

• 2016 •

REPORT 2016

LA SALUTE IN SARDEGNA

CENTRO STUDI LIFE
COLLETTIVO SANITARIO



Fondazione
di Sardegna



Centro Studi
Politiche della Salute

Indice

Indice	4
Introduzione	8
 Capitolo 1	 17
La salute in Sardegna nel Rapporto Osservasalute.....	17
Parte prima: salute e bisogni della popolazione	17
Invecchiamento della popolazione.....	17
Fecondità	18
Aspettativa di vita	18
Cause di morte	18
Fattori di rischio.....	21
Malattie cardio e cerebrovascolari	24
Malattie metaboliche: diabete mellito	25
Malattie oncologiche	26
Disabilità	28
Salute mentale e dipendenze.....	30
Suicidi	31
Salute materno-infantile	31
 Capitolo 2	 34
I Sistemi sanitari regionali e la qualità dei servizi nel rapporto Osservasalute	34
Parte seconda: assetto economico-finanziario	34
Spesa sanitaria pubblica corrente per funzione	34
Spesa sanitaria pubblica pro-capite	36
Disavanzo/avanzo sanitario pubblico pro capite	36
Assetto istituzionale-organizzativo.....	37
Tempi medi di pagamento delle strutture sanitarie pubbliche	37
Numero, superficie e popolazione delle Aziende sanitarie locali (Asl)	37
Spesa per il personale dipendente del Servizio sanitario nazionale.....	37
Assistenza territoriale	38
Tassi di ospedalizzazione potenzialmente evitabile.....	39
Assistenza farmaceutica territoriale	40
Spesa farmaceutica territoriale lorda pro capite a carico del Servizio Sanitario Nazionale	41
Assistenza ospedaliera	41
Ospedalizzazione in età pediatrica.....	43
Mobilità ospedaliera in età pediatrica.....	44
Trapianti	45
 Capitolo 3	 48
La salute in Sardegna nel Rapporto Oasi.....	48
1. La struttura e le attività del SSN.....	48

2. La spesa sanitaria	59
3. Gli erogatori privati accreditati: struttura e attività.....	61
4. I Consumi privati in sanità	67
5. Modifica dell'offerta ospedaliera	70
6. Attività libero professionale intramuraria (Alpi)	70
7. Assistenza specialistica ambulatoriale.....	72

Capitolo 4 75

La salute in Sardegna nel Rapporto OsMed L'uso dei farmaci in Italia75

1. Il Governo della spesa farmaceutica.....	75
2. Il governo dell'appropriatezza prescrittiva	76
3. Dati di spesa e consumo dei farmaci	79

Capitolo 5 99

La salute in Sardegna: confronto con Liguria, Friuli Venezia Giulia e Calabria99

Parte prima: salute della popolazione	99
1. Invecchiamento e aspettativa di vita	99
2. Diffusione malattie cardiache.....	101
3. Diffusione diabete mellito	101
4. Malattie oncologiche	102
Parte seconda: il sistema sanitario pubblico nelle quattro regioni campione.....	105
1. Struttura e attività del Servizio Sanitario Nazionale	105
2. Spesa sanitaria pubblica corrente per funzione	106
3. Spesa sanitaria pubblica pro-capite	107
4. Appropriatazza organizzativa	107
5. Disavanzo sanitario pubblico pro capite.....	108
6. Debiti finanziari e commerciali delle regioni relativi al settore sanitario.....	109
Parte terza: sistema sanitario privato.....	112
1. Struttura e attività degli erogatori privati accreditati.....	112
2. Assistenza ospedaliera privata accreditata	113
3. Attività di ricovero	113
4. Assistenza territoriale privata accreditata.....	114
5. Classi di attività degli erogatori privati accreditati.....	114
6. Modifica dell'offerta ospedaliera	115
7. Attività libero professionale intramuraria (Alpi)	116
8. Assistenza specialistica ambulatoriale.....	116
Parte quarta: assistenza farmaceutica	118
1. Assistenza farmaceutica territoriale	118
2. Spesa farmaceutica territoriale lorda pro-capite a carico del Servizio Sanitario Nazionale.....	118
3. Spesa e consumo dei farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche	119
4. Analisi della spesa farmaceutica pubblica e privata	120
5. Consumo e spesa relativi ai farmaci a brevetto scaduto	122
6. Consumo di farmaci a carico del cittadino	124

7. Assistenza farmaceutica ospedaliera e ambulatoriale	125
Parte quinta: sanità digitale	127
Stato di avanzamento dell'evoluzione digitale dei sistemi sanitari regionali.....	127

Introduzione

Il centro studi sulle politiche per la salute Life Sardegna nasce per promuovere dibattiti, ricerche, analisi e proposte sulla sanità, sul sociale e sull'ambiente nel territorio regionale, da un'idea di cittadini e professionisti del settore che intendono contribuire alla massima diffusione di informazioni e idee che possano contribuire alla crescita della coscienze e della qualità delle prestazioni della salute.

Il centro studi sulle politiche della salute Life Sardegna ha avviato, le sue prime iniziative, un sistema di valutazione delle prestazioni sanitarie erogate dal sistema pubblico e privato in Sardegna con le modalità utilizzate nel sistema turistico per valutare e costruire la reputazione di alberghi, b&b, ristoranti o anche semplici abitazioni scambiate ai fini turistici. chiaramente si riconosce che la valutazione di una prestazione sanitaria sia differente e per molti versi portatrice di una complessità che non può essere ridotta ad un voto, tuttavia, la qualità alberghiera, l'accoglienza, la presa in carico, così come il numero di prestazioni singolarmente intese, o il successo delle stesse possono essere invece oggetto di una seppur limitata valutazione. D'altronde molto spesso in Sardegna, come nel resto d'Italia peraltro, è molto spesso il passaparola ad indicare il percorso da intraprendere quando si è non del tutto soddisfatti della prestazione avuta nel percorso ordinario sino alla scelta di un professionista diverso per un consulto al quale si arriva per consigli o suggerimenti del tutto soggettivi. Il progetto ha dato come risultato un'app che è in fase di condivisione con le principali associazioni di pazienti per un periodo di beta test per poi essere introdotto nel sistema e proposta ai singoli reparti e servizi, pubblici e privati.

Con lo stesso spirito il centro studi sulle politiche per la salute Life Sardegna propone quest'anno per la prima volta un rapporto che si intende promuovere annualmente con l'obiettivo di rendere note e diffondere in maniera accorpata le tante, oggettive informazioni che arrivano dai più diversi centri di analisi delle politiche sanitarie in Italia e in Europa senza però una lettura integrata degli stessi, per ciò che riguarda i dati della Regione Sardegna.

Sono tre i rapporti analizzati in questa prima esperienza di rapporto annuale sulla salute in Sardegna: il rapporto Osservasalute 2016 realizzato dall'osservatorio delle regioni italiane e dalla Università Cattolica di Milano, il rapporto Oasi 2015 e il rapporto Osmed sui farmaci 2016.

Secondo il rapporto Osservasalute 2016 - si legge nella premessa - "il nostro Paese sta uscendo con molta difficoltà e lentezza dalla crisi economica, gli eventi di questi ultimi anni hanno reso evidente il fatto che tutte le conquiste in termini di benessere sociale ed economico non sono assicurate per sempre, ma vanno difese con la forza delle idee, gli strumenti della politica e conservate attraverso un atteggiamento proattivo da parte di tutti i cittadini e delle Istituzioni.

Lo spettro della crisi economica passata e i nuovi scenari introdotti dalla globalizzazione economica hanno fatto vacillare molte certezze, tra le quali la sostenibilità del welfare e, in particolare, del sistema sanitario pubblico, minato dalla scarsità di risorse economiche e da una gestione spesso inefficiente.

Il tema dell'efficienza della spesa e del razionamento della gestione è stato al centro di tutte le riforme attuate a partire dal 1992 e concluse con il federalismo fiscale del 2001. Le prime riforme hanno agito sul decentramento dell'organizzazione sanitaria, attraverso l'aziendalizzazione, delle Aziende Sanitarie Locali e degli ospedali, e l'introduzione della responsabilità dei bilanci in capo ai Direttori Generali. Il processo di decentramento si è perfezionato con la riforma in senso federale della sanità, in ossequio al principio della sussidiarietà presente nella Costituzione italiana. L'intento del legislatore è stato quello di avvicinare il governo del sistema al cittadino, attraverso il potere legislativo concorrente tra Stato e Regioni in materia di Sanità Pubblica, individuare i Livelli Essenziali di Assistenza da erogare su tutto il territorio italiano, stabilire la coerenza tra risorse economiche regionali (entrate tributarie) e spesa sanitaria e, infine, attivare il principio di solidarietà mediante un fondo di perequazione per riequilibrare i differenziali economici tra le Regioni.

A circa 15 anni di distanza dalla riforma sul federalismo fiscale può essere utile tracciare alcuni bilanci. È innegabile che il nostro Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ha ottenuto risultati lusinghieri e può vantare evidenti miglioramenti delle condizioni di salute della popolazione. Altrettanto innegabili sono i suoi fallimenti: non è stata risolta la "questione meridionale" e si sono acuiti i divari sociali.

Per citare solo alcuni numeri, nel 2015 la spesa sanitaria pro capite si attesta, mediamente, a 1.838€, è molto più elevata nella PA di Bolzano (2.255€) e decisamente inferiore nel Mezzogiorno, in particolare in Calabria i cui abitanti possono contare su 1.725€. Analizzando la dinamica di un indicatore di salute, quello della mortalità sotto i 70 anni di età, che unisce la sopravvivenza con l'efficacia delle cure, si osserva che i divari territoriali non solo sono persistenti, ma evidenziano un trend in crescita. Infatti, dal 1995 al 2013, rispetto al dato nazionale, si osserva che al Nord la mortalità sotto i 70 anni è in diminuzione in quasi tutte le regioni; nelle regioni del Centro si mantiene sotto il valore nazionale con un trend per lo più stazionario; nelle regioni del Mezzogiorno il trend rispetto al dato nazionale è in sensibile aumento, facendo perdere ai cittadini di questa area del Paese i guadagni maturati nell'immediato dopoguerra del secondo conflitto mondiale.

Infine, per quanto riguarda gli squilibri sociali, nel 2013 nella classe di età 25-44 anni la prevalenza di malati cronici ammonta a circa il 4%, scende al 3,4% tra i laureati e sale al 5,7% nella popolazione con il livello di istruzione più basso.

Il Rapporto Osservasalute contribuisce da anni al dibattito su questi temi, sollecitando l'attenzione su alcuni dei nodi principali, sui quali pensiamo si possa giocare il futuro, in particolare sulla capacità di mantenimento degli attuali livelli di salute della popolazione e sulla sostenibilità politica del SSN.

Alla stesura dei Capitoli del Rapporto hanno contribuito 180 Autori, che hanno coperto una crescente varietà di aspetti e problematiche. Il Rapporto è strutturato attraverso 90 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; 23 Box, focalizzati su alcune esperienze innovative sperimentate in alcune singole realtà; 3 Approfondimenti, in cui alcuni problemi prioritari vengono analizzati per prospettare possibili soluzioni e che sono pubblicati sul sito www.osservatoriosullasalute.it.

Le raccomandazioni di tutti i ricercatori e gli esperti che hanno contribuito alla stesura del volume sono finalizzate a migliorare, da un lato, la performance del sistema e non vanificare, dall'altro, tutti gli sforzi e i risultati ottenuti nel corso degli anni. Gran parte dei suggerimenti poggiano sulla constatazione, ormai più che consolidata, che l'invecchiamento della popolazione aumenterà inevitabilmente, la prevalenza delle condizioni morbose di lunga durata e favorirà, notevolmente negli anni, la complessità dei bisogni di assistenza socio-sanitaria della popolazione. A fronte di questa dinamica gli esperti auspicano il passaggio da una logica di tipo "prestazionale" ad una logica di "presa in carico" dell'individuo. In questa prospettiva sarà decisivo il ruolo dell'assistenza territoriale, da attuare attraverso l'implementazione di un efficace sistema basato sull'Assistenza Primaria.

Un altro fattore decisivo per il futuro della nostra salute pubblica, sottolineato dagli estensori del Rapporto, è rappresentato dalla prevenzione e la promozione di stili di vita salutari. Infatti, i dati di incidenza di alcune patologie tumorali mettono in evidenza alcune criticità e prospettano un quadro preoccupante per il futuro in assenza di politiche efficaci. Dal 2003 al 2013 si è osservato un sensibile aumento dei tumori legati a patologie prevenibili, questo fa comprendere quanta strada vada ancora fatta per incrementare l'efficacia della prevenzione, sia per migliorare le condizioni di salute generale sia per conservare quanto di buono è stato già fatto in passato.

Infine, un elemento di preoccupazione da non trascurare è legato alla sostenibilità politica del nostro SSN, poiché gli squilibri nell'allocazione delle risorse finanziarie e i persistenti divari sociali che lo caratterizzano non costituiscono solo un problema di natura esclusivamente etica. Un abbassamento della qualità dei servizi offerti potrebbe far vacillare il principio di solidarietà sul quale si è ispirato il nostro welfare, contrapponendo gli interesse delle fasce di popolazione insofferenti per la crescente pressione fiscale a quelli delle fasce sociali più deboli, che sperimentano peggiori condizioni di salute e difficoltà di accesso alle cure pubbliche.

Per questi motivi sarebbe auspicabile rivedere i criteri di esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria e di accesso alle cure e intensificare gli sforzi per combattere l'elevata evasione fiscale che attanaglia il nostro Paese e mina la sostenibilità dell'intero sistema di welfare state.

Il rapporto OASI pubblicato a gennaio 2016 cerca di individuare i principali trend evolutivi del SSN e del settore sanitario italiano, alla luce delle evidenze disponibili.

Lo sforzo di interpretazione complessiva sulle dinamiche del SSN è frutto di una discussione tra i docenti e ricercatori di SDA e CERGAS Bocconi che hanno contribuito all'elaborazione del Rapporto OASI 2015: a partire dalla presentazione e discussione dei risultati dei singoli capitoli, sono state sviluppate alcune chiavi di lettura sintetico-interpretative.

I principali trend evolutivi del SSN e del settore sanitario italiano sono raggruppati nei seguenti blocchi logici, che costituiscono anche i titoli dei paragrafi: le determinanti della sostenibilità del SSN; gli impatti sulle aziende di produzione sanitaria e sui bilanci; le reazioni dei policy maker regionali ; il management del SSN. La spesa sanitaria pubblica tra il 2009 e il 2014 ha registrato un aumento medio annuo pari ad appena lo 0,7%, consolidando un trend opposto al quinquennio precedente alla crisi economica (2003- 2008), quando i livelli di crescita erano attorno al 6% annuo. In una stagione di taglio della spesa pubblica accompagnata da politiche che cercano di salvaguardare la capacità di spesa delle famiglie, la sanità pubblica sarà sempre uno dei settori svantaggiati, soprattutto nel confronto con gli altri due grandi comparti di spesa pubblica, la scuola e la previdenza, che sono le principali alternative da cui si possono potenzialmente attingere risorse. Ragionando a lungo termine (1990-2014) la spesa per la sanità ha evidenziato un aumento medio annuo del 4,2%, la previdenza del 5,2% (cfr. capitolo 4 del Rapporto). La sanità, del resto, evidenzia un alto tasso di "esternalizzazione" della spesa pubblica: circa il 35% del fondo sanitario nazionale è destinato all'acquisto di prestazioni presso soggetti accreditati o convenzionati. Al contrario, le pensioni rappresentano immediato trasferimento monetario alle famiglie e la spesa per la scuola è quasi interamente costituita da stipendi. Dal punto di vista politico, risulta relativamente più sostenibile incidere sulle quote del fondo sanitario nazionale trasferite a terze economie, rispetto ad un possibile taglio degli stipendi pubblici o di ormai consolidati trasferimenti di liquidità alle famiglie. Sarebbe utile alla comprensione collettiva e alla rilevanza del dibattito porre la questione come appena esposta, ridimensionando la vacua retorica del "taglio agli sprechi".

Le politiche degli ultimi anni hanno generato alcune profonde trasformazioni nei processi produttivi, sia delle aziende pubbliche, sia delle aziende private accreditate. Il rigido blocco delle assunzioni, che nelle otto regioni in piano di rientro significa non sostituire neppure il fisiologico turn over per quiescenza, sommato alla

rilevante diminuzione di ogni forma contrattuale atipica o precaria ha generato molte conseguenze.

L'età media dei dipendenti del SSN è di circa 50 anni, in aumento di un anno ogni due anni. Il 62% dei MMG, nel 2012, aveva conseguito la laurea da 27 anni o più; tale percentuale, nel 1998, era pari al 12%. Pur in mancanza di dati solidi e strutturati, molte aziende sanitarie si trovano ad avere tra il 15 e il 30% dei dipendenti con mansioni ridotte e/o che beneficiano della legge 104, il che comporta una significativa riduzione del potenziale produttivo, oltre che il pericolo di un deterioramento complessivo del clima aziendale per i differenziali di produttività ottenibili dalle diverse categorie di lavoratori nella stessa azienda.

Il contenimento della spesa per il personale, in particolare con il blocco della dinamica stipendiale, ha determinato per la prima volta che la spesa per beni e servizi (33%) abbia superato quella del personale del SSN (31%), mostrando un sistema di aziende in cui la quota del “buy” è superiore a quella del “make”, anche per rispondere all'impossibilità di sostituire il turn over.

L'impossibilità per le aziende pubbliche del SSN di manovrare la leva del personale determina una lenta modifica del mix dei profili professionali nel SSN, senza che essa sia consapevolmente disegnata. L'età media dei medici è decisamente più alta di quella delle professioni sanitarie. Continuando la politica di blocco del turn over, progressivamente stiamo aggiustando implicitamente il rapporto tra il numero dei medici e il numero dei dipendenti delle professioni sanitarie a favore di questi ultimi, in controtendenza rispetto a un SSN che, nel confronto con gli altri paesi sviluppati, storicamente vedeva meno personale infermieristico rispetto ai medici attivi.

Nel quadro economico - finanziario presentato, i policy maker regionali sono perfettamente consapevoli che a fronte di risorse stabili e bisogni crescenti debbono riorganizzare i propri servizi sanitari, per cercare di contrastare l'alternativa inevitabile del razionamento dei servizi e la conseguente riduzione dei tassi di copertura quali o quantitativa dei bisogni.

La riorganizzazione è stata lanciata o implementata quasi contestualmente, nello spazio di 12 mesi, da Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Toscana, Veneto, Lazio e Piemonte, per citare le Regioni più rilevanti e con le iniziative di policy più marcate. Quali tipi di riorganizzazioni si sono decise, potendo distinguere tra innovazioni istituzionali, di strutture organizzative, di geografia dei servizi, di processi erogativi?

Le innovazioni decise sono quasi esclusivamente dei primi due tipi, ovvero quelle di natura “weberiana”, basate sull'ipotesi implicita che una modifica degli assetti istituzionali o delle strutture organizzative possa determinare un'evoluzione virtuosa dei processi produttivi ed erogativi. Deboli o assenti sono state le ultime due tipologie di innovazioni, quelle sulla geografia dei servizi o sulla trasformazione dei processi produttivi.

All'interno di questo quadro di grandi complessità al top management pubblico del SSN vengono oggi poste due sfide rilevanti.

Da un lato i manager devono ridisegnare le strutture organizzative con rilevanti tagli nel numero delle unità operative complesse e semplici e nel numero dei dipartimenti e dei distretti, sempre in tempi brevissimi (anche solo due/tre mesi). Non esiste infatti il tempo per studi analitici o riflessioni costi/benefici sulle diverse alternative possibili. Viene chiesto di agire alla luce dei dati immediatamente disponibili, dell'intuizione manageriale personale e dei vincoli posti dai regolatori regionali.

La seconda grande sfida è quella di gestire i processi di fusione aziendale, di trasformazione delle mission, di ripensamento di strategie di servizio più orizzontali e coerenti ai processi di cura delle malattie croniche. Anche questa sfida non è priva di ambivalenze per il ruolo del management: da un lato ci si aspetta processi di fusione rapidi; dall'altro, l'assenza di dibattito sulle finalità, sulle soluzioni, sulle strategie dei processi di fusione aziendale apre un grande spazio di autonomia e opportunità per il management. Queste opportunità sono in parte comprese dalle criticità sopra descritte (riburocratizzazione, precarietà dei mandati, delegittimazione istituzionale e salariale), dall'ansia di ottenere risparmi di breve periodo, dall'indisponibilità di risorse anche minime per gestire i processi di trasformazione istituzionale (formazione, consulenze, innesto di poche professionalità mirate). L'auspicio è che queste contraddizioni siano rese sempre più evidenti al policy maker, in modo che possa ridare agio ad un ruolo cruciale nel SSN, il top management, a cui assegniamo costantemente molte aspettative e molteplici compiti, ma a cui restringiamo sempre più il campo di gioco. Non servono necessariamente risorse finanziariamente aggiuntive, ma maggiori spazi di agibilità e legittimazione istituzionale.

La prima parte del Rapporto è finalizzata ad offrire un quadro di riferimento sul sistema sanitario e socio-sanitario italiano.

Il capitolo 2 analizza, in ottica comparativa, i sistemi sanitari dei principali Paesi dell'Unione Europea, del Nord America e del raggruppamento BRICs (Brasile, Russia, India e Cina). Attraverso la presentazione e discussione di una selezione di indicatori frequentemente utilizzati in letteratura e nell'analisi statistica, vengono esplorati quattro blocchi logici: spesa sanitaria, stato di salute della popolazione, struttura dell'offerta e bisogni di salute non soddisfatti.

Le evidenze emerse propongono diversi spunti di riflessione.

La crescita media della spesa sanitaria totale pro capite nell'ultimo triennio è prossima allo zero; Paesi con sistemi vicini al mercato mostrano un aumento della spesa su Pil maggiore di quelli con assicurazione pubblica o con servizio sanitario nazionale.

Ad ogni punto percentuale aggiuntivo di copertura pubblica della spesa sanitaria corrisponde una riduzione del 2,5% della mortalità negli adulti, mentre la mortalità è più elevata laddove la spesa out-of-pocket è maggiore.

La dotazione di posti letto è diminuita in tutti i Paesi; si nota una forte disomogeneità in termini di ripartizione dei posti letto tra acuti e long-term care.

Si riscontra una certa eterogeneità nell'accesso al medico di base, in parte spiegabile da fattori culturali e dalla presenza di diversi meccanismi di pagamento dei MMG (fee-for-service vs salario).

L'Italia è uno dei Paesi con la proporzione maggiore di parti cesarei, anche se si nota una progressiva diminuzione negli anni. Se si guarda invece ad un'altra proxy dell'appropriatezza delle prestazioni erogate, le ospedalizzazioni per condizioni croniche, l'Italia è il Paese con il tasso minore.

L'aumento dei bisogni sanitari insoddisfatti è particolarmente rilevante, soprattutto se si considera che il nostro è già tra i primi Paesi per percentuale di popolazione che si percepisce come undertreated. Il fenomeno riguarda più marcatamente le classi meno abbienti.

Il rapporto Osmed è promosso e realizzato dall'Aifa, l'agenzia Italiana per la farmacovigilanza e ha il compito di verificare il mantenimento della spesa sui farmaci in Italia, in stretto raccordo con le altre agenzie dei paesi europei.

Spesa farmaceutica totale in crescita dell'1,6% (pubblica e privata) pari a 29,4 miliardi di euro, di cui il 77,4% rimborsato dal Ssn, un aumento dovuto principalmente all'utilizzo dei nuovi farmaci contro l'epatite C cronica e dei farmaci oncologici, antibiotici ancora in salita e compartecipazione dei cittadini in lieve crescita. Sono i trend rilevati dal nuovo Rapporto Osmed 2016 sull'uso dei farmaci in Italia che sulla spesa farmaceutica ospedaliera 2016 presenta dati differenti in quanto non omogenei rispetto al monitoraggio della spesa farmaceutica nazionale e regionale appena pubblicati sul portale Aifa .

Il primo valore è la spesa per i farmaci utilizzati in ambito ospedaliero, pari a 3,4 mld, che tiene conto di «una rilevazione attraverso lo specifico flusso informativo delle unità posologiche dispensate» e un secondo numero pari a 6,48 mld (relativo alla spesa sostenuta da Asl, Ospedali, Ria e penitenziari) che rappresenta «la spesa ospedaliera nell'anno 2016, calcolata come la spesa rilevata dalle strutture sanitarie pubbliche al netto della distribuzione diretta di fascia A», valore in aumento del 3,3% rispetto al 2015.

Per il resto i trend sono quelli previsti: una spesa farmaceutica totale in crescita dell'1,6% (pubblica e privata) pari a 29,4 miliardi di euro, di cui il 77,4% rimborsato dal Ssn. Un aumento dovuto principalmente all'utilizzo dei nuovi farmaci ad azione antivirale diretta di seconda generazione (DAAs) per la cura dell'epatite C cronica e dei farmaci oncologici.

La territoriale pubblica è stata pari a 13,9 mld (circa 228,7 euro pro capite), con un aumento del 3,5% rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente. A fronte di una riduzione del -2,5% della farmaceutica convenzionata netta (con riduzioni in

termini di numero di ricette e confezioni, rispettivamente del -1,5% e del -1,2%), si registra un incremento del 13,9% della spesa per medicinali di classe A erogati in distribuzione diretta e per conto.

Sale ancora sebbene di poco l'incidenza della compartecipazione a carico del cittadino pari a circa 1,5 mld (comprensiva del ticket per confezione e della quota a carico del cittadino eccedente il prezzo di riferimento sui medicinali a brevetto scaduto, voce che sale più di tutte a +2,5%) che sulla spesa convenzionata lorda mostra un leggero aumento rispetto al 2015, passando dal 14,0% al 14,5% nel 2016. I farmaci a brevetto scaduto rappresentano il 56,1% della spesa convenzionata e il 2,1% della spesa per i farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche, costituendo complessivamente il 22,0% della spesa farmaceutica Ssn. La percentuale di spesa per i farmaci equivalenti (farmaci a base di principi attivi con brevetto scaduto, ad esclusione di quelli che hanno goduto di una copertura brevettuale) è stata pari al 6,2% del totale dei farmaci a brevetto scaduto. La distribuzione diretta e per conto è stata pari a 8,7 mld.

Il 2016 è stato un anno importante soprattutto per i grandi sforzi messi in atto per garantire l'accesso ai farmaci innovativi per i quali nel 2017 sono stati istituiti due fondi, uno per i farmaci innovativi oncologici e l'altro per i farmaci innovativi non oncologici, con uno stanziamento economico, ciascuno, di 500 milioni di euro. Il 2016 è stato un anno importante anche in termini di autorizzazioni di farmaci orfani: l'Agenzia europea dei medicinali (Ema) ha autorizzato ben 14 molecole con la qualifica di farmaco orfano e in Italia la spesa per i farmaci orfani, in crescita, rappresenta oltre il 6% della spesa Ssn, tra questi sono i farmaci antineoplastici quelli a maggior impatto. I dati del Rapporto confermano poi il valore dei registri di monitoraggio Aifa, uno strumento riconosciuto e apprezzato a livello internazionale in quanto efficace nella generazione di evidenze nella fase post-marketing e di promozione dell'appropriatezza prescrittiva. I registri e i piani terapeutici web based hanno consentito di raccogliere i dati relativi a 1,2 milioni di trattamenti e a circa 1 milione di pazienti.

I dati di questi rapporti nazionali sono stati rielaborati dai ricercatori locali per il coordinamento di redazione del rapporto Life, Nadia Commerci e Gianluca Chelo, per rilevare e metter in evidenza i dati relativi alla Sardegna.

Nell'ultimo capitolo invece ci si pone l'obiettivo di confrontare con i dati sardi quelli di alcune regioni che in termini di dimensione demografica e di complessità territoriale sono le più simili alla Sardegna.

Si tratta di regioni che hanno tra un milione e trecentomila e un milione e settecentomila abitanti, con complessità geografiche analoghe, dalla distanza dagli ospedali alla presenza di aree interne ed isolate sul piano delle connessioni stradali, e sono variabili sul piano dello sviluppo a partire da quella con il PIL più alto, il Friuli Venezia Giulia, a quello più basso, la Calabria, passando per quello intermedio della Liguria, solo leggermente superiore alla Sardegna.

UN confronto tra regioni che può essere utile per avere una scala più omogenea e oggettiva che non si il confronto con il solo dato medio Italiano o con i dati delle grandi regioni prime nella gestione della sanità in Italia, dalla Lombardia alla Emilia

Romagna passando per Veneto, Toscana e Piemonte. Standard irraggiungibili che rendono complesso un confronto reale e spingono talvolta alla rassegnazione o al vittimismo. Al contrario ci sono invece dati ed elementi che ci dimostrano come la Sardegna ha cultura e competenze che la fanno eccellere in alcuni campi come patologie peculiari che richiedono una grande e complesso lavoro in rete, per la ricerca e per l'assistenza.

BSL

Capitolo 1

La salute in Sardegna nel Rapporto Osservasalute

Il Rapporto Osservasalute viene pubblicato annualmente, a partire dal 2003, dall'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane. È suddiviso in due parti: la prima analizza lo stato di salute della popolazione, mentre la seconda valuta la qualità dei servizi offerti dai Sistemi Sanitari Regionali.

Parte prima: salute e bisogni della popolazione

Invecchiamento della popolazione

Il Rapporto evidenzia che gli anziani sardi di età compresa tra 65 e 74 anni sono superiori alla media nazionale, mentre quelli appartenenti alle fasce di età 75-84 e over 85 sono al di sotto del dato medio italiano.

Nel dettaglio, in Italia gli anziani di età compresa tra 65 e 74 anni (definiti nel Rapporto "giovani anziani") sono oltre 6,5 milioni (6.523.600), pari al 10,7% della popolazione residente. In Sardegna il numero raggiunge i 186.700, pari all'11,2% della popolazione.

Gli italiani di 75-84 anni (denominati "anziani") sono 4.765.000 e rappresentano il 7,8% del totale della popolazione. In Sardegna sono 123.500 e rappresentano il 7,4% della popolazione.

Infine, i cosiddetti "grandi vecchi", che hanno più di 85 anni, sono quasi 2 milioni (1.930.400 unità), e corrisponde al 3,2% della popolazione. In Sardegna il numero

di over 85 è di 48.800 persone, una percentuale corrispondente al 2,9% dei residenti.

Fecondità

La Sardegna rappresenta una delle regioni meno prolifiche d'Italia. Nello specifico, nel 2015 il numero medio di figli per donna (Tft) è di 1,39 a livello nazionale (italiane: 1,29 e straniere: 2,10). Nella Regione il dato si ferma a 1,11 figli per donna in età feconda, e si abbassa ulteriormente a 1,08 Tft se si prendono in considerazione solo le donne sarde. Il valore viene, infatti, sollevato dalle donne straniere (1,85 Tft).

La Sardegna rappresenta anche la regione in cui l'età media delle madri al parto risulta più alta. Si attesta, infatti, a 32,4 anni, mentre la media nazionale è di 31,5 anni (italiane: 32,1 e straniere: 28,6). Anche in questo caso il dato è compensato dal contributo delle donne straniere: l'età media delle sarde è di 32,6, mentre quella delle straniere è di 28,7.

Aspettativa di vita

Nel 2014, la speranza di vita alla nascita in Italia è pari a 80,3 anni per gli uomini e a 85 anni per le donne. Il dato evidenzia un aumento della durata della vita più alto per gli uomini, che in 5 anni (dal 2010 al 2014) hanno guadagnato 1 anno, mentre le donne hanno guadagnato 0,7 anni. Tuttavia, l'aspettativa di vita risulta ancora superiore per le donne.

I dati registrati in Sardegna mostrano valori leggermente al di sotto della media nazionale per gli uomini e lievemente al di sopra per le donne. Nel dettaglio, la speranza di vita alla nascita per gli uomini è passata da 78,8 anni nel 2010 a 79,7 anni nel 2014. Ha, quindi, registrato un aumento di 0,9 anni. Quella delle donne è passata da 84,8 anni nel 2010 a 85,3 anni nel 2014, mostrando un aumento di 0,5 anni.

Per quanto riguarda la speranza di vita a partire dai 65 anni, sia gli uomini che le donne sarde vivono di più rispetto alla media nazionale. All'età di 65 anni, nel 2014 gli italiani maschi hanno ancora 18,9 anni di vita, mentre i sardi ne hanno a disposizione 19,1. Le sessantacinquenni italiane possono sperare di vivere altri 22,3 anni, mentre le over 65 sarde altri 22,7 anni.

Cause di morte

Nel 2012 i decessi in Italia sono stati 613.520, di cui circa il 65% è stato causato dalle quindici cause di morte più frequenti. In Sardegna le 15 principali cause di morte hanno provocato in totale 10.005 decessi (5.026 fra gli uomini e 4.979 fra le donne). Ecco le 15 principali cause di decesso in Italia:

- a. In cima alla graduatoria si collocano le malattie ischemiche del cuore, responsabili da sole di 75.098 morti (poco più del 12% del totale). Rappresentano la prima causa di morte anche per gli uomini sardi, fra i quali nel

2012 hanno provocato 876 decessi, l'11,70% del totale. Invece nella popolazione femminile sarda rappresentano la seconda causa di morte: nel 2012 hanno causato la morte di 675 donne, pari al 5,58% dei decessi.

- b. A livello nazionale, al secondo posto si trovano le patologie cerebrovascolari, responsabili di 61.255 morti, pari a quasi il 10% del totale. Per le donne sarde, invece, rappresentano la prima causa di morte: nel 2012 hanno provocato 765 morti, il 6,18% del totale. Anche i dati relativi alla popolazione maschile si discostano da quelli nazionali: per gli uomini sardi le malattie cerebrovascolari rappresentano infatti la terza causa di morte. Nel 2012 hanno causato 610 decessi, l'8,39% del totale.
- c. In terza posizione si trovano le altre malattie del cuore non di origine ischemica, che nel 2012 hanno fatto 48.384 vittime, pari a circa l'8%. Anche per le donne sarde rappresentano la terza causa di decesso: nel 2012 hanno determinato 638 morti, il 5,16% del totale. Con 510 decessi, pari al 6,94% del totale, queste patologie rappresentano invece la quarta causa di morte tra gli uomini sardi.
- d. I tumori maligni di trachea, bronchi e polmone rappresentano la causa di morte oncologica più frequente e la quarta causa in assoluto per numero di decessi: 33.538 morti, pari a circa il 6% del totale. Per gli uomini sardi rappresentano invece la seconda causa di morte: nel 2012 hanno causato 691 decessi, pari all'8,66%. Si discosta molto il dato relativo alla popolazione femminile: per le donne sarde si attestano al decimo posto in classifica, con 151 morti (1,47% del totale).
- e. In quinta posizione si attestano le malattie di origine ipertensiva, con 31.247 decessi (circa il 5% del totale). Rappresentano invece la quarta causa di morte per le donne sarde, con 469 decessi (3,70%), e la sesta per gli uomini sardi, con 264 morti (3,75%).
- f. Al sesto posto si trovano i decessi causati da demenza e malattia di Alzheimer, disturbi che continuano a diffondersi in concomitanza con l'invecchiamento della popolazione. A livello nazionale hanno provocato 2.559 morti, poco più del 4% del totale. Con 602 decessi (4,70%), queste patologie rappresentano la quinta causa di morte tra le donne sarde, mentre tra gli uomini sardi si attestano al nono posto: nel 2012 hanno causato 300 morti (4,27%).
- g. Le malattie croniche delle basse vie respiratorie, con 21.841 decessi, si classificano al settimo posto. Per gli uomini sardi, però, sono più alte in graduatoria: occupano il quinto posto, con 336 decessi (4,64%). Tra le donne sarde, invece, occupano la nona posizione, con 188 morti (1,53%).
- h. All'ottavo posto per gli italiani in generale e per i maschi sardi si trova il diabete mellito, che nel 2012 ha causato 21.536 decessi fra la popolazione italiana e

205 fra gli uomini sardi (2,72%). Per le donne sarde, invece, rappresenta la sesta causa di morte con 277 decessi (pari al 2,33% del totale).

- i. In nona posizione si classifica il tumore maligno del colon-retto, che nel 2012 ha causato 19.202 morti. Per gli uomini e le donne sarde occupa un posto più alto in graduatoria: è l'ottava causa di morte tra le femmine, con 232 decessi (2,12%), e la settima per i maschi, con 322 morti (4,10%).
- j. Con 12.137 decessi, il tumore maligno al seno occupa la decima posizione nella classifica nazionale, anche se riguarda prevalentemente la mortalità femminile. Tra le donne sarde rappresenta la settima causa di morte: nel 2012 ha causato 375 decessi (il 3,69% del totale).
- k. In undicesima posizione si trova il tumore maligno al pancreas, che nel 2012 ha causato 10.722 decessi. Con 152 morti (1,46%) risulta undicesimo anche tra le cause di morte per le donne sarde. Per gli uomini sardi, invece, si classifica tredicesimo, con 159 decessi (2,01%).
- l. Il tumore maligno a fegato e ai dotti biliari intraepatici occupa la 12° posizione con 10.116 morti. Rappresenta l'undicesima causa di morte tra gli uomini sardi con 201 morti (2,47%), mentre non rientra tra le prime 15 cause di morte per le donne sarde.
- m. Le malattie del rene e dell'uretere occupano la tredicesima posizione con 10.112 decessi. Per gli uomini sardi sono al quattordicesimo posto con 116 morti (1,60%), mentre per le donne sarde al dodicesimo posto, con 163 decessi (1,33%).
- n. In quattordicesima posizione si trova il tumore maligno allo stomaco, che nel 2012 ha causato 10.000. Occupa il 14° posto in classifica, con 65 morti (0,59%) nel 2012, anche per le donne sarde. Rappresenta, invece, la dodicesima causa di morte per gli uomini sardi, con 108 decessi (1,35%).
- o. L'ultima posizione, con 9.734 decessi, è occupata da influenza e polmonite. Le patologie rappresentano la quindicesima posizione anche per gli uomini sardi, con 100 decessi (1,41%). Per le donne sarde, invece, occupano il tredicesimo posto in classifica, con 121 morti (1%).

Tabella 1 - Graduatoria delle quindici principali cause di morte (valori assoluti per 10.000 e percentuale) – Anno 2012

Cause di morte	Italia			Uomini			Donne		
	Posizione in classifica	Decessi	Valore approssimativo	Pos	Dec	Val	Pos	Dec	Val
Malattie ischemiche del cuore	1	75.098	12	1	876	11,7	2	675	5,58
Patologie cerebrovascolari	2	61.255	10	3	610	8,39	1	765	6,18

Cause di morte	Italia			Uomini			Donne		
Altre malattie del cuore non di origine ischemica	3	48.284	8	4	510	6,94	3	638	5,16
Tumori maligni di trachea, bronchi e polmone	4	33.538	6	2	691	8,66	10	151	1,47
Malattie ipertensive	5	31.247	5	6	264	3,75	4	469	3,7
Demenza e malattia di Alzheimer	6	2.559	4	9	300	4,27	5	602	4,7
Malattie croniche delle basse vie respiratorie	7	21.841	tra 2 e 3	5	336	4,64	9	188	1,53
Diabete mellito	8	21.536	tra 2 e 3	8	205	2,72	6	277	2,33
Tumori maligni del colon, del retto e dell'ano	9	19.202	tra 2 e 3	7	322	4,1	8	232	2,12
Tumore maligno seno	10	12.137	tra 2 e 3				7	375	3,69
Tumore maligno pancreas	11	10.722	tra 2 e 3	13	159	2,01	11	152	1,46
Tumore maligno fegato e dotti biliari intraepatici	12	10.116	tra 2 e 3	11	201	2,47			
Malattie del rene e dell'uretere	13	10.112	tra 2 e 3	14	116	1,6	12	163	1,33
Tumore maligno stomaco	14	10.000	tra 2 e 3	12	108	1,35	14	65	0,59
Influenza e polmonite	15	9.734	tra 2 e 3	15	100	1,41	13	121	1
Tumore maligno prostata				10	228	3,14			
Tumori non maligni							15	106	0,91

Fattori di rischio

La principale causa di morte nel mondo è rappresentata dalle malattie croniche non trasmissibili (MNT): malattie cardiovascolari, cancro, malattie polmonari croniche e diabete. Lo sviluppo di queste patologie è favorito da abitudini scorrette, come l'eccessivo consumo di alcol, il fumo, l'alimentazione scorretta e l'inattività.

a. Fumo

Nel 2014 in Italia i fumatori sono poco meno di 6 milioni e 200 mila tra gli uomini e poco più di 4 milioni tra le donne. Si tratta del 19,5% della popolazione italiana di età pari o superiore a 14 anni. La percentuale dei fumatori sardi è leggermente superiore: si attesta al 20,1%. Gli ex fumatori sardi sono meno di quelli italiani: il 17,5% contro il 22,6% del valore nazionale. I non fumatori sardi (61,3%), invece, superano la media nazionale (pari al 56,4%) di quasi cinque punti percentuali.

b. Alcol

Secondo l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) i consumatori a rischio sono gli uomini che superano il consumo giornaliero di due Unità Alcoliche (UA=12 grammi di alcol puro) e le donne che superano l'assunzione quotidiana di una UA, indipendentemente dal tipo di alcolico bevuto. L'analisi nazionale ha evidenziato che nel 2014 in Italia la prevalenza dei consumatori a rischio è pari al 22,7% per gli uomini e all'8,2% per le donne. In Sardegna, la prevalenza tra gli uomini supera il dato nazionale attestandosi a 29%. Entrando nello specifico, nella fascia d'età compresa tra 11 e 17 anni i sardi di entrambi i generi superano la percentuale nazionale: i consumatori a rischio tra i maschi sono il 27,2% (contro il 21,5% della media nazionale), mentre tra le femmine sono il 20,9% (contro il 17% della media nazionale). Questo dato si riscontra anche nella fascia d'età compresa tra 18 e 64 anni. In questo caso la differenza rispetto al dato nazionale (18,3%) è più rilevante per gli uomini, tra i quali il 26,9% rientra fra i consumatori a rischio. Le donne, invece, superano la media italiana soltanto dell'1,5% (8,8% rispetto a 7,3%). La situazione cambia quando si prende in considerazione la fascia d'età compresa tra 65 e 74 anni. In questo caso il numero dei consumatori a rischio resta al di sotto della media nazionale in entrambi i generi, soprattutto in quello femminile. Tra gli over 65 maschi, infatti, i consumatori a rischio sono il 36,8% (rispetto a una media nazionale del 38%), mentre tra le donne soltanto il 3,4% (rispetto a una media nazionale dell'8,1%).

Tabella 2 – Prevalenza (valori percentuali) di consumatori a rischio nella popolazione di età 11-17, 18-64 e 65-74 anni in Italia e in

	Fascia età 11-17			Fascia d'età 18-64			Fascia d'età 65-74		
	U	D	T	U	D	T	U	D	T
Sardegna	27,2	20,9	24,3	26,9	8,8	17,9	36,8	3,4	18
Italia	21,5	17	19,4	18,3	7,3	12,7	38	8,1	21

c. Alimentazione

L'indagine evidenzia che la popolazione sarda tendenzialmente segue un regime alimentare corretto. Lo dimostra l'analisi del consumo giornaliero di Verdura, Ortaggi e Frutta (VOF) da parte delle persone di età pari o superiore a 3 anni. Secondo le "Linee Guida per una sana alimentazione italiana" pubblicate nel 2003 dall'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (INRAN), occorre consumare almeno cinque porzioni al giorno di questi alimenti per restare in buona salute.

Rispetto alla media nazionale, i sardi mangiano un po' meno verdura (lo fa quotidianamente il 51,9% della popolazione sarda, rispetto a una media nazionale del 52,1%), ma consumano più ortaggi (li mangia tutti i giorni il 50,1% dei sardi, rispetto al 45,5% degli italiani) e frutta (che viene consumata giornalmente dal

74,4% dei sardi, rispetto al 73,6% degli italiani). Inoltre, il 76,6% dei sardi consuma ogni giorno da 2 a 4 porzioni di Verdura, Ortaggi e Frutta, contro il 76,4% della media nazionale. Infine, il 5,7% della popolazione sarda mangia VOF cinque volte al giorno, mentre la media nazionale si ferma al 4,9%.

Per quanto riguarda gli altri alimenti, il consumo da parte dei sardi supera quello nazionale quando si tratta di formaggi (26,6% rispetto al dato nazionale del 21%) e di carne di maiale (52,4% rispetto al 43,9%). Rispetto alla media italiana, i sardi mangiano meno salumi (54,1% rispetto al 59,1%) e snack (23% contro il 26,5%). Questo dato positivo viene controbilanciato da un minore consumo di pesce (48,1% rispetto alla media nazionale di 56,7%) e di carni bianche (76,1% contro il dato italiano di 81,4%).

d. Obesità e sovrappeso

La percentuale di persone di età pari o superiore a 18 anni affette da sovrappeso in Sardegna è fra le più basse d'Italia. Bene anche quella dei soggetti obesi, che risulta inferiore alla media nazionale. I sardi in sovrappeso sono infatti il 32,6% rispetto al 36,2% degli italiani, mentre i sardi obesi sono il 9,5%, rispetto al 10,2% degli italiani.

Risulta più bassa della media nazionale anche la percentuale di bambini sardi di età compresa tra 8 e 9 anni in sovrappeso (18,6% rispetto alla media italiana del 20,9%), obesi (5,5% contro il 7,6%) e gravemente obesi (1,8% contro il 2,2%).

e. Attività fisica

Nel 2014 il 31,6% della popolazione italiana di età pari e superiore a 3 anni - circa 18 milioni e 500 mila - ha affermato di praticare uno o più sport nel tempo libero. In Sardegna la percentuale è leggermente inferiore: il 30,8% dei sardi ha dichiarato di svolgere attività sportiva in modo continuativo o saltuario. Il 37,1% invece ha affermato di non svolgere nessun esercizio fisico (rispetto a una media nazionale del 39,9%).

f. Ambiente: produzione e raccolta di rifiuti

Nel 2014 la produzione italiana di rifiuti solidi urbani ha raggiunto circa 29,7 milioni di tonnellate. Quella sarda ammonta a 725,024 tonnellate. La produzione pro-capite in Sardegna si attesta a 436 kg/ab (chilogrammi per abitante), che rappresenta il 2,4% di tutti i rifiuti prodotti in Italia.

Per quanto riguarda la raccolta differenziata, la Sardegna viene definita come la "regione più virtuosa del Mezzogiorno", perché rispetto alla maggior parte delle altre regioni centro-meridionali presta maggiore attenzione all'ambiente. Nel 2014 nell'isola la percentuale di raccolta differenziata sui rifiuti solidi urbani prodotti si attesta al 53%, con un valore pro-capite annuo di 231 kg/abitante, mentre a livello nazionale questa percentuale si ferma al 45,2%, e il valore pro-capite annuo è pari a 220,5 kg/ab.

Malattie cardio e cerebrovascolari

Le malattie cardio e cerebrovascolari rientrano tra le principali cause di morbosità, invalidità e mortalità. Comprendono le più frequenti patologie di origine arteriosclerotica: le malattie ischemiche del cuore (infarto acuto del miocardio e angina pectoris) e le malattie cerebrovascolari (ictus ischemico ed emorragico). Oltre a influenzare negativamente la qualità della vita di chi sopravvive a una forma acuta, che diventa un malato cronico, hanno notevoli ripercussioni sui costi economici e sociali che la società deve affrontare.

Per valutarne la diffusione, il Rapporto utilizza come indicatore il tasso di ospedalizzazione (numero di dimissioni ospedaliere su popolazione residente per 100.000) in regime di Ricovero Ordinario (esclusi, quindi, i Day Hospital), osservato dal 2011 al 2014 nella popolazione di età superiore ai 25 anni.

Malattie ischemiche del cuore

A livello nazionale, i tassi di ospedalizzazione degli uomini sono oltre il doppio di quelli delle donne. Nel 2014 i ricoveri degli uomini per infarto acuto sono stati 374,5 ogni 100 mila maschi adulti, mentre quelli delle donne sono stati 150,9 ogni 100 mila femmine. Per le altre forme acute e subacute d'ischemia cardiaca, i ricoveri maschili sono stati 521,8 ogni 100 mila uomini, mentre quelli femminili sono stati 200,6 ogni 100 mila donne. Infine, i ricoveri degli uomini per le malattie ischemiche nel loro complesso sono stati pari a 892,4 ogni 100.000, mentre quelli delle donne 315,2 ogni 100.000.

In Sardegna il tasso di diffusione di queste malattie è più basso della media nazionale, ma anche nella Regione risulta più elevato nel genere maschile piuttosto che in quello femminile. Inoltre, per entrambi i sessi è diminuito rispetto al 2011. Nello specifico, i ricoveri degli uomini per infarto acuto sono stati 310,6 ogni 100 mila maschi adulti (nel 2011 erano 336,6 per 100.000), mentre quelli delle donne sono stati 136,5 ogni 100 mila femmine (nel 2011 erano 141,1 per 100.000). Per le altre forme acute e subacute d'ischemia cardiaca, i ricoveri maschili sono stati 406,2 ogni 100 mila uomini (nel 2011 erano 469,3 per 100.000), mentre quelli femminili sono stati 175,6 ogni 100 mila donne (nel 2011 erano 192,8 per 100.000). Infine, i ricoveri degli uomini per le malattie ischemiche nel loro complesso sono stati a 634,1 ogni 100.000 (nel 2011 erano 733,3 per 100.000), mentre quelli delle donne 245,4 ogni 100.000 (nel 2011 erano 288,1).

Il numero degli uomini, di età pari o superiore a 45 anni, deceduti a causa delle malattie ischemiche del cuore è due volte maggiore di quello delle donne. Nel 2012 in Italia sono stati registrati 13,32 decessi (per 10.000) fra gli uomini e 7,33 decessi (per 10.000) fra le donne. La Sardegna si contraddistingue come la regione in cui si registra il tasso più basso di mortalità tra le donne, che si ferma a 5,52 decessi per 10.000. Risulta inferiore alla media nazionale anche il valore registrato tra i maschi, pari a 11,11 per 10.000.

Malattie cerebrovascolari

Nel 2014, in Italia il tasso di ospedalizzazione per le malattie cerebrovascolari degli uomini, con un valore di 669,7 per 100 mila abitanti, è superiore del 35,5% a quello delle donne (494,3 per 100 mila abitanti). In particolare, il tasso maschile di ospedalizzazione per l'ictus ischemico (391,8 per 100.000 abitanti) è maggiore del 19,3% rispetto a quello femminile (328,4 per 100.000 abitanti). La differenza risulta ancor più marcata in relazione all'ictus emorragico: in questo caso il tasso di ospedalizzazione degli uomini (pari a 95,5 per 100 mila) supera del 49,9% quello delle donne (63,7 per 100 mila).

I valori registrati in Sardegna sono inferiori a quelli nazionali, tranne nel caso dell'ictus emorragico negli uomini. Va anche osservato che, come avviene a livello nazionale, nella Regione le malattie cerebrovascolari sono più diffuse nel sesso maschile che in quello femminile. Nello specifico, il tasso di ospedalizzazione per le malattie cerebrovascolari è pari a 611,8 per 100 mila abitanti per gli uomini e a 443,6 per 100 mila per le donne. Il tasso maschile di ospedalizzazione per l'ictus ischemico è di 389,1 per 100.000, mentre quello femminile è di 314,3 per 100.000 abitanti. Infine, il tasso relativo all'ictus emorragico è pari a 99,2 per 100 mila (quindi superiore alla media italiana), mentre per le donne si ferma a 55,6 per 100 mila.

Malattie metaboliche: diabete mellito

In Italia, negli ultimi 20 anni, la prevalenza del diabete mellito è aumentata di circa il 60% e, attualmente, si ritiene ne sia affetto il 5,8% della popolazione. Confrontando il tasso di dimissioni ospedaliere dei pazienti affetti dalla patologia, emerge che i diabetici sardi di entrambi i sessi sono più numerosi della media nazionale.

Nel 2014, in Sardegna il tasso di diabetici è pari a 73,36 per 10.000 abitanti (90,44 per 10.000 abitanti per gli uomini e 59,34 per 10.000 abitanti per le donne), mentre a livello nazionale si ferma a 66,94 per 10.000 abitanti (83,35 per gli uomini e 53,63 per le donne). Tuttavia, rispetto al 2012 si è registrato un miglioramento. Due anni prima, infatti, il tasso dei sardi diabetici era pari a 81,01 per 10.000 abitanti (98,43 per gli uomini e 66,59 per le donne). Anche nel 2012 risultava superiore a quello italiano, che all'epoca era pari a 76,97 per 10.000 abitanti (94,57 per gli uomini e 62,59 per le donne).

Mortalità per diabete mellito

A livello nazionale, nel 2012 il tasso di mortalità per diabete mellito è di 3,24 ogni 10.000 uomini per i maschi e di 2,57 ogni 10.000 donne per le femmine. In questo caso il valore risulta più basso in Sardegna: è pari a 2,60 ogni 10.000 maschi per gli uomini e a 2,32 ogni 10.000 donne per le femmine.

Amputazione all'arto inferiore nelle persone con diabete

Il “piede diabetico” è una delle principali complicanze croniche del diabete mellito e rappresenta la causa più frequente di amputazione degli arti inferiori nella popolazione. L'analisi del tasso di dimissioni ospedaliere per amputazione all'arto inferiore nelle persone con o senza diabete, relativo al 2013, dimostra che il valore registrato in Sardegna risulta inferiore alla media nazionale per le persone con diabete e per le donne senza diabete, mentre supera il dato nazionale per gli uomini senza diabete.

Tabella 3 - Tasso (standardizzato per 100.000) di dimissioni ospedaliere per amputazione all'arto inferiore nelle persone con o senza diabete per genere - Anno 2013

	Persone con diabete			
	M	F	M	F
Sardegna	25,5	5,5	17,7	6
Italia	27,5	8,9	14,5	6,5

Tasso di dimissioni ospedaliere per complicanze a breve termine

Nel 2013 il tasso di ospedalizzazione delle persone affette da diabete per una complicanza a breve termine è pari a 24,1 ogni 100.000 diabetici, in diminuzione rispetto all'anno precedente, quando raggiungeva 27,2 per 100.000. In Sardegna il tasso non solo risulta superiore alla media nazionale, attestandosi nel 2013 a 31,9 per 100.000, ma appare in aumento rispetto al 2012, quando si fermava a 29 per 100.000.

Malattie oncologiche

Il Rapporto analizza l'incidenza (il numero dei nuovi casi di cancro registrati in una determinata popolazione in un periodo di tempo definito) e la prevalenza (la percentuale di popolazione a cui è stato diagnosticato un carcinoma nel corso della vita) dei tumori più frequenti: colon-retto, mammella e prostata. Dall'indagine emerge che in Sardegna il rischio di ammalarsi di cancro colon-retto e alla prostata è generalmente più basso rispetto alla media italiana. Tuttavia, l'isola rientra tra le regioni con incidenza più elevata di carcinoma alla mammella, anche se la prevalenza resta al di sotto della media nazionale.

Tumore del colon-retto

Per quanto riguarda la popolazione femminile, nel 2014 l'incidenza del tumore del colon-retto stimata in Italia è di 37,96 per 100.000 persone/anno, corrispondente a 25.373 nuovi casi l'anno. La Sardegna è la regione con il tasso d'incidenza più basso: 29,13 per 100.000, pari a 536 nuovi casi. Positivo anche il dato relativo alla prevalenza di questa forma di cancro, che risulta tra le più basse d'Italia, con un tasso di 202,50 per 100.000 persone. Il dato nazionale, invece, è di 279,72 per 100.000.

Per quanto riguarda gli uomini, il tasso d'incidenza nazionale si attesta a 70,19 per 100.000 persone/anno, corrispondente a 34.502 nuovi casi. In Sardegna, il valore è superiore alla media italiana: con 981 nuovi casi, raggiunge i 72,13 per 100.000 persone/anno. Tuttavia, il dato relativo alla prevalenza, pari a 372,07 per 100.000, risulta inferiore a quello nazionale, che corrisponde a 742,11 per 100.000 uomini.

Carcinoma alla mammella

Si tratta del tumore più diffuso nella popolazione femminile. Nel 2014 in Italia sono state registrate 55.345 nuove diagnosi, pari a un'incidenza di 117,26 nuovi casi annui ogni 100.000 donne. In questo caso la Sardegna rientra tra le regioni con incidenza più elevata: i nuovi casi sono stati 1.693, corrispondenti a 132,80 per 100.000 donne/anno. La prevalenza, invece, con un valore di 1.307,29 per 100.000 donne, resta al di sotto della media nazionale, pari a 1.342,91 per 100.000.

Tumore della prostata

Rappresenta il tumore più diffuso nella popolazione maschile. Nel 2014 in Italia sono state registrate 43.885 nuove diagnosi, pari a 88,99 nuovi casi l'anno ogni 100.000 uomini. In Sardegna il rischio di ammalarsi di tumore prostatico è tra i più bassi d'Italia: le nuove diagnosi sono state 659, pari a un'incidenza di 45,70 nuovi casi ogni 100.000 uomini/anno. Questo dato è confermato anche dalla prevalenza di questa malattia, che nella Regione di ferma a 343,12 per 100.000 uomini, mentre a livello nazionale è pari a 663,64 per 100.000.

La tabella 4 che segue mostra la stima di incidenza e prevalenza per tumore del colon-retto, della mammella e della prostata: nuovi casi (valori assoluti), tasso standardizzato (per 100.000 persone/anno) e proporzione (standardizzata per 100.000 persone) relativi all'anno 2014.

Tabella 4 - Stima di incidenza e prevalenza per tumore del colon-retto, della mammella e della prostata.

Colon retto						
	New	Inc	Prev	New	Inc	Prev
	Uomini			Donne		
Sardegna	981	72,13	372,07	536	29,13	202,5
Italia	34502	70,19	742,11	25373	37,96	279,72
	Mammella			Prostata		
	New	Inc	Prev	New	Inc	Prev

Colon retto						
	New	Inc	Prev	New	Inc	Prev
Sardegna	1693	132,8	1307,29	659	45,7	343,12
Italia	55345	117,26	1342,91	43885	88,99	663,64

Disabilità

Viene definita disabile una persona affetta da una limitazione funzionale, che le impedisce di svolgere almeno una delle funzioni essenziali della vita quotidiana. A livello nazionale, l'analisi dello stato di salute fisico e psicologico delle persone di età superiore ai 13 anni con o senza limitazioni funzionali, evidenzia differenze significative. Nello specifico, gli indici di stato fisico e psicologico dei disabili corrispondono, rispettivamente, a 30,2 e 39,9, mentre quelli delle persone senza limitazioni funzionali a 52 e 49,5.

La Sardegna, con un punteggio di 27,4, presenta l'indice di stato fisico più basso d'Italia per le persone disabili. Tuttavia, rientra tra le regioni in cui l'indice di stato psicologico delle persone con limitazioni funzionali è più alto e supera la media nazionale (42,1).

La Tabella 5 che segue mostra il punteggio medio standardizzato dell'indice di stato fisico e dell'indice di stato psicologico delle persone di età pari e superiore a 14 anni senza o con limitazioni funzionali. I dati sono relativi all'anno 2013.

	Senza limitazioni funzionali		Con limitazioni funzionali	
	Indice di stato fisico	Indice di stato psicologico	Indice di stato fisico	Indice di stato psicologico
Sardegna	51,3	49,8	27,4	42,1
Italia	52	49,5	30,2	39,9

Disabili che accedono alla vaccinazione antinfluenzale

A livello nazionale, circa i due terzi delle persone con limitazioni funzionali di età pari o superiore a 65 anni, accedono alla vaccinazione antinfluenzale. Nel dettaglio, lo fa il 64,9% degli uomini e il 60,7% delle donne. Invece, solo un disabile su quattro di età compresa tra i 6 e 64 anni si vaccina (uomini: 24%; donne: 24,5%).

In Sardegna si registra uno dei valori più bassi tra le donne con limitazioni funzionali di 65 anni ed oltre che scelgono di vaccinarsi (55,4%), mentre negli altri casi il dato supera la media nazionale.

La tabella 6 che segue mostra il quoziente standardizzato (valori per 100 persone con le stesse caratteristiche) di persone con limitazioni funzionali che accedono alla vaccinazione antinfluenzale per genere e classe di età riattivi all'anno 2013.

Tabella 6 - accesso alla vaccinazione di persone con limitazioni funzionali

	M 6-64	M 65+	F 6-64	F 65+
Sardegna	28,9	65,4	30,3	55,4
Italia	24	64,9	24,5	60,7

Donne con limitazioni funzionali che accedono agli screening femminili

A livello nazionale, le donne disabili di età compresa tra 25 e 64 anni che si sono sottoposte a più di un Pap-test nella loro vita sono il 52,3%. Il 65,2% esegue il controllo con una periodicità inferiore a quella consigliata dei 3 anni, il 18,9% ogni 3 anni, mentre il 15,8% con una cadenza inferiore a 3 anni.

In Sardegna, le donne con limitazioni funzionali di 25-64 anni che si sono sottoposte a più di un Pap-test nella loro vita sono il 48,6%, per cui meno rispetto alla media nazionale. Nello specifico, il numero delle sarde che eseguono l'analisi diagnostica con una periodicità inferiore a quella consigliata (ogni 3 anni) è inferiore a quello nazionale: il 51,7%. Ma è superiore alla media italiana il numero delle pazienti che esegue il controllo ogni 3 anni, ossia il 23,9%, e di quelle che lo fa con una cadenza superiore ai 3 anni: il 24,4%.

In Italia, la percentuale di donne con limitazioni funzionali di 50-69 anni che si sono sottoposte a più di una mammografia è pari al 58,5%. Una donna su quattro esegue il controllo con una cadenza inferiore a quella consigliata dei 2 anni (26,4%), il 48,3% ogni 2 anni e il 25,4% con una cadenza superiore ai 2 anni.

In Sardegna, le donne con limitazioni funzionali di 50-69 anni che si sono sottoposte a più di una mammografia è pari al 61,6%. Si tratta di un dato superiore a quello della media nazionale. Tuttavia, il 43,2% esegue il controllo con una cadenza inferiore a quella consigliata (che è pari a 2 anni), solo il 33,1% ogni 2 anni e il 23,6% con una cadenza superiore ai 2 anni.

Nella tabella 7 viene mostrata la frequenza con cui le donne (valori percentuali) con limitazioni funzionali si sottopongono al Pap-test e alla mammografia con dati relativi all'anno 2013.

Tabella 7	Frequenza controlli Pap- test (età 25-64 anni)				Frequenza controlli mammografia (età 50-69 anni)			
	Più di un esame	<3 anni	Ogni 3 anni	> 3 anni	Più di un esame	<2 anni	Ogni 2 anni	> 2 anni
Sardegna	48,6	51,7	23,9	24,4	61,6	43,2	33,1	23,6
Italia	52,3	65,2	18,9	15,8	58,5	26,4	48,3	25,4

Persone con limitazioni funzionali che accedono allo screening del colon-retto

A livello nazionale, gli uomini con limitazioni funzionali di 50-69 anni che hanno eseguito almeno un test per la ricerca del sangue occulto, una rettosigmoidoscopia o una colonscopia a scopo preventivo, sono il 37,3%. Le donne di pari età e condizione, invece, sono di meno: la percentuale si ferma al 29,3%. Al contrario, in Sardegna si registra un maggior ricorso ai test di screening del colon-retto a scopo preventivo da parte delle donne. La percentuale di uomini disabili di 50-69 anni che hanno eseguito almeno uno di questi test si ferma infatti al 10%, mentre quella delle donne è pari al 21,3%. Tuttavia, entrambi i valori sono inferiori alla media nazionale.

Persone con limitazioni funzionali in sovrappeso o obese

A livello nazionale, il 44% degli uomini con limitazioni funzionali di età pari o superiore a 18 anni è in sovrappeso, mentre il 15,5% è obeso. Tra le donne i valori riscontrati sono, rispettivamente, del 34,7% e del 21,2%.

In Sardegna la percentuale degli uomini maggiorenni con limitazioni funzionali in sovrappeso è inferiore alla media nazionale (43,6%), ma quella degli obesi risulta superiore (18,4%). Tra le donne, entrambe le percentuali superano quella italiana: le disabili di età pari o superiore a 18 anni in sovrappeso sono il 34,8%, mentre quelle obese sono il 24,3%.

Salute mentale e dipendenze

La Sardegna rientra tra le regioni in cui, nel 2013, il numero di persone dimesse almeno una volta con diagnosi principale o secondaria di disturbo psichico risulta maggiore. Tra gli uomini la percentuale raggiunge il 70,93%, mentre la media nazionale si ferma al 51,88%. Tra le donne la percentuale risulta ancora più elevata: raggiunge il 71,6%, mentre la media italiana si attesta al 50,70%.

Consumo di farmaci antidepressivi

Nel giro di 10 anni, il consumo di questi medicinali è aumentato sia in Italia che in Sardegna. Nel 2004, infatti, l'assunzione di antidepressivi si attestava a 26,18 dosi quotidiane ogni mille abitanti (Defined Daily Dose - DDD/1.000 ab die) in Italia, e a 31,66 DDD/1.000 ab die in Sardegna. Nel 2014, il consumo è salito fino a 39,30 DDD/ 1.000 ab die in Italia e a 44,00 DDD/1.000 ab die in Sardegna.

Suicidi

Nel biennio 2011-2012, il tasso grezzo di mortalità per suicidio tra le persone di età pari o superiore a 15 anni è di 7,99 per 100.000 abitanti. Nel 78,4% dei casi il suicida è un uomo. Il tasso standardizzato di mortalità è pari a 13,61 per 100.000 per gli uomini e a 3,25 per 100.000 per le donne

Con un tasso di 11,3, la Sardegna si colloca al terzo posto nella graduatoria delle regioni in cui si registra il più alto numero di suicidi. La percentuale è più elevata soprattutto nella fascia di popolazione di età compresa tra 19 e 64 anni (11,67) e negli over75 (12,49). Anche nella regione, il numero dei suicidi è più elevato tra i maschi: si attesta a 21,06 per 100.000 tra gli uomini, rispetto a 2,50 per 100.000 tra le donne.

Salute materno-infantile

La salute materno-infantile rappresenta un aspetto importante della salute pubblica, poiché la gravidanza, il parto e il puerperio sono la prima causa di ricovero femminile in Italia. A livello nazionale, oltre il 62% dei parti del 2013 è avvenuto in punti nascita con un volume annuo di almeno 1.000 parti. In Sardegna nel 2013 sono stati registrati 11.354 parti. Di questi, il 51,5% è avvenuto in punti nascita con più di 1.000 parti/anno, ma il 23,76% si è verificato in strutture in cui si registrano meno di 500 parti all'anno. Nel 15,35% dei casi le nascite sono avvenute in centri di 800-999 parti/anno, mentre nel 9,36% dei casi in strutture di 500-799 parti/anno.

La tabella 8 che segue mostra i parti (valori assoluti e valori percentuali) effettuati nei punti nascita secondo la classe di ampiezza riferiti all'anno 2013.

N Parti	0-500		500-799		800-999		1000-2499		2500 +	Totale	
	%		%		%		%				
Sardegna	2.698	24	1.066	9	1.743	15	5.847	52		11.354	
Italia	40.263	8	81.991	16	68.094	14	232.341	46	80.216	16	502.905

Parti con taglio cesareo

La Sardegna rientra tra le regioni in cui si registra il più elevato ricorso al taglio cesareo. I parti avvenuti con questa procedura nel 2014 sono stati il 40,12%, rispetto a una media nazionale del 36,05%. Tuttavia, rispetto al 2011 si è registrata una lieve flessione: in quell'anno la percentuale raggiungeva il 41,46% in Sardegna e il 37,76% in Italia.

Unità Operative di Terapia Intensiva Neonatale (UOTIN) presenti nei punti nascita

In Italia le UOTIN sono presenti all'interno di 128 dei 526 punti nascita analizzati nel 2013. In Sardegna ce ne sono 3: una in un punto nascita dove si registrano meno di 500 parti all'anno, mentre le altre due in strutture in cui si verificano più di mille parti all'anno. È uno dei valori più bassi d'Italia.

Procreazione medicalmente assistita

Nel 2013, 46.433 coppie italiane si sono sottoposte ad almeno una procedura di fecondazione assistita a fresco di 2° e 3° livello (FIVET e ICSI), per un totale di 55.049 cicli di trattamento. Nello specifico, sono stati effettuati 914 cicli per milione di abitanti. Le gravidanze ottenute sono state 10.712: il tasso di gravidanza, rispetto ai cicli iniziati, è del 19,5% (più basso dello 0,4% rispetto all'anno precedente). La quota di parti multipli sul totale di quelli ottenuti è del 19,8%. Rispetto al 2012, la quota di gravidanze perse al follow-up risulta in diminuzione ed è pari al 10,3%.

In Sardegna sono stati avviati 1.057 cicli di trattamento. In particolare, sono stati effettuati 640 cicli per milione di abitanti. Il tasso di gravidanza, rispetto ai cicli iniziati, è dell'11,7%: risulta, quindi, inferiore rispetto alla media nazionale e rispetto all'anno precedente (nel 2012 era pari al 12,1%). Il numero di parti multipli sul totale di quelli ottenuti è del 24,7%, superiore alla media italiana e alla percentuale registrata nel 2012. La quota di gravidanze perse al follow-up è pari al 7,3%, quindi più bassa rispetto alla media nazionale e anche a quella rilevata nel 2012 (10,1%). La tabella 9 mostra i cicli (valori assoluti) totali, cicli (valori assoluti per 1.000.000) iniziati con tecniche a fresco (FIVET e ICSI), tasso (standardizzato per 100 cicli iniziati con tecniche a fresco) di gravidanza, parti (valori percentuali) multipli, gravidanze (valori percentuali) perse al follow-up e variazioni percentuali con i dati relativi agli anni 2012 e 2013.

	Cicli totali	Cicli iniziati Tasso sta				Tasso di gravidanza			Parti multipli			Gravidanze perse al follow up		
	2013	2012	2013	%	2012	2013	%	2012	2013	%	2012	2013	%	
Sardegna	1.057	628	640	1,8	12,1	11,7	-3,3	17,3	24,7	42,8	10,1	7,1	29,7	
Italia	55.049	932	914	-1,9	19,9	19,5	-2,0	20,0	19,8	-1,0	13,2	10,3	-22,0	

Interruzioni volontarie di gravidanza (IVG)

A livello nazionale, nel 2013 sono state registrate 100.342 IVG, un numero inferiore rispetto a quello registrato nel 2012 (103.191 casi). La Sardegna rientra tra le regioni che presentano i valori più bassi: il tasso di abortività volontaria risulta inferiore alla media italiana in tutte le fasce d'età prese in considerazione. Tuttavia,

a causa dell'incompletezza dei dati a disposizione, queste informazioni sono state stimate. Nella tabella 10 che segue è presentato il tasso (standardizzato e specifico per 1.000) di abortività volontaria relativo all'anno 2013:

Abortività volontaria per fasce d'età, confronto Sardegna Italia, dati 2013								
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Sardegna	4	8,7	8,5	8,4	7,2	3,6	0,4	6
Italia	5,5	11,1	11,8	11,2	9,1	4	0,4	7,8

Capitolo 2

I Sistemi sanitari regionali e la qualità dei servizi nel rapporto Osservasalute

Parte seconda: assetto economico-finanziario

Il Rapporto Osservasalute nella seconda parte analizza il peso delle diverse componenti della spesa sanitaria pubblica, ricorrendo all'indicatore della "spesa sanitaria pubblica corrente articolata per funzione e misurata in rapporto al valore del Prodotto interno lordo (PIL)". Questa unità di misura esprime la quota di risorse (proprie o trasferite) che la regione utilizza per le diverse funzioni sanitarie, rispetto a quanto prodotto complessivamente nel periodo di riferimento. I dati qui sintetizzati si riferiscono al Rapporto Osservasalute 2016.

Spesa sanitaria pubblica corrente per funzione

Il Rapporto Osservasalute utilizza l'indicatore della "spesa sanitaria pubblica corrente articolata per funzione e misurata in rapporto al valore del Prodotto interno lordo (PIL)". Questa unità di misura esprime la quota di risorse (proprie o trasferite) che la regione utilizza per le diverse funzioni sanitarie, rispetto a quanto prodotto complessivamente nel periodo di riferimento.

Nel 2013, la spesa sanitaria pubblica corrente (che include la spesa sanitaria pubblica corrente per servizi forniti direttamente, quella in convenzione per prestazioni sociali e quella relativa ad altre spese) è pari al 6,76% del PIL. Risulta quindi inferiore all'anno precedente, quando il suo valore si attestava al 70%. In Sardegna raggiunge il valore del 10,56%. Questo dato è influenzato soprattutto dalla spesa sanitaria pubblica corrente per servizi forniti direttamente, che nella regione si attesta al 6,72%, il dato più alto d'Italia (la media nazionale si ferma al 3,95%).

Più nel dettaglio, in Italia la spesa per prestazioni in convenzione è pari al 2,42% del PIL, ed è prevalentemente articolata nelle due seguenti componenti: spesa sanitaria pubblica per case di cura private (0,56%) e spesa sanitaria pubblica per assistenza farmaceutica (0,53%). Riveste, invece, un ruolo meno rilevante la spesa sanitaria pubblica corrente per assistenza riabilitativa, integrativa e protesica (0,24%), e la spesa sanitaria pubblica per assistenza medico specialistica (0,29%). Infine, la spesa sanitaria pubblica in convenzione per assistenza medico generale si colloca in una posizione intermedia assorbendo lo 0,41% del PIL.

In Sardegna la spesa per prestazioni sociali in convenzione è pari al 3,21% del PIL. L'analisi nel dettaglio evidenzia che la voce più rilevante è quella relativa all'assistenza farmaceutica, che rappresenta lo 0,96% del PIL. A differenza di quanto avviene a livello nazionale, al secondo posto si trova la spesa sanitaria pubblica in convenzione per assistenza medico generale (0,66%), seguita dalla spesa per assistenza riabilitativa, integrativa e protesica (0,45%) e da quella per assistenza medico specialistica (0,39%). All'ultimo posto, a pari merito, si trovano la spesa sanitaria pubblica per case di cura private (0,37%) e quella relativa ad altre prestazioni (0,37%).

La tabella 11 mostra la Spesa sanitaria pubblica corrente totale, per funzione e in convenzione per prestazioni sociali in rapporto al PIL, in valori percentuali e con dati relativi all'anno 2013.

Tabella 11 - Spesa (percentuali) sanitaria pubblica corrente totale, per funzione e in convenzione per prestazioni sociali in rapporto al PIL - 2013

		Sardegna	Italia
Spesa sanitaria pubblica corrente	Totale	10,56	6,76
	Per servizi forniti direttamente	6,72	3,95
	Per altre spese	0,63	0,38
	In convenzione per prestazioni sociali	3,21	2,42
In convenzione per prestazioni sociali	Per assistenza farmaceutica	0,96	0,53
	Per assistenza medico generale	0,66	0,41
	Per assistenza medico specialista	0,39	0,29
	Per case di cura private	0,37	0,56
	Per assistenza riabilitativa/protesica	0,45	0,24
	Per altre prestazioni	0,37	0,38

Spesa sanitaria pubblica pro-capite

La “spesa sanitaria pubblica corrente rispetto alla popolazione residente”, indica la misura della quantità di risorse utilizzate in media per ogni individuo di una regione o della nazione, per far fronte all'erogazione di servizi di assistenza sanitaria in un determinato periodo di riferimento (in questo caso si prende in considerazione il quinquennio 2010-2014). In quest'ambito, l'Italia risulta tra i Paesi dell'area OCSE (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico) che spendono meno. Tra il 2010 e il 2014 la spesa sanitaria pubblica pro-capite è diminuita in Italia del 2,32%: è passata da 1.860 nel 2010 a 1.817 euro nel 2014 - quest'ultimo dato conferma il valore dell'anno precedente (1.816 euro). In Sardegna è invece aumentata del 4,21%: nel 2010 la spesa sanitaria pubblica pro-capite era di 1.958 euro, mentre nel 2014 ha raggiunto i 2.041 euro.

La tabella 12 che segue mostra la spesa (valori in €) sanitaria pubblica pro capite negli anni 2010-2014.

Tabella 12 - Spesa (valori in €) sanitaria pubblica pro capite e variazioni percentuali - 2010-2014

	2010	2011	2012	2013	2014
Sardegna	1.958	1.982	2.049	1.994	2.041
Italia	1.860	1.856	1.844	1.816	1.817

Disavanzo/avanzo sanitario pubblico pro capite

Questo indicatore misura l'entità dei disavanzi, in termini pro capite, dei Servizi sanitari regionali (SSR). A partire dal 2005, si è registrata una riduzione del disavanzo sanitario in tutta Italia. Nel 2014, il disavanzo sanitario nazionale, calcolato con la metodologia RGS (ossia escludendo dai ricavi le “risorse aggiuntive da bilancio regionale” e sottraendo dai risultati consolidati regionali gli eventuali utili conseguiti da singole aziende), ammonta a circa 864 milioni di euro. Mostra, quindi, una riduzione rispetto al 2013, quando il valore raggiungeva 1,744 miliardi di euro. Anche a livello pro capite, il disavanzo 2014 (14 euro) è il più basso dell'intero arco temporale generalmente considerato (ossia dal 2006-2014).

In Sardegna, al contrario, con 207 euro il disavanzo è aumentato significativamente rispetto al 2006 (78 euro), ma è più basso rispetto al 2013, quando ha raggiunto i 234 euro. La tabella 12 mostra il disavanzo (valori in €) sanitario pubblico pro capite - Anni 2006, 2013, 2014

Tabella 12 - Disavanzo (valori in €) sanitario pubblico pro-capite

	2006	2013	2014
Sardegna	78	234	207
Italia	104	29	14

Assetto istituzionale-organizzativo

In questa parte del rapporto sono sintetizzati alcuni parametri relativi agli assetti istituzionali e organizzativi.

Tempi medi di pagamento delle strutture sanitarie pubbliche

A livello nazionale, i tempi medi di pagamento delle strutture sanitarie pubbliche hanno subito una riduzione del 35% in quattro anni: sono passati da 300 giorni nel 2011 a 195 giorni del 2014. In Sardegna sono diminuiti ancora di più: sono passati da 312 giorni nel 2011 a 156 giorni nel 2014.

Numero, superficie e popolazione delle Aziende sanitarie locali (Asl)

Tra il 2002-2015, il numero di Asl presenti in Italia è passato da 197 a 139: è quindi diminuito di 58 unità, quasi un terzo (29%) del totale. In Sardegna, invece, il numero è rimasto stabile a 8.

A livello nazionale, nel 2015 la popolazione media per Asl è aumentata del 51%, arrivando a comprendere 437.379 abitanti. È aumentata anche la superficie media per Asl, passata da 1.529 km² del 2002 a 2.173 km² del 2015. In Sardegna sono state registrate variazioni più lievi: tra il 2002 e il 2015, il bacino di utenza medio delle Asl è passato da 203.985 a 207.911 abitanti, mentre la superficie coperta è passata da 3.011 a 3.013 km².

Spesa per il personale dipendente del Servizio sanitario nazionale

In questa voce è ricompreso il costo del personale delle Aziende sanitarie, degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) pubblici e dei Policlinici universitari pubblici, che appartengono ai ruoli sanitario, professionale, tecnico e amministrativo. Inoltre, comprende anche il costo relativo alla corresponsione dell'indennità per il personale universitario.

Tra il 2010-2013, l'incidenza della spesa per il personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale sulla spesa sanitaria totale si è ridotta di 1 punto percentuale, passando dal 33,2% al 32,2%. In Sardegna, invece, la spesa per il personale del Servizio Sanitario Regionale è rimasta pressoché stabile: è passata da 37,2% del 2010 al 37% del 2013.

Nel periodo 2010-2013, in Italia la spesa pro capite del personale dipendente del SSN è diminuita del 4,4%. È, infatti, passata da 606,9 euro a 580,1 euro. La Sardegna va in controtendenza: la spesa pro capite è passata da 691,4 euro del 2010 a 707,9 euro nel 2013.

Assistenza territoriale

L'analisi dell'assistenza territoriale passa attraverso alcuni indici relativi all'assistenza domiciliare e alla disponibilità di strutture residenziali e non residenziali atte all'accoglienza di soggetti non autosufficienti, in generale,

Assistenza Domiciliare Integrata

L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) è un servizio compreso nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), volto a garantire una risposta ai bisogni di salute delle persone non autosufficienti. In Italia nel corso del 2013 sono stati assistiti a domicilio 732.780 pazienti. Rispetto al 2012, il numero dei soggetti trattati in ADI è cresciuto del 14,17%, attestandosi a 1.217 casi per 100.000 abitanti. In Sardegna, le persone assistite sono state 11.876, un numero pari a 719 casi ogni 100 mila abitanti.

Posti letto residenziali di tipo socio-sanitario per persone con disabilità e per anziani

In Italia i posti letto destinati ad accogliere disabili e anziani sono 271.254, un numero pari a 44,6 ogni 10.000 abitanti. La maggior parte sono destinati agli anziani: 171,7 per 10.000. Solo 7,9 per 10.000, invece, sono rivolti a utenti con disabilità.

In Sardegna i posti letto destinati ad accogliere persone anziane sono 96,6 ogni 10 mila abitanti, mentre quelli destinati ad accogliere i disabili sono 10,6 per 10.000. Complessivamente, sono disponibili 30,9 posti letto ogni 10.000 abitanti.

Pazienti anziani e con disabilità ospitati nei presidi residenziali

In Italia gli anziani ospiti dei presidi residenziali sono complessivamente 263.798. Sono molti meno, invece, gli adulti e i minori con disabilità ospiti dei presidi. Nel dettaglio, gli adulti disabili sono 44.951, pari a 12 per 10.000 adulti residenti. Invece i minorenni sono 1.417, pari a 1,4 per 10.000 minori residenti.

In Sardegna gli anziani ospiti dei presidi residenziali sono 154,1 ogni 10.000 anziani. Gli adulti con disabilità, invece, sono 12,9 per 10.000 ospiti adulti. Infine, i minori disabili ospiti dei presidi sono 1 ogni 10.000 minori residenti.

Tassi di ospedalizzazione potenzialmente evitabile

Ospedalizzazione potenzialmente evitabile per complicanze a lungo termine del diabete mellito

La Sardegna, con un tasso di 0,19 ospedalizzazioni per mille abitanti, rientra tra le regioni con i tassi più bassi di ospedalizzazioni potenzialmente evitabili per complicanze a lungo termine del diabete mellito, nella popolazione di età pari o superiore a 19 anni. Nello specifico, è seconda in classifica, preceduta soltanto dalle Marche (0,13).

Ospedalizzazione potenzialmente evitabile per broncopneumopatia cronicoostruttiva (BPCO)

In questo caso la Sardegna, con un tasso di 4,55 per mille abitanti, rientra tra le regioni con la più alta incidenza di ospedalizzazioni potenzialmente evitabili dovute a complicanze da BPCO, nella popolazione di età pari o superiore a 65 anni.

Ospedalizzazione potenzialmente evitabile per insufficienza cardiaca senza procedure cardiache

Con un tasso di 14,72 per mille abitanti, la Sardegna rientra tra le regioni con i tassi più bassi di ospedalizzazioni potenzialmente evitabili dovute a complicanze per insufficienza cardiaca senza procedure cardiache, nella popolazione di età pari o superiore a 65 anni.

Ospedalizzazione potenzialmente evitabile per asma in età pediatrica

A livello nazionale, rispetto ai ragazzi di età compresa tra 15 e 17 anni, il rischio di ricovero per asma è nettamente più alto nei bambini al di sotto del 1° anno di vita e nei soggetti di età compresa tra 1 e 4 anni, seguiti da quelli di 5-9 anni e dai ragazzini di 10-14 anni.

Questo dato è confermato anche in Sardegna: con 2,96 per 1.000, il tasso relativo alle dimissioni ospedaliere per asma in età pediatrica risulta più alto fra i bimbi di meno di un anno. Questo valore è anche superiore alla media nazionale, che si ferma a 1,96. Quelli che corrono meno rischi sono gli adolescenti di 15-17, fra i quali il tasso si ferma allo 0,17, un valore inferiore alla media nazionale (0,19).

Nella tabella 13 che segue si mostra il tasso medio (specifico per 1.000) di dimissioni ospedaliere per asma in età pediatrica relativo all'anno 2014.

13. Tasso medio dimissioni ospedaliere per asma - anno 2014

	0	1-4	5-9	10-14	15-17	Totale
Sardegna	2,96	1,27	0,61	0,29	0,17	0,69
Italia	1,96	1,58	0,79	0,47	0,19	0,83

Ospedalizzazione potenzialmente evitabile per gastroenterite in età pediatrica

In Italia, il rischio di ricovero per gastroenterite è molto più alto nei bambini al di sotto del primo anno di vita e nei soggetti di età 1-4 anni. Seguono poi quelli di 5-9 anni, quelli di 10-14 anni e i ragazzi di 15-17 anni.

In Sardegna i tassi rilevati rispecchiano questo trend, ma superano la media nazionale in tutte le fasce d'età. Inoltre, il tasso di dimissioni ospedaliere per gastroenterite fra i pazienti di meno di un anno (11,04 per mille) è quasi uguale a quello riscontrato nei pazienti di 1-4 anni (11,03 per mille).

14. Tasso medio dimissioni ospedaliere per gastroenterite in età pediatrica - anno 2014

	0	1-4	5-9	10-14	15-17	Totale
Sardegna	11,04	11,03	2,24	1,01	0,5	3,86
Italia	9,47	6,81	1,44	0,61	0,34	2,58

La tabella 14 mostra il tasso medio (specifico per 1.000) di dimissioni ospedaliere per gastroenterite in età pediatrica relativo all'anno 2014.

Assistenza farmaceutica territoriale

Lo scopo dell'assistenza farmaceutica è quello di garantire l'accesso a farmaci sicuri ed efficaci a tutti i cittadini in maniera equa, assicurando l'unitarietà del sistema. Nel 2014, il consumo farmaceutico territoriale nazionale è in lieve aumento rispetto all'anno precedente (+0,7%); sono state dispensate 1.039 dosi di farmaco al giorno per 1.000 abitanti (nel 2001 erano 674 e nel 2013 erano 1.032). Complessivamente, nelle farmacie pubbliche e private sono state erogate circa 1,9 miliardi di confezioni (in media, 22 confezioni per ogni cittadino), di cui 1,1 miliardi a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

Nel periodo 2006-2014, la Sardegna ha registrato sempre consumi superiori alla media italiana. Nel 2001 il consumo quotidiano di farmaci ogni 1.000 abitanti era pari a 705 DDD/1.000 ab die, e questo valore ha continuato a crescere fino a raggiungere le 1.143 dosi nel 2014.

La tabella 15 mostra il consumo (DDD/1.000 ab die) farmaceutico territoriale a carico del SSN relativo al periodo 2001-2014.

15. Consumo farmaceutico territoriale										
	2001	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Sardegna	705	887	920	964	974	1017	1042	1082	1111	1143
Italia	674	857	880	924	926	952	963	985	1032	1039

Spesa farmaceutica territoriale lorda pro capite a carico del Servizio Sanitario Nazionale

La spesa farmaceutica lorda pro capite territoriale rappresenta la spesa relativa ai farmaci a carico del Servizio Sanitario Nazionale (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). A livello nazionale, nel 2014 la spesa farmaceutica territoriale pro capite a carico del SSN è diminuita del 3,9% rispetto al 2013 e del 14,1% rispetto al 2001. Nel 2014 si è fermata a 180,4 euro, mentre nel 2013 raggiungeva i 187,7 euro e nel 2001 i 209,9 euro.

La Sardegna rientra tra le regioni con la spesa pro capite più alta, anche se rispetto al 2001 questo valore è diminuito del 7,4%. Nel 2001, infatti, la spesa era di 219,9 euro, nel 2013 di 209,1 euro, mentre nel 2014 è scesa fino a 203,6 euro.

La tabella 16 mostra la spesa (valori in €) farmaceutica territoriale, esclusa la Distribuzione diretta e la Distribuzione per conto lorda pro capite a carico del SSN negli anni dal 2001-2014.

16. Spesa farmaceutica territoriale procapite										
	2001	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Sardegna	219,9	248	225,9	223,6	228,6	234,5	229	229,4	209,1	203,6
Italia	209,9	228,8	215	213,4	215,3	215,1	204,3	193	187,7	180,4

Assistenza ospedaliera

Nel 2014 la dotazione nazionale complessiva dei posti letto (PL) ospedalieri è di 3,63 PL per 1.000 residenti. Di questi, 3,04 PL per 1.000 sono riservati agli acuti e 0,58 PL per 1.000 alle post-acuzie, con tassi specifici di 0,15 PL per 1.000 per la lungodegenza e 0,43 PL per 1.000 per la riabilitazione. La dotazione totale di PL

ha subito un lieve calo rispetto al 2013, quando raggiungeva i 3,74 PL per 1.000. Tra il 2013 e 2014 si è registrata una riduzione del tasso complessivo di PL in quasi tutte le regioni, tranne che in Sardegna, che presenta invece un aumento consistente: il numero di PL è passato da 3,11 a 3,56 PL per 1.000 residenti (ma questo dato è dovuto al fatto che nel 2013 mancavano le informazioni relative ai PL di sei strutture).

La Sardegna è la regione con il tasso di PL per post-acuti più basso, con 0,22 per 1.000, rispetto alla media nazionale di 0,58. Invece il tasso di PL per acuti supera la media nazionale (di 3,04) attestandosi a 3,34 per 1.000 residenti. Sono, invece, inferiori alla media italiana i PL per lungodegenza (0,10 rispetto alla media nazionale di 0,15) e soprattutto quelli per riabilitazione (0,12 rispetto alla media nazionale di 0,43).

La tabella 17 mostra il tasso di posti letto per 1000 abitanti e per tipologia di attività - Anni 2013 e 2014.

17.	Acuti		Lungodegenza		Riabilitazione		Totale	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Sardegna	2,99	3,34	0,03	0,1	0,09	0,12	3,11	3,56
Italia	3,15	3,04	0,16	0,15	0,43	0,43	3,74	3,63

Interventi per frattura del collo del femore

La frattura del collo del femore è un evento frequente tra la popolazione anziana. Nel 2014 la percentuale di interventi per frattura del collo del femore eseguiti in pazienti di età pari o superiore a 65 anni entro 2 giorni dal ricovero è pari al 54,9%, con un incremento rispetto al 2013 di 4,7 punti percentuali.

La Sardegna è una delle regioni che nel 2014 hanno migliorato le proprie performance. La percentuale dei pazienti operati entro i due giorni è passata dal 23,5% del 2010 (rispetto a una media nazionale del 35,1%) al 41,4% del 2014, un dato che tuttavia resta ancora sotto la media nazionale.

Ospedalizzazione per patologie a elevato impatto sociale

Questa voce include i tassi di ospedalizzazione, nella popolazione di età pari o superiore a 65 anni, relativi a tre patologie ad alto impatto sociale ed elevata prevalenza: interventi per protesi di anca, bypass coronarico e angioplastica coronarica.

Nel 2014, il tasso di dimissioni ospedaliere nazionale nella popolazione anziana per intervento di protesi di anca è pari a 596,4 per 100.000 abitanti, ed è in lieve calo

rispetto al valore di 601,7 per 100.000 rilevato nel 2013. Nel 2014 l'aumento più marcato del tasso di questi interventi è stato registrato proprio in Sardegna, dove il valore è passato da 345,1 del 2010 a 382,7 per 100.000.

Nel 2014 il tasso di dimissioni ospedaliere nella popolazione anziana per interventi chirurgici per bypass coronarico ha registrato un valore di 112,3 per 100.000 abitanti, in costante diminuzione dal 2010. Questo trend è parzialmente confermato dal tasso registrato in Sardegna, che con un valore di 82,3 per 100.000 si è ridotto rispetto al 2010, quando raggiungeva quota 94,6 per 100.000, ma è aumentato rispetto al 2013, quando era sceso a 79,5 per 100.000.

Il tasso nazionale di dimissioni ospedaliere nella popolazione anziana per angioplastica coronarica si attesta, nel 2014, a 575 interventi per 100.000 abitanti. Si tratta di un valore in lieve calo rispetto al dato del 2013 (586,9 per 100.000) ma di gran lunga superiore a quello registrato nel 2010 (520,4 per 100.000). Questo trend si può osservare anche in Sardegna, dove il tasso si attesta a 393,6 per 100.000 nel 2014 (quindi inferiore alla media nazionale), in crescita rispetto al 374,2 registrato nel 2010, ma inferiore rispetto al valore di 408,1 registrato nel 2013.

Ospedalizzazione in età pediatrica

Nel corso del quinquennio 2010-2014 si riscontra, a livello nazionale, una riduzione dei tassi di ospedalizzazione per entrambi i regimi di ricovero, ordinario e diurno, e per tutte le classi di età inferiori ai 18 anni.

Nel 2014, il tasso di ospedalizzazione per il 1° anno di vita, calcolato a livello nazionale, è di circa 413,9 ricoveri ogni 1.000 residenti. In Sardegna, invece, il tasso supera i 500 ricoveri, attestandosi a 511,5 per 1.000 residenti. In generale, i tassi dei ricoveri ordinari nella Regione risultano superiori alla media nazionale per tutte le fasce di età inferiori ai 18 anni. Ma appaiono in diminuzione rispetto ai valori registrati nel 2010.

La tabella 18 mostra il tasso (per 1.000) di dimissioni ospedaliere in età pediatrica in regime di Ricovero Ordinario (Anni 2010 e 2014).

18 - Tasso (specifico per 1.000) di dimissioni ospedaliere in età pediatrica in regime di Ricovero Ordinario - Anni 2010-2014

		Sardegna	Italia
<1	2010	522,5	481,7
	2014	511,5	413,9
1-4	2010	109,3	82,5

		Sardegna	Italia
	2014	88,1	66,7
5-14	2010	48	42,5
	2014	41,1	35,8
15-17	2010	51,5	47,9
	2014	43,6	39,8

Discorso diverso per i ricoveri in regime diurno: in questo caso i tassi registrati in Sardegna per tutte le fasce di età risultano inferiori ai valori nazionali. Inoltre, nella fascia di età compresa tra 15 e 17 anni si assiste a un aumento del tasso relativo al 2014 (33,9 per 1.000), rispetto a quello registrato nel 2010 (32,9 per 1.000).

19 - Tasso (specifico per 1.000) di dimissioni ospedaliere in età pediatrica in regime diurno - Anni 2010-2014-1

		Sardegna	Italia
<1	2010	36,5	55,4
	2014	30,3	41,4
1-4	2010	31	41,8
	2014	25,4	33
5-14	2010	31,4	38,3
	2014	26,2	29,6
15-17	2010	32,9	34,1
	2014	33,9	27,6

Tabella 19 - Tasso (per 1.000) di dimissioni ospedaliere in età pediatrica in regime diurno - Anni 2010 e 2014

Mobilità ospedaliera in età pediatrica

La mobilità ospedaliera analizza gli spostamenti dei pazienti in età pediatrica (0-17 anni), dalla propria regione di residenza a quella di ricovero, per essere sottoposti a cure e interventi chirurgici. La mobilità dei ricoveri in età pediatrica per acuti in regime ordinario presenta, complessivamente, un trend decrescente nei valori assoluti: si passa da 61.778 dimissioni in mobilità nel 2010 a 54.967 nel 2014.

In Sardegna si registra un calo del numero complessivo di dimissioni in regime di ricovero ordinario per acuti, che è passato da 1.419 del 2010 a 1.247 del 2014.

Tuttavia, in termini percentuali, il tasso risulta superiore nel 2014, attestandosi al 7% nel 2014, rispetto al 6,65% del 2010. Di conseguenza, la fuga verso altre regioni è aumentata dello 0,35% in quattro anni. L'attrazione da altre regioni è invece diminuita: è passata dal 3,5% del 2010 al 2,8% del 2014.

Lo stesso discorso vale anche per le dimissioni dei pazienti pediatrici in regime diurno per acuti, passate da 1.032 del 2010 (13,1%) a 1.016 del 2014 (15,3%). In questo caso la fuga dalla Sardegna verso altre regioni è aumentata del 2,4%. L'attrazione di pazienti da altre regioni è invece diminuita dello 0,2%, passando dallo 0,6% del 2010 allo 0,4% del 2014.

Trapianti

Dopo un decennio di forti incrementi nell'attività di donazione, negli ultimi anni il numero di donatori utilizzati (donatori dai quali è stato prelevato e trapiantato almeno un organo solido) si è attestato su un valore di 1.100, salito nel 2014 a 1.174 donatori (un incremento del 6,5% rispetto al 2013). La media dell'età dei donatori utilizzati nel 2014 è di circa 62 anni, ma si conferma elevata la percentuale dei donatori di età superiore a 64 anni (44,4%).

La Sardegna presenta un elevato tasso di donatori utilizzati: con 20,4 PMP (pazienti con accertamento di morte con criteri neurologici), si assesta sopra il valore nazionale (19,3 donatori utilizzati) di oltre 1 punto. Inoltre, la Regione presenta un valore di opposizione alla donazione pari a 23,1%, quindi inferiore alla media nazionale che si attesta al 30,8%. La più alta percentuale di donatori utilizzati si riscontra nelle donne di età compresa tra 65 e 74 anni, con un tasso di 68,5 donatori utilizzati per 1.000.000. La più bassa, invece, si riscontra nelle femmine di età compresa tra 0 e 18 anni, con un tasso pari a 0.

Tabelle 20 - Tasso (standardizzato e specifico per 1.000.000) di donatori utilizzati per genere – Anno 2014

0-18			19-64			65-74			75		
m	f	tot	m	f	tot	m	f	tot	m	f	tot
16,2	0,78	13,3	22,7	18	30,7	68,5	48,5	29,3	15	23,6	20,4
4,4	6,57	13,7	18,4	16	43,5	43,8	43,6	32,4	41,3	35,9	19,3

Attività di trapianto

Questo indicatore rappresenta il numero di trapianti eseguiti da ciascuna regione per la popolazione regionale residente. Nel 2014 in Sardegna sono stati eseguiti 76 trapianti (a livello nazionale sono stati 2.985), di cui il 98,7% a pazienti sardi e

l'1,3% a pazienti residenti in altre regioni. La maggior parte dei trapianti, 70, è stata eseguita su uomini (49) e donne (21) di età compresa tra 19 e 64 anni, mentre gli altri 6 su 4 uomini e 2 donne di età compresa tra 65 e 74 anni.

Valutazione degli esiti dei trapianti (cuore, fegato, rene)

In Italia, nel periodo compreso tra il 2000 e il 2013, la sopravvivenza del paziente a distanza di 1 anno dal trapianto è dell' $82,7 \pm 0,6$ (ossia pari a una percentuale compresa tra 82,1% e 83,3%), mentre la sopravvivenza dell'organo si attesta all' $82,2 \pm 0,6$. A distanza di cinque anni, la sopravvivenza è di circa il 74% ($73,7 \pm 0,7$) per il paziente e di circa il 73% ($73,1 \pm 0,7$) per l'organo.

In Sardegna, tra il 2000 e il 2013 sono stati eseguiti 101 trapianti di cuore. A distanza di un anno, la sopravvivenza del paziente si attesta a $72,0 \pm 4,5$, mentre quella dell'organo a $72,3 \pm 4,5$. A distanza di cinque anni, la sopravvivenza del paziente è di $66,8 \pm 4,7$, mentre quella dell'organo di $66,1 \pm 4,7$. In tutti i casi, si tratta di valori inferiori alla media nazionale.

Tabella 21 - Trapianti (valori assoluti) di cuore e sopravvivenza (valori percentuali) di pazienti adulti e di organi adulti a 1 e a 5 anni dal trapianto - Anni 2000-2013

21. Cuore		Sopravvivenza		Sopravvivenza organi	
	Trapianti	1 anno	5 anni	1 anno	5 anni
Sardegna	101	72,0±4,5	66,8±4,7	72,3±4,5	66,1±4,7
Italia	3893	82,7±0,6	73,7±0,7	82,2±0,6	73,1±0,7

La situazione cambia quando si tratta del trapianto di fegato. In questo caso in Sardegna i valori di sopravvivenza non solo risultano superiori alla media nazionale, ma sono i più alti registrati in Italia. La sopravvivenza del paziente e dell'organo a un anno di distanza dal trapianto si attestano, rispettivamente, a $92,8 \pm 1,7$ (rispetto a una media nazionale di $85,9 \pm 0,3$) e a $89,8 \pm 2,0$ (rispetto a una media nazionale di $81,7 \pm 0,3$). Mentre la sopravvivenza a distanza di cinque anni si attesta per il paziente a $82,8 \pm 2,8$ (contro una media nazionale di $74,0 \pm 0,4$) e per l'organo a $78,1 \pm 2,9$ (a livello nazionale si ferma a $69,5 \pm 0,4$).

Tabella 22 - Trapianti (valori assoluti) di fegato e sopravvivenza (valori percentuali) di pazienti adulti e di organi adulti a 1 e a 5 anni dal trapianto - Anni 2000-2013

22. Fegato		Sopravvivenza		Sopravvivenza organi	
	Trapianti	1 anno	5 anni	1 anno	5 anni
Sardegna	235	92,8±1,7	82,8±2,8	89,8±2,0	78,1±2,9
Italia	12339	85,9±0,3	74±0,4	81,7±0,3	69,5±0,4

Risulta superiore alla media nazionale anche la sopravvivenza del paziente che ha subito il trapianto di rene, sia a distanza di un anno dall'intervento (97,3±0,7 rispetto a una media nazionale di 97,2±0,1), sia a distanza di cinque anni (93,8±1,1 rispetto a una media nazionale di 92,2±0,2). Leggermente inferiore alla media nazionale, invece, la sopravvivenza dell'organo, sia a distanza di un anno dall'intervento (90,0±1,2 rispetto a una media nazionale di 92,0±0,2), sia a distanza di cinque anni (80,0±1,7 rispetto a una media nazionale di 82,2±0,3).

Tabella 23 - Trapianti (valori assoluti) di rene e sopravvivenza (valori percentuali) di pazienti adulti e di organi adulti a 1 e a 5 anni dal trapianto - Anni 2000-2013

23. Rene		Sopravvivenza		Sopravvivenza organi	
	Trapianti	1 anno	5 anni	1 anno	5 anni
Sardegna		97,3±0,7	93,8±1,1	90,0±1,2	80,0±1,7
Italia		97,2±0,1	92,2±0,2	92,0±0,2	82,2±0,3

Capitolo 3

La salute in Sardegna nel Rapporto Oasi

Il Rapporto Oasi descrive i principali trend evolutivi del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e del settore sanitario italiano, pubblico e privato accreditato. In particolare, il documento analizza lo stato del sistema sanitario italiano dopo sette anni di contenimento della spesa: nel 2014, infatti, la spesa sanitaria si è attestata su un livello pari o poco superiore a quello del 2009. Inoltre, per il 2015 e il 2016 le leggi di stabilità ne hanno ridotto l'entità rispettivamente di 2,35 miliardi e di 4 miliardi. I dati sono relativi al rapporto OASI 2015 pubblicato nel 2016.

Dall'indagine emerge che nel 2015 il bilancio del Servizio Sanitario Nazionale è in equilibrio economico-finanziario. Quasi tutti i sistemi sanitari regionali risultano in pareggio, tranne quello della Sardegna e del Molise, che presentano un disavanzo importante.

1. La struttura e le attività del SSN

A partire dal 1994, l'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale ha subito diverse modifiche. Innanzitutto, nel biennio 1994-95 la maggior parte delle regioni ha provveduto al riassetto del proprio Sistema Sanitario Regionale in attuazione del D.Lgs. 502/92 (recante: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421"), finalizzato a riorganizzare in maniera più efficiente il SSN. Dal 2002 ha preso avvio una nuova stagione di revisione, che ha determinato una riduzione del numero di Aziende sanitarie pubbliche. A causa di numerosi accorpamenti, infatti, il numero di Aziende Sanitarie Locali (ASL) in Italia è passato da 659 prima del 1992, a 197 nel 2001 alle attuali 139. Anche le Aziende Ospedaliere (AO) sono diminuite, passando dalle 97 del 2001 alle attuali 75. Anche in questo caso la riduzione del numero è dovuta a una serie di accorpamenti, ma pure a riattribuzioni alle ASL in qualità di presidi.

Anche in Sardegna, a partire dal 1992, il numero di Aziende Sanitarie Locali è diminuito, passando da 22 alle attuali 8. Nello specifico, in Sardegna ci sono 8 Aziende USL (Sassari, Olbia, Nuoro, Lanusei, Oristano, Sanluri, Carbonia e Cagliari), un'Azienda Ospedaliera (l'AO Brotzu di Cagliari) e due Aziende Ospedaliere-Universitarie (l'AOU di Cagliari e l'AOU di Sassari).

Da un punto di vista dimensionale, a gennaio 2015 la popolazione media delle Asl è pari a 437.379 abitanti, in lieve aumento rispetto all'anno precedente (434.162). La Sardegna è una delle Regione in cui questo dato risulta più basso: la popolazione media delle Asl sarde è, infatti, pari a 207.911 abitanti.

Il numero dei presidi a gestione diretta ASL in Italia nel 2014 è in media di 2,5 presidi e di 3,8 stabilimenti. Complessivamente, il numero dei presidi è di 351, mentre quello degli stabilimenti è pari a 531. In Sardegna il numero medio di presidi e stabilimenti tende a coincidere, attestandosi a 3,1. In totale, sia il numero dei presidi a gestione diretta ASL, sia il numero degli stabilimenti è pari, nell'isola, a 25 unità.

A livello nazionale, il numero di stabilimenti a gestione diretta AO è di 184. In Sardegna si ferma a una unità.

Tabella 1 - Numero di ASL e AO e dimensioni medie

		Sardegna	Italia
Aziende sanitarie locali	Numero ante 502/92	22	659
	Numero al 31/12/95	8	228
	Numero al 30/06/01	8	197
	Numero al 30/06/2014	8	140
	Numero al 30/06/2015	8	139
	Popolazione media 2015	207.911	437.379
	N presidi a gestione diretta 2014*	25	351
	N medio presidi a gestione diretta 2014	3,1	2,5
	N stabilimenti a gestione diretta 2014	25	531
	Numero medio stabilimenti 2014	3,1	3,8
Aziende ospedaliere e Aziende ospedaliere integrate con l'Università (con l'esclusione delle Aziende ospedaliere – universitarie integrate con l'SSN)	Numero al 31/12/1995	1	81
	Numero al 30/06/01	1	97
	Numero al 30/06/14	1	78
	Numero al 30/06/15	1	75

		Sardegna	Italia
CONFESSIONE	N stabilimenti a gestione diretta 2014	3	184
	* Si considerano i presidi a gestione diretta ASL e le strutture interne (stabilimenti) individuati dall'indirizzario del Ministero della Salute aggiornato al 1° gennaio 2014.		

1.1 Mobilità dei Direttori Generali delle Aziende sanitarie pubbliche

A livello nazionale, la durata media del periodo in cui il Direttore Generale di un'Azienda Sanitaria è rimasto in carica è pari a 3,7 anni, ossia 4 anni nelle Aziende Ospedaliere e 3,5 anni nelle Aziende Sanitarie Locali. In Sardegna il valore risulta inferiore alla media italiana: è pari a 2,6 anni, che equivale a 3,3 anni nelle AO e a 2,5 anni nelle ASL. Sulla base delle considerazioni espresse nel Rapporto, si può concludere che si tratta di un orizzonte di gestione troppo limitato, se si considera il livello di complessità delle Aziende Sanitarie pubbliche. Inoltre, la Sardegna rientra tra le regioni in cui si è verificato il maggior numero di avvicendamenti di Direttori Generali nel corso dell'ultimo anno: ce ne sono stati ben 9.

Anche dal confronto della mobilità dei Direttori Generali nei diversi sistemi regionali, valutato sulla base del rapporto tra "indice di instabilità del sistema regionale" (che segnala la propensione del sistema a cambiare i propri DG) e "indice di apertura del sistema regionale" (che indica la propensione del sistema ad assegnare l'incarico a persone esterne, quali DG di aziende di altre regioni o soggetti che per la prima volta ricevono l'incarico, invece che far ruotare il management fra le proprie aziende), emerge che la Sardegna è una regione "ad alta variabilità": presenta, infatti, elevati gradi d'instabilità e di apertura.

Tabella 2 - Durata media in carica dei DG in una data azienda per Regione (1996-2015)

	AO	ASL	Totale complessivo (*)
Sardegna	3,3	2,5	2,6
Italia	4,0	3,5	3,7
* Valore medio calcolato, sia a livello regionale che nazionale, come media aritmetica delle durate medie aziendali			

1.2 Risorse strutturali delle Aziende Sanitarie

Le esigenze di contenimento della spesa sanitaria e di riqualificazione dei Servizi Sanitari Regionali hanno determinato una progressiva e costante azione di razionalizzazione dell'offerta, che ha interessato sia l'ambito ospedaliero, sia quello territoriale e dell'emergenza-urgenza.

Dal Rapporto emerge che in Sardegna sono complessivamente presenti 28 strutture di ricovero pubbliche: 25 presidi a gestione diretta ASL, un'Azienda Ospedaliera, un'Azienda Ospedaliera + AO integrata con l'Università e due AO integrate con il Servizio Sanitario Nazionale (la Sardegna è una delle cinque regioni in cui sono presenti queste strutture). Inoltre, ci sono 8 strutture di ricovero (case di cura) private accreditate.

Tabella 3 - Numero di strutture di ricovero per tipologia (2014)

	Sardegna	Italia
Presidi a gestione diretta ASL	25	351
Aziende Ospedaliere	1	59
AO integrate con l'Università		19
AO (Aziende Ospediere + AO integrate con l'Università)	1	78
AO integrate SSN (ex Policlinici Universitari Pubblici)	2	9
IRCCS pubblici		22
Totale strutture di ricovero pubbliche	28	460
IRCCS privati		40
Policlinici Universitari privati		2
Ospedali classificati		28
Presidi privati qual. pres. ASL		18
Enti di ricerca		3
Case di cura private accreditate	8	495
Totale strutture di ricovero private accreditate	8	586
Case di cura private non accreditate		66
Totale strutture di ricovero	8	652

1.3 Dotazione di posti letto (PL)

Nel 2014 la dotazione media nazionale di posti letto, in regime di degenza ordinaria e in regime di degenza diurna, è pari a 3 PL per mille abitanti per gli acuti e a 0,6 PL per 1.000 per i non acuti.

In Sardegna la percentuale dei posti letto per acuti è più alta: si attesta intorno ai 3,3 PL ogni mille abitanti. Quella per non acuti, invece, raggiunge un valore di circa lo 0,2%.

Sempre nel 2014, la percentuale di posti letto privati accreditati sul totale dei posti letto previsti per acuti e non acuti - sia in regime di degenza ordinaria, sia in regime di degenza diurna - è pari, a livello nazionale al 29,8%. L'offerta risulta, infatti, prevalentemente pubblica, con una media nazionale del 70,2%.

In Sardegna, i posti letto offerti dai privati accreditati sono inferiori rispetto al valore nazionale: si fermano, infatti, intorno al 18%. Di conseguenza, più dell'80% dei PL per acuti e non acuti, in regime di degenza ordinaria e diurna, è presente nelle strutture pubbliche.

1.4 Capacità di offerta delle strutture territoriali

A livello nazionale, tra il 2001 e il 2012 il numero dei distretti territoriali è diminuito del 21%: è, infatti, passato da 875 a 691. La Sardegna è una delle sei regioni in cui questo numero è, invece, aumentato.

Per l'erogazione delle prestazioni territoriali, i distretti si avvalgono delle seguenti strutture: "ambulatori e laboratori" (in cui si erogano prestazioni specialistiche come attività clinica, di laboratorio e di diagnostica strumentale); "strutture semiresidenziali" (come centri diurni psichiatrici e centri per anziani); "strutture residenziali" (come residenze sanitarie assistenziali, Hospice e case protette); "altre strutture territoriali" (come centri di dialisi ad assistenza limitata, stabilimenti idrotermali, centri di salute mentale, consultori materno infantili e centri distrettuali). In questo settore, in Italia dal 1997 si è assistito a un significativo aumento delle strutture territoriali, determinato prevalentemente dall'incremento delle strutture semiresidenziali e residenziali, cresciute rispettivamente del 231% e del 258,6%. Queste strutture sono gestite prevalentemente dal privato accreditato, che ha trovato ampi spazi di sviluppo imprenditoriale a fronte di una rete di offerta pubblica poco sviluppata: nel giro di 15 anni il peso del privato accreditato è passato per le strutture semiresidenziali dall'8% del 1997 al 64,2% del 2012, mentre per le strutture residenziali dal 5% del 1997 al 76,7% del 2012. Solo nella categoria "altre strutture territoriali", il privato ha conservato un ruolo residuale: in 15 anni è salito di circa il 7%, passando dal 5% del 1997 al 12,3% del 2012.

In Sardegna il ruolo del privato accreditato risulta particolarmente rilevante soprattutto tra le strutture "residenziali": quelle private accreditate rappresentano,

infatti, l'82,2%. Ma anche gli "ambulatori e i laboratori privati" sono più numerosi di quelli pubblici: costituiscono il 54,2% di tutti quelli presenti nell'isola. Rilevante anche la quota delle "strutture semiresidenziali" accreditate, che rappresentano il 50% dell'offerta sarda. Ricoprono, invece, un ruolo più marginale le "altre strutture territoriali" private, che si fermano al 6,1% del totale.

Tabella 4 - Presenza di strutture territoriali pubbliche e private accreditate – Anno 2012

	Sardegna	Italia
Ambulatori e laboratori	356	9.268
di cui privati accreditati	54,2%	58,9%
Altre strutture territoriali (*)	164	5.682
di cui privati accreditati	6,1%	12,3%
Strutture semiresidenziali	22	2.787
di cui privati accreditati	50,0%	64,2%
Strutture residenziali	73	6.526
di cui privati accreditati	82,2%	76,7%
Totale strutture territoriali	615	24.263
di cui privati accreditati	44,6%	53,4%

(*) Sono inclusi: centri dialisi ad assistenza limitata, stabilimenti idrotermali, centri di salute mentale, consultori materno infantili, centri distrettuali e, ingenerale, strutture che svolgono attività di tipo territoriale.

1.5 Personale del Servizio Sanitario Nazionale

A livello nazionale, in media un medico di medicina generale (MMG) segue 1.156 pazienti, mentre un pediatra di libera di scelta (PLS) ne segue 879. In Sardegna ci sono 1.297 MMG e 208 PLS. L'isola rappresenta la regione in cui viene eseguito il minor numero medio di scelte per PLS, pari a 764. Inoltre, nella regione si rileva il valore minimo (51,9%) di MMG "anziani", ossia con più di 27 anni dalla laurea. Invece, la percentuale di pediatri di libera scelta "anziani" (con oltre 23 anni dalla specializzazione) è superiore alla media nazionale (pari al 52,9%), e si attesta al 54,8%.

Tabella 5 - Numero MMG e PLS in Sardegna e in Italia – Anno 2012

	Sardegna	Italia
Numero MMG	1297	45.437
Numero scelte per MMG	1101	1.156

	Sardegna	Italia
% MMG con oltre 27 anni dalla laurea	51,9%	62,2%
Numero PLS	208	7.656
Numero scelte per PLS	764	879
% PLS con oltre 23 anni dalla specializzazione	54,8%	52,9%

1.6 Le attività di ricovero del SSN

A livello nazionale, nel periodo 2001-2013 si è registrata una riduzione del 23,9% del numero delle dimissioni ospedaliere (meno 3.094.655 unità). Questo calo può essere ricondotto, almeno parzialmente, alla forte spinta per il trasferimento delle prestazioni dal settore ospedaliero a quello territoriale. Tra il 2001 e il 2013 le giornate di ricovero ordinario sono diminuite del 22,4%. Invece, quelle erogate in regime di day hospital inizialmente sono aumentate, passando dal 13,4% del 2001 al 19,1% del 2006, per poi diminuire e attestarsi al 14,5% nel 2013.

Nel 2012 in quasi tutte le regioni i ricoveri per riabilitazione sono stati erogati prevalentemente in regime ordinario (88,5% a livello nazionale). La Sardegna (insieme a Friuli Venezia Giulia e Lazio) fa eccezione: qui la percentuale di ricoveri in day hospital è molto elevata e si attesta al 25,1%.

Nell'isola la maggior parte dei ricoveri, pari al 98,2%, è costituita nel 2013 dai ricoveri per acuti, che superano la media nazionale (95%). I ricoveri per lungodegenza, invece, rivestono un ruolo marginale: si fermano allo 0,6% del totale, la metà rispetto alla percentuale italiana (1,2%). Sotto la media nazionale resta anche il numero dei ricoveri per riabilitazione, che si attesta all'1,2%, mentre in Italia raggiunge il 3,8%.

Tabella 6 - Ricoveri SSN per Regione, per regime di ricovero e tipo di attività (2013)

		Sardegna	Italia
Ricoveri per acuti	RO	185192	6.634.993
	DH	71792	2.345.258
	% sul totale	98,2%	95,0%
	DH	772	41.168
	% sul totale	0,012	3,8%
Ricoveri per lungodegenza	RO+DH	1661	110.825
	% sul totale	0,006	1,2%

	Sardegna	Italia
Totale ricoveri	261618	9.450.543

Analizzando, nello specifico, le giornate di degenza registrate nel 2013, si può osservare che il valore nazionale ha superato i 63 milioni. L'81,3% è relativo ai ricoveri per acuti, il 13,9%, alla riabilitazione e il restante 4,8%, alla lungodegenza. Rispetto al 2012, le giornate per acuti si sono ridotte di 0,5 punti percentuali, cui ha corrisposto un aumento equivalente delle giornate di ricovero per attività di riabilitazione.

In Sardegna le giornate di degenza registrate nel 2013 sono state superiori a 1,5 milioni. La percentuale delle giornate di ricovero per acuti supera di oltre 10 punti la media italiana, attestandosi al 92,9%. Le giornate di ricovero per riabilitazione rappresentano il 4,1% del totale, mentre quelle per lungodegenza si fermano al 3%.

Tabella 7 - Giornate di degenza per regime di ricovero e tipo di attività – Anno 2013

		Sardegna	Italia
Giornate di ricovero per lungodegenza	RO+DH	46.590	3.059.116
	% sul totale	3,00%	4,80%
Totale giornate di ricovero		1.544.534	63.101.264

1.7 Appropriatazza organizzativa

L'analisi dei livelli d'inappropriatezza organizzativa delle prestazioni di ricovero per acuti in Sardegna, evidenzia un generale miglioramento rispetto al 1998 e un andamento simile a quello nazionale. La percentuale di dimissioni dai reparti chirurgici con DRG medico (Diagnosis Related Groups – termine che indica una categoria di ricoveri ospedalieri dotati di caratteristiche cliniche analoghe e che richiedono, per il loro trattamento, volumi omogenei di risorse ospedaliere), passata in 15 anni dal 45% al 30% su scala nazionale, è diminuita anche nell'isola: nel 1998 si attestava al 50,1%, mentre nel 2013 è scesa al 37,1%. Si è ridotta in misura lieve e inferiore a quella nazionale (passata dal 12,8% del 1998 al 10,4% del 2013) la percentuale di ricoveri brevi (1-2 gg) con DRG medico, che in Sardegna è passata dal 12,5% del 1998 al 12,2% del 2013. La percentuale di ricoveri oltre soglia con DRG medico in pazienti anziani (over 65) in Sardegna è, invece, diminuita più che a livello nazionale: è passata dal 5,2% del 2006 (rispetto alla media italiana del 4,6%) al 3,8% del 2013 (rispetto alla media italiana del 4,3%).

L'incidenza dei parti cesarei sui parti totali, che rappresenta un indicatore dell'inappropriatezza clinica, evidenzia un peggioramento, sia a livello nazionale, sia in ambito sardo. In Italia la percentuale dei tagli cesarei è passata dal 31,4% del 1998 al 36,3 del 2013. In Sardegna l'aumento risulta ancora più evidente: è passato dal 26% del 1998 al 38,3% del 2013.

Tabella 8 - Indicatori di appropriatezza organizzativa e clinica delle prestazioni di ricovero per acuti

		Sardegna	Italia
% Dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in RO da reparti chirurgici	1998	50,1	44,9
	2013	37,1	30,0
% Ricoveri brevi 0-1 giorno sul totale dei ricoveri in RO con DRG medico	1998	12,5	12,8
	2013	12,2	10,4
% ricoveri oltre valore soglia per acuti in regime ordinario per ultra65enni	2006	5,2	4,6
	2013	3,8	4,3
Percentuale parti cesarei sul totale dei parti	1998	26,0	31,4

1.8 Distribuzione dei punti nascita

A livello nazionale, l'81,3% dei punti nascita si trova in strutture pubbliche, mentre il restante 18,7% in cliniche private e private accreditate. Rispetto al 2009, i punti nascita sono diminuiti di 121 unità. La riduzione è stata più evidente nel privato, accreditato e non (-24%), rispetto al pubblico (-17%). Nello stesso periodo, la percentuale complessiva dei punti nascita che superano il valore soglia di 500 parti all'anno è salita di 7,3 punti percentuali.

In Sardegna la maggior parte dei punti nascita (16 su 19) si trova in strutture pubbliche, mentre gli altri tre sono situati in strutture private accreditate. Quasi il 50% dei parti avviene in punti nascita con oltre 500 parti l'anno, un valore di oltre 20 punti percentuali in meno rispetto alla media nazionale (70,6%).

Tabella 9 - Distribuzione dei punti nascita per tipo di istituto – Anno 2013

Numero punti nascita	Sardegna	Italia 2013	Italia 2009
Strutture pubbliche	16	442	530
Strutture private accreditate	3	94	124

Numero punti nascita	Sardegna	Italia 2013	Italia 2009
Strutture private non accreditate	0	8	11
Totale punti nascita	19	544	665
di cui con più di 500 parti	47,1	70,6	63,3

1.9 Attività territoriali

L'Assistenza domiciliare integrata (ADI) è una forma di assistenza rivolta a soddisfare le esigenze degli anziani, dei disabili e dei pazienti affetti da malattie cronico-degenerative in fase stabilizzata, che presentano una condizione di non autosufficienza. Gli interventi possono essere esclusivamente di tipo sociale oppure integrato socio-sanitario. L'obiettivo dell'ADI è quello di consentire al paziente di rimanere il più a lungo possibile all'interno del suo ambiente domestico. Questa funzione ha due scopi: garantire un maggior benessere del paziente e permettere un risparmio dei costi ospedalieri. A livello nazionale, nel 2012 sono stati trattati in ADI mediamente 1.062 pazienti ogni 100.000 abitanti. In Sardegna sono state trattate in ADI 1.071 persone ogni 100.000 abitanti. L'87% dei pazienti sardi è rappresentato da anziani, mentre l'8,8% da malati terminali.

Tabella 10 - Attività di Assistenza domiciliare integrata – Anni 2012

Casi trattati	Sardegna	Italia 2012	Italia 2008
Numero	17.568	633.777	494.204
Per 100.000 abitanti	1.071	1.062	829
di cui anziani oltre 65 aa	87%	83,6%	81%
di cui pazienti terminali	8,8%	9,1%	9,5%
Ore assistenza erogata per caso trattato	40	22	22

Un'altra forma di assistenza territoriale è fornita dalle strutture residenziali e semiresidenziali. In quelle residenziali si offre soprattutto assistenza agli anziani: a livello nazionale ospitano 267.771 utenti (l'82% del totale), con una media di 219 giornate di assistenza per utente. Nelle strutture semiresidenziali prevale, invece, l'assistenza psichiatrica, che prende in carico 37.834 utenti (pari al 45% del totale degli utenti di strutture semiresidenziali) e richiede, mediamente, 66 giornate per caso trattato.

In Sardegna, le strutture residenziali risultano in controtendenza rispetto al valore nazionale. Offrono assistenza, infatti, soprattutto ai disabili fisici (824 utenti), seguiti dai pazienti psichiatrici (330 utenti), dai disabili psichici (322 utenti) e dagli anziani (214 utenti).

Le strutture semiresidenziali, invece, prendono in carico soprattutto pazienti psichiatrici (673 utenti), seguiti dai disabili psichici (70 utenti), dai disabili fisici (29 utenti) e dagli anziani (5 utenti).

Tabella 11 - Composizione dell'assistenza erogata dalle strutture residenziali e semiresidenziali – Anni 2012

			Sardegna	Italia
Assistenza psichiatrica	Strutture semiresidenziali	Utenti	673	37834
		Giornate per utente	35	66
	Strutture residenziali	Utenti	330	32290
		Giornate per utente	262	196
		Totale giornate per utente	297	263
Assistenza ai disabili psichici	Strutture semiresidenziali	Utenti	70	10004
		Giornate per utente	136	172
	Strutture residenziali	Utenti	322	10222
		Giornate per utente	160	271
		Totale giornate per utente	296	443
Assistenza anziani	Strutture semiresidenziali	Utenti	5	23233
		Giornate per utente	124	146
	Strutture residenziali	Utenti	214	237771
		Giornate per utente	132	219
		Totale giornate per utente	256	365
Assistenza ai disabili fisici	Strutture semiresidenziali	Utenti	29	13201
		Giornate per utente	180	185
	Strutture residenziali	Utenti	824	13793
		Giornate per utente	91	213

		Sardegna	Italia
	Totale giornate per utente	272	398

2. La spesa sanitaria

Nel 2014 il tasso di crescita della spesa sanitaria pubblica corrente pro-capite è diminuito dell'0,8%, in controtendenza rispetto alla crescita della spesa complessiva, aumentata dell'1%. Dal Rapporto si evince che il motivo va ricercato nella crescita della popolazione, aumentata dell'1,8%.

Tra il 1990 e il 2014, la spesa sanitaria pro-capite in Sardegna è all'incirca triplicata, passando da 695 euro a 1.977. L'aumento è superiore a quello nazionale, passato da 730 euro nel 1990 a 1.866 nel 2014. Nella regione nel 2014 la percentuale della spesa sanitaria pro-capite è aumentata del 3,3% rispetto al 2001 e del 4,5% rispetto al 1990. A livello nazionale questi valori sono più bassi: si fermano, rispettivamente, al 2,5% e al 4%.

Tabella 12 - Spesa sanitaria pubblica pro-capite per la gestione corrente, al lordo della mobilità interregionale (1990; 2000; 2010-2014)

	Valori assoluti (euro)	Sardegna	Italia
1990		695	730
2000		1.173	1.223
2010		1.874	1.836
2012		2.006	1.908
2014		1.977	1.866
Tasso di crescita medio 90-14	Percentuale	4,5%	4,0%
Tasso di crescita medio 01-14		3,3%	2,5%

Per quanto riguarda l'incidenza della spesa sanitaria dei Servizi Sanitari Regionali (SSR) rispetto al PIL regionale, si osserva che in Sardegna questo coefficiente supera il dato nazionale fin dal 2004. Inoltre, nel giro di dieci anni ha continuato ad aumentare, passando dall'8,4% del 2004 all'11,06% del 2014. Il valore nazionale si ferma, rispettivamente, al 6,22% e al 7,02%.

Tabella 13 - Incidenza della spesa sanitaria pubblica (al netto della mobilità) sul PIL regionale (2004-2014)

in%	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014*
Sardegna	8,41	9,03	8,49	8,47	8,82	9,54	9,75	10,08	10,34	10,6	11,06
Italia	6,22	6,46	6,40	6,41	6,53	6,90	6,90	6,84	7,02	6,97	7,02

*Il dato 2014 del PIL è stimato.

2.1 Disavanzo e piano di rientro

Nel 2007 la Sardegna ha sottoscritto il Piano di rientro, ma è riuscita a uscirne tre anni dopo, nel 2010, per lo svincolo di somme rimaste sospese per il mancato rispetto degli obiettivi di copertura di disavanzi sanitari pregressi. Dato che la verifica annuale del 2009 aveva avuto esito negativo, nel febbraio 2011 i Tavoli di monitoraggio hanno stabilito come “non assegnabili” alla Regione le risorse residue (14,8 milioni di euro). L’analisi nel dettaglio evidenzia che dal 2001 al 2011 la Sardegna registra un disavanzo sanitario. Nel 2012 e nel 2013 mostra un avanzo, rispettivamente di 18 e 10 milioni di euro, ma nel 2014 presenta nuovamente un disavanzo pari a 277 milioni di euro.

Tabella 14 - Disavanzo sanitario regionale: milioni di Euro (2001-2014)

	Sardegna	Italia
2001	106	4.122
2002	175	2.891
2003	143	2.323
2004	240	5.790
2005	327	5.735
2006	130	4.483
2007	22	3.709
2008	183	3.658
2009	230	3.364
2010	149	2.196
2011	173	1.262
2012	-18*	-583*
2013	-10*	-468*

2014	277	-770*
*Il segno meno denota un avanzo.		

3. Gli erogatori privati accreditati: struttura e attività

La rilevanza del settore privato accreditato in sanità è indicata dal suo peso all'interno della spesa complessiva del Servizio Sanitario Nazionale. Nel 2012, la spesa privata per prestazioni accreditate rappresenta il 19% della spesa complessiva del SSN, corrispondente a un valore pro-capite complessivo di 368 euro. Quasi il 40% della spesa complessiva (146 euro pro-capite) è costituito dalla spesa per i ricoveri ospedalieri in strutture accreditate, mentre un altro 30% si riferisce all'assistenza territoriale presso strutture (come le strutture sanitarie residenziali-RSA). Quest'ultimo indicatore rappresenta la spesa che ha registrato, nel periodo 2005–2012, il tasso di crescita maggiore a livello nazionale, pari al 56%, soprattutto per effetto di un forte incremento che si è verificato negli ultimi cinque anni del decennio scorso (40% circa).

In Sardegna la spesa privata per prestazioni accreditate rappresenta l'11,6% della spesa complessiva del Servizio Sanitario Regionale e corrisponde a un valore complessivo di 231 euro pro-capite. Nello specifico, la spesa per i ricoveri ospedalieri in strutture accreditate è pari a 57 euro, quasi un terzo rispetto a quella nazionale. Più vicine al dato italiano sono invece la spesa specialistica convenzionata e accreditata, pari a 72 euro (la media nazionale è di 79 euro), e quella relativa alla riabilitazione, pari a 38 euro (la media nazionale è di 32 euro). La spesa per la voce "altra assistenza convenzionata e accreditata" è quasi la metà rispetto al valore italiano: 64 euro contro 112 euro.

Tabella 15 - La spesa sanitaria privata accreditata pro capite – Anno 2012		
	Sardegna	Italia
Ospedaliera accreditata	57	146
Specialistica convenzionata e accreditata	72	79
Altra assistenza convenzionata e accreditata*	64	112
Riabilitativa accreditata	38	32
Totale spesa privata accreditata pro capite	231	368

% Spesa sanitaria privata sul totale	11,6%	19,4%
* La voce "altra assistenza convenzionata e accreditata" include: termale, medicina dei servizi, psichiatria, anziani, tossicodipendenza e alcolisti, contributi, sussidi vari e rimborsi. La voce più cospicua è rappresentata dalla spesa per l'assistenza territoriale offerta dalle strutture sanitarie private accreditate, principalmente dedicate alla lungodegenza.		

3.1 Assistenza ospedaliera privata accreditata

In quest'ambito rientrano le strutture private accreditate preposte all'offerta di posti letto, ossia:

- ospedali privati accreditati (o Case di Cura private accreditate);
- IRCCS (Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico) di diritto privato e IRCCS Fondazione privati;
- Policlinici privati a gestione diretta dell'Università;
- ospedali classificati;
- istituti qualificati presidio di ASL.

L'insieme degli erogatori privati accreditati detiene il 29% dei posti letto presenti nelle strutture del Servizio Sanitario Nazionale. Oltre i due terzi sono concentrati presso gli ospedali privati accreditati (67,9% dei posti letto accreditati). Gli IRCCS e i policlinici privati hanno in dotazione il 17,6% del totale dei posti letto accreditati (14,8% presso gli IRCCS, 2,8% nei Policlinici privati), mentre il restante 14,5% è suddiviso tra ospedali classificati (10,1%) e istituti qualificati (4,4%).

In Sardegna i posti letto presenti presso gli erogatori privati accreditati rappresentano il 17% della dotazione complessiva di posti letto del Servizio Sanitario Regionale.

3.2 Attività di ricovero

Nell'ambito dell'attività di ricovero, se si prendono in considerazione tutte le tipologie di attività, le strutture private accreditate garantiscono complessivamente il 25% dell'offerta di prestazioni di ricovero del Servizio Sanitario Nazionale, mentre le strutture pubbliche ne forniscono il 75%.

In Sardegna la percentuale delle prestazioni di ricovero offerta dalle strutture private accreditate resta al di sotto della media nazionale: si ferma, infatti, al 15%. Di conseguenza, il restante 85% viene fornito dalle strutture pubbliche.

Il Rapporto analizza la distribuzione delle strutture di ricovero private accreditate con meno di 60 posti letto per acuti, separando le aziende specializzate esclusivamente in attività per acuti (Gruppo I) da quelle che, oltre all'attività per acuti, erogano prestazioni di riabilitazione e/o lungodegenza (Gruppo II).

Al primo gruppo appartengono 90 delle attuali 595 strutture private accreditate, distribuite in 16 diverse regioni e pari a circa il 15% del totale. Queste strutture

sono state ulteriormente suddivise in tre differenti sottogruppi: strutture monospecialistiche, strutture con posti letto per acuti tra 40 e 60, strutture con meno di 40 posti letto per acuti.

In Sardegna le strutture monospecialistiche non sono presenti. Il 3% delle aziende ha un numero di posti letto per acuti compreso tra 40 e 60

3.3 Dimensioni delle strutture private accreditate

L'ambito dimensionale delle strutture private accreditate è stato recentemente disciplinato dal D.M. 70 del 2 aprile 2015, che ha introdotto una "soglia di accreditabilità": a partire dal 1° gennaio 2015, le regioni non possono più sottoscrivere accordi con strutture dotate di meno di 60 posti letto per acuti, con alcune eccezioni:

- per le strutture monospecialistiche resta in vigore la valutazione regionale dei singoli contesti;
- per le strutture che risultano già accreditate al 1° gennaio 2014 e presentano una dotazione di posti letto per acuti compresa tra 40 e 60 sono favoriti i processi di riconversione e/o fusione, da ultimare entro il 30 settembre 2016. Dal 1° gennaio 2017 non potranno essere sottoscritti contratti con le strutture accreditate con posti letto per acuti compresi tra 40 e 60 che non sono state interessate da processi di aggregazione;
- già dal 1° luglio 2015 non è possibile sottoscrivere contratti con strutture dotate di meno di 40 posti letto accreditati per acuti. per cui, a partire dal 1° gennaio 2015, ha a disposizione 18 mesi per programmare ed effettuare i processi di fusione e riconversione. Un altro 3% è costituito da erogatori con meno di 40 posti letto per acuti che, a partire dal 1° luglio 2015, non ha più la possibilità di sottoscrivere contratti di accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale.

Tabella 16 – Distribuzione percentuale delle strutture del Gruppo I – Anno 2013

	Sardegna	Italia (Totale complessivo)
Monospecialistiche	3%	25 (100%)
40<PL<60	3%	34 (100%)
PL<40	2%	31 (100%)
Totale		90 (100%)

Il Gruppo II in Italia è costituito da 118 aziende, che rappresentano il 20% delle strutture private accreditate. Oltre a non superare la “soglia di accreditabilità” dei 60 posti letto per acuti, queste aziende erogano anche prestazioni di riabilitazione e/o lungodegenza per conto del Servizio Sanitario Nazionale. Per queste strutture, dunque, l’eventuale interruzione dell’accreditamento per acuti non implicherebbe necessariamente la chiusura dell’attività aziendale per conto del SSN.

In Sardegna il numero di queste aziende è molto esiguo: riguarda l’1% delle aziende private accreditate con meno di 40 posti letto per acuti. Per non essere escluse dalla rete di offerta del Servizio Sanitario Nazionale, queste aziende potrebbero riorganizzare la propria capacità produttiva, scegliendo di rimodulare i contesti assistenziali, per esempio, in subacuti o strutture protette.

Tabella 17 – Distribuzione percentuale delle strutture del Gruppo II – Anno 2013

	Sardegna	Italia (Totale complessivo)
Monospecialistiche		4 (100%)
40<PL<60		31 (100%)
PL<40	1%	83 (100%)
Totale	0,8%	118 (100%)

3.4 Assistenza territoriale privata accreditata

Le principali strutture territoriali private accreditate sono: “ambulatori e laboratori”, “strutture residenziali” (come RSA e case protette), strutture semiresidenziali” (come i centri diurni integrati per malati di Alzheimer) e gli “istituti di riabilitazione”. Mentre nell’ambito dell’attività ospedaliera l’offerta è prevalentemente pubblica (circa il 70% dei posti letto sono gestiti da strutture di ricovero pubbliche, contro il 30% del privato accreditato), il peso e l’incidenza delle strutture private accreditate crescono quando si considerano le attività territoriali. Nel periodo compreso tra il 2007 e il 2012, gli ambulatori privati accreditati sono aumentati, passando dal 54% al 59% del totale. Sono cresciute anche le strutture territoriali accreditate residenziali e semiresidenziali passate, rispettivamente, dall’8% e dal 5% del 1997 al 64% e al 77% nel 2012.

L’offerta della riabilitazione a livello territoriale è gestita prevalentemente dal privato accreditato, in particolare dagli Istituti di riabilitazione ex art. 26, che svolgono attività di riabilitazione in regime residenziale, diurno, ambulatoriale e talvolta domiciliare, allo scopo di garantire il completamento del processo di recupero nel

caso di disabilità transitorie o semplicemente una riabilitazione estensiva nel caso di disabilità importanti. Ben l'85% dei posti letto destinati alla riabilitazione in regime residenziale sono gestiti da strutture private accreditate, mentre il valore cresce fino al 94% per quanto riguarda il regime semiresidenziale.

Anche in Sardegna le attività di assistenza territoriale sono fornite soprattutto dai privati. Nell'isola quasi la totalità dei posti letto di riabilitazione risultano, infatti, gestiti da strutture private accreditate: il 99% dei PL in regime residenziale e il 100% dei PL in regime semiresidenziale.

Tabella 18 - Distribuzione posti letto presso Istituti di riabilitazione – Anno 2012

	Sardegna	Italia
% PL Privato Accreditato per assistenza residenziale	99%	85%
% PL Privato Accreditato per assistenza semiresidenziale	100%	94%

3.5 Attività degli erogatori privati accreditati

L'analisi della suddivisione dei ricoveri privati accreditati per classe di attività evidenzia, a livello nazionale, la prevalenza dell'attività per acuti, che rappresenta l'87% dei ricoveri erogati da strutture accreditate. Seguono da lontano, con il 10,8%, i ricoveri per riabilitazione, mentre quelli per lungodegenza si fermano al 2,1%. Se si considerano le strutture pubbliche, invece, il peso dell'attività per acuti sale al 97,7%, mentre quello della riabilitazione (1,4%) e della lungodegenza (0,9%) si attestano su valori marginali.

In Sardegna, i ricoveri per acuti erogati dalle strutture accreditate superano la media nazionale, attestandosi al 92,3%. I ricoveri per riabilitazione erogati dai privati sono invece circa la metà della media italiana: si fermano, infatti, al 5,1%. Leggermente superiore al dato nazionale è, al contrario, la percentuale dei ricoveri erogati dai privati accreditati per lungodegenza, che raggiunge il 2,6%.

Tabella 19 - Suddivisione per tipologia dei ricoveri erogati dai privati accreditati – Anno 2013

	Sardegna	Italia
Acuti	92,3%	87,1%
Lungodegenza	2,6%	2,1%

Riabilitazione	5,1%	10,8%
----------------	------	-------

Per quanto riguarda le tipologie di attività erogata, in Italia il peso dei ricoveri classificabili come “alta specialità” nel privato accreditato è pari al 7,4%, un valore superiore al dato del pubblico, che si ferma al 6%. Secondo il Rapporto, questo elemento dimostra il fatto che il privato accreditato costituisce un pilastro fondamentale dell'intero Servizio Sanitario Nazionale, in quanto riveste un ruolo importante anche nel trattare le casistiche più complicate.

Lo stesso discorso vale anche per la Sardegna: nell'isola circa il 6% dei ricoveri classificabili come “alta specialità” è fornito dal settore privato accreditato, mentre quelli garantiti dal settore pubblico si attestano intorno al 4,5%.

3.6 Strutture pubbliche e private accreditate dotate di dipartimenti dedicati all'emergenza

La presenza della rete assistenziale ospedaliera di “emergenza-urgenza” rappresenta la seconda fase di risposta prevista dal sistema di emergenza sanitaria del nostro Paese, dopo la fase di allarme assicurata dalla centrale operativa. La risposta ospedaliera alle emergenze è garantita dalla rete degli ospedali sede di Pronto Soccorso (PS), di Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA di I e II livello) e di Dipartimento di Emergenza di alta Specialità (EAS). Il contributo del privato accreditato in questo settore appare limitato. Tuttavia, secondo il rapporto, risulterebbe sottostimato perché sconta il limite della rilevazione dei dati ministeriali, che includono tra le strutture pubbliche anche quelle equiparate. Di conseguenza, gli IRCCS di diritto privato e i Policlinici privati a gestione diretta dell'Università, che hanno in dotazione servizi per l'emergenza, vengono conteggiati insieme alle strutture pubbliche.

A livello nazionale, emerge che la maggior parte delle strutture pubbliche ed equiparate è dotata di un Pronto Soccorso (82,2%), oltre la metà possiede un Centro di rianimazione (64,4%), poco più della metà un Dipartimento di emergenza (52,2%), mentre solo il 16,8% è dotata di un Pronto Soccorso pediatrico.

In Sardegna un'elevata percentuale di strutture pubbliche ed equiparate è dotata di un Pronto Soccorso: il 77,4% - un valore di poco inferiore alla media nazionale. Il 45,2% (quasi venti punti percentuali in meno rispetto al dato italiano) possiede un Centro di rianimazione. Il 29% è dotata di un Dipartimento di emergenza (in questo caso più di venti punti percentuali in meno rispetto al dato nazionale). Infine, il 16,1 possiede un Pronto Soccorso pediatrico, un dato di poco inferiore alla media nazionale (soltanto dello 0,7%).

Per quanto riguarda le strutture private accreditate, la presenza di dipartimenti dedicati all'emergenza all'interno di queste strutture è molto ridotta a livello nazionale e risulta assente in Sardegna.

Tabella 20 - Distribuzione dei servizi di emergenza–urgenza presso strutture pubbliche e private

		Sardegna	Italia
Strutture pubbliche ed equiparate	% dotata di Dipartimento di emergenza	29,0	52,2
	% dotata di Pronto Soccorso	77,4	82,2
	% dotata di Pronto Soccorso pediatrico	16,1	16,8
	% dotata di Centri di rianimazione	45,2	64,4
Strutture private accreditate	% dotata di Dipartimento di emergenza	–	2,7
	% dotata di Pronto Soccorso		6,2
	% dotata di Pronto Soccorso pediatrico		0,4
	% dotata di Centri di rianimazione	–	9,4

4. I Consumi privati in sanità

La spesa sanitaria privata pro-capite, cioè a carico dei cittadini, viene considerata un possibile indicatore di due fattori: reddito della popolazione e qualità dell'offerta pubblica. Secondo il Rapporto, le regioni in cui la spesa a carico delle famiglie è più elevata sono anche quelle in cui il reddito degli abitanti è più alto e il sistema pubblico più efficiente. Lo dimostrerebbe il fatto che le prime posizioni della classifica sono occupate da regioni ad alto reddito come la Lombardia (608 euro), l'Emilia-Romagna (581 euro) e il Friuli Venezia Giulia (551 euro), che sono dotate di sistemi sanitari regionali ritenuti tra i migliori d'Italia, mentre nelle ultime posizioni si trovano Calabria (274 euro), Campania (263 euro) e Sicilia (245 euro), i cui servizi sanitari sono meno rinomati.

La Sardegna rientra nella parte bassa della graduatoria: con una spesa pro-capite di 286,3 euro nel 2013, si classifica al 16° posto su 19 (Piemonte e Valle d'Aosta sono state raggruppate). La situazione non cambia se si prende in considerazione il valore medio registrato nel periodo 2011-2013: con 320,7 euro, risulta sempre sedicesima.

Tabella 21 - La spesa sanitaria delle famiglie pro capite (euro) e ranking delle regioni, negli ultimi tre anni

Regioni	2011	2012	2013	Media 2011-13	Ranking 2013	Ranking 2011
Lombardia	558,6	527,9	604,3	563,6	1	4
Emilia Romagna	565,6	613,2	578,4	585,7	2	3
Friuli Venezia Giulia	581,7	553,6	550,8	562,0	3	5
Piemonte e Valle d'Aosta	463,5	529,1	549,6	514,1	4	6
Veneto	664,2	579,0	549,3	597,5	5	2
Trentino Alto Adige	707,5	562,9	522,5	597,6	6	1
Liguria	490,7	502,4	514,9	502,7	7	7
Toscana	510,8	468,9	480,4	486,7	8	8
Marche	495,2	457,9	420,8	458,0	9	10
Basilicata	322,4	434,4	401,6	386,1	10	12
Umbria	514,3	459,4	400,2	458,0	11	9
Lazio	477,3	440,0	396,6	438,0	12	11
Molise	382,1	361,6	393,6	379,1	13	14
Abruzzo	399,2	382,1	365,9	382,4	14	13
Puglia	356,6	313,4	315,6	328,6	15	15
Sardegna	348,6	327,2	286,3	320,7	16	16
Calabria	368,3	306,1	273,8	316,1	17	17
Campania	238,2	255,0	263,3	252,2	18	19
Sicilia	288,3	271,8	245,3	268,5	19	18
Italia	462,7	444,2	444	450,3	-	-

Analizzando, tuttavia, i consumi specifici dei cittadini sulla base del fattore “reddito”, la situazione cambia. La “qualità del sistema sanitario” passa infatti in secondo piano. Suddividendo la popolazione in tre fasce: “fascia bassa” (basso reddito), “fascia media” (medio reddito) e “fascia alta” (reddito elevato), si osserva che la differenza tra le regioni si assottiglia molto.

Occorre innanzitutto sottolineare che la “fascia bassa” rappresenta il 35,8% della popolazione e contribuisce solo al 15,8% della spesa sanitaria totale. La “fascia alta”, invece, rappresenta solo il 16,8% della popolazione, ma è titolare di quasi il 37,9% della spesa sanitaria totale. La “fascia media” costituisce il campione più rappresentativo, perché è formata dal 47,5% della popolazione e contribuisce al 46,3% della spesa sanitaria totale.

In Sardegna, i consumi privati della “fascia media” sono i più bassi d’Italia: con 338 euro, si attesta esattamente 100 euro in meno rispetto alla media nazionale. Vanno meglio i consumi della “fascia bassa” della popolazione: in questo caso la Sardegna è 7° in classifica. La spesa della “fascia alta”, con 1.098 euro pro-capite, si attesta poco sotto la media italiana, pari a 1.118 euro.

Tabella 21 - La spesa sanitaria delle famiglie pro capite (euro) per fascia della popolazione – Anno 2013

Regioni	Bassa	Media	Alta	Totale
Lombardia	153	469	1245	604
Emilia Romagna	158	506	1077	578
Friuli Venezia Giulia	136	417	1567	551
Piemonte e Valle d’Aosta	103	471	1168	550
Veneto	138	507	1184	549
Trentino Alto Adige	105	412	1003	523
Liguria	113	429	1261	515
Toscana	186	376	1133	480
Marche	160	414	1070	421
Basilicata	183	432	1393	402
Umbria	169	380	970	400
Lazio	85	362	966	397
Molise	150	417	1235	394
Abruzzo	224	372	799	366
Puglia	119	487	984	316
Sardegna	123	383	1098	286
Calabria	146	449	725	274
Campania	139	373	777	263

Sicilia	121	467	654	245
Italia	135	438	1118	444

5. Modifica dell'offerta ospedaliera

Negli ultimi quindici anni il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano ha spesso fatto ricorso alle partnership pubblico-privato (PPP) per rinnovare il capitale infrastrutturale e tecnologico. L'analisi del periodo 2004-2014 dimostra che questo non è avvenuto in Sardegna. L'unico ospedale pubblico costruito in questo lasso di tempo, infatti, è stato realizzato con appalto.

Tabella 22 - Nuovi ospedali realizzati tra il 2004 e il 2014 e relativa incidenza sulla rete ospedaliera pubblica al 2014

	Sardegna	Italia
Nuovi ospedali pubblici realizzati con PPP		18
Nuovi ospedali pubblici realizzati con appalto	1	30
% PL in nuovi ospedali realizzati con PPP su totale PL pubblici		5,4%
% PL in nuovi ospedali realizzati con appalto su totale PL pubblici	3,7%	5,9%
% PL in nuovi ospedali (appalto + PPP) su PL pubblici	3,7%	11,3%

6. Attività libero professionale intramuraria (Alpi)

Nel 2012, i ricavi complessivi delle aziende del Servizio Sanitario Nazionale per l'attività libero professionale intramuraria ammontano a circa 1,2 miliardi, su una spesa sanitaria pubblica pari a circa 114 miliardi. La dinamica dei ricavi mostra un'inversione di tendenza intorno al 2009-10: dopo una progressiva crescita registrata fino al 2009 (pari al 10% rispetto al 2006), i ricavi prima si stabilizzano e, poi, iniziano a decrescere, per circa 8 milioni tra il 2010 e il 2011 e per circa 28 milioni l'anno successivo. La variazione in diminuzione tra il 2010 e il 2012 sfiora quindi il 3%. Il calo è però accompagnato da una diminuzione più che proporzionale dei costi, per cui il saldo aumenta: passa da circa 149 milioni del 2010, a circa 218 milioni nel 2012. In termini percentuali, si verifica un aumento del margine di sei punti percentuali: si passa dal 12% del 2008 al 18% del 2012.

In Sardegna la retribuzione media di chi esercita la libera professione è passata da 14.048 euro l'anno del 2008 a 17.446 euro nel 2012. Nella regione il trend è leggermente diverso rispetto a quello italiano: i ricavi medi derivanti dall'attività intramuraria sono cresciuti fino al 2010, quando hanno toccato il valore massimo del periodo considerato (quasi 18 mila euro), sono diminuiti nel 2011 (raggiungendo i 16.468 euro), per poi risalire l'anno successivo. L'aumento dei costi ha però ridotto significativamente il margine dei ricavi: da una base di partenza del 12% nel 2008, ha raggiunto il 20% del 2011, per poi crollare al 10% nel 2012.

Tabella 23 - Ricavi e costi ALPI (valori in migliaia di euro) e margine ALPI (% sui ricavi) - Anni 2008-2012

		Sardegna	Italia (totale)
2008	Ricavi	14.048	1.258.163
	Costi	12.398	1.109.172
	Saldo	1.650	148.991
	Margine	12%	12%
2009	Ricavi	16.838	1.264.776
	Costi	14.074	1.102.300
	Saldo	2764	162.476
	Margine	16%	13%
2010	Ricavi	17910	1.264.626
	Costi	14641	1.100.488
	Saldo	3275	164.138
	Margine	18%	13%
2011	Ricavi	16468	1.256.865
	Costi	13241	1.079.961
	Saldo	3227	176.904
	Margine	20%	14%
2012	Ricavi	17446	1.228.555
	Costi	15775	1.010.356
	Saldo	1671	218.199
	Margine	10%	18%

7. Assistenza specialistica ambulatoriale

Le strutture che erogano prestazioni di specialistica ambulatoriale in nome e per conto del Servizio Sanitario Nazionale sono gli ambulatori e i laboratori pubblici e privati accreditati. Questi ultimi rappresentano circa il 60% delle strutture. Sia nel settore pubblico, sia in quello privato, la maggior parte delle strutture è di tipo extra-ospedaliero: nel 2012 lo erano circa il 70% delle strutture pubbliche e il 93% di quelle private accreditate. Dal Rapporto emerge che, in rapporto alla popolazione residente, in Sardegna è presente un numero di strutture superiore alla media nazionale, mentre l'incidenza del privato accreditato risulta piuttosto limitata.

L'assistenza specialistica ambulatoriale include visite specialistiche, prestazioni riabilitative e terapeutiche, attività di diagnostica strumentale (RX, TAC, Ecografia, ECG, ecc.), analisi di laboratorio e alcuni interventi chirurgici. Le prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate nel 2012 in nome e per conto del Servizio Sanitario Nazionale sono state 1.290.204.767. Di queste, circa l'80% appartiene alla branca "laboratorio analisi chimico cliniche e microbiologia", seguito dalle branche "diagnostica per immagini" (5%) e "medicina fisica e riabilitazione" (4%). Questo valore include tutte le prestazioni erogate per i cittadini esterni e, nel caso della specialità di diagnostica e di laboratorio, anche quelle per i pazienti ricoverati (prestazioni per interni).

In Sardegna il numero complessivo di prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate nel 2012 è pari a 30.789.526. Come avviene a livello nazionale, la maggior parte (22.772.394) rientra nella branca "analisi chimico cliniche e microbiologia". Al secondo posto si trovano le "visite specialistiche, riabilitazione, chirurgia" (6.447.189), seguite dalle prestazioni di "diagnostica per immagini" (1.569.943).

Tabella 24 - Volumi di prestazioni di specialistica ambulatoriale – Anno 2012

	Sardegna	Italia
Laboratorio analisi chimico cliniche e microbiologia	22.772.394	1.014.600.245
Diagnostica per immagini	1.569.943	59.908.945
Visite specialistiche, riabilitazione, chirurgia*	6.447.189	215.695.577

Totale	30.789.526	1.290.204.767
* Vengono considerate le seguenti prestazioni: anestesia, cardiologia, chirurgia generale, chirurgia plastica, chirurgia vascolare e angiologia, dermosifilopatia, endocrinologia, gastroenterologia, chirurgia e endoscopia, medicina fisica e riabilitazione, nefrologia, neurochirurgia, neurologia, oculistica, odontostomatologia, chirurgia maxillo-facciale, oncologia, ortopedia e traumatologia, ostetricia e ginecologia, otorinolaringoiatria, pneumatologia, psichiatria, radioterapia, urologia.		

7.1 Nomenclatore tariffario dell'assistenza specialistica ambulatoriale

Le tipologie di prestazioni specialistiche ambulatoriali a carico del Servizio Sanitario Nazionale, indicate dal DM del 22 luglio 1996, sono 1.702 (le relative tariffe massime sono state aggiornate con DM del 18 ottobre 2012). Inoltre, risultano sempre a carico del SSN le prestazioni di chirurgia ambulatoriale e di diagnostica strumentale che, seppur non presenti nel DM del 1996, erano precedentemente erogate in regime di ricovero.

Oltre a quelle stabilite a livello nazionale, le regioni e le province autonome possono disporre l'erogazione di ulteriori prestazioni: in questi casi, devono definire gli importi tariffari per la remunerazione degli erogatori e adeguare le forme di partecipazione alla spesa da parte dei cittadini, per le singole prestazioni o per pacchetti di prestazioni. Il Rapporto evidenzia l'esistenza di una maggiore aderenza agli indirizzi nazionali da parte delle regioni in piano di rientro e di alcune regioni di piccole dimensioni.

La Sardegna è la regione in cui è stato introdotto il minor numero di prestazioni (1.720): l'incidenza delle prestazioni aggiuntive, pari all'1%, risulta la più bassa d'Italia. Nella regione sono stati inseriti 8 Percorsi Ambulatoriali Complessi e Coordinati (PACC), che comprendono soprattutto prestazioni diagnostiche e riguardano la valutazione diagnostica o il follow-up di specifiche patologie, quali diabete, cancro all'utero e cancro alla mammella.

Tabella 25 - Informazioni su Nomenclatori e Tariffari in ambito di assistenza specialistica ambulatoriale

	Numero di prestazioni nomenclatore regionale	Incidenza del numero delle prestazioni aggiuntive rispetto al nomenclatore DM 96
Piemonte (*)	1.962	18%
Valle d'Aosta	1.814	7%
Lombardia	2.121	20%
Provincia Autonoma di Bolzano	1.920	11%

Provincia Autonoma di Trento	2.056	17%
Veneto	2.143	25%
Friuli Venezia Giulia	2.106	22%
Liguria	1.755	2%
Emilia Romagna	2.558	34%
Toscana	1.767	14%
Umbria	1.985	14%
Marche	2.284	31%
Lazio(*)	1.863	9%
Abruzzo (*)	1.805	6%
Molise (*)	1.732	2%
Campania (*)	1.766	5%
Puglia (*)	1.744	2%
Basilicata	2.281	24%
Calabria (*)	1.746	3%
Sicilia (*)	1.804	6%
Sardegna	1.720	1%

* Regioni in Piano di Rientro

Capitolo 4

La salute in Sardegna nel Rapporto OsMed L'uso dei farmaci in Italia

Il Rapporto OsMed “L'uso dei farmaci in Italia- Rapporto Nazionale Anno 2015” descrive l'utilizzo dei farmaci da parte della popolazione italiana, a livello nazionale e regionale, in termini di spesa, volumi e tipologia. Analizza, in particolare, la spesa farmaceutica territoriale, quella a carico dei cittadini, l'assistenza farmaceutica ospedaliera e ambulatoriale, l'appropriatezza prescrittiva e il consumo dei farmaci nella nazione italiana.

1. Il Governo della spesa farmaceutica

Il governo della spesa farmaceutica consiste nelle azioni intraprese per adeguare la spesa sostenuta dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per l'erogazione dei medicinali, alle risorse finanziarie disponibili. In pratica, è il processo che garantisce l'equilibrio economico del sistema attraverso il rispetto dei tetti di spesa farmaceutica programmati. Nel 2015, il tetto della spesa farmaceutica territoriale è stato fissato all'11,35% del fabbisogno sanitario nazionale (FSN), che corrisponde alla somma della spesa farmaceutica convenzionata (comprensiva di ogni compartecipazione a carico degli assistiti) e della spesa per medicinali di classe A erogati in distribuzione diretta (inclusa la distribuzione per conto e la distribuzione in dimissione ospedaliera), al netto degli importi versati dalle aziende farmaceutiche in attuazione dei procedimenti di legge.

Il monitoraggio della spesa farmaceutica territoriale nel 2015 ha evidenziato, a livello nazionale, una spesa di 12.666 milioni di euro, con un disavanzo complessivo di 331 milioni di euro rispetto al livello di finanziamento programmato, pari a 12.335 milioni di euro (tetto di spesa programmata fissata all'11,35% del

FSN). La spesa farmaceutica territoriale è aumentata del 3,7% rispetto all'anno precedente (12.217 milioni di euro).

La Sardegna è una delle 11 regioni che hanno superato il tetto dell'11,35% della spesa farmaceutica territoriale. Sulla questione è intervenuta la Legge di Stabilità 2016 (legge n. 208/2015), il cui comma 702 ha previsto che, nelle more della ripetizione dei procedimenti di ripiano del tetto della spesa farmaceutica territoriale e ospedaliera da parte dell'AIFA, per gli anni 2013 e 2014, le Regioni potevano iscrivere al bilancio regionale dell'anno 2015 il 90% di quanto loro dovuto a titolo di ripiano dello sfondamento dei tetti da parte delle aziende farmaceutiche.

2. Il governo dell'appropriatezza prescrittiva

Lo strumento attraverso cui si garantisce l'uso appropriato dei medicinali è rappresentato dalle "Note AIFA", che definiscono la rimborsabilità di alcuni medicinali e indirizzano l'attività prescrittiva dei medici sulla base delle migliori prove di efficacia presenti in letteratura. Le Note AIFA vengono pertanto aggiornate di continuo, sulla base delle evidenze scientifiche emergenti. A livello nazionale, nel 2015 la spesa farmaceutica territoriale pro-capite relativa ai medicinali inclusi nelle Note AIFA è pari a 61 euro. Mostra, quindi, una riduzione dell'1,9% rispetto al 2014, nonostante un decremento dei consumi dell'1%. Complessivamente, la quota di spesa relativa ai farmaci con Nota AIFA erogati in distribuzione diretta e per conto sul totale è pari al 23,4%.

In Sardegna nel 2015 la spesa farmaceutica territoriale pro-capite relativa ai medicinali inclusi nelle Note AIFA supera la media nazionale, attestandosi a 87 euro. Rispetto al 2014 è diminuita dello 0,7%, mentre i consumi sono cresciuti dell'1,6%. La quota totale di spesa relativa ai farmaci con Nota AIFA erogati in distribuzione diretta e per conto è pari al 28,1%.

Tabella 1 - Distribuzione di spesa e consumo territoriale di farmaci di classe A-SSN con Nota AIFA – Anno 2015

	Sardegna	Italia
Spesa territoriale pro capite	87,0	61,0
% (variazione percentuale) tra 2015 e 2014	-0,7	1,9
% Spesa DD/DPC (distribuzione diretta e per conto di fascia A)	28,1	-23,4
DDD/1000 ab. die (relative solamente ai consumi in regime di assistenza convenzionata)	7,5	206,7

% tra 2015 e 2014	1,6	-1,0
-------------------	-----	------

2.1 Tetti di spesa per l'uso appropriato dei farmaci

I tetti di spesa per l'uso appropriato di singole specialità medicinali, molecole o classi terapeutiche (anche detti "tetti di prodotto"), sono sottoscritti tra l'AIFA e le aziende farmaceutiche nell'ambito degli accordi negoziali che precedono l'autorizzazione all'immissione in commercio. La validità temporale del tetto di spesa attribuito al singolo medicinale, definito dall'accordo negoziale, generalmente si attesta intorno ai 12-24 mesi. L'obiettivo del tetto di spesa è quello di evitare l'uso inappropriato dei medicinali, che potrebbero essere impiegati in pazienti affetti da una condizione clinica non corrispondente all'indicazione terapeutica autorizzata. Questa circostanza, infatti, potrebbe portare a un'espansione della spesa farmaceutica rispetto a quella stimata nell'ambito del percorso regolatorio. Una prescrizione farmacologica può essere, infatti, considerata appropriata solo se effettuata all'interno delle indicazioni cliniche per le quali il farmaco si è dimostrato efficace e nell'ambito delle sue indicazioni d'uso (dose e durata del trattamento).

Complessivamente, le aziende farmaceutiche hanno versato alle Regioni la somma di 258.957.507 euro per i medicinali soggetti a tetto di spesa classificati ai fini della rimborsabilità in fascia A (questa fascia comprende i farmaci essenziali e destinati al trattamento delle malattie croniche, il cui costo è a carico dello Stato, anche se, a seconda delle normative regionali, può essere previsto un ticket di compartecipazione alla spesa a carico del cittadino), e di 1,1 milioni di euro per quelli classificati in classe H (questa fascia comprende i farmaci che, per caratteristiche farmacologiche, per modalità di somministrazione, per innovatività o per altri motivi di salute pubblica, sono dispensabili negli ospedali o somministrabili negli ambulatori specialistici).

Nel 2015 l'importo versato dalle aziende farmaceutiche alla Sardegna per i farmaci di fascia A è pari a 6.872.433 euro, mentre quello versato per i medicinali classificati in fascia H si ferma a 24.710 euro.

Tabella 2 - Importi versati dalle aziende alle Regioni nell'anno 2015 (fascia A e H)

	Sardegna	Italia
Totale fascia A	6.872.433	258.957.507
Totale fascia H	24.710	1.114.663

2.2. Registri di monitoraggio dei farmaci

Oltre alle Note AIFA, un altro uno strumento di governo dell'appropriatezza prescritti è rappresentato dai "Registri dei farmaci sottoposti a monitoraggio". Nei Registri AIFA sono inseriti i medicinali che sono stati autorizzati all'immissione in commercio o che hanno ricevuto l'autorizzazione di un'estensione delle indicazioni terapeutiche. Nel 2015 risultavano attivi 152 Registri, compresi 14 Piani Terapeutici web-based (utilizzati per i medicinali soggetti a prescrizione medica limitativa, vendibili al pubblico su prescrizione di specialisti all'interno di strutture sanitarie individuate dalle Regioni). Altri 108 Registri sono relativi alla tipologia di raccolta dati denominata "Drug-product monitoring Registry" (che racchiude i dati per farmaco specifico), mentre i restanti 30 riguardano la tipologia "Therapeutic Area Registry" (relativa all'indicazione terapeutica), che è stata introdotta nel 2014.

Per quanto riguarda i rimborsi dovuti dalle aziende farmaceutiche nei confronti delle Regioni, a seguito delle procedure di rimborsabilità condizionata per i medicinali inseriti nei Registri di monitoraggio AIFA, l'analisi evidenzia che l'importo complessivo rimborsabile per 29 medicinali e 30 indicazioni terapeutiche sottoposte ad accordi di rimborso condizionato alla data del 31 dicembre 2014, è pari a 41.072.978 euro. Il numero delle dispensazioni rimborsabili è di 24.857, mentre quello delle confezioni rimborsabili è di 64.365.

In Sardegna l'importo rimborsabile complessivo per i farmaci e le indicazioni terapeutiche in esame è di 1.075.968 euro, pari al 2,6% del totale. Il numero delle dispensazioni rimborsabili è di 698, mentre quello delle confezioni rimborsabili è di 1.677.

Tabella 3 - Presunti rimborsi per 29 medicinali e 30 indicazioni terapeutiche sottoposte ad accordi di rimborso condizionato alla data del 31/12/2014 - Anni 2013 e 2014

	Sardegna	Italia (totale)
N. dispensazioni rimborsabili	698	24.857
Inc. %	2,8	100,0
N. confezioni rimborsabili	1.677	64.365
Inc. %	2,6	100,0
Importo rimborsabile	1.075.968	41.072.978
Inc. %	2,6	100,0

L'analisi dei rimborsi ottenuti per 93 Registri evidenzia, a livello nazionale, una crescita significativa tra il 2013, quando era pari a 22.516.519 unità, e il 2015, quando ha raggiunto i 204.604.209 rimborsi.

Anche in Sardegna il numero dei rimborsi è salito durante il triennio: è passato da 441.951 nel 2013, a 882.818 nel 2014, fino a raggiungere i 6.173.925 nel 2015.

Tabella 4 - Rimborsi ottenuti nell'anno 2015 per anno di competenza (data di fine trattamento) per 93 Registri (con accordi di condivisione del rischio) alla data del 31 Dicembre 2015. (Sono esclusi i rimborsi applicati extra-sistema dei Registri, ad esempio per gli accordi prezzo/volume dei medicinali per il trattamento dell'epatite C cronica)

	Sardegna	Italia (totale)
2013 (€)	441.951	22.516.519
2014 (€)	882.818	39.822.829
2015 (€)	6.173.925	204.604.209

3. Dati di spesa e consumo dei farmaci

Il Rapporto fornisce una sintesi dei dati relativi ai consumi dei farmaci in Italia e alla spesa per i medicinali erogati a carico del Servizio Sanitario Nazionale in regime di dispensazione convenzionale, ospedaliera, diretta e per conto. Inoltre, descrive i consumi e la spesa dei medicinali di classe C acquistati direttamente dal cittadino, oltre all'acquisto privato di medicinali di classe A (farmaci essenziali e destinati al trattamento delle malattie croniche, il cui costo è a carico dello Stato, anche se, a seconda delle normative regionali, può essere previsto un ticket di compartecipazione alla spesa a carico del cittadino) e di classe H (farmaci che, per caratteristiche farmacologiche, per modalità di somministrazione, per innovatività o per altri motivi di salute pubblica, sono dispensabili negli ospedali o somministrabili negli ambulatori specialistici).

Nel 2015 la spesa farmaceutica totale, pubblica e privata, è stata di 28,9 miliardi di euro, di cui il 76,3% rimborsato dal SSN. In media, per ogni cittadino italiano, la spesa per i farmaci ha raggiunto la cifra di 476 euro.

3.1 Consumo territoriale dei farmaci

Nel 2015 la spesa farmaceutica territoriale complessiva, pubblica e privata, è stata di 21.778 milioni di euro. Il 61,5% della spesa totale è costituito da quella pubblica (che comprende la spesa per i medicinali erogati in regime di assistenza convenzionata e la spesa per quelli erogati in distribuzione diretta e per conto di classe A), che ha raggiunto i 13.398 milioni di euro, pari a 220,4 euro pro capite.

La spesa per l'acquisto di medicinali da parte delle strutture sanitarie pubbliche si è attestata su 11,2 miliardi di euro, pari a 184,3 euro pro-capite. Questa voce rappresenta il 38,7% della spesa farmaceutica totale pubblica e privata nel 2015, e ha fatto registrare un incremento del 24,5% rispetto al 2014.

La Sardegna rappresenta (insieme alla Puglia) una delle due regioni in cui si è registrata la spesa pro-capite più elevata, pari a 224,4 euro. Rispetto al 2014, l'incremento registrato si attesta al 22,3%.

Per quanto riguarda i consumi, a livello nazionale è stato osservato un aumento del 2,2% rispetto all'anno precedente, con una media di 154,1 dosi giornaliere ogni 1.000 abitanti (DDD/1000 abitanti die: numero medio di dosi di farmaco consumate giornalmente da 1000 abitanti).

Il consumo di farmaci è cresciuto anche in Sardegna, dov'è stato registrato un incremento del 2% rispetto al 2014. Nella Regione il consumo quotidiano medio si è attestato su 148 DDD/1000 abitanti die.

Tabella 5 - Spesa e consumi per farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche: confronto 2015-2014			
		Sardegna	Italia
Spesa SSN pro capite	€	224,4	184,3
	%15-14	22,3	24,5
DDD/1000 abitanti die	N.	148,0	154,1
	%15-14	2,0	2,2

3.2 Spesa a carico dei cittadini

Esistono due modalità di compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini: i ticket regionali per ricetta (o per confezione) e le quote di compartecipazione sui medicinali a brevetto scaduto (a carico del paziente risulta la differenza tra il prezzo del farmaco prescritto e quello economicamente più basso di medesima composizione). Per quanto riguarda il primo valore, si osserva che la Sardegna è una delle quattro regioni (insieme a Marche, Valle d'Aosta e Friuli Venezia Giulia) che non applicano il ticket su farmaci o confezioni come manovra di contenimento della spesa farmaceutica convenzionata.

Nel 2015 la spesa a carico dei cittadini, che comprende la spesa per la compartecipazione, la spesa per i medicinali di fascia A acquistati privatamente e quella per i farmaci di classe C, è stata di 8.380 milioni di euro. La spesa per la compartecipazione a carico del cittadino, da sola, è risultata pari a 1.521 milioni di euro (circa 25 euro pro-capite), e ha raggiunto un'incidenza sulla spesa farmaceutica convenzionata lorda del 14%.

A livello nazionale, la spesa per i medicinali di fascia A acquistati direttamente dal cittadino è pari a 1.487 milioni di euro e costituisce il 5% della spesa farmaceutica totale. In Sardegna la spesa per i medicinali di fascia A acquistati privatamente raggiunge i 25 milioni di euro e rappresenta il 3% della spesa farmaceutica regionale.

Il valore complessivo della compartecipazione del cittadino per l'acquisto di farmaci erogati in regime di assistenza convenzionata è, invece, pari a 1,52 miliardi di euro. Tuttavia, solo il 34,5% è stato acquisito dalle regioni sotto forma di ticket per ricetta o per confezione, a causa delle diverse modalità di applicazione dei ticket a livello regionale.

In Sardegna la compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini ha raggiunto il valore di 28 milioni di euro e proviene esclusivamente dalla compartecipazione sui medicinali a brevetto scaduto (poiché, come specificato sopra, la Regione ha scelto di non applicare il ticket su farmaci).

Tabella 6 – Spesa farmaceutica a carico dei cittadini – Anno 2015			
	Spesa	Sardegna	Italia
Spesa privata per l'acquisto di farmaci di classe A	Milioni di euro	25,35	1.487
	%	3,0	5,0
Compartecipazione per l'acquisto di farmaci erogati in regime di assistenza convenzionati	Milioni di euro	28	1.521

3.3 Analisi regionale della spesa farmaceutica pubblica e privata

La spesa erogata dalle regioni in regime di assistenza convenzionata, pari a 10,8 miliardi di euro, incide per il 38% sulla spesa totale nazionale. In Sardegna è leggermente sopra la media italiana: con un valore di 340 milioni di euro, costituisce il 39% della spesa regionale.

La spesa sostenuta per l'acquisto di medicinali da parte delle strutture sanitarie pubbliche è pari a 11,2 miliardi di euro e incide per il 39% della spesa totale a livello nazionale. In Sardegna questa voce supera di poco la media italiana: con un valore di 377 milioni di euro, rappresenta il 43% della spesa regionale.

Tabella 7 - Composizione della spesa farmaceutica totale – Anno 2015

		Sardegna	Italia
Spesa convenzionata lorda*	Spesa (milioni di euro)	340	10.863
	% (calcolata sul totale della spesa regionale)	39,0	38,0
Classe A privato	Spesa	25	1.487
	%	3,0	5,0
Classe C con ricetta	Spesa	80	2.997
		9,0	10,0
Automedicazione (farmacie pubbliche e private)	Spesa	54	2.375
	%	6,0	8,0
Strutture pubbliche	Spesa	377	11.203
	%	43,0	39,0
Totale		875	28.925
*La spesa si riferisce ai farmaci di Classe A-SSN e ai farmaci di classe C (23 milioni di euro) rimborsati dal SSN esclusivamente per i titolari di pensione di guerra diretta vitalizia ai sensi della legge 203/2000.			

A livello nazionale, la spesa netta farmaceutica pubblica erogata in regime di assistenza convenzionata ha raggiunto gli 8.477 milioni di euro nel 2015. Le ricette emesse sono state 596 milioni, mentre le confezioni di medicinali dispensate ai cittadini sono state 1,1 miliardi. Contemporaneamente, il Servizio Sanitario Nazionale ha ottenuto 865 milioni di euro dagli sconti obbligatori di legge. Come già accennato, il valore complessivo della compartecipazione del cittadino per l'acquisto di farmaci erogati in regime di assistenza convenzionata è pari a 1,52 miliardi di euro.

In Sardegna la spesa farmaceutica pubblica erogata in regime di assistenza convenzionata è pari a 284 milioni di euro. Sono state emesse 19.587 ricette ed erogate ai cittadini 34.698 confezioni di medicinali. Il Servizio Sanitario Regionale ha ottenuto 27 milioni di euro dagli sconti obbligatori di legge. Come visto in precedenza, la compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini è pari a 28 milioni di euro.

Tabella 8 - Spesa e consumi dei farmaci erogati in regime di assistenza convenzionata – Anno 2015

	Sardegna	Italia
Ricette (migliaia)	19.587	596.046
Confezioni (migliaia)	34.698	1.132.926
Spesa lorda (milioni di euro)	340	10.863
Sconto (milioni di euro)	27	865
Compartecipazione (milioni)	28	1.521
Spesa netta (milioni di)	284	8.477

* Comprende la compartecipazione per confezione, per ricetta e sugli equivalenti
 **La spesa netta è ottenuta sottraendo alla spesa lorda lo sconto e il ticket a carico dei pazienti

La spesa farmaceutica erogata in regime di assistenza convenzionata, a carico delle Regioni, nel 2015 è diminuita dell'1,4% rispetto all'anno precedente, registrando un valore di 142,4 euro pro-capite. La quota di compartecipazione del cittadino è pari a 25 euro pro-capite, e mostra un aumento del 2,5% rispetto al 2014. Il 34,5% di questo valore è costituito dai proventi relativi ai ticket per ricetta o per confezione.

Con 169,5 euro pro-capite, la spesa farmaceutica erogata in regime di assistenza convenzionata ha raggiunto in Sardegna il valore più alto d'Italia, anche se rispetto al 2014 è diminuita dello 0,9%. In questo caso la compartecipazione del cittadino è pari a 16,9 euro pro-capite, l'8,4% in più rispetto al 2014. Come già accennato, in Sardegna questo valore proviene esclusivamente dalla compartecipazione sui medicinali a brevetto scaduto, perché la Regione non applica il ticket su farmaci.

Tabella 9 - Spesa farmaceutica convenzionata – Anno 2015

		Sardegna	Italia
Spesa netta procapite	€	169,5	142,4
	% 15/14	-0,9	-1,4
Spesa lorda procapite	€	202,6	178,7
	% 15/14	-0,6	-1,4
Compartecipazione del cittadino	pro-capite €	16,9	25,0

	%**	8,4	14,0
	% 15/14	5,7	2,5
	<i>ticket fisso (%)***</i>	0,0	34,5
	<i>quota prezzo di riferimento (%)***</i>	100,0	65,5
* Comprende la compartecipazione per confezione, per ricetta e quota eccedente il prezzo di riferimento dei medicinali a brevetto scaduto **Percentuale calcolata sulla spesa lorda. ***Percentuale calcolata sulla compartecipazione totale			

Per quanto riguarda la spesa farmaceutica convenzionata a prezzi al pubblico (spesa lorda), la spesa pro-capite nazionale risulta pari a 178,3 euro. In media, per ogni cittadino sono state dispensate dalle farmacie convenzionate 18,6 confezioni di medicinali.

In Sardegna la spesa lorda pro-capite ha superato la media nazionale, raggiungendo i 202,5 euro. Anche il numero di confezioni dispensate supera quello italiano, attestandosi a quasi 21 confezioni a testa.

Tabella 10 - Spesa e consumi in regime di assistenza convenzionata di classe A-SSN – Anno 2015

	Sardegna	Italia
Spesa lorda pro capite*	202,5	178,3
Scostamento % dalla media nazionale	13,6	
Confezioni pro capite	20,7	18,6
DDD/1000 ab die	1.219,1	1.114,9

* Spesa di fascia A al netto della fascia C rimborsata per i titolari di pensione di guerra diretta vitalizia ai sensi della Legge n. 203 del 19 luglio 2000 (23 milioni di euro).

La spesa pro-capite nazionale per l'acquisto di medicinali da parte delle strutture sanitarie pubbliche è pari a 184,3 euro. Il numero di confezioni dispensate, in questo caso, si ferma a 6 per cittadino.

La Sardegna registra, anche stavolta, il valore più alto d'Italia (insieme alla Puglia): con una spesa lorda pro-capite di 224,4, mostra lo scostamento più forte rispetto alla media nazionale. Tuttavia, le dosi quotidiane di farmaci consumate ogni 1.000 abitanti sono inferiori al dato italiano (154,1): si fermano a 148 DDD/1000 ab die (DDD/1000 abitanti die: numero medio di dosi di farmaco consumate giornalmente da 1000 abitanti).

Tabella 11 - Spesa e consumi per farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche - Anno 2015

	Sardegna	Italia
Spesa lorda pro capite*	224,4	184,3
Scostamento % dalla media nazionale	21,8	
Confezioni pro capite	6,2	6,0
DDD/1000 ab die	148,0	154,1

L'analisi della relazione tra la spesa e i consumi erogati in regime di assistenza convenzionata evidenzia che la Sardegna consuma mediamente più dosi quotidiane di farmaci rispetto alla media nazionale (+9 DDD/1000 ab die). Ma spende anche di più: il costo medio di una giornata di terapia è più alto di 14 euro. Invece, quando si prende in considerazione la relazione tra la spesa e i consumi dei medicinali acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche, si osserva che le strutture sarde hanno acquistato dosi di medicinali in quantità inferiori rispetto alla media nazionale (-4 DDD/1000 ab die). Tuttavia, nella regione la spesa risulta più alta rispetto alla media italiana: lo scostamento è, infatti, pari a +22 euro.

Tabella 12 - Consumi farmaceutici in regime di assistenza convenzionata e consumi dei farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche in Sardegna, per quantità, costo medio di giornata di terapia e spesa – Anno 2015

		Assistenza convenzionata	Farmaci acquistati da strutture sanitarie pubbliche
Scostamento % dalla media nazionale	<i>DDD/1000 ab die</i>	9	-4
	<i>Costo medio DDD</i>	4	27
	<i>Spesa lorda pro capite</i>	14	22
Rango spesa		6	1

L'esame combinato tra i consumi erogati in regime di assistenza convenzionata e l'acquisto da parte delle strutture sanitarie pubbliche dei medicinali di fascia A erogati in distribuzione diretta e per conto, evidenzia che a livello nazionale la

spesa territoriale pro-capite è pari a 262,8 euro, quella privata pro-capite è pari a 113,6 euro, mentre la spesa farmaceutica territoriale pro-capite è pari a 376,4 euro.

In Sardegna la spesa territoriale pro-capite supera la media nazionale attestandosi a 318,4 euro. La spesa privata pro-capite è, invece, inferiore e si ferma a 95,5 euro. Infine, la spesa farmaceutica territoriale pro-capite è di nuovo superiore alla media italiana ed è pari a 413,9 euro.

Tabella 13 - Spesa farmaceutica pro capite territoriale (pubblica e privata) - Anno 2015

	Sardegna	Italia
Spesa territoriale* classe A-SSN pro capite	318,4	262,8
Spesa privata pro capite (A, C, SOP e OTC)	95,5	113,6
Spesa farmaceutica territoriale pro-capite	413,9	376,4

* Spesa lorda convenzionata di fascia A, al netto della fascia C rimborsata per i titolari di pensione di guerra diretta vitalizia ai sensi della Legge n. 203 del 19 luglio 2000 (23 milioni di euro), a cui è stata aggiunta la spesa per la distribuzione diretta e per conto di fascia A. Fonte: elaborazione OsMed su dati ASSR/Assessorati Regionali e IMS Health.

Il Rapporto analizza anche le componenti che hanno concorso alla variazione della spesa farmaceutica per i medicinali di fascia A, erogati in regime di assistenza convenzionata. L'esame evidenzia che nel 2015 la spesa convenzionata è diminuita dell'1,1%, principalmente a causa dell'"effetto prezzi" (la riduzione dei prezzi dovuta in prevalenza alle scadenze brevettuali in corso d'anno) pari all'1,8%, e dell'"effetto mix" (lo spostamento dei consumi verso prodotti a minor prezzo) pari all'1%. L'effetto prezzi e l'effetto mix sono stati, in parte, bilanciati dall'incremento dei consumi, aumentato dell'1,7%.

In Sardegna la spesa convenzionata è rimasta stabile: non ha mostrato variazioni rispetto al 2014. Si è invece registrato un aumento dei consumi pari al 2,5%, un dato superiore a quello nazionale. Anche nella regione è stato avvertito l'"effetto prezzi": la riduzione dei prezzi ha raggiunto il 2,3%. L'"effetto mix" è stato più contenuto, si è infatti attestato sullo 0,2%.

Tabella 14 - Effetto consumi, prezzi e "mix" sulla variazione della spesa farmaceutica in regime di assistenza

		Sardegna	Italia
Spesa lorda* 2015 (milioni)		339,9	10.840
% 2015-2014	<i>spesa</i>	0	-1,1
	<i>DDD</i>	2,5	1,7

% costo medio DDD	<i>effetto prezzi</i>	-2,3	-1,8
	<i>effetto mix</i>	-0,2	-1,0
		-2,5	-2,8
*Spesa di fascia A al netto della fascia C rimborsata per i titolari di pensione di guerra diretta vitalizia ai sensi della Legge n. 203 del 19 luglio 2000 (23 milioni di euro)			

4. Analisi dei consumi sulla base delle categorie terapeutiche

In questa sezione si analizza l'andamento temporale del consumo medio di dosi di farmaco consumate giornalmente da 1000 abitanti (DDD/1000 abitanti die), nel biennio 2014-2015, relativo a 18 categorie di medicinali. I dati si riferiscono sia all'erogazione in regime di assistenza convenzionata, sia all'acquisto dei farmaci da parte delle strutture sanitarie pubbliche.

Antiacidi e antiulcera

A livello nazionale il consumo di questi medicinali è diminuito rispetto al 2014, passando da 87,2 a 84,9 DDD/1000 ab die. La variazione percentuale nel corso dei due anni è stata del 2,6%.

Nel biennio 2014-15, il consumo di questi farmaci in Sardegna risulta superiore a quello nazionale: è pari a 107,1 DDD/1000 ab die nel 2014 e a 108,7 DDD/1000 ab die. La variazione si è attestata su un valore dell'1,5%.

Antidiabetici

In Italia il consumo di questi medicinali è aumentato leggermente, passando da 62,1 DDD/1000 ab die nel 2014 a 62,6 DDD/1000 ab die nel 2015. La variazione è stata inferiore a un punto percentuale.

In Sardegna il consumo di questi farmaci è di poco superiore alla media nazionale, ma mostra una tendenza inversa a quella italiana: nel 2015 ha subito un calo, si è fermato a 66,8 DDD/1000 ab die. Nel 2014, invece, questo valore raggiungeva i 67,3 DDD/1000 ab die.

Antiaggreganti e anticoagulanti

A livello nazionale il consumo di questi medicinali si è attestato a 88 DDD/1000 ab die nel 2014 e a 91,8 DDD/1000 ab die nel 2015. Nel corso del biennio ha subito un incremento pari al 4,3%.

Anche in Sardegna il consumo di questi farmaci è aumentato: è passato da 100,688 DDD/1000 ab die nel 2014 a 102,8 88 DDD/1000 ab die nel 2015.

Farmaci per l'ipertensione e lo scompenso

In Italia il consumo di questi medicinali è diminuito nel corso del biennio, passando da 371,7 DDD/1000 ab die nel 2014 a 368,7 DDD/1000 ab die nel 2015.

Il consumo di questi farmaci in Sardegna è inferiore alla media nazionale ed è diminuito durante il biennio: è passata da 351,3 DDD/1000 ab die nel 2014 a 346,5 DDD/1000 ab die nel 2015.

Ipolipemizzanti

A livello nazionale il consumo di questi medicinali è cresciuto del 3,3% tra il 2014, quando si attestava a 79 DDD/1000 ab die, e il 2015, quando ha raggiunto 81,6 DDD/ 1000 ab die.

In Sardegna il consumo di questi farmaci è superiore alla media nazionale ed è cresciuto del 3,7% durante il biennio, passando da 97 DDD/1000 ab die nel 2014 a 100,6 DDD/1000 ab die nel 2015.

Farmaci per l'iperplasia prostatica

In Italia il consumo di questi medicinali ha subito una variazione percentuale in aumento del 3,5%. È passato da 32,4 DDD/1000 ab die nel 2014 a 33,5 DDD/ 1000 ab die nel 2015.

Anche in Sardegna il consumo di questi farmaci è aumentato: è passato da 31,2 DDD/ 1000 ab die nel 2014 a 32,6 DDD/1000 ab die nel 2015.

Antibiotici

In Italia il consumo di questi medicinali è diminuito, passando da 23,4 DDD/1000 ab die nel 2014 a 22,8 DDD/1000 ab die nel 2015.

In Sardegna il consumo di antibiotici risulta inferiore alla media nazionale in entrambi gli anni presi in considerazione. Inoltre, è diminuito dell'1,9%, passando da 21,2 DDD/ 1000 ab die nel 2014 a 20,8 DDD/1000 ab die nel 2015.

Farmaci antiinfiammatori non steroidei (FANS)

A livello nazionale il consumo di questi medicinali è diminuito del 7,1% tra il 2014 e il 2015. Nel corso del biennio è passato da 22,8 DDD/1000 ab die nel 2014 a 21,1 DDD/ 1000 ab die nel 2015.

Anche in Sardegna il consumo di questi farmaci si è ridotto: è passato da 35,5 DDD/ 1000 ab die nel 2014 a 34,1 DDD/1000 ab die nel 2015.

Farmaci per l'osteoporosi

In Italia il consumo di questi medicinali è leggermente cresciuto, passando da 11,7 DDD/1000 ab die nel 2014 a 11,8 DDD/1000 ab die nel 2015.

In Sardegna questi farmaci vengono consumati in misura maggiore rispetto alla media italiana. Inoltre, il consumo è aumentato ulteriormente durante il biennio

preso in considerazione: è passato da 15,3 DDD/1000 ab die nel 2014 a 16,2 DDD/1000 ab die nel 2015.

Farmaci per il dolore

A livello nazionale il consumo di questi medicinali è rimasto sostanzialmente stabile: nel 2014 era pari a 7,8 DDD/1000 ab die, mentre nel 2015 a 7,9 DDD/1000 ab die. La variazione percentuale registrata nel biennio è dello 0,5%.

Anche in Sardegna il consumo di questi farmaci è rimasto pressoché invariato: nel 2014 era pari a 7,2 DDD/1000 ab die, mentre nel 2015 a 7,3 DDD/1000 ab die. I valori di entrambi gli anni sono inferiori alla media nazionale, ma la differenza è poco rilevante.

Antidepressivi

In Italia il consumo di questi medicinali è cambiato poco durante il biennio: è passato da 39,3 DDD/1000 ab die nel 2014 a 39,6 DDD/1000 ab die nel 2015.

In Sardegna il consumo di antidepressivi supera la media nazionale. Nel biennio è rimasto sostanzialmente stabile: 2014 era pari a 44,0 DDD/1000 ab die mentre nel 2015 a 44,2 DDD/1000 ab die.

Antiasmatici

A livello nazionale il consumo di questi medicinali è rimasto sostanzialmente stabile: nel 2014 era pari a 38,1 DDD/1000 ab die, mentre nel 2015 a 38,2 DDD/1000 ab die. La variazione percentuale registrata nel biennio si è attestata allo 0,3%.

Anche in Sardegna il consumo di questi farmaci è cambiato poco durante il biennio 2014-15: nel 2014 era pari a 45,5 DDD/1000 ab die, mentre nel 2015 a 55,3 DDD/1000 ab die. In entrambi i casi risulta superiore alla media nazionale.

Farmaci per i disturbi oculari

In Italia il consumo dei medicinali per i disturbi oculari si è attestato, sia nel 2014, sia nel 2015, su un valore di 18,9 DDD/1000 ab die.

In Sardegna il consumo medio è molto vicino alla media italiana: nel 2014 era pari a 18,7 DDD/1000 ab die, mentre nel 2015 a 18,6 DDD/1000 ab die. La variazione complessiva del biennio mostra una riduzione dello 0,6%.

Farmaci antivirali anti-HIV

A livello nazionale il consumo di questi medicinali ha subito un piccolo incremento: è passato da 2,31 DDD/1000 ab die nel 2014 a 2,40 DDD/1000 ab die nel 2015.

In Sardegna il consumo di questi farmaci è simile alla media nazionale ed è aumentato nel biennio esaminato: è passato da 2,24 DDD/1000 ab die nel 2014 a 2,38 DDD/1000 ab die nel 2015.

Farmaci antivirali anti-HCV

In Italia il consumo di questi medicinali è passato da 0,11 DDD/1000 ab die nel 2014 a 0,33 DDD/1000 ab die nel 2015. Nel biennio ha registrato un aumento percentuale pari a 199,1%.

In Sardegna il consumo di questi farmaci ha riportato una crescita ancora maggiore, pari a 280,7%. Nel 2014 il consumo si fermava a 0,10 DDD/1000 ab die, mentre nel 2015 ha raggiunto il valore di 0,40 DDD/1000 ab die.

Immunosoppressori e immunomodulatori

A livello nazionale il consumo di questi medicinali si è attestato, sia nel 2014, sia nel 2015, su un valore di 3,80 DDD/1000 ab die.

In Sardegna, invece, ha riportato una leggera variazione: è passato da 5,84 DDD/1000 ab die nel 2014 a 5,76 DDD/1000 ab die nel 2015.

Farmaci oncologici

In Italia il consumo di farmaci oncologici ha registrato un lieve aumento nel biennio esaminato: è passato da 9,09 DDD/1000 ab die nel 2014 a 9,44 DDD/1000 ab die nel 2015. La variazione riportata è stata pari a un aumento del 3,9%.

In Sardegna il consumo è invece passato da 9,25 DDD/1000 ab die nel 2014 a 10,03 DDD/1000 ab die nel 2015. L'aumento percentuale registrato è stato dell'8,4%.

Vaccini

A livello nazionale il consumo di vaccini è cambiato lievemente tra il 2014, quando era pari a 1,57 DDD/1000 ab die, al 2015, quando ha raggiunto il valore di 1,60 DDD/1000 ab die.

In Sardegna il consumo di questi farmaci è passato da 1 DDD/1000 ab die nel 2014 a 1,13 DDD/1000 ab die nel 2015. In entrambi i casi i valori sono leggermente inferiori alla media nazionale.

Tabella 15 - Andamento regionale delle DDD/1000 ab die anni 2014-2015

	2014	2015	%15-14	2014	2015	%15-14
Antiacidi e antiulcera	107,1	108,7	1,5	87,2	84,9	-2,6
Antidiabetici	67,3	66,8	-0,7	62,1	62,6	0,8

Antiaggreganti e anticoagulanti	100,6	102,8	2,1	88,0	91,8	4,3
Farmaci per l'ipertensione e lo scompenso	351,3	346,5	-1,3	371,7	368,7	-0,8
Ipolipemizzanti	97,0	100,6	3,7	79,0	81,6	3,3
Farmaci per l'iperplasia prostatica	31,2	32,6	4,5	32,4	33,5	3,5
Antibiotici	21,2	20,8	-1,9	23,4	22,8	-2,7
Farmaci antiinfiammatori non steroidei (FANS)	35,5	34,1	-3,9	22,8	21,1	-7,1
Farmaci per l'osteoporosi	15,3	16,2	6,0	11,7	11,8	1,1
Farmaci per il dolore	7,2	7,3	1,8	7,8	7,9	0,5
Antidepressivi	44	44,2	0,5	39,3	39,6	0,9
Antiasmatici	45,5	45,3	-0,4	38,1	38,2	0,3
Farmaci per i disturbi oculari	18,7	18,6			18,9	0,2
Farmaci antivirali anti-HIV	22,4	2,38			2,31	3,9
Farmaci antivirali anti-HCV	0,1	0,40			0,11	199,91
Immunosoppressori e immunomodulatori	5,84	5,76			3,8	-0,1
Farmaci oncologici	9,25	10,03			9,09	3,9
Vaccini	1,0	1,13			1,57	2,0

5. Consumo e spesa relativi ai farmaci a brevetto scaduto

Nel 2015, il 69,8% del consumo di medicinali a carico del Servizio Sanitario Nazionale è costituito dal consumo di farmaci a brevetto scaduto. A sua volta, questo valore è rappresentato per il 75,5% dai consumi in regime di assistenza convenzionata, e per il 27% dai consumi dei farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche. In termini di spesa, i farmaci a brevetto scaduto costituiscono il 54,2% della spesa netta convenzionata, il 2,1% della spesa dei farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche e, complessivamente, il 21,4% della spesa pubblica.

In Sardegna l'incidenza del consumo di farmaci a brevetto scaduto di classe A-SSN è pari al 75,2% ed è vicino a quello della media nazionale (che corrisponde al 75,5%). In termini di spesa, rappresenta invece la regione in cui si registra la

minore incidenza della spesa netta per i farmaci a brevetto scaduto di classe A-SSN: questo valore si ferma al 52,1%, contro una media nazionale del 54,2%. Per quanto riguarda la composizione della spesa netta per i farmaci a brevetto scaduto di classe A-SSN, nella regione il 26,7% è costituito da medicinali equivalenti, mentre il restante 73,3% da “ex-originator” compresi i co-marketing (cioè i farmaci che in passato hanno goduto del brevetto).

Tabella 16 - Consumo in regime di assistenza convenzionata e spesa convenzionata netta dei farmaci a brevetto scaduto di classe A-SSN – Anno 2015				
	Consumi DDD/1000 abitanti die	Spesa % sul totale delle DDD	Spesa netta procapite	% su totale spesa netta
Sardegna	917,4	75,2	63,9	52,1
Italia	842,2	75,5	58,7	54,2

L'analisi dell'acquisto dei farmaci da parte delle strutture sanitarie pubbliche evidenzia che i consumi dei farmaci a brevetto scaduto e degli equivalenti risultano in crescita (anche se con incidenze inferiori rispetto a quanto riscontrato per l'assistenza convenzionata), mentre è stata registrata una riduzione dell'incidenza della spesa sia dei farmaci a brevetto scaduto, sia dei farmaci equivalenti.

Con un'incidenza del 21,8%, in Sardegna il consumo dei farmaci a brevetto scaduto acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche è inferiore alla media nazionale, pari al 27%. L'incidenza della spesa, invece, supera lievemente il dato italiano, attestandosi al 2,5% (la media nazionale si ferma al 2,1%). Per quanto riguarda la composizione della spesa per i farmaci a brevetto scaduto acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche, nella regione il 13,3% è costituito da medicinali equivalenti, mentre il restante 86,7% da ex-originator compresi i co-marketing.

Tabella 17 - Consumo e spesa dei farmaci a brevetto scaduto acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche - Anno 2015				
	Consumi DDD/1000 abitanti die	Spesa % sul totale delle DDD	Spesa procapite	% su totale spesa
Sardegna	32,6	21,8	5,5	2,5
Italia	39,8	27,0	3,9	2,1

6. Consumo di farmaci a carico del cittadino

Il consumo dei farmaci a carico del cittadino si divide in due categorie: il consumo dei medicinali di classe C, che richiedono l'obbligo di presentare la prescrizione del medico, e il consumo dei farmaci o di "automedicazione", che possono essere acquistati senza ricetta medica. Quest'ultima categoria viene classificata ulteriormente in due sottocategorie: medicinali OTC (over the counter) o "da banco", che possono essere acquistati, oltre che in farmacia, anche all'interno di altri esercizi commerciali (come le parafarmacie e gli "angoli della salute" presenti negli ipermercati e nei supermercati della grande distribuzione organizzata), e i medicinali SOP (non soggetti a prescrizione medica), che a differenza degli OTC non possono essere oggetto di pubblicità.

A livello nazionale, per l'acquisto di medicinali di classe C con ricetta i cittadini nel 2015 hanno speso 49,9 euro a testa, il 2,5% in più rispetto al 2014. Il consumo quotidiano è stato invece di 194,8 DDD/1000 ab die, l'1% in meno rispetto all'anno precedente

Nel 2015 in Sardegna la spesa pro-capite per l'acquisto di medicinali di classe C è stata leggermente inferiore alla media nazionale, e si è attestata a 48 euro. È comunque aumentata del 2% rispetto all'anno precedente. Il consumo quotidiano di questi farmaci da parte dei cittadini sardi è stato di 205,3 DDD/1000 ab die, superiore alla media nazionale, ma in calo del 2,1% rispetto al 2014.

Per quanto riguarda i medicinali di automedicazione (SOP e OTC), in Italia la spesa pro-capite nel 2015 è stata circa di 40 euro, il 4,6% in più rispetto all'anno precedente. Il consumo è invece rimasto invariato, attestandosi a 135,2 DDD/1000 ab die.

In Sardegna la spesa pro-capite per l'acquisto dei medicinali di automedicazione è di 32,8 euro, un valore inferiore alla media nazionale, ma cresciuto del 3% rispetto al 2014. Al di sotto della media italiana si trova anche il consumo quotidiano di questi farmaci, pari a 105,3 DDD/1000 ab die, diminuito del 1,2% rispetto all'anno precedente.

Tabella 18 – Consumi e spesa per i farmaci di classe C con ricetta e Automedicazione – Anno 2015

		Sardegna	Italia
Classe C con ricetta	Spesa pro-capite	48,0	49,9
	% 15-14	2,0	2,5
	DDD/1000 ab die	205,3	194,8
	% 15-14	-2,1	-1,0

Automedicazione (SOP e OTC)	Spesa pro-capite	32,8	39,9
	% 15-14	3,0	4,6
	DDD/1000 ab die	105,3	135,2
	% 15-14	-1,2	0,0

6.1 Consumo di benzodiazepine

Il Rapporto si concentra sul consumo di una particolare categoria di farmaci, le benzodiazepine, utilizzate principalmente per il trattamento di disturbi come ansia e insonnia. In Italia il consumo di questi medicinali tra il 2007 e il 2015 è cresciuto gradualmente, fino a toccare nel 2011 il valore di 54 DDD/1000 ab die, per poi decrescere e fermarsi a un valore di 52,6 DDD/1000 ab die nel 2015.

In Sardegna il consumo di questi farmaci è significativamente superiore alla media nazionale, anche se la Regione non rientra tra quelle in cui si riscontrano i consumi più elevati. Tra il 2007 e il 2015 il consumo di benzodiazepine è aumentato, passando da 56,9 a 61,4 6 DDD/1000 ab die. I valori più alti sono stati raggiunti nel 2011 (62 DDD/ 1000 ab die) e nel 2013 (62,3 DDD/1000 ab die).

Tabella 19 - Andamento regionale del consumo di benzodiazepine (DDD/1000 abitanti die) tra 2007 e 2015

	Sardegna	Italia
2007	56,9	51,7
2008	57,9	52,6
2009	57,3	51,6
2010	56,4	52,2
2011	62,0	54,0
2012	61,3	53,7
2013	62,3	53,6
2014	61,6	52,9
2015	61,4	52,6

7. Distribuzione diretta e per conto

Nel 2015 la spesa per i medicinali erogati in distribuzione diretta e per conto ha toccato quasi 7,8 miliardi. Questa voce è rappresentata quasi per la totalità dai farmaci in classe A (63,2%) e di classe H (35,9%), mentre i farmaci di classe C (0,9%) costituiscono una quota residuale.

In Sardegna la spesa complessiva per i farmaci erogati in distribuzione diretta e per conto si è attestata nel 2015 su un valore vicino ai 290 milioni di euro. L'analisi basata sulle classi farmaceutiche, evidenzia un trend simile a quello riscontrato a livello nazionale. Anche nella Regione più del 63% è, infatti, costituito dai farmaci di classe A. Il 36% è invece rappresentato dai medicinali di classe H, mentre solo lo 0,8% da quelli di classe C.

Tabella 20 - Composizione per classe di rimborsabilità della spesa regionale per medicinali erogati in distribuzione diretta e per conto

	Sardegna	Italia
Classe A (euro)	182.747.851,32	4.920.564.165
Classe C (euro)	2.311.483,08	68.659.619
Classe H (euro)	103.828.657,42	2.796.944.194
Totale (euro)	288.887.992	7.786.167.979
Inc% A	63,26%	63,20%
Inc% C	0,80%	0,88%
Inc% H	35,94%	35,92%

Nello specifico, la spesa regionale per i medicinali erogati in distribuzione diretta (DD) ha superato i 6 miliardi di euro e ha inciso per l'81,9%. Invece, quella relativa ai farmaci in distribuzione per conto (DPC) è di poco superiore a 1,4 miliardi di euro, e ha inciso per il restante 18,1%.

In Sardegna l'84% della spesa complessiva per i farmaci erogati in distribuzione diretta e per conto è costituito dalla spesa per i medicinali erogati in distribuzione diretta (DD), che raggiungono quasi il valore di 243 milioni di euro. Il restante 16% è rappresentato dalla spesa per i farmaci erogati in distribuzione per conto (DPC), pari a oltre 46 milioni di euro.

Tabella 21 - Composizione della spesa regionale per medicinali erogati in distribuzione diretta (DD) e in distribuzione

	Sardegna	Italia
DD (euro)	242.634.392,57	6.377.171.066,64
DPC (euro)	46.253.599,25	1.408.996.912,05
Totale	288.887.991,82	7.786.167.978,69
Inc% DD	84,0%	81,9%
Inc% DPC	16,0%	18,1%

L'analisi della copertura mensile con cui le Aziende Sanitarie che effettuano la distribuzione per conto (DPC) hanno trasmesso i dati del mese relativi alla DPC, evidenzia che la Sardegna è l'unica regione in cui non è stata raggiunta la percentuale del 100% tutti i mesi del 2015 (con l'eccezione dell'Abruzzo, che non pratica la distribuzione in nome e per conto). Nel mese di novembre, la percentuale delle Aziende Sanitarie sarde che hanno trasmesso i dati mensili sulla DPC si è fermata all'88%. Negli altri 11 mesi ha invece raggiunto il 100%.

L'analisi della copertura mensile con cui le Aziende Sanitarie che effettuano la distribuzione diretta (DD) hanno trasmesso i dati del mese relativi alla DD, dimostra che tutte le Aziende Sanitarie della Sardegna hanno inviato le informazioni richieste. La percentuale delle Aziende Sanitarie che hanno trasmesso i dati mensili sulla DD è pari al 100% durante tutti i mesi del 2015.

Tabella 22 - Percentuale di copertura mensile delle Aziende Sanitarie (AS) che hanno trasmesso i dati del mese relativi

Sardegna	Distribuzione per conto (DPC)	Distribuzione diretta (DD)
gen	100%	100%
feb	100%	100%
mar	100%	100%
apr	100%	100%
mag	100%	100%
giu	100%	100%
lug	100%	100%

ago	100%	100%
set	100%	100%
ott	100%	100%
nov	88%	100%
dic	100%	100%

8. Assistenza farmaceutica ospedaliera e ambulatoriale

Nel 2015 l'assistenza farmaceutica ospedaliera e ambulatoriale ha raggiunto i 3 miliardi di euro. Nella classifica dei 30 principi attivi a maggior spesa, si evidenzia che ben 15 appartengono alla categoria degli antineoplastici e immunomodulatori, con trastuzumab, bevacizumab, rituximab ai primi tre posti.

L'analisi delle classi cui appartengono i farmaci erogati in quest'ambito, presenta delle differenze rispetto al dato relativo ai medicinali erogati in distribuzione diretta e per conto. In questo caso, infatti, il valore più alto è rappresentato dai farmaci di classe H, che superano i 2 miliardi di euro e rappresentano il 72% della spesa totale. Il valore relativo ai farmaci di classe C supera i 500 milioni di euro e costituisce il 17% della spesa, mentre la spesa per i farmaci di classe A si ferma a circa 330 milioni di euro e rappresenta l'11% del totale.

Nel 2015 in Sardegna la spesa per i medicinali erogati nell'ambito dell'assistenza farmaceutica ospedaliera e ambulatoriale ha raggiunto quasi i 75 milioni di euro. Come avviene a livello nazionale, anche nella regione la spesa relativa ai farmaci di classe H è superiore a quella registrata per i farmaci di classe A e C. Per l'acquisto dei medicinali di classe H, infatti, sono stati spesi quasi 50 milioni di euro, circa il 67% del totale. Per quelli di classe C sono invece stati spesi circa 15 milioni di euro, poco meno del 21% del totale. Infine, per i medicinali di classe A sono stati spesi circa 9,6 milioni di euro, quasi il 13% della spesa totale registrata nel 2015.

Tabella 23 - Composizione per classe di rimborsabilità della spesa regionale per medicinali erogati nell'ambito

	Sardegna	Italia
Classe A (euro)	9.628.985	333.248.397
Classe C (euro)	15.400.310	504.752.267
Classe H (euro)	49.838.848	2.158.436.845
Totale (euro)	74.868.143	2.996.437.508
Inc% A	12,9%	11,1%

Inc% C	20,6%	16,8%
Inc% H	66,6%	72,0%

L'analisi della copertura mensile con cui le Aziende Sanitarie che compilano il modello di rilevazione del Conto Economico (CE) hanno trasmesso i dati del mese relativi ai consumi ospedalieri, dimostra che tutte le Aziende Sanitarie della Sardegna hanno inviato le informazioni richieste. La percentuale delle Aziende Sanitarie che hanno trasmesso i dati mensili sui consumi ospedalieri è pari al 100% durante tutti i mesi del 2015.

Capitolo 5

La salute in Sardegna: confronto con Liguria, Friuli Venezia Giulia e Calabria

Parte prima: salute della popolazione

Questo capitolo si pone l'obiettivo di confrontare con i dati sardi quelli di alcune regioni che in termini di dimensione demografica e di complessità territoriale sono le più simili alla Sardegna.

Si tratta di regioni che hanno tra un milione e trecentomila e un milione e settecentomila abitanti, con complessità geografiche analoghe, dalla distanza dagli ospedali alla presenza di aree interne ed isolate sul piano delle connessioni stradali, e sono variabili sul piano dello sviluppo a partire da quella con il PIL più alto, il Friuli Venezia Giulia, a quello più basso, la Calabria, passando per quello intermedio della Liguria, solo leggermente superiore alla Sardegna.

1. Invecchiamento e aspettativa di vita

La popolazione sarda è più anziana di quella calabrese, ma mediamente più giovane di quella friulana e di quella ligure. La Liguria, in particolare, viene definita la "regione più vecchia d'Italia": qui il 28% dei cittadini ha più di 65 anni. Entrando nel dettaglio, si osserva che nel 2015 in Sardegna il numero di persone che hanno un'età compresa tra 65 e 74 anni (definiti "giovani anziani") raggiunge i 186.700 individui, un numero corrispondente all'11,2% della popolazione regionale. In Liguria e Friuli Venezia Giulia la percentuale è più elevata: si attesta, rispettivamente, al 12,9% e al 12,5%. In Calabria, invece, si ferma al 9,8%.

La percentuale di persone appartenenti alle fasce di età 75-84 (“anziani”) e over 85 (“grandi vecchi”) in Sardegna è uguale a quella riscontrata in Calabria: si attesta, in entrambe le regioni, al 7,4% per le persone di età compresa tra 75 e 84 anni e al 2,9% per gli ultraottantacinquenni. In Liguria e Friuli Venezia Giulia, invece, risulta maggiore: nella prima gli “anziani” rappresentano il 10,5% della popolazione, mentre i “grandi vecchi” sono il 4,6%. In Friuli Venezia Giulia, invece, gli anziani di 75-84 anni costituiscono l’8,7%, mentre gli ultraottantacinquenni rappresentano il 3,9% dei residenti.

Tabella 1 - Popolazione (valori assoluti in migliaia e peso relativo sul totale della popolazione per cittadinanza) di età 65-74 anni, 75-84 anni e over 85 – Anno 2015

		Sardegna	Liguria	FVG	Calabria	Italia
Fascia d'età 65-74	<i>Valori assoluti</i>	186,7	204,3	153,4	194,4	6523,6
	<i>Peso relativo</i>	11,2	12,9	12,5	9,8	10,7
Fascia d'età 75-84	<i>Valori assoluti</i>	123,5	165,7	106,5	147,2	4765,0
	<i>Peso relativo</i>	7,4	10,5	8,7	7,4	7,8
Fascia d'età over 85	<i>Valori assoluti</i>	48,8	73,3	48,0	58,1	1930,4
	<i>Peso relativo</i>	2,9	4,6	3,9	2,9	3,2

Nel 2014, la speranza di vita alla nascita degli uomini sardi, pari a 79,7 anni, risulta inferiore a quella rilevata in Liguria (80,1 anni) e in Friuli Venezia Giulia (80,1 anni), ma superiore a quella registrata in Calabria (79,6 anni). L’aspettativa di vita delle donne sarde, pari a 85,3 anni, è invece tra le più alte d’Italia e supera quella delle donne liguri (85 anni), di quelle friulane (85,1 anni) e di quelle calabresi (84,6 anni).

Per quanto riguarda la speranza di vita a partire dai 65 anni, quella degli uomini e delle donne sarde supera la media nazionale e quella registrata nelle tre regioni prese in considerazione. All’età di 65 anni, i sardi maschi hanno ancora a disposizione 19,1 anni di vita, mentre le donne sarde altri 22,7 anni. In Liguria la speranza di vita a 65 anni si attesta a 18,8 per gli uomini e a 22,4 per le donne, in Friuli Venezia Giulia rispettivamente a 18,9 e 22,6 anni, mentre in Calabria a 18,7 e a 22 anni.

Tabella 2 - Speranza di vita (anni) alla nascita e a 65 anni per genere e per regione – Anno 2014

		Sardegna	Liguria	FVG	Calabria	Italia
Speranza di vita alla nascita	Maschi	79,7	80,1	80,1	79,6	80,3
	Femmine	85,3	85	85,1	84,6	85,0
Speranza di vita a 65 anni	Maschi	19,1	18,8	18,9	18,7	18,9
	Femmine	22,7	22,4	22,5	22,0	22,3

2. Diffusione malattie cardiache

La Sardegna è la regione in cui si registra il più basso tasso di mortalità per malattie ischemiche del cuore tra le donne: questo valore si ferma a 5,52 decessi per 10.000. Di conseguenza, in Liguria, Friuli Venezia Giulia e Calabria il tasso risulta superiore e si attesta, rispettivamente, a 7,12, 7,61 e 7,50 decessi per 10.000. Anche il tasso di mortalità registrato tra gli uomini sardi, pari a 11,11 decessi per 10.000, è inferiore alla media nazionale e a quello riscontrato in Liguria (12,76 per 10.000), Friuli Venezia Giulia (13,67 per 10.000) e Calabria (12,59 per 10.000).

Tabella 3 - Tasso (standardizzato) di mortalità per malattie ischemiche del cuore per regione e per genere - Anno 2012

Tasso standardizzato	Sardegna	Liguria	FVG	Calabria	Italia
M	11,11	12,76	13,67	12,59	13,32
F	5,52	7,12	7,61	7,50	7,33

3. Diffusione diabete mellito

In Sardegna la percentuale di persone di entrambi i generi affette da diabete mellito è superiore alla media nazionale e a quella presente in Liguria e Friuli Venezia Giulia, ma inferiore a quella riscontrata in Calabria.

Nello specifico, l'analisi del tasso di dimissioni ospedaliere dei pazienti affetti da diabete mellito evidenzia che nel 2014 in Sardegna il tasso di diabetici è pari a 73,36 per 10.000 abitanti (90,44 per 10.000 abitanti per gli uomini e 59,34 per 10.000 abitanti per le donne). In Liguria si ferma a 59,65 per 10.000 abitanti (75,58 per gli uomini e 47,12 per le donne). In Friuli Venezia Giulia si attesta a 62,85 per 10.000 abitanti (86,07 per gli uomini e 45,10 per le donne). Infine, in Calabria

raggiunge il valore di 82,12 per 10.000 abitanti (97,66 per gli uomini e 68,18 per le donne).

Tabella 4 - Tasso (standardizzato per 10.000) di dimissioni ospedaliere, da istituti pubblici e privati accreditati, di pazienti con diabete mellito (diagnosi principale e secondaria) per genere e per regione – Anno 2014					
Tasso standardizzato	Sardegna	Liguria	FVG	Calabria	Italia
M	90,44	75,58	86,07	97,66	83,35
F	59,34	47,12	45,10	68,18	53,63
Totale	73,36	59,65	62,85	82,12	66,94

4. Malattie oncologiche

L'analisi dell'incidenza (ossia del numero dei nuovi casi di cancro registrati in una determinata popolazione in un periodo di tempo definito – in questo caso nel 2014) e della prevalenza (la percentuale di popolazione a cui è stato diagnosticato un carcinoma nel corso della vita) dei tumori più frequenti, evidenzia che in Sardegna il rischio di ammalarsi di cancro colon-retto e alla prostata è più basso rispetto alla media italiana e alle tre regioni prese in considerazione, con una sola eccezione: la prevalenza e l'incidenza del tumore del colon-retto tra gli uomini calabresi risultano inferiori a quelle riscontrate tra i maschi sardi. Per quanto riguarda il carcinoma alla mammella, la Sardegna rientra invece tra le regioni con incidenza più elevata, ma la prevalenza resta al di sotto della media nazionale.

4.1 Tumore del colon-retto

Per quanto riguarda la popolazione femminile, la Sardegna è la regione con il tasso d'incidenza del tumore del colon-retto più basso d'Italia: 29,13 per 100.000, pari a 536 nuovi casi nel 2014. Anche la prevalenza risulta tra le più basse del Paese, con un tasso di 202,50 per 100.000 persone. In Liguria l'incidenza è superiore a quella sarda di dieci unità (39,10 per 100.000), mentre la prevalenza è più alta di 95 unità (297,60 per 100.000). In Friuli Venezia Giulia il distacco è ancora più marcato: l'incidenza della malattia è superiore di 12 unità (41,17 per 100.000) rispetto a quella sarda, mentre la prevalenza di circa 100 unità (301,93 per 100.000). La differenza con la Calabria è invece meno evidente: l'incidenza della malattia in questa regione è superiore a quella sarda di circa 6 unità (35 per 100.000), mentre la prevalenza di circa 5 unità (207,99 per 100.000).

Per quanto riguarda gli uomini, il tasso d'incidenza del cancro al colon-retto riscontrato in Sardegna (pari a 72,13 per 100.000 persone) supera la media italiana (70,19 per 100.000) e il valore riscontrato in Calabria (62,97 per 100.000), ma resta al di sotto del tasso registrato in Liguria (77,43 per 100.000) e in Friuli

(84,40 per 100.000). Con un valore di 372,07 per 100.000, il tasso di prevalenza degli uomini sardi è inferiore a quello nazionale (742,11 per 100.000) e a quello registrato in Liguria (509,76 per 100.000) e Friuli Venezia Giulia (570,51 per 100.000). Resta invece superiore a quello rilevato in Calabria (325,49 per 100.000).

4.2 Carcinoma alla mammella

La Sardegna è una delle regioni in cui l'incidenza del tumore al seno è più elevata: nel 2014 è pari a 132,80 per 100.000 donne. Si tratta di un valore superiore a quello nazionale (117,26 per 100.000) e a quello riscontrato in Liguria (104,80 per 100.000) e Friuli Venezia Giulia (129,41 per 100.000), anche se leggermente inferiore al dato calabrese (133,03 per 100.000).

Con un valore di 1.307,29 per 100.000 donne, la prevalenza di questa forma di cancro in Sardegna resta invece al di sotto della media nazionale (1.342,91 per 100.000) e del dato registrato in Liguria (1.362,9 per 100.000) e in Friuli Venezia Giulia (1.569,65 per 100.000). Si tratta di un dato comunque superiore al valore riscontrato in Calabria (1.142,94 per 100.000).

4.3 Cancro alla prostata

In Sardegna il rischio di ammalarsi di tumore prostatico è tra i più bassi d'Italia: nel 2014 l'incidenza è pari a 45,70 nuovi casi ogni 100.000 uomini. Si tratta di un valore nettamente inferiore a quello nazionale (88,99 per 100.000), a quello registrato in Liguria (80,96 per 100.000) e soprattutto in Friuli Venezia Giulia (99,25 per 100.000), ma più basso anche di quello rilevato in Calabria (68,42 per 100.000).

Anche la prevalenza in Sardegna risulta più bassa che nelle altre regioni prese in considerazione. Nell'isola è pari a 343,12 per 100.000 uomini, mentre a livello nazionale è pari a 663,64 per 100.000, in Liguria a 684,45 per 100.000, in Friuli Venezia Giulia a 826,60 per 100.000 e in Calabria a 431,27 per 100.000.

Tabella 5 - Stima di incidenza e prevalenza per tumore del colon-retto. Nuovi casi (valori assoluti), tasso standardizzato (per 100.000 persone/anno) e proporzione (standardizzata per 100.000 persone), per genere e per regione - Anno 2014

		Sardegna	Liguria	FVG	Calabria	Italia
Tumore Colon retto						
Nuovi casi	M	981	1230	893	1015	34502
Incidenza		72,13	77,43	84,40	62,97	70,19
Prevalenza		372,07	509,76	570,51	325,49	742,11

Nuovi casi	F	536	885	620	748	25373
Incidenza		29,13	39,10	41,17	35,00	37,96
Prevalenza		202,50	297,60	301,93	207,99	279,72

Tabella 5/2 - Stima di incidenza e prevalenza per tumore della mammella. Nuovi casi (valori assoluti), tasso standardizzato (per 100.000 persone/anno) e proporzione (standardizzata per 100.000 persone), per genere e per regione - Anno 2014

Tumore alla Mammella		Sardegna	Liguria	FVG	Calabria	Italia
Nuovi casi	F	1693	1589	1346	1857	55345
Incidenza		132,80	104,80	129,41	133,03	117,26
Prevalenza		1307,29	1362,9	1569,65	1142,94	1342,91

Tabella 5/3 - Stima di incidenza e prevalenza per tumore della prostata. Nuovi casi (valori assoluti), tasso standardizzato (per 100.000 persone/anno) e proporzione (standardizzata per 100.000 persone), per genere e per regione - Anno 2014

Tumore alla Mammella		Sardegna	Liguria	FVG	Calabria	Italia
Nuovi casi	M	659	1357	1098	1120	43885
Incidenza		45,70	80,96	99,25	68,42	88,99
Prevalenza		343,12	684,45	826,60	4314,27	663,64

Parte seconda: il sistema sanitario pubblico nelle quattro regioni campione

1. Struttura e attività del Servizio Sanitario Nazionale

Attualmente in Italia ci sono 139 Aziende Sanitarie Locali (ASL) e 75 Aziende Ospedaliere (AO). In Sardegna ci sono 8 Aziende USL (Sassari, Olbia, Nuoro, Lanusei, Oristano, Sanluri, Carbonia e Cagliari), un'Azienda Ospedaliera (AO Brotzu di Cagliari) e due Aziende Ospedaliero-Universitarie (AOU di Cagliari e AOU di Sassari).

In Liguria ci sono 5 ASL (imperiese, savonese, genovese, chiavarese e spezzino), 3 Aziende ed Enti Ospedalieri (Ospedale Evangelico Internazionale, Ospedale Galliera e Istituto Giannina Gaslini) e un IRCCS e Azienda Ospedaliero-Universitaria (IRCCS A.O.U. San Martino-IST).

In Friuli Venezia Giulia ci sono 5 Aziende per l'assistenza sanitaria (Asui di Trieste, Asui di Udine, Bassa Friulana – Isontina, Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli e Friuli Occidentale) e 2 IRCCS ("Burlo Garofolo" di Trieste e "Centro di Riferimento Oncologico (CRO)" di Aviano).

Infine, in Calabria ci sono 5 Aziende Sanitarie Provinciali (Catanzaro, Cosenza, Crotone, Reggio Calabria Vibo e Valentia) e 4 Aziende Ospedaliere ("Pugliese-Ciaccio" di Catanzaro, "Mater Domini" di Catanzaro, AO di Cosenza e "Bianchi Melacrino Morelli" di Reggio Calabria).

Da un punto di vista dimensionale, la popolazione media delle ASL nel 2015 è pari, in Italia, a 437.379 abitanti. La Sardegna e il Friuli Venezia Giulia rientrano tra le Regioni in cui questo dato risulta più basso: la popolazione media delle ASL sarde e friulane è, infatti, inferiore a 250.000 abitanti. Nello specifico, questo valore in Sardegna si ferma a 207.911 abitanti, e risulta quindi più basso di quello registrato in Liguria (316.653), Friuli Venezia Giulia (245.424) e Calabria (395.326).

A livello nazionale, nel 2014 il numero dei presidi a gestione diretta ASL è di 351, mentre quello degli stabilimenti è di 531. In media il valore è pari a 2,5 presidi e a 3,8 stabilimenti. In Sardegna il numero medio di presidi e stabilimenti coincide, attestandosi a 3,1, così come corrisponde il numero effettivo di stabilimenti e presidi, che in entrambi i casi si attesta a 25. Nelle altre tre regioni prese in considerazione, invece, il valore differisce: in Liguria ci sono in media 1,2 presidi e 3,6 stabilimenti, in Friuli Venezia Giulia ci sono in media 1,6 presidi e 3,4 stabilimenti, mentre in Calabria ci sono in media 1,8 presidi e 3,8 stabilimenti.

In Sardegna c'è un solo stabilimento a gestione diretta AO, in Liguria non ce ne sono per niente, mentre in Friuli Venezia Giulia ce ne sono 7 e in Calabria 8.

Tabella 6 - Numero di ASL e AO e dimensioni medie – Anni 2014 e 2015						
		Sardegna	Liguria	FVG	Calabria	Italia
Aziende sanitarie locali	Numero al 30/06/2015	8	5	5	5	139
Popolazione media 2015		207.911	316.653	245.424	395.326	437.379
Numero presidi a gestione diretta 2014*		25	6	8	17	351
Numero medio presidi a gestione diretta 2014		3,1	1,2	1,6	3,4	2,5
Numero Stabilimenti a gestione diretta 2014*		25	18	9	19	531
Numero medio stabilimenti 2014		3,1	3,6	1,8	3,8	3,08
Aziende Ospedaliere (AO e AOU) al 30.06.2015		1		2	4	75
Numero Stabilimenti a gestione diretta 2014*		1		7	8	184

2. Spesa sanitaria pubblica corrente per funzione

Nel 2013, la spesa sanitaria pubblica (che include la spesa sanitaria pubblica corrente per servizi forniti direttamente, quella in convenzione per prestazioni sociali e quella relativa ad altre spese) è pari al 6,76% del PIL. In Sardegna è superiore: raggiunge il valore del 10,56%. Questo dato è influenzato soprattutto dalla spesa sanitaria pubblica corrente per servizi forniti direttamente, che nella regione si attesta al 6,72%, il dato più alto d'Italia (la media nazionale si ferma al 3,95%). In Liguria e in Friuli Venezia Giulia la spesa sanitaria pubblica corrente è inferiore a quella sarda, si attesta rispettivamente al 6,56% e al 7,11%, mentre in Calabria risulta superiore: è pari al 11,05%.

Tabella 7 - Spesa (valori percentuali) sanitaria pubblica corrente totale, per funzione e in convenzione per prestazioni sociali in rapporto al PIL - Anno 2013					
	Sardegna	Liguria	FVG	Calabria	Italia
Spesa sanitaria pubblica corrente	10,56	6,56	7,11	11,05	6,76

Per servizi forniti direttamente	6,72	4,06	4,84	6,48	3,95
Per altre spese	0,63	0,36	0,43	0,72	0,38
Per altre spese in convenzione	3,21	2,14	1,84	3,85	2,42

3. Spesa sanitaria pubblica pro-capite

La “spesa sanitaria pubblica corrente rispetto alla popolazione residente”, indica la misura della quantità di risorse utilizzate in media per ogni individuo di una regione o della nazione, per far fronte all'erogazione di servizi di assistenza sanitaria in un determinato periodo di riferimento. L'analisi del quinquennio 2010-2014, evidenzia che in Italia la spesa sanitaria pubblica pro-capite è diminuita del 2,32%: è passata da 1.860 nel 2010 a 1.817 euro nel 2014 – quest'ultimo dato conferma il valore dell'anno precedente (1.816 euro). In controtendenza con quanto avvenuto a livello nazionale, in Sardegna nel periodo 2010-2014 la spesa sanitaria pubblica pro-capite è aumentata del 4,21%: nel 2010 era di 1.958 euro, mentre nel 2014 ha raggiunto i 2.041 euro. Nelle altre tre regioni prese in esame, invece, si è ridotta: in Liguria è diminuita del 2,72%, in Friuli Venezia Giulia del 2,06%, mentre in Calabria del 3,74%.

Pertanto, nel 2014 la spesa sanitaria pubblica pro-capite registrata in Sardegna (2.041 euro) supera il valore rilevato in Italia (1.817 euro), in Calabria (1.711 euro), in Friuli Venezia Giulia (1.960 euro) e, anche se di poco, in Liguria (2.014 euro).

Tabella 8 - Spesa (valori in €) sanitaria pubblica pro-capite e variazioni percentuali - Anni 2010-2014

	2010	2011	2012	2013	2014	%10/14	%13/14
Sardegna	1.958	1.982	2.049	1.994	2.041	4,21	2,33
Liguria	2.070	2.061	2.019	1.999	2.014	-2,72	0,72
FVG	2.001	2.045	2.060	2.040	1.960	-2,06	-3,93
Calabria	1.778	1.751	1.745	1.715	1.711	-3,74	-0,23
Italia	1.860	1.856	1.844	1.816	1.817	-2,32	0,04

4. Appropriatazza organizzativa

L'analisi dei livelli d'inappropriatazza organizzativa delle prestazioni di ricovero per acuti in Sardegna, evidenzia un generale miglioramento rispetto al 1998. La percentuale di dimissioni dai reparti chirurgici con DRG (Diagnosis Related Groups – termine che indica una categoria di ricoveri ospedalieri dotati di caratteristiche

cliniche analoghe e che richiedono, per il loro trattamento, volumi omogenei di risorse ospedaliere) è diminuita, passando dal 50,1% del 1998 al 37,1% del 2013. Tuttavia resta superiore a quella registrata nel 2013 in Liguria (31,9%) e in Friuli Venezia Giulia (26,6%), ma inferiore al valore rilevato in Calabria (41,9%).

In Sardegna è diminuita leggermente anche la percentuale di ricoveri brevi (1-2 gg) con DRG medico, passata dal 12,5% del 1998 al 12,2% del 2013. Questo valore risulta comunque superiore alla media nazionale (10,4%) e a quello riscontrato in Liguria (11,1%), Friuli Venezia Giulia (10,25) e Calabria (10,3%).

La percentuale di ricoveri oltre soglia con DRG medico in pazienti anziani (over 65) in Sardegna è diminuita in modo più accentuato: è passata dal 5,2% del 2006 al 3,8% del 2013. Risulta anche inferiore alla media italiana (4,3%) e al valore riportato in Liguria (4,7%) e Friuli Venezia Giulia (5,55%), mentre resta più alto della percentuale del 3,4% rilevata in Calabria.

Inoltre, l'incidenza dei parti cesarei sui parti totali, che rappresenta un indicatore dell'inappropriatezza clinica, evidenzia un peggioramento in Sardegna. In 15 anni, infatti, si è verificato un aumento del numero dei parti cesarei: il valore è passato dal 26% del 1998 al 38,3% del 2013. La percentuale risulta superiore non solo alla media nazionale (36,3 %), ma anche a quella registrata in Liguria (35,6 %), Friuli Venezia Giulia (23,4 %) e Calabria (34%).

Tabella 9 - Indicatori di appropriatezza organizzativa e clinica delle prestazioni di ricovero per acuti (1998-2013)

		Sardegna	Liguria	FVG	Calabria	Italia
% Dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in RO da reparti chirurgici	1998	50,1	40,5	36,1	56,4	44,9
	2013	37,1	31,9	26,6	41,9	30,0
% Ricoveri brevi 0-1 giorno sul totale dei ricoveri in RO con DRG medico	1998	12,5	12,9	11,0	13,0	12,8
	2013	12,2	11,1	10,2	10,3	10,4
% ricoveri oltre valore soglia per acuti in regime ordinario per ultra65enni	2006	5,2	5,2	6,5	3,4	4,6
	2013	3,8	4,7	5,8	3,4	4,3
Percentuale parti cesarei sul totale dei parti	1998	26,0	28,5	19,0	34,2	31,4
	2013	38,3	35,6	23,4	34,0	36,3

5. Disavanzo sanitario pubblico pro capite

A partire dal 2005, in tutta Italia si è registrata una riduzione del disavanzo sanitario. In Sardegna, invece, l'entità del disavanzo nel 2014, pari a 207 euro pro capite, è aumentata significativamente rispetto al 2006, quando si fermava a 78

euro. Tuttavia, questo valore risulta più basso rispetto al 2013, quando ha raggiunto i 234 euro.

In generale, il disavanzo sardo risulta significativamente superiore a quello registrato nel 2014 in Italia (14 euro pro capite), in Liguria (46 euro) e in Calabria (21 euro). In Friuli Venezia Giulia, invece, si riscontra un avanzo sanitario di 37 euro.

Tabella 10 - Disavanzo/avanzo (valori in €) sanitario pubblico pro capite - Anni 2006, 2013, 2014

	2006	2013	2014
Sardegna	78	234	207
Liguria	59	50	46
Friuli V.G.	4	31	*-37
Calabria	27	17	21
Italia	104	29	14
* Il segno meno indica un avanzo			

6. Debiti finanziari e commerciali delle regioni relativi al settore sanitario

L'analisi dei dati riportati dall'archivio del Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) degli stati patrimoniali (Modello SP), evidenzia una graduale riduzione dell'entità dei debiti del sistema sanitario della Sardegna nei confronti dei debitori, tra il 2012 (primo anno di applicazione per gli enti del Servizio sanitario nazionale delle disposizioni previste dal Titolo II del D.Lgs. 118/2011, recante: "Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n.42") e il 2014. Nello specifico, il valore dei debiti era pari a 632.403 euro nel 2012, è sceso a 569.327 euro nel 2013 e si è ridotto ulteriormente nel 2014, quando ha raggiunto il valore di 553.261 euro. Tra il 2013 e il 2012 è diminuito del 10%, mentre tra il 2014 e il 2013 del 2,8%.

I debiti del Servizio Sanitario sardo nei confronti dei fornitori sono superiori a quelli registrati in Liguria (pari a 620.757 euro nel 2012, a 466.385 euro nel 2013 e a 457.861 euro nel 2014) e in Friuli Venezia Giulia (pari a 262.885 euro nel 2012, a 259.526 euro nel 2013 e a 207.823 euro nel 2014), ma inferiori a quelli riportati in Calabria (pari a 1.695.641 euro nel 2012, a 1.498.529 euro nel 2013 e a 1.333.044 euro nel 2014).

Tab. 12 - Debiti dei sistemi sanitari regionali nei confronti dei fornitori, differenze assolute e variazioni percentuali annue per regione – Anni 2012-2014

		Sardegna	Liguria	FVG	Calabria	Italia
2012		632.403	620.757	262.885	1.695.641	34.429.032
2013		569.327	466.385	259.526	1.498.529	27.611.543
2014		553.261	457.861	207.823	1.333.044	23.168.424
Differenze assolute	2013vs2012	-63.076	-154.372	-3.359	- 197.112	-6.817.489
	2014vs2013	-16,066	-8.524	-51.703	- 165.485	-4.443.119
Variazioni in %	2013vs2012	-10%	-24,9%	-1,3%	-11,6%	-19,8%
	2014vs2013	-2,8%	-1,8%	-19,9%	-11%	-16,1%

Tra il 2012 e il 2014 il sistema sanitario regionale della Sardegna non ha contratto debiti nei confronti dell'istituto tesoriere. Lo stesso vale per il Friuli Venezia Giulia. Invece, i sistemi sanitari di Liguria e Calabria si sono indebitati con l'istituto tesoriere, anche se l'entità dei debiti si è gradualmente ridotta: in Liguria era pari a 79.600 euro nel 2012, a 59.544 euro nel 2013 e a 7.505 euro nel 2014, mentre in Calabria era pari a 244.221 euro nel 2012, a 280.630 euro nel 2013 e a 99.484 euro nel 2014.

Tab. 13 - Debiti dei sistemi sanitari regionali nei confronti dell'istituto tesoriere, differenze assolute e variazioni percentuali annue per regione – Anni 2012-2014

		Sardegna	Liguria	FVG	Calabria	Italia
2012		0	79.600	0	244.221	4.269.034
2013		0	59.554	0	280.630	4.030.767
2014		0	7.505	0	99.484	2.436.087
Differenze assolute	2013vs2012	0	-20.056	0	36.409	-238.267
	2014vs2013	0	-52.039	0	-181.146	-1.594.680
Variazioni in %	2013vs2012	0%	-25,2%	0%	14,9%	-5,6%
	2014vs2013	0%	-87,4%	0%	-64,5%	-39,6%

In Sardegna il valore dei debiti dei sistemi sanitari regionali per mutui passivi presenta una riduzione: è passato da 20.841 euro nel 2012 a 18.217 euro nel 2013, per poi scendere ulteriormente fino a 15.533 euro nel 2014. Tra il 2013 e il 2012 è diminuito del 12,6%, mentre tra il 2014 e il 2013 del 14,7%.

In questo caso, i debiti del SSR sardo sono superiori a quelli registrati in Friuli Venezia Giulia (pari a 7.200 euro nel 2012, a 6.977 euro nel 2013 e a 6.744 euro nel 2014) e in Calabria (pari a 2.284 euro nel 2012, mentre nel 2013 e nel 2014 non ha riportato debiti per mutui passivi). Sono, poi, superiori a quelli registrati dalla Liguria nel 2012 (19.901 euro) e nel 2013 (16.467 euro), ma inferiori a quelli rilevati nel 2014 (pari a 33.400 euro), che risultano raddoppiati rispetto all'anno precedente.

Tab. 14 - Debiti dei sistemi sanitari regionali per mutui passivi, differenze assolute e variazioni percentuali annue per regione – Anni 2012-2014

		Sardegna	Liguria	FVG	Calabria	Italia
2012		20.841	19.901	7.200	2284	1.597.834
2013		18.217	16.467	6.977	0	1.506.631
2014		15.533	33.400	6.744	0	1.450.732
Differenze assolute	2013vs2012	-2.624	-3.434	-223	-2284	-91.203
	2014vs2013	-2.684	16.933	-233	0	-55.899
Variazioni in %	2013vs2012	-12,6%	-17,3%	-3,1%	-100%	-5,7%
	2014vs2013	-14,7%	102,8%	-3,3%		-3,7%

Parte terza: sistema sanitario privato

1. Struttura e attività degli erogatori privati accreditati

In Sardegna la spesa privata per prestazioni accreditate rappresenta l'11,6% della spesa complessiva del Servizio Sanitario Regionale e corrisponde a un valore complessivo di 231 euro pro-capite. È quindi superiore rispetto a quella rilevata in Friuli Venezia Giulia, che rappresenta il 9,1% della spesa del SSR (corrispondente a un valore pro-capite di 194 euro). Risulta, invece, inferiore alla spesa registrata in Liguria e Calabria: la prima rappresenta il 17,8% della spesa del SSR ed equivale a 365 euro pro-capite, mentre la seconda rappresenta il 14,7% della spesa del SSR e corrisponde a 255 euro pro-capite.

Nel 2012 in Sardegna la spesa per i ricoveri ospedalieri nelle strutture private accreditate è pari a 57 euro pro-capite. Questo valore, leggermente superiore a quello registrato in Friuli Venezia Giulia (55 euro), è circa la metà di quello rilevato in Liguria (120 euro) ed è inferiore anche a quello riportato in Calabria (96 euro).

In Sardegna la spesa specialistica convenzionata e accreditata, pari a 72 euro pro-capite, è invece simile a quella registrata in Liguria (73 euro) e superiore a quella del Friuli Venezia Giulia (43 euro) e della Calabria (61 euro).

La spesa privata accreditata per la riabilitazione in Sardegna si attesta a 38 euro pro-capite, di poco superiore a quella rilevata in Calabria (33 euro), ma inferiore a quella di Liguria (58 euro) e Friuli (51 euro).

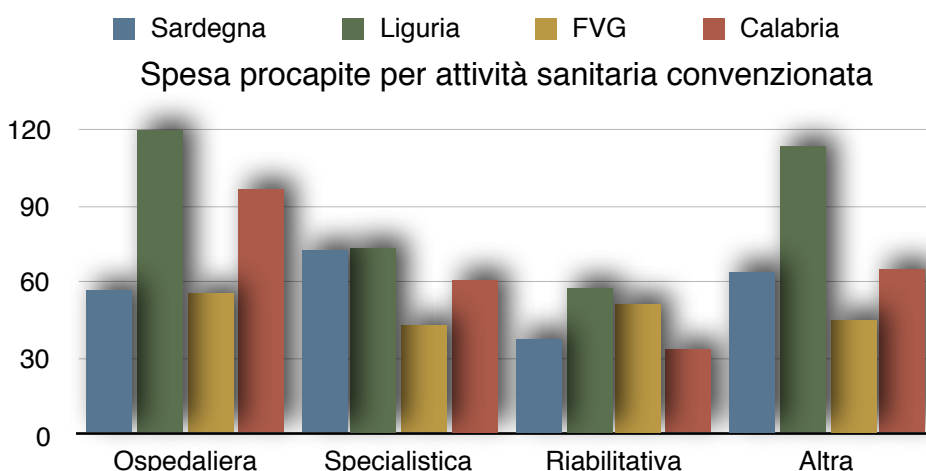
Infine, la spesa registrata in Sardegna per la voce "altra assistenza convenzionata e accreditata" è pari a 64 euro pro-capite. Si tratta di un valore simile a quella della Calabria (65 euro), superiore a quello del Friuli Venezia Giulia (45 euro), ma quasi la metà di quello della Liguria (113 euro).

Tabella 15 - La spesa sanitaria privata accreditata pro-capite – Anno 2012

	Sardegna	Liguria	FVG	Calabria	Italia
Ospedaliera accreditata	57	120	55	96	146
Specialistica convenzionata e accreditata	72	73	43	61	79
Altra assistenza convenzionata e accreditata*	64	113	45	65	112
Riabilitativa accreditata	38	58	51	33	32

Totale spesa privata accreditata pro capite	231	365	194	255	368
% Spesa sanitaria privata sul totale	11,6%	17,8%	91%	14,7%	19,4%

* La voce "altra assistenza convenzionata e accreditata" include: termale, medicina dei servizi, psichiatria, anziani, tossicodipendenza e alcolisti, contributi, sussidi vari e rimborsi. La voce più cospicua è rappresentata dalla spesa per l'assistenza territoriale offerta dalle strutture sanitarie private accreditate, principalmente dedicate alla lungodegenza.



2. Assistenza ospedaliera privata accreditata

In Sardegna i posti letto presenti presso gli erogatori privati accreditati rappresentano il 17% della dotazione complessiva dei posti letto del Servizio Sanitario Regionale. Si tratta di un valore inferiore rispetto alla media nazionale, pari al 29%. Sotto la media italiana si attesta anche il valore registrato in Friuli Venezia Giulia, pari all'11%, e in Liguria, pari al 15%. Sopra la media nazionale, invece, si trova il valore riportato in Calabria, pari al 32%.

3. Attività di ricovero

Nell'ambito dell'attività di ricovero, se si prendono in considerazione tutte le tipologie di attività, le strutture private accreditate della Sardegna garantiscono complessivamente il 15% dell'offerta di prestazioni di ricovero del Servizio Sanitario Regionale (mentre le strutture pubbliche forniscono il restante 85%). Si tratta di un

valore inferiore alla media nazionale, pari al 25%, ma leggermente superiore a quello della Liguria, dove le strutture accreditate forniscono il 14% delle prestazioni di ricovero del SSR, e del Friuli Venezia Giulia, dove questa percentuale si ferma al 10%. Rispetto alla Calabria, invece, il dato sardo risulta inferiore: nella regione meridionale il 22% delle prestazioni di ricovero è garantito dai privati accreditati.

4. Assistenza territoriale privata accreditata

Come avviene a livello nazionale, anche in Sardegna l'offerta di prestazioni ospedaliere è prevalentemente pubblica, mentre le attività di assistenza territoriale sono fornite soprattutto dai privati. Nello specifico, nel 2012 nell'isola quasi la totalità dei posti letto (PL) di riabilitazione risultano gestiti da strutture private accreditate: il 99% dei PL in regime residenziale e il 100% dei PL in regime semiresidenziale. Queste percentuali sono molto simili a quelle riscontrate in Friuli Venezia Giulia, dove il 100% dei posti letto in regime residenziale e semiresidenziale è gestito dai privati accreditati. Sono molto vicine anche a quelle registrate in Calabria, dove il 95% dei PL in regime residenziale e il 100% dei PL in regime semiresidenziale sono in mano alle strutture accreditate. La situazione sarda si discosta invece da quella ligure, dove i privati gestiscono solo l'86% dei PL in regime residenziale e il 63% dei PL in regime semiresidenziale.

Tabella 16 - Distribuzione posti letto presso Istituti di riabilitazione – Anno 2012					
	Sardegna	Liguria	FVG	Calabria	Italia
% PL Privato Accreditato per assistenza residenziale	99	86	100	95	85
% PL Privato Accreditato per assistenza semiresidenziale	100	63	100	100	94

5. Classi di attività degli erogatori privati accreditati

L'analisi della suddivisione dei ricoveri privati accreditati per classe di attività dimostra la prevalenza, in Sardegna, dell'attività per acuti: i ricoveri per acuti erogati dalle strutture accreditate superano la media nazionale (pari all'87%), attestandosi al 92,3%. Si tratta di una percentuale molto simile a quella del Friuli Venezia Giulia, dove i ricoveri per acuti raggiungono il 92,6%. Il valore sardo risulta invece superiore alla percentuale dell'86,6%, registrata in Liguria, e a quella dell'88,3%, rilevata in Calabria.

Per quanto riguarda i ricoveri per riabilitazione erogati dai privati accreditati, in Sardegna rappresentano il 5,1%. Si tratta di un valore inferiore alla media nazionale

(10,8%), ma anche a quello rilevato nelle altre tre regioni prese in considerazione: in Liguria, infatti, la percentuale è pari al 13,3%, In Calabria al 9,5% mentre in Friuli Venezia Giulia al 7,2%.

Infine, la percentuale dei ricoveri per lungodegenza raggiunge in Sardegna il 2,6%. In questo caso il valore supera il dato nazionale (2,1%) e quello riscontrato in Calabria (2,1%), Friuli Venezia Giulia (0,3%) e Liguria (0,1%).

Tabella 18 - Suddivisione per tipologia dei ricoveri erogati dai privati accreditati – Anno 2013					
in %	Sardegna	Liguria	FVG	Calabria	Italia
Acuti	92,3	86,6	92,6	88,3	87,1
Lungodegenza	2,6	0,1	0,3	2,1	2,1
Riabilitazione	5,1	13,3	7,2	9,5	10,8

6. Modifica dell'offerta ospedaliera

Negli ultimi quindici anni il Servizio Sanitario italiano ha spesso fatto ricorso alle partnership pubblico-privato (PPP) per rinnovare il capitale infrastrutturale e tecnologico. L'analisi del periodo 2004-2014 dimostra che questo non è avvenuto in Sardegna: l'unico ospedale pubblico costruito in questo lasso di tempo, infatti, è stato realizzato con appalto. Lo stesso discorso vale per Liguria e Friuli Venezia Giulia: in entrambe le regioni sono stati costruiti due nuovi ospedali tramite appalto. In Calabria, invece, non sono state realizzate nuove strutture ospedaliere nel periodo considerato.

Tabella 19 - Nuovi ospedali realizzati tra il 2004 e il 2014 e relativa incidenza sulla rete ospedaliera pubblica al 2014					
	Sardegna	Liguria	FVG	Calabria	Italia
Nuovi ospedali pubblici realizzati con PPP					18
Nuovi ospedali pubblici realizzati con appalto	1	2	2		30
% PL in nuovi ospedali realizzati con PPP su totale PL pubblici					5,4
% PL in nuovi ospedali realizzati con appalto su totale PL pubblici	3,7	4,0	10,9		5,9
% PL in nuovi ospedali (appalto + PPP) su PL pubblici	3,7	4,0	10,9		11,3

7. Attività libero professionale intramuraria (Alpi)

Nel periodo compreso tra il 2008 e il 2012, la retribuzione media di chi esercita l'attività libero professionale intramuraria in Sardegna è aumentata: è passata da 14.048 euro l'anno del 2008 a 17.446 euro nel 2012. L'aumento dei costi ha però ridotto significativamente il margine dei ricavi, passato dal 12% del 2008 al 10% del 2012. In generale chi svolge la libera professione nell'isola guadagna più che in Calabria, dove la retribuzione media è passata da 9.201 euro nel 2008 a 10.474 euro nel 2012. Anche in questo caso il margine si è ridotto a causa dell'aumento dei costi, passando dal 17 al 14%.

In Liguria e Friuli i medici che esercitano la libera professione guadagnano di più che in Sardegna: nella prima la retribuzione media nel 2012 è pari a 44.573 euro (nel 2008 era pari a 40.226 euro), mentre nella seconda si attesta a 28.075 euro (in lieve calo rispetto al 2008, quando raggiungeva i 28.979 euro). Il margine dei ricavi è aumentato in entrambe le regioni: in Liguria è passato dal 14 al 17%, mentre in Friuli dal 12 al 15%.

Tabella 20 - Ricavi e costi Alpi (valori in migliaia di euro) e margine Alpi (% sui ricavi) - Anni 2008-2012

		Sardegna	Liguria	FVG	Calabria	Italia
2008	Ricavi	14.048	40.226	28.979	9.201	1.258.163
	Costi	12.398	34.577	25.538	7.650	1.109.172
	Saldo	1.650	5.649	3.441	1.551	148.991
	Margine	12%	14%	12%	17%	12%
2012	Ricavi	17.446	44.573	28.075	10.474	1.228.555
	Costi	15.775	37.183	23.898	9.015	1.010.356
	Saldo	1.671	7.390	4.177	1.459	218.199
	Margine	10%	17%	15%	14%	18%

8. Assistenza specialistica ambulatoriale

Nel 2012 in Sardegna sono state erogate 30.789.526 prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale. Si tratta di un numero superiore a quello registrato in Friuli Venezia Giulia, dove le prestazioni sono state 26.336.953, ma inferiore alle 38.715.230 della Calabria e soprattutto alle 52.429.571 erogate in Liguria.

La maggior parte delle prestazioni specialistiche erogate in Sardegna rientra nella branca “analisi chimico cliniche e microbiologia” (22.772.394), seguita dalle “visite specialistiche, riabilitazione, chirurgia” (6.447.189) e dalle prestazioni di “diagnostica per immagini” (1.569.943). Anche nelle altre tre regioni prese in considerazione le prestazioni più richieste sono quelle di “laboratorio analisi chimico cliniche e microbiologia” (41.156.941 in Liguria, 31.163.246 in Calabria e 20.975.533 in Friuli Venezia Giulia), al secondo posto si trovano le “visite specialistiche, riabilitazione, chirurgia” (7.896.716 in Liguria, 6.175.210 in Calabria e 4.398.211 in Friuli Venezia Giulia) mentre al terzo posto quelle “diagnostica per immagini” (3.375.914 in Liguria, 1.376.774 in Calabria e 963.209 in Friuli Venezia Giulia).

Tabella 21 - Volumi di prestazioni di specialistica ambulatoriale – Anno 2012

	Sardegna	Liguria	FVG	Calabria	Italia
Laboratorio analisi chimico cliniche e microbiologia	22.772.394	41156941	20.975.533	31163246	1.014.600.245
Diagnostica per immagini	1.569.943	3.375.914	963.209	1.376.774	59.908.945
Visite specialistiche, riabilitazione, chirurgia*	6.447.189	7896716	4.398.211	6.175.210	215.695.577
Totale	30789526	52.429.571	26.336.953	38.715.230	1.290.204.767
* Vengono considerate le seguenti prestazioni: anestesia, cardiologia, chirurgia generale, chirurgia plastica, chirurgia vascolare e angiologia, dermosifilopatia, endocrinologia, gastroenterologia, chirurgia e endoscopia, medicina fisica e riabilitazione, nefrologia, neurochirurgia, neurologia, oculistica, odontostomatologia, chirurgia maxillo facciale, oncologia, ortopedia e traumatologia, ostetricia e ginecologia, otorinolaringoiatria, pneumatologia, psichiatria, radioterapia, urologia.					

Parte quarta: assistenza farmaceutica

1. Assistenza farmaceutica territoriale

Lo scopo dell'assistenza farmaceutica è quello di garantire a tutti i cittadini l'accesso equo a farmaci sicuri ed efficaci. Tra il 2006 e il 2014 il consumo farmaceutico territoriale in Sardegna è stato sempre superiore alla media italiana e a quello registrato in Liguria e Friuli Venezia Giulia. Inoltre, nel 2011 e nel 2012 ha superato anche quello riportato in Calabria.

Nel 2001 il consumo quotidiano di farmaci ogni 1.000 abitanti si attestava in Sardegna a 705 DDD/1.000 ab die (DDD/1000 abitanti die: numero medio di dosi di farmaco consumate giornalmente da 1000 abitanti), un valore che ha continuato a crescere fino a raggiungere le 1.143 dosi nel 2014. Il consumo di farmaci è aumentato anche nelle altre regioni prese in considerazione: in Liguria è passato da 672 DDD/1.000 ab die del 2001 a 879 DDD/1.000 ab die del 2014, in Friuli Venezia Giulia da 622 a 995 DDD/1.000 ab die, in Calabria da 749 a 1.192 DDD/1.000 ab die.

Tabella 22 - Consumo (DDD/1.000 ab die) farmaceutico territoriale a carico del SSN e variazione

	2001	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	01/14%
Sardegna	705	887	920	964	974	1017	1042	1082	1111	1143	62,1
Liguria	672	828	855	892	890	310	319	882	898	879	30,8
FVG	622	801	837	873	872	908	930	938	989	995	60,0
Calabria	749	951	977	1054	1017	1021	1032	1073	1146	1492	59,1
Italia	674	857	880	924	926	952	963	985	1032	1039	54,2

2. Spesa farmaceutica territoriale lorda pro-capite a carico del Servizio Sanitario Nazionale

La spesa farmaceutica lorda pro-capite territoriale rappresenta la spesa relativa ai farmaci a carico del Servizio Sanitario Nazionale, 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). La Sardegna rientra tra le regioni con la spesa pro-capite più alta, anche se rispetto al 2001

questo valore è diminuito del 7,4%. Nel 2001, infatti, la spesa era di 219,9 euro, mentre nel 2014 è pari a 203,6 euro.

Nel 2014 la spesa registrata nell'isola risulta superiore alla media italiana (pari a 180,4 euro) e a quella registrata in Liguria (153,7 euro) e in Friuli Venezia Giulia (160,5 euro). È, invece, inferiore a quella rilevata in Calabria (pari a 213,3 euro), che nel periodo considerato è stata al di sotto del valore sardo soltanto nel 2012.

Tabella 23 - Spesa (valori in €) farmaceutica territoriale* lorda pro-capite a carico del SSN - Anni 2001-2014											
	2001	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	01/14 %
Sardegna	219,9	248,0	225,9	223,6	228,6	234,5	229,0	229,4	209,1	203,6	-7,4
Liguria	213,4	220,3	203,0	200,6	199,9	197,8	188,3	166,8	160,6	153,7	-2,0
FVG	170,2	195,2	191,4	185,5	185,8	193,7	187,2	171,4	164,7	160,5	-5,7
Calabria	237,7	284,9	270,3	277,0	275,1	267,8	231,2	223,0	216,6	213,3	-10,3
Italia	209,9	228,8	215,0	213,4	215,3	215,1	204,3	193,0	187,7	180,4	-14,1
* Esclusa la Distribuzione diretta e la Distribuzione per conto.											

3. Spesa e consumo dei farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche

La Sardegna rappresenta (insieme alla Puglia) una delle due regioni in cui nel 2015 si è registrata la spesa pro-capite per l'acquisto di medicinali da parte delle strutture sanitarie pubbliche più elevata, pari a 224,4 euro. Questo valore risulta, quindi, più alto della media nazionale (184,3 euro) e di quello rilevato in Liguria (173,5 euro), Friuli Venezia Giulia (160,5 euro) e Calabria (197,5 euro).

Rispetto al 2014, l'incremento registrato in Sardegna è pari al 22,3%, inferiore a quello registrato a livello nazionale (24,5%), in Liguria (23,4%) e Calabria (26,8%), ma superiore a quello registrato in Friuli Venezia Giulia (12,9%).

Per quanto riguarda i consumi, rispetto all'anno precedente il consumo quotidiano medio di farmaci in Sardegna nel 2015 è cresciuto del 2%, attestandosi a 148 DDD/1000 abitanti die. Questo valore risulta inferiore al dato nazionale (154,1 DDD/1000 abitanti die, cresciuto del 2,2% rispetto al 2014), a quello registrato in Liguria (179,9 DDD/1000 abitanti die, cresciuto del 3,9% rispetto al 2014) e in Friuli Venezia Giulia (157,5 DDD/1000 abitanti die, diminuito del 13% rispetto al 2014). È invece inferiore a quello rilevato in Calabria (115,7 DDD/1000 abitanti die, cresciuto del 5,4% rispetto al 2014).

Tabella 24 - Spesa e consumi per farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche: confronto 2015-2014

		Sardegna	Liguria	FVG	Calabria	Italia
Spesa SSN pro capite	Euro	224,4	173,5	160,5	197,5	184,3
	%15/14	22,3	23,4	12,9	26,8	24,5
DDD/1000 abitanti die	N.	148,0	179,9	157,5	115,7	154,1
	%15/14	2,0	3,9	-13	5,4	2,2

4. Analisi della spesa farmaceutica pubblica e privata

Nel 2015, la spesa erogata dalla Sardegna in regime di assistenza convenzionata è pari a 340 milioni di euro e costituisce il 39% della spesa regionale. Risulta superiore alla spesa registrata in Liguria (pari a 281 milioni di euro) e in Friuli Venezia Giulia (pari a 212 milioni di euro), mentre è inferiore a quella rilevata in Calabria (pari a 397 milioni di euro).

La spesa sostenuta per l'acquisto di medicinali da parte delle strutture sanitarie pubbliche in Sardegna è pari a 377 milioni di euro, corrispondente al 43% della spesa regionale. Supera il valore registrato in Liguria (pari a 321 milioni di euro), Friuli Venezia Giulia (pari a 214 milioni di euro) e Calabria (pari a 375 milioni di euro).

Tabella 25 - Composizione della spesa farmaceutica totale 2015

		Sardegna	Liguria	FVG	Calabria	Italia
Spesa convenzionata lorda*	Spesa (milioni di euro)	340	281	212	397	10863
	% (calcolata sul totale della spesa regionale)	39,0	33,0	39,0	40,0	38,0
Classe A privato	Spesa	25	25	23	57	1487
	%	3,0	6,0	4,0	6,0	5,0
Classe C con ricetta	Spesa	80	108	56	91	2997
	%	9,0	13,0	10,0	9,0	10,0
Automedicazione (farmacie pubbliche e private)	Spesa	54	85	45	62	2375
	%	6	10	8	6	8
Strutture pubbliche	Spesa	377	321	214	375	11203

	%	43	38	39	38	39
Totale		875	848	551	981	28925
*La spesa si riferisce ai farmaci di Classe A-SSN e ai farmaci di classe C (23 milioni di euro) rimborsati dal SSN esclusivamente per i titolari di pensione di guerra diretta vitalizia ai sensi della legge 203/2000.						

In Sardegna la spesa farmaceutica pubblica erogata in regime di assistenza convenzionata nel 2015 ha raggiunto i 284 milioni di euro. Risulta superiore ai 217 milioni di euro registrati in Liguria e ai 177 milioni di euro rilevati in Friuli Venezia Giulia, ma inferiore ai 316 milioni di euro riportati in Calabria.

Le ricette emesse in Sardegna sono state 19.587, mentre le confezioni di medicinali dispensate ai cittadini sono state 34.698. Si tratta di valori superiori a quelli della Liguria (dove sono state emesse 15.868 ricette e dispensate 29.085 confezioni di farmaci) e del Friuli Venezia Giulia (dove sono state emesse 11.596 ricette e dispensate 23.048 confezioni di medicinali), ma inferiori a quelli rilevati in Calabria, dove le ricette emesse sono state 23.160, mentre le confezioni dispensate sono state 41.038.

Tabella 26 - Spesa e consumi dei farmaci erogati in regime di assistenza convenzionata nel 2015

	Sardegna	Liguria	FVG	Calabria	Italia
Ricette (migliaia)	19.587	15.868	11.596	23.160	596.046
Confezioni (migliaia)	34.698	29.085	23.048	41.038	1.132.926
Spesa lorda (milioni di euro)	340	281	212	397	10.863
Sconto (milioni di euro)	27	21	17	29	865
Compartecipazione (milioni di euro)*	28	43	18	51	1.521
Spesa netta (milioni di euro)**	284	217	177	316	8.477

* Comprende la compartecipazione per confezione, per ricetta e sugli equivalenti

**La spesa netta è ottenuta sottraendo alla spesa lorda lo sconto e il ticket a carico dei pazienti

La spesa farmaceutica pro-capite erogata in regime di assistenza convenzionata in Sardegna ha raggiunto il valore più alto d'Italia, attestandosi a 169,5 euro, anche se rispetto al 2014 è diminuita dello 0,9%. Risulta significativamente superiore ai 117,1 euro pro-capite della Liguria e ai 132,7 euro pro-capite del Friuli Venezia Giulia, ma solo poco più elevata dei 166,8 della Calabria.

La quota a carico dei cittadini, pari a 16,9 euro pro-capite, in Sardegna risulta superiore soltanto ai 13,5 euro pro-capite del Friuli Venezia Giulia, mentre resta al

di sotto della media nazionale (pari a 25 euro pro-capite) e dei valori registrati in Liguria (pari a 23,2 euro pro-capite) e in Calabria (pari a 27,1 euro pro-capite).

L'esame combinato tra i consumi erogati in regime di assistenza convenzionata e l'acquisto da parte delle strutture sanitarie pubbliche dei medicinali di fascia A erogati in distribuzione diretta e per conto, evidenzia che in Sardegna la spesa territoriale pro-capite supera la media nazionale (pari a 262,8 euro) attestandosi a 318,4 euro. La spesa sarda è anche più alta di quella rilevata in Liguria (pari a 227,8 euro), in Friuli Venezia Giulia (pari a 225,8 euro) e in Calabria (pari a 301,2 euro).

La spesa privata pro-capite per l'acquisto di farmaci di classe A, C, OTC (i cosiddetti "medicinali da banco") e o SOP (farmaci non soggetti a prescrizione medica) registrata in Sardegna è, invece, inferiore al dato italiano (pari a 113,6 euro) e si ferma a 95,5 euro. In questo caso il valore risulta superiore solo a quello rilevato in Friuli Venezia Giulia (pari a 93,6 euro), mentre è più basso di quello registrato in Liguria (pari a 134 euro) e in Calabria (pari a 111,6 euro).

Infine, la spesa farmaceutica territoriale pro-capite rilevata in Sardegna, pari a 413,9 euro, è superiore alla media italiana (pari a 376,4 euro) e a quella riportata in Liguria (pari a 361,8 euro), in Friuli Venezia Giulia (pari a 319,4 euro) e, anche se di poco, in Calabria (pari a 412,8 euro).

Tabella 28 - Spesa farmaceutica pro.-capite territoriale (pubblica e privata) 2015					
	Sardegna	Liguria	FVG	Calabria	Italia
Spesa territoriale* classe A-SSN pro capite	318,4	227,8	225,8	301,2	262,8
Spesa privata pro capite (A, C, SOP e OTC)	95,5	134,0	93,6	111,6	113,6
Spesa farmaceutica territoriale pro-capite	413,9	361,2	319,4	412,8	376,4
* Spesa lorda convenzionata di fascia A, al netto della fascia C rimborsata per i titolari di pensione di guerra diretta vitalizia ai sensi della Legge n. 203 del 19 luglio 2000 (23 milioni di euro), a cui è stata aggiunta la spesa per la distribuzione diretta e per conto di fascia A.					

5. Consumo e spesa relativi ai farmaci a brevetto scaduto

In Sardegna l'incidenza del consumo in regime di assistenza convenzionata dei farmaci a brevetto scaduto di classe A-SSN, sul consumo totale dei medicinali a carico del Servizio Sanitario Regionale, è pari al 75,2%, un valore simile a quello della media nazionale (che corrisponde al 75,5%). Con un consumo di 917,4 DDD/

1000 abitanti die, supera i valori registrati Liguria (pari a 706,9 DDD/1000 abitanti die), in Friuli Venezia Giulia (pari a 816,5 DDD/1000 abitanti die) e in Calabria (pari a 891,1 DDD/1000 abitanti die). In queste regioni il consumo in regime di assistenza convenzionata dei farmaci a brevetto scaduto di classe A-SSN incide sul totale dei medicinali a carico del SSR del 75% in Liguria, del 76,5% in Friuli Venezia Giulia e del 74,1% in Calabria.

In termini di spesa, la Sardegna rappresenta la regione in cui si registra la minore incidenza della spesa netta per i farmaci a brevetto scaduto di classe A-SSN: con una spesa netta pro-capite di 63,9 euro, questo valore si ferma al 52,1%, contro una media nazionale del 54,2%. Risulta quindi più alta, rispetto a quella sarda, l'incidenza registrata in Liguria (54,8%), in Friuli Venezia Giulia (54%) e in Calabria (53,6%), dove la spesa netta è pari, rispettivamente, a 50,5 euro, a 51,9 euro e a 67,9 euro.

Tabella 29 - Consumo in regime di assistenza convenzionata e spesa convenzionata netta dei farmaci a brevetto scaduto di classe A-SSN - Anno 2015

	Consumi DDD/1000 ab. pro die	Spesa % sul totale DD	Spesa procapite	% sul totale spesa netta
Sardegna	917,4	75,2	63,9	52,1
Liguria	706,9	75,0	50,5	54,8
Friuli Venezia Giulia	816,5	76,5	51,9	54,0
Calabria	891,1	74,1	67,9	63,6
Italia	842,2	75,5	58,7	54,2

L'analisi dell'acquisto dei farmaci da parte delle strutture sanitarie pubbliche nel 2015, evidenzia che, con un'incidenza del 21,8%, in Sardegna il consumo dei farmaci a brevetto scaduto acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche è inferiore alla media nazionale, pari al 27%. Risulta inferiore anche alla percentuale riscontrata in Liguria (32,2%), in Friuli Venezia Giulia (27,5%) e in Calabria (24%).

L'incidenza della spesa per i farmaci a brevetto scaduto acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche, in Sardegna supera lievemente il dato italiano, attestandosi al 2,5% (rispetto al 2,1% della media nazionale). È maggiore anche dell'incidenza del 2,2% rilevata in Liguria e di quella dell'1,9% evidenziata in Friuli Venezia Giulia, ma inferiore a quella del 2,6% registrata in Calabria.

Tabella 30 - Consumo e spesa dei farmaci a brevetto scaduto acquistati dalle strutture sanitarie

	Consumi DDD/ 1000 ab. pro die	Spesa % sul totale DD	Spesa procapite	% sul totale
Sardegna	32,6	21,8	5,5	5,5
Liguria	55,0	32,2	3,8	2,2
Friuli Venezia Giulia	41,3	27,5	3,1	1,9
Calabria	27,8	24,0	5,2	2,6
Italia	39,8	27,0	3,9	2,1

6. Consumo di farmaci a carico del cittadino

Nel 2015 in Sardegna la spesa pro-capite per l'acquisto di medicinali di classe C con ricetta è stata leggermente inferiore alla media nazionale (pari a 49,9 euro), attestandosi a 48 euro. Risulta inferiore a quella registrata in Liguria (59,2 euro) e in Calabria (48,7 euro), ma superiore a quella del Friuli Venezia Giulia (42 euro). È comunque aumentata del 2% rispetto al 2014, più di quanto sia avvenuto in Liguria e Friuli Venezia Giulia, dov'è cresciuta dell'1,8%. In Calabria ha, invece, subito un incremento maggiore rispetto all'anno precedente, pari al 3%.

In Sardegna il consumo quotidiano dei farmaci di classe C è stato di 205,3 DDD/1000 ab die, superiore a quello riscontrato in Friuli Venezia Giulia (173,2 DDD/1000 ab die), ma inferiore a quello registrato in Liguria (251,2 DDD/1000 ab die) e Calabria (206,7 DDD/1000 ab die).

Per quanto riguarda la spesa pro-capite per l'acquisto dei medicinali di automedicazione – farmaci non soggetti a prescrizione medica (SOP) e medicinali da banco (OTC) -, nel 2015 in Sardegna è pari a 32,8 euro, un valore inferiore alla media nazionale (39,9 euro) e alla spesa registrata in Liguria (46,8 euro), Friuli Venezia Giulia (34,4 euro) e Calabria (33,6 euro).

Infine, il consumo quotidiano di questi farmaci in Sardegna è pari a 105,3 DDD/1000 ab die. Si tratta, anche in questo caso, di un valore più basso del dato nazionale (135,2 DDD/1000 ab die) e di quello riscontrato in Liguria (165,4 DDD/1000 ab die), Friuli Venezia Giulia (123,4 DDD/1000 ab die) e Calabria (114,3 DDD/1000 ab die).

Tabella 31 – Consumi e spesa per i farmaci di classe C con ricetta e Automedicazione – Anno 2015

		Sardegna	Liguria	FVG	Calabria	Italia
Classe C con ricetta	Spesa procapite	48,0	59,2	42,0	48,7	49,9
	%15-14	2,0	1,8	1,8	3,0	2,5
	DDD/1000 ab die	205,3	251,2	173,2	206,7	194,8
	%15-14	-2,1	-2,0	-1,2	-1,6	-1,0
Automedicazione (SOP e OTC)	Spesa procapite	32,8	46,8	34,4	33,6	39,9
	%15-14	3,0	4,0	5,7	5,6	4,6
	DDD/1000 ab die	105,3	165,4	123,4	114,3	135,2
	%15-14	-1,2	-0,4	0,2	1,8	0,0

7. Assistenza farmaceutica ospedaliera e ambulatoriale

Nel 2015 in Sardegna la spesa per i medicinali erogati nell'ambito dell'assistenza farmaceutica ospedaliera e ambulatoriale ha raggiunto quasi i 75 milioni di euro. Si tratta di un valore inferiore a quello rilevato in Liguria, dove la spesa supera i 118 milioni di euro, in Friuli Venezia Giulia, dove raggiunge più di 87 milioni di euro, e in Calabria, dove la spesa supera di poco i 75 milioni di euro.

Come avviene a livello nazionale, anche in Sardegna la spesa per i farmaci di classe H erogati nell'ambito dell'assistenza farmaceutica ospedaliera e ambulatoriale è superiore a quella registrata per i farmaci di classe A e C. Per l'acquisto dei medicinali di classe H, infatti, sono stati spesi quasi 50 milioni di euro, circa il 67% del totale. Nelle tre regioni prese in considerazione questo valore è superiore: supera gli 82 milioni di euro in Liguria, raggiunge i 64 milioni di euro in Friuli Venezia Giulia e oltrepassa i 53 milioni di euro in Calabria.

Per l'acquisto dei farmaci di classe C, in Sardegna sono stati spesi circa 15 milioni di euro, poco meno del 21% del totale. In questo caso si tratta di un valore più alto degli 11 milioni di euro registrati in Calabria, ma inferiore agli oltre 19 milioni di euro riscontrati in Liguria. Risulta poi più basso, ma di poco, rispetto al valore rilevato in Friuli Venezia Giulia, pari a 15.752.530 euro.

Infine, per l'acquisto dei medicinali di classe A in Sardegna sono stati spesi circa

9,6 milioni di euro, quasi il 13% della spesa totale registrata nel 2015. È un valore superiore a quello rilevato in Friuli Venezia Giulia (quasi 7,5 milioni di euro), ma inferiore a quello registrato in Liguria (oltre 16 milioni di euro) e in Calabria (quasi 10 milioni di euro).

Tabella 33 - Composizione per classe di rimborsabilità della spesa regionale per medicinali erogati

	Sardegna	Liguria	FVG	Calabria	Italia
Classe A (euro)	9.628.985	13.101.421	7.433.481	9.972.977	333.248.397
Classe C (euro)	15.400.310	19.663.539	15.752.530	11.927.504	504.752.267
Classe h (euro)	49.838.848	82.622.002	64.051.649	53.243.959	2.158.436.845
Totale (euro)	74.868.143	118.386.962	87.237.660	75.144.440	2.996.437.508
Inc% A	12,9%	13,6%	8,5%	13,3%	11,1%
Inc% C	20,6%	16,6%	18,1%	15,9%	16,8%
Inc% H	66,6%	69,8%	73,4%	70,9%	72,0%

Parte quinta: sanità digitale

Stato di avanzamento dell'evoluzione digitale dei sistemi sanitari regionali

La Sardegna è una delle 17 Regioni e Province Autonome che hanno realizzato l'Anagrafe Sanitaria Unificata. Nell'isola è stata istituita con la Delibera della Giunta Regionale n. 2/23 del 18 gennaio 2011, ed è definita ANAGS - Anagrafe Sanitaria Regionale. Questo sistema rappresenta l'anagrafe di riferimento certificata degli assistiti nel sistema informativo sanitario integrato regionale, che viene alimentata dai flussi informativi provenienti da diverse fonti che ne certificano il dato anagrafico e sanitario.

L'Anagrafe Sanitaria Unificata è attiva anche in Friuli Venezia Giulia e in Liguria, mentre in Calabria è ancora in fase di completamento.

In Sardegna è pienamente operativo il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), mentre risulta ancora in fase di implementazione in Liguria e Friuli Venezia Giulia. In Calabria, invece, deve ancora essere attivato.

La Sardegna è una delle 14 regioni in cui è attivo il CUP WEB, per mezzo del quale è possibile prenotare le prestazioni specialistiche (visite ed esami) del Servizio Sanitario Regionale. Il CUP è attivo anche in Liguria e in Friuli Venezia Giulia, mentre risulta assente in Calabria.

	Sardegna	Liguria	FVG	Calabria
Anagrafe sanitaria Unificata	Si	Si	Si	Imp
Fascicolo sanitario elettronico	Si	Imp	Imp	No
Cup Web	Si	Si	Si	No

Ringraziamenti

Il centro studi sulle politiche della salute sottolinea come i dati esaminati e presentati in questo rapporto che viene reso disponibile senza fini di lucro sono provenienti da pubblicazioni pubbliche che vengono citate ogni qualvolta il dato sia utilizzato. In particolare in questo rapporto sono stati utilizzati i dati del rapporto Osservasalute 2016, Oasi 2015 e Osmed 2016.

Il confronto tra i dati delle diverse regioni è una elaborazione dei dati presenti in questi rapporti e la scelta dei dati proposti è puramente indicativa.

Si ringrazia per la predisposizione dei capitoli i ricercatori Gianluca Chelo e Nadia Comerci, per l'idea e l'impostazione del rapporto Silvio Lai e Effelle Comunicazione per la grafica e l'impaginazione.



Fondazione
di Sardegna



Centro Studi
Politiche della Salute