43° congresso nazionale

Bari
Fiera del Levante

1-4 ottobre 2008

La promozione della salute per lo sviluppo sociale ed economico dell'Italia: il contributo dell'Igiene e della Sanità Pubblica

SItI
SOCIETÀ ITALIANA di IGIENE MEDICINA PREVENTIVA e SANITÀ PUBBLICA

edizioni PANORAMA della Sanità

Parte I RELAZIONI
Parte II COMUNICAZIONI
Parte III POSTER

Strumenti di supporto per la sorveglianza e la prevenzione attiva: ERA (Epidemiologia e Ricerca Applicata) e OsservaSalute[1]

Buzzi N*, Murianni L**

**Direttore Generale Nebo Ricerche PA, Coordinatore ERA*
***Coordinatore OsservaSalute*

Sommario

ERA – Epidemiologia e Ricerca Applicata[2] *cura l'analisi, a livello di USL e distintamente per genere, della* mortalità evitabile*. L'edizione 2007 evidenzia una particolare incidenza della mortalità evitabile per il genere maschile (il rapporto maschi / femmine pari a 2:1) e una evidente caratterizzazione geografica dei tre gruppi principali di mortalità che ERA analizza a livello di singola USL: malattie del sistema circolatorio, tumori maligni, traumatismi e avvelenamenti.*

Il **Rapporto Osservasalute - Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle Regioni italiane**[3] *ha l'obiettivo di monitorare lo stato di salute delle popolazioni delle singole regioni italiane, delle province e, ove possibile, delle singole aree territoriali mediante dati regionali comparabili provenienti da diverse fonti di dati ufficiali. Lo stato di salute degli italiani relativamente all'ultimo anno di indagine disponibile risulta buono ma segnala evidenti differenze tra macro aree geografiche, regioni e generi.*

Parole chiave: *ERA, Osservasalute, Mortalità evitabile, Atlante sanitario, Stato di salute, Supporto alle decisioni.*

Premessa

La relazione è strutturata in due parti distinte, ciascuna dedicata ad un *Rapporto* e curata dal corrispondente Autore. Sono illustrati obiettivi ed evidenze dei due volumi annuali di sanità pubblica, ideati con l'obiettivo di costituire entrambi, ciascuno con le proprie specifiche, strumento di supporto alle decisioni di politica attiva delle Autorità sanitarie di livello nazionale e locale.

Il primo, il cui acronimo è *ERA* (Epidemiologia e Ricerca Applicata), è monotematico e dedicato, nelle sue ultime edizioni, all'analisi per singola USL dei decessi per causa e in particolare alla mortalità evitabile, corredata – per il medesimo livello di dettaglio territoriale – anche di un approfondimento quantitativo relativo al contesto demografico.

Il secondo, *OsservaSalute*, è strutturato in macro aree tematiche con approfondimento regionale: stato di salute, bisogni di cure, fattori di rischio e stili di vita, principali malattie da un lato; assetti economico-finanziari e organizzativo-istituzionali e dimensioni di alcune voci di assistenza sanitaria (assistenza farmaceutica e trapianti) dall'altro.

1. ERA – Atlante della mortalità evitabile per USL

1.1 La missione del Rapporto

ERA ha l'esplicito obiettivo di essere uno strumento utile a tutti coloro che si occupano, a vari livelli, di governo della Sanità Pubblica:

- ogni cura è stata posta per realizzare un prodotto conoscitivamente corretto e statisticamente rigoroso, affinato alla luce anche della più recente e autorevole letteratura internazionale;
- l'ottica geografica con la quale si presentano i dati è anch'essa pensata con carattere di frui-

---

[1] Le diverse edizioni dei due Progetti, corredate della banca dati integrale degli indicatori territoriali, i commenti e i testi integrali dei principali lavori scientifici di riferimento oltre che la rassegna stampa e altre informazioni sono liberamente disponibili su Internet (www.atlantesanitario.it e www.osservasalute.it).

[2] Gruppo di Lavoro ERA: N. Buzzi, G. Cananzi, S. Conti, R. Crialesi, D. Greco, A. Panà, V. Egidi, I. Mozzetta, M. D'Alessandro, L. Frova, A. Burgio, S. Bruzzone, M. Marsili, M. Maurici, G. Minelli, E. Tondo

[3] Gruppo di Lavoro OsservaSalute: il progetto, coordinato dal prof. Gualtiero Ricciardi, si avvale della collaborazione di oltre 250 fra referenti regionali e referenti per specifiche discipline (demografi, esperti di sanità pubblica, epidemiologi, matematici, statistici, economisti sanitari).

bilità, in quanto, a partire dalla situazione generale del nostro Paese, viene fornito un quadro regionale che si conclude con una disaggregazione che arriva ad analizzare le unità essenziali dell'istituzione sanitaria, i territori delle attuali Aziende sanitarie;

– unire contenuti fondati in un contenitore di agevole consultazione e pronta comunicazione è sicuramente uno dei punti di forza di *ERA*; il rapporto è pensato in modo semplice in ciascuna delle sue sezioni, compresa quella più disaggregata: 188 tavole ognuna riferita ad una diversa USL e che si avvalgono dell'efficace iconografia del tachimetro, un indicatore di posizionamento relativo che permette agevolmente di valutare ciascun territorio alla luce di chiari valori soglia.

Un rapido approfondimento consente di valutare il ruolo di sanità pubblica di questo strumento. Un primo punto riguarda i decessi: sono circa 110 mila all'anno le morti evitabili misurate da *ERA*; è vero che esse sono gradualmente in diminuzione, ma è altrettanto vero che in base ai dati più recenti un decesso ogni cinque risulta avvenire prima dei 75 anni e per cause che possono essere efficacemente contrastate; tra gli uomini, inoltre, questo rapporto sale ad uno su quattro. Questa considerazione riguardante il 20% della mortalità generale considerata precoce è una delle principali giustificazioni di questo Atlante. Un secondo aspetto deriva da quella che potrebbe essere chiamata una ipotesi "*iceberg*": il decesso evitabile è solo la parte emersa di una montagna che comprende tutti i casi di malattia o incidente che non conducono alla morte. In questa ottica l'analisi della mortalità evitabile è una lente per osservare in modo indiretto un paesaggio più ampio, anche se, come tutte le lenti, ha il difetto di distorcere in qualche misura la visuale, perché fare delle scelte sulle evidenze di 110 mila casi di morte per ragionare su milioni di "vivi/malati" è senza dubbio un esercizio molto delicato. In definitiva le analisi sulla mortalità evitabile, da sole, non risolvono adeguatamente il problema della prevenzione delle patologie o degli incidenti, ma certamente sono utili per richiamare l'attenzione di chi governa la Sanità Pubblica su particolari situazioni nel Paese, con dirette e positive ricadute preventive sulle cittadine ed i cittadini.

Un ultimo interessante aspetto metodologico di *ERA* è la sperimentazione multidisciplinare e la collaborazione interistituzionale. Al di là del tema specifico, la mortalità evitabile nelle prime edizioni, l'analisi delle schede di dimissione ospedaliera per l'edizione 2008, il lavoro svolto è centrato nella metodologia messa congiuntamente a punto e nella esplicita attenzione a tutta *la catena di montaggio* che trasforma milioni di informazioni elementari in strumento di orientamento a concreto supporto delle decisioni di Sanità Pubblica.

1.2 Le evidenze generali

Il totale dei morti evitabili in un anno, circa 110 mila, è il primo importante numero su cui riflettere perché segnala che un decesso ogni cinque avviene ancora oggi sotto i 75 anni per cause di morte definite evitabili.

Un ulteriore approfondimento conoscitivo di *Era 2007* è il tentativo di cogliere le profonde differenze fra donne e uomini in tema di mortalità evitabile. Ancora due dati sono importanti per inquadrare la dimensione generale del problema: gli uomini morti per cause evitabili nell'ultimo anno disponibile sono 71 mila, 36 mila le donne. Questa semplice evidenza sottolinea efficacemente che la mortalità evitabile riguarda prevalentemente gli uomini, i cui decessi evitabili si dimostrano il doppio rispetto a quelli delle donne[4]. Nella classe 0-4 anni i morti evitabili di genere maschile sono il 30% in più delle femmine. Da 15 a 34 anni, dove l'evento morte evitabile è spesso legato ad un incidente (comprese le cosiddette "stragi del sabato sera") il rapporto è notevolmente sfavorevole e arriva a 4-5 uomini per ogni donna. Infine la media generale di due uomini per ogni donna vale soprattutto a partire dai 35 anni di età, cioè per le età che raccolgono il maggior numero di decessi evitabili.

A partire da queste prime evidenze l'Atlante offre un percorso di lettura che disegna una sorta di mappa multidimensionale: per genere (donne/uomini), territorio (20 regioni, 103 province e 188 micro aree sanitarie), periodo (1996-98, 2000-02), analisi epidemiologica (tumori, infarti, traumatismi e alcune ulteriori disaggregazioni), politiche di intervento (prevenzione primaria, igiene e assistenza sanitaria, diagnosi precoce e terapia)[5].

1.3 L'analisi per genere

L'epidemiologia delle morti evitabili maschili a livello nazionale risulta ben delineata: due segnali di attenzione elevata, tumori all'apparato respiratorio e ischemie cardiache, due segnali intermedi, tumori dell'apparato digerente e incidenti, due segnali minori, ictus e altre cause. Gli uomini risultano infatti colpiti soprattutto da tumori maligni dell'apparato respiratorio (16,2 mila casi in un anno) e da malattie ischemiche del cuore (15,6 mila casi). Seguono decessi per tumore dell'apparato digerente e per incidente traumatico, relativamente meno frequenti (circa 10 mila per gruppo l'anno) e, più a distanza, si contano oltre 6 mila casi di morte evitabile per malattie cerebro-vascolari (in particolare ictus) e quasi 6 mila per il totale delle restanti cause.

---

[4] Anche considerando che la popolazione in età 0-74 anni è leggermente più elevata per il genere femminile che conta 26,4 milioni di individui rispetto ai 25,9 milioni di genere maschile.

[5] Sono 195 le zone territoriali sanitarie italiane, ma ai fini delle analisi di mortalità evitabile le aree metropolitane di Roma e Torino non sono disaggregabili nelle Asl che le compongono.

L'emergenza maggiore del genere femminile sono i cosiddetti tumori maligni della donna, con 8 mila casi di morte in un anno. Le restanti cause si raccolgono nell'intorno di 5 mila casi (tumori maligni apparato digerente, malattie ischemiche e malattie cerebrovascolari) e di 3 mila casi (tumori apparato respiratorio, traumatismi e altre cause).

Le donne mostrano secondo i dati più recenti e più o meno a parità di popolazione un unico picco di mortalità evitabile, caratterizzato da 8 mila decessi, gli uomini due, ciascuno con 16 mila casi. Non solo, gli uomini contano un numero di morti per tumore al polmone 4,5 volte più alto delle donne e circa il triplo di decessi sia per traumatismi che per ischemie cardiache. Si tratta evidentemente di differenze molto significative, non solo in termini epidemiologici ma anche e soprattutto dal punto di vista delle politiche di prevenzione da adottare e delle scelte di priorità da impostare.

1.4 L'evoluzione temporale

Il segnale di rilievo è che nei sette anni analizzati dall'Atlante ERA il numero di morti evitabili è sceso di uno ogni sei, riflesso dei profondi mutamenti che la collettività nazionale concretamente subito, grazie al costante miglioramento degli stili di vita ma anche grazie all'efficacia dei nostri servizi sanitari. La mortalità evitabile si riduce significativamente e per un ordine di grandezza pressoché identico sia per le donne (-16%, da 42.700 morti nel 1996 a 36.000 nel 2002) che per gli uomini (-15%, da 83.600 morti nel 1996 a 71.200 nel 2002): i decessi evitabili degli uomini non si allontanano molto da un rapporto 2:1, cioè dalla evidenza già accennata che in media muoiono per cause evitabili ogni anno il doppio degli uomini rispetto alle donne.

1.5 L'analisi per Regione

Il genere maschile mostra in termini di mortalità evitabile una evidente polarizzazione nord-sud con un'area, riferita alle situazioni più favorevoli, che si estende dalla Liguria alle Marche passando per Toscana e Umbria. Nei due trienni analizzati si registra un miglioramento relativo del Veneto, dell'Umbria e della Calabria mentre peggiora la posizione relativa della Puglia, dell'Abruzzo e del Molise (tavola 1.1.a).

Il genere femminile lascia registrare una positiva situazione del Trentino Alto Adige e di alcune Regioni dell'Italia centrale (Toscana, Marche e Umbria). Piemonte, Valle d'Aosta, Friuli e due regioni meridionali, Campania e Sicilia, sono caratterizzate dalla situazione gradazione più sfavorevole (tavola 1.1.b).

1.6 L'analisi per territorio di influenza delle Aziende sanitarie locali

Definiti alcuni elementi di riferimento su base regionale è più agevole orientarsi nel maggiore dettaglio geografico, per USL, utilizzato per individuare visivamente alcune aree di attenzione.

La tavola 1.2 propone una scala convenzionale dell'indicatore, che distribuisce le 188 USL e Aree metropolitane in cinque grandi classi:

- al centro è posizionata la classe più ampia, di *normalità*, che raccoglie per questo motivo il numero maggiore di USL, poco meno della metà del totale
- a ridosso della classe centrale sono posizionate due classi intermedie, meno numerose;

Tavola 1.1.a - Giorni perduti per cause evitabili pro-capite per regione – Maschi

Trienni 2000-02 e 1996-98

	2000-02	1996-98	var. %
Toscana	20,2	22,8	– 11,4
Marche	20,3	22,7	– 10,6
Liguria	20,6	23,6	– 12,7
Umbria	20,7	24,0	– 13,8
Calabria	20,9	24,1	– 13,3
Puglia	21,2	23,7	– 10,5
Abruzzo	22,2	23,1	– 3,9
Basilicata	22,4	24,6	– 8,9
Sicilia	22,4	24,9	– 10,0
Italia	23,0	26,0	– 11,5
Veneto	23,1	27,2	– 15,1
Molise	23,1	24,1	– 4,1
Lazio	23,2	25,2	– 7,9
Emilia Romagna	23,3	26,5	– 12,1
Lombardia	23,9	27,4	– 12,8
Campania	24,2	27,4	– 11,7
Friuli V. Giulia	24,4	28,6	– 14,7
Piemonte	24,8	28,0	– 11,4
Trentino A. Adige	25,2	28,4	– 11,3
Sardegna	25,3	28,8	– 12,2
Valle d'Aosta	32,3	32,8	– 1,5

Fonte: ERA 2007 (www.atlantesanitario.it)

Tavola 1.1.b - Giorni perduti per cause evitabili pro-capite per regione – Femmine

Trienni 2000-02 e 1996-98

	2000-02	1996-98	var. %
Umbria	10,7	12,9	– 17,1
Abruzzo	10,7	12,4	– 13,7
Toscana	10,7	12,1	– 11,6
Trentino A. Adige	10,8	12,6	– 14,3
Marche	10,9	11,8	– 7,6
Basilicata	11,0	12,4	– 11,3
Sardegna	11,2	12,8	– 12,5
Veneto	11,2	12,5	– 10,4
Calabria	11,4	12,5	– 8,8
Puglia	11,6	12,8	– 9,4
Molise	11,7	13,0	– 10,0
Lombardia	11,8	13,3	– 11,3
Liguria	11,9	13,0	– 8,5
Italia	12,0	13,5	– 11,1
Emilia Romagna	12,1	13,7	– 11,7
Lazio	12,4	13,8	– 10,1
Piemonte	12,7	14,5	– 12,4
Friuli V. Giulia	12,9	14,0	– 7,9
Sicilia	13,2	14,8	– 10,8
Campania	13,4	14,9	– 10,1
Valle d'Aosta	15,1	14,8	+ 2,0

Fonte: ERA 2007 (www.atlantesanitario.it)

queste classi sono denominate rispettivamente di *attenzione medio bassa* e *medio alta*

- infine, agli estremi, sono individuate le due zone rispettivamente di *eccellenza* e *criticità*, quelle dove, in assoluto, l'indicatore assume i valori più contenuti e più rilevanti; queste classi raccolgono un numero di casi ancora inferiore.

La soglia della classe di *criticità* è di circa il 50% più elevata della soglia dell'area di *eccellenza*. Ciò segnala che la mortalità evitabile è in alcune aree del Paese, sia per il genere maschile che per quello femminile, di almeno il 50% superiore ad altre aree.

La figura permette immediatamente di verificare come 8 delle 13 USL in condizioni di eccellenza sono del centro Italia, tre toscane e cinque marchigiane, 4 meridionali (2 calabresi e due pugliesi) e solo una, la USL Genovese, settentrionale. Molto diversa la situazione in coda alla classifica: 8 delle 14 USL con livelli critici dell'indicatore di mortalità evitabile sono dell'Italia del nord-ovest (4 piemontesi, 3 lombarde e la Valle d'Aosta) e 4 dell'Italia del nord-est (2 venete, una friulana e una alto-atesina). Le uniche due USL non settentrionali sono Nuoro e Lanusei, entrambe sarde. La classifica del genere maschile conferma quindi la polarizzazione geografica già osservata.

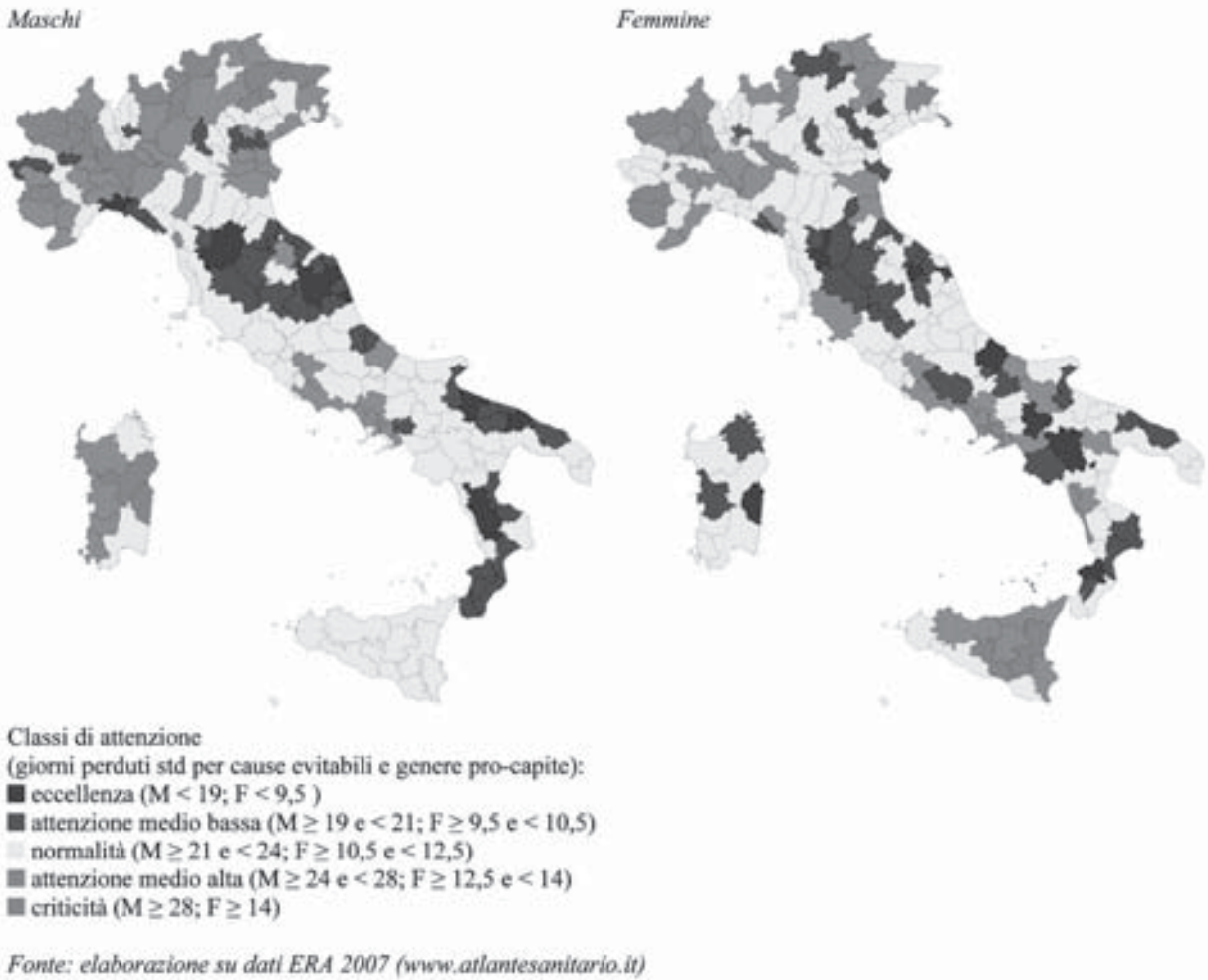
Le soglie di *eccellenza* e *criticità*, come nel caso maschile, sono scelte in modo che la differenza fra questi due valori fosse molto vicina al 50% e confermano quindi visivamente anche per il genere femminile la profonda disparità fra queste due classi.

In area di eccellenza risultano 9 USL, 4 centrali (due marchigiane e due toscane), 4 meridionali e tutte appartenenti ad una diversa regione (Calabria, Basilicata, Abruzzo e Campania) ed infine una sarda, Lanusei, che sul versante maschile risulta invece in area critica. In area critica la soglia dei 14 giorni pro-capite persi per mortalità evitabile ritaglia 11 USL: 5 del nord-ovest (3 piemontesi, una lombarda e la Valle d'Aosta), 3 meridionali e tutte e tre campane, 2 sicule ed una friulana.

1.7 L'Atlante ERA, uno strumento di consultazione

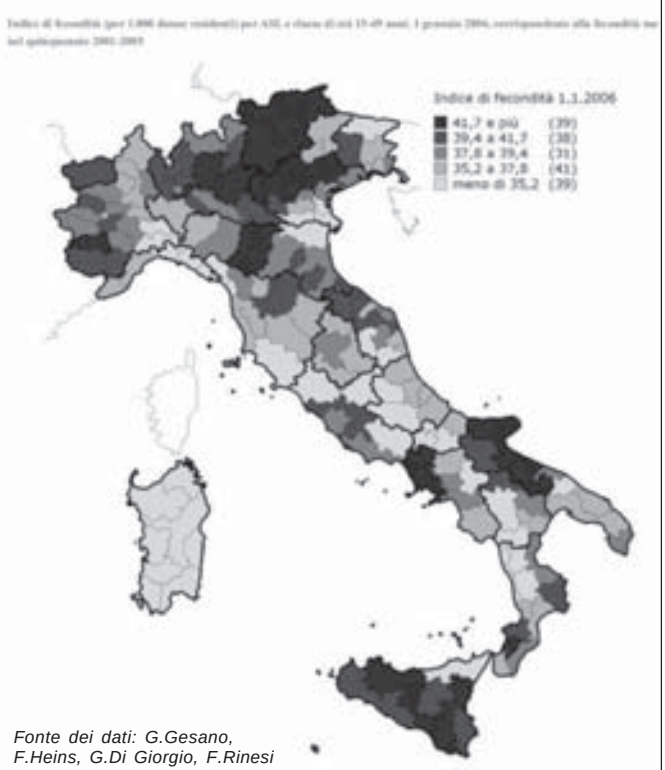
La sezione introduttiva sin qui illustrata offre un quadro di insieme generale ma non esaurisce i conte-

Tavola 1.2 - Cartogramma per USL e genere della classifica della mortalità evitabile *Triennio 2000-02*



Fonte: elaborazione su dati ERA 2007 (www.atlantesanitario.it)

Tavola 2.1 - Cartogramma OsservaSalute



Fonte dei dati: G.Gesano, F.Heins, G.Di Giorgio, F.Rinesi
Rapporto Osservasalute 2007
Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane
Editore Prex S.p.A. Milano

nuti dell'Atlante ERA che trova ulteriori modalità di fruizione sia nel corpo vero e proprio del volume cartaceo, sia nel sito web dedicato a questa iniziativa (www.atlantesanitario.it).

Il corpo del volume comprende un quadro generale regionale, in cui sono presentati tutti gli indicatori pubblicati della ricerca (oltre 150 in totale), seguito da schede dedicate a ciascuna delle Regioni e Province autonome, finalizzato a consentire di apprezzare, anche graficamente, ciascun indicatore riferito all'unità elementare di osservazione utilizzato nello studio, costituito dal territorio su cui insistono le diverse Aziende sanitarie locali del Paese.

Il sito web dedicato, infine, comprende la versione integrale dell'Atlante, liberamente disponibile quindi a tutti i non addetti ai lavori. Comprende tuttavia anche due sezioni specialistiche:

- la bibliografia nazionale ed internazionale di riferimento corredata, salvo alcune eccezioni, della versione integrale di ciascuna ricerca
- la banca dati integrale, fino al dettaglio di USL, di tutti gli indicatori dell'Atlante, nel formato, facilmente utilizzabile e piuttosto conosciuto, del foglio elettronico.

2. OsservaSalute

2.1 Gli obiettivi del Rapporto

Il Rapporto Osservasalute analizza ogni anno lo stato di salute della popolazione italiana e la qualità dei servizi erogati dai Sistemi Regionali Sanitari.

In particolare gli obiettivi di OsservaSalute sono:

- raccogliere dati regionali comparabili provenienti da diverse fonti
- monitorare lo stato di salute delle Regioni italiane attraverso specifici indicatori di rigore scientifico e semplicità conoscitiva
- diffondere strumenti di sorveglianza di sanità pubblica.

2.2 Modalità di lavoro e output

Il lavoro del gruppo di esperti si articola in diverse fasi che portano allo studio ed all'analisi delle maggiori tematiche riguardanti la salute degli individui e della collettività tra cui: l'incidenza e la prevalenza di alcune malattie, l'esistenza dei fattori di rischio riconosciuti tali dalle evidenze scientifiche, l'analisi degli stili di vita maggiormente correlati con l'insorgenza delle più frequenti e gravi patologie; gli studi di organizzazione aziendale, delle relazioni tra azienda e personale e tra azienda e risorse finanziarie a disposizione per raggiungere gli obiettivi di miglioramento delle performance sanitarie.

Si lavora quindi sui dati a disposizione, principalmente attraverso analisi epidemiologiche, statistiche e strutturali.

Nei singoli capitoli del Rapporto Osservasalute per ciascun indicatore, è stata predisposta una scheda dove riportare, oltre alle modalità di costruzione, il significato e i limiti dell'indicatore stesso, la descrizione dei risultati, il benchmark e/o il valore di riferimento e le raccomandazioni di Osserva Salute. Il testo è accompagnato da cartogrammi (esempio in tavola 2.1) e da grafici/tabelle esplicative.

Allo scopo di utilizzare indicatori di cui sia stata accertata l'affidabilità, e per rendere possibili i confronti tra la realtà italiana e quella di altri Paesi, quasi tutti gli indicatori utilizzati dall'Osservatorio sono stati scelti tra quelli elencati nel progetto ECHI (European Community Health Indicators) [6] [7]; a questi sono stati aggiunti indicatori costruiti per alcuni aspetti specifici non contemplati nel progetto.

È stata definita una metodologia standardizzata di lavoro, con gruppi multidisciplinari, che individuano i fenomeni da misurare, analizzano l'esistenza del dato e, soprattutto, la sua comparabilità per ogni regione italiana.

Ogni indicatore ha caratteristiche di chiarezza, è ripetibile ed è strutturato per renderlo fruibile da parte di tutti gli stakeholders del sistema sanitario italiano.

La correttezza scientifica di ciascun indicatore viene valutata mediante ricerca bibliografica e verifica

[6] Kramers Pieter G.N. The ECHI project. Health indicators for the European Community The European Journal of Public Health 2003 13 (Supplement 1):101-106.

[7] ECHI (European Community Health Indicators) project: http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/echi/echi_en.htm

metodologica, con i riferimenti citati nella descrizione dell'indicatore stesso. Come fonte dei dati sono state scelte le fonti ufficiali di dati statistici nazionali e regionali e le banche dati di progetti riferiti al territorio nazionale e regionale su argomenti specifici relativi alla salute della popolazione. Queste fonti sono state scelte perché rendono disponibili i dati con cadenza periodica e perché tali dati possono essere considerati di tipologia e qualità generalmente soddisfacente e uniforme per tutte le aree geografiche del Paese.

L'acquisizione dei dati e la loro elaborazione vengono costantemente effettuate da ricercatori ed esperti dell'Osservatorio, operanti in moltissime Università, nei Ministeri della Salute e del Lavoro, all'Istat, nelle Agenzie di Sanità Pubbliche Regionali, all'Istituto Superiore di Sanità, nelle Aziende Sanitarie Locali, in Onlus operanti nel settore sanitario (es: FISH), in Caritas.

I dati utilizzati provengono tutti da fonti ufficiali e vengono validati da un Comitato Assicurazione Qualità Dati e Metodologie per quanto concerne correttezza metodologica e semplicità conoscitiva, con l'importante premessa di poterli utilizzare in maniera comparativa tra le regioni e in alcuni casi anche scendendo nel dettaglio provinciale o della singola Azienda Sanitaria Locale.

2.3 Principali evidenze

Nell'ultimo rapporto[8], in linea generale lo stato di salute degli italiani si mostra complessivamente buono, resta molto evidente invece la differenza tra macro aree geografiche, tra regioni e tra generi.

La tendenza della popolazione italiana è verso l'invecchiamento in tutte le regioni, nonostante il contributo di "ringiovanimento" dato dalla presenza delle popolazioni immigrate: ogni cinque persone, una ha più di 65 anni. Si evidenzia una generale ripresa della speranza di vita sia alla nascita che a 65 e a 75 anni.

L'analisi dei fattori di rischio e degli stili di vita mostra che c'è ancora molto da fare per fumo obesità, alcol ed alimentazione, ma si stanno ottenendo i primi risultati di pianificazioni strategiche di programmi mirati al miglioramento dello stato di salute attraverso attività di prevenzione.

L'area della morbosità delle malattie rileva un aumento delle malattie croniche.

La disabilità ha un impatto elevato sui bilanci familiari: un quinto dei consumi privati delle famiglie il sistema non riesce a fornire assistenza adeguata: l'80% delle famiglie con persone disabili non è assistita dai servizi pubblici a domicilio, la maggior parte di queste risiede al Sud.

In leggero aumento l'abortività spontanea e stabilizzazione dell'interruzione volontaria per gravidanza. Quest'ultima se analizzata per cittadinanza evidenzia come è in diminuzione tra le italiane e in aumento tra le straniere: più frequente per le donne nubili e giovani. La spiegazione di tale diminuzione generale è dovuta all'effetto dei programmi di prevenzione e dalle maggiori informazioni divulgate, considerando anche il maggior livello di istruzione delle donne.

I tassi di ospedalizzazione complessivi sono in lieve diminuzione (diminuzione dei ricoveri in regime ordinario e lieve aumento dei ricoveri in day hospital), in particolare per i ricoveri per acuti. In aumento i ricoveri in regime di riabilitazione e lungodegenza

Resta molto diverso il tasso di ospedalizzazione tra le regioni, soprattutto nelle fasce d'età: minore di 1 anno e maggiore di 75 anni, questo evidenzia una difficoltà di progettazione delle reti ospedaliere e dei servizi territoriali

Ottimi risultati per il sistema di tracciabilità del farmaco. L'Italia è tra i paesi europei più avanzati in questo campo: è capace di monitorare analiticamente e in tempo reale l'andamento dei consumi e della spesa farmaceutica

Forti differenze nell'utilizzo dei finanziamenti statali da parte delle regioni per costruire la rete di assistenza per le cure palliative e diversità non sempre chiare di offerta di servizi.

Estrema eterogeneità dei SSR rispetto alle performance economiche finanziarie, che restano comunque negative nell'insieme. Tutto ciò si riscontra attraverso l'analisi della spesa sanitaria, dei disavanzi, delle modalità di allocazione delle risorse e dei rating assegnati dalle agenzia internazionali alle singole regioni.

[8] AAVV - Rapporto Osservasalute 2007 – Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane Editore Prex S.p.A. Milano