicatore misura la domanda di ospedalizzazione "soddisfatta" dalla rete ospedaliera presente sul territorio, senza distinguere le prestazioni appropriate da quelle meno appropriate, se erogate in regime di ricovero. La non appropriatezza delle prestazioni erogate in regime di ricovero può non essere esclusivamente espressione di malfunzionamento dell'Ospedale, ma può essere dovuta ad una carente offerta e distribuzione dei servizi sanitari territoriali rivolti alle patologie croniche. D'altra parte, l'indicatore non consente di analizzare compiutamente fenomeni di *underuse*, ovvero la domanda "insoddisfatta" dovuta, in taluni contesti, alla scarsa accessibilità alle prestazioni sanitarie e rappresentativa di un bisogno di salute percepito ed espresso dalla popolazione.
Qualche cautela va prestata nei confronti regionali dei TD in regime di DH: si rilevano, infatti, alcune diversità, da una regione all'altra, nella modalità di registrazione dei cicli e degli accessi all'ospedalizzazione in regime diurno. Le diversità rilevate possono anche essere dovute ad una diversa modalità di impiego delle strutture ambulatoriali.
Il fenomeno dell'ospedalizzazione, inoltre, risulta notevolmente correlato all'età del paziente. Pertanto, al fine di confrontare la propensione al ricovero nei diversi contesti regionali, è stato calcolato il tasso std. Con riferimento, quindi, alla popolazione media residente in Italia nel 2022, sono stati calcolati i TD regionali standardizzati, in cui risulta corretto l'effetto della diversa composizione per età delle popolazioni nelle singole regioni.
Il dato più recente (2022) è messo a confronto con analoghe rilevazioni effettuate con riferimento ai dati degli anni precedenti.

Valore di riferimento/Benchmark. Sono presi a riferimento gli standard previsti dal DM n. 70/2015, tra cui il limite del TD totale pari a 160 per 1.000 residenti. Per i sotto-indicatori, di cui non esiste un riferimento normativo, il confronto dei tassi specifici regionali con quello nazionale consente di evidenziare le differenze presenti sul territorio nazionale.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 613

Tabella 1 - *Tasso (standardizzato per 1.000) di dimissioni ospedaliere, da istituti pubblici e privati accreditati, per regime di ricovero e regione - Anni 2017-2022*

Regioni	2017			2018			2019			2020			2021			2022		
	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale
Piemonte	100,6	28,2	128,8	100,6	28,2	128,8	101,1	28,6	129,8	82,6	20,3	103,0	89,0	23,8	112,8	93,1	26,7	119,8
Valle d'Aosta	117,0	41,4	158,4	117,1	41,6	158,7	117,3	39,6	156,8	97,2	23,0	120,2	105,2	31,5	136,7	107,5	35,8	143,3
Lombardia	106,7	21,0	127,7	104,3	20,8	125,1	100,0	23,6	123,6	81,0	15,2	96,1	84,2	19,6	103,7	88,7	22,3	111,0
Bolzano-Bozen	*125,4*	*30,4*	*155,8*	*123,4*	*29,8*	*153,3*	*120,2*	*29,8*	*150,0*	*104,1*	*21,6*	*125,8*	*108,1*	*25,5*	*133,6*	*111,5*	*28,6*	*140,1*
Trento	*104,1*	*41,3*	*145,4*	*100,4*	*39,9*	*140,3*	*101,0*	*38,3*	*139,2*	*84,4*	*29,1*	*113,5*	*88,4*	*32,1*	*120,4*	*92,3*	*34,8*	*127,1*
Veneto	103,4	22,7	126,1	102,3	22,3	124,5	101,5	22,9	124,4	86,4	18,1	104,5	87,7	20,1	107,8	91,0	22,0	113,0
Friuli Venezia Giulia	103,0	28,0	131,0	103,3	27,9	131,2	102,3	26,8	129,1	87,7	21,5	109,2	87,1	23,4	110,5	88,7	26,0	114,7
Liguria	111,3	39,2	150,5	110,3	38,4	148,7	111,1	38,6	149,7	87,6	28,8	116,4	94,8	35,1	130,0	98,0	37,5	135,5
Emilia-Romagna	116,5	25,5	142,0	114,5	25,4	139,9	112,9	25,7	138,6	95,4	19,1	114,5	100,3	22,7	123,0	102,2	24,1	126,4
Toscana	96,3	32,0	128,2	95,5	31,8	127,3	96,2	31,3	127,5	79,7	23,9	103,6	84,7	26,8	111,5	85,6	27,6	113,2
Umbria	112,9	30,0	142,9	110,0	30,5	140,5	106,3	31,6	137,9	88,7	21,4	110,2	95,6	25,7	121,2	99,1	27,0	126,1
Marche	105,1	33,8	139,0	106,5	33,4	139,9	103,6	35,2	138,8	85,4	25,4	110,8	89,7	28,3	117,9	93,6	30,1	123,7
Lazio	101,6	42,3	143,9	99,3	40,8	140,1	92,1	37,7	129,8	82,1	30,5	112,6	86,0	34,6	120,6	89,3	35,5	124,8
Abruzzo	112,7	34,4	147,1	111,8	34,5	146,3	106,3	32,4	138,8	89,8	23,5	113,2	95,7	28,4	124,1	95,8	31,7	127,5
Molise	111,5	38,2	149,7	103,6	36,9	140,5	101,8	35,1	136,9	81,5	24,4	105,9	86,1	27,4	113,5	91,2	28,1	119,2
Campania	108,0	54,0	162,1	102,6	48,7	151,3	101,5	44,4	145,9	78,4	29,5	107,9	85,0	35,8	120,8	87,8	36,4	124,2
Puglia	115,0	14,7	129,6	112,8	12,5	125,3	109,5	11,5	121,0	83,3	7,8	91,1	88,7	9,2	97,9	93,1	10,1	103,2
Basilicata	105,4	30,3	135,8	103,3	30,0	133,3	101,5	28,3	129,8	76,2	19,4	95,6	84,5	25,2	109,7	89,4	27,8	117,2
Calabria	100,8	29,4	130,2	100,7	28,5	129,2	99,7	29,7	129,4	71,5	18,7	90,2	78,9	24,8	103,7	87,3	27,6	115,0
Sicilia	98,8	23,7	122,5	96,5	23,6	120,2	95,5	23,9	119,4	74,6	16,3	90,9	83,3	19,9	103,2	85,9	21,2	107,2
Sardegna	107,3	43,2	150,5	104,6	43,0	147,6	100,0	42,1	142,1	80,2	31,6	111,8	86,7	37,0	123,7	84,7	38,4	123,1
Italia	**105,9**	**30,3**	**136,3**	**104,0**	**29,4**	**133,4**	**101,6**	**29,2**	**130,8**	**82,8**	**20,9**	**103,7**	**87,8**	**24,8**	**112,6**	**91,0**	**26,6**	**117,6**

Nota: i tassi sono stati standardizzati utilizzando i pesi della popolazione italiana del 2011.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2023.

Tabella 2 - *Tasso (standardizzato e specifico per 1.000) di dimissioni ospedaliere, da istituti pubblici e privati accreditati, in regime di Ricovero Ordinario per acuti per regione - Anni 2021-2022*

Regioni	2021						2022					
	0-14	15-24	25-64	65-74	75+	Tassi std	0-14	15-24	25-64	65-74	75+	Tassi std
Piemonte	56,34	33,66	65,37	132,39	198,96	81,80	61,68	36,61	66,86	137,00	209,52	85,24
Valle d'Aosta	53,90	40,10	73,51	161,82	279,95	98,06	57,08	43,04	72,31	164,50	285,84	99,03
Lombardia	42,60	30,34	60,85	131,78	208,09	77,93	48,58	34,06	62,81	137,13	219,25	81,94
Bolzano-Bozen	*57,79*	*40,76*	*72,62*	*164,30*	*302,19*	*100,75*	*60,43*	*45,32*	*73,98*	*163,05*	*313,28*	*103,34*
Trento	*34,37*	*28,63*	*61,50*	*139,44*	*240,68*	*81,15*	*37,07*	*31,97*	*63,63*	*138,57*	*259,38*	*84,88*
Veneto	43,16	31,78	64,40	134,69	236,79	83,39	47,09	35,53	65,78	139,42	245,97	86,52
Friuli Venezia Giulia	42,24	34,25	64,13	138,32	247,67	84,87	44,66	36,69	65,53	139,27	249,71	86,53
Liguria	59,62	42,29	70,00	135,36	218,95	88,06	66,97	45,42	69,30	137,84	233,81	90,81
Emilia-Romagna	49,26	35,96	70,14	149,71	275,59	93,42	55,15	39,16	69,84	149,96	284,14	95,31
Toscana	41,19	31,74	62,20	134,65	239,50	82,17	45,27	33,61	61,46	135,50	245,59	83,24
Umbria	57,08	36,90	70,51	143,83	246,35	91,17	61,34	41,25	70,46	148,87	263,44	94,47
Marche	49,71	36,02	69,39	134,37	217,29	85,43	53,54	40,63	70,39	140,56	231,51	89,10
Lazio	47,30	32,09	65,08	133,70	208,79	81,37	52,61	34,90	64,34	138,20	223,83	84,02
Abruzzo	65,97	34,89	70,04	144,77	229,35	90,29	73,67	35,88	68,07	143,50	233,53	90,69
Molise	51,67	34,01	67,46	136,33	194,75	82,31	52,91	33,81	69,92	144,09	215,53	86,79
Campania	45,15	31,93	69,47	140,62	190,30	82,29	51,02	32,06	69,83	143,61	200,07	84,65
Puglia	58,68	35,05	69,78	137,50	199,50	85,30	69,01	37,30	71,60	141,99	209,53	89,48
Basilicata	49,05	29,05	64,00	130,29	204,88	79,96	56,48	29,89	65,25	138,00	218,84	84,03
Calabria	53,32	29,18	61,02	121,35	171,04	74,48	60,29	33,05	66,33	134,41	190,26	82,14
Sicilia	51,65	34,45	65,63	130,12	184,33	79,62	59,45	35,16	65,45	133,02	194,27	82,01
Sardegna	50,43	34,97	66,80	125,78	216,17	82,98	55,80	36,50	64,46	121,63	208,14	81,33
Italia	**48,49**	**33,05**	**65,68**	**135,44**	**216,79**	**82,98**	**54,38**	**35,57**	**66,37**	**139,05**	**227,01**	**85,87**

Nota: i tassi sono stati standardizzati utilizzando i pesi della popolazione italiana del 2011.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 614

Tabella 3 - *Tasso (standardizzato e specifico per 1.000) di dimissioni ospedaliere, da istituti pubblici e privati accreditati, in regime di Ricovero Ordinario per riabilitazione per regione - Anni 2021-2022*

Regioni	2021					2022				
	0-44	45-64	65-74	75+	Tassi std	0-44	45-64	65-74	75+	Tassi std
Piemonte	1,16	5,53	13,68	19,21	5,55	1,27	5,90	15,24	22,43	6,20
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,69	5,58	17,11	28,31	6,62	0,73	6,49	17,98	31,88	7,35
Lombardia	1,00	4,70	14,40	21,45	5,54	1,12	5,12	16,08	22,91	6,05
Bolzano-Bozen	*0,39*	*3,65*	*14,42*	*24,30*	*5,23*	*0,33*	*3,77*	*16,23*	*27,36*	*5,74*
Trento	*1,06*	*5,72*	*14,96*	*18,70*	*5,63*	*1,09*	*5,21*	*15,48*	*20,78*	*5,77*
Veneto	0,55	3,15	10,77	12,71	3,60	0,55	3,28	11,51	12,99	3,74
Friuli Venezia Giulia	0,40	1,52	3,65	3,14	1,33	0,47	1,50	3,52	2,79	1,31
Liguria	1,10	5,42	13,69	14,25	4,97	1,24	5,53	15,14	16,30	5,44
Emilia-Romagna	0,40	2,19	6,31	6,98	2,19	0,40	2,23	6,87	7,76	2,35
Toscana	0,45	1,64	4,48	6,28	1,80	0,51	1,68	4,29	5,90	1,79
Umbria	0,52	2,94	9,16	9,06	2,98	0,54	3,25	10,61	10,29	3,35
Marche	0,75	2,53	6,63	6,93	2,50	0,70	2,65	7,31	7,86	2,67
Lazio	0,43	2,84	9,55	14,53	3,51	0,45	3,10	11,26	16,51	3,98
Abruzzo	0,62	3,58	11,41	14,56	4,01	0,52	3,28	11,60	14,84	3,93
Molise	0,60	3,19	9,47	10,08	3,22	0,58	3,65	10,40	12,74	3,72
Campania	0,39	2,35	6,61	9,58	2,53	0,43	2,50	7,79	11,07	2,87
Puglia	0,61	2,69	7,46	11,21	3,00	0,62	2,86	8,87	12,14	3,29
Basilicata	0,51	2,42	6,82	10,50	2,73	0,50	2,87	9,28	12,75	3,34
Calabria	0,57	3,50	10,88	13,83	3,83	0,68	4,23	12,84	16,38	4,56
Sicilia	0,74	3,21	8,86	10,53	3,29	0,78	3,42	9,81	11,35	3,55
Sardegna	0,38	2,03	6,58	7,29	2,20	0,34	2,05	6,55	7,16	2,17
Italia	**0,66**	**3,31**	**9,70**	**13,13**	**3,63**	**0,70**	**3,52**	**10,81**	**14,38**	**3,96**

Nota: i tassi sono stati standardizzati utilizzando i pesi della popolazione italiana del 2011.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2023.

Tabella 4 - *Tasso (standardizzato e specifico per 1.000) di dimissioni ospedaliere, da istituti pubblici e privati accreditati, in regime di Ricovero Ordinario per lungodegenza per regione - Anni 2021-2022*

Regioni	2021				2022			
	0-64	65-74	75+	Tassi std	0-64	65-74	75+	Tassi std
Piemonte	0,36	1,86	7,44	1,25	0,33	1,78	7,96	1,27
Valle d'Aosta-Vallée d'Aosta	0,04	0,33	0,13	0,08	0,08	0,53	5,47	0,68
Lombardia	0,10	0,76	2,81	0,45	0,09	0,73	2,91	0,45
Bolzano-Bozen	*0,45*	*3,81*	*17,54*	*2,57*	*0,50*	*5,26*	*17,97*	*2,81*
Trento	*0,22*	*2,47*	*12,43*	*1,72*	*0,27*	*2,84*	*12,52*	*1,81*
Veneto	0,09	0,80	2,72	0,44	0,08	0,86	2,81	0,45
Friuli Venezia Giulia	0,07	0,82	3,01	0,45	0,07	0,62	2,61	0,39
Liguria	0,29	2,03	7,25	1,19	0,30	2,20	8,36	1,33
Emilia-Romagna	0,76	6,83	28,88	4,31	0,62	6,56	30,06	4,29
Toscana	0,05	0,47	2,44	0,34	0,04	0,44	1,75	0,26
Umbria	0,28	1,82	6,63	1,10	0,25	1,83	5,92	1,00
Marche	0,23	2,01	10,24	1,45	0,22	2,28	10,56	1,50
Lazio	0,09	1,03	5,59	0,76	0,12	1,28	7,29	0,98
Abruzzo	0,26	1,98	7,38	1,17	0,21	1,66	7,54	1,12
Molise	0,03	0,29	0,70	0,13	0,03	0,37	0,81	0,14
Campania	0,16	1,27	4,01	0,67	0,17	1,39	4,57	0,75
Puglia	0,18	1,03	3,00	0,56	0,12	0,90	3,21	0,52
Basilicata	0,55	2,52	8,99	1,63	0,43	3,01	12,07	1,90
Calabria	0,13	1,21	4,11	0,66	0,13	1,20	4,52	0,70
Sicilia	0,13	1,19	3,27	0,56	0,13	1,06	3,22	0,55
Sardegna	0,16	1,09	4,78	0,74	0,13	1,00	3,96	0,62
Italia	**0,20**	**1,59**	**6,50**	**1,00**	**0,18**	**1,59**	**6,87**	**1,02**

Nota: i tassi sono stati standardizzati utilizzando i pesi della popolazione italiana del 2011.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2023.

Tabella 5 - *Tasso (standardizzato per 1.000) di dimissioni ospedaliere per Diagnosis Related Group (DRG) medici e chirurgici e dimissioni (valori per 100) ospedaliere per DRG chirurgici per regime di ricovero e regione - Anni 2020-2022*

Regioni	2020									2021									2022								
	DRG Medici			DRG Chirurgici			DRG Chirurgici %			DRG Medici			DRG Chirurgici			DRG Chirurgici %			DRG Medici			DRG Chirurgici			DRG Chirurgici %		
	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale
Piemonte	48,1	10,7	58,7	34,5	9,6	44,2	41,2	47,2	42,4	49,0	12,3	61,3	39,9	11,5	51,4	44,4	48,2	45,2	49,4	13,3	62,6	43,7	13,5	57,2	46,3	50,4	47,2
Valle d'Aosta	59,6	13,1	72,7	37,5	9,9	47,4	37,9	42,0	38,7	61,7	18,8	80,5	43,5	12,7	56,2	40,9	39,3	40,6	61,7	19,9	81,6	45,8	15,9	61,7	42,0	43,4	42,4
Lombardia	50,5	3,6	54,2	30,4	11,5	42,0	37,3	75,9	43,2	48,2	4,5	52,7	35,9	15,1	51,0	42,4	76,9	48,7	49,2	4,8	54,0	39,4	17,5	56,9	44,1	78,4	50,8
Bolzano-Bozen	*66,6*	*7,2*	*73,9*	*34,8*	*14,4*	*49,2*	*33,3*	*66,6*	*39,0*	*67,3*	*8,5*	*75,8*	*38,1*	*17,0*	*55,1*	*35,1*	*66,8*	*41,2*	*67,8*	*9,3*	*77,1*	*41,0*	*19,4*	*60,4*	*36,6*	*67,7*	*43,0*
Trento	*54,2*	*10,9*	*65,1*	*30,2*	*18,2*	*48,4*	*35,5*	*62,3*	*42,3*	*55,6*	*10,4*	*66,0*	*32,7*	*21,6*	*54,4*	*36,8*	*67,2*	*44,8*	*56,4*	*11,0*	*67,4*	*35,9*	*23,8*	*59,7*	*38,4*	*68,3*	*46,4*
Veneto	49,8	5,0	54,8	36,5	13,1	49,6	41,8	72,4	46,9	49,1	5,5	54,6	38,5	14,6	53,1	43,5	72,4	48,7	49,5	6,0	55,5	41,5	16,0	57,4	44,9	72,6	50,2
Friuli Venezia Giulia	50,3	9,0	59,3	37,2	12,6	49,8	41,3	58,0	44,4	49,7	10,0	59,7	37,3	13,4	50,7	41,7	57,3	44,8	47,8	11,1	58,9	40,8	14,9	55,7	44,6	57,3	47,3
Liguria	54,2	18,4	72,6	33,3	10,4	43,7	36,9	35,1	36,5	54,5	22,1	76,5	40,3	13,1	53,4	41,3	36,5	40,1	56,4	23,1	79,5	41,5	14,3	55,9	41,1	37,4	40,1
Emilia-Romagna	59,7	6,3	66,0	35,7	12,8	48,5	36,4	67,3	41,3	60,6	7,2	67,8	39,7	15,6	55,2	38,6	68,5	43,8	59,9	7,4	67,3	42,3	16,8	59,1	40,3	69,5	45,6
Toscana	45,4	10,7	56,1	34,3	13,2	47,4	42,1	55,5	45,0	47,1	11,4	58,4	37,6	15,4	53,0	43,6	57,8	46,8	45,9	11,2	57,0	39,7	16,4	56,2	45,3	59,9	48,7
Umbria	51,9	9,2	61,2	36,5	12,2	48,7	40,1	56,5	43,1	55,2	10,5	65,8	40,0	15,1	55,1	40,9	58,6	44,4	56,8	11,5	68,4	42,0	15,5	57,5	41,2	57,1	44,4
Marche	46,3	11,7	58,0	38,8	13,7	52,5	44,5	53,2	46,4	47,5	12,1	59,6	41,8	16,2	58,0	45,8	56,6	48,3	48,1	13,1	61,2	45,1	17,0	62,1	47,1	55,7	49,2
Lazio	46,3	18,3	64,6	35,6	12,1	47,7	43,1	39,8	42,2	46,9	20,6	67,5	39,0	14,0	53,1	45,1	40,5	43,8	47,9	20,5	68,4	41,3	15,1	56,4	45,8	42,4	44,9
Abruzzo	51,7	10,1	61,8	37,7	13,4	51,1	41,6	57,0	44,7	53,7	12,5	66,3	41,6	15,9	57,4	43,0	56,0	45,9	53,0	14,9	67,9	42,3	16,8	59,1	43,7	53,0	45,9
Molise	45,9	13,9	59,9	35,5	10,5	46,0	43,0	42,5	42,9	46,7	16,2	62,9	39,3	11,3	50,6	45,1	40,8	44,1	49,7	15,2	64,9	41,4	12,9	54,3	44,7	45,7	44,9
Campania	42,1	19,4	61,6	36,3	10,0	46,3	46,6	34,0	43,1	43,3	21,8	65,1	41,7	14,1	55,7	49,3	39,1	46,3	45,5	22,5	68,1	42,3	13,9	56,2	48,4	38,0	45,3
Puglia	47,8	4,7	52,6	35,4	3,0	38,5	42,4	39,2	42,2	49,3	5,3	54,6	39,4	3,9	43,3	44,2	42,7	44,1	51,3	5,7	57,0	41,7	4,4	46,2	44,7	44,0	44,6
Basilicata	45,2	11,6	56,8	31,0	7,8	38,7	40,2	39,8	40,1	48,6	13,7	62,3	35,8	11,5	47,4	42,0	45,7	42,8	51,7	14,3	66,0	37,6	13,6	51,2	41,7	48,8	43,3
Calabria	41,9	10,9	52,8	29,5	7,8	37,3	41,2	41,5	41,2	44,9	15,3	60,2	34,0	9,5	43,4	43,0	38,1	41,8	49,4	16,8	66,2	37,8	10,8	48,6	43,2	39,1	42,3
Sicilia	43,1	6,4	49,5	31,5	9,9	41,3	42,2	60,5	45,5	46,9	7,7	54,6	36,3	12,2	48,5	43,6	61,1	46,9	48,4	8,2	56,6	37,5	13,1	50,5	43,6	61,5	47,1
Sardegna	50,1	15,2	65,2	30,1	16,4	46,6	37,1	52,2	41,3	51,3	18,0	69,3	35,4	18,9	54,4	40,2	51,4	43,5	49,5	19,2	68,7	35,2	19,2	54,4	40,9	50,2	43,8
Italia	**48,7**	**9,8**	**58,5**	**34,1**	**11,1**	**45,1**	**40,7**	**53,0**	**43,1**	**49,4**	**11,3**	**60,6**	**38,3**	**13,6**	**51,9**	**43,3**	**54,6**	**45,7**	**50,2**	**11,8**	**62,0**	**40,7**	**14,8**	**55,5**	**44,3**	**55,6**	**46,8**

Nota: i tassi sono stati standardizzati utilizzando i pesi della popolazione italiana del 2011.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 615

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 616

Ricoveri e accessi in Day Hospital, Day Surgery e One Day Surgery

Significato. Gli indicatori proposti si riferiscono all'attività di ricovero svolta nelle discipline per acuti in regime assistenziale diurno (DH e Day Surgery-DS). Sono rappresentati dal numero di ricoveri e di accessi ai servizi ospedalieri diurni, numero medio di accessi per ricovero, ovvero durata media delle prestazioni erogate per cicli terapeutici diurni, e percentuale dei ricoveri di DS sul totale delle dimissioni in modalità diurna. A tali indicatori si aggiunge un ulteriore indicatore rappresentato dalla percentuale di ricoveri in One Day Surgery, rispetto al totale delle dimissioni con DRG chirurgico con degenza ordinaria. La modalità di ricovero in One Day Surgery consiste, infatti, in un ricovero per intervento chirurgico con degenza breve, non superiore alla durata di 1 giorno.
Gli indicatori forniscono misure di appropriatezza dell'utilizzo della struttura ospedaliera per acuti, evidenziando la prevalenza dei casi medici su quelli chirurgici in ricovero diurno e l'erogazione di prestazioni ospedaliere in One Day Surgery.

Accessi in Day Hospital e Day Surgery

Numeratore: Accessi in regime di Day Hospital e Day Surgery

Denominatore: Dimissioni in Day Hospital e Day Surgery

Proporzione di ricoveri in Day Surgery

$$\frac{\text{Numeratore: Ricoveri con DRG chirurgico in regime di Day Surgery}}{\text{Denominatore: Dimissioni in Day Hospital e Day Surgery}} \times 100$$

Proporzione di ricoveri in One Day Surgery

$$\frac{\text{Numeratore: Ricoveri con DRG chirurgico di 0-1 giorni in regime di Ricovero Ordinario}}{\text{Denominatore: Dimissioni in regime di Ricovero Ordinario con DRG chirurgico}} \times 100$$

Validità e limiti. Nel calcolo del numero medio di accessi sono stati considerati i soli ricoveri ospedalieri per acuti in regime diurno per prestazioni di tipo medico (DH) e chirurgico (DS), effettuati presso tutti gli Istituti di Ricovero e Cura, pubblici e privati accreditati, presenti sul territorio nazionale negli anni 2021 e 2022.
Per individuare i ricoveri in DS e One Day Surgery, si utilizza il sistema di classificazione dei DRG, considerando in particolare le dimissioni ospedaliere che hanno attribuito un DRG chirurgico. I ricoveri in One Day Surgery sono ulteriormente caratterizzati da 1 solo giorno di degenza in regime di RO e regolare dimissione del paziente al proprio domicilio.
Importante, inoltre, è evidenziare che dal 1° gennaio 2009 è stata adottata una versione aggiornata del sistema di classificazione per la codifica delle diagnosi e procedure/interventi rilevati dalle SDO. La classificazione adottata è l'ICD-9-CM versione 2007 e, conseguentemente, è stata anche adottata la corrispondente classificazione DRG 24ª versione. Per i raffronti temporali è necessario prestare le opportune cautele.
Inoltre, come già specificato, esistono differenti modalità di registrazione dei ricoveri in DH da parte delle regioni. Anche per questo aspetto occorre cautela nella lettura dei dati per i confronti regionali.
Infatti, si è più volte constatato che in talune regioni vengono seguite correttamente le indicazioni fornite a livello nazionale per la registrazione dei ricoveri diurni, cioè a completamento di un ciclo programmato di accessi. In altri casi, invece, si effettua una dimissione amministrativa forzata, ad esempio mensile o trimestrale, che comporta un incremento fittizio del numero di dimissioni in ricovero diurno.
Infine, le differenze regionali relative alle dimissioni in One Day Surgery possono essere dovute ad una diversa organizzazione dell'offerta dei servizi.
Per una migliore comprensione delle diciture riportate nelle tabelle, con DH si intendono le dimissioni per acuti con DRG medico o non classificato, mentre con DS le dimissioni con DRG chirurgico.
Nello specifico, la One Day Surgery riguarda i casi di dimissione in regime ordinario, con durata della degenza non superiore ad 1 giorno e con DRG associato di tipo chirurgico.

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono riferimenti normativi specifici.
Il confronto dei dati regionali con quello nazionale, consente di evidenziare le differenti modalità di registrazione degli accessi in regime diurno nelle regioni.

Tabella 1 - *Dimissioni, accessi e numero medio di accessi (valori assoluti) per Day Hospital, Day Surgery e regione - Anni 2021-2022*

Regioni	2021						2022					
	Day Hospital			Day Surgery			Day Hospital			Day Surgery		
	Dimessi	Accessi	N medio accessi	Dimessi	Accessi	N medio accessi	Dimessi	Accessi	N medio accessi	Dimessi	Accessi	N medio accessi
Piemonte	51.368	171.191	3,33	47.092	47.643	1,01	55.681	177.126	3,18	55.450	56.255	1,01
Valle d'Aosta-Vallée d'Aosta	2.228	11.171	5,01	1.778	1.902	1,07	2.392	13.116	5,48	2.246	2.305	1,03
Lombardia	44.907	80.848	1,80	168.403	171.798	1,02	48.573	83.159	1,71	195.681	199.263	1,02
Bolzano-Bozen	*4.438*	*10.133*	*2,28*	*8.771*	*9.450*	*1,08*	*4.833*	*11.233*	*2,32*	*10.278*	*11.196*	*1,09*
Trento	*5.270*	*36.692*	*6,96*	*11.301*	*12.933*	*1,14*	*5.319*	*36.689*	*6,90*	*12.686*	*14.260*	*1,12*
Veneto	25.116	51.591	2,05	71.713	92.799	1,29	27.684	55.093	1,99	79.002	99.069	1,25
Friuli Venezia Giulia	13.001	96.504	7,42	17.252	29.203	1,69	14.442	107.550	7,45	18.702	28.936	1,55
Liguria	38.747	243.034	6,27	19.056	28.572	1,50	40.414	249.420	6,17	20.945	32.105	1,53
Emilia-Romagna	31.106	122.829	3,95	76.493	99.227	1,30	32.584	124.799	3,83	83.508	106.224	1,27
Toscana	45.568	227.901	5,00	57.508	59.745	1,04	44.484	225.033	5,06	60.904	63.056	1,04
Umbria	7.235	41.793	5,78	14.080	14.370	1,02	8.047	41.806	5,20	14.092	14.442	1,02
Marche	17.871	138.655	7,76	24.955	25.373	1,02	19.557	139.773	7,15	25.316	26.243	1,04
Lazio	132.883	372.733	2,80	81.419	167.231	2,05	132.786	369.783	2,78	87.772	180.218	2,05
Abruzzo	13.283	58.874	4,43	18.413	26.285	1,43	16.273	68.346	4,20	20.265	164.151	8,10
Molise	6.099	24.878	4,08	3.235	3.486	1,08	4.364	20.680	4,74	3.731	4.223	1,13
Campania	112.630	550.703	4,89	76.214	170.101	2,23	117.346	579.968	4,94	74.769	166.081	2,22
Puglia	15.402	60.579	3,93	10.509	14.927	1,42	16.550	64.163	3,88	11.710	17.793	1,52
Basilicata	7.049	41.152	5,84	5.233	8.005	1,53	7.250	41.700	5,75	6.281	8.967	1,43
Calabria	22.705	93.006	4,10	13.771	20.831	1,51	24.822	100.429	4,05	15.664	23.834	1,52
Sicilia	31.185	148.803	4,77	56.500	99.986	1,77	32.783	158.351	4,83	60.054	108.452	1,81
Sardegna	28.017	164.305	5,86	29.966	33.480	1,12	29.820	178.447	5,98	30.331	32.580	1,07
Italia	**656.108**	**2.747.375**	**4,19**	**813.662**	**1.137.347**	**1,40**	**686.004**	**2.846.664**	**4,15**	**889.387**	**1.359.653**	**1,53**

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 617

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 618

Tabella 2 - *Ricoveri (valori per 100) per Day Surgery, One Day Surgery e regione - Anni 2021-2022*

Regioni	2021		2022	
	Day Surgery	One Day Surgery	Day Surgery	One Day Surgery
Piemonte	47,83	28,42	49,90	30,40
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	44,38	16,10	48,43	19,87
Lombardia	78,95	18,21	80,11	19,11
Bolzano-Bozen	*66,40*	*12,65*	*68,02*	*15,31*
Trento	*68,20*	*11,65*	*70,46*	*12,92*
Veneto	74,06	24,22	74,05	26,24
Friuli Venezia Giulia	57,03	26,17	56,43	27,60
Liguria	32,97	21,87	34,14	22,05
Emilia-Romagna	71,09	23,93	71,93	24,89
Toscana	55,79	24,08	57,79	25,76
Umbria	66,06	17,32	63,65	18,86
Marche	58,27	22,68	56,42	23,03
Lazio	37,99	12,62	39,80	13,56
Abruzzo	58,09	9,24	55,46	8,88
Molise	34,66	4,75	46,09	5,02
Campania	40,36	8,25	38,92	8,91
Puglia	40,56	9,18	41,44	10,16
Basilicata	42,61	10,90	46,42	11,77
Calabria	37,75	8,29	38,69	8,76
Sicilia	64,44	3,60	64,69	3,52
Sardegna	51,68	17,18	50,42	17,64
Italia	**55,36**	**17,10**	**56,46**	**18,28**

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 619

Degenza media preoperatoria per le procedure chirurgiche

Significato. L'indicatore Degenza Media Preoperatoria (DMPO) descrive il tempo medio trascorso in Ospedale prima di eseguire un intervento chirurgico in regime di RO, il più delle volte per effettuare accertamenti diagnostici o altre attività terapeutiche ed assistenziali propedeutiche all'intervento stesso.
Nella grande maggioranza dei ricoveri programmati, tali attività "possono e dovrebbero" essere effettuate nel periodo pre-ricovero attraverso la rete ambulatoriale, il Day Service o il DH.
Per i ricoveri in urgenza da PS è quasi sempre possibile snellire l'*iter* clinico ed assistenziale in degenza attraverso l'adozione di adeguati modelli organizzativi come, ad esempio, percorsi diagnostici preferenziali e sale operatorie e/o sedute chirurgiche dedicate.
Il dato della DMPO può essere, pertanto, assunto come indicatore *proxy* della capacità di una struttura e di un determinato contesto organizzativo di assicurare una efficiente gestione del percorso preoperatorio in elezione e di pianificare con efficacia, anche in urgenza, l'utilizzo delle sale operatorie e dei servizi di supporto all'attività chirurgica.
Una elevata DMPO denota, generalmente, difficoltà nell'accesso ai servizi diagnostici ospedalieri o extraospedalieri alternativi al tradizionale ricovero che si traduce in un uso potenzialmente inappropriato dei posti letto, delle risorse umane e dei materiali riservati alla degenza ordinaria.

Degenza Media Preoperatoria in regime di Ricovero Ordinario standardizzata per case-mix

$$\text{Numeratore} = \text{Giornate di degenza preoperatoria per } \textit{Diagnosis Related Group} \text{ chirurgici}$$

$$\text{Denominatore} = \text{Dimissioni con } \textit{Diagnosis Related Group} \text{ chirurgici}$$

Validità e limiti. L'indicatore non è influenzato da fattori confondenti quando si confrontano singoli DRG o casistiche omogenee riferite alla medesima disciplina chirurgica. Quando, invece, si confrontano casistiche regionali che, verosimilmente, comprendono tutti i DRG chirurgici, deve essere posta la massima attenzione alla variabilità determinata dal diverso *case-mix* trattato dalle realtà considerate.
Pertanto, per rendere quanto più possibile informativo il confronto dei dati rilevati nelle singole regioni, la DMPO degli anni 2010-2022 è stata standardizzata per il *case-mix* trattato in ciascuna struttura indagata.
Per la costruzione dell'indicatore sono state considerate tutte le principali procedure chirurgiche eseguite, ad eccezione di quelle relative al Capitolo 16 "Miscellanea di procedure diagnostiche e terapeutiche" della classificazione ICD-9-CM.
Si precisa che per l'indicatore in esame, come per la precedente Edizione del Rapporto Osservasalute, non è stato calcolato il dato medio nazionale ma solo i valori regionali.

Valore di riferimento/Benchmark. L'Allegato 2 del Patto per la Salute 2010-2012 prevede come benchmark il valore medio registrato nelle regioni che garantiscono l'erogazione dei LEA con adeguati standard di appropriatezza, efficacia ed efficienza.
In questa sede riteniamo che i valori più bassi di DMPO rilevati forniscono una misura rappresentativa delle reali possibilità di miglioramento della gestione del percorso assistenziale preoperatorio messe in atto, rispetto a valori di DMPO più elevati.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 620

Tabella 1 - *Degenza media preoperatoria (standardizzata per case-mix - valori in giornate) in regime di Ricovero Ordinario per acuti e per tutte le procedure chirurgiche principali eseguite per regione - Anni 2010-2022*

Regioni	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Piemonte	1,61	1,58	1,50	1,46	1,40	1,45	1,41	1,58	1,40	1,36	1,44	1,24	1,33
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	1,42	1,40	1,26	1,32	1,31	1,24	1,26	1,83	1,82	1,90	2,11	1,88	2,22
Lombardia	1,73	1,72	1,69	1,66	1,67	1,63	1,60	1,63	1,58	1,60	1,71	1,44	1,57
Bolzano-Bozen	*1,57*	*1,63*	*1,52*	*1,53*	*1,47*	*1,41*	*1,43*	*1,52*	*1,46*	*1,42*	*1,45*	*1,21*	*1,36*
Trento	*1,76*	*1,72*	*1,63*	*1,60*	*1,47*	*1,52*	*1,49*	*1,58*	*1,63*	*1,49*	*1,52*	*1,30*	*1,43*
Veneto	1,78	1,78	1,73	1,71	1,68	1,63	1,55	1,54	1,56	1,61	1,67	1,41	1,53
Friuli Venezia Giulia	1,63	1,71	1,64	1,84	1,80	1,60	1,58	1,53	1,62	1,67	1,69	1,49	1,75
Liguria	1,99	1,99	2,06	2,02	2,01	2,00	2,02	1,80	1,79	1,82	2,09	1,77	1,91
Emilia-Romagna	1,27	1,23	1,22	1,21	1,22	1,28	1,24	1,50	1,52	1,55	1,63	1,34	1,56
Toscana	1,41	1,41	1,37	1,38	1,35	1,35	1,35	0,95	1,24	1,28	1,32	1,15	1,30
Umbria	1,64	1,75	1,78	1,71	1,72	1,69	1,72	1,68	1,73	1,81	2,04	1,74	1,90
Marche	1,44	1,46	1,50	1,49	1,52	1,54	1,50	n.d.	1,47	1,47	1,52	1,31	1,43
Lazio	2,47	2,43	2,32	2,23	2,17	2,11	1,97	1,86	1,90	1,88	1,95	1,56	1,80
Abruzzo	1,88	1,95	1,94	1,93	1,92	1,84	1,74	1,74	1,79	1,81	1,97	1,63	1,88
Molise	2,34	2,36	2,47	2,45	2,46	2,31	2,34	2,35	2,15	2,17	2,16	1,69	2,01
Campania	2,44	2,36	2,36	2,34	2,35	2,37	2,41	2,25	2,31	2,31	2,31	1,91	2,13
Puglia	2,37	2,36	2,30	2,24	2,12	2,11	2,04	2,02	1,98	1,97	2,05	1,83	1,98
Basilicata	2,25	2,28	2,13	2,05	2,09	2,09	2,02	n.d.	2,14	2,24	2,69	2,15	2,33
Calabria	2,44	2,32	2,24	2,17	2,08	2,08	2,10	2,06	2,11	2,09	2,22	1,92	2,12
Sicilia	2,11	2,06	1,96	1,96	2,00	1,98	1,96	2,07	2,11	2,08	2,10	1,81	2,03
Sardegna	2,27	2,17	2,06	2,00	1,99	1,96	1,97	1,97	2,00	2,06	2,25	2,01	2,20

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 621

Effetti dell'emergenza COVID-19 sulla produzione di alcuni *Diagnosis Related Group* ad elevato impatto sociale

Significato. L'emergenza pandemica da SARS-CoV-2 ha messo a dura prova i sistemi sanitari, chiamati a dedicare l'impegno assistenziale nelle prioritarie esigenze di contenimento della diffusione del virus e di trattamento del COVID-19.
In tutte le realtà regionali, la pianificazione strategica della risposta all'emergenza pandemica ha necessariamente comportato la sospensione dei servizi assistenziali differibili, secondo le Linee di indirizzo fornite dall'OMS; l'approccio che ha orientato le scelte dei decisori è stato di tipo emergenziale e si è data priorità alle condizioni cliniche che richiedevano trattamenti indifferibili. Alla contrazione della produzione associata all'esigenza di contenimento dell'epidemia, si è aggiunta la mancata esecuzione di un'ulteriore quota di prestazioni, ad oggi difficilmente stimabile, non effettuata per la rinuncia dei cittadini all'accesso alle strutture sanitarie dovuta alla paura del contagio. In questa Sezione si propone un contributo alla valutazione delle possibili ricadute della pandemia sui ricoveri ospedalieri per patologie ad elevato impatto sociale, analizzate attraverso il confronto dei tassi di dimissione ospedaliera in regime di RO ed in regime diurno (DH), tra il 2020 e il 2019, tra il 2021 e il 2019 e tra il 2022 e il 2019.
Le patologie valutate si riferiscono all'ambito ortopedico (protesi d'anca), oncologico (somministrazione di chemioterapia in regime di RO e DH), al diabete, all'infarto miocardico acuto e alla malattia polmonare cronica ostruttiva; per ciascuna patologia è stato considerato il DRG corrispondente come indicatore del percorso di cura necessario durante il ricovero.
L'analisi dell'indicatore e della sua variazione negli anni della pandemia rispetto all'anno pre-pandemico ha l'obiettivo di fornire una valutazione descrittiva dell'impatto della pandemia sull'insieme delle cure necessarie durante il ricovero per patologie ad alto impatto sociale. I risultati forniscono utili informazioni per generare ipotesi sui determinanti delle variazioni e sulla variabilità tra regioni, da saggiare in studi successivi.

Tasso di dimissioni ospedaliere per patologie ad elevato impatto sociale

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Dimissioni ospedaliere per } \textit{Diagnosis Related Group} \text{ specifico*}}{\text{Popolazione media residente}} \times 10.000$$

$$\text{Denominatore}$$

*Dimissioni con DRG 88-malattia polmonare cronica ostruttiva; 121-malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto e complicanze cardiovascolari dimessi vivi; 122-malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto senza complicanze cardiovascolari dimessi vivi; 123-malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto, morti; 294-diabete età >35 anni; 295-diabete età <36 anni; 410-chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta; 492-chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta o con uso di alte dosi di agenti chemioterapici.

Validità e limiti. L'analisi dei dati delle SDO del Ministero della Salute basata sui DRG permette di considerare come si sono modificate le richieste/offerte di assistenza in relazione non solo alla categoria diagnosticata, ma anche in relazione all'impiego di risorse necessarie per la cura in ambito ospedaliero. È evidente che l'analisi descrittiva può solo generare ipotesi, da approfondire con studi *ad hoc* che utilizzano anche informazioni non sempre disponibili nelle basi di dati nazionali.

Valore di riferimento/Benchmark. Non essendo presente un valore di riferimento, il confronto dei tassi specifici regionali attraverso il calcolo delle variazioni 2020-2019, 2021-2019 e 2022-2019, consente di evidenziare quali cambiamenti la pandemia abbia determinato nell'accesso e nell'offerta delle cure ospedaliere per alcune patologie ad alto impatto sociale, soprattutto nelle classi di età maggiormente colpite dalle conseguenze gravi dell'infezione da SARS-CoV-2, ma anche destinatarie del primo intervento vaccinale rivolto alla popolazione.

Tabella 1 - *Dimissioni (valori assoluti) ospedaliere, tasso (valori per 10.000) di dimissioni ospedaliere e variazione (valori per 100) per malattia polmonare cronica ostruttiva (Diagnosis Related Group 88) per regione - Anni 2019-2022*

Regioni	2019		2020			2021			2022		
	Dimissioni ospedaliere	Tassi	Dimissioni ospedaliere	Tassi	Δ % (2020-2019)	Dimissioni ospedaliere	Tassi	Δ % (2021-2019)	Dimissioni ospedaliere	Tassi	Δ % (2022-2019)
Piemonte	1.660	3,84	857	2,00	-48	871	2,04	-47	1.071	2,52	-34
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	38	3,03	37	2,97	-2	24	1,94	-36	75	6,09	101
Lombardia	9.554	9,54	4.931	4,93	-48	5.146	5,17	-46	6.781	6,81	-29
Bolzano-Bozen	*473*	*8,90*	*262*	*4,91*	*-45*	*261*	*4,88*	*-45*	*285*	*5,34*	*-40*
Trento	*287*	*5,27*	*166*	*3,04*	*-42*	*173*	*3,19*	*-39*	*227*	*4,19*	*-21*
Veneto	2.177	4,46	1.213	2,49	-44	1.220	2,51	-44	1.344	2,77	-38
Friuli Venezia Giulia	946	7,83	497	4,13	-47	438	3,66	-53	536	4,49	-43
Liguria	1.043	6,82	568	3,73	-45	663	4,38	-36	639	4,24	-38
Emilia Romagna	3.731	8,36	2.368	5,32	-36	2.004	4,52	-46	2.506	5,66	-32
Toscana	1.218	3,29	732	1,98	-40	737	2,00	-39	817	2,23	-32
Umbria	535	6,14	300	3,46	-44	294	3,41	-44	356	4,15	-32
Marche	516	3,40	240	1,59	-53	200	1,34	-61	247	1,66	-51
Lazio	2.081	3,61	1.470	2,56	-29	1.446	2,53	-30	1.773	3,10	-14
Abruzzo	583	4,49	332	2,58	-43	252	1,97	-56	250	1,96	-56
Molise	78	2,58	31	1,04	-60	37	1,26	-51	25	0,86	-67
Campania	2.955	5,16	1.284	2,27	-56	996	1,77	-66	1.182	2,10	-59
Puglia	1.462	3,69	764	1,94	-47	567	1,44	-61	771	1,97	-47
Basilicata	253	4,55	92	1,68	-63	74	1,36	-70	81	1,50	-67
Calabria	842	4,42	421	2,24	-49	404	2,17	-51	493	2,66	-40
Sicilia	1.322	2,70	728	1,50	-45	742	1,54	-43	647	1,34	-50
Sardegna	899	5,56	511	3,19	-43	367	2,31	-58	410	2,59	-53
Italia	**32.653**	**5,47**	**17.804**	**3,01**	**-45**	**16.916**	**2,86**	**-48**	**20.516**	**3,49**	**-36**

Fonte dei dati: Base dati nazionale Nuovo Sistema Informativo Sanitario. Ministero della Salute; Istat. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 622

Tabella 2 - *Dimissioni (valori assoluti) ospedaliere, tasso (valori per 10.000) di dimissioni ospedaliere e variazione (valori per 100) per malattie cardiovascolari con infarto miocardio acuto e complicanze cardiovascolari dimessi vivi (Diagnosis Related Group 121) per regione - Anni 2019-2022*

Regioni	2019		2020			2021			2022		
	Dimissioni ospedaliere	Tassi	Dimissioni ospedaliere	Tassi	Δ % (2020-2019)	Dimissioni ospedaliere	Tassi	Δ % (2021-2019)	Dimissioni ospedaliere	Tassi	Δ % (2022-2019)
Piemonte	873	2,02	675	1,57	-22	698	1,64	-19	684	1,61	-20
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	15	1,20	5	0,40	-66	15	1,21	1	6	0,49	-59
Lombardia	1.587	1,58	1.198	1,20	-24	1.227	1,23	-22	1.102	1,11	-30
Bolzano-Bozen	*83*	*1,56*	*78*	*1,46*	*-6*	*83*	*1,55*	*-1*	*85*	*1,59*	*2*
Trento	*126*	*2,31*	*73*	*1,34*	*-42*	*88*	*1,62*	*-30*	*86*	*1,59*	*-31*
Veneto	669	1,37	548	1,12	-18	591	1,22	-11	576	1,19	-13
Friuli Venezia Giulia	491	4,06	470	3,90	-4	450	3,76	-8	445	3,73	-8
Liguria	343	2,24	266	1,75	-22	275	1,82	-19	243	1,61	-28
Emilia Romagna	1.153	2,58	912	2,05	-21	982	2,22	-14	939	2,12	-18
Toscana	1.146	3,10	916	2,48	-20	756	2,06	-34	826	2,26	-27
Umbria	146	1,67	117	1,35	-19	88	1,02	-39	114	1,33	-21
Marche	545	3,59	405	2,69	-25	445	2,98	-17	442	2,97	-17
Lazio	848	1,47	628	1,09	-26	671	1,17	-20	631	1,10	-25
Abruzzo	352	2,71	293	2,28	-16	324	2,53	-7	331	2,60	-4
Molise	70	2,32	31	1,04	-55	29	0,99	-57	31	1,06	-54
Campania	1.099	1,92	790	1,39	-27	774	1,38	-28	859	1,53	-20
Puglia	979	2,47	770	1,95	-21	646	1,64	-33	820	2,09	-15
Basilicata	114	2,05	90	1,64	-20	85	1,56	-24	82	1,52	-26
Calabria	510	2,68	381	2,03	-24	367	1,98	-26	344	1,86	-31
Sicilia	1.004	2,05	736	1,52	-26	728	1,51	-27	725	1,50	-27
Sardegna	254	1,57	219	1,37	-13	264	1,66	6	230	1,45	-7
Italia	**12.407**	**2,08**	**9.601**	**1,62**	**-22**	**9.586**	**1,62**	**-22**	**9.601**	**1,63**	**-21**

Fonte dei dati: Base dati nazionale Nuovo Sistema Informativo Sanitario. Ministero della Salute; Istat. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 623

Tabella 3 - *Dimissioni (valori assoluti) ospedaliere, tasso (valori per 10.000) di dimissioni ospedaliere e variazione (valori per 100) per malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto senza complicanze cardiovascolari dimessi vivi (Diagnosis Related Group 122) per regione - Anni 2019-2022*

Regioni	2019		2020			2021			2022		
	Dimissioni ospedaliere	Tassi	Dimissioni ospedaliere	Tassi	Δ % (2020-2019)	Dimissioni ospedaliere	Tassi	Δ % (2021-2019)	Dimissioni ospedaliere	Tassi	Δ % (2022-2019)
Piemonte	1.348	3,12	1.050	2,45	-22	1.069	2,51	-20	1.032	2,43	-22
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	31	2,47	20	1,61	-35	23	1,86	-25	27	2,19	-11
Lombardia	2.428	2,42	1.811	1,81	-25	1.765	1,77	-27	1.876	1,88	-22
Bolzano-Bozen	*205*	*3,86*	*207*	*3,88*	*1*	*194*	*3,63*	*-6*	*233*	*4,36*	*13*
Trento	*215*	*3,95*	*158*	*2,90*	*-27*	*161*	*2,97*	*-25*	*191*	*3,52*	*-11*
Veneto	1.032	2,11	852	1,75	-17	874	1,80	-15	843	1,74	-18
Friuli Venezia Giulia	739	6,12	622	5,17	-16	616	5,14	-16	580	4,86	-21
Liguria	506	3,31	379	2,49	-25	402	2,66	-20	328	2,17	-34
Emilia Romagna	1.886	4,23	1.426	3,20	-24	1.504	3,39	-20	1.569	3,54	-16
Toscana	1.206	3,26	928	2,51	-23	978	2,66	-18	1.052	2,87	-12
Umbria	306	3,51	256	2,95	-16	192	2,23	-37	276	3,22	-8
Marche	646	4,26	445	2,96	-31	462	3,10	-27	460	3,10	-27
Lazio	1.367	2,37	1.105	1,92	-19	996	1,74	-27	1.034	1,81	-24
Abruzzo	391	3,01	326	2,53	-16	430	3,36	12	375	2,94	-2
Molise	135	4,47	43	1,45	-68	43	1,47	-67	44	1,51	-66
Campania	2.083	3,64	1.575	2,78	-24	1.533	2,73	-25	1.528	2,72	-25
Puglia	1.592	4,02	1.228	3,11	-22	1.085	2,76	-31	1.042	2,66	-34
Basilicata	122	2,19	95	1,73	-21	110	2,03	-8	114	2,11	-4
Calabria	932	4,90	664	3,54	-28	705	3,79	-23	664	3,59	-27
Sicilia	1.747	3,57	1.367	2,82	-21	1.301	2,69	-25	1.303	2,70	-24
Sardegna	652	4,03	528	3,30	-18	552	3,47	-14	540	3,41	-15
Italia	**19.569**	**3,28**	**15.085**	**2,55**	**-22**	**14.995**	**2,54**	**-23**	**15.111**	**2,57**	**-21**

Fonte dei dati: Base dati nazionale Nuovo Sistema Informativo Sanitario. Ministero della Salute; Istat. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 624

Tabella 4 - *Dimissioni (valori assoluti) ospedaliere, tasso (valori per 10.000) di dimissioni ospedaliere e variazione (valori per 100) per malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto, morti (Diagnosis Related Group 123) per regione - Anni 2019-2022*

Regioni	2019		2020			2021			2022		
	Dimissioni ospedaliere	Tassi	Dimissioni ospedaliere	Tassi	Δ % (2020-2019)	Dimissioni ospedaliere	Tassi	Δ % (2021-2019)	Dimissioni ospedaliere	Tassi	Δ % (2022-2019)
Piemonte	210	0,49	158	0,37	-24	152	0,36	-27	160	0,38	-23
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	6	0,48	6	0,48	1	5	0,40	-16	4	0,32	-32
Lombardia	506	0,51	377	0,38	-25	378	0,38	-25	395	0,40	-21
Bolzano-Bozen	*31*	*0,58*	*27*	*0,51*	*-13*	*27*	*0,50*	*-13*	*30*	*0,56*	*-4*
Trento	*37*	*0,68*	*38*	*0,70*	*3*	*29*	*0,54*	*-21*	*39*	*0,72*	*6*
Veneto	278	0,57	259	0,53	-7	249	0,51	-10	237	0,49	-14
Friuli Venezia Giulia	88	0,73	95	0,79	8	67	0,56	-23	79	0,66	-9
Liguria	125	0,82	98	0,64	-21	104	0,69	-16	84	0,56	-32
Emilia Romagna	285	0,64	271	0,61	-5	262	0,59	-7	240	0,54	-15
Toscana	166	0,45	153	0,41	-8	125	0,34	-24	101	0,28	-39
Umbria	38	0,44	26	0,30	-31	26	0,30	-31	27	0,31	-28
Marche	138	0,91	105	0,70	-23	80	0,54	-41	82	0,55	-39
Lazio	222	0,39	157	0,27	-29	177	0,31	-20	164	0,29	-26
Abruzzo	100	0,77	75	0,58	-24	78	0,61	-21	66	0,52	-33
Molise	12	0,40	10	0,34	-15	12	0,41	3	8	0,27	-31
Campania	176	0,31	144	0,25	-17	171	0,30	-1	146	0,26	-15
Puglia	145	0,37	135	0,34	-6	122	0,31	-15	135	0,34	-6
Basilicata	29	0,52	27	0,49	-6	23	0,42	-19	15	0,28	-47
Calabria	74	0,39	60	0,32	-18	58	0,31	-20	67	0,36	-7
Sicilia	184	0,38	170	0,35	-7	147	0,30	-19	162	0,34	-11
Sardegna	77	0,48	62	0,39	-19	52	0,33	-31	59	0,37	-22
Italia	**2.927**	**0,49**	**2.453**	**0,41**	**-15**	**2.344**	**0,40**	**-19**	**2.300**	**0,39**	**-20**

Fonte dei dati: Base dati nazionale Nuovo Sistema Informativo Sanitario. Ministero della Salute; Istat. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 625

Tabella 5 - *Dimissioni (valori assoluti) ospedaliere, tasso (valori per 10.000) di dimissioni ospedaliere e variazione (valori per 100) per diabete età >35 anni (Diagnosis Related Group 294) per regione - Anni 2019-2022*

Regioni	2019		2020			2021			2022		
	Dimissioni ospedaliere	Tassi	Dimissioni ospedaliere	Tassi	Δ % (2020-2019)	Dimissioni ospedaliere	Tassi	Δ % (2021-2019)	Dimissioni ospedaliere	Tassi	Δ % (2022-2019)
Piemonte	431	1,00	390	0,91	-9	391	0,92	-8	388	0,91	-9
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	3	0,24	10	0,80	235	4	0,32	35	5	0,41	70
Lombardia	1.732	1,73	1.160	1,16	-33	1.160	1,16	-33	1.167	1,17	-32
Bolzano-Bozen	*216*	*4,06*	*176*	*3,30*	*-19*	*151*	*2,82*	*-31*	*184*	*3,44*	*-15*
Trento	*136*	*2,50*	*126*	*2,31*	*-7*	*129*	*2,38*	*-5*	*121*	*2,23*	*-11*
Veneto	1.053	2,16	870	1,78	-17	835	1,72	-20	725	1,50	-31
Friuli Venezia Giulia	218	1,80	197	1,64	-9	173	1,44	-20	159	1,33	-26
Liguria	338	2,21	271	1,78	-19	278	1,84	-17	257	1,70	-23
Emilia Romagna	1.477	3,31	1.261	2,83	-14	1.153	2,60	-21	1.145	2,58	-22
Toscana	357	0,97	302	0,82	-15	292	0,79	-18	236	0,64	-33
Umbria	239	2,74	168	1,94	-29	165	1,91	-30	192	2,24	-18
Marche	366	2,41	146	0,97	-60	70	0,47	-81	82	0,55	-77
Lazio	1.828	3,17	1.472	2,56	-19	1.616	2,82	-11	1.429	2,50	-21
Abruzzo	195	1,50	113	0,88	-42	100	0,78	-48	98	0,77	-49
Molise	51	1,69	28	0,94	-44	37	1,26	-25	41	1,41	-17
Campania	1.550	2,71	877	1,55	-43	1.054	1,87	-31	1.166	2,08	-23
Puglia	490	1,24	303	0,77	-38	228	0,58	-53	241	0,62	-50
Basilicata	83	1,49	59	1,07	-28	67	1,23	-17	63	1,17	-22
Calabria	311	1,63	205	1,09	-33	217	1,17	-29	310	1,67	2
Sicilia	708	1,45	510	1,05	-27	469	0,97	-33	468	0,97	-33
Sardegna	414	2,56	314	1,96	-23	327	2,06	-20	264	1,67	-35
Italia	**12.196**	**2,04**	**8.958**	**1,51**	**-26**	**8.916**	**1,51**	**-26**	**8.741**	**1,49**	**-27**

Fonte dei dati: Base dati nazionale Nuovo Sistema Informativo Sanitario. Ministero della Salute; Istat. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 626

Tabella 6 - *Dimissioni (valori assoluti) ospedaliere, tasso (valori per 10.000) di dimissioni ospedaliere e variazione (valori per 100) per diabete età <36 anni (Diagnosis Related Group 295) per regione - Anni 2019-2022*

Regioni	2019		2020			2021			2022		
	Dimissioni ospedaliere	Tassi	Dimissioni ospedaliere	Tassi	Δ % (2020-2019)	Dimissioni ospedaliere	Tassi	Δ % (2021-2019)	Dimissioni ospedaliere	Tassi	Δ % (2022-2019)
Piemonte	359	0,83	292	0,68	-18	372	0,87	5	321	0,75	-9
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	11	0,88	13	1,04	19	7	0,57	-36	13	1,05	20
Lombardia	740	0,74	613	0,61	-17	639	0,64	-13	627	0,63	-15
Bolzano-Bozen	*73*	*1,37*	*54*	*1,01*	*-26*	*87*	*1,63*	*18*	*64*	*1,20*	*-13*
Trento	*83*	*1,52*	*81*	*1,49*	*-3*	*83*	*1,53*	*1*	*67*	*1,24*	*-19*
Veneto	279	0,57	262	0,54	-6	289	0,59	4	269	0,55	-3
Friuli Venezia Giulia	98	0,81	93	0,77	-5	95	0,79	-2	76	0,64	-22
Liguria	728	4,76	706	4,64	-3	782	5,17	8	833	5,52	16
Emilia Romagna	240	0,54	247	0,55	3	287	0,65	20	231	0,52	-3
Toscana	1.123	3,04	860	2,33	-23	656	1,78	-41	806	2,20	-28
Umbria	43	0,49	46	0,53	7	28	0,32	-34	33	0,38	-22
Marche	379	2,50	325	2,16	-14	352	2,36	-6	389	2,62	5
Lazio	2.483	4,31	2.099	3,65	-15	2.437	4,26	-1	2.292	4,01	-7
Abruzzo	49	0,38	43	0,33	-12	57	0,45	18	56	0,44	16
Molise	2	0,07	6	0,20	205	6	0,20	209	8	0,27	315
Campania	1.019	1,78	777	1,37	-23	967	1,72	-3	1.077	1,92	8
Puglia	297	0,75	181	0,46	-39	227	0,58	-23	200	0,51	-32
Basilicata	18	0,32	24	0,44	35	26	0,48	48	26	0,48	49
Calabria	344	1,81	189	1,01	-44	262	1,41	-22	259	1,40	-23
Sicilia	456	0,93	328	0,68	-28	381	0,79	-15	392	0,81	-13
Sardegna	291	1,80	240	1,50	-17	249	1,57	-13	230	1,45	-19
Italia	**9.115**	**1,53**	**7.479**	**1,26**	**-17**	**8.289**	**1,40**	**-8**	**8.269**	**1,41**	**-8**

Fonte dei dati: Base dati nazionale Nuovo Sistema Informativo Sanitario. Ministero della Salute; Istat. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 627

Tabella 7 - *Dimissioni (valori assoluti) ospedaliere, tasso (valori per 10.000) di dimissioni ospedaliere e variazione (valori per 100) per chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta (Diagnosis Related Group 410) per regione - Anni 2019-2022*

Regioni	2019		2020			2021			2022		
	Dimissioni ospedaliere	Tassi	Dimissioni ospedaliere	Tassi	Δ % (2020-2019)	Dimissioni ospedaliere	Tassi	Δ % (2021-2019)	Dimissioni ospedaliere	Tassi	Δ % (2022-2019)
Piemonte	8.296	19,20	7.282	16,96	-12	7.164	16,79	-13	6.952	16,34	-15
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	571	45,55	545	43,75	-4	556	44,94	-1	620	50,31	10
Lombardia	14.513	14,49	11.691	11,69	-19	12.460	12,51	-14	11.950	12,00	-17
Bolzano-Bozen	*155*	*2,92*	*117*	*2,19*	*-25*	*159*	*2,97*	*2*	*98*	*1,83*	*-37*
Trento	*2.233*	*41,00*	*2.292*	*42,03*	*3*	*2.171*	*40,09*	*-2*	*2.152*	*39,71*	*-3*
Veneto	2.558	5,24	2.088	4,28	-18	2.124	4,37	-17	1.912	3,94	-25
Friuli Venezia Giulia	2.742	22,69	2.114	17,56	-23	2.060	17,19	-24	2.290	19,17	-16
Liguria	9.742	63,72	10.019	65,84	3	10.546	69,66	9	10.283	68,17	7
Emilia Romagna	2.900	6,50	2.509	5,64	-13	2.963	6,69	3	2.918	6,58	1
Toscana	11.401	30,84	11.055	29,94	-3	11.071	30,10	-2	11.120	30,36	-2
Umbria	1.930	22,13	1.895	21,84	-1	1.859	21,56	-3	1.947	22,70	3
Marche	9.795	64,59	8.497	56,44	-13	8.476	56,78	-12	8.543	57,50	-11
Lazio	17.861	30,99	18.666	32,50	5	16.609	29,02	-6	15.546	27,19	-12
Abruzzo	713	5,50	661	5,13	-7	665	5,20	-5	558	4,38	-20
Molise	1.466	48,52	1.280	43,04	-11	1.262	43,04	-11	1.104	37,89	-22
Campania	29.077	50,78	27.756	48,97	-4	27.878	49,57	-2	28.934	51,51	1
Puglia	1.722	4,34	1.653	4,19	-3	1.560	3,97	-9	1.862	4,76	9
Basilicata	2.380	42,81	2.242	40,82	-5	2.199	40,49	-5	2.182	40,45	-6
Calabria	881	4,63	666	3,55	-23	569	3,06	-34	426	2,30	-50
Sicilia	3.168	6,48	2.716	5,59	-14	3.248	6,72	4	3.109	6,45	0
Sardegna	6.630	41,00	7.945	49,63	21	8.704	54,79	34	9.532	60,22	47
Italia	**130.734**	**21,89**	**123.689**	**20,91**	**-4**	**124.303**	**21,02**	**-4**	**124.038**	**21,11**	**-4**

Fonte dei dati: Base dati nazionale Nuovo Sistema Informativo Sanitario. Ministero della Salute; Istat. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 628

Tabella 8 - *Dimissioni (valori assoluti) ospedaliere, tasso (valori per 10.000) di dimissioni ospedaliere e variazione (valori per 100) per chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta o con uso di alte dosi di agenti chemioterapici (Diagnosis Related Group 492) per regione - Anni 2019-2022*

Regioni	2019		2020			2021			2022		
	Dimissioni ospedaliere	Tassi	Dimissioni ospedaliere	Tassi	Δ % (2020-2019)	Dimissioni ospedaliere	Tassi	Δ % (2021-2019)	Dimissioni ospedaliere	Tassi	Δ % (2022-2019)
Piemonte	682	1,58	689	1,60	2	655	1,54	-3	616	1,45	-8
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	1	0,08	2	0,16	101	1	0,08	1	2	0,16	103
Lombardia	1.203	1,20	1.174	1,17	-2	1.135	1,14	-5	1.007	1,01	-16
Bolzano-Bozen	*71*	*1,34*	*54*	*1,01*	*-24*	*40*	*0,75*	*-44*	*36*	*0,67*	*-50*
Trento	*81*	*1,49*	*94*	*1,72*	*16*	*93*	*1,72*	*15*	*62*	*1,14*	*-23*
Veneto	994	2,04	842	1,73	-15	732	1,51	-26	834	1,72	-16
Friuli Venezia Giulia	243	2,01	190	1,58	-22	211	1,76	-12	152	1,27	-37
Liguria	421	2,75	310	2,04	-26	385	2,54	-8	384	2,55	-8
Emilia Romagna	428	0,96	378	0,85	-11	460	1,04	8	340	0,77	-20
Toscana	684	1,85	534	1,45	-22	506	1,38	-26	519	1,42	-23
Umbria	119	1,36	81	0,93	-32	103	1,19	-12	110	1,28	-6
Marche	189	1,25	139	0,92	-26	210	1,41	13	244	1,64	32
Lazio	1.269	2,20	1.050	1,83	-17	1.064	1,86	-16	1.112	1,94	-12
Abruzzo	78	0,60	81	0,63	5	100	0,78	30	121	0,95	58
Molise	19	0,63	24	0,81	28	10	0,34	-46	14	0,48	-24
Campania	610	1,07	708	1,25	17	661	1,18	10	805	1,43	35
Puglia	783	1,98	814	2,06	5	649	1,65	-16	812	2,07	5
Basilicata	42	0,76	32	0,58	-23	41	0,75	0	44	0,82	8
Calabria	350	1,84	300	1,60	-13	300	1,61	-12	273	1,47	-20
Sicilia	623	1,27	672	1,38	9	661	1,37	7	597	1,24	-3
Sardegna	144	0,89	86	0,54	-40	197	1,24	39	232	1,47	65
Italia	**9.034**	**1,51**	**8.254**	**1,40**	**-8**	**8.214**	**1,39**	**-8**	**8.316**	**1,42**	**-6**

Fonte dei dati: Base dati nazionale Nuovo Sistema Informativo Sanitario. Ministero della Salute; Istat. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 629

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 630

Prestazioni chirurgiche a rischio di inappropriatezza se erogate in regime di Ricovero Ordinario o di Day Surgery

Significato. Nel corso degli anni si è progressivamente ridotto il ricorso al ricovero ospedaliero per quelle prestazioni e condizioni cliniche che possono essere affrontate con pari efficacia e maggiore appropriatezza in altri *setting*. Tale processo è stato gradualmente favorito, in particolare, dalla disponibilità di nuove tecnologie sanitarie e dal potenziamento dei servizi territoriali. L'art. 41 del DPCM del 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza" individua i criteri di appropriatezza per l'utilizzo del Day Surgery, definendo appropriati quei ricoveri in Day Surgery per l'esecuzione di interventi o procedure che non possono essere eseguite in regime ambulatoriale con identico o maggior beneficio e identico o minor rischio per il paziente. Il DPCM prevede, quindi, che l'erogazione delle prestazioni elencate in Tabella 1 avvenga preferenzialmente in regime ambulatoriale. In questa Sezione vengono analizzati, per il triennio 2020-2022, i volumi, le giornate di degenza e la durata media di degenza dei ricoveri erogati in RO o Day Surgery per prestazioni "a rischio di inappropriatezza"; vengono, inoltre, analizzati il tasso di dimissioni per prestazioni chirurgiche considerate a rischio di inappropriatezza se erogate in regime di Day Surgery e di RO, calcolato sulla popolazione media residente.

Tasso di dimissione per prestazioni chirurgiche a rischio di inappropriatezza se eseguite in regime di Day Surgery o di Ricovero Ordinario

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Dimissioni in regime di Day Surgery e di Ricovero Ordinario per prestazioni chirurgiche potenzialmente inappropriate*}}{\text{Popolazione media residente}} \times 1.000 \quad \text{Denominatore}$$

*Sono state considerate solo le Schede di Dimissione Ospedaliera con *Diagnosis Related Group* chirurgico con una delle prestazioni elencate in Tabella 1 inserita come intervento principale.

Validità e limiti. I dati presentati in questa Sezione consentono di confrontare la situazione nazionale dal 2020 al 2022 riguardante i volumi di prestazioni definite a rischio di inappropriatezza dal DPCM del 12 gennaio 2017 ed ancora erogate in regime di Day Surgery o di RO. Vengono, quindi, considerate le prestazioni per cui dovrà essere programmato e attuato il trasferimento verso il *setting* ambulatoriale, con la precisazione che le procedure elencate nell'Allegato 6B del DPCM (Tabella 1) comprendono anche prestazioni che possono dare luogo ad un ricovero con DRG di tipo medico e che tali ricoveri sono stati esclusi dal calcolo degli indicatori.
Gli indicatori forniscono informazioni sull'appropriatezza organizzativa, ma non sulla qualità della prestazione erogata. L'interpretazione dei risultati deve, inoltre, tenere in considerazione i possibili effetti connessi alla mobilità sanitaria, *in primis* quello relativo ad un ipotizzabile maggior ricorso al RO per facilitare l'accessibilità da parte di utenti extraregione. Pur considerando ciò, non risulta possibile verificare se un tasso di ospedalizzazione contenuto, per le prestazioni in esame, sia dovuto ad un adeguato trasferimento di tali prestazioni verso il regime ambulatoriale o ad eventuali limitazioni nell'accesso, in particolare durante gli anni di pandemia, ai servizi e/o a fenomeni di sotto-diagnosi, così come va tenuto in considerazione che un tasso elevato potrebbe, invece, essere spiegato da eventuali facilitazioni nell'accesso ai servizi e/o da fenomeni di sovra-diagnosi. Difatti, allo stato attuale, non possono ancora essere utilizzati i dati del sistema Tessera Sanitaria relativi alle prestazioni ambulatoriali erogate dal SSN e non è, quindi, possibile stabilire con precisione la quota delle procedure effettivamente erogate in tale *setting* assistenziale. Per tale motivo, allo scopo di ottenere una misura *proxy* dell'appropriatezza relativa alla gestione di tali procedure chirurgiche, sono state considerate tutte le dimissioni a livello nazionale e regionale da RO e Day Surgery delle prestazioni indicate nel DPCM rapportandole alla popolazione residente. L'obiettivo degli indicatori è quello di mappare lo scenario attuale, identificando i ricoveri che, secondo il recente riferimento normativo, potrebbero essere erogati in regime ambulatoriale con identico o maggior beneficio e identico o minor rischio per il paziente.

Valore di riferimento/Benchmark. Non essendo presenti standard normativi di riferimento, si può assumere che le regioni che presentano i tassi più bassi forniscano una concreta evidenza della possibilità di aderire alle indicazioni del DPCM e andrebbero, quindi, considerate come standard di riferimento.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 631

Tabella 1 - *Codifica ICD-9-CM delle prestazioni a rischio di inappropriatezza contenute nell'Allegato 6B del DPCM "aggiornamento LEA" - Anno 2017*

Codice	Prestazione
04.43	Liberazione del tunnel carpale
04.44	Liberazione del tunnel tarsale
08.72	Ricostruzione della palpebra non a tutto spessore escluso: riparazione di entropion o ectropion con ricostruzione della pal pebra (08.44) ricostruzione della palpebra con lembo o innesto (08.6)
08.74	Ricostruzione della palpebra a tutto spessore escluso: riparazione di entropion o ectropion con ricostruzione della palpebra (08.44) ricostruzione della palpebra con lembo o innesto (08.6)
13.19	Altra estrazione intracapsulare del cristallino
13.2	Estrazione extracapsulare di cataratta con tecnica di estrazione lineare
13.3	Estrazione extracapsulare del cristallino con tecnica di aspirazione semplice
13.4x	Estrazione extracapsulare di cataratta con tecnica di frammentazione e aspirazione
13.70, 13.71	Inserzione di cristallino artificiale a scopo refrattivo
13.72	Impianto secondario di cristallino artificiale
13.8	Rimozione di cristallino artificiale impiantato
53.0x	Riparazione monolaterale di ernia inguinale diretta o indiretta
53.2x	Riparazione monolaterale di ernia crurale con innesto o protesi
53.4x	Riparazione di ernia ombelicale con o senza protesi
77.56, 77.57	Riparazione di dito a martello/artiglio
80.2x	Artroscopia per tutte le sedi
81.72	Artroplastica dell'articolazione metacarpofalangea e interfalangea senza impianto
81.75	Artroplastica dell'articolazione carpocarpale e carpometacarpale senza impianto
84.01	Amputazione e disarticolazione di dita della mano
84.02	Amputazione e disarticolazione del pollice
84.11	Amputazione di dita del piede
98.51	Litotripsia extracorporea del rene, uretere e/o vescica (comprende tutte e tre le prestazioni sottoindicate)
98.51.1	Litotripsia extracorporea del rene, uretere con cateterismo ureterale
98.51.2	Litotripsia extracorporea del rene, uretere con cateterismo ureterale
98.51.3	Litotripsia extracorporea del rene, uretere e/o vescica

Fonte dei dati: Allegato 6B DCPM 12 gennaio 2017. Anno 2023.

Tabella 2 - *Ricoveri (valori assoluti), giornate di degenza (valori assoluti) e degenza media (valori in giorni) in regime di Ricovero Ordinario per prestazioni "a rischio di inappropriatezza" per regione - Anni 2020-2022*

Regioni	Ricoveri			Giornate di degenza			Degenza media		
	2020	2021	2022	22020	2021	2022	2020	2021	2022
Piemonte	1.280	1.507	1.942	4.700	5.752	6.778	3,7	3,8	3,5
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	48	47	38	237	400	247	4,9	8,5	6,5
Lombardia	1.872	2.396	2.869	10.022	10.964	13.688	5,4	4,6	4,8
Bolzano-Bozen	*164*	*164*	*191*	*883*	*843*	*841*	*5,4*	*5,1*	*4,4*
Trento	*145*	*96*	*179*	*654*	*466*	*698*	*4,5*	*4,9*	*3,9*
Veneto	1.433	1.603	1.723	6.258	7.533	8.106	4,4	4,7	4,7
Friuli Venezia Giulia	353	285	430	1.181	1.217	1.261	3,3	4,3	2,9
Liguria	384	421	484	1.790	2.365	2.333	4,7	5,6	4,8
Emilia-Romagna	1.436	1.546	2.022	6.208	7.134	8.711	4,3	4,6	4,3
Toscana	1.068	1.229	1.569	3.860	4.005	4.163	3,6	3,3	2,7
Umbria	274	278	374	1.223	1.066	1.877	4,5	3,8	5,0
Marche	522	545	604	1.927	1.847	1.973	3,7	3,4	3,3
Lazio	975	1.196	1.490	3.836	4.488	5.089	3,9	3,8	3,4
Abruzzo	500	534	565	2.188	2.322	2.368	4,4	4,3	4,2
Molise	125	130	131	783	689	730	6,3	5,3	5,6
Campania	1.428	1.767	1.753	7.258	7.452	7.515	5,1	4,2	4,3
Puglia	1.147	1.349	1.494	4.789	5.002	5.612	4,2	3,7	3,8
Basilicata	104	113	120	492	391	388	4,7	3,5	3,2
Calabria	395	451	500	1.604	1.805	1.907	4,1	4,0	3,8
Sicilia	900	925	1.009	6.179	5.739	6.605	6,9	6,2	6,5
Sardegna	502	550	552	1.590	1.771	1.798	3,2	3,2	3,3
Italia	**15.055**	**17.132**	**20.039**	**67.662**	**73.251**	**82.688**	**4,5**	**4,3**	**4,1**

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 632

Tabella 3 - *Ricoveri (valori assoluti), giornate di degenza (valori assoluti) e degenza media (valori in giorni) in regime di Day Surgery per prestazioni "a rischio di inappropriatezza" per regione - Anni 2020-2022*

Regioni	Ricover			Giornate di degenza			Degenza media		
	2020	2021	2022	2020	2021	2022	2020	2021	2022
Piemonte	841	833	1.094	887	836	1.094	1,1	1,0	1,0
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	15	14	14	15	14	14	1,0	1,0	1,0
Lombardia	2.487	3.283	4.163	2.584	3.343	4.243	1,0	1,0	1,0
Bolzano-Bozen	*183*	*199*	*282*	*199*	*208*	*286*	*1,1*	*1,0*	*1,0*
Trento	*171*	*220*	*215*	*186*	*233*	*233*	*1,1*	*1,1*	*1,1*
Veneto	709	814	903	875	1.056	1.158	1,2	1,3	1,3
Friuli Venezia Giulia	317	282	346	341	303	361	1,1	1,1	1,0
Liguria	236	309	342	267	366	389	1,1	1,2	1,1
Emilia-Romagna	1.075	1.236	1.422	1.186	1.413	1.599	1,1	1,1	1,1
Toscana	1.174	1.287	1.652	1.177	1.297	1.654	1,0	1,0	1,0
Umbria	228	255	311	228	255	315	1,0	1,0	1,0
Marche	393	472	450	393	473	452	1,0	1,0	1,0
Lazio	1.602	1.603	1.823	2.971	3.012	3.661	1,9	1,9	2,0
Abruzzo	455	544	628	726	896	6.622	1,6	1,6	10,5
Molise	87	111	89	88	113	98	1,0	1,0	1,1
Campania	1.316	1.886	1.864	2.830	4.062	3.935	2,2	2,2	2,1
Puglia	133	146	228	188	186	377	1,4	1,3	1,7
Basilicata	32	68	148	35	72	168	1,1	1,1	1,1
Calabria	169	153	195	222	317	302	1,3	2,1	1,5
Sicilia	577	918	1.005	1.116	1.746	1.908	1,9	1,9	1,9
Sardegna	542	768	735	560	786	740	1,0	1,0	1,0
Italia	**12.742**	**15.401**	**17.909**	**17.074**	**20.987**	**29.609**	**1,3**	**1,4**	**1,7**

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2023.

Tabella 4 - *Tasso (valori per 1.000) di dimissione per prestazioni "a rischio di inappropriatezza" erogate in regime di Ricovero Ordinario e in Day Surgery sulla popolazione residente per regione - Anni 2020-2022*

Regioni	Ricovero Ordinario			Day Surgery			Totale		
	2020	2021	2022	2020	2021	2022	2020	2021	2022
Piemonte	0,29	0,35	0,45	0,19	0,19	0,25	0,48	0,55	0,71
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,38	0,38	0,31	0,12	0,11	0,11	0,50	0,49	0,42
Lombardia	0,19	0,24	0,29	0,25	0,33	0,42	0,43	0,57	0,70
Bolzano-Bozen	*0,31*	*0,31*	*0,36*	*0,35*	*0,37*	*0,53*	*0,66*	*0,68*	*0,89*
Trento	*0,27*	*0,18*	*0,33*	*0,32*	*0,40*	*0,40*	*0,59*	*0,58*	*0,72*
Veneto	0,29	0,33	0,35	0,14	0,17	0,19	0,44	0,50	0,54
Friuli Venezia Giulia	0,29	0,24	0,36	0,26	0,23	0,29	0,55	0,47	0,64
Liguria	0,25	0,28	0,32	0,15	0,20	0,22	0,40	0,48	0,54
Emilia-Romagna	0,32	0,35	0,45	0,24	0,28	0,32	0,56	0,62	0,77
Toscana	0,29	0,33	0,42	0,31	0,35	0,45	0,60	0,68	0,87
Umbria	0,31	0,32	0,43	0,26	0,29	0,36	0,57	0,61	0,79
Marche	0,34	0,36	0,40	0,26	0,31	0,30	0,60	0,68	0,70
Lazio	0,17	0,21	0,26	0,27	0,28	0,32	0,44	0,49	0,58
Abruzzo	0,38	0,41	0,44	0,35	0,42	0,49	0,73	0,84	0,93
Molise	0,41	0,44	0,44	0,28	0,37	0,30	0,69	0,81	0,74
Campania	0,25	0,31	0,31	0,23	0,33	0,33	0,47	0,64	0,64
Puglia	0,28	0,34	0,38	0,03	0,04	0,06	0,32	0,38	0,44
Basilicata	0,18	0,21	0,22	0,06	0,12	0,27	0,24	0,33	0,49
Calabria	0,20	0,24	0,27	0,09	0,08	0,10	0,29	0,32	0,37
Sicilia	0,18	0,19	0,21	0,11	0,19	0,21	0,29	0,38	0,41
Sardegna	0,30	0,34	0,34	0,33	0,48	0,46	0,63	0,82	0,80
Italia	**0,25**	**0,29**	**0,34**	**0,21**	**0,26**	**0,30**	**0,46**	**0,55**	**0,64**

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 633

Tabella 5 - *Ricoveri Ordinari (valori per 100) sul totale dei ricoveri per prestazioni "a rischio inappropriatezza" per regione - Anni 2020-2022*

Regioni	2020	2021	2022
Piemonte	60,42	64,40	63,97
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	76,00	77,05	73,08
Lombardia	43,18	42,19	40,80
Bolzano-Bozen	*46,97*	*45,18*	*40,38*
Trento	*45,76*	*30,38*	*45,43*
Veneto	67,44	66,32	65,61
Friuli Venezia Giulia	52,73	50,26	55,41
Liguria	62,50	57,67	58,60
Emilia-Romagna	57,14	55,57	58,71
Toscana	48,33	48,85	48,71
Umbria	54,39	52,16	54,60
Marche	56,67	53,59	57,31
Lazio	38,64	42,73	44,97
Abruzzo	52,05	49,54	47,36
Molise	59,42	53,94	59,55
Campania	52,08	48,37	48,47
Puglia	90,32	90,23	86,76
Basilicata	75,00	62,43	44,78
Calabria	68,97	74,67	71,94
Sicilia	62,07	50,19	50,10
Sardegna	47,62	41,73	42,89
Italia	**54,35**	**52,66**	**52,81**

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 634

Interventi per frattura del collo del femore

Significato. La frattura del collo del femore è un evento frequente con un impatto significativo sulla qualità della vita dei pazienti anziani, specialmente in presenza di comorbidità e fragilità. In Italia, l'elevato numero di anziani con età >80 anni e l'aumento dell'aspettativa di vita determinano un impatto importante sulla salute pubblica. Le indicazioni fornite dalle Linee Guida internazionali raccomandano di operare il paziente entro le prime 48 ore dall'ingresso in Ospedale, poiché gli esiti del trattamento sono migliori se si interviene precocemente. L'indicatore percentuale di interventi per frattura del collo del femore eseguiti entro 2 giorni dal ricovero viene utilizzato per valutare la responsività delle strutture sanitarie nell'esecuzione dell'intervento chirurgico nei pazienti di età ≥65 anni e viene monitorato anche nell'ambito del Programma Nazionale Esiti.
In Italia, la percentuale di interventi eseguiti entro 2 giorni è migliorata progressivamente negli ultimi anni, arrivando intorno al 71% nel 2020, nonostante l'impatto della pandemia sulla *performance* relativa all'indicatore in esame. In questa Sezione viene illustrato l'andamento del valore nazionale nel periodo 2017-2022.

Proporzione di pazienti operati per frattura del collo del femore entro 2 giorni dal ricovero

$$\frac{\text{Numeratore: Dimissioni ospedaliere (età ≥65 anni) con diagnosi principale di frattura del collo del femore che abbiano subito l'intervento entro 2 giorni dal ricovero}}{\text{Denominatore: Dimissioni ospedaliere (età ≥65 anni) con diagnosi principale di frattura del collo del femore}} \times 100$$

Validità e limiti. Il tempo di intervento rappresenta, secondo le evidenze scientifiche e come riportato nelle Linee Guida, un valido indicatore di qualità dell'assistenza clinica ed è, inoltre, correlato al miglioramento degli esiti dei pazienti di età ≥65 anni con frattura del collo del femore, sebbene sia necessario considerare che nella pratica clinica il tempo pre-operatorio possa essere influenzato dalla presenza di comorbidità e complicanze che potrebbero comportarne un allungamento.
I dati analizzati in questa Sezione includono i ricoveri per acuti in istituti pubblici e privati accreditati, con diagnosi principale di frattura del collo del femore, con DRG chirurgico e con modalità di dimissione diversa da decesso, trasferimento ad altro istituto per acuti e dimissione volontaria. Sebbene la SDO preveda il campo "ora dell'intervento chirurgico" dal 2018, l'indicatore è stato costruito considerando gli interventi eseguiti entro 2 giorni, al fine di rendere confrontabili i dati della serie storica e da verifiche ancora in corso sulla qualità della registrazione del nuovo dato.

Valore di riferimento/Benchmark. Le Linee Guida non forniscono un valore univoco di riferimento per l'indicatore del tempo di intervento, poiché l'obiettivo è quello di eseguire l'operazione quanto prima possibile. Secondo le Linee Guida del *National Institute for Health and Care Excellence*, tuttavia, un obiettivo ragionevole sarebbe di eseguire l'intervento entro 36 ore dal momento del ricovero. In Italia, il Ministero della Salute ha stabilito una soglia minima del 60% di pazienti anziani di età ≥65 anni operati entro 2 giorni, secondo il regolamento sugli standard quantitativi e qualitativi dell'assistenza ospedaliera (DM n. 70/2015).

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 635

Tabella 1 - *Proporzione (valori per 100) di pazienti di età 65 anni ed oltre operati entro 2 giorni per frattura del collo del femore per regione - Anni 2017-2022*

Regioni	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Piemonte	72,6	74,8	75,2	74,5	75,8	81,2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	85,0	76,5	61,8	59,3	66,1	65,6
Lombardia	74,5	75,1	74,6	75,4	75,0	74,7
Bolzano-Bozen	*78,3*	*76,8*	*78,2*	*83,8*	*89,0*	*91,4*
Trento	*77,8*	*80,5*	*84,5*	*85,4*	*80,9*	*88,1*
Veneto	77,1	74,9	72,9	76,5	76,1	84,1
Friuli Venezia Giulia	74,0	73,4	71,7	76,6	67,2	61,6
Liguria	56,9	60,3	59,7	54,3	51,6	51,2
Emilia-Romagna	77,7	75,3	79,8	78,9	79,3	79,3
Toscana	82,2	80,1	78,7	76,9	75,1	73,6
Umbria	55,5	69,1	66,1	59,7	61,3	56,8
Marche	62,2	71,7	72,0	81,4	83,3	89,2
Lazio	67,8	68,7	72,4	72,4	75,0	76,7
Abruzzo	66,2	67,0	68,7	54,7	50,0	52,6
Molise	26,9	33,2	31,6	43,6	34,1	38,3
Campania	56,3	62,0	62,8	59,4	59,8	65,2
Puglia	65,9	69,5	69,8	78,6	78,8	76,7
Basilicata	66,3	68,0	63,8	44,4	45,3	61,6
Calabria	41,3	41,3	42,9	49,6	51,7	48,8
Sicilia	74,9	71,9	71,8	75,9	79,6	75,9
Sardegna	62,3	61,3	62,4	54,7	52,4	44,4
Italia	**69,7**	**70,7**	**71,1**	**71,1**	**71,2**	**72,2**

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2023.

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 636

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 637

Autori

Popolazione

Dott.ssa Ginevra Di Giorgio, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Dott.ssa Francesca Rinesi, Istituto Nazionale di Statistica, Roma

Fumo, alcol, alimentazione, eccesso ponderale e prevenzione

Dott.ssa Silvia Andreozzi, Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Federica Asta, Centro Nazionale di Epidemiologia Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Emanuela Bologna, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Sig. Mauro Bucciarelli, Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Marta Buoncristiano, Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Sig.ra Milena Ciampechini, Dipartimento di Statistica e Metodi Quantitativi, Università degli Studi di Milano-Bicocca
Dott.ssa Silvia Ciardullo, Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Benedetta Contoli, Centro Nazionale di Epidemiologia Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Elisabetta Del Bufalo, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Dott.ssa Rosilde Di Pirchio, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Daniela Galeone, Ministero della Salute, Roma
Dott.ssa Claudia Gandin, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Silvia Ghirini, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott. Marco Giustini, Dipartimento Ambiente e Salute, Istituto Superiore di Sanità
Dott.ssa Graziella Lanzillotta, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Donatella Mandolini, Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Maria Masocco, Centro Nazionale per la Prevenzione e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott. Piergiorgio Massaccesi, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Luisa Mastrobattista, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Alice Matone, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Valentina Minardi, Centro Nazionale per la Prevenzione e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Claudia Mortali, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott. Guido Mortali, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Paola Nardone, Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Ilaria Palmi, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Simona Pichini, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott. Michele Antonio Salvatore, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott. Emanuele Scafato, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott. Michele Sciotti, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Renata Solimini, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Angela Spinelli, già Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Aida Turrini, Ricercatrice indipendente, Scansano (GR)
Dott.ssa Monica Vichi, Servizio tecnico scientifico di statistica, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Gruppo di Lavoro "OKkio alla Salute" Anno 2019
Gruppo di Ricerca "Effetti della pandemia da COVID-19 sui comportamenti di salute e sullo stile di vita dei bambini e delle loro famiglie in Italia", Istituto Superiore di Sanità

Incidenti

Dott.ssa Giordana Baldassarre, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Dott.ssa Adelina Brusco, Istituto Nazionale per

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 638

l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro, Roma
Dott.ssa Silvia Bruzzone, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Dott.ssa Carla Ceccolini, Direzione generale della programmazione sanitaria, Ministero della Salute, Roma
Dott.ssa Nadia Mignolli, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Dott. Sante Orsini, Istituto Nazionale di Statistica, Roma

Ambiente

Prof. Antonio Azara, Sezione di Igiene e Medicina Preventiva del Dipartimento di Medicina, Chirurgia e Farmacia, Università degli Studi di Sassari
Dott. Stefano Carta, Sezione di Igiene e Medicina Preventiva del Dipartimento di Medicina, Chirurgia e Farmacia, Università degli Studi di Sassari
Dott.ssa Giovanna Deiana, Sezione di Igiene e Medicina Preventiva del Dipartimento di Medicina, Chirurgia e Farmacia, Università degli Studi di Sassari
Dott.ssa Cristina Melis, Sezione di Igiene e Medicina Preventiva del Dipartimento di Medicina, Chirurgia e Farmacia, Università degli Studi di Sassari
Prof. Umberto Moscato, Sezione di Medicina del Lavoro, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott. Andrea Pischedda, Sezione di Igiene e Medicina Preventiva del Dipartimento di Medicina, Chirurgia e Farmacia, Università degli Studi di Sassari

Sopravvivenza e mortalità per causa

Dott. Gennaro Di Fraia, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Dott. Daniele Spizzichino, Istituto Nazionale di Statistica, Roma

Impatto epidemiologico delle cronicità in Medicina Generale

Dott. Ovidio Brignoli, Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie, Firenze
Dott. Maurizio Cancian, Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie, Firenze
Dott. Claudio Cricelli, Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie, Firenze
Dott. Iacopo Cricelli, Health Search, Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie, Firenze
Dott. Ignazio Grattagliano, Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie, Firenze
Dott. Erik Lagolio, Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie, Firenze
Dott. Francesco Lapi, Health Search, Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie, Firenze
Dott. Franco Paolo Lombardo, Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie, Firenze
Dott. Pierangelo Lora Aprile, Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie, Firenze
Dott. Alberto Magni, Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie, Firenze
Dott. Ettore Marconi, Health Search, Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie, Firenze
Dott.ssa Tecla Mastronuzzi, Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie, Firenze
Dott. Gerardo Medea, Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie, Firenze
Dott. Damiano Parretti, Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie, Firenze
Dott. Alessandro Rossi, Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie, Firenze
Dott. Andrea Zanchè, Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie, Firenze

Malattie cardio e cerebrovascolari

Dott. Maurizio Giuseppe Abrignani, Unità Operativa Complessa di Cardiologia, Ospedale "Paolo Borsellino", Azienda Sanitaria Provinciale, Trapani
Dott.ssa Claudia Agnoli, Fondazione IRCCS , Istituto Nazionale dei Tumori, Milano
Dott. Paolo Bellisario, Ministero della Salute, Roma
Dott.ssa Brigitta Buttari, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott. Roberto Ceravolo, Unità Operativa Complessa di Cardiologia con Unità di Terapia Intensiva Cardiologica, Ospedale Giovanni Paolo II di Lamezia Terme
Prof. Furio Colivicchi, Unità Operativa Complessa di Cardiologia Clinica e Riabilitativa, Ospedale San Filippo Neri, ASL Roma 1
Dott.ssa Anna Di Lonardo, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Chiara Donfrancesco, Dipartimento Malattie Cardiovascolari, Dismetaboliche e dell'Invecchiamento, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott. Domenico Gabrielli, Unità Operativa Complessa di Cardiologia, Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini, Roma
Dott.ssa Daniela Galeone, Ministero della Salute, Roma
Dott.ssa Giovanna Geraci, Unità Operativa Complessa di Cardiologia Ospedale San Antonio Abate, Erice
Prof. Michele Massimo Gulizia, Unità Operativa Complessa di Cardiologia, Ospedale "Garibaldi-Nesima", Catania
Sig.ra Cinzia Lo Noce, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Fabiana Lucà, Unità Operativa Complessa di Cardiologia/Unità di Terapia Intensiva Cardiologica, Ospedale "Bianchi Melacrino Morelli", Reggio Calabria
Dott.ssa Maria Teresa Manes, Unità di Terapia Intensiva Cardiologica, Ospedale Spoke Paola-Cetraro, Presidio Ospedaliero di Paola, Cosenza

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 639

Dott.ssa Benedetta Marcozzi, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott. Federico Nardi, Struttura Complessa di Cardiologia, Ospedale Santo Spirito, Casale Monferrato
Dott. Fabrizio Oliva, Cardiologia 1-Emodinamica, Azienda Socio Sanitaria Territoriale, Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano
Dott. Luigi Palmieri, Dipartimento Malattie Cardiovascolari, Dismetaboliche e dell'Invecchiamento, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Elisabetta Profumo, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Tiziana Sabetta, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott.ssa Sabrina Sieri, Fondazione IRCCS , Istituto Nazionale dei Tumori, Milano
Dott. Marco Silano, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Serena Vannucchi, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Malattie metaboliche

Dott.ssa Emanuela Bologna, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Dott.ssa Valeria Calcaterra, Università degli Studi di Pavia
Dott. Domenico Corica, Università degli Studi di Messina
Prof. Emanuele Miraglia Del Giudice, Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli, Napoli
Dott. Procolo Di Bonito, Ospedale Santa Maria delle Grazie, Pozzuoli (NA)
Prof.ssa Valeria Di Onofrio, Dipartimento di Scienze e Tecnologie, Università degli Studi "Parthenope", Napoli
Dott.ssa Anna Di Sessa, Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli, Napoli
Prof.ssa Maria Felicia Faienza, Università degli Studi di Bari
Dott.ssa Francesca Franco, Ospedale "Santa Maria della Misericordia", Udine
Prof.ssa Francesca Gallé, Dipartimento di Scienze Motorie e del Benessere, Università degli Studi "Parthenope", Napoli
Dott.ssa Maria Rosaria Licenziati, Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale Santobono-Pausilipon, Napoli
Prof. Giorgio Liguori, Dipartimento di Scienze Motorie e del Benessere, Università degli Studi "Parthenope", Napoli
Prof. Claudio Maffeis, Università degli Studi di Verona
Dott. Giulio Maltoni, Policlinico di Sant'Orsola-Malpighi, Bologna

Prof.ssa Anita Morandi, Università degli Studi di Verona
Dott.ssa Enza Mozzillo, Università degli Studi di Napoli Federico II
Dott.ssa Tiziana Sabetta, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott.ssa Giuseppina Rosario Umano, Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli, Napoli
Prof.ssa Giuliana Valerio, Università degli Studi "Parthenope", Napoli
Prof.ssa Malgorzata Wasniewska, Università degli Studi di Messina
Gruppo di Studio "Obesità Infantile" - Società Italiana di Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica

Malattie infettive

Dott.ssa Valentina Baccolini, Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, "Sapienza" Università di Roma
Dott.ssa Melissa Baggieri, Dipartimento Malattie Infettive, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott. Antonino Bella, Dipartimento Malattie Infettive, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott. Michele Bonacquisti, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott.ssa Martina Del Manso, Dipartimento Malattie Infettive, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Sara Farina, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott.ssa Luigina Ferrigno, Centro Nazionale per la Salute Globale, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Antonietta Filia, Dipartimento Malattie Infettive, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott. Giuseppe Greco, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott. Valentin Imeshtari, Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, "Sapienza" Università di Roma
Dott. Fabio Magurano, Dipartimento Malattie Infettive, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Ada Maida, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott.ssa Alessandra Maio, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 640

Dott. Francesco Paolo Maraglino, Ministero della Salute, Roma
Prof.ssa Carolina Marzuillo, Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, "Sapienza" Università di Roma
Dott.ssa Azzurra Massimi, Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, "Sapienza" Università di Roma
Dott.ssa Annamaria Mele, Direzione Sanitaria ASL Lecce
Dott.ssa Erika Renzi, Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, "Sapienza" Università di Roma
Dott.ssa Federica Rizzo, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott.ssa Tiziana Sabetta, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott.ssa Anna Scardigno, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott. Andrea Siddu, Direzione generale della prevenzione sanitaria, Ministero della Salute, Roma
Dott. Alessandro Sindoni, Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, "Sapienza" Università di Roma
Dott.ssa Maria Elena Tosti, Centro Nazionale per la Salute Globale, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott. Francesco Vaia, Ministero della Salute, Roma
Dott. Leonardo Villani, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Prof. Paolo Villari, Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, "Sapienza" Università di Roma
Dott. Andrea Zaino, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Malattie oncologiche

Dott.ssa Roberta De Angelis, Dipartimento di Oncologia e Medicina Molecolare, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Silvia Rossi, Dipartimento di Oncologia e Medicina Molecolare, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Disabilità

D*ott.ssa Alessandra Battisti*, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Dott.ssa Annabella Pugliese, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Dott. Aldo Rosano, Istituto Nazionale per l'Analisi delle Politiche Pubbliche, Roma

Salute mentale

Dott.ssa Benedetta Barchielli, Dipartimento di Psicologica Dinamica, Clinica e Salute, "Sapienza" Università di Roma
Prof. Fabrizio Bert, Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università degli Studi di Torino
Dott.ssa Agnese Cangini, Agenzia Italiana del Farmaco, Roma
Dott. Roberto Da Cas, Centro Nazionale Ricerca e Valutazione Preclinica e Clinica dei Farmaci, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Denise Erbuto, Dipartimento di Neuroscienze, Salute Mentale e Organi di Senso, Centro per la Prevenzione del Suicidio, Azienda Ospedaliera Sant'Andrea, "Sapienza" Università di Roma
Prof. Stefano Ferracuti, Dipartimento di Neurologia e Psichiatria "Sapienza" Università di Roma
Dott.ssa Giorgia Gabrielli, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott.ssa Lidia Gargiulo, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Dott.ssa Claudia Gandin, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Silvia Ghirini, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità. Roma
Prof.ssa Maria Rosaria Gualano, UniCamillus-Saint Camillus International University of Health Sciences, Roma
Dott.ssa Federica Golzio, Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università degli Studi di Torino, Torino
Dott.ssa Laura Iannucci, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Dott.ssa Giuseppina Lo Moro, Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università degli Studi di Torino
Dott.ssa Eloise Longo, Dipartimento di Neuroscienze, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott. Valerio Manno, Servizio tecnico scientifico di statistica, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Silvia Martinelli, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott.ssa Alice Matone, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Prof. Maurizio Pompili, Dipartimento di Neuroscienze, Salute Mentale e Organi di Senso, Centro per la Prevenzione del Suicidio, Azienda Ospedaliera Sant'Andrea, "Sapienza" Università di Roma
Dott. Emanuele Scafato, Centro Nazionale Dipendenze

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 641

e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Prof.ssa Roberta Siliquini, Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università degli Studi di Torino
Dott.ssa Alessandra Tinto, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Dott. Francesco Trotta, Agenzia Italiana del Farmaco, Roma
Dott.ssa Monica Vichi, Servizio tecnico scientifico di statistica, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Salute materno-infantile

Sig.ra Silvia Andreozzi, Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott. Giovanni Baglio, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, Roma
Dott. Fulvio Basili, Ministero della Salute, Roma
Dott.ssa Anna Bertini, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Rosaria Boldrini, Ministero della Salute, Roma
Dott. Simone Bolli, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Renata Bortolus, Ministero della Salute, Roma
Sig. Mauro Bucciarelli, Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Alessandra Burgio, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Dott.ssa Laura Dallolio, Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie, Alma Mater Studiorum, Università degli Studi di Bologna
Dott. Roberto De Luca, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Alessia D'Errico, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Dott.ssa Miriam Di Cesare, Ministero della Salute, Roma
Dott.ssa Cinzia Di Monte, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Serena Donati, Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Fabiola Fedele, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Marzia Loghi, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Dott.ssa Donatella Mandolini, Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Alice Maraschini, Servizio di Statistica, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Gabriella Martelli, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Monica Mazzola, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Giada Minelli, Servizio di Statistica, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Enrica Perrone, Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena e Settore assistenza territoriale, Direzione generale cura della persona, salute e welfare, Regione Emilia-Romagna, Modena
Sig.ra Monica Pirri, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Enrica Pizzi, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Maria Grazia Privitera, Ministero della Salute, Roma
Dott.ssa Annabella Pugliese, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Dott.ssa Tiziana Sabetta, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott. Michele Antonio Salvatore, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Giulia Scaravelli, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Lucia Speziale, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Roberta Spoletini, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott. Vincenzo Vigiliano, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Gruppo di Lavoro "Sorveglianza Bambini 0-2 anni". Anno 2022

Salute della popolazione straniera

Sig.ra Silvia Andreozzi, Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott. Giovanni Baglio, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, Roma
Dott.ssa Arianna Bellini, Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Università degli Studi "La Sapienza"; Centro Nazionale per la Salute Globale, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott. Roberto Benoni, Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Università degli Studi "La Sapienza"; Centro Nazionale per la Salute Globale, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Silvia Bruzzone, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Sig. Mauro Bucciarelli, Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Alessandra Burgio, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Dott. Sandro Bonfigli, Ministero della Salute
Dott. Marcello Cuomo, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, Roma
Dott.ssa Alessia D'Errico, Istituto Nazionale di

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 642

Statistica, Roma
Dott.ssa Ginevra Di Giorgio, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Dott.ssa Serena Donati, Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Giorgia Duranti, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, Roma
Dott.ssa Erica Eugeni, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, Roma
Dott.ssa Luigina Ferrigno, Centro Nazionale per la Salute Globale, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott. Salvatore Geraci, Caritas e Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, Roma
Dott.ssa Barbara Giordani, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, Roma
Dott.ssa Emma Guagneli, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, Roma
Dott.ssa Elisa Guglielmi, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, Roma
Dott.ssa Marzia Loghi, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Dott. Francesco Paolo Maraglino, Ministero della Salute, Roma
Dott.ssa Nadia Mignolli, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Dott.ssa Roberta Pace, Università degli Studi di Bari
Dott.ssa Annabella Pugliese, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Dott.ssa Lucia Pugliese, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Vincenza Regine, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Francesca Rinesi, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Dott.ssa Monica Sane Schepisi, Ministero della Salute
Dott.ssa Barbara Suligoi, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Maria Elena Tosti, Centro Nazionale per la Salute Globale, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Assetto economico-finanziario

Prof. Eugenio Anessi Pessina, Facoltà di Economia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano - Direttore Centro Studi e Ricerche in Management Sanitario, Milano
Prof.ssa Maria Michela Gianino, Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università degli Studi di Torino
Dott.ssa Tiziana Sabetta, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Assetto istituzionale-organizzativo

Prof. Americo Cicchetti, Direttore Generale della Programmazione Sanitaria, Ministero della Salute
Ing. Alessandra Fiore, Alta Scuola di Economia e Management dei Servizi Sanitari, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Ing. Lorenzo Leogrande, Unità di Valutazione delle tecnologie sanitarie, Fondazione Policlinico Universitario "Agostino Gemelli" IRCCS, Roma
Dott. Angelo Tattoli, Alta Scuola di Economia e Management dei Servizi Sanitari, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Assistenza territoriale

Dott.ssa Paola Arcaro, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott. Giovanni Baglio, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, Roma
Dott.ssa Serena Battilomo, Ministero della Salute, Roma
Dott.ssa Alessandra Burgio, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Dott. Alberto Carli, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Provincia Autonoma di Trento
Dott. Danilo Catania, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, Roma
Dott.ssa Carla Ceccolini, Direzione generale della programmazione sanitaria, Ministero della Salute, Roma
Dott. Claudio Coppo, Unità Operativa Cure Primarie, Distretto 3 Pianura Veronese, Azienda ULSS9 Scaligera, Verona
Dott. Marcello Cuomo, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, Roma
Prof. Gianfranco Damiani, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott.ssa Oriana D'Ecclesiis, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, Roma
Dott.ssa Claudia Di Priamo, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Prof.ssa Maria Pia Fantini, Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie, Alma Mater Studiorum, Università degli Studi di Bologna
Dott. Paolo Francesconi, Agenzia Regionale di Sanità, Firenze
Dott.ssa Emma Guagneli, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, Roma
Dott.ssa Aurora Heidar Alizadeh, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott. Jacopo Lenzi, Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie, Alma Mater Studiorum, Università degli Studi di Bologna
Dott.ssa Maria Benedetta Michelazzo, Medico Specialista in Igiene e Medicina Preventiva, Roma
Dott. Francesco Profili, Agenzia Regionale di Sanità,

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 643

Firenze
Dott.ssa Tiziana Sabetta, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott.ssa Elisabetta Santori, Ministero della Salute, Roma
Dott. Alessandro Solipaca, Direttore Scientifico, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Prof. Stefano Tardivo, Dipartimento di Diagnostica e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Verona

Assistenza farmaceutica territoriale

Dott. Michele Bonacquisti, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott.ssa Sara Farina, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott. Giuseppe Greco, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott.ssa Ada Maida, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott.ssa Alessandra Maio, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott.ssa Federica Rizzo, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott.ssa Tiziana Sabetta, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott.ssa Anna Scardigno, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott. Leonardo Villani, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott. Andrea Zaino, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Assistenza ospedaliera

Dott. Francesco Amabile, Unità Operativa Semplice Dipartimentale Statistica e Flussi Informativi sanitari, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, Roma
Prof.ssa Flavia Carle, Centro di Epidemiologia Biostatistica e Informatica Medica, Università Politecnica delle Marche, Ancona
Dott. Stefano Domenico Cicala, Unità Operativa Semplice Dipartimentale Statistica e Flussi Informativi sanitari, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, Roma
Dott.ssa Raffaela Ciuffreda, Unità Operativa Semplice Dipartimentale Statistica e Flussi Informativi sanitari, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, Roma
Dott. Alessandro Fontanarosa, Centro di Epidemiologia Biostatistica e Informatica Medica, Università Politecnica delle Marche, Ancona
Dott. Giuseppe Franchino, Distretto Socio Sanitario di Gallipoli. ASL di Lecce
Ing. Federico Gioia, Unità Operativa Semplice Dipartimentale Statistica e Flussi Informativi sanitari, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, Roma
Dott. Davide Golinelli, UO Ricerca Valutativa e Policy dei Servizi Sanitari, AUSL della Romagna
Dott.ssa Maria Pia Randazzo, Unità Operativa Semplice Dipartimentale Statistica e Flussi Informativi sanitari, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, Roma
Dott.ssa Tiziana Sabetta, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Mortalità riconducibile ai servizi sanitari

Prof. Gianfranco Damiani, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Prof.ssa Maria Pia Fantini, Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie, Alma Mater Studiorum, Università degli Studi di Bologna
Dott. Jacopo Lenzi, Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie, Alma Mater Studiorum, Università degli Studi di Bologna

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 644

La sanità italiana nel confronto europeo

Dott.ssa Alessandra Burgio, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Dott.ssa. Antonietta Filia, Dipartimento Malattie Infettive, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Dott.ssa Maria Assunta Fugnitto, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Dott.ssa Lidia Gargiulo, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Dott. Enrico Grande, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Dott.ssa Laura Iannucci, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Dott.ssa Lucia Martina, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Dott.ssa Marilena Pappagallo, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Dott.ssa Alessandra Tinto, Istituto Nazionale di Statistica, Roma
Dott. Leonardo Villani, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Vigilanza sui dispositivi medici

Dott.ssa Antonella Campanale, Ex Direzione Generale dei dispositivi medici e del servizio farmaceutico, Ministero della Salute, Roma
Dott.ssa Lucia Lispi, Ex Direzione Generale dei dispositivi medici e del servizio farmaceutico, Ministero della Salute, Roma
Dott.ssa Daniela Minella, Ex Direzione Generale dei dispositivi medici e del servizio farmaceutico, Ministero della Salute, Roma
Dott. Marco Ventimiglia, Ex Direzione Generale dei dispositivi medici e del servizio farmaceutico, Ministero della Salute, Roma

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 645

Indice Generale

Indice III

Premessa V

Organigramma VII
Coordinatori scientifici VII
Coordinamento redazionale, videoimpaginazione e *web content editor* (*www.osservatoriosullasalute.it*) VII
Data Manager e responsabile revisione dati VII
Collaboratori VII
Scientific Executive Board VIII
Peer review committee VIII
Coordinatori Capitoli VIII
Referenti Regionali dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane X
Segreteria Scientifica dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane X
Grafica GIS XI

Elenco delle abbreviazioni XIII

Parte Prima
Salute e bisogni della popolazione

Contesto demografico

Popolazione 1
Struttura demografica 2
Invecchiamento 5
Ultracentenari 10
Fecondità 13

Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione

Fumo, alcol, alimentazione, eccesso ponderale e prevenzione 19
Fumo di tabacco 21
Consumo di alcol 25
Consumo di alimenti per tipologia 30
Sovrappeso e obesità 37
Eccesso di peso nei minori 41
Sovrappeso e obesità nei bambini (Okkio alla Salute): disuguaglianze associate alle condizioni socio-economiche 45
Attività fisica 48
Screening mammografico su iniziativa spontanea 55
Screening per il tumore della cervice uterina su iniziativa spontanea 59
Screening per il tumore del colon-retto 63
Box - Servizio "Telefoni Verde Dipendenze e Doping" 67
Box - Dipendenze comportamentali nella Generazione Z - Studi di prevalenza nella popolazione scolastica 70

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 646

Box - Effetti della pandemia da COVID-19 sui comportamenti di salute e sullo stile di vita di bambine, bambini e delle loro famiglie in Italia ... 74

Incidenti ... 83
Incidenti stradali ... 86
Feriti gravi in incidenti stradali ... 92
Infortuni e mortalità sul lavoro ... 96
Incidenti domestici ... 101
Box - Infortuni sul lavoro degli occupati nati all'estero ... 104

Ambiente ... 107
Rifiuti solidi urbani (produzione) ... 108
Rifiuti solidi urbani (gestione) ... 113
Rifiuti solidi urbani (raccolta differenziata) ... 119

Condizioni di salute

Sopravvivenza e mortalità per causa ... 125
Livelli e dinamica della sopravvivenza ... 126
Mortalità per causa per classi di età ... 130
Mortalità prematura ... 148

Impatto epidemiologico delle cronicità in Medicina Generale ... 151
Prevalenza delle patologie croniche a elevato impatto sociale tra gli assistiti dai Medici di Medicina Generale aderenti al *network Health Search* ... 155
Prevalenza di multimorbidità tra gli assistiti dai Medici di Medicina Generale aderenti al *network Health Search* ... 160
Assorbimento di prestazioni sanitarie generato dalla multimorbidità tra gli assistiti dai Medici di Medicina Generale aderenti al *network Health Search* ... 164
Costi sanitari nella Medicina Generale per la gestione della cronicità all'interno del *network Health Search* ... 170
Box - *Network Health Search* e il suo *database* ... 182
Box - Calcolo dell'*Health Search Morbidity Index* ... 183

Malattie cardio e cerebrovascolari ... 185
Ospedalizzazione per patologie cardio e cerebrovascolari acute, insufficienza cardiaca e fibrillazione atriale ... 187
Mortalità per malattie ischemiche del cuore e per malattie cerebrovascolari ... 200
Box - Nutrizione, attività fisica e abitudine al fumo nella popolazione generale adulta italiana: i risultati della *Health Examination Survey* - Progetto CUORE 2018-2019 ... 205
Box - Progetto Nazionale di Prevenzione Cardiovascolare "Banca del Cuore" ... 209

Malattie metaboliche ... 213
Ospedalizzazione di pazienti con diagnosi di diabete mellito ... 214
Mortalità per diabete mellito ... 217
Obesità e sedentarietà nelle persone affette da diabete ... 220
Persone affette da diabete per titolo di studio ... 224
Box - Obesità di grado severo e rischio cardiometabolico in età pediatrica ... 227

Malattie infettive ... 229
Copertura vaccinale della popolazione infantile ... 230
Copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione generale e negli anziani ... 233
Copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione pediatrica ... 236
Sorveglianza dell'influenza in Italia ... 241
Epatite virale acuta ... 243
Box - Stato dell'eliminazione del morbillo e della rosolia in Italia ... 247

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 647

Malattie oncologiche (Rimando Rapporto Osservasalute 2022) 251

Disabilità 253
Persone con limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che vivono in famiglia che hanno fatto ricorso ad un accertamento diagnostico 255
Persone con limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che vivono in famiglia che hanno fatto ricorso ad una visita specialistica 257
Rinuncia a visite specialistiche e accertamenti diagnostici delle persone con limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che vivono in famiglia 259
Persone con limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che vivono in famiglia che hanno fatto ricorso al Pronto Soccorso 261
Persone con limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che vivono in famiglia che hanno avuto difficoltà a raggiungere un servizio sanitario 263
Ricorso ai ricoveri ospedalieri per le persone con limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che vivono in famiglia 265
Persone con limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che vivono in famiglia che hanno fatto ricorso all'assistenza domiciliare 267
Persone con limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che vivono in famiglia che hanno fatto ricorso ad un Consultorio e ad un Centro di assistenza psichiatrica 269

Salute mentale 273
Disagio psicologico 275
Consumo di farmaci antidepressivi 280
Ospedalizzazione per disturbi psichici 284
Ospedalizzazione per abuso, dipendenza o psicosi da sostanze psicoattive 289
Suicidi 294
Omicidi 300

Salute materno-infantile 307
Parti effettuati nei punti nascita e presenza di Unità Operative di Terapia Intensiva Neonatale 309
Parti con Taglio Cesareo 313
Parti secondo la Classificazione di Robson 318
Accertamenti in gravidanza 323
Salute del neonato 328
Procreazione Medicalmente Assistita 333
Abortività volontaria 342
Box - Rapporto di mortalità materna nazionale 350
Box - Sorveglianza Bambini 0-2 anni: i principali risultati della rilevazione 2022 352

Salute della popolazione straniera 357
Stranieri in Italia 360
Nati da cittadini stranieri in Italia 363
Ospedalizzazione tra gli stranieri in Italia 367
Abortività volontaria delle donne straniere in Italia 373
Età al parto delle donne straniere in Italia 379
Accertamenti in gravidanza delle donne straniere in Italia 383
Salute del neonato nato da madri straniere in Italia 387
AIDS e HIV tra gli stranieri in Italia 392
Epatite virale acuta tra gli stranieri in Italia 397
Tubercolosi tra gli stranieri in Italia 402
Mortalità per causa tra gli stranieri in Italia 406
Box - Equità negli esiti e nell'accesso alle prestazioni da parte dei cittadini stranieri: un'analisi condotta nell'ambito del Programma Nazionale Esiti 412

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 648

Parte Seconda
Servizi Sanitari Regionali e qualità dei servizi

Servizi Sanitari Regionali: spesa, attività e qualità dei servizi

Assetto economico-finanziario 417
Spesa sanitaria pubblica corrente per funzione in rapporto al Prodotto Interno Lordo 419
Spesa sanitaria pubblica e spesa sanitaria privata pro capite 424
Avanzo/disavanzo sanitario pubblico pro capite 429

Assetto istituzionale-organizzativo 433
Spesa per il personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale 434
Struttura per età del personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale 437
Compensazione del *turnover* 442
Personale medico e infermieristico del Servizio Sanitario Nazionale 444
Box - Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza: ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero 448

Assistenza territoriale 451
Assistenza Domiciliare Integrata 453
Posti letto residenziali di tipo socio-sanitario per persone con disabilità e anziani 458
Ospiti anziani e con disabilità nei presidi residenziali 461
Ospedalizzazione potenzialmente evitabile per asma in età pediatrica 463
Ospedalizzazione potenzialmente evitabile per gastroenterite in età pediatrica 466
Indice sintetico di ospedalizzazione evitabile 469
Prime visite e visite di controllo 475

Assistenza farmaceutica territoriale 483
Consumo territoriale di farmaci a carico del Servizio Sanitario Nazionale 485
Spesa farmaceutica territoriale lorda pro capite a carico del Servizio Sanitario Nazionale 490

Assistenza ospedaliera 493
Posti letto ospedalieri per tipologia di attività e regime di ricovero e Focus sui posti letto ospedalieri per le principali discipline COVID-19 correlate 495
Ospedalizzazione con patologie ad elevato impatto sociale 503
Tempi di attesa per interventi chirurgici per protesi d'anca 512
Tempi di attesa per angioplastica coronarica e bypass aortocoronarico 517
Mortalità ospedaliera interregionale 523
Indice di fuga in età pediatrica 528
Indice di Soddisfazione della Domanda Interna 531

Mortalità riconducibile ai servizi sanitari (Rimando Rapporto Osservasalute 2022) 537

La sanità italiana nel confronto europeo 539
Sopravvivenza e stato di salute in Italia e nei Paesi dell'Unione Europea 541
Mortalità evitabile 547
Coperture vaccinali nella popolazione infantile 553
Disponibilità di medici 556
Disponibilità di infermieri 559
Disponibilità di posti letto 562
Spesa sanitaria in Italia e nei Paesi dell'Unione Europea 565

Vigilanza sui dispositivi medici 573
Vigilanza sui dispositivi medici 575
Box - Rete nazionale della dispositivo-vigilanza 582

Rapporto Osservasalute 2023_01 prex 31/05/2024 16:48 Pagina 649

Approfondimenti (*www.osservatoriosullasalute.it*) 585

Elenco Tabelle (*www.osservatoriosullasalute.it*) 587

APPENDICE

Sopravvivenza e mortalità per causa 599
Mortalità infantile e neonatale 599
Mortalità sepsi-correlata 608
Mortalità per causa *(www.osservatoriosullasalute.it)*

Assistenza ospedaliera 611
Ospedalizzazioni per età, tipologia di attività e *Diagnosis Related Group* medici e chirurgici 611
Ricoveri e accessi in Day Hospital, Day Surgery e One Day Surgery 616
Degenza media preoperatoria per le procedure chirurgiche 619
Effetti dell'emergenza COVID-19 sulla produzione di alcuni *Diagnosis Related Group* ad elevato impatto sociale 621
Prestazioni chirurgiche a rischio inappropriatezza se erogate in regime di Ricovero Ordinario o di Day Surgery 630
Interventi per frattura del collo del femore 634

Autori 637

Indice Generale 645