La salute in Sardegna

nei principali rapporti e analisi nazionali

Rapporto 2017





La salute in Sardegna

nei principali rapporti e analisi nazionali Rapporto 2017



Introduzione	11
Capitolo 1 La Sardegna nel Rapporto Osservasalute 2017. Salute e bisogni della popolazione	18 18
1.1 Fecondità	19
1. 2 Fattori di rischio	19
1.3 Aspettativa di vita	22
1.4 Tasso di mortalità	22
1.5 Patologie croniche	23
1.6 Malattie cardio e cerebrovascolari	28
1.7 Malattie metaboliche: diabete mellito	29
1.8 Malattie oncologiche	29
1.9 Disabilità	31
1.10 Salute mentale	31
1.11 Salute materno-infantile	32
Capitolo 2	33
Rapporto Osservasalute 2017. Sistemi sanitari regionali e qualità dei servizi	33
2.1 L'assetto economico-finanziario	33
2.2 L'assetto istituzionale-organizzativo	35
2.3 Assistenza territoriale	36
2.4 Assistenza ospedaliera	37
2.4.1 Ospedalizzazione per patologie a elevato impatto sociale	37
2.4.2 Ospedalizzazione in età pediatrica	38
2.4.3 Mobilità ospedaliera	39
Capitolo 3 Rapporto Oasi 2017	42 42
I servizi sanitari in Sardegna	42
3.1 Organizzazione regionale del SSN	42
3.2 La spesa sanitaria	51
3.3 Erogatori privati accreditati: struttura e attività	56
3.4 La rete ospedaliera per acuti del SSN alla luce dei nuovi standard ospedalieri	59
3.5 Gestione centralizzata degli acquisti in sanità	60
3.6 Riordino dei servizi sanitari regionali	61
Capitolo 4	63
La salute in Sardegna nel Rapporto OsMed	
L'uso dei farmaci in Italia Rapporto Nazionale 2016	63
4.1 La spesa farmaceutica territoriale	63
4.2 Acquisto e consumo di farmaci di classe A, di classe C e di automedicazione	64
4.3 Consumi in regime di assistenza convenzionale	65
4.4 Spesa farmaceutica convenzionata	65
4.5 Distribuzione della spesa farmaceutica convenzionata per i farmaci di classe A-SSN	66
4.6 Spesa a carico dei cittadini	68
4.7 Assistenza farmaceutica erogata dalle strutture sanitarie pubbliche	69
4.8 Distribuzione diretta e per conto	70

4.9 Composizione della spesa regionale per i medicinali erogati in distribuzione diretta e percento	71
4.10 Farmaci a brevetto scaduto	71
4.11 Assistenza farmaceutica ospedaliera e ambulatoriale	72
4.12 Registri di monitoraggio AIFA	73
Capitolo 5	75
La salute in Sardegna: confronto con Liguria, Friuli Venezia Giulia e Calabria	75
Parte prima: la salute della popolazione 5.1 Invecchiamento	75 75
5.2 Aspettativa di vita	76
5.3 Tasso di mortalità	76
5.4 Salute mentale	78
5.5 Consumo di farmaci antidepressivi	79
5.6 Suicidi	79
Parte seconda: il sistema sanitario pubblico 5.7 Spesa sanitaria pubblica corrente per funzione	80 880
5.8 Spesa sanitaria pubblica pro-capite	80
5.9 Disavanzo/avanzo sanitario pubblico pro-capite	81
Parte terza: l'assetto istituzionale-organizzativo	82
5.10 Dotazioni tecnologiche: Tomografia Assiale Computerizzata (TAC), Tomografia a Risonanza M (TRM) e Tomografia ad Emissione di Positroni (PET)	
5.11 Sistema di emergenza-urgenza	82
Dipartimenti di Emergenza e Accettazione	82
5.12 Assistenza territoriale	83
5.13 Assistenza ospedaliera	84
5.14 Ospedalizzazione in età pediatrica	85
5.15 Mobilità ospedaliera	86
Parte terza: sistema sanitario pubblico e privato accreditato 5.16 Apparati amministrativi regionali del SSN	88 888
5.17 Capacità di offerta delle strutture territoriali	
5.18 Le attività di ricovero del SSN	90
5.19 Gli erogatori privati accreditati: struttura e attività	90
Attività degli ospedali privati accreditati	
5.20 La rete ospedaliera per acuti del SSN alla luce dei nuovi standard ospedalieri	91
Parte quarta: assistenza farmaceutica 5.21 Acquisto e consumo di farmaci di classe A, di classe C e di automedicazione	93 93
Spesa farmaceutica	94
5.22 Spesa farmaceutica pubblica: territoriale e ospedaliera	94
5.23 Spesa farmaceutica convenzionata	94
5.24 Assistenza farmaceutica erogata dalle strutture sanitarie pubbliche	95
5.25 Distribuzione diretta e per conto	
Composizione della spesa regionale per i medicinali erogati in distribuzione diretta e per conto	
5.26 Farmaci a brevetto scaduto	97
5.27 Assistenza farmaceutica ospedaliera e ambulatoriale	98
Conclusioni	100

Introduzione

Con il rapporto 2017 Life, centro studi sulle politiche per la salute rinnova il suo impegno nella direzione di valutazioni oggettive delle politiche sanitarie e dei loro risultati. Il lavoro di analisi e ricerca avviato nel 2016 si rinnova in questo secondo rapporto con i dati relativi all'anno successivo confermando il metodo di lavoro individuato.

Il rapporto è il frutto dell'analisi e della comparazione di tre rapporti nazionali sulla salute da cui sono estrapolati i dati della Sardegna. Si tratta del rapporto Osmed pubblicato nel giugno 2017, del rapporto Osservasalute pubblicato nel luglio 2017 e del rapporto OASI pubblicato nel Giugno 2017. Si tratta di tre rapporti di ricerca autorevoli che danno un quadro della salute in Italia in termini complessivi e con alcuni dati regionali che richiedono un approfondimento e una estrapolazione successiva per avere una visione integrale di una singola regione.

Nel rapporto di ricerca Life oltre ad estrapolare e sintetizzare i dati della Sardegna, si mettono a confronto questi dati con quelli di altre tre regioni che possono essere un elemento di confronto sul piano della popolazione come su quello delle caratteristiche umane e geografiche, il Friuli Venezia Giulia, la Liguria e la Calabria, tutte regioni con una popolazione esimile o leggermente inferiore a quella sarda. L'obiettivo è quello di effettuare un confronto non sulle medie nazionali, talvolta irraggiungibili per eccessiva distanza ma con regioni che hanno ampi analoghi con la sardegna e possono essere un raffronto adeguato ad evitare eccessivi entusiasmi quanto facili vittimismi.

Il Rapporto Osservasalute, come ogni anno, fornisce numerosi indicatori che descrivono in maniera minuziosa lo stato del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), sia dal lato della spesa e dell'organizzazione del sistema, sia dal lato della performance, in termini di salute e prevenzione. 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.

Nella premessa del rapporto 2017, si legge che "i conti del SSN sembrano tornati per lo più sotto controllo e tra il 2015 e il 2016 la spesa sanitaria pubblica pro capite è leggermente aumentata, pur rimanendo tra le più basse dei Paesi dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE). Il disavanzo appare in frenata, ma per tenere i conti in ordine, una parte della spesa si è spostata sulle "spalle" delle famiglie. I dati complessivi degli ultimi 6 anni continuano a indicare che il SSN è parsimonioso ed è riuscito a bloccare la tradizionale dinamica espansiva della spesa, allineandosi alle limitate disponibilità finanziarie dello Stato, malgrado l'invecchiamento della popolazione, i costi indotti dal progresso tecnologico e le forme di deprivazione socio-economica prodotte dalla crisi. Tuttavia, la continua crescita della spesa privata testimonia un arretramento della copertura complessivamente garantita dal sistema pubblico, dato confermato indirettamente anche dalla Corte dei Conti che riferisce di una diminuzione delle entrate da ticket e dalla compartecipazione alla spesa.

Gli indicatori sugli esiti di salute testimoniano che, nel 2017, la speranza di vita alla nascita è tornata a crescere, ma si confermano le disuguaglianze territoriali riscontrate in passato, con le regioni del Mezzogiorno più svantaggiate di guelle del resto del Paese.

La dimensione della cronicità è in costante e progressiva crescita, con conseguente impegno di risorse sanitarie, economiche e sociali. L'aumento di questo fenomeno è connesso a differenti fattori, tra i quali il progresso delle cure, il miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie, l'innalzamento dell'età media e la disponibilità di nuove terapie farmacologiche.

L'efficacia del sistema sanitario rispetto alla cura e alla prevenzione delle neoplasie è andata sicuramente migliorando, come dimostrano i dati sulla sopravvivenza dei pazienti oncologici.

I progressi nella prevenzione primaria emergono chiaramente nel caso del tumore polmonare, per il quale il carico sanitario della patologia è in sensibile diminuzione da anni negli uomini, grazie alla forte riduzione della prevalenza di fumatori che rappresenta un grande successo delle normative anti-fumo (tra le più avanza- te in Europa). La stessa riduzione non si è registrata tra le donne e questo è il motivo per il quale il tumore polmonare è ancora in una fase critica e plausibilmente in peggioramento.

Per quanto riguarda i tumori oggetto di programmi di screening organizzato, gli effetti dell'introduzione di misure efficaci di prevenzione secondaria sono visibili nelle aree del Paese dove si è iniziato prima e dove la copertura è ottimale. Una minor copertura di popolazione e una ritardata implementazione degli screening organizzati sono fattori che contribuiscono a spiegare la bassa performance in termini di salute osservata nel Mezzogiorno.

La dinamica demografica sperimentata nel nostro Paese è ben nota e non potrà che riflettersi sulla sostenibilità del settore socio-sanitario. Gli indicatori demografici presentati sono particolarmente allarmanti se vengono affiancati a quelli relativi alla popolazione con forti limitazioni nelle attività quotidiane. Infatti, dal Rapporto si evince che un quinto degli ultra 65enni ha molta difficoltà o non è in grado di svolgere almeno una attività di cura della persona senza alcun aiuto. Oltre un terzo delle persone ultra 75enni non è in grado di usare il telefono, gestire il denaro o prendere le medicine; quasi la metà non è in grado di preparare i pasti, fare la spesa o svolgere attività domestiche leggere.

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.

Il Rapporto è strutturato su 98 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, 17 Box, focalizzati su alcune esperienze innovative sperimentate in alcune singole realtà e 4 approfondimenti, in cui alcuni problemi prioritari vengono analizzati per prospettare possibili soluzioni e che sono pubblicati sul sito www.osservatoriosullasalute.it.

Tra le raccomandazioni di tutti i ricercatori e gli esperti cha hanno contribuito al Rapporto, di fronte a una progressiva modificazione della domanda di salute, appare utile mettere in evidenza l'urgenza di attuare un cambiamento indirizzato ad una appropriata ed equa gestione della cronicità, così come dichiarato nel Piano Nazionale della Cronicità. L'esigenza è quella di armonizzare, a livello nazionale, le attività di gestione della cronicità, con l'intento di promuovere interventi basati sulla unitarietà di approccio, centrati sulla persona e orientati

verso una migliore organizzazione dei servizi e una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza.

I nuovi modelli organizzativi dovrebbero essere centrati sulle cure territoriali e domiciliari, integrate, delegando all'assistenza ospedaliera la gestione dei casi acuti/complessi non gestibili dagli operatori sanitari delle cure primarie. In tali modelli l'appropriatezza e l'efficacia dell'assistenza sono assicurati dalla "presa in carico" del cittadino che dovrebbe avvenire sulla base dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali delineati per ogni patologia, sempre tenendo in considerazione le peculiarità di ogni singolo paziente.

Inoltre, non meno urgente il tema che ci si troverà a fronteggiare nell'immediato futuro: l'invecchiamento della popolazione. Tra circa 15 anni avremo gli anziani figli del baby boom che potranno contare su una rete di aiuti familiari ridotta a causa della denatalità e con redditi da pensione più bassi per il passaggio dal sistema pensionistico retribuito a quello contributivo, avvenuto con la riforma dei primi anni Novanta. Si tratta di problematiche che andranno sempre di più appesantendo la spesa sanitaria, a causa di una attività di assistenza della quale il SSN è costretto a farsi carico, in assenza di servizi di natura socio-assistenziale di pertinenza dei Comuni."

Il rapporto OASI - si legge nella introduzione dell'edizione 2017 firmata da Alberto Ricci e Francesco Longo - conferma alcuni trend che possiamo definire ormai stabili e consolidati nell'attuale finestra storica del SSN e del settore sanitario italiano, finestra corrispondente alla fase che inizia con la crisi del 2008 e prosegue fino ad oggi. Il SSN si conferma un sistema «sobrio» e in equilibrio finanziario che, con risorse pressoché stabili, fronteggia bisogni crescenti, soprattutto negli ambiti della cronicità e della non autosufficienza. Questa tensione tra domanda e offerta risulta particolarmente impattante nel Sud del Paese, dove, peraltro, il contributo della spesa sanitaria privata delle famiglie è molto minore.

In questo scenario non bisogna fermarsi ai macro-indicatori di spesa, attività ed esiti. I mutamenti istituzionali in molte regioni e le dinamiche in atto nelle aziende ci consegnano un SSN e un settore sanitario in profonda trasformazione. Rispetto a molte questioni strategiche, la sanità italiana è «in mezzo al guado». Spesso, si tratta di cambiamenti spinti da forze contrastanti e contraddittorie che si stanno contendendo l'arena sanitaria italiana. Non è ancora possibile intravedere l'esito della dialettica di queste forze, che oltre a scontrarsi si influenzano reciprocamente. Molte delle ambiguità strategiche della sanità italiana esprimono dei problemi così critici e profondi che difficilmente riusciranno a emergere nell'agenda politica esplicita o a trovare spazio nell'analisi strutturata dei policymaker.

Secondo il Rapporto OASI 2017 permane un "equilibrio sempre più difficile tra vincoli finanziari, invecchiamento e cambiamenti sociali. In un confronto internazionale la spesa del SSN risulta molto contenuta, con tassi di crescita modestissimi. Tra 2010 e 2016, la spesa SSN è cresciuta in media dello 0,7% ogni anno in termini nominali, tasso inferiore all'inflazione media annua pari a 1,1%. Continua la diminuzione della spesa per il personale, che è scesa di 6 punti percentuali tra 2010 e 2016, mentre cresce in modo preoccupante l'età media degli operatori: basti pensare che il 52% dei medici del SSN ha più di 55 anni, contro il 13% del NHS inglese, e al di sopra dei sistemi di Germania e Francia (rispettivamente 43% e 46%).

Anche tutte le altre voci di spesa del SSN o decrescono, come la farmaceutica convenzionata, o sono stabili da anni, come l'assistenza erogata dai privati accreditati. L'unica voce in aumento è la spesa per beni e servizi, che vicaria in parte la riduzione dell'organico dipendente e in parte è spiegata dall'aumento della spesa farmaceutica ospedaliera. Nel complesso, la spesa per beni e servizi (33,6% del totale della spesa SSN) supera quella del personale (29,7%), consolidando questa evidenza. Soffre ancora di più la spesa per investimenti infrastrutturali e tecnologici, che può essere riassunta in un numero: il tasso medio di obsolescenza delle tecnologie misurata in 95 aziende ospedaliere, policlinici e IRCCS registra una media nazionale dell'83%, a segnalare che molti macchinari e attrezzature del SSN hanno raggiunto o sono prossimi alla fine del ciclo di vita economico. Nell'allocazione delle risorse per il Welfare pubblico, il SSN continua lentamente ma costantemente a perdere «quote», scivolando dal 24% della spesa totale nel 2010 al 21,9% nel 2016. Nello stesso periodo, la spesa pensionistica rimane stabile al 68%, mentre la spesa assistenziale passa dall'8% del 2010 al 10% del 2016, con una forte spinta della spesa per long term care (LTC).

Il SSN ha raggiunto un consolidato equilibrio finanziario, registrando avanzi contabili dal 2012 al 2016, con l'eccezione dell'esercizio 2015, che ha contabilizzato un lieve disavanzo. Tutte le regioni (salvo una, di modeste dimensioni) si trovano in sostanziale equilibrio finanziario una volta contabilizzate le entrate fiscali regionali a copertura della spesa sanitaria. La convergenza inter-regionale verso l'equilibrio finanziario elimina dal dibattito l'alibi delle regioni in dissesto. Fino a ieri, le finanze di tali regioni rappresentavano la priorità di intervento e dunque costituivano una sorta di zavorra per il resto del sistema. Il prossimo ciclo di piani di rientro regionali dovrebbe partire da questa evidenza e assumere una diversa focalizzazione e prospettiva di lavoro, concentrandosi sullo sviluppo dei servizi e sulla convergenza in termini di qualità dell'assistenza.

In questo quadro di stabilità e di calo relativo delle risorse disponibili, non stupisce che i volumi di attività del SSN decrescano in tutti i setting assistenziali. Diminuiscono i ricoveri, scesi a 9 milioni nel 2016, con una riduzione del 25% nel periodo 2008-2016. I cali interessano soprattutto i ricoveri a bassa complessità, incluso il day hospital. Per quanto riguarda le principali branche di specialistica ambulatoriale, gli ultimi dati disponibili a livello nazionale indicano volumi di attività pressoché stabili o in lieve calo a partire dal 2010. In alcuni ambiti assistenziali e geografici, la diminuzione dei volumi e lo spostamento delle prestazioni verso setting a minore intensità hanno permesso di migliorare l'appropriatezza e l'efficienza; in altri ambiti, emergono crescenti criticità nell'accesso ai servizi di fronte a un quadro epidemiologico in peggioramento per la crescita costante dell'età media degli italiani. Ad oggi, le fonti pubbliche coprono il 95% della spesa ospedaliera, ma solo il 60% della spesa per prestazioni ambulatoria- li e il 46% della riabilitazione ambulatoriale (ISTAT, 2017).

Il SSN, dunque, è più in affanno nelle aree della cronicità, della riabilitazione e delle cure intermedie, aree in cui il bisogno è in aumento a causa della crescita costante dell'età media degli italiani. La percentuale dei pazienti cronici è pari al 38% della popolazione, di cui quelli pluri-patologici rappresentano il 21% della popolazione. Questi pazienti cronici complessi assorbono gran parte dell'offerta di prestazioni ambulatoriali, spingendo sempre più i pazienti occasionali a rivolgersi al circuito a pagamento, senza che via sia una chiara politica in questa direzione e indirizzi sui profili di iniquità che così si stratificano.

L'analisi dei divari interregionali fornisce ulteriori aspetti di continuità rispetto ai Rapporti precedenti. Se migliora la convergenza all'equilibrio finanziario tra tutte le regioni, peggiora il differenziale Nord-Sud dal punto di vista quali- quantitativo dei servizi e dei risultati raggiunti. La speranza di vita in buona salute passa da 59,6 anni al Nord a 56 anni al Sud. È significativo che a parità di prevalenza epidemiologica al Nord il 49,6% dei cronici si percepisca in buona salute, al Sud il 36,6% (si tratta di dati basati solo sull'auto-percezione, ma che rappresentano un primo campanello d'allarme). Pur in un periodo di crisi economica, che scoraggia gli spostamenti, cresce l'incidenza relativa della mobilità sanitaria dal Sud al Nord.

Il recente **Rapporto SDO 2016** del Ministero della Salute certifica che la quota di ricoveri acuti in regime ordinario erogati in mobilità extraregionale passa dal 7,4% nel 2010 al 8,2% nel 2016; per quanto riguarda i ricoveri ordinari per riabilitazione, la mobilità passa dal 14,7% al 16,3%. I tassi di copertura dei bisogni di LTC, bassi al Nord, tendono a zero nel- le regioni centro-meridionali, in genere più povere di posti letto, sia per acuti, sia per riabilitazione, sia per strutture intermedie, sia per strutture protette. Ad aggravare questa iniquità geografica vi è il differenziale di spesa privata delle famiglie per prestazioni sanitarie. La regione con la spesa più elevata (Lombardia, con 752 euro per abitante) registra valori più che doppi rispetto a quella con minore spesa (Campania, con 303 euro).

La stagione di riassetto istituzionale dal 2014 ad oggi ha comportato la riduzione delle aziende sanitarie territoriali con attività di erogazione di servizi (oramai ridotte a solo 123) e l'aumento delle loro dimensioni medie (oltre 500.000 abitanti). Inoltre, in alcune regioni, tra cui spicca la Lombardia, le riforme hanno previsto la re-integrazione della rete ospedaliera: le aziende ospedaliere sono calate dalle 75 del 2015 alle 43 di fine 2017. Anche in altre regioni, come il Lazio, il Friuli Venezia Giulia e l'Emilia Romagna, intere Aziende ospedaliere sono state ricondotte nell'ambito delle aziende territoriali.

Questi cambiamenti hanno modificato radicalmente lo scenario istituzionale entro il quale collocare i modelli di riparto dei fondi sanitari regionali e le loro finalità. Tendono a diminuire, infatti, le aziende sanitarie pubbliche finanziate prevalentemente a tariffa per prestazione, che configurano sistemi sanitari regionali di «quasi- mercato» a «competizione regolata». Diversi SSR si stanno allontanando da tale sistema, tanto che ci si può chiedere se quella delle convenienze finanziarie è ancora una leva effettiva di governo regionale.

Il modello emergente è invece quello dei sistemi regionali coordinati e integrati, in cui prevale il principio della cooperazione, che si cementa con una distribuzione programmata delle risorse. Al crescere delle dimensioni aziendali e al diminuire delle aziende scorporate, come nel Lazio o nel FVG, corrisponde fisiologicamente l'aumento dell'incidenza del riparto a quota capitaria pesata, destinando le tariffe a strumento per regolare i rapporti con i privati accreditati.

Nelle regioni dove la capogruppo ha solidamente preso in mano il governo del sistema, magari attraverso un'agenzia o un'azienda specializzata allo scopo (ad es. in Veneto), la logica di riparto equo tra i territori è una naturale conseguenza del ruolo di coordinamento e arbitro assunto dalla regione. Anche quando le aziende sanitarie locali di una regione sono poche, come in Toscana, il finanziamento a quota capitaria pesata risponde al tensore principale, che è quello dell'equità allocativa delle risorse. La Lombardia rappresenta un

modello peculiare, in cui i servizi territoriali gestiti dalle ex ASL e quelli prevalentemente ospedalieri delle ex AO sono stati riuniti e ricondotti sotto la gestione di 27 ASST4, aziende esclusivamente erogatrici. Le ASST sono finanziate in buona misura a prestazione. Tuttavia, la coincidenza del loro territorio di riferimento con quello dei distretti delle ATS, i nuovi enti di committenza, rivela l'importanza delle logiche di redistribuzione territoriale anche in Lombardia. Infine, molte piccole regioni e le due province autonome hanno una sola azienda sanitaria territoriale e nessuna azienda ospedaliera; in questi territori, il tema del modello di riparto non si pone neppure.

Il Rapporto OASI 2017 evidenzia che, superando molte delle difficoltà sopra ricordate, nel SSN si sta passando da una focalizzazione sulle strutture fisiche (ospedali, ambulatori, etc.) a modelli basati su percorsi, continuità dell'assistenza (in questa prospettiva si segnala il capitolo sulle Case della Salute), a gruppi di patologie, il che apre al tema del futuro della salute personalizzata e di precisione. Suggerisce inoltre che l'uscita dal guado o la possibilità di imparare a vive- re nella corrente sempre più rapida dipende dal coraggio e dalla determinazione (anche sul piano politico) con cui si affronteranno i seguenti temi: superamento della contrapposizione pubblico-privato, sia nell'erogazione sia nel finanziamento del sistema, che consenta di valorizzare la collaborazione (es. revisione del ruolo della spesa privata e intermediata rispetto alla spesa out of pocket); modelli assistenziali e organizzativi flessibili in grado di adattarsi all'evoluzione dei bisogni; ripresa e potenziamento dei finanziamenti non solo di farmaci ma anche di tecnologie mediche, in considerazione del fatto che la catena della salute può diventare un significativo stimolo per lo sviluppo economico secondo modelli diversi dal passato; garanzie di accessibilità reale ai servizi; considerazione delle interdipendenze che influenzano la salute (es. lotta alla povertà e servizi socio-assistenziali); rafforzamento della comunicazione per contrastare effetti negativi di consumismo sanitario o di autodiagnosi e autocura stimolato dalla rete.

Ciò consentirà di rompere due classici circoli viziosi che caratterizzano l'attuale situazione.

Quello dall'alto in basso, secondo cui spesso non esiste una adeguata consapevolezza sula nuova sfida del sistema di salute, quando esiste la consapevolezza (a livello sociale e politico) si hanno tempi lunghi per la traduzione in coerenti politiche, quando esistono leggi e politiche adeguate si hanno resistenze, contraddizioni e tempi lunghi per l'implementazione, quando si ha una corretta attuazione delle politiche spesso non vengono comunicati i risultati positivi e quindi permangono nella società atteggiamenti critici.

Quello dal basso in alto, secondo cui a causa dei vincoli spesso si hanno operatori della salute demotivati o frustrati, quando si hanno persone motivate che riescono a trovare soluzioni positive queste spesso non si traducono in sistemi di gestione delle aziende sanitarie pubbliche in grado di accumulare e trasferire le conoscenze, quando si hanno sistemi di gestione di elevata qualità spesso rimangono limitati e non si diffondono nel sistema regionale, quando le soluzioni si diffondono a livello di qualche regione difficilmente vengono generalizzate. In altre parole l'apparente immobilismo del sistema di tutela della salute italiano è determinato dalle difficoltà di coordinare e allineare i flussi dall'alto in basso e dal basso in alto.

Capitolo 1 La Sardegna nel Rapporto Osservasalute 2017. Salute e bisogni della popolazione

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. In questo capitolo affronteremo i dati della Sardegna rispetto allo stato di salute della popolazione.

Invecchiamento della popolazione

Nel 2016 il numero degli anziani **sardi** di età compresa tra 65 e 74 anni è superiore alla media nazionale, mentre quello degli individui appartenenti alle fasce di età 75-84 anni e over 85 risulta leggermente al di sotto del dato medio italiano.

A livello nazionale, i "giovani anziani" (le persone di età compresa tra 65 e 74 anni) sono poco più di 6,5 milioni e rappresentano il 10,8% della popolazione residente. In **Sardegna** il numero risulta maggiore: raggiunge 188,7 mila abitanti, pari all'11,4% della popolazione dell'isola.

In Italia gli "anziani" (individui di età compresa tra 75 e 84 anni) sono 4.834.000 e rappresentano l'8% del totale della popolazione. In **Sardegna** questo numero si ferma a 126.900 abitanti, pari al 7,7% della popolazione sarda.

I "grandi vecchi", che hanno un'età pari o superiore a 85 anni, a livello nazionale sono quasi 2 milioni (1.994.600 abitanti), pari al 3,3% della popolazione. In **Sardegna** ci sono 51.000 over 85, una percentuale corrispondente al 3,1% dei residenti.

1.1 Fecondità

Nel 2016 il numero medio di figli per donna (Tft) a livello nazionale è pari a 1,37 (italiane: 1,29 e straniere: 1,97). La **Sardegna** continua a essere una delle regioni meno prolifiche d'Italia: qui il dato si ferma a 1,10 figli per donna in età feconda, e si abbassa ulteriormente a 1,07 Tft se si prendono in considerazione soltanto le donne sarde (tra le donne straniere presenti nell'isola questa voce raggiunge, infatti, il valore di 1,67 Tft).

La **Sardegna** è la regione in cui l'età media delle madri al parto raggiunge il valore più alto d'Italia. Se a livello nazionale questo dato è pari 31,6 anni (italiane: 32,1 e straniere: 28,6), nella Regione sale infatti a 32,5 anni. Inoltre, se si prendono in considerazione soltanto le donne sarde, il valore risulta ancora più elevato: 32,7 anni (l'età media al parto delle madri straniere è invece pari a 29 anni).

1. 2 Fattori di rischio

La principale causa di morte in Italia, in Europa e nel mondo è rappresentata dalle malattie croniche non trasmissibili (*Noncommunicable Diseases-NCDs*), che comprendono patologie cardiovascolari, tumori, malattie polmonari croniche e diabete. Lo sviluppo di queste patologie è favorito da uno stile di vita squilibrato e dall'adozione di abitudini scorrette, come il fumo, l'eccessivo consumo di alcol, l'alimentazione non salutare e la sedentarietà.

Fumo

Nel 2015 i fumatori italiani sono circa 10,3 milioni: tra gli uomini il numero di chi ha questo vizio raggiunge poco meno di 6,2 milioni, mentre tra le donne poco più di 4,1 milioni. Si tratta del 19,6% della popolazione italiana di età pari o superiore a 14 anni. In **Sardegna** la percentuale dei fumatori è superiore rispetto alla media nazionale e si attesta al 20,4%.

A livello nazionale, gli ex fumatori sono il 22,8%, mentre nella **Regione** raggiungono il 25,2%. Infine, in Italia il numero dei non fumatori è pari al 56,3%, mentre in **Sardegna** è più basso e si ferma al 53,4%.

Alcol

Secondo l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) sono considerati "consumatori a rischio" gli uomini che superano il consumo di due Unità Alcoliche (UA=12 grammi di alcol puro) al giorno, e le donne e gli anziani (over 65) che superano l'assunzione quotidiana di una UA, indipendentemente dal tipo di bevanda alcolica consumata. Nel 2015 in Italia la prevalenza dei consumatori a rischio è pari al 23% per gli uomini e al 9% per le donne. In Sardegna il valore supera la media nazionale nel sesso maschile: la prevalenza dei consumatori a rischio per gli uomini sardi è pari al 30,8%. Se si prendono in considerazione le singole fasce d'età, la situazione risulta però più articolata.

Giovani (11-17 anni) - La prevalenza dei consumatori a rischio in questa fascia d'età è pari al 19% in Italia, mentre in **Sardegna** è più alta e raggiunge il 24,9%. Nello specifico, per i **ragazzi sardi** è pari al 22%, quindi leggermente inferiore alla media nazionale (22,4%). Per le **adolescenti sarde**, invece, la prevalenza è significativamente superiore: si attesta al 27,5%, quasi 12 punti percentuali in più rispetto al dato nazionale, che si ferma al 15,6%.

Adulti (18-64 anni) – Anche in questa fascia d'età la prevalenza dei consumatori a rischio tra i **sardi** (19,3%) supera la media nazionale (13,6%). Entrando nel dettaglio, rientrano nella categoria "a rischio" il 29,1% degli **uomini sardi** (rispetto al 19% della media maschile nazionale) e il 9,3% delle **donne sarde** (contro l'8,3% della media femminile nazionale).

Anziani (età pari o superiore a 65 anni) – In questo caso il numero dei consumatori a rischio tra gli over 65 **sardi** è pari al 18,7%, un valore inferiore alla media nazionale (pari al 20,8%). Supera, tuttavia, il dato italiano (pari al 36,4%) la prevalenza per gli **anziani sardi di sesso maschile**, che si attesta al 39,3%. Per le **anziane sarde**, invece, il valore resta ben al di sotto della media nazionale (pari al 9%), attestandosi al 2,6%.

Tabella 1 - Prevalenza (percentuale) di consumatori (fumo) a rischio nella popolazione in Italia e in Sardegna - 2015

	Fascia d'età 11-17		Fascia d'età 18-64			Fascia d'età 65 e oltre			
	М	F	Tot	М	F	Tot	М	F	Tot
Sardegna	22	27,5	24,9	29,1	9,3	19,3	39,3	2,6	18,7
Italia	22,4	15,6	19	19	8,3	13,6	36,4	9	20,8

Alimentazione

Il Rapporto Osservasalute 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, che in Sardegna è pari a all'84,7%, un valore leggermente superiore a quello della media nazionale (84,4%). 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.

In generale i sardi consumano un po' meno verdura rispetto alla media nazionale: lo fa quotidianamente il 51% della popolazione sarda, rispetto al 52,6% degli italiani. Tuttavia, consumano più ortaggi: il 47,9% dei sardi li mangia tutti i giorni, rispetto al 45,5% della media nazionale. Anche il consumo giornaliero di frutta è maggiore nell'isola: la mangia quotidianamente il 78,9% dei sardi rispetto al 75,4% degli italiani. Inoltre, il 77,7% dei sardi consuma ogni giorno da 2 a 4 porzioni di Verdura, Ortaggi e Frutta, rispetto al 76,5% della media nazionale, e il 5,6% della popolazione sarda mangia VOF cinque volte al giorno, rispetto al 5,4% della media nazionale.

Per quanto riguarda gli altri alimenti, il consumo da parte dei sardi è superiore a quello nazionale in relazione ai formaggi (29,9% rispetto al dato nazionale del 21%), al latte (55,1% rispetto al dato nazionale del 54,9%), alle carni di maiale (54,9% rispetto al dato nazionale del 44,1%) e ai dolci (50,6% rispetto al dato nazionale del 49,3%). Invece, risulta inferiore alla media italiana il consumo, da parte dei sardi, di pesce (50,9% rispetto alla media nazionale di 59,6%), di carni bianche (78,4% contro il dato italiano di 81,9%), di uova (54,4% rispetto alla media nazionale di 59,4%) e di legumi in scatola (45,4% rispetto alla media nazionale di 52,1%).

Tabella 2 - Popolazione (valori percentuali) di età 3 anni ed oltre per consumo quotidiano VOF e altri alimenti - 2015

	Sardegna	Italia
Verdura	51	52,6
Ortaggi	47,9	45,5
Frutta	78,9	75,4
VOF	84,7	84,4
Pane, pasta e riso	76,6	80,9
Latte	55,1	54,9
Formaggi	29,9	21,0
Salumi	55,4	58,9
Carni bianche	78,4	81,9
Carni bovine	63,9	64,1
Carni di maiale	54,9	44,1
Uova	54,4	59,4
Legumi in scatola	45,4	52,1
Pesce	50,9	59,6
Snack	27,6	27,2
Dolci	50,6	49,3
Cottura con olio di oliva o grassi vegetali	97,1	95,6
Condimento a crudo con olio o grassi veg.	98,5	97,4
Attenzione a consumo sale o cibi salati	68,0	68,8
Utilizzo di sale arricchito di iodio	28,5	46,0

Obesità e sovrappeso

Nel 2015 in **Sardegna** la percentuale di persone di età pari o superiore a 18 anni che risultano in sovrappeso è pari al 33,2%, un valore inferiore al dato nazionale, che raggiunge il 35,3%. Quella degli individui adulti obesi, invece, supera la media nazionale (pari al 9,8%), attestandosi nella **Regione** al 10,2%.

La percentuale di **bambini e adolescenti sardi** di età compresa tra 6 e 17 anni che ha un peso eccessivo è pari al 21%, un dato più basso di quasi quattro punti percentuali rispetto alla media nazionale (24,9%).

Attività fisica

La popolazione sarda è più attiva di quella italiana. Nel 2015 gli italiani di età pari o superiore a 3 anni che affermano di praticare uno o più sport nel tempo libero sono circa 19,6 milioni e costituiscono il 33,3% della popolazione. Il 23,8% dichiara di svolgere uno sport in modo continuativo, mentre il 9,5% in modo saltuario. In **Sardegna** gli individui che praticano attività fisica rappresentano il 34% della popolazione: il 24,6% lo fa in modo continuativo, mentre il 9,4% in modo saltuario.

1.3 Aspettativa di vita

Nel 2015 la speranza di vita alla nascita in Italia è pari a 80,1 anni per gli uomini e a 84,6 anni per le donne. In **Sardegna** questo valore risulta leggermente inferiore alla media nazionale per gli uomini ma lievemente superiore per le donne. Nello specifico, la speranza di vita alla nascita per gli uomini **sardi** è pari a 79,8 anni: nel 2011 si fermava a 78,9 anni, per cui nell'ultimo quinquennio è cresciuta di 0,9 anni. La speranza di vita alla nascita delle donne sarde è invece pari a 84,8 anni, un valore superiore di 0,2 anni rispetto alla media femminile nazionale e al dato registrato nel 2011 (che era di 84,6 anni).

Per quanto riguarda la speranza di vita a partire dai 65 anni, gli uomini e le donne residenti in **Sardegna** tendono a vivere più a lungo rispetto alla media nazionale. Nel 2015, gli italiani maschi di 65 anni possono sperare di vivere ancora 18,7 anni, mentre i **maschi sardi** altri 19,1 anni. L'aspettativa di vita delle sessantacinquenni italiane è pari a 21,9 anni, mentre guella delle **sarde** di 65 anni è di altri 22,4 anni.

	Italia		Sardegna	
	M	F	M	F
Speranza di vita alla nascita	19,1	22,4	79,8	84,8
Speranza di vita a 65 anni	18,7	21,9	80,1	84,6

Tabella 3 - Speranza di vita (valori in anni) alla nascita e a 65 anni - 2015

1.4 Tasso di mortalità

In generale, il tasso di mortalità della **popolazione sarda** è leggermente inferiore rispetto alla media italiana. A livello nazionale, nel 2014 il tasso di mortalità degli italiani di entrambi i sessi è diminuito in modo significativo rispetto a 12 anni prima: il tasso di mortalità tra i maschi era pari a 141,4 per 10.000 uomini nel 2003 (che era stato un anno di eccezionale incidenza del fenomeno a causa del caldo eccessivo), mentre è sceso a 107,8 per 10.000 nel 2014. Lo stesso trend è stato registrato anche tra gli **uomini sardi**: nel 2003 il tasso di mortalità nella Regione era pari a 138,5 per 10.000 uomini, mentre nel 2014 si è fermato a 106 per 10.000 uomini. In entrambi gli anni presi in considerazione, il dato **sardo** è leggermente inferiore a quello nazionale.

Lo stesso discorso vale anche per il genere femminile: a livello nazionale, il tasso di mortalità era pari a 90,2 per 10.000 donne nel 2003 e a 69,8 per 10.000 nel 2014. In **Sardegna**, il tasso di mortalità nel gentil sesso era pari a 89,5 per 10.000 donne nel 2003 e a 67 per 10.000 nel 2014. Anche in questo caso, i valori registrati nell'isola risultano lievemente inferiori a quelli nazionali.

Tabella 4 - Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità - Anni 2003 e 2014

	Italia		Sardegna	
	М	F	М	F
2003	141,4	90,2	138,5	89,5
2014	107,8	69,8	106	67

Secondo il Rapporto, la diminuzione dei tassi di mortalità che si è registrata tra il 2003 e il 2014 sarebbe dovuta principalmente al calo dei rischi associati alle principali cause di morte: le malattie del sistema circolatorio - che rappresentano la prima causa di morte in Italia - e i tumori. In questi 12 anni, infatti, è stata osservata una modifica del profilo della mortalità: nel 2003, le malattie cardiovascolari erano di gran lunga la principale causa di morte in tutte le regioni, mentre nel 2014 il rapporto tra i tassi standardizzati delle patologie cardiovascolari e dei tumori si è ridotto fortemente, tanto che in diverse regioni - **Sardegna** compresa - i tumori sono diventati la prima causa di morte tra gli uomini.

A livello nazionale, il tasso di mortalità per malattie del sistema circolatorio tra gli uomini nel 2003 era pari a 55,8 per 10.000, mentre nel 2014 è sceso a 37,3 per 10.000. È diminuito anche il tasso di mortalità per tumori, passato da 42,5 per 10.000 nel 2003 a 34,9 per 10.000 nel 2014. In **Sardegna** il tasso di mortalità maschile per malattie del sistema circolatorio è passato da 49,5 per 10.000 nel 2003 a 31,9 per 10.000 nel 2014. Anche quello relativo ai tumori è sceso, passando da 40,2 per 10.000 nel 2003 a 35,5 per 10.000 nel 2014. Nell'ultimo caso, però, il dato più recente risulta non solo superiore alla media italiana, ma anche al tasso di mortalità per malattie del sistema circolatorio.

Per quanto riguarda la popolazione femminile, il tasso di mortalità per malattie del sistema circolatorio e per tumori tra le **donne sarde** era inferiore a quello della media nazionale nel 2003 ed è rimasto tale anche nel 2014.

Tabella 5 - Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità per malattie del sistema circolatorio e tumori per genere - Anni 2003 e

	Italia		Sardegna		
	М	F	М	F	
Tumori (2003)	42,5	21,8	40,2	19,9	
Tumori (2014)	34,9	19,6	35,6	19,4	
Malattie sist. cardiocircolatorio (2003)	55,8	40,6	49,5	37,9	
Malattie sist. cardiocircolatorio (2014)	37,3	26,6	31,9	21,7	

1.5 Patologie croniche

Il Rapporto evidenzia l'aumento del numero delle persone affette da patologie croniche, dovuto ai progressi compiuti dai servizi sanitari, al miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie, economiche e sociali, all'innalzamento dell'età media e alla disponibilità di nuove terapie farmacologiche. La ricerca analizza, quindi, le prestazioni sanitarie

associate alle patologie croniche a elevato impatto sociale in carico alla medicina generale del network *Health Search*, il centro di ricerca della Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie, che gestisce il database di tutte le informazioni derivanti dalla pratica clinica quotidiana di un network di medici di medicina generale (MMG) volontari, distribuiti su tutto il territorio nazionale.

Ipertensione arteriosa

Nel 2015 gli adulti affetti da ipertensione arteriosa che risultano in carico agli 800 medici di medicina generale validati del network *Health Search* sono 303.967. La prevalenza dell'ipertensione (la percentuale di popolazione che soffriva della malattia nel 2015) è pari al 28,8%. I pazienti affetti dalla patologia nel 2015 hanno assorbito il 67,4% di tutte le prescrizioni farmaceutiche a carico del Servizio sanitario nazionale (SSN), il 50,9% delle richieste di visite specialistiche, il 49,7% degli accertamenti e il 58,5% dei contatti con il medico di medicina generale.

In **Sardegna** la prevalenza della malattia risulta inferiore alla media nazionale. I pazienti sardi affetti da ipertensione arteriosa nel 2015 hanno generato il 64,7% di tutte le prescrizioni farmaceutiche a carico del Servizio sanitario nazionale, il 51,6% delle richieste di visite specialistiche (valore superiore al dato nazionale), quasi il 51% degli accertamenti (valore più alto di quello nazionale) e il 57% dei contatti con il medico di medicina generale.

Ictus ischemico

Nel 2015 il numero di adulti che dopo essere stati colpiti da ictus ischemico risultano in carico agli 800 medici di medicina generale del network *Health Search* è pari a 42.793. La prevalenza della malattia è pari al 4,1%. L'assorbimento di prestazioni del medico di medicina generale per i pazienti colpiti da ictus ischemico nel 2015 è pari al 13,3% delle prescrizioni farmaceutiche a carico del SSN, al 10,1% delle richieste di visite specialistiche, al 9,5% delle richieste di accertamenti e all'11,5% dei contatti con il MMG.

In **Sardegna** la prevalenza della malattia è inferiore alla media nazionale, come lo sono anche le prestazioni fornite ai pazienti: nel 2015 i sardi sopravvissuti all'ictus ischemico hanno assorbito l'8,6% di tutte le prescrizioni farmaceutiche a carico del Servizio sanitario nazionale, il 6,7% delle richieste di visite specialistiche, il 6,7% degli accertamenti e il 7,5% dei contatti con il medico di medicina generale.

Malattie ischemiche del cuore

Nel 2015 gli adulti affetti da malattie ischemiche del cuore che risultano in carico agli 800 medici di medicina generale del network *Health Search* sono 43.966. La prevalenza della malattia è pari al 4,2%. I soggetti con malattie ischemiche del cuore presenti nel network *Health Search* nel 2015 hanno generato il 15,7% delle prescrizioni farmaceutiche a carico del SSN, il 10,2% delle richieste di visite specialistiche, il 9,5% delle richieste di accertamenti e il 12,1% dei contatti con il MMG.

In **Sardegna** la prevalenza della malattia è inferiore alla media nazionale. Anche in questo caso sono più basse dei dati registrati a livello nazionale anche le prestazioni fornite ai pazienti: i sardi colpiti da malattie ischemiche del cuore nel 2015 hanno generato l'11,7% di tutte le prescrizioni farmaceutiche a carico del Servizio sanitario nazionale, il 7,7% delle

richieste di visite specialistiche, il 7,7% degli accertamenti e il 9% dei contatti con il medico di medicina generale.

Scompenso cardiaco congestizio

Nel 2015 il numero di adulti affetti da scompenso cardiaco congestizio che risultano in carico agli 800 medici di medicina generale del network *Health Search* è pari a 13.408. La prevalenza della malattia è dell'1,3%. I soggetti con scompenso cardiaco congestizio hanno generato il 5,5% delle prescrizioni farmaceutiche a carico del SSN, per il 3,9% delle richieste di visite specialistiche, il 3,8% delle richieste di accertamenti e il 4,5% dei contatti con il medico di medicina generale.

In **Sardegna** la prevalenza della malattia è inferiore alla media nazionale, come lo sono le prestazioni sanitarie fornite ai pazienti: nel 2015 i sardi colpiti da scompenso cardiaco congestizio hanno assorbito il 3,4% di tutte le prescrizioni farmaceutiche a carico del Servizio sanitario nazionale, il 2,9% delle richieste di visite specialistiche, il 2,9% degli accertamenti e il 2,9% dei contatti con il medico di medicina generale.

Diabete mellito di tipo 2

Nel 2015 gli adulti affetti da diabete mellito di tipo 2 che risultano in carico agli 800 medici di medicina generale del network *Health Search* sono 79.517. La prevalenza della malattia è pari al 7,5%. I soggetti con diabete mellito di tipo 2 presenti nel network *Health Search* nel 2015 hanno generato il 24,3% delle prescrizioni a carico del SSN, il 18% delle richieste di visite specialistiche, il 17,3% delle richieste di accertamenti e il 19,9% dei contatti con il MMG.

In **Sardegna** la prevalenza della malattia corrisponde a quella della media nazionale. Le prestazioni fornite ai pazienti sono inferiori a quelle della media nazionale quasi in tutti i casi: i sardi colpiti da diabete mellito di tipo 2 nel 2015 hanno generato il 23,4 % di tutte le prescrizioni farmaceutiche a carico del Servizio sanitario nazionale, il 18,5% delle richieste di visite specialistiche (valore leggermente superiore al dato nazionale), il 16,9% degli accertamenti e il 19,3% dei contatti con il medico di medicina generale.

Broncopneumopatia cronica istruttiva

Nel 2015 il numero di adulti affetti da broncopneumopatia cronica ostruttiva (Bpco) che risultano in carico agli 800 medici di medicina generale del network *Health Search* è pari a 31.691. La prevalenza della malattia è pari al 3%. I soggetti affetti da Bpco hanno assorbito il 9,9% delle prescrizioni farmaceutiche a carico del SSN, il 7,7% delle richieste di visite specialistiche, il 6,4% delle richieste di accertamenti e l'8,3% dei contatti con il medico di medicina generale.

In **Sardegna** la prevalenza della malattia è simile a quella della media nazionale. Le prestazioni sanitarie fornite ai pazienti sono inferiori rispetto ai valori italiani: nel 2015 i sardi colpiti da broncopneumopatia cronica ostruttiva hanno assorbito il 9% di tutte le prescrizioni farmaceutiche a carico del Servizio sanitario nazionale, il 7,7% delle richieste di visite specialistiche, il 6,1% degli accertamenti e il 7,9% dei contatti con il medico di medicina generale.

Asma bronchiale

Nel 2015 gli adulti affetti da asma bronchiale che risultano in carico agli 800 medici di medicina generale del network *Health Search* sono 80.364. La prevalenza della malattia è pari al 7,6%. I soggetti affetti da asma bronchiale hanno assorbito il 10% delle prescrizioni farmaceutiche a carico del SSN, il 9,9% delle richieste di visite specialistiche, l'8,6% delle richieste di accertamenti e il 9,9% dei contatti con il medico di medicina generale.

In **Sardegna** la prevalenza della malattia è simile a quella della media nazionale, ma i valori delle prestazioni sanitarie fornite ai pazienti sono superiori ai valori italiani in tutti e quattro i casi. I sardi colpiti da asma bronchiale nel 2015 hanno, infatti, assorbito l'11% di tutte le prescrizioni farmaceutiche a carico del Servizio sanitario nazionale, quasi il 10% delle richieste di visite specialistiche, il 9,3% degli accertamenti e il 10,7% dei contatti con il medico di medicina generale.

Osteoartrosi

Nel 2015 il numero di adulti affetti da osteoartrosi che risultano in carico agli 800 medici di medicina generale del network *Health Search* si attesta a 178.305. La prevalenza della malattia è pari al 16,9%. I soggetti affetti da osteoartrosi hanno generato il 39,7% delle prescrizioni farmaceutiche a carico del SSN, per il 33,8% delle richieste di visite specialistiche, il 30,5% delle richieste di accertamenti e il 35,9% dei contatti con il medico di medicina generale.

In **Sardegna** la prevalenza della malattia è inferiore alla media nazionale, come lo sono le prestazioni sanitarie fornite ai pazienti: nel 2015 i sardi colpiti da osteoartrosi hanno assorbito il 31,4 % di tutte le prescrizioni farmaceutiche a carico del Servizio sanitario nazionale, il 27,2% delle richieste di visite specialistiche, il 25,3% degli accertamenti e il 28,4% dei contatti con il medico di medicina generale.

Disturbi tiroidei

Nel 2015 gli adulti affetti da disturbi tiroidei (con esclusione dei tumori alla tiroide) che risultano in carico agli 800 medici di medicina generale del network *Health Search* sono 151.077. La prevalenza della malattia è pari al 14,3%. I soggetti affetti da disturbi tiroidei hanno generato il 25,9% delle prescrizioni farmaceutiche a carico del SSN, per il 33,8% delle richieste di visite specialistiche, il 25,4% delle richieste di accertamenti e il 25,3% dei contatti con il medico di medicina generale.

In **Sardegna** la prevalenza della malattia è simile a quella della media nazionale, ma i valori delle prestazioni sanitarie fornite ai pazienti sono superiori a quelli italiani in tutti e quattro i casi. Nel 2015 i sardi colpiti da disturbi tiroidei hanno, infatti, assorbito il 27,1% di tutte le prescrizioni farmaceutiche a carico del Servizio sanitario nazionale, il 28,7% delle richieste di visite specialistiche, il 28,6% degli accertamenti e il 27,4% dei contatti con il medico di medicina generale.

Tabella 6 - Tasso (valori per 100) di prescrizioni farmaceutiche, richieste di visite specialistiche, accertamenti e contatti con il Medico di Medicina Generale dei pazienti affetti da ipertensione, ictus ischemico, malattie ischemiche del cuore, scompenso cardiaco congestizio, diabete mellito tipo 2, broncopneumopatia cronica ostruttiva, asma bronchiale, osteoartrosi e disturbi tiroidei in carico alla Medicina Generale del network Health Search - Anno 2015

		Italia	Sardegna
Ipertensione arteriosa	Prescrizioni farmaceutiche	67,42	64,69

		Italia	Sardegna
	Richieste di visite specialistiche	50,89	51,57
	Accertamenti	49,71	50,94
	Contatti con il MMG	58,46	57,09
Ictus ischemico	Prescrizioni farmaceutiche	13,35	8,63
	Richieste di visite specialistiche	10,11	6,97
	Accertamenti	9,55	6,73
	Contatti con il MMG	11,50	7,50
Malattie ischemiche del cuore	Prescrizioni farmaceutiche	15,66	11,77
del cuore	Richieste di visite specialistiche	10,22	7,78
	Accertamenti	9,54	7,75
	Contatti con il MMG	12,10	9,15
Scompenso cardiaco	Prescrizioni farmaceutiche	5,47	3,46
congestizio	Richieste di visite specialistiche	3,88	2,97
	Contatti con il MMG	4,53	2,92
Diabete mellito tipo 2	Prescrizioni farmaceutiche	24,34	23,43
	Richieste di visite specialistiche	18,01	18,58
	Accertamenti	17,27	16,92
	Contatti con il MMG	19,95	19,38
Broncopneumopatia cronica ostruttiva	Prescrizioni farmaceutiche	9,88	9,01
cronica ostruttiva	Richieste di visite specialistiche	7,68	7,74
	Accertamenti	6,42	6,17
	Contatti con il MMG	8,28	7,96
Asma bronchiale	Prescrizioni farmaceutiche	10,04	11,01
	Richieste di visite specialistiche	9,88	9,98
	Accertamenti	8,56	9,35
	Contatti con il MMG	9,94	10,75
Osteoartrosi	Prescrizioni farmaceutiche	39,72	31,48
	Richieste di visite specialistiche	33,76	27,24
	Accertamenti	30,52	25,36
	Contatti con il MMG	35,89	28,48
Disturbi tiroidei	Prescrizioni farmaceutiche	25,34	27,10
	Richieste di visite specialistiche	25,86	28,77

	Italia	Sardegna
Accertamenti	25,43	28,68
Contatti con il MMG	25,29	27,48

1.6 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, queste patologie determinano 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 2015 nella popolazione adulta e anziana (età pari o superiore a 25 anni).

Malattie ischemiche del cuore

A livello nazionale, i tassi di ospedalizzazione degli uomini continuano a essere, come negli anni precedenti, oltre il doppio di quelli delle donne. Nel 2015 i ricoveri degli uomini per infarto acuto del miocardio sono stati 374,5 ogni 100 mila maschi adulti, mentre quelli delle donne sono stati 148,8 ogni 100 mila femmine. Per le altre forme acute e subacute d'ischemia cardiaca, i ricoveri maschili sono stati 509,4 ogni 100 mila uomini, mentre quelli femminili sono stati 194,4 ogni 100 mila donne. Infine, i ricoveri degli uomini per le malattie ischemiche nel loro complesso sono stati pari a 869,8 ogni 100.000 maschi, mentre quelli delle donne 297,9 ogni 100.000 femmine.

Il tasso di ospedalizzazione per le malattie ischemiche del cuore in **Sardegna** è più basso rispetto a quello nazionale. Anche nella Regione appare più elevato nel genere maschile: nel 2015 i ricoveri degli uomini per infarto acuto del miocardio sono stati 327 ogni 100 mila maschi adulti, mentre quelli delle donne sono stati 136,4 ogni 100 mila femmine. Per le altre forme acute e sub acute d'ischemia cardiaca, i ricoveri maschili sono stati 419,8 ogni 100 mila uomini, mentre quelli femminili sono stati 176,1 ogni 100 mila donne. Infine, i ricoveri degli uomini per le malattie ischemiche nel loro complesso sono stati a 628,3 ogni 100.000, mentre quelli delle donne sono stati 237,2 ogni 100.000.

Malattie cerebrovascolari

A livello nazionale, nel 2015 il tasso complessivo di ospedalizzazione per le malattie cerebrovascolari degli uomini (pari a 645 per 100 mila abitanti) è più alto del 37% rispetto a quello delle donne (470,8 per 100 mila abitanti).

In particolare, i tassi maschili di ospedalizzazione per l'ictus ischemico (pari a 376,3 per 100 mila abitanti) e per l'ictus emorragico (pari a 93,8 per 100 mila abitanti) sono

rispettivamente superiori del 20,7% e del 52,4% rispetto a quelli femminili (pari rispettivamente a 311,7 per 100 mila abitanti e a 61,6 per 100 mila abitanti).

Anche in **Sardegna** le malattie cerebrovascolari sono più diffuse nel sesso maschile che in quello femminile. Nella Regione il tasso di ospedalizzazione per le malattie cerebrovascolari è pari a 604,1 ogni 100 mila abitanti per gli uomini e a 426,5 ogni 100 mila per le donne: in entrambi i casi i valori sono al di sotto della media nazionale. Nel sesso maschile risultano, invece, superiori ai valori italiani i tassi di ospedalizzazione per l'ictus ischemico più altre malattie cerebrovascolari incluso il *Transient Ischaemic Attack*, che è pari a 377,5 per 100.000, e il tasso relativo all'ictus emorragico, che è pari a 97,4 per 100 mila abitanti. Restano sotto la media italiana i tassi femminili di ospedalizzazione per l'ictus ischemico, pari a 299,5 per 100 mila, e per l'ictus emorragico, pari a 54,9 ogni 100 mila.

Mortalità per malattie ischemiche del cuore

In Italia il numero degli uomini che perdono la vita a causa delle malattie ischemiche del cuore continua a essere quasi il doppio rispetto a quello delle donne: nel 2013 queste patologie hanno causato 12,47 decessi per 10.000 fra gli uomini e 6,69 decessi per 10.000 fra le donne.

In **Sardegna** la mortalità per malattie ischemiche del cuore è tra le più basse d'Italia. Nel 2013 nella Regione è stato, infatti, registrato il tasso più basso di mortalità tra gli uomini, pari a 10,15 decessi per 10.000, e il secondo più basso (dopo la Valle d'Aosta) tra le donne, pari a 5,10 per 10.000.

1.7 Malattie metaboliche: diabete mellito

Sono circa 3,6 milioni gli italiani affetti da diabete. Fra questi, oltre il 90% soffre di diabete tipo 2, vale a dire il 6,2% della popolazione generale. L'analisi del tasso di dimissioni ospedaliere dei pazienti affetti dalla patologia evidenzia che i diabetici **sardi** di entrambi i sessi sono più numerosi rispetto alla media nazionale. Nello specifico, a livello nazionale questo valore è pari a 63,17 per 10.000 abitanti (79,07 per 10.000 tra gli uomini e 50,24 per 10.000 tra le donne), mentre in **Sardegna** raggiunge 69,61 per 10.000 abitanti (85,20 per 10.000 abitanti tra gli uomini e 56,78 per 10.000 tra le donne).

Mortalità per diabete mellito

Nel 2013 a livello nazionale il tasso di mortalità per diabete mellito è più alto tra gli uomini (3,13 per 10.000) che tra le donne (2,38 per 10.000). Questo trend si riscontra anche in **Sardegna**, dove il tasso di mortalità per questa malattia risulta più basso rispetto alla media nazionale in entrambi i sessi: tra gli uomini è pari a 2,46 per 10.000, mentre tra le donne si ferma a 1,68 per 10.000.

1.8 Malattie oncologiche

Il Rapporto analizza la prevalenza - ossia la percentuale di popolazione a cui è stato diagnosticato un carcinoma nel corso della vita - dei tumori prevenibili di maggior impatto nella popolazione e oggetto di interventi di prevenzione primaria e secondaria di

comprovata efficacia: il cancro del polmone, i tumori del colon-retto, il carcinoma della mammella femminile e quello della cervice uterina.

Tumore del polmone

Nel 2015 in Italia il numero di casi prevalenti - ovvero il numero totale di persone che nel corso della vita ha ricevuto una diagnosi di tumore del polmone - è aumentato in entrambi i generi: tra gli uomini i casi prevalenti sono 70.280, mentre tra le donne sono oltre 31.304. Rispetto ai 5 anni precedenti, si registra un incremento molto più accentuato tra le donne (+32%) che tra gli uomini (+10%). Anche in **Sardegna** la prevalenza del cancro del polmone nella popolazione di età 0-99 anni è cresciuta, attestandosi a 1.977 casi prevalenti per gli uomini e a 572 per le donne. Rispetto al 2010, anche nell'isola l'incremento della prevalenza è stato maggiore tra le donne (+26%) che tra gli uomini (+22%).

Tumore del colon-retto

Nel 2015 in Italia il numero di casi prevalenti di tumore del colon-retto è pari a 229.966 per gli uomini e a 192.650 per le donne. Anche in questo caso, la prevalenza della malattia risulta in crescita rispetto al 2010: è più alta del 26% tra gli uomini e del 19% tra le donne. In **Sardegna** i casi prevalenti sono 5.389 tra gli uomini e 3.777 tra le donne. Rispetto a cinque anni prima, la prevalenza è aumentata del 40% tra i maschi e del 22% tra le femmine.

Carcinoma alla mammella

È il tumore più diffuso nella popolazione femminile. Nel 2015 in Italia il numero totale di donne che ha ricevuto una diagnosi di tumore della mammella nel corso della vita è pari a 714.808, con un incremento del 23% rispetto al 2010. In Sardegna l'aumento della prevalenza della malattia è superiore a quello della media italiana, attestandosi al 35%, mentre il numero dei casi prevalenti tra la popolazione sarda femminile di età compresa tra 0 e 99 anni è di 18.771.

Tumore della cervice uterina

Nel 2015 in Italia il numero totale di donne che nel corso della vita ha ricevuto la diagnosi di tumore della cervice uterina è pari a 16.740, il 10% in meno rispetto al 2010. Anche in **Sardegna** la prevalenza della malattia è diminuita del 7%, e il numero dei casi prevalenti è pari a 312.

Neoplasie			Italia			Sardegna	
		2010	2015	%	2010	2015	%
				(2010-15)			(2010-15)
Polmone	М	63.668	70.280	10	1.618	1.977	22
	F	23.639	31.304	32	454	572	26
Colon Retto	М	182.835	229.966	26	3.840	5.389	40
	F	162.468	192.650	19	3.099	3.777	22

Neoplasie		Italia			Sardegna	
Mammella	581.623	714.808	23	13.936	18.771	35
Cervice uterina	18.619	16.740	-10	335	312	-7

Tabella 7 - Stime di prevalenza per il tumore del polmone, del colon-retto, della mammella e della cervice uterina nella popolazione di età 0-99 anni. Casi (valori assoluti) e variazione percentuale - Anni 2010 e 2015

1.9 Disabilità

Sono definite disabili le persone affette da limitazioni funzionali che impediscono di svolgere almeno una delle funzioni essenziali della vita quotidiana. In Italia un disabile che vive in famiglia su cinque dichiara di sentirsi "bene o molto bene" (20,8%), poco più della metà afferma di sentirsi "né bene né male" (53,1%), mentre il 26% si sente "male o molto male". In Sardegna le persone con limitazioni nelle attività quotidiane che vivono in famiglia stanno leggermente peggio: solo il 19,5% dichiara di stare "bene o molto bene", il 45,7% afferma di sentirsi "né bene né male", mentre il 34,9% comunica di stare "male o molto male".

Persone con limitazioni nelle attività quotidiane affetta da tre o più malattie croniche

In Italia il 36,9% delle persone con limitazioni nelle attività quotidiane presenta tre o più malattie croniche, il 22,6% è affetto da due patologie croniche, il 25,4% da una, mentre solo il 15,1% non soffre di malattie croniche. La **Sardegna** è una delle regioni – la terza dopo Sicilia (46,5%) e Calabria (44,3%) - che presentano le più alte percentuali di persone con limitazioni nelle attività quotidiane con tre o più malattie croniche: nell'isola la percentuale raggiunge il 43%. Le persone con limitazioni nelle attività quotidiane affette da due malattie croniche costituiscono il 21,8%, quelle colpite da una sola patologia cronica il 21,7%, mentre quelle che non soffrono di queste malattie rappresentano il 13,5%.

Rinunce a visite mediche specialistiche o a trattamenti terapeutici per motivi economici

La maggioranza delle prestazioni sanitarie sono garantite dai Livelli Essenziali di Assistenza. Pertanto, secondo il Rapporto, la rinuncia a questo tipo di prestazioni per motivi economici descrive un "mancato accesso alle cure che non può prescindere dall'efficienza e dalle tutele per le persone fragili previste dal Servizio Sanitario Nazionale e dai Servizi Sanitari Regionali (SSR)". In Italia le persone con limitazioni funzionali che vivono in famiglia che rinunciano a eseguire visite mediche o trattamenti terapeutici a causa di difficoltà economiche sono il 14%. In **Sardegna** la situazione è più grave, perché la percentuale di disabili che rinunciano alle cure raggiunge il 21,7%.

1.10 Salute mentale

Anche nel 2014 la **Sardegna** è una delle regioni in cui il numero di persone dimesse almeno una volta con diagnosi principale o secondaria di disturbo psichico risulta più elevata. Tra gli uomini il tasso di dimissioni ospedaliere con diagnosi (principale o secondaria) per disturbo psichico è pari a 50,04 per 10.000 a livello nazionale e a 69,34

per 10.000 nell'**isola**, mentre tra le donne si attesta a 48,94 per 10.000 in Italia e a 69,44 per 10.000 in **Sardegna**.

Consumo di farmaci antidepressivi

Nel 2015 il consumo dei medicinali antidepressivi in Italia è pari a 39,60 dosi quotidiane ogni mille abitanti (*Defined Daily Dose* - DDD/1.000 *ab die*). In **Sardegna** è maggiore e raggiunge 44,20 DDD/1.000 *ab die*

Suicidi

Dopo la Valle d'Aosta, la **Sardegna** è la regione in cui si registrano i valori più elevati di mortalità per suicidio. Nel biennio 2012-2013, il tasso medio di mortalità per suicidio tra le persone di età pari o superiore a 15 anni è di 8,03 per 100.000 abitanti in Italia e di 11,54 per 100.000 abitanti in **Sardegna**. Nello specifico, è pari a 21,11 per 100.000 tra gli **uomini sardi** (rispetto alla media nazionale di 13,48 per 100.000) e a 2,87 tra le **donne sarde** (un valore inferiore a quello italiano che si attesta a 3,40 per 100.000).

1.11 Salute materno-infantile

Il ricorso al taglio cesareo

Il numero di parti con taglio cesareo (TC) sul totale dei parti è considerato un importante indicatore della qualità dell'assistenza perinatale. Nel 2015 i parti avvenuti con questa procedura sono stati, in Italia, il 35,42%. In **Sardegna** la percentuale è più elevata e raggiunge il 39,79%.

Interruzione di gravidanza spontanea e volontaria

Nel 2014 in Italia il rapporto di abortività spontanea risulta uguale a 138,19 casi per 1.000 nati vivi. In **Sardegna** questo valore è più alto: è pari a 184,36 casi per 1.000 nati vivi. È invece più basso rispetto alla media nazionale (7,6%) il tasso di abortività volontaria, che nell'**isola** si ferma al 5.8%.

Capitolo 2

Rapporto Osservasalute 2017. Sistemi sanitari regionali e qualità dei servizi

2.1 L'assetto economico-finanziario

Il Rapporto analizza il peso delle diverse componenti della spesa sanitaria pubblica, ricorrendo all'indicatore: "spesa sanitaria pubblica corrente articolata per funzione e misurata in rapporto al valore del Prodotto interno lordo (PIL)", che fa riferimento alla quota di risorse (proprie o trasferite) che la regione utilizza per le diverse funzioni sanitarie, rispetto a quanto prodotto complessivamente nel periodo di riferimento.

Spesa sanitaria pubblica corrente per funzione

Nel 2014, 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) assorbe il 6,84% del PIL. Registra, quindi, una lieve ripresa rispetto all'anno precedente, quando il suo valore si attestava al 6,76%. In **Sardegna** la spesa sanitaria pubblica corrente è superiore alla media nazionale e si attesta al 10,31%, un valore leggermente inferiore rispetto a quello registrato nel 2013 (10,56%). Questo dato è influenzato soprattutto dalla spesa sanitaria pubblica corrente per servizi forniti direttamente, che nella Regione raggiunge il 6,64% del PIL, il valore più alto d'Italia.

Nello specifico, in Italia la spesa per le prestazioni in convenzione è pari al 2,46% del PIL, ed è prevalentemente articolata nelle due seguenti componenti: spesa sanitaria pubblica per case di cura private (pari al 0,57%) e spesa sanitaria pubblica per assistenza farmaceutica (pari al 0,52%). Riveste un ruolo meno rilevante la spesa sanitaria pubblica corrente per assistenza riabilitativa, integrativa e protesica (pari allo 0,25%), e la spesa sanitaria pubblica per assistenza medico specialistica (0,30%). Infine, la spesa sanitaria

pubblica in convenzione per assistenza medico generale (pari allo 0,41% del PIL) e la spesa per altre prestazioni (pari allo 0,40%) occupano una posizione intermedia.

In **Sardegna** la spesa per prestazioni sociali in convenzione è pari al 3,03% del PIL. In questo caso la voce più rilevante è quella relativa all'assistenza farmaceutica, che rappresenta lo 0,90% del PIL, seguita dalla spesa sanitaria pubblica in convenzione per assistenza medico generale (pari allo 0,62%). Al terzo posto si colloca la spesa per assistenza riabilitativa, integrativa e protesica (pari allo 0,44%), mentre la spesa per assistenza medico specialistica e quella per altre prestazioni sono pari entrambe allo 0,37% del PIL. Chiude la classifica la spesa sanitaria pubblica per case di cura private, che nella Regione è pari solo allo 0,32%.

Tabella 8 - Spesa (percentuali) sanitaria pubblica corrente totale, per funzione e in convenzione per prestazioni sociali in rapporto al PIL -

			Sardegna		Italia
		2013	2014	2013	2014
Spesa sanitaria	Totale	10,56	10,31	6,76	6,84
pubblica corrente	Per servizi forniti direttamente	6,72	6,64	3,95	3,97
	Per altre spese	0,63	0,65	0,38	0,42
	In convenzione per prestazioni sociali	3,21	3,03	2,42	2,46
In convenzione per	Per assistenza farmaceutica	0,96	0,90	0,53	0,52
prestazioni sociali	Per assistenza medico generale	0,66	0,62	0,41	0,41
	Per assistenza medico specialista	0,39	0,37	0,29	0,30
	Per case di cura private	0,37	0,32	0,56	0,57
	Per assistenza riabilitativa/protesica	0,45	0,44	0,24	0,25
	Per altre prestazioni	0,37	0,37	0,38	0,40

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 dei servizi di assistenza sanitaria in un determinato periodo di riferimento - in questo caso il periodo 2010-2015. Nel 2015 in Italia la spesa sanitaria pubblica pro-capite è cresciuta dell'1,28% rispetto al 2014, posizionandosi a 1.838 euro e registrando un'inversione di tendenza rispetto al quinquennio precedente. Ma nonostante questa lieve ripresa, l'Italia continua a essere uno dei Paesi dell'area OCSE (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico) che spendono meno, insieme ai Paesi dell'Europa orientale. Tra il 2010 e il 2015 la spesa sanitaria pubblica pro-capite è diminuita in Italia dell'1,17%. In **Sardegna** questo valore è invece aumentato del 5,31%, passando da una spesa sanitaria pro-capite di 1.958 euro del 2010 a quella di 2.062 euro del 2015.

Tabella 9 - Spesa (valori in €) sanitaria pubblica pro capite e variazioni percentuali -

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	%	%
							(2010-15)	(2014-15)
Sardegna	1.958	1.982	2.049	1.994	2.041	2.062	5,31	1,05
Italia	1.860	1.856	1.844	1.816	1.817	1.838	-1,17	1,18

Disavanzo/avanzo sanitario pubblico pro-capite

L'indicatore "disavanzo/avanzo sanitario pubblico pro capite" misura l'entità dei disavanzi, in termini pro-capite, dei Servizi sanitari regionali (SSR), fornendo informazioni sulla performance economico-finanziarie dei Servizi stessi. Nel 2015 il disavanzo sanitario nazionale, calcolato con la metodologia RGS (che esclude dai ricavi le "risorse aggiuntive da bilancio regionale" e sottrae dai risultati consolidati regionali gli eventuali utili conseguiti dalle singole aziende), è pari a circa 1,202 miliardi di euro. Pertanto, per la prima volta dal 2005 il disavanzo risulta superiore a quello dell'esercizio precedente (928 milioni di euro nel 2014), a causa di un leggero incremento dei costi (+0,3%) quasi interamente imputabile ai prodotti farmaceutici, mentre il finanziamento effettivo è rimasto immutato.

Anche a livello pro-capite, il disavanzo nazionale 2015 (pari a 20 euro) è superiore a quello 2014 (pari a 15 euro), ma inferiore a quello registrato nel 2006.

In **Sardegna**, invece, con 205 euro il disavanzo sanitario pro-capite è diminuito rispetto al 2014 (217 euro) ma continua a essere significativamente più alto rispetto al 2006 (78 euro).

Tabella 10 - Disavanzo (valori in €) sanitario pubblico pro-capite

	2006	2013	2014	2015
Sardegna	78	234	217	205
Italia	104	29	15	20

2.2 L'assetto istituzionale-organizzativo

Dotazioni tecnologiche: Tomografia Assiale Computerizzata (TAC), Tomografia a Risonanza Magnetica (TRM) e Tomografia ad Emissione di Positroni (PET)

Nel panorama internazionale l'Italia si posiziona tra i primi posti in termini di composizione del parco tecnologico e di disponibilità totale di apparecchiature TAC e TRM per milione di abitanti, mentre per quanto riguarda la PET resta al di sotto del *benchmark* internazionale e di quello suggerito dalla letteratura scientifica (pari ad almeno una apparecchiatura PET per milione di abitanti).

A livello nazionale, nel 2012 la diffusione della TAC (pari a 32,5 per milione di abitanti), quella della TRM (pari a 24,1 per milione di abitanti) e quella della PET (pari a 0,7 per milione di abitanti) è aumentata rispetto al 2009.

In **Sardegna** è cresciuto, invece, solo il tasso di TRM (pari a 23,8 per milione di abitanti) e di PET (pari a 0,6 per milione di abitanti) rispetto al 2009. Quello della TAC è invece diminuito, passando da 29,3 per milione di abitanti del 2009 a 26,2 per milione di abitanti del 2012.

Tabella 11 - Tasso (valori per 1.000.000) di apparecchiature TAC, TRM e PET

	TAC		TRM		PET	
	2009	2012	2009	2012	2009	2012
Sardegna	29,3	26,2	18,6	23,8	0,0	0,6
Italia	30,6	32,5	20,8	24,1	0,6	0,7

Sistema di emergenza-urgenza

Nel giro di un quinquennio in Italia il numero delle centrali operative 118 è diminuito. Nel 2010 erano presenti 102 centrali che coprivano i territori di 110 province, mentre nel 2015 ne sono rimaste soltanto 80. In **Sardegna**, invece, il numero è rimasto stabile: ci sono 2 centrali operative 118 che coprono i territori di 8 aree territoriali corrispondenti alle 8 ex province e ex asl.

Dipartimenti di Emergenza e Accettazione

Nel 2012 in Italia i Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (I e II livello) erano 317, ossia 15 in meno rispetto al 2010 e 45 in meno rispetto al 2005. La riduzione del numero di DEA ha determinato un incremento del bacino medio di utenza per DEA (+ 13,6% tra il 2005-2012) che tuttavia a livello nazionale è rimasto nel *range* di riferimento raccomandato (pari a 100-200 mila abitanti). In **Sardegna**, invece, nel periodo preso in considerazione il bacino di utenza si è ridotto significativamente: la Regione, che fino al 2010 presentava una situazione critica con un DEA ogni 272 mila abitanti (che nel 2005 toccava persino un DEA ogni 1.700.000 abitanti), nel 2012 presenta un DEA ogni 182 mila abitanti. E le previsioni suggeriscono che nel 2015 dovrebbe diminuire ulteriormente, scendendo a un DEA ogni 151 mila abitanti.

Tabella 12 - Bacino (valori assoluti) di utenza per Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (I e II livello) per

	2005	2010	2012	2015
				Bacini di utenza previsti
Sardegna	1.732.000	272.768	181.983	151.200
Italia	164.840	181.935	187.363	211.800

2.3 Assistenza territoriale

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

Nel 2014 a livello nazionale i posti letto destinati ad accogliere disabili e anziani non autosufficienti sono 287.402, pari a circa 46 ogni 10.000 abitanti. La maggior parte, 165,9 per 10.000, sono destinati agli anziani non autosufficienti, mentre solo 16,9 ogni 10.000 abitanti sono rivolti agli utenti con disabilità.

In **Sardegna** nel 2014 i posti letto destinati ad accogliere le persone anziane non autosufficienti e i disabili sono complessivamente 32,1 ogni 10.000 abitanti. Nello specifico, per gli anziani non autosufficienti sono disponibili 75,8 posti letto ogni 10 mila abitanti, mentre per i disabili sono disponibili 24,6 posti letto per 10.000 (un valore superiore a quello della media italiana).

Pazienti anziani e con disabilità ospitati nei presidi residenziali

In Italia gli anziani ospiti dei presidi residenziali sono complessivamente 213.921 (pari a 159,3 per 10.000 adulti residenti), mentre gli adulti e i minori con disabilità sono molti di meno. Nel dettaglio, gli adulti disabili ospiti dei presidi sono 48.415 (pari a 12,7 per 10.000 adulti residenti), mentre i minorenni sono 1.835 (pari a 1,8 per 10.000 minori residenti).

In **Sardegna** il tasso di anziani ospiti dei presidi residenziali è pari a 105,1 ogni 10.000 anziani. Gli adulti con disabilità, invece, sono 14,2 per 10.000 ospiti adulti. Infine, i minori disabili ospiti dei presidi sono 0,7 ogni 10.000 minori residenti.

2.4 Assistenza ospedaliera

2.4.1 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.

A livello nazionale, nel 2015 il tasso di dimissioni ospedaliere nazionale nella popolazione anziana per intervento di protesi di anca è pari a 602,8 per 100.000 abitanti, superiore rispetto al dato del 2014 (596,4 per 100.000) e a quello del 2013 (601,7 per 100.000). In **Sardegna** il tasso di dimissioni per questa procedura è invece rimasto praticamente invariato rispetto all'anno precedente (382,7 per 100.000), attestandosi a 382,2 per 100.000.

In Italia il tasso di dimissioni ospedaliere nella popolazione di età superiore ai 64 anni per interventi chirurgici per *bypass* coronarico nel 2015 è pari a 107,4 per 100.000, un valore in costante diminuzione dal 2010 (133,8 per 100.000). Anche in **Sardegna** il tasso di dimissioni per questa procedura è diminuito, passando da 94,6 per 100.000 del 2010 a 71,9 per 100.000 abitanti del 2015.

Nel 2015 il tasso nazionale di dimissioni ospedaliere nella popolazione anziana per angioplastica coronarica in Italia è pari a 584,3 per 100.000 abitanti, un valore più alto rispetto all'anno precedente (575 per 100.000) e soprattutto rispetto al 2010 (520,4 per 100.000). In **Sardegna** il tasso di dimissioni per questa procedura nel 2015 è pari a 391,6 per 100.000, un valore inferiore a quello dell'anno precedente (393,6 per 100.000) ma superiore a quello registrato nel 2010 (374,2 per 100.000).

2.4.2 Ospedalizzazione in età pediatrica

A livello nazionale, nel periodo 2010-2015 si riscontra una riduzione dei tassi di ospedalizzazione fra i minori per entrambi i regimi di ricovero, ordinario e diurno, e per tutte le classi di età inferiori ai 18 anni. La riduzione più consistente dell'ospedalizzazione riguarda il tasso dei ricoveri in regime ordinario dei bambini nel 1° anno di vita, pari a 425,7 ricoveri per 1.000 residenti (nel 2010 superava i 480 ricoveri per 1.000).

Anche in **Sardegna** i tassi dei ricoveri ordinari registrati nel 2015 appaiono più bassi rispetto a quelli rilevati nel 2010 per tutte le fasce di età inferiori ai 18 anni, anche se restano al di sopra della media nazionale.

Tabella 13 - Tasso (specifico per 1.000) di dimissioni ospedaliere in età pediatrica in regime di Ricovero Ordinario - Anni

		Sardegna	Italia
<1	2010	522,5	481,7
	2014	511,5	413,9
	2015	502,9	425,7
1-4	2010	109,3	82,5
	2014	88,1	66,7
	2015	84,8	67,3
5-14	2010	48	42,5
	2014	41,1	35,8
	2015	41,4	34,2
15-17	2010	51,5	47,9
	2014	43,6	39,8
	2015	42,4	38
0-14	2010	95	82,4
	2015	78,3	65,5
0-17	2010	87	76,5
	2015	72	60,8

L'analisi dei ricoveri in regime diurno mostra invece una situazione differente: in questo caso i tassi registrati in **Sardegna** risultano inferiori ai valori nazionali per quasi tutte le fasce di età, con l'eccezione della fascia 15-17 anni (tasso pari a 36,2 per 1.000, rispetto alla media nazionale di 26 per 1.000). Inoltre, i tassi di dimissioni ospedaliere in età

pediatrica in regime diurno registrati nel 2015 sono più bassi rispetto al 2010 per tutte le fasce d'età, tranne per quella 15-17 anni (nel 2010 il tasso si fermava a poco meno di 33 per 1.000

Tabella 14 - Tasso (per 1.000) di dimissioni ospedaliere in età pediatrica in regime diurno

		Sardegna	Italia
<1	2010	36,5	55,4
	2015	29	39,6
1-4	2010	31	41,8
	2015	23,3	31,6
5-14	2010	31,4	38,3
	2015	27,5	28
15-17	2010	32,9	34,1
	2015	36,2	26
0-14	2010	31,6	40,4
	2015	26,5	29,6
0-17	2010	31,9	39,3
	2015	28,2	29

2.4.3 Mobilità ospedaliera

La mobilità ospedaliera descrive il flusso dei pazienti che ricorrono alle cure al di fuori della propria regione di residenza, generalmente alla ricerca di strutture ospedaliere di alta specialità o che, notoriamente, sono ritenute più specializzate e qualificate di altre nel trattare determinate patologie.

Tra il 2007 e il 2015 in **Sardegna** la mobilità passiva (ossia la tendenza dei pazienti a emigrare fuori regione per sottoporsi alle cure) relativa ai ricoveri per acuti in regime ordinario è diminuita. Il numero di dimissioni ospedaliere per acuti in regime di ricovero ordinario era, infatti, pari a 12.015 nel 2007, a 10.648 nel 2012 e si è fermata a 10.036 nel 2015. Si è ridotta anche la mobilità attiva, ossia la capacità di attrarre pazienti che risiedono in altre Regioni: il numero di dimissioni è passato da 3.987 del 2007, a 3.609 del 2012 fino a raggiungere i 3.171 nel 2015.

Per quanto riguarda i ricoveri in regime di *Day Hospital*, il trend appare differente. Il numero di dimissioni ospedaliere per acuti in regime di *Day Hospital* era pari a 3.979 nel 2007, è sceso a 3.330 nel 2012, per poi risalire a 3.768 nel 2015. La mobilità attiva ha invece mostrato una costante flessione: il numero di dimissioni è passato da 676 del 2007, a 644 del 2012 fino a raggiungere i 510 nel 201

Tabella 15 - Indice attrazione e fuga dimissioni ospedaliere per acuti in regime ricovero ordinario e Day

			Sardegna
Regime di ricovero ordinario	2007	Attrazione	3.987
		Fuga	12.015
	2012	Attrazione	3.609
		Fuga	10.648
	2015	Attrazione	3.171
		Fuga	10.036
Regime di Day Hospital	2007	Attrazione	676
		Fuga	3.979
	2012	Attrazione	644
		Fuga	3.330
	2015	Attrazione	510
		Fuga	3.768

4.4 Mobilità ospedaliera in età pediatrica

La mobilità ospedaliera in età pediatrica 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. In Italia la mobilità dei ricoveri in età pediatrica per acuti in regime ordinario presenta, complessivamente, una diminuzione nei valori assoluti: si passa da 61.778 dimissioni in mobilità nel 2010 a 54.901 nel 2015.

In **Sardegna** la mobilità passiva è diminuita rispetto al 2010. Il numero complessivo di dimissioni in regime di ricovero ordinario per acuti in età pediatrica in fuga verso altre Regioni è, infatti, passato da 1.419 del 2010 a 1.209 del 2015. È diminuita anche la mobilità attiva: in questo caso il numero di dimissioni è passato da 737 del 2010 a 532 del 2015.

Lo stesso discorso vale anche per il numero di dimissioni dei pazienti pediatrici in regime diurno per acuti in età pediatrica in fuga verso altre Regioni, che in **Sardegna** è passato da 1.032 del 2010 a 950 nel 2015. Si è ridotta anche l'attrazione dei pazienti da altre regioni, che è passata da 40 del 2010 a 20 nel 2015.

Tabella 16 - Indice di attrazione e fuga (valori assoluti) di dimissioni ospedaliere per acuti in età pediatrica in Sardegna

			Sardegna
Regime di ricovero ordinario	2010	Attrazione	737
		Fuga	1.419
	2015	Attrazione	532
		Fuga	1.209
Regime diurno	2010	Attrazione	40
		Fuga	1.032
	2015	Attrazione	20
		Fuga	950

Capitolo 3 Rapporto Oasi 2017 I servizi sanitari in Sardegna

Il Rapporto Oasi (Osservatorio sulle Aziende e il Sistema sanitario Italiano) viene pubblicato dal 2000 dal CERGAS (Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale) dell'Università Luigi Bocconi di Milano, e descrive i principali trend evolutivi del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e del settore sanitario italiano, pubblico e privato accreditato.

Il documento rileva che nel 2015 quasi tutti i sistemi regionali hanno raggiunto l'equilibrio di bilancio e la convergenza finanziaria tranne tre regioni: la Sardegna, la Liguria e il Molise. Con un disavanzo pari a 340 milioni di euro, la **Sardegna** è la regione che presenta il deficit maggiore (in Liguria il disavanzo di ferma a 110 milioni, mentre in Molise a 23 milioni).

3.1 Organizzazione regionale del SSN

In Italia il processo di revisione dell'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) avviato nel 2002 ha determinato una significativa riduzione del numero di Aziende Sanitarie Locali (ASL), che sono passato da 659 nel 1991 a 121 nel 2016. Rispetto al 2015, questo numero di è ridotto di 18 unità.

Nel 2016 la **Sardegna** è una delle otto Regioni (insieme a Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Marche, Abruzzo, Campania e Puglia) in cui è attualmente presente un'Agenzia Sanitaria Regionale (ASR) come tecnostruttura dell'Assessorato o del Consiglio regionale. Da un punto di vista dimensionale, la **Sardegna** rientra tra le Regioni in cui la popolazione

media delle Aziende Sanitarie Locali (ASL) risulta più bassa, attestandosi sotto ai 250.000 abitanti. Nello specifico, la popolazione media delle Asl in Italia è pari a 501.368 abitanti, mentre in **Sardegna** si ferma a 207. 267 abitanti.

A livello nazionale, nel 2015 il numero dei presidi e degli stabilimenti a gestione diretta ASL è in media di 2,5 presidi e di 3,8 stabilimenti. Complessivamente, il numero dei presidi è di 344, mentre quello degli stabilimenti è pari a 534. In **Sardegna** il numero medio dei presidi e degli stabilimenti a gestione diretta ASL coincide, attestandosi a 2,9. Complessivamente, il numero dei presidi e quello degli stabilimenti è pari, nell'isola, a 23 unità (due in meno rispetto al 2014).

Nel 2015 in Italia il numero di stabilimenti a gestione diretta AO è di 178, mentre in **Sardegna** si ferma a tre unità (due in più rispetto al 2014).

Tabella 17 - 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 30/06/2015	8	139
	Numero al 30/06/2016	8	121
	Popolazione media 2016	207.267	501.368
	N presidi a gestione diretta 2015*	23	344
	N medio presidi a gestione diretta 2015	2,9	2,5
	N stabilimenti a gestione diretta 2015	23	534
	Numero medio stabilimenti 2015	2,9	3,8
Aziende ospedaliere e Aziende ospedaliere	Numero al 31/12/1995	1	81
integrate con l'Università (con l'esclusione delle	Numero al 30/06/01	1	97
Aziende ospedaliero – universitarie integrate	Numero al 30/06/15	1	75
con l'SSN)	Numero al 30/06/16	1	71
	N stabilimenti a gestione diretta 2015	3	178
	Numero medio stabilimenti 2015	3	2,4

L'assetto istituzionale del Sistema Sanitario Regionale della **Sardegna** è stato modificato con la Legge Regionale 27 luglio 2016, n. 17, che ha istituito l'Azienda per la Tutela della Salute (ATS), che nasce dalla fusione per incorporazione delle 7 ASL nell'azienda incorporante di Sassari. Attualmente esistono un'Azienda e otto aree socio-sanitarie, corrispondenti ai territori delle vecchie ASL. Fino al 31 dicembre 2016 le sette Asl sono state gestite da commissari. L'ATS e le Aree socio sanitarie locali (ASSL) sono nate ufficialmente il 1° gennaio 2017.

Mobilità dei Direttori Generali delle Aziende sanitarie pubbliche

Tra il 1996 e il 2016 in Italia la durata media del periodo in cui il Direttore Generale di un'Azienda Sanitaria è rimasto in carica è pari a 3,6 anni, ossia a 3,9 anni nelle Aziende Ospedaliere e a 3,4 anni nelle Aziende Sanitarie Locali. In **Sardegna** il valore risulta inferiore alla media italiana: è pari a 2,7 anni, e corrisponde a 3,5 anni nelle AO e a 2,7 anni nelle ASL. Sulla base delle considerazioni espresse nel Rapporto, si può concludere che si tratta di un orizzonte di gestione troppo limitato, dato il livello di complessità delle Aziende Sanitarie pubbliche.

Il 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), evidenzia che la **Sardegna** è una regione "ad alta variabilità", ossia presenta elevati gradi d'instabilità e di apertura.

Tabella 18 - Durata media in carica dei DG in una data azienda per Regione (1996-2016).

	AO	ASL	Totale complessivo (*)
Sardegna	3,5	2,7	2,7
Italia	3,9	3,4	3,6

^{*} Valore medio calcolato, sia a livello regionale che nazionale, come media aritmetica delle durate medie aziendali

Risorse strutturali delle Aziende Sanitarie

In Italia nel 2015 il numero complessivo delle strutture di ricovero pubbliche è pari a 450, mentre quello delle strutture di ricovero private è pari a 647 (di cui 585 sono private accreditate).

Dal Rapporto emerge che in **Sardegna** sono complessivamente presenti 26 strutture di ricovero pubbliche: 23 presidi a gestione diretta ASL, un'Azienda Ospedaliera, un'Azienda Ospedaliera, un AO integrata con l'Università e due AO integrate con il Servizio Sanitario Nazionale (la **Sardegna** è una delle poche regioni in cui sono presenti queste strutture, insieme a Lazio, Campania, Puglia e Sicilia). Inoltre, ci sono 8 strutture di ricovero (case di cura) private accreditate.

Tabella 19 - Numero di strutture di ricovero per tipologia- Anno 2015

	Sardegna	Italia
Presidi a gestione diretta ASL	23	344
Aziende Ospedaliere	1	57
AO integrate con l'Università		18
AO (Aziende Ospediere + AO integrate con l'Università)	1	75
AO integrate SSN (ex Policlinici Universitari Pubblici)	2	9
IRCCS pubblici		22
Totale Strutture di ricovero pubbliche	26	450
IRCCS privati		41
Policlinici Universitari privati		2
Ospedali classificati		27
Presidi privati qual. pres. ASL		18
Enti di ricerca		2
Case di cura private accreditate	8	495
Totale Strutture di ricovero private accreditate	8	585
Case di cura private non accreditate		62
Totale Strutture di ricovero private	8	647

Capacità di offerta delle strutture territoriali

Tra il 2001 e il 2012 in Italia il numero dei distretti territoriali è diminuito del 21%, passando da 875 a 691. La **Sardegna** è una delle regioni (insieme a Liguria, Emilia Romagna, Lazio, Calabria e Provincia Autonoma di Bolzano) 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).

Nel periodo 1997-2012, in Italia il numero delle strutture territoriali è aumentato del 51,6%, soprattutto grazia all'incremento delle strutture private accreditate, passate da una quota del 33,7% nel 1997 a una del 53,4% nel 2012. La crescita, in particolare, è

dovuta all'aumento 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 in presenza di una rete di offerta pubblica poco sviluppata: nel giro di 15 anni il peso del privato accreditato è passato dall'8% del 1997 al 64,2% del 2012 per le strutture semiresidenziali, e dal 5% del 1997 al 76,7% del 2012 per le strutture residenziali. Il privato ha conservato un ruolo residuale solo nella categoria "altre strutture territoriali", che è passato 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. Appare 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 20 - 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%	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.

Personale del Servizio Sanitario Nazionale

In Italia nel 2013 ci sono 45.203 medici di medicina generale (MMG) e 7.705 pediatri di libera di scelta (PLS). In media, un medico di medicina generale segue 1.160 pazienti, mentre un pediatra di libera di scelta ne segue 890. In Sardegna i medici di medicina generale sono 1.293, mentre i pediatri di libera di scelta sono 211. L'isola continua a essere la regione in cui viene eseguito il minor numero medio di scelte per PLS, pari a 771.

Per quanto riguarda la percentuale dei professionisti organizzati in forma associativa, a livello nazionale comprende il 71% dei MMG e il 66% dei PLS. In **Sardegna** entrambi i valori restano al di sotto della media nazionale: la percentuale si ferma, infatti, a meno del 65% tra i MMG e al 51% tra i PLS.

Tabella 21 - Numero MMG e PLS in Sardegna e in Italia - Anno 2013

	Sardegna	Italia
Numero MMG	1.293	45.203
Numero scelte per MMG	1.117	1.160
% con MMG indennità per attività in forma associativa	64,42%	70,68%
Numero PLS	211	7.705
Numero scelte per PLS	771	890
% PLS con indennità per attività in forma associativa	51,2%	65,9%

Le attività di ricovero del SSN

Nel periodo 2001-2014 a livello nazionale si è registrato un calo del 26,4% del numero delle dimissioni ospedaliere (meno 3.410.308 unità). L'andamento è stato piuttosto differente tra le prime sei rilevazioni (nel periodo 2001-2007 la riduzione si è fermata al 4,7%) e gli ultimi sette anni, in cui il numero di dimissioni è diminuito del 22,7%. Secondo il Rapporto, la flessione potrebbe essere dovuta, almeno parzialmente, alla forte spinta per il trasferimento delle prestazioni dal settore ospedaliero a quello territoriale. Nel 2014 i ricoveri sono diminuiti del 3,2% rispetto al 2013.

Tra il 2001 e il 2014 le giornate di ricovero ordinario sono diminuite del 23,8%. Tra il 2013 e il 2014 si sono ridotte dell'1,8%. Le giornate di ricovero erogate in regime di *day hospital*, invece, sono progressivamente aumentate dal 2001 al 2006, passando da un'incidenza del 13,4% del 2001 al 19,1% del 2006, mentre sono calate del 5,4% tra il 2007 e il 2014. In particolare, nel 2014 si è registrato il dato d'incidenza degli accessi in *day hospital* più basso rilevato a partire dal 2001, pari al 13,7%. Infine, la degenza media per acuti in regime ordinario è stabile da oltre dieci anni, nell'intervallo 6,7-6,8.

Nel 2014 i ricoveri ospedalieri erogati dal SSN sono stati 9,14 milioni, di cui la maggior parte (95%) è costituita da ricoveri per acuti. La percentuale dei ricoveri per riabilitazione è pari al 3,8%, mentre guella dei ricoveri per lungodegenza è di poco superiore all'1%.

Il numero complessivo dei ricoveri presso il Servizio Sanitario Regionale della **Sardegna** è superiore a 263 mila. Anche nell'isola la maggior parte riguarda i ricoveri per acuti, che superano il 98%. La percentuale dei ricoveri per riabilitazione si è attestata, invece, all'1,2%, mentre quella dei ricoveri per lungodegenza è inferiore all'1%.

Tabella 22 - Ricoveri SSN per Regione, per regime di ricovero e tipo di attività (2014)

		Sardegna	Italia
Ricoveri per acuti	RO	184.252	6.486.438
	DH	74.006	2.194.241
	% sul totale	98,1%	95%

		Sardegna	Italia
Ricoveri per riabilitazione	RO	2.404	314.715
	DH	685	34.868
	% sul totale	1,2%	3,8%
Ricoveri per lungodegenza	RO+DH	1.873	109.854
	% sul totale	0,7%	1,2%
Totale ricoveri		263.220	9.140.116

In quasi tutte le regioni i ricoveri per riabilitazione sono stati erogati prevalentemente in regime ordinario (90,3% a livello nazionale), tranne in quattro regioni, in cui la percentuale di ricoveri in *day hospital* è molto elevata. La **Sardegna** è una di queste -insieme a Campania (20,8%), Emilia Romagna (20,3%) e Basilicata (20,3%)- : nell'isola la percentuale di ricoveri in *day hospital* raggiunge il valore più alto d'Italia, raggiungendo quota 22,2%.

L'analisi delle giornate di degenza registrate nel 2014 evidenzia che a livello nazionale il numero complessivo raggiunge quasi i 62 milioni. L'81% delle giornate di degenza riguarda i ricoveri per acuti, il 14% i ricoveri per riabilitazione e il restante 5% i ricoveri per lungodegenza. In **Sardegna** nel 2014 le giornate di degenza sono state superiori a 1,5 milioni. La percentuale delle giornate di ricovero per acuti supera di 12 punti percentuali la media italiana, attestandosi al 93%. Le giornate di ricovero per riabilitazione rappresentano il 4% del totale, mentre quelle per lungodegenza il restante 3%.

Tabella 23 - Giornate di degenza per regime di ricovero e tipo di attività - Anno 2014

		Sardegna	Italia
Giornate di ricovero per acuti	RO	1.237.189	44.089.980
	DH	211.133	6.033.527
	% sul totale	92,9%	80,9%
Giornate di ricovero per riabilitazione	RO	53.799	8.276.645
	DH	9.814	501.122
	% sul totale	4,1%	14,2%
Giornate di ricovero lungodegenza	RO+DH	47.815	3.038.567
	% sul totale	3,1%	4,9%
Totale giornate di ricovero		1.559.750	61.939.841

Infine, il Rapporto Oasi prende in considerazione il peso medio (PM) – un indice che esprime la complessità dei casi trattati rapportando il peso medio dei ricoveri effettuati

dagli erogatori di una data Regione con la complessità media della casistica standard (nazionale): indici superiori all'unità indicano una casistica di complessità più elevata rispetto allo standard –, osservando che le Regioni contraddistinte da un maggiore PM tendono a evidenziare un tasso di ospedalizzazione - che esprime, invece, la frequenza con la quale la popolazione residente viene ricoverata nelle strutture ospedaliere, pubbliche o private, sia dentro che fuori Regione - inferiore alla media nazionale, mentre quelle con un PM minore registrano TO più elevati rispetto alla media nazionale. Con valori di 1,06 e 108,9 la **Sardegna** rientra nel secondo gruppo, presentando un tasso di ospedalizzazione superiore alla media nazionale (pari a 99,3%).

Appropriatezza organizzativa e clinica

Il documento analizza tre indicatori dell'inappropriatezza organizzativa: la percentuale di dimissioni da 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); la percentuale di ricoveri brevi (1-2 giorni) con DRG medico; la percentuale di ricoveri oltre–soglia con DRG medico in pazienti anziani. L'inappropriatezza clinica viene, invece, espressa dall'incidenza dei parti cesarei sui parti totali.

A livello nazionale nel 2014 l'analisi dei livelli d'inappropriatezza organizzativa delle prestazioni di ricovero per acuti mostra un generale miglioramento rispetto al 1998: la percentuale di dimissioni dai reparti chirurgici con DRG medico è, infatti, passata in 15 anni dal 45% al 30%. È diminuita anche in **Sardegna**, passando dal 50% del 1998 al 37,5% del 2014.

In Italia sono diminuite anche la percentuale di ricoveri brevi (1-2 gg) con DRG medico, passata dal 13% del 1998 a poco più del 10% del 2014, e quella dei ricoveri oltre-soglia con DRG medico nei pazienti anziani, passata da 4,6% del 2006 al 4,3% del 2014.

In **Sardegna** la percentuale di ricoveri brevi (1-2 gg) con DRG medico si è ridotta meno di quella nazionale, passando dal 12,5% del 1998 al 12,3% del 2014. La percentuale dei ricoveri oltre-soglia con DRG medico in pazienti anziani (over 65) è, invece, diminuita più che a livello nazionale, passando dal 5,2% del 2006 al 3,8% del 2014.

Per quanto riguarda l'inappropriatezza clinica, si registra invece un peggioramento sia a livello nazionale, sia in ambito sardo.

In Italia l'incidenza dei parti cesarei sui parti totali è passata dal 31,4% del 1998 al 35,9 del 2014, mentre in **Sardegna** è passato dal 26% del 1998 al 38,5% del 2014.

Tabella 24 - 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		50,1	44,9
		37,5	29,8
% Ricoveri brevi 0-1 giorno sul totale dei ricoveri	1998	12,5	12,8

		Sardegna	Italia
IN HO CON DRG Medico	2013	12,3	10,3
% ricoveri oltre valore soglia per acuti in regime	2006	5,2	4,6
ordinario per ultra65enni	2013	3,8	4,3
Percentuale parti cesarei sul totale dei parti	1998	26	31,4
	2013	38,5	35,9

Distribuzione dei punti nascita

Nel 2014 in Italia l'80,2% dei punti nascita (PN) si trova in strutture pubbliche, mentre il restante 20% in cliniche private e private accreditate. Rispetto al 2009, i punti nascita sono diminuiti di 134 unità: la diminuzione più elevata è stata registrata nel privato, accreditato e non (–22,2%), mentre nel pubblico risulta un po' inferiore (–19,6%). Nello stesso periodo, la percentuale complessiva dei punti nascita che superano il valore soglia di 500 parti all'anno è salita di 8,6 punti percentuali, passando dal 63,3% al 71,9%.

In **Sardegna** ci sono 19 punti nascita. La maggior parte (16) si trova in strutture pubbliche, mentre gli altri 3 sono situati in strutture private accreditate. L'isola rappresenta la Regione italiana in cui è presente il minor numero di punti nascita che superano il valore di 500 parti l'anno: solo il 42,1% dei PN presenti in Sardegna corrisponde a questi requisiti.

Tabella 25 - Distribuzione dei punti nascita per tipo di istituto - Anno 2014

		Sardegn a	Italia 2014	Italia 2009
Strutture pubbliche	N punti nascita	16	426	530
Strutture private accreditate	N punti nascita	3	96	124
Strutture private n.a.	N punti nascita	0	9	11
Totale	N punti nascita	19	531	665
	% con +500 parti	42,1	71,9	63,3

Accessibilità e funzionalità dei servizi territoriali

Per valutare il livello di accessibilità e funzionalità delle cure e dei servizi territoriali, il Rapporto utilizza una misura *proxy* rappresentata dai tassi di ospedalizzazione per la cura delle patologie croniche quali diabete, asma, insufficienza cardiaca cronica negli anziani, influenza nell'anziano e disturbi alcool-correlati. Tutte queste patologie dovrebbero essere gestite sul territorio: maggiori sono i tassi di ospedalizzazione, minore è l'accessibilità e la funzionalità dei servizi. A livello nazionale, il diabete (14,6 ricoveri ogni 100.000 abitanti), l'asma (7,5 ricoveri ogni 100.000 abitanti), l'influenza nell'anziano (3,6 ricoveri ogni

100.000 abitanti) e le patologie alcool-correlate (29 ricoveri ogni 100.000 abitanti) sono patologie con bassi accessi ai servizi di ricovero.

L'insufficienza cardiaca cronica negli anziani è, invece, curata molto spesso in ambito ospedaliero: in media si registrano 1.162 ricoveri ogni 100.000 abitanti.

Con 11,4 ricoveri ogni 100.000 abitanti, la **Sardegna** presenta il valore più alto d'Italia dei ricoveri per l'influenza dell'anziano. Ma il tasso di ospedalizzazione nell'isola è superiore alla media nazionale anche nel caso dei ricoveri per diabete (23,2 ricoveri ogni 100.000 abitanti), per asma (9 ricoveri ogni 100.000 abitanti) e per patologie alcool-correlate (52,2 ricoveri ogni 100.000 abitanti). Resta inferiore alla media nazionale, invece, il numero dei ricoveri per insufficienza cardiaca cronica negli anziani, pari a 952,2 ricoveri ogni 100.000 abitanti.

Tabella 26 - Indicatori proxy di ridotta accessibilità e funzionalità dei servizi territoriali, attività per acuti in strutture pubbliche e private, x 100.000 ab

	Sardegna	Italia
TO per diabete non controllato	23,2	14,6
TO per asma nell'adulto	9	7,5
TO per influenza nell'anziano	11,4	3,6
TO std per patologie alcol correlate	52,2	29
TO per insufficienza cardiaca (>= 65 anni)	952,2	1.161,7

3.2 La spesa sanitaria

Nel 2015 il tasso di crescita della spesa sanitaria pubblica corrente pro-capite è aumentato dello 0,2% rispetto al 2014 e risulta di poco inferiore al tasso di crescita della spesa complessiva (+0,3%).

La differenza, secondo il Rapporto, si spiega prendendo in considerazione la dinamica della crescita della popolazione, aumentata dello 0,02% nell'ultimo anno.

Tra il 1990 e il 2015, la spesa sanitaria pro-capite in **Sardegna** è quasi triplicata, passando da 695 euro del 1990 a 1.983 euro del 2015. È comunque diminuita rispetto al 2012, quando ha raggiunto il valore di 2.006 euro.

L'aumento registrato nell'isola è superiore rispetto alla media nazionale, dove la spesa sanitaria pro-capite è passata da 730 euro del 1990 a 1.873 del 2015. Nello stesso anno la percentuale della spesa sanitaria pro-capite sarda è aumentata del 4,3% rispetto al 1990 e dell'1,2% rispetto al 2010. A livello nazionale questi valori sono rimasti più bassi, attestandosi rispettivamente al 3,8% e allo 0,4%.

Tabella 27 - Spesa sanitaria pubblica pro-capite per la gestione corrente, al lordo della mobilità

Anno/valori assoluti in Euro	Sardegna	Italia
1990	695	730
1995	860	840
2000	1.173	1.223
2001	1.288	1.356
2005	1.632	1.648
2010	1.874	1.836
2011	1.932	1.850
2012	2.006	1.908
2013	1.979	1.882
2014	1.977	1.866
2015	1.983	1.873

	Sardegna	Italia
Crescita 2015/2014	-0,3%	-0,2%
Tasso crescita medio '90/'15	4,3%	3,8%
Tasso crescita medio '95/'01	7%	8,3%
Tasso crescita medio '01/'10	4,2%	3,4%
Tasso crescita medio '10/'15	1,2%	0,4%

Per quanto riguarda la spesa sanitaria pubblica pro-capite al lordo (spesa riferita all'utilizzo delle strutture della Regione) e al netto della mobilità (spesa riferita alla popolazione residente nella Regione), in **Sardegna** si registrano valori superiori alla media nazionale. Nello specifico, nel 2015 la spesa pro-capite al lordo della mobilità è pari nell'**isola** a 1.983 euro, mentre a livello italiano si ferma a 1.873 euro. La spesa pro-capite al netto della mobilità raggiunge in **Sardegna** i 2.018 euro, mentre a livello nazionale si ferma a 1.873 euro.

Tabella 28 - Spesa sanitaria pro-capite nei SSR per la gestione corrente al lordo (riferimento alle aziende del SSR) ed al netto (riferimento alla spesa sostenuta per i pazienti residenti) della mobilità. Valori assoluti e numeri indice – Anno 2015

		Sardegna	Italia
Spesa pro-capite (lordo mobilità)	v.a. Euro	1.983	1.873
	n.i.	105,8	100,0
Spesa pro-capite (netto mobilità)	v.a. Euro	2.018	1.873

		Sardegna	Italia
	n.i.	107,7	100,0
Saldo pro-capite mobilità	v.a. Euro.	- 34,8	0,0
Saldo pro-capite mobilità/spesa pro-capite	percentuale	-1,76%	0,00%

L'analisi dell'incidenza della spesa sanitaria dei Servizi Sanitari Regionali (SSR) rispetto al PIL regionale evidenzia che in **Sardegna** questo coefficiente è superiore alla media nazionale fin dal 2004. Dopo quasi dieci anni di crescita consecutiva, nel 2015 il valore ha registrato una lieve flessione rispetto all'anno precedente (quando era pari al 10,25%), attestandosi al 10,07%.

Tabella 29 - Incidenza della spesa sanitaria pubblica (al netto della mobilità) sul PIL

	Sardegna	Italia
2004	8,33%	6,22%
2005	8,99%	6,47%
2006	8,45%	6,40%
2007	8,42%	6,42%
2008	8,78%	6,53%
2009	9,42%	6,97%
2010	9,65%	6,90%
2011	9,92%	6,85%
2012	10,07%	7,02%
2013	10,06%	7,00%
2014	10,25%	7,05%
2015*	10,07%	6,96%

^{*}Il dato 2015 del PIL è stimato

Spesa farmaceutica pubblica: territoriale e ospedaliera

Nel 2015 in Italia la spesa farmaceutica territoriale al lordo del *pay-back* sul Fondo Sanitario Regionale - che permette alle aziende farmaceutiche di chiedere all'Agenzia Italiana del Farmaco la sospensione della riduzione dei prezzi del 5%, a fronte del contestuale versamento in contanti (*pay-back*) del relativo valore su appositi conti correnti individuati dalle Regioni - è pari a 13.414,16 milioni di euro, l'8,2% in più rispetto al livello del 2014, con un'incidenza media che si attesta al 12,3%. In **Sardegna** questa voce è pari a 463,8 milioni di euro. Nell'isola l'incidenza media della spesa farmaceutica

territoriale (al lordo del *pay-back*) raggiunge il valore più alto d'Italia, attestandosi al 15.8%.

A livello nazionale, la spesa ospedaliera al lordo del *pay-back* a carico delle imprese nel 2015 è pari a 5.480 milioni di euro, il 10% in più rispetto al 2014, e assorbe il 5% delle assegnazioni per il 2015. Lo sfondamento complessivo registrato nel 2015 è quindi pari a 1.663 milioni di euro: tutte le Regioni (tranne la P.A. di Trento) hanno superato il tetto del 3,5%.

In **Sardegna** la spesa ospedaliera al lordo del *pay-back* a carico delle imprese nel 2015 è pari a 171 milioni di euro. Nella regione l'incidenza media di questa spesa è superiore a quella nazionale e raggiunge il 5,8%. Infine, anche in Sardegna il tetto del 3,5% è stato superato: lo sfondamento complessivo è maggiore di 68 milioni di euro.

Tabella 30 - La spesa farmaceutica territoriale e ospedaliera in milioni di euro - Anno 2015

		Sardegna	Italia
Farmaceutica territoriale	Tetto (11,35%)	333,67	12.380,42
	Farmaceutica territoriale lordo payback	463,88	13.414,16
	Sfondamento (segno positivo)	130,20	1.033,74
	% Variazione 2014/15 (lordo payback)	11,08	8,23
	% Incidenza su FSR	15,78	12,30
Farmaceutica ospedaliera	Tetto (3,5%)	102,89	3.817,75
	Farmaceutica ospedaliera lordo payback	171,02	5.480,81
	Sfondamento (segno positivo)	68,13	1.663,06
	% Variazione 2014/15 (lordo payback)	11,99	10,06
	% Incidenza su FSR	5,82	5,02

Disavanzo/avanzo sanitario

Per il quarto anno consecutivo il sistema sanitario nazionale ha registrato un avanzo: nel 2012 era pari a 583 milioni di euro, nel 2013 a 333 milioni di euro, nel 2014 a 253 milioni di euro e nel 2015 a 346 milioni di euro, con un incremento del 36% rispetto all'anno precedente. La **Sardegna** ha invece riportato un disavanzo sanitario di 340 milioni di euro nel 2015, superiore a quello di 277 milioni di euro registrato l'anno precedente. In particolare, nel 2015 la Sardegna incide sul disavanzo annuale complessivo per quasi il 70%.

Tabella 31 - Disavanzo sanitario regionale: milioni di Euro

	Sardegna	Italia
2001	106	4.122

	Sardegna	Italia
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*
2015	340	-346

^{*}Il segno meno denota un avanzo

Misure di copertura dei disavanzi

Le forme di copertura previste dalla L. 405/2001 (recante: "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, recante interventi urgenti in materia di spesa sanitaria") e dall'accordo tra Stato e Regioni del 16 dicembre 2004, prevedono le misure fiscali (addizionali IRPEF, IRAP e Bollo auto) e compartecipazioni alla spesa sanitaria (ticket sul pronto soccorso, specialistica e farmaceutica). Per quanto riguarda l'addizionale regionale all'IRPEF, l'aliquota base è pari a 1,23% (0,9%, a cui è stato aggiunto un aumento dello 0,33% nel 2012). Quasi tutte le Regioni hanno adottato un'aliquota progressiva, mentre la **Sardegna** (insieme a Valle d'Aosta, PP.AA. di Trento e Bolzano, Veneto, Abruzzo, Campania, Calabria e Sicilia) ha adottato un'aliquota unica pari a 1,23% per tutti i redditi. In relazione al Bollo auto, in **Sardegna** è prevista la tariffa di 2,58 euro per Kw.

Riguardo alle compartecipazioni sulla specialistica ambulatoriale, la normativa nazionale prevede un ticket massimo sulle prestazioni pari a 36,15 euro e una quota fissa di 10 euro (superticket), ma ogni Regione può decidere di applicare o non applicare autonomamente il superticket. La **Sardegna** applica un superticket di 10 euro. Per quanto riguarda le compartecipazioni alla spesa farmaceutica, la **Sardegna** (insieme a Marche e Friuli Venezia Giulia) non applica alcun ticket in quota fissa regionale.

3.3 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 2015 la spesa privata accreditata rappresenta il 18,9% della spesa complessiva del SSN, corrispondente a un valore di 350 euro per abitante. Il 40% della spesa complessiva (140 euro pro-capite) è costituito dalla spesa per ricoveri ospedalieri in strutture accreditate, mentre il 31% si riferisce alla voce «Altra assistenza accreditata», costituita prevalentemente dall'assistenza territoriale socio-sanitaria presso strutture residenziali.

Nel 2015 in **Sardegna** la spesa privata accreditata rappresenta il 12,5% della spesa complessiva del Servizio Sanitario Regionale e corrisponde a un valore complessivo di 245 euro pro-capite. Nel dettaglio, la spesa per i ricoveri ospedalieri in strutture accreditate è pari a 53 euro, quasi un terzo rispetto a quella nazionale. È invece leggermente superiore al valore italiano (pari a 74 euro) la spesa specialistica accreditata, che si attesta a 76 euro. Supera la media nazionale (pari a 28 euro) anche la media relativa alla spesa pro-capite per la riabilitazione accreditata, che equivale a 33 euro. La spesa per la voce "Altra assistenza accreditata" è infine inferiore al valore italiano (109 euro) e si ferma a 83 euro.

Tabella 32 - Spesa sanitaria privata accreditata pro-capite - Anno 2015

	Sardegna	Italia
Ospedaliera accreditata	53	140
Specialistica accreditata	76	74
Riabilitativa accreditata	33	28
Altra assistenza accreditata*	83	109
Totale spesa privata accreditata pro-capite	245	350
Totale spesa sanitaria nei Ssr per la gestione corrente	1.958	1.851
% Spesa sanitaria privata sul totale	12,5%	18,9%

*La voce "altra assistenza accreditata" include: prestazioni di psichiatria, distribuzione di farmaci File F, prestazioni termali, prestazioni di trasporto sanitario, prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria e consulenze per attività libero professionale intramoenia. La voce più cospicua è rappresentata dalla spesa per l'assistenza territoriale offerta dalle strutture socio-sanitarie private accreditate, principalmente dedicate alla lungodegenza.

Assistenza ospedaliera privata accreditata

Nell'ambito della assistenza ospedaliera privata accreditata rientrano le strutture private accreditate dotate di posti letto (PL):

- Case di Cura private accreditate;
- IRCCS (Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico) di diritto privato e IRCCS Fondazione privati;
- Policlinici Universitari privati;
- Enti di ricerca

- ospedali classificati;
- istituti qualificati presidio di ASL.

Se si considera la dotazione complessiva di posti letto del SSN nel 2014, si può osservare che l'insieme degli erogatori privati accreditati detiene circa il 30% dei posti letto presenti a livello nazionale. Oltre i due terzi sono concentrati presso le case di cura accreditate (67,8% dei posti letto accreditati). Gli IRCCS, i Policlinici privati e gli Enti di ricerca hanno in dotazione il 17,7% dei posti letto accreditati (il 14,4% presso gli IRCCS e gli IRCCS Fondazione privati, il 2,8% presso i due Policlinici Universitari privati e lo 0,5% presso gli Enti di ricerca), mentre il restante 14,5% è suddiviso tra ospedali classificati (10%) e istituti qualificati (4,5%).

Nel 2014 in **Sardegna** i posti letto presenti presso gli erogatori privati accreditati rappresentano il 17% della dotazione complessiva di posti letto del Servizio Sanitario Regionale.

Attività degli ospedali privati accreditati

Nel 2014, le strutture private accreditate hanno erogato il 26% delle prestazioni di ricovero del Servizio Sanitario Nazionale, mentre le strutture pubbliche il 76%. Nello specifico, su 9.088.869 ricoveri del SSN, il 15,9% è stato effettuato da case di cura accreditate, quasi il 6% dagli IRCCS e dai Policlinici privati e il restante 4,5% dagli ospedali classificati e dagli istituti qualificati.

In **Sardegna** la percentuale delle prestazioni di ricovero offerta dalle strutture private accreditate resta al di sotto della media nazionale e si ferma al 14%. Di conseguenza, il restante 86% viene fornito dalle strutture pubbliche.

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.

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, 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 33 - Distribuzione percentuale delle strutture del Gruppo I - Anno 2013

	Sardegna	Italia (Totale complessivo)
Monospecialistiche		25 (100%)
40 <pl<60< td=""><td>0,03</td><td>34 (100%)</td></pl<60<>	0,03	34 (100%)
PL<40	0,03	31 (100%)
Totale	0,02	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 34 – Distribuzione percentuale delle strutture del Gruppo II – Anno 2013

	Sardegna	Italia (Totale complessivo)
Monospecialistiche		4 (100%)
40 <pl<60< td=""><td></td><td>31 (100%)</td></pl<60<>		31 (100%)
PL<40	1%	83 (100%)
Totale	0,8%	118 (100%)

Flussi di mobilità ospedaliera interregionale

Il Rapporto prende in considerazione il parametro della mobilità sanitaria generata dal privato accreditato, calcolato come rapporto tra la mobilità accreditata attiva di una regione (totale ricoveri di pazienti extraregione effettuati presso strutture private accreditate) e la mobilità accreditata totale a livello nazionale (totale ricoveri in strutture private accreditate effettuati in regioni diverse da quelle di residenza).

Nel 2014 in Italia 725.541 pazienti sono stati ricoverati in regioni diverse dalla propria. Se si considerano i volumi di mobilità assorbiti dagli erogatori privati di ogni specifica regione, si osserva che la **Sardegna** attrae soltanto lo 0,1% della mobilità nazionale - il valore più basso insieme a Valle d'Aosta (0,1%) e PA Bolzano (0%).

Se si prende in considerazione l'incidenza della mobilità accreditata rispetto al volume dei ricoveri erogati dalle strutture private accreditate della regione, si rileva che questo valore in **Sardegna** è il più basso d'Italia (1%). Infine, se si considera il peso del privato accreditato rispetto alla mobilità totale attratta da ogni singola regione, si può constatare che la **Sardegna** registra un valore del 6%, il più basso dopo quello della Provincia Autonoma di Bolzano (3%).

3.4 La rete ospedaliera per acuti del SSN alla luce dei nuovi standard ospedalieri

Negli ultimi quindici anni la rete ospedaliera nazionale ha sperimentato una progressiva riduzione di due macro-parametri di dotazione strutturale e di attività: i posti letto (PL) in rapporto alla popolazione e i tassi di ospedalizzazione. Questo processo ha determinato, tra il 2000 e il 2014, la riduzione del 25% dei PL pubblici e privati accreditati (–71.985). Nel 2015, con il D.M. 70 del 2 aprile è stato approvato il "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", che fissa un riferimento per l'indice di occupazione dei posti letto (90%) e per la degenza media (massimo 7 giorni), e indica il bacino di utenza minimo e massimo per le Strutture Complesse (UOC) delle varie discipline/specialità cliniche.

In **Sardegna** il decreto è stato attuato con la Delibera 38/12 del 28 luglio 2015, recante: "Programma di riorganizzazione della rete ospedaliera della Regione Autonoma della Sardegna". L'analisi della classificazione degli ospedali per acuti con Pronto Soccorso nei quattro livelli gerarchici previsti dal D.M. 70 rileva che nella Regione sono presenti 5 ospedali di base (OB), 4 Spoke, nessun Hub, nessun ospedale in "zone particolarmente disagiate" (OZD) e 15 ospedali sottosoglia (strutture che dispongono di un PS, ma presentano bacini di utenza troppo limitati per essere classificati come ospedali di base e, inoltre, non si trovano in zone disagiate).

Tabella 35 - Distribuzione degli ospedali per acuti con Pronto Soccorso per Regione e livello gerarchico

	Sardegna	Italia (Totale complessivo)
Popolazione	1.663.859	60.782.668
Densità (ab/kmq)	69	201

	Sardegna	Italia (Totale complessivo)
Hub		38
Spoke	4	91
ОВ	5	225
OZD		44
Osp. sottosoglia	15	222
Totale	24	620

3.5 Gestione centralizzata degli acquisti in sanità

L'analisi dell'evoluzione del modello di accentramento degli acquisti nel Servizio Sanitario della **Sardegna** evidenzia che, per quanto riguarda l'assetto istituzionale, dal 2007 la Regione ha avviato un sistema di gestione centralizzata degli acquisti con la Centrale di Acquisto Territoriale (CAT). Nel 2012, la CAT si è trasformata nella Centrale Regionale di committenza (SardegnaCAT), designata come Soggetto Aggregatore per la Regione. Il modello di *governance* prevede l'articolazione in due stazioni uniche appaltanti, una relativa ai contratti pubblici di beni e servizi, l'altra relativa ai contratti pubblici di lavori e servizi di ingegneria e architettura. Per quanto riguarda le modalità organizzative e di funzionamento della struttura, la centrale gestisce, attraverso la propria piattaforma di e-procurement, le procedure di gara telematiche, il mercato elettronico, i sistemi dinamici di acquisizione e convenzioni-accordi quadro, a cui le Aziende Sanitarie sono obbligate ad aderire.

Tabella 36 - Quadro d'insieme del modello di centralizzazione degli acquisti in sanità adottato dalla Regione Sardegna

	Sardegna
Anno	2007
Centrale Acquisti	SardegnaCAT - Centrale Regionale di committenza
Ambito di azione	Regionale
Funzioni	Acquisti
Assetto	Struttura organizzativa della Regione

3.6 Riordino dei servizi sanitari regionali

Negli ultimi due anni le regioni italiane hanno promosso una serie d'interventi volta a riordinare in maniera profonda gli assetti istituzionali e organizzativi dei propri servizi sanitari e socio-sanitari.

La **Sardegna** è una delle regioni in cui questi interventi sono stati formalizzati attraverso un processo di riforma esplicito e organico. Nello specifico, la Legge Regionale n. 36 del 28 dicembre 2015 impegna la Giunta Regionale a istituire l'Azienda sanitaria unica regionale (ASUR) a decorrere dal 1ºluglio 2016, che si affianca all'azienda ospedaliera G.Brotzu di Cagliari, alle 2 aziende ospedaliero universitarie di Cagliari e Sassari e all'AREUS (Azienda regionale per l'emergenza e urgenza sarda).

Gli assetti istituzionali regionali

I legislatori regionali hanno puntato a rafforzare gli elementi di programmazione dei sistemi sanitari attraverso la tendenza a potenziare le tecnostrutture centrali, in alcuni casi viste più come emanazioni dirette della capogruppo, in altri come emanazione delle reti tra Aziende, in altri ancora come livello intermedio tra Regione e Aziende. In Sardegna importanti interventi sono stati previsti dalla Legge Regionale n. 23 del 17 novembre 2014, recante: "Norme urgenti per la riforma del sistema sanitario regionale. Modifiche alle leggi regionali n. 23 del 2005, n.10 del 2006 e n.21 del 2012", che prevede l'abolizione dell'Azienda regionale della sanità le cui competenze in materia di programmazione sanitaria, verifica della qualità, di assistenza tecnica alle aziende sanitarie sono attribuite alla Direzione Generale della sanità (art.3). La stessa Legge Regionale sarda istituisce l'Azienda regionale dell'emergenza ed urgenza della Sardegna (AREUS) (art. 4). Inoltre, prevede le Case della Salute (art. 7) «struttura che accoglie in un unico spazio l'offerta extraospedaliera del servizio sanitario» e gli Ospedali di Comunità (OsCo) quali presidi di raccordo funzionale tra ospedali per acuti e i servizi territoriali (art. 8). La Legge Regionale 23 del 2014 stabilisce, infine, l'incorporazione nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Sassari e in quella Ospedaliera Brotzu di Cagliari di 3 presidi ospedalieri prima appartenenti alle ASL di Sassari e Cagliari (art. 9).

Logiche e strumenti di collaborazione interaziendali

Molti dei piani di riforma dei sistemi sanitari regionali prevedono forme esplicitate e strutturate di collaborazione inter-aziendale, per diversi scopi: rafforzare la logica unitaria di sistema, determinare ulteriori processi di coordinamento tra ospedali e territorio, configurare reti di patologia.

In **Sardegna** il disegno di legge n. 321 del 4 maggio 2016, recante: "Istituzione dell'Azienda sanitaria unica regionale (ASUR) e disposizioni di adeguamento dell'assetto istituzionale e organizzativo del servizio sanitario regionale. Modifiche alla legge regionale 28 luglio 2006, n. 10 (Tutela della salute e riordino del servizio sanitario della Sardegna. Abrogazione della legge regionale 26 gennaio 1995, n. 5)", prevede nell'ambito dell'Azienda unica regionale l'istituzione delle Aree socio-sanitarie locali con funzioni di raccordo organizzativo tra l'ASUR e i territori, tra i distretti e tra ospedali e distretti, che sono pensate come catalizzatore e facilitatore dei processi di riorganizzazione.

Obiettivo del processo di riforma

In **Sardegna** la creazione dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale prevista dalla Legge Regionale 36/2015 fa seguito alle misure di riforma del Servizio Sanitario Regionale contenute nella Legge Regionale 23/2014 e si affianca agli interventi di riorganizzazione della rete ospedaliera al vaglio del Consiglio Regionale.

Tra gli obiettivi previsti dall'art. 1 della Legge Regionale 23 del 2014 è presente la necessità di riorganizzare il Servizio Sanitario Regionale tramite il rafforzamento delle attività territoriali e la razionalizzazione della rete ospedaliera. In questa direzione vanno sia l'istituzione delle Case della Salute e degli Ospedali di Comunità, sia la creazione di due principali poli sanitari, uno per l'area Nord Ovest (Sassari) e uno per il SUD Est (Cagliari), ai quali fanno riferimento i presidi di I livello e di base. Nella Relazione della Giunta Regionale al disegno di legge 321 del 2016 si evidenzia l'obiettivo di creare un nuovo assetto organizzativo e istituzionale del Servizio Sanitario Regionale basato sul modello di una governance unitaria, indicando tra le funzioni dell'ASUR la programmazione e la gestione complessiva dei servizi, l'armonizzazione dei processi gestionali nel territorio regionale, l'accentramento dei processi di approvvigionamento di beni e servizi, della logistica, della gestione del personale, della gestione del patrimonio immobiliare e degli investimenti.

Capitolo 4 La salute in Sardegna nel Rapporto OsMed L'uso dei farmaci in Italia Rapporto Nazionale 2016

Il Rapporto OsMed viene pubblicato dal 2001 dall'Osservatorio sull'impiego dei medicinali (OsMed) dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA). L'edizione pubblicata quest'anno, intitolata "L'uso dei farmaci in Italia - Rapporto Nazionale Anno 2016", descrive l'utilizzo dei farmaci da parte della popolazione italiana, a livello nazionale e regionale, nel corso del 2016. Analizza, in particolare, i dati relativi ai farmaci erogati in regime di assistenza convenzionata. Inoltre, presenta i dati relativi ai medicinali utilizzati dai pazienti che sono stati erogati in distribuzione diretta e per conto e nel contesto specifico dell'assistenza ospedaliera.

4.1 La spesa farmaceutica territoriale

Nel 2016 la spesa farmaceutica nazionale totale (pubblica e privata) è pari a 29,4 miliardi di euro, di cui il 77,4% è stato rimborsato dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN). In prevalenza i medicinali a carico del SSN sono stati dispensati ai cittadini attraverso il canale delle farmacie territoriali pubbliche e private (36,2%). La spesa relativa ai farmaci acquistati direttamente dal cittadino è pari a 6.645 milioni di euro, ed è composta soprattutto dai farmaci di classe C con obbligo di ricetta medica (10,3%).

Il Rapporto evidenzia che nel corso del 2016 la spesa farmaceutica ha registrato un incremento, che è stato dovuto principalmente all'impiego dei nuovi farmaci ad azione antivirale diretta di seconda generazione (DAAs) per la cura dell'epatite C cronica e dei farmaci oncologici. Gli antineoplastici e gli antimicrobici si confermano, infatti, le prime due categorie in termini di spesa pubblica: rappresentano da soli circa il 40% della spesa totale Servizio Sanitario Nazionale. Inoltre, i trattamenti avviati e in corso con i nuovi DAAs per tutti i criteri di rimborsabilità prioritaria avviati durante il 2016 sono stati oltre 33 mila.

La spesa farmaceutica territoriale pubblica ha raggiunto i 13.874 milioni di euro (circa 228,7 euro pro-capite), registrando un aumento del 3,5% rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente. La spesa farmaceutica convenzionata netta ha, invece, registrato una riduzione del 2,5% rispetto al 2015. Infine, la spesa per i medicinali di classe A erogati in distribuzione diretta e per conto è cresciuta del 13,9%.

La spesa farmaceutica territoriale privata nel 2016 è pari a 8.185 milioni di euro, il 2,3% in meno rispetto all'anno precedente. La compartecipazione del cittadino ha raggiunto 1.540 milioni di euro (+1,2% rispetto al 2015), l'acquisto privato di farmaci fascia A si è fermato a 1.309 milioni di euro (-11,9% rispetto al 2015), la spesa per i medicinali di classe C con ricetta si è attestata a 3.014 milioni di euro (+0,6% rispetto al 2015), mentre l'acquisto dei farmaci di automedicazione (SOP e OTC) si è fermato a 2.322 milioni di euro (-2,3% rispetto al 2015).

4.2 Acquisto e consumo di farmaci di classe A, di classe C e di automedicazione

Nel 2016 la spesa lorda pro-capite per l'acquisto dei farmaci 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) è pari in Italia a 175,25 euro. In **Sardegna** risulta più alta: raggiunge i 188,87 euro (un valore superiore alla media nazionale di più di 10 euro). Anche i consumi di questi medicinali sono più elevati nell'isola: in Italia sono pari a 1.134 DDD/1000 abitanti al giorno (DDD/1000 ab die), mentre in **Sardegna** salgono a quasi 1.220 DDD/1000 ab die.

A livello nazionale, nel 2016 la spesa per l'acquisto dei farmaci di classe C (che prevedono l'obbligo di presentare la prescrizione del medico) è diminuita in quasi tutte le regioni rispetto all'anno precedente. La spesa lorda pro-capite a livello nazionale di ferma a 49,7 euro (-0,3% rispetto al 2015), mentre in **Sardegna** è pari a 47,4 euro (-2,2% rispetto all'anno precedente).

Anche la spesa pro-capite per i farmaci di automedicazione - che possono essere acquistati senza ricetta medica, e si dividono 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 - ha registrato una riduzione in tutte le regioni italiane (tranne che nelle Marche), attestandosi a livello nazionale a 38,3 euro. In **Sardegna** questo valore è ancora più basso e si ferma a 31,3 euro pro-capite.

Tabella 37 - Prescrizione farmaceutica convenzionata di classe A-SSN e privata di fascia C: confronto regionale 2016-2015

		Sardegna*	Italia
Spesa lorda pro-capite	€	188,87	175,25
classe A-SSN*	Δ% 16/15°	-6,75	-1,71
DDD/1000 abitanti die	N.	1.219,6	1.134,2
classe A-SSN	Δ% 16/15°	0,04	1,73
Spesa lorda pro-capite	€	47,38	49,69
classe C con ricetta	Δ% 16/15°	-2,2%	-0,3%
Spesa lorda pro-capite	€	31,32	38,27
Automedicazione (SOP, OTC)	Δ% 16/15°	-2,4%	-2%

^{*}Regione senza ticket per ricetta

4.3 Consumi in regime di assistenza convenzionale

Nel 2016 i consumi in regime di assistenza convenzionale sono diminuiti, rispetto all'anno precedente, dell'1,5% in termini di numero di ricette e dell'1,2% in termini di confezioni. In media ogni giorno sono state utilizzate 1.134,2 dosi ogni 1000 abitanti al giorno, con un incremento dell'1,7% rispetto al 2015, e sono state dispensate 1.117 milioni di confezioni (circa 18,3 confezioni per abitante).

L'analisi del consumo dei farmaci in regime convenzionale evidenzia che nel 2016 la **Sardegna** si scosta del 7,5% rispetto alla media nazionale per la quantità di medicinali consumati ogni giorno, dello 0,2% per quanto riguarda il costo medio delle giornate di terapia e del 7,7% per la spesa lorda pro-capite.

Tabella 38 - Variabilità regionale consumi farmaceutici in regime convenzionale per quantità, costo medio e spesa rispetto alla media nazionale -

		Sardegna
Differenza % dalla media nazionale	DDD/1000 ab die pesate	7,53
	Costo medio DDD	0,22
	Spesa lorda pro-capite pesata	7,77
Rango spesa		7

4.4 Spesa farmaceutica convenzionata

Il termine "farmaceutica convenzionata" si riferisce all'erogazione dei farmaci a carico del Servizio Sanitario Nazionale da parte delle farmacie aperte al pubblico. La dispensazione, che avviene previa presentazione della ricetta medica, riguarda i medicinali ricompresi nei Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria.

Il Rapporto evidenzia che nel 2016 la spesa farmaceutica convenzionata è diminuita dell'1,9% rispetto all'anno precedente, soprattutto a causa della riduzione dei prezzi. Le principali componenti che influenzano questo valore, l'"effetto quantità" (inteso come numero di ricette), l'"effetto prezzi" (inteso come variazione dei prezzi al pubblico) e l'"effetto mix" (che indica l'incremento imputabile allo spostamento del consumo verso formulazioni più costose all'interno delle stesse categorie terapeutiche), evidenziano un calo dei medicinali prescritti (-2% in termini di DDD, ossia "dosi-definite-giornaliere") e un decremento dei prezzi (-1,1%), che risultano parzialmente controbilanciati dalla crescita dei consumi (effetto quantità: +1,7% in termini di DDD totali). L'analisi dell'effetto mix evidenzia, in particolare, uno spostamento dei consumi verso farmaci in media più costosi (effetto mix positivo: +1,7%).

A livello nazionale, la spesa farmaceutica convenzionata lorda nel 2016 è superiore a 10.580 milioni di euro, mentre la spesa pro-capite media è pari a 174,4 euro. Rispetto al 2015 si è registrato un decremento della spesa pari all'1,8%. Secondo l'AIFA, la complessiva riduzione della spesa farmaceutica convenzionata nazionale nel 2016 sarebbe riconducibile prevalentemente alla diminuzione dei prezzi, che in media sono scesi dell'1%.

In **Sardegna** la spesa farmaceutica convenzionata lorda supera i 317 milioni di euro, mentre quella pro-capite si attesta intorno ai 188 euro. Anche nella Regione la spesa farmaceutica è diminuita rispetto all'anno precedente, registrando un calo del 6,5%, in gran parte dovuto alla riduzione dei prezzi, scesi del 4,7% (il livello più basso d'Italia).

Tabella 39 - Effetto consumi, prezzi e "mix" sulla variazione della spesa farmaceutica

		Sardegna	Italia
Spesa lorda 2016* (milioni)		317,40	10.581,86
Spesa lorda Pro-capite pesata		188,71	174,43
Δ%2016-2015	spesa	-6,54	-1,87
	DDD	-2,22	-2,05
	prezzi	-4,72	-1,06
	mix	0,04	1,73
Δ% costo medio DDD		-6,80	-3,33

4.5 Distribuzione della spesa farmaceutica convenzionata per i farmaci di classe A-SSN

Nell'ambito dell'assistenza farmaceutica convenzionata, la categoria terapeutica dei farmaci per l'apparato cardiovascolare rappresenta la prima sia in termini di spesa (55,3 euro pro capite), sia in termini di dosi medie prescritte (468,1 dosi ogni 1000 abitanti al giorno). Al secondo posto si classifica la categoria dei medicinali per l'apparato gastrointestinale e il metabolismo, con una spesa pro-capite di 32,2 euro e 247,0 DDD/1000 ab die.

In **Sardegna** la spesa pro-capite più elevata per l'acquisto dei farmaci di classe A-SSN è quella relativa ai medicinali per il sistema cardiovascolare (61,7 euro), seguita da quella relativa ai farmaci per l'apparato gastrointestinale (37,8 euro) e dalle terapie farmacologiche per il sistema nervoso centrale (24,7 euro).

Tabella 40 - Distribuzione regionale per I livello ATC della spesa convenzionata lorda pro-capite per i farmaci di classe A-SSN nel 2016 (popolazione pesata)*

	Sardegna	Italia
C (sistema cardiovascolare)	61,71	55,34
A (apparato gastrointestinale e metabolismo)	37,80	32,17
N (sistema nervoso centrale)	24,73	22,45
R (sistema respiratorio)	18,78	16,68
J (antimicrobici per uso sistemico)	12,66	13,47
B (sangue ed organi emopoietici)	4,27	8,30
G (sistema genito-urinario e ormoni sessuali)	7,28	7,15
M (sistema muscolo-scheletrico)	9,06	6,58
L (farmaci antineoplastici e immunomodulatori)	4,36	3,93
S (organi di senso)	3,50	3,81
H (preparati ormonali sistemici, esclusi gli ormoni sessuali)	3,19	3,28
V (vari)	0,28	0,96
D (dermatologici)	1,05	0,92
P (antiparassitari)	0,20	0,21
Totale	188,87	175,25

^{*}In ogni categoria sono evidenziati i valori minimo e massimo

L'analisi dei consumi riflette lo stesso trend per quanto riguarda le prime due posizioni: nell'**isola** il consumo dei farmaci per il sistema cardiovascolare è pari a 457,42 DDD/1000 abitanti *die*, mentre quello per i medicinali per l'apparato gastrointestinale è pari a 304,72 DDD/1000 abitanti *die*. Segue, al terzo posto, il consumo delle medicine per il sangue e organi emopoietici (146,54 DDD/1000 abitanti *die*), mentre quello dei farmaci per il sistema nervoso centrale si classifica al quarto posto, con 70,6 DDD/1000 abitanti.

Tabella 41 - Distribuzione regionale per I livello ATC delle DDD/1000 abitanti die in regime di assistenza convenzionata per i farmaci di classe A-SSN

	Sardegna	Italia
C (sistema cardiovascolare)	457,42	468,05
A (apparato gastrointestinale	304,72	247,03
e metabolismo)		
B (sangue ed organi emopoietici)	146,54	147, 78

	Sardegna	Italia
N (sistema nervoso centrale)	70,60	62,80
R (sistema respiratorio)	51,56	45,36
G (sistema genito-urinario e ormoni sessuali)	46,44	41,68
M (sistema muscolo-scheletrico)	51,79	38,25
H (preparati ormonali sistemici, esclusi gli ormoni sessuali)	42,66	34,04
J (antimicrobici per uso sistemico)	19,01	21,26
S (organi di senso)	18,49	18,99
L (farmaci antineoplastici e immunomodulatori)	6,75	5,70
D (dermatologici)	2,55	2,25
P (antiparassitari)	0,91	0,85
V (vari)	0,13	0,12
Totale	1.219,56	1.134,15

^{*}In ogni categoria sono evidenziati i valori minimo e massimo

4.6 Spesa a carico dei cittadini

Nel 2016 la spesa privata, comprendente tutte le voci di spesa sostenute dal cittadino, ha registrato un decremento del 2,3% rispetto all'anno precedente, a cui ha contribuito principalmente il calo della spesa per l'acquisto privato dei farmaci di classe A (-11,9%) e della spesa per medicinali di automedicazione (SOP e OTC), diminuita del 2,3%. È stato, invece, registrato un incremento del 1,2% di tutte le compartecipazioni a carico del cittadino e dello 0,6% della spesa dei farmaci di classe C con ricetta.

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 ricorda 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.

A livello nazionale, nel 2016 l'incidenza della compartecipazione a carico del cittadino (comprensiva del ticket per confezione e della quota a carico del cittadino eccedente il prezzo di riferimento sui medicinali a brevetto scaduto) sulla spesa convenzionata è aumentata dello 0,5% rispetto al 2015, passando dal 14% al 14,5%. L'ammontare complessivo della spesa per la compartecipazione a carico del cittadino sui medicinali di classe A è risultata pari a 1.540 milioni di euro, in aumento dell'1,2% rispetto all'anno precedente. Resta costante la riduzione del ticket fisso per ricetta (-1,2%), mentre è stato evidenziato un incremento della quota a carico del cittadino eccedente il prezzo di riferimento per i medicinali a brevetto scaduto (+2,5%). L'incidenza percentuale della

quota a carico del cittadino eccedente il prezzo di riferimento per i medicinali a brevetto scaduto è pari al 66,4% con un valore di spesa pari a 1.022 milioni di euro, mentre il ticket per confezione ha pesato per il 33,6%, con un valore di spesa pari a 518 milioni di euro.

Nel 2016 in **Sardegna** la spesa lorda pro-capite per l'acquisto dei farmaci di classe C è pari a 47,4 euro, mentre la spesa pro-capite per l'acquisto dei medicinali di automedicazione (OTC e SOP) è pari a 31,3 euro.

4.7 Assistenza farmaceutica erogata dalle strutture sanitarie pubbliche

Nel 2016 la spesa per i medicinali acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche (ASL, Aziende Ospedaliere, policlinici Universitari, ecc.) è pari a 195,8 euro pro-capite, l'8,8% in più rispetto all'anno precedente. Sono aumentati dell'8,6% anche i consumi, che nel 2016 si attestano a 166,2 dosi giornaliere per mille abitanti (DDD/1000 abitanti die).

Con una spesa di 233,2 euro pro-capite, la **Sardegna** è una delle tre regioni – insieme a Campania (240,6 euro) e Toscana (231 euro) - in cui è stata osservata la spesa pro-capite più elevata per i farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche. Questo valore è aumentato di oltre il 6% rispetto all'anno precedente. In termini di consumi, nell'isola si registra un aumento di quasi l'8% delle dosi giornaliere ogni 1.000 abitanti rispetto al 2015, anche se questo valore resta al di sotto di quello della media nazionale, fermandosi a 157,2 DDD/1000 abitanti *die*.

Tabella 42 - Spesa e consumi farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche: confronto regionale 2016-2015 (popolazione

		Sardegna	Italia
Spesa SSN pro capite	€	233,21	195,84
	Δ% 16-15	6,13	8,78
DDD/1000 abitanti die	N.	157,26	166,17
	Δ% 16-15	7,97	8,61

^{*}L'analisi dei consumi e della spesa non include l'ossigeno e gli altri gas medicinali.

Dal confronto dei dati provenienti da diversi flussi informativi, compresi quelli relativi ai dati del conto economico regionale, si rileva una discreta corrispondenza tra la spesa comunicata dalle regioni attraverso i flussi informativi della distribuzione diretta e per conto e dei consumi ospedalieri (sell-out), pari a 11.755 milioni di euro, e la spesa trasmessa dalla filiera distributiva relativa agli acquisti delle strutture sanitarie pubbliche (sell-in), pari a 11.733 milioni di euro. Entrambi i dati rappresentano oltre il 100% della spesa del conto economico regionale nello stesso periodo. In **Sardegna** la spesa comunicata dalle regioni attraverso i flussi informativi della distribuzione diretta e per conto e dei consumi ospedalieri è pari a quasi 390.430 milioni di euro, mentre la spesa trasmessa dalla filiera distributiva relativa agli acquisti delle strutture sanitarie pubbliche è pari a quasi 388.200 milioni di euro.

Tabella 43 - spesa rilevata attraverso i flussi farmaceutici (distribuzione diretta e per conto, consumi ospedalieri, tracciabilità del farmaco) e i dati del conto economico regionale

	Sardegna	Italia
DD+CO* (€x1.000)	390.429	11.755.202
Spesa non convenzionata**	388.197	11.732.719

Nota: i dati dei flussi farmaceutici sono relativi alla spesa per medicinali con AIC nel periodo gen-dic 2016 - escluso i vaccini -, consolidati al 19/05/2017.

4.8 Distribuzione diretta e per conto

Nel 2016 la spesa complessiva per i farmaci erogati attraverso la distribuzione diretta e per conto è pari a 8,7 miliardi di euro. A livello nazionale, la ripartizione percentuale della spesa farmaceutica tra distribuzione diretta in senso stretto e la distribuzione per conto è pari rispettivamente all'82,6% e al 17,4%. Nello specifico, a livello nazionale la spesa diretta in senso stretto (per ogni classe di rimborsabilità) ammonta a 7,2 miliardi di euro, mentre quella per i medicinali erogati in distribuzione per conto è pari a 1,5 miliardi di euro.

In **Sardegna** la spesa complessiva per i farmaci erogati attraverso la distribuzione diretta e per conto nel 2016 è superiore a 325 milioni di euro. In particolare, la spesa per i medicinali erogati tra mite la distribuzione diretta supera i 271 milioni di euro, mentre quella per i farmaci erogati in distribuzione per conto si attesta intorno ai 54 milioni di euro.

A livello nazionale, la ripartizione percentuale della spesa farmaceutica tra distribuzione diretta in senso stretto e distribuzione per conto è pari rispettivamente all'82,6% e al 17,4%, mentre in **Sardegna** è pari rispettivamente all'83,3% e al 16,7%.

Tabella 44 - Composizione della spesa regionale per medicinali erogati in distribuzione diretta (DD) e per conto (DPC)

	Sardegna	Italia
DD	271.190.559	7.197.823.561
DPC	54.241.666	1.512.675.717
Totale (euro)	325.432.224	8.710.499.278
Inc% DD	83,3%	82,6%
Inc% DPC	16,7%	17,4%

Nota: i dati del flusso regionale sono relativi alla spesa per medicinali con AIC nel periodo gen-dic 2016, consolidati al 19/05/2017.

Il Rapporto evidenzia che la spesa dei farmaci erogati in distribuzione diretta e per conto e in ambito ospedaliero, trasmessa dalle regioni e registrata attraverso i flussi del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), presenta sul territorio una variabilità nel grado di

^{*}spesa per consumi in distribuzione diretta e per conto (DD) e ospedalieria (CO), al netto dei vaccini, trasmessa dalle Regioni al Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS)

^{**}spesa farmaceutica non convenzionata rilevata ai sensi del DM 15 luglio 2004, al netto dei vaccini, trasmessa dalle Aziende farmaceutiche al NSIS.

completezza, soggetto a un consolidamento progressivo in corso d'anno. In **Sardegna** si osserva che tutte le Aziende Sanitarie che effettuano la distribuzione per conto (DPC) hanno trasmesso i dati mensili della DPC. Allo stesso modo, tutte le Aziende Sanitarie sarde che effettuano la distribuzione diretta (DD) hanno trasmesso i dati mensili relativi alla DD.

4.9 Composizione della spesa regionale per i medicinali erogati in distribuzione diretta e percento

Nel 2016 la spesa per i farmaci erogati attraverso la distribuzione diretta e per conto è costituita per il 64,4% dai farmaci di classe A (5,6 miliardi di euro), per il 34,9% dai farmaci di 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 - (3 miliardi di euro), e per il rimanente 0,8% dai farmaci di classe C (68 milioni di euro).

In **Sardegna** nel 2016 la spesa per i farmaci erogati attraverso la distribuzione diretta e per conto è composta per il 65,1% dai farmaci di classe A (211 milioni di euro), per il 34,2% dai farmaci di classe H (111 milioni di euro) e per il restante 0,7% dai farmaci di classe C (2,3 milioni di euro).

Tabella 45 - Composizione per classe di rimborsabilità della spesa regionale per medicinali erogati in distribuzione diretta e per conto

	Sardegna	Italia
Classe A	211.824.263	5.605.426.597
Classe C	2.352.715	68.710.044
Classe H	111.255.246	3.036.362.637
Totale Euro	325.432.224	8.710.499.278
Inc% A	65,1%	64,4%
Inc% C	0,7%	0,8%
Inc% H	34,2%	34,9%

Nota: i dati del flusso regionale sono relativi alla spesa per medicinali con AIC nel periodo gen-dic 2016, consolidati al 19/05/2017

4.10 Farmaci a brevetto scaduto

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, e costituiscono complessivamente il 22% della spesa farmaceutica del Servizio Sanitario Nazionale. Il consumo dei farmaci a brevetto scaduto rappresenta il 71% del consumo del SSN: nello specifico, costituisce il 77,4% dei consumi in regime di assistenza convenzionata e il 27,9% dei consumi dei farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche. Il Rapporto

evidenzia che nel 2016 l'utilizzo dei farmaci a brevetto scaduto a carico del Servizio Sanitario Nazionale risulta in costante aumento rispetto al 2015. A livello nazionale il consumo di questi medicinali nel 2016 è pari a 924 DDD/1000 *ab die*, il 4,4% in più rispetto all'anno precedente. In **Sardegna** risulta leggermente maggiore: supera i 941 DDD/1000 *ab die*, anche se appare più basso dello 0,1% rispetto al 2015.

A livello nazionale, 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) nel 2016 è pari al 6,2% del totale dei farmaci a brevetto scaduto. In **Sardegna** questo valore equivale al 5,2% del totale dei farmaci a brevetto scaduto, un punto percentuale in meno rispetto alla media italiana.

Tabella 47 - Spesa e consumo SSN dei farmaci a brevetto scaduto inclusi nelle liste di trasparenza AIFA*: confronto 2016-2015

		Sardegna	Italia
Consumi totali	DDD/1000 ab die	1.377	1.301,3
	Δ% 16-15	0,9	2,6
Consumi farmaci a brevetto scaduto	DDD/1000 ab die	941,3	923,9
	% sul totale DDD	68,4	71
	Δ% 16-15	-1	4,4
Spesa ex-factory^ farmaci a brevetto scaduto	€ pro-capite	73,5	69,7
	% sul totale spesa	20,3	22
	Δ% 16-15	0,8	6,1
% Equivalenti**	Spesa ex-factory^	5,2	6,2
	DDD	20,6	22,5

L'analisi è stata effettuata utilizzando le liste di trasparenza pubblicate mensilmente dall'AIFA

Calcolato sul totale della spesa per i farmaci a brevetto scaduto. Si intendono farmaci equivalenti i medicinali a base di principi attivi con brevetto scaduto, ad esclusione di quelli che hanno goduto di copertura brevettuale, ai sensi dell'art. 1 bis, del DL 27 maggio 2005, n. 87, convertito, con modificazioni, dalla Legge 26 luglio 2005, n. 149.

La spesa ex-factory è calcolata applicando la percentuale del 66,65% alla spesa a prezzi al pubblico ai sensi dell'art. 1, comma 40, della legge 23 dicembre 1996, n.662, e successive modificazioni intervenute, ovvero, nello specifico dei medicinali di cui all'art. 13, comma 1, lettera b) del decreto-legge 28 aprile 2009, n. 39, coordinato con la legge di conversione 24 giugno 2009, n. 77, la spesa ex-factory è stata calcolata al lordo della quota dell'8% sul prezzo al pubblico al netto dell'IVA trasferita dal produttore alla filiera distributiva.

4.11 Assistenza farmaceutica ospedaliera e ambulatoriale

La spesa per i farmaci utilizzati in ambito ospedaliero nel 2016 è pari a 3,4 miliardi di euro, costituita per il 71% dai farmaci di classe H (2,3 miliardi di euro), per il 19,1% dai farmaci di classe C (640 milioni di euro) e per il restante 10% dai farmaci di classe A (334 milioni di euro).

Nel 2016 in **Sardegna** la spesa per i farmaci utilizzati in ambito ospedaliero nel 2016 è pari a 70,5 milioni di euro. Nello specifico, per il 64,6% è composta dai farmaci di classe

H (45,5 milioni di euro), per il 22,7% dai farmaci di classe C (16 milioni di euro) e per il restante 12,7% dai farmaci di classe A (8,9 milioni di euro).

Tabella 48 - Composizione per classe di rimborsabilità della spesa per medicinali erogati nell'ambito dell'assistenza farmaceutica

	Sardegna	Italia
Classe A	8.924.462	334.341.348
Classe C	16.031.962	640.583.223
Classe H	45.544.084	2.382.630.547
Totale	70.500.508	3.357.555.118
Inc% A	12,7%	10%
Inc% C	22,7%	19,1%
Inc% H	64,6%	71%

Nota: i dati del flusso regionale (DM 4 febbraio 2009) sono relativi alla spesa per medicinali con AIC nel periodo gen-dic 2016, consolidati al 19/05/2017.

Il Rapporto sottolinea che in **Sardegna** tutte le Aziende Sanitarie che compilano il modello di rilevazione del Conto economico (modello CE) hanno trasmesso i dati mensili relativi ai consumi ospedalieri ed ambulatoriali.

Tabella 49 - Percentuale di copertura mensile delle Aziende Sanitarie (AS) che hanno trasmesso i dati nel mese relativi ai consumi

		Sardegna
Distribuzione per conto (DPC)	Gen-Nov	1

Nota: i dati del flusso regionale sono relativi alla spesa per medicinali con AIC nel periodo gen-dic 2016, consolidati al 19/05/2017.

4.12 Registri di monitoraggio AIFA

I Registri di monitoraggio AIFA rappresentano uno strumento di governo dell'appropriatezza prescrittiva, capace anche di generare evidenze nella fase post-marketing. Nei Registri sono inseriti i medicinali che sono stati autorizzati all'immissione in commercio o che hanno ricevuto l'autorizzazione di un'estensione delle indicazioni terapeutiche. Il Rapporto evidenzia che i Registri e i 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) hanno consentito di raccogliere i dati relativi a 1,2 milioni di trattamenti e a circa 1 milione di pazienti. Gli interventi riguardano maggiormente la popolazione anziana, che generalmente risulta meno rappresentata negli studi clinici. I Registri di monitoraggio

costituiscono, quindi, uno strumento di raccolta dei dati relativi alla pratica clinica, i cosiddetti *real world data*, anche ai fini di eventuali rivalutazioni.

I Registri permettono, inoltre, l'applicazione degli accordi di rimborsabilità condizionata, uno strumento oramai consolidato per consentire l'accesso a farmaci potenzialmente innovativi e garantire, nello stesso tempo, la sostenibilità finanziaria. Al 31 dicembre 2016, i Registri di monitoraggio AIFA, compresi i Piani terapeutici web-based, sono complessivamente 170 (di cui 140 attivi in piattaforma). Dei 140 Registri di monitoraggio attivi nel 2016, 89 prevedono l'applicazione di un accordo di rimborsabilità condizionata, costituito in quasi il 60% dei casi da un *Payment by result* (59,6%), ovvero basato sulla risposta clinica, seguito dall'accordo di *Cost sharing* (29,2%).

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, si può osservare che l'importo complessivo dei rimborsi ottenuti per 93 Registri è cresciuto in misura significativa, a livello nazionale, tra il 2013 e il 2016, passando da 29.384.788 euro a 693.068.038 euro.

Anche in **Sardegna** questo valore è aumentato notevolmente nel periodo preso in considerazione, passando da 546.433 euro del 2013 a 23.704.852 del 2016.

Tabella 50 - Rimborsi ottenuti per 92 Registri con accordi di condivisione del rischio per anno di competenza (data di fine trattamento)

	Sardegna	Italia
2013 (€)	546.433	29.384.788
2014 (€)	1.059.861	49.785.354
2015 (€)	7.455.132	254.916.814
2016 (€)	23.704.852	693.068.038

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.3 MEA sono stati chiusi nel corso dell'anno 2016.

Capitolo 5

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

Parte prima: la salute della popolazione

5.1 Invecchiamento

La popolazione della Sardegna è generalmente più giovane di quella ligure e friulana, ma più anziana di quella calabrese. Nel 2016 il numero dei "giovani anziani" (le persone che hanno un'età compresa tra 65 e 74 anni) in **Sardegna** supera i 188 mila individui e corrisponde all'11,4% della popolazione. In Liguria, che anche nel 2016 continua a detenere il record di regione "più vecchia" d'Italia, la percentuale di "giovani anziani" raggiunge il 12,8% della popolazione. In Friuli Venezia Giulia comprende il 12,5% della popolazione, mentre in Calabria di ferma al 10%.

La percentuale di "anziani" (gli individui appartenenti alla fascia d'età 75-84 anni) in **Sardegna** è pari al 7,7%, un valore di poco superiore a quello registrato in Calabria (7,5%), ma inferiore alle percentuali riscontrata in Liguria (10,6%) e Friuli Venezia Giulia (9%).

In **Sardegna** i "grandi vecchi" (gli ultraottantacinquenni) nel 2016 costituiscono il 3,1% della popolazione, una percentuale lievemente più alta di quella rilevata in Calabria (3%), ma più bassa di quella registrata in Liguria (4,8%) e Friuli Venezia Giulia (4%).

Tabella 51 - Popolazione (valori assoluti in migliaia e peso relativo sul totale della popolazione per cittadinanza) -

		Sardegna	Liguria	Friuli	Calabria	Italia
Età 65-74	Valori assoluti	188,7	201,4	152,4	197,5	6.541,1

		Sardegna	Liguria	Friuli	Calabria	Italia
	Peso relativo	11,4	12,8	12,5	10	10,8
Età 75-84	Valori assoluti	126,9	166,7	109,6	147,3	4.834
	Peso relativo	7,7	10,6	9	7,5	8
Over 85	Valori assoluti	51	75,3	48,9	60	1.994,6
	Peso relativo	3,1	4,8	4	3	3,3

5.2 Aspettativa di vita

Nel 2015 in **Sardegna** la speranza di vita alla nascita per gli uomini è pari a 79,8 anni, un valore leggermente inferiore all'aspettativa di vita degli uomini liguri (79,9 anni) e friulani, ma lievemente superiore a quella dei calabresi (79,6 anni). La speranza di vita alla nascita delle **donne sarde** è pari a 84,8 anni, un valore inferiore solo agli 85 anni delle donne residenti in Friuli Venezia Giulia, ma superiore all'aspettativa di vita delle donne liguri (84,6 anni) e di quelle calabresi (84,3 anni).

La speranza di vita a partire dai 65 anni è superiore tra la popolazione sarda di entrambi i sessi, sia rispetto alla media nazionale, sia rispetto a quella registrata nelle tre regioni prese in considerazione da questa indagine.

All'età di 65 anni, gli **uomini sardi** hanno ancora a disposizione 19,1 anni di vita, mentre i liguri 18,7 anni e i friulani e i calabresi 18,6 anni.

Le **sessantacinquenni sarde** possono invece sperare di vivere altri 22,4 anni come le coetanee friulane, ma più delle liguri (22 anni) e delle calabresi (21,7 anni).

Tabella 52 - Speranza di vita (anni) alla nascita e a 65 anni per genere e per regione - Anno

		Sardegna	Liguria	Friuli	Calabria	Italia
Speranza di vita alla nascita	М	79,8	79,9	79,9	79,6	80,1
	F	84,8	84,6	85	84,3	85,0
Speranza di vita a 65 anni	М	19,1	18,7	18,6	18,6	18,9
	F	22,4	22	22,4	21,7	22,3

5.3 Tasso di mortalità

Il tasso di mortalità degli uomini e delle donne residenti in **Sardegna** è leggermente superiore a quello registrato in Friuli Venezia Giulia, ma inferiore a quello rilevato in Liguria e Calabria. Nello specifico, nel 2014 il tasso di mortalità dei **maschi sardi** è pari a 106 per 10.000 uomini: è quindi poco più alto del valore di 105,8 per 10.000 registrato tra gli uomini friulani, ma più basso rispetto ai valori di 107,5 per 10.000 e di 110,5 per 10.000 rilevati rispettivamente tra i maschi liguri e tra quelli calabresi

Allo stesso modo, il tasso di mortalità riscontrato tra le **donne sarde** è pari a 67 per 10.000 donne. È pertanto lievemente superiore al 66,4 per 10.000 rilevato tra le friulane, e risulta più basso del 68,5 per 10.000 registrato tra le liguri e del tasso di 73,3 per 10.000 osservato tra le donne calabresi.

Tabella 53 - Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità per genere e per regione - anno

Mortalità		Sardegna	Liguria	Friuli	Calabria	Italia
	Maschi	106	107,5	105,8	110,5	107,8
	Femmine	67	68,5	66,4	73,3	69,8

Mortalità per malattie cardiovascolari e per tumori

Nel 2014 in **Sardegna** il tasso di mortalità per malattie del sistema circolatorio tra gli uomini è pari a 31,9 per 10.000, e risulta inferiore non solo rispetto alla media nazionale (37,3 per 10.000), ma anche rispetto al tasso riscontrato in Liguria (36 per 10.000), in Friuli Venezia Giulia (34,5 per 10.000) e in Calabria (42,9 per 10.000). Il tasso di mortalità per tumori tra gli **uomini sardi** si attesta invece a 35,6 per 10.000, ed è quindi superiore sia al valore italiano (34,9 per 10.000), sia a quello riscontrato tra i maschi liguri (34,7 per 10.000) e tra gli uomini calabresi (34,9 per 10.000). Risulta però più basso del tasso rilevato tra i friulani, pari a 36 per 10.000.

Un discorso simile può essere fatto anche per il sesso femminile. Il tasso di mortalità per malattie del sistema circolatorio tra le **donne sarde** è pari a 21,7 per 10.000, un valore significativamente più basso di quello registrato a livello nazionale (26,6 per 10.000), in Calabria (32,7 per 10.000), in Liguria (25,3 per 10.000) e in Friuli (23,7 per 10.000). Il tasso di mortalità per tumori tra la **popolazione femminile sarda** è invece pari a 19,4 per 10.000, un valore inferiore alla media italiana (19,6 per 10.000) e al tasso registrato tra le donne liguri (19,6 per 10.000) e friulane (20,7 per 10.000). Risulta invece superiore al tasso di mortalità per tumori rilevato tra le donne calabresi, che si ferma a 16,2 per 10.000.

Tabella 54 - Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità per malattie del sistema circolatorio e tumori -

		Sardegna	Liguria	Friuli	Calabria	Italia
М	Malattie sistema circolatorio	31,9	36	34,5	42,9	37,3
	Tumori	35,6	34,7	36	30,4	34,9
F	Malattie sistema circolatorio	21,7	25,3	23,7	32,7	26,6
	Tumori	19,4	19,6	20,7	16,2	19,6

Mortalità per malattie ischemiche del cuore

Il tasso di mortalità per malattie ischemiche del cuore in **Sardegna** è tra i più bassi d'Italia. Tra gli uomini sardi nel 2013 si attesta a 10,1 decessi per 10.000, il valore più basso a livello nazionale. In Calabria il tasso maschile di mortalità per malattie ischemiche

del cuore è, invece, pari a 11,9 decessi per 10.000, un valore comunque inferiore a quello di 12,2 decessi per 10.000 della Liguria e a quello di 13,5 decessi per 10.000 del Friuli Venezia Giulia.

Anche tra le **donne sarde** il tasso di mortalità per malattie ischemiche del cuore è inferiore alla media nazionale: è pari a 5,1 decessi per 10.000, un valore più basso di quello di 6,2 decessi per 10.000 registrato tra le donne calabresi, di quello di 6,4 decessi per 10.000 rilevato tra la popolazione femminile ligure e di quello di 7,1 decessi per 10.000 osservato tra le friulane.

Tabella 55 - Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità per malattie ischemiche del cuore per regione e per genere - Anno 2013

		Sardegna	Liguria	Friuli	Calabria	Italia
Tasso standardizzato	Maschi	10,15	12,27	13,57	11,98	12,47
	Femmine	5,10	6,44	7,15	6,20	6,69

Mortalità per diabete meliloto

Il tasso di mortalità per diabete mellito tra la **popolazione maschile sarda** è pari a 2,4 decessi per 10.000, un valore più basso rispetto a quello di 2,7 decessi per 10.000 degli uomini friulani, di 3,1 decessi per 10.000 dei liguri e di 4,3 decessi per 10.000 dei calabresi.

Tra le **donne sarde** il tasso di mortalità per diabete mellito è pari a 1,6 decessi per 10.000, un valore lievemente più alto di quello di 1,4 decessi per 10.000 registrato tra le donne friulane, a quello di 2 decessi per 10.000 delle donne liguri, e a quello di 3,6 decessi per 10.000 rilevato tra le donne calabresi.

Tabella 56 - Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità per diabete mellito per regione e per genere - Anno

		Sardegna	Liguria	Friuli	Calabria	Italia
Tasso standardizzato	Maschi	2,46	3,10	2,76	4,37	3,13
	Femmine	1,68	2,05	1,42	3,66	2,38

5.4 Salute mentale

Nel 2014 il tasso maschile di dimissioni ospedaliere con diagnosi (principale o secondaria) per disturbo psichico è pari a 69,3 per 10.000 in Sardegna, un valore lievemente inferiore a quello registrato in Liguria (pari a 70,5 per 10.000) ma significativamente superiore non solo alla media nazionale (50 per 10.000), ma anche a quello rilevato in Friuli Venezia Giulia (46,9 per 10.000) e in Calabria (45,6 per 10.000).

Lo stesso discorso vale anche per la popolazione femminile. Tra le **donne sarde** nel 2014 il tasso di dimissioni ospedaliere con diagnosi per disturbo psichico è pari a 69,4 per 10.000, un valore più basso di quello di 71,1 per 10.000 registrato tra le donne liguri, ma decisamente più alto rispetto alla media nazionale (48,9 per 10.000) e a quello registrato in Friuli Venezia Giulia (48,2 per 10.000) e in Calabria (44,6 per 10.000).

Tabella 57 - Tasso (standardizzato X 10.000) dimissioni ospedaliere diagnosi per disturbo psichico per regione -

		Sardegna	Liguria	Friuli	Calabria	Italia
Tasso standardizzato	Maschi	69,34	70,53	46,91	45,64	50,04
	Femmine	69,44	71,17	48,29	44,68	48,94

5.5 Consumo di farmaci antidepressivi

Nel 2015 il consumo dei medicinali antidepressivi in **Sardegna** è pari a 44,2 dosi quotidiane ogni mille abitanti (*Defined Daily Dose* - DDD/1.000 ab die), un valore inferiore a quello di 51,4 DDD/1.000 *ab die* registrato in Liguria, ma maggiore rispetto alla media nazionale (39,6 DDD/1.000 *ab die*) e al consumo osservato in Calabria (37,3 DDD/1.000 *ab die*) e in Friuli Venezia Giulia (33,4 DDD/1.000 *ab die*).

Tabella 58 – Consumo (valori in DDD/1.000 ab die) di farmaci antidepressivi - Anno 2015

	Sardegna	Liguria	Friuli	Calabria	Italia
DDD/1.000 ab die	44,20	51,40	33,40	37,30	39,60

5.6 Suicidi

Nel biennio 2012-2013 il tasso di mortalità per suicidio in **Sardegna** raggiunge il valore di 11,5 per 100.000 abitanti (rappresenta quindi il secondo tasso più alto registrato in Italia dopo quello della Valle d'Aosta, pari a 13,9 per 100.000). Risulta più alto del tasso di 10,7 per 100.000 rilevato in Friuli Venezia Giulia, e soprattutto del tasso di 5,9 per 100.000 osservato in Liguria e di quello di 5,4 per 100.000 riscontrato in Calabria.

Tabella 59 – Tasso medio (standardizzato per 100.000) di mortalità per suicidio - Anni 2012-2013

	Sardegna	Liguria	Friuli	Calabria	Italia
Tasso standardizzato	11,54	5,90	10,70	5,44	8,03

Parte seconda: il sistema sanitario pubblico

5.7 Spesa sanitaria pubblica corrente per funzione

Nel 2014 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) in **Sardegna** è pari al 10,3% del PIL, un valore superiore non solo rispetto alla media nazionale (6,8% del PIL), ma anche a quello registrato in Liguria (6,9% del PIL) e in Friuli Venezia Giulia (7% del PIL). Resta, tuttavia, lievemente al di sotto della spesa sanitaria pubblica rilevata in Calabria, pari al 10,5% del PIL.

Nel dettaglio, la spesa sanitaria pubblica corrente per servizi forniti direttamente in **Sardegna** raggiunge il 6,6% del PIL, il valore più alto d'Italia. In Liguria questo dato si ferma al 4.2% del PIL, in Friuli Venezia Giulia al 4.6% del PIL e in Calabria al 6% del PIL.

Per quanto riguarda le spese registrate in **Sardegna** per le prestazioni sociali in convenzione (3% del PIL) e per altre spese (0,6% del PIL), risultano superiori a quelle rilevate in Liguria (rispettivamente 2,2% e 0,4% del PIL) e in Friuli Venezia Giulia (rispettivamente 2,2% e 0,4% del PIL), ma inferiori a quelle riscontrate in Calabria (rispettivamente 3,7% e 0,7% del PIL).

Tabella 60 - Spesa (valori percentuali) sanitaria pubblica corrente totale, per funzione e in convenzione per prestazioni sociali in rapporto al

		Sardegna	Liguria	Friuli	Calabria	Italia
Spesa sanitaria	Totale	10,31	6,94	7,04	10,58	6,84
pubblica corrente	Per servizi forniti direttamente	6,64	4,29	4,69	6,06	3,97
Conenie	Per altre spese	0,65	0,41	0,48	0,74	0,42
	In convenzione per prestazioni sociali	3,03	2,23	1,87	3,78	2,46

5.8 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 per un periodo di riferimento. Nel periodo 2010-2015 in **Sardegna** la spesa sanitaria pubblica pro-capite è aumentata del 5,3%, passando da 1.958 euro nel 2010 a 2.062 euro nel 2015. Si tratta dell'incremento più alto rilevato in Italia, che si contrappone alla tendenza decrescente registrata a livello nazionale (-1,1%).

Nello stesso periodo la spesa sanitaria pubblica pro-capite è diminuita dell'1,2% in Liguria (dov'è passata da 2.070 euro nel 2010 a 2.044 nel 2015), del 2,9% in Calabria (passata da 1.778 euro nel 2010 a 1.725 nel 2015) e addirittura del 5,1% in Friuli Venezia Giulia (passata da 2.001 euro nel 2010 a 1.898 nel 2015).

Tabella 61 - Spesa (valori in €) sanitaria pubblica pro capite e variazioni percentuali - Anni 2010-2015

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	%	%
							(2010-15)	(2014-15)
Sardegna	1.958	1.982	2.049	1.994	2.041	2.062	5,31	1,05
Liguria	2.070	2.061	2.019	1.999	2.014	2.044	-1,28	1,47
Friuli	2.001	2.045	2.060	2.040	1.960	1.898	-5,16	-3,18
Calabria	1.778	1.751	1.745	1.715	1.711	1.725	-2,95	0,84
Italia	1.860	1.856	1.844	1.816	1.817	1.838	-1,17	1,18

5.9 Disavanzo/avanzo sanitario pubblico pro-capite

Nel 2015 la **Sardegna** ha registrato un disavanzo sanitario pro-capite di 205 euro, un valore inferiore rispetto al 2014, quando raggiungeva i 217 euro, ma significativamente maggiore rispetto al disavanzo di 78 euro riportato nel 2006. Si tratta del secondo dato più alto rilevato in Italia (dopo quello di 394 euro riscontrato nella Provincia Autonoma di Bolzano) e di gran lunga superiore al disavanzo sanitario pro-capite di 65 euro registrato in Liguria, di 30 euro in Calabria e di 6 euro in Friuli Venezia Giulia.

Tabella 62 - Disavanzo (valori in €) sanitario pubblico pro-capite

	2006	2014	2015
Sardegna	78	217	205
Liguria	59	40	65
Friuli Venezia Giulia	4	-41	6
Calabria	27	33	30
Italia	104	15	20

Parte terza: l'assetto istituzionale-organizzativo

5.10 Dotazioni tecnologiche: Tomografia Assiale Computerizzata (TAC), Tomografia a Risonanza Magnetica (TRM) e Tomografia ad Emissione di Positroni (PET)

Tra il 2009 e il 2012 in **Sardegna** è aumentata la dotazione di Tomografia a Risonanza Magnetica (TRM) e di Tomografia ad Emissione di Positroni (PET), mentre si è ridotta quella di Tomografia Assiale Computerizzata (TAC). Nello specifico, nel 2012 nell'isola il tasso di TRM ha raggiunto il valore di 23,8 per milione di abitanti, mentre quello di PET il valore 0,6 per milione di abitanti. Il tasso di TAC è invece sceso, passando da 29,3 per milione di abitanti del 2009 a 26,2 per milione di abitanti nel 2012.

Anche in Liguria e in Calabria il tasso di TAC è diminuito, anche se in entrambi i casi questo valore risulta superiore a quello sardo (rispettivamente 46 e 67 per milione di abitanti). In Friuli Venezia Giulia è, invece, cresciuto di una unità, raggiungendo il valore di 54 per milione di abitanti.

Il tasso di TRM è aumentato anche in Liguria (54 per milione di abitanti), in Calabria (32 per milione di abitanti) e in Friuli (45 per milione di abitanti), e in tutti i casi risulta superiore al valore registrato in Sardegna.

Infine, il tasso di PET è rimasto a zero in Liguria, mentre è diminuito in Friuli e Calabria, passando in entrambi i casi da 3 a 1 per milione di abitanti.

	TAC		TRM		PET	
	2009	2012	2009	2012	2009	2012
Sardegna	29,3	26,2	18,6	23,8	0,0	0,6
Liguria	50	46	51	54	0	0
Friuli	53	54	44	45	3	1
Calabria	68	67	29	32	3	1
Italia	30,6	32,5	20,8	24,1	0,6	0,7

Tabella 63 - Tasso (valori per 1.000.000) di apparecchiature TAC, TRM e PET - Anni 2009, 2012

5.11 Sistema di emergenza-urgenza

Nel giro di cinque anni in Italia il numero delle centrali operative 118 è diminuito, passando da 102 centrali nel 2010 a 80 nel 2015. Il numero delle centrali è, invece, rimasto stabile in **Sardegna**, dove si ferma a 2 centrali operative 118, in Friuli Venezia Giulia (4 centrali), in Liguria (5 centrali) e in Calabria (5 centrali).

Dipartimenti di Emergenza e Accettazione

Tra il 2010 e il 2012 in **Sardegna** il bacino d'utenza dei Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (di I e Il livello) si è ridotto, passando da una situazione critica con un DEA

ogni 272 mila abitanti a un DEA ogni 182 mila abitanti. Secondo le previsioni, nel 2015 dovrebbe diminuire ulteriormente, arrivando a un DEA ogni 151 mila abitanti.

Il bacino d'utenza dei DEA è diminuito anche in Calabria, dov'è passato da uno ogni 182 mila abitanti a uno ogni 115 mila abitanti. È invece aumentato in Liguria (da 180 mila a 195 mila abitanti) e in Friuli Venezia Giulia (da 112 a 121 mila abitanti). Infine, secondo le previsioni nel 2015 dovrebbe aumentare in Calabria e in Friuli, e scendere in Liguria.

Tabella 64 - Bacino (valori assoluti) di utenza per Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (I e II livello) per regione

	2010	2012	2015
			(Bacini di utenza previsti)
Sardegna	272.768	181.983	151.200
Liguria	179.454	195.917	158.300
Friuli Venezia Giulia	112.222	121.778	136.300
Calabria	182.664	115.201	179.700
Italia	181.935	187.363	211.800

5.12 Assistenza territoriale

Posti letto residenziali di tipo socio-sanitario per disabili e anziani non autosufficienti

Nel 2014 in **Sardegna** i posti letto (PL) destinati ad accogliere disabili e anziani non autosufficienti sono in totale 32,1 ogni 10.000 abitanti (75,8 PL ogni 10 mila per gli anziani non autosufficienti e 24,6 PL ogni 10.000 per i disabili). Si tratta di un valore inferiore rispetto alla media nazionale (46,5 PL per 10.000), a quello registrato in Friuli Venezia Giulia (77,8 PL per 10.000) e in Liguria (78,9 PL per 10.000), ma superiore a quello rilevato in Calabria (20,1 PL per 10.000).

Tabella 65 - Tasso (valori per 10.000) di posti letto per persone con disabilità e anziani non autosufficienti nelle strutture socio-sanitarie per regione - 2014

	Persone con disabilità	Anziani non autosufficienti	Totale
Sardegna	24,6	75,8	32,1
Liguria	43,9	190,7	78,9
Friuli	21,1	259,9	77,8
Calabria	17,4	45,1	20,1
Italia	16,9	165,9	46,5

Pazienti anziani e con disabilità ospitati nei presidi residenziali

Nel 2014 in **Sardegna** il tasso di anziani ospiti dei presidi residenziali è pari a 105,1 per 10.000 anziani, un valore inferiore alla media nazionale (159,3 per 10.000) e a quello

registrato in Liguria (194 per 10.000) e in Friuli Venezia Giulia (251,3 per 10.000), ma superiore al tasso calabrese (53,8 per 10.000).

Il tasso degli adulti con disabilità ospiti dei presidi residenziali in **Sardegna** si ferma, invece, a 14,2 per 10.000 ospiti adulti, un valore superiore alla media nazionale (12,7 per 10.000) e a quello osservato in Calabria (10,6 per 10.000), ma inferiore al dato riscontrato in Liguria (28,9 per 10.000) e in Friuli Venezia Giulia (15,5 per 10.000).

Infine, i minori disabili ospiti dei presidi in **Sardegna** sono 0,7 ogni 10.000 minori residenti, un valore equivalente a quello rilevato in Calabria, inferiore rispetto alla media nazionale (1,8 per 10.000) e al tasso registrato in Liguria (2,7 per 10.000) e Friuli Venezia Giulia (0,8 per 10.000).

Tabella 56 - Tasso (valori per 10.000) di ospiti anziani, adulti e minori con disabilità assistiti nei presidi residenziali per regione - Anno 2014

	Anziani	Adulti con disabilità	Minori con disabilità
Sardegna	105,1	14,2	0,7
Liguria	194	28,9	2,7
Friuli	251,3	15,5	0,8
Calabria	53,8	10,6	0,7
Italia	159,3	12,7	1,8

5.13 Assistenza ospedaliera

Ospedalizzazione per patologie a elevato impatto sociale

La voce "ospedalizzazione per patologie a elevato impatto sociale" 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 2015 in **Sardegna** il tasso di dimissioni ospedaliere nella popolazione anziana per intervento di protesi di anca è pari a 382,2 per 100.000 abitanti, un valore inferiore rispetto alla media nazionale (602,8 per 100.000), ma anche rispetto al valore registrato in Calabria (431,1 per 100.000), Liguria (650,1 per 100.000), e soprattutto in Friuli Venezia Giulia (788,9 per 100.000).

Il tasso di dimissioni ospedaliere nella popolazione anziana per intervento di *bypass* coronarico in **Sardegna** è pari a 71,9 per 100.000, un valore più basso rispetto alla media italiana (107,4 per 100.000) e a quello riscontrato in Liguria (84,4 per 100.000), in Friuli Venezia Giulia (145,8 per 100.000) e in Calabria (120,3 per 100.000).

Infine, nel 2015 in **Sardegna** il tasso di dimissioni ospedaliere negli anziani per intervento di angioplastica coronarica è pari a 391,6 per 100.000, un dato inferiore rispetto alla media nazionale (584,3 per 100.000) e al valore rilevato in Liguria (447,1 per 100.000) e in Calabria (457,8 per 100.000), ma superiore a quello registrato in Friuli Venezia Giulia (275,3 per 100.000).

Tabella 57 - Tasso (valori per 100.000) di dimissioni ospedaliere per interventi chirurgici di pazienti di età 65 anni ed oltre - Anno 2015

Dimissioni ospedaliere per interventi chirurgici	per protesi di anca	per bypass coronarico	per angioplastica coronarica
Sardegna	382,2	71,9	391,6
Liguria	650,1	84,4	447,1
Friuli Venezia Giulia	788,9	145,8	275,3
Calabria	431,1	120,3	457,8
Italia	602,8	107,4	584,3

5.14 Ospedalizzazione in età pediatrica

Nel 2015 in **Sardegna** i tassi di ospedalizzazione in regime di ricovero ordinario per tutte le classi di età inferiori ai 18 anni sono superiori rispetto alla media nazionale e ai tassi registrati nelle altre tre Regioni in esame.

Tabella 58 - Tasso (specifico per 1.000) di dimissioni ospedaliere in età pediatrica in regime di ricovero ordinario -

	<1	1-4	5-14	15-17	0-14	0-17
Sardegna	502,9	84,8	41,4	42,4	78,3	72
Liguria	481,5	56,1	30,9	37,4	63,1	58,7
Friuli	326,2	33,6	23,5	32,9	43,5	41,7
Calabria	479,8	75,9	36	38,2	72,7	66,4
Italia	425,7	67,3	34,2	38,0	65,5	60,8

Per quanto riguarda i tassi di ospedalizzazione in età pediatrica in regime diurno, i valori registrati in **Sardegna** nel 2015 sono inferiori ai dati registrati in Liguria e, tranne per la fascia d'età 15-17 anni, anche a livello nazionale. Risultano invece superiori rispetto ai tassi del Friuli Venezia Giulia in relazione alle fasce d'età 5-14 anni e 15-17 anni, e ai tassi osservati in Calabria per la fascia d'età 15-17 anni.

Tabella 59 - Tasso (per 1.000) di dimissioni ospedaliere in età pediatrica in regime diumo - Anno 2010 e

	<1	1-4	5-14	15-17	0-14	0-17
Sardegna	29	23,3	27,5	36,2	26,5	28,2
Liguria	62,8	52,7	46,9	42,3	49,3	48,1
Friuli	29,1	25,7	22,4	23,9	23,6	23,7
Calabria	58,9	36,5	33,9	29,6	36	34,9
Italia	39,6	31,6	28	26	29,6	29

5.15 Mobilità ospedaliera

La mobilità ospedaliera descrive il flusso dei pazienti che ricorrono alle cure al di fuori della propria regione di residenza, generalmente alla ricerca di strutture ospedaliere di alta specialità o che, notoriamente, sono ritenute più specializzate e qualificate di altre nel trattare determinate patologie. Nello specifico, la mobilità passiva è la tendenza dei pazienti a emigrare fuori regione per sottoporsi alle cure, mentre la mobilità attiva rappresenta la capacità di attrarre pazienti che risiedono in altre Regioni.

Nel 2015 in **Sardegna** il numero complessivo di dimissioni in regime di ricovero ordinario in fuga verso altre Regioni è pari a 10.036, un valore superiore rispetto a quello del Friuli Venezia Giulia (8.169), ma inferiore a quello registrato in Liguria (24.375) e in Calabria (39.477). Tuttavia, l'indice di attrazione di pazienti provenienti da altre Regioni in **Sardegna** è pari a 3.171 dimissioni e risulta più basso di quello registrato in Calabria (3.929), Friuli Venezia Giulia (10.838) e Liguria (15.743).

Per quanto riguarda i ricoveri in regime di *Day Hospital*, nel 2015 il numero di dimissioni ospedaliere per acuti in regime diurno in fuga verso altre Regioni in **Sardegna** è pari a 3.768, un valore superiore a quello del Friuli Venezia Giulia (3.236), ma inferiore a quello di Liguria (7.591) e Calabria (13.156). La mobilità attiva, invece, anche in questo caso in **Sardegna** risulta inferiore a quella rilevata nelle altre tre Regioni prese in esame da quest'indagine.

Tabella 60 - Indice di attrazione e fuga di dimissioni ospedaliere per acuti in regime di ricovero ordinario e di Day Hospital per regione -

	Regime di	ricovero ordinario	Re	egime di Day Hospital
	Attrazione	Fuga	Attrazione	Fuga
Sardegna	3.171	10.036	510	3.768
Liguria	15.743	24.375	13.413	7.591
Friuli	10.838	8.169	6.702	3.236
Calabria	3.929	39.477	1.456	13.156

Mobilità ospedaliera in età pediatrica

La mobilità ospedaliera in età pediatrica 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. Nel 2015 in **Sardegna** il numero complessivo di dimissioni in regime di ricovero ordinario per acuti in età pediatrica in fuga verso altre Regioni è pari a 1.209 del 2015, un valore inferiore rispetto a quello registrato in Liguria (1.489) e soprattutto in Calabria (4.204), ma superiore quello del Friuli Venezia Giulia (840). Se si prende in considerazione la mobilità attiva, l'indice di attrazione della **Sardegna** è significativamente inferiore rispetto a quello di Liguria e Friuli Venezia Giulia, ma anche a quello della Calabria.

Per quanto riguarda la mobilità ospedaliera per i ricoveri in regime diurno per acuti, in **Sardegna** il numero di dimissioni dei pazienti pediatrici in fuga verso altre Regioni è pari a 950, un dato superiore rispetto a quello di Friuli Venezia Giulia (484) e Liguria (728), ma

decisamente inferiore rispetto a quello della Calabria (3.495). Riguardo la mobilità attiva, anche in questo caso l'indice di attrazione della **Sardegna** di pazienti pediatrici provenienti da altre Regioni è piuttosto basso rispetto a quello di Liguria e Friuli Venezia Giulia, ma anche rispetto al dato registrato in Calabria.

Tabella 21 - Indice di attrazione e fuga di dimissioni ospedaliere acuti in età pediatrica in regime di ricovero ordinario e di Day Hospital -

	Regime di ricovero ordinario		Regii	me di Day Hospital
	Attrazione	Fuga	Attrazione	Fuga
Sardegna	532	1.209	20	950
Liguria	5.155	1.489	5.613	728
Friuli	1.253	840	1.058	484
Calabria	683	4.204	144	3.495

Parte terza: sistema sanitario pubblico e privato accreditato

5.16 Apparati amministrativi regionali del SSN

Risorse strutturali delle Aziende Sanitarie

Nel 2015 in **Sardegna** sono presenti 26 strutture di ricovero pubbliche: 23 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.

Inoltre, ci sono 8 strutture di ricovero (case di cura) private accreditate.

In particolare, il numero di strutture di ricovero pubbliche (26) registrato nell'isola è superiore a quello registrato in Liguria (8), in Friuli Venezia Giulia (14) e in Calabria (20).

Il numero delle strutture di ricovero private accreditate in **Sardegna** si attesta a 8, un valore superiore a quello del Friuli Venezia Giulia (5), ma inferiore a quello di Liguria (11) e Calabria (28).

	Sardegn a	Liguria	Friuli	Calabria	Italia
Presidi a gestione diretta ASL	23	6	10	15	344
Aziende Ospedaliere	1			4	57
AO integrate con l'Università			2		18
AO (Aziende Ospediere + AO integrate con l'Università)	1		2	4	75
AO integrate SSN (ex Policlinici Universitari Pubblici)	2				9
IRCCS pubblici		2	2	1	22
TOTALE strutture di ricovero pubbliche	26	8	14	20	450
IRCCS privati		1			41
Policlinici Universitari privati					2
Ospedali classificati		2			27
Presidi privati qual. pres. ASL					18
Enti di ricerca					2
Case di cura private accreditate	8	6	5	28	495
TOTALE strutture di ricovero private accreditate	8	9	5	28	585
Case di cura private non accreditate		2			62

	Sardegn a	Liguria	Friuli	Calabria	Italia
TOTALE strutture di ricovero private	8	11	5	28	647

5.17 Capacità di offerta delle strutture territoriali

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 **Sardegna** il ruolo del privato accreditato è particolarmente rilevante soprattutto tra le strutture "residenziali": quelle private accreditate rappresentano, infatti, l'82,2% del totale, una percentuale inferiore soltanto a quella registrata in Liguria (84,6%), ma superiore a quella rilevata in Friuli Venezia Giulia (65,2%) e in Calabria (78,6%).

Anche gli "ambulatori e i laboratori privati" in **Sardegna** sono più numerosi di quelli pubblici: costituiscono il 54,2% di tutti quelli presenti nell'isola, una percentuale inferiore soltanto a quella registrata in Calabria (59,5%), ma più alta di quella osservata in Friuli Venezia Giulia (33,3%) e in Liguria (21,5%).

In **Sardegna** le "strutture semiresidenziali" accreditate rappresentano il 50% dell'offerta di queste strutture, una percentuale vicina a quelle rilevata in Friuli Venezia Giulia (50,6%), più bassa di quella registrata in Calabria (30,8%) e superiore a quella presente in Liguria (68,9%).

Infine, le "altre strutture territoriali" private in **Sardegna** costituiscono il 6,1% del totale, una percentuale vicina o uguale a quella registrata in Liguria (6,2%) e Friuli Venezia Giulia (6,1%), e più bassa di quella osservata in Calabria (9,2%).

Tabella 73 - Presenza di strutture territoriali pubbliche e private accreditate - Anno 2012

	Sardegna	Liguria	Friuli	Calabria	Italia
Ambulatori e laboratori	356	386	129	373	9.268
di cui privati accreditati	54,2%	21,5%	33,3%	59,5%	58,9%
Altre strutture territoriali*	164	130	99	130	5.682
di cui privati accreditati	6,1%	6,2%	6,1%	9,2%	12,3%
Strutture semoresidenziali	22	61	81	13	2.787
di cui privati accreditati	50%	68,9%	50,6%	30,8%	64,2%
Strutture residenziali	73	285	187	84	6.526
di cui privati accreditati	82,2%	84,6%	65,2%	78,6%	76,7%

	Sardegna	Liguria	Friuli	Calabria	Italia
Totale strutture territoriali	615	862	496	600	24.263
di cui privati accreditati	44,6%	43,4%	42,7%	50,7%	53,4%

^{*} Sono inclusi: centri dialisi ad assistenza limitata, stabilimenti idrotermali, centri di salute mentale, consultori matemo infantili, centri distrettuali e, ingenerale, strutture che svolgono attività di tipo territoriale

5.18 Le attività di ricovero del SSN

Nel 2014 il numero complessivo dei ricoveri presso il Servizio Sanitario Regionale della **Sardegna** è pari a 263.220, un valore inferiore a quello registrato in Liguria (273.190), ma superiore rispetto a quello osservato in Friuli Venezia Giulia (186.158) e in Calabria (232.959).

La maggior parte dei ricoveri registrati in **Sardegna** è costituita dai ricoveri per acuti, che nell'isola si attestano al 98,1%, una percentuale superiore a quella registrata Liguria (94,1%), Friuli Venezia Giulia (96,8%) e in Calabria (95,8%).

I ricoveri per riabilitazione in **Sardegna** rappresentano soltanto l'1,2%, mentre quella dei ricoveri per lungodegenza è pari allo 0,7%: in entrambi i casi le percentuali sono inferiori a quelle rilevate in Liguria, Friuli Venezia Giulia e in Calabria.

Tabella 74 - Ricoveri SSN per Regione, per regime di ricovero e tipo di attività (2014)

		Sardegna	Liguria	Friuli	Calabria	Italia
Ricoveri acuti	RO	184.252	167.605	136.122	161.610	6.486.438
	DH	74.006	89.353	44.016	61.637	2.194.241
	% sul totale	98,1%	94,1%	96,8%	95,8%	95%
Ricoveri riabilitazione	RO	2.404	12.746	2.678	6.821	314.715
	DH	685	1.042	338	815	34.868
	% sul totale	1,2%	5%	1,6%	3,3%	3,8%
Ricoveri lungodegenza	RO+DH	1.873	2.444	3.004	2.076	109.854
	% sul totale	0,7%	0,9%	1,6%	0,9%	1,2%
Totale ricoveri		263.220	273.190	186.158	232.959	9.140.116

5.19 Gli erogatori privati accreditati: struttura e attività

Nel 2015 in **Sardegna** la spesa privata accreditata costituisce il 12,5% della spesa complessiva del Servizio Sanitario Regionale e corrisponde a un valore complessivo di 245 euro pro-capite. È quindi superiore rispetto a quella rilevata in Friuli Venezia Giulia (8,1%) e Liguria (11,5%), ma inferiore alla spesa privata accreditata pro-capite della Calabria, pari al 15,3%.

Nel dettaglio, la spesa per i ricoveri ospedalieri nelle strutture accreditate della **Sardegna** è pari a 53 euro, un valore di poco superiore a quella del Friuli Venezia Giulia (51 euro) e più alto di quello osservato in Liguria (40 euro), ma significativamente più basso rispetto alla spesa di 96 euro rilevata in Calabria.

La spesa specialistica accreditata in **Sardegna** è invece pari a 76 euro pro-capite, un valore superiore a quello osservato in Calabria (62 euro), ma soprattutto in Liguria (29 euro) e in Friuli Venezia Giulia (39 euro).

Nel 2015 in **Sardegna** la spesa privata accreditata per la riabilitazione è pari a 33 euro pro-capite, la stessa cifra registrata in Calabria. In Liguria questa voce è più alta (57 euro), mentre in Friuli Venezia Giulia è più bassa (10 euro).

Infine, la spesa registrata in **Sardegna** per la voce "altra assistenza convenzionata e accreditata" è pari a 83 euro pro-capite, un valore inferiore rispetto a quello osservato in Liguria (107 euro), ma superiore a quello rilevato in Calabria (70 euro) e Friuli Venezia Giulia (57 euro).

Tabella 75 - La spesa sanitaria privata accreditata pro-capite - Anno 2015

	Sardegna	Liguria	Friuli	Calabria	Italia
Ospedaliera accreditata	53	40	51	96	140
Specialistica accreditata	76	29	39	62	74
Riabilitativa accreditata	33	57	10	33	28
Altra assistenza accreditata*	83	107	57	70	109
Totale spesa privata accreditata pro-capite	245	233	157	261	350
Totale spesa sanitaria nei Ssr per la gestione corrente	1.958	2.027	1.936	1.710	1.851
% Spesa sanitaria privata sul totale	12,5%	11,5%	8,1%	15,3%	18,9%

La voce "altra assistenza accreditata" include: prestazioni di psichiatria, distribuzione di farmaci File F, prestazioni termali, prestazioni di trasporto sanitario, prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria e consulenze per attività libero professionale intramoenia. La voce più cospicua è rappresentata dalla spesa per l'assistenza territoriale offerta dalle strutture socio-sanitarie private accreditate, principalmente dedicate alla lungodegenza.

Attività degli ospedali privati accreditati

Nell'ambito dell'attività di ricovero, se si prendono in considerazione tutte le tipologie di attività, nel 2014 le strutture private accreditate della **Sardegna** garantiscono complessivamente il 14% dell'offerta di prestazioni di ricovero del Servizio Sanitario Regionale (mentre le strutture pubbliche forniscono il restante 86%). Si tratta di un valore inferiore rispetto alla media nazionale (25%) e al dato registrato in Calabria (33%), ma superiore a quello della Liguria (14%) e del Friuli Venezia Giulia (11%).

5.20 La rete ospedaliera per acuti del SSN alla luce dei nuovi standard ospedalieri

L'analisi della classificazione degli ospedali per acuti con Pronto Soccorso nei quattro livelli gerarchici previsti dal D.M. 70 del 2 aprile (recante: "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi

all'assistenza ospedaliera"), rileva che in **Sardegna** sono presenti 5 ospedali di base (OB), lo stesso numero di quelli presenti in Liguria e due unità in più rispetto a quelli della Calabria (3). In Friuli Venezia Giulia non sono presenti OB.

La **Sardegna** ospita 4 Spoke, uno in meno rispetto alla Liguria (5), e uno in più rispetto alla Calabria (3) e al Friuli Venezia Giulia (3).

Nell'**isola** non sono presenti Hub, proprio come in Friuli Venezia Giulia e in Calabria, mentre in Liguria ce n'è uno. In **Sardegna** non ci sono neppure ospedali in "zone particolarmente disagiate" (OZD), come in Friuli Venezia Giulia e in Liguria, mentre in Calabria ce n'è uno.

Infine, in **Sardegna** ci sono 15 ospedali sottosoglia (strutture che dispongono di un Pronto Soccorso, ma hanno bacini di utenza troppo limitati per essere classificati come ospedali di base e non si trovano in zone disagiate), un numero superiore a quello registrato in Calabria (12), Friuli Venezia Giulia (9) e Liguria (7).

Tabella 76 - Distribuzione degli ospedali per acuti con Pronto Soccorso per Regione e livello gerarchico

	Sardegna	Liguria	Friuli	Calabria	Italia
Popolazione	1.663.859	1.591.939	1.229.363	1.980.533	60.782.668
Densità (ab/kmq)	69	292	156	130	201
Hub		1			38
Spoke	4	5	3	3	91
ОВ	5	5		3	225
OZD				3	44
Osp. sottosoglia	15	7	9	12	222
Totale	24	18	12	21	620

Parte quarta: assistenza farmaceutica

5.21 Acquisto e consumo di farmaci di classe A, di classe C e di automedicazione

Nel 2016 la spesa lorda pro-capite per l'acquisto dei farmaci 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) in **Sardegna** è pari a 188,87 euro. Si tratta di una quota superiore alla media nazionale (175,25 euro) di oltre 10 euro, e significativamente maggiore rispetto al valore rilevato in Liguria (148,89 euro) e in Friuli Venezia Giulia (157,89 euro). Risulta però inferiore rispetto alla spesa pro-capite registrata in Calabria, pari a 205,24 euro.

I consumi dei medicinali di classe A in **Sardegna** raggiungono i 1.219,6 DDD/1000 *ab die*, un valore più elevato non solo della media nazionale (1.134,2 DDD/1000 *ab die*), ma anche della quota osservata in Calabria (1.216,9 DDD/1000 *ab die*), in Friuli Venezia Giulia (1.087 DDD/1000 *ab die*) e soprattutto in Liguria (950,6 DDD/1000 *ab die*).

Per quanto riguarda la spesa per l'acquisto dei farmaci di classe C (che prevedono l'obbligo di presentare la prescrizione del medico), nel 2016 in **Sardegna** questa voce ha raggiunto i 47,38 euro, una quota inferiore rispetto alla media nazionale (49,7 euro), al valore registrato in Calabria (47,79 euro) e Liguria (58,61 euro), ma superiore rispetto a quello osservato in Friuli Venezia Giulia (40,93 euro).

Infine, nel 2016 la spesa pro-capite per i farmaci di automedicazione – ossia i medicinali che possono essere acquistati senza ricetta medica, e si dividono 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 - in **Sardegna** è pari a 31,3 euro pro-capite, un valore più basso rispetto alla media nazionale (38,3 euro), e alla quota rilevata in Calabria (31,78 euro), in Friuli Venezia Giulia (33,50 euro) e in Liguria (44,52 euro).

Tabella 77 - Prescrizione farmaceutica convenzionata di classe A-SSN e privata di fascia C: confronto regionale

		Sardegna*	Liguria	Friuli	Calabria	Italia
Spesa lorda pro-capite classe A-SSN*	€	188,87	148,89	157,89	205,24	175,25
	Δ% 16/15°	-6,75	-1,85	-0,44	-1,74	-1,71
DDD/1000 abitanti die classe A-SSN	N.	1.219,6	950,6	1.087,0	1.216,9	1.134,2
	Δ% 16/15°	0,04	0,94	1,87	1,29	1,73
Spesa lorda pro-capite classe C con ricetta	€	47,38	58,61	40,93	47,79	49,69
	Δ% 16/15°	-2,2%	-0,8%	-2,7%	-1,1%	-0,3%

		Sardegna*	Liguria	Friuli	Calabria	Italia
Spesa lorda pro-capite Automedicazione (SOP, OTC)	€	31,32	44,52	33,50	31,78	38,27
	Δ% 16/15°	-2,4%	-3,2%	-1,4%	-2,9%	-2%

Regione senza ticket per ricetta nel 2016

Spesa farmaceutica

5.22 Spesa farmaceutica pubblica: territoriale e ospedaliera

Nel 2015 in **Sardegna** la spesa farmaceutica territoriale al lordo del *pay-back* sul Fondo Sanitario Regionale (FSR) - che permette alle aziende farmaceutiche di chiedere all'Agenzia Italiana del Farmaco la sospensione della riduzione dei prezzi del 5%, a fronte del contestuale versamento in contanti (*pay-back*) del relativo valore su appositi conti correnti individuati dalle Regioni - è pari a 463,8 milioni di euro, e incide sul FSR in misura pari al 15,78% (il valore più alto d'Italia). Si tratta di una cifra superiore a quella osservata in Friuli Venezia Giulia (262,54 milioni di euro) e in Liguria (353,71 milioni di euro), ma inferiore a quella rilevata in Calabria (473,13 milioni di euro).

Per quanto riguarda la spesa ospedaliera al lordo del *pay-back* a carico delle imprese, in **Sardegna** nel 2015 ha raggiunto i 171 milioni di euro e ha assorbito il 5,8% delle assegnazioni del FSR. Anche in questo caso, la quota è più alta di quella registrata in Friuli Venezia Giulia (108,64 milioni di euro) e in Liguria (161,32 milioni di euro), ma inferiore a quella rilevata in Calabria (187,13 milioni di euro).

Tabella 78 - La spesa farmaceutica territoriale e ospedaliera in milioni di euro – Anno 2015

		Sardegna	Liguria	Friuli	Calabria	Italia
Farmaceutica territoriale	Tetto (11,35%)	333,67	348,50	251,81	401,21	12.380,42
	Farmaceutica territoriale lordo payback	463,88	353,71	262,54	473,13	13.414,16
	Sfondamento (segno positivo)	130,20	5,21	10,74	71,93	1.033,74
	% Variazione 2014/2015 (lordo Payback)	11,08	5,59	9,04	2,37	8,23
	% Incidenza su FSR	15,78	11,52	11,83	13,38	12,30
Farmaceutica ospedaliera	Tetto (3,5%)	102,89	107,47	77,65	123,72	3.817,75
	Farmaceutica ospedaliera lordo payback	171,02	161,32	108,64	187,13	5.480,81
	Sfondamento (segno positivo)	68,13	53,85	30,99	63,41	1.663,06
	% Variazione 2014/2015 (lordo Payback)	11,99	11,65	-2,29	24,64	10,06
	% Incidenza su FSR	5,82	5,25	4,90	5,29	5,02

5.23 Spesa farmaceutica convenzionata

Il termine "farmaceutica convenzionata" si riferisce all'erogazione dei farmaci a carico del Servizio Sanitario Nazionale da parte delle farmacie aperte al pubblico.

La dispensazione, che avviene previa presentazione della ricetta medica, riguarda i medicinali ricompresi nei Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria. Le principali componenti che influenzano questo valore sono: l'"effetto quantità" (inteso come numero di ricette), l'"effetto prezzi" (inteso come variazione dei prezzi al pubblico) e l'"effetto mix" (che indica l'incremento imputabile allo spostamento del consumo verso formulazioni più costose all'interno delle stesse categorie terapeutiche).

Nel 2016 in **Sardegna** la spesa farmaceutica convenzionata lorda è pari a 317,40 milioni di euro, un valore superiore a quello registrato in Friuli Venezia Giulia (209,87 milioni di euro) e in Liguria (272,42 milioni di euro), ma inferiore a quella rilevato in Calabria (386,62 milioni di euro).

La spesa farmaceutica convenzionata lorda pro-capite in **Sardegna** è pari a 188,71 euro, una cifra più alta di quella registrata in Friuli Venezia Giulia (157,57 euro) e in Liguria (148,61 euro), ma più bassa di quella rilevata in Calabria (204,53 euro).

Rispetto al 2015 in **Sardegna** la spesa farmaceutica è diminuita del 6,54%, quindi più che in Friuli Venezia Giulia (0,76%), in Liguria (2,82%) e in Calabria (2,09%).

Tabella 79 - Effetto consumi, prezzi e "mix" sulla variazione della spesa farmaceutica convenzionata regionale di classe A-SSN: confronto

		Sardegna	Liguria	Friuli	Calabria	Italia
Spesa lorda 2016* (milioni)		317,40	272,42	209,87	386,62	10.581,86
Spesa lorda Pro-capite pesata		188,71	148,61	157,57	204,53	174,43
Δ% 2016-2015	spesa	-6,54	-2,82	-0,76	-2,09	-1,87
	DDD	-2,22	-2,42	-2,30	-2,03	-2,05
	prezzi	-4,72	-0,05	0,11	-0,50	-1,06
	mix	0,04	0,94	1,87	1,29	1,73
Δ% costo medio DDD		-6,80	-2,75	-2,26	-2,99	-3,33

5.24 Assistenza farmaceutica erogata dalle strutture sanitarie pubbliche

Nel 2016 la spesa per i medicinali acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche (ASL, Aziende Ospedaliere, policlinici Universitari, ecc.) in **Sardegna** è pari a 233,2 euro procapite, un valore più alto rispetto alla media nazionale (195,84 euro), ma anche rispetto alla cifra rilevata in Liguria (183,49 euro), Friuli Venezia Giulia (164,50 euro) e Calabria (210,35 euro).

I consumi dei farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche in **Sardegna** sono pari a 157,2 dosi giornaliere per mille abitanti (DDD/1000 abitanti *die*), un dato più basso rispetto alla media nazionale (166,2 DDD/1000 abitanti *die*) e al valore registrato in Friuli Venezia Giulia (178,82 DDD/1000 abitanti *die*) e in Liguria (185,12 DDD/1000 abitanti *die*), ma più alto di quello osservato in Calabria (121,28 DDD/1000 *ab die*).

Tabella 80 - Spesa e consumi per farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche: confronto regionale 2016-2015 (popolazione

		Sardegna	Liguria	Friuli	Calabria	Italia
Spesa SSN pro capite	€	233,21	183,49	164,50	210,35	195,84
	Δ% 16-15	6,13	7,99	4,03	9,48	8,78
DDD/1000 abitanti die	N.	157,26	185,12	178,82	121,28	166,17
	Δ% 16-15	7,97	3,30	15	5,23	8,61

^{*}L'analisi dei consumi e della spesa non include l'ossigeno e gli altri gas medicinali.

5.25 Distribuzione diretta e per conto

Nel 2016 in **Sardegna** la spesa complessiva per i farmaci erogati attraverso la distribuzione diretta e per conto è pari a 325,4 milioni di euro, un valore superiore rispetto a quello registrato in Liguria (226,8 milioni di euro), in Friuli Venezia Giulia (152,7 milioni di euro) e in Calabria (286,3 milioni di euro).

In particolare, la spesa per i medicinali erogati tramite la distribuzione diretta in **Sardegna** supera i 271 milioni di euro, attestandosi al di sopra della cifra registrata in Liguria (205,4 milioni di euro), Friuli Venezia Giulia (116,3 milioni di euro) e Calabria (185 milioni di euro).

La spesa per i farmaci erogati in distribuzione per conto, invece, in **Sardegna** è pari a 54,2 milioni di euro, un valore più alto di quello osservato in Liguria (21,3 milioni di euro) e in Friuli Venezia Giulia (36,3 milioni di euro), ma più basso di quello rilevato in Calabria (101,2 milioni di euro).

Tabella 81 - Composizione della spesa regionale per medicinali erogati in distribuzione diretta (DD) e per conto (DPC)

	Sardegna	Liguria	Friuli	Calabria	Italia
DD (euro)	271.190.559	205.439.816	116.327.662	185.060.099	7.197.823.561
DPC (euro)	54.241.666	21.374.245	36.392.151	101.245.568	1.512.675.717
Totale (euro)	325.432.224	226.814.062	152.719.813	286.305.667	8.710.499.278
Inc% DD	83,3%	90,6%	76,2%	64,6%	82,6%
Inc% DPC	16,7%	9,4%	23,8%	35,4%	17,4%

Nota: i dati del flusso regionale sono relativi alla spesa per medicinali con AIC nel periodo gen-dic 2016, consolidati al 19/05/2017.

Composizione della spesa regionale per i medicinali erogati in distribuzione diretta e per conto

In **Sardegna** nel 2016 la spesa per i farmaci erogati attraverso la distribuzione diretta e per conto è composta per il 65,1% dai farmaci di classe A (211 milioni di euro), per il 34,2% dai farmaci di 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 - (111 milioni di euro) e per il restante 0,7% dai farmaci di classe C (2.3 milioni di euro).

Si tratta di percentuali simili a quelle registrate in Liguria, dove la spesa per i farmaci erogati attraverso la distribuzione diretta e per conto è costituita per il 65,3% dai farmaci di classe A, per il 34,1% dai farmaci di classe H e per il restante 0,5% dai farmaci di classe C. In Friuli Venezia Giulia questi valori sono leggermente diversi: in questo caso la spesa è composta per il 57,7% dai farmaci di classe A, per il 40,8% dai farmaci di classe H e per l'1,5% dai farmaci di classe C. Infine, in Calabria la spesa è costituita per il 68,9% dai farmaci di classe A, per il 30,5% dai farmaci di classe H e per lo 0,6% dai farmaci di classe C.

Tabella 82 - Composizione per classe di rimborsabilità della spesa regionale per medicinali erogati in distribuzione diretta e per conto

Farmaci (in euro)	Sardegna	Liguria	Friuli	Calabria	Italia
Classe A	211.824.263	148.153.826	88.051.223	197.292.264	5.605.426.597
Classe C	2.352.715	1.214.641	2.335.172	1.624.926	68.710.044
Classe H	111.255.246	77.445.595	62.333.418	87.388.476	3.036.362.637
Totale	325.432.224	226.814.062	152.719.813	286.305.667	8.710.499.278
Inc% A	65,1%	65,3%	57,7%	68,9%	64,4%
Inc% C	0,7%	0,5%	1,5%	0,6%	0,8%
Inc% H	34,2%	34,1%	40,8%	30,5%	34,9%

Nota: i dati del flusso regionale sono relativi alla spesa per medicinali con AIC nel periodo gen-dic 2016, consolidati al 19/05/2017.

5.26 Farmaci a brevetto scaduto

Nel 2016 il consumo dei farmaci a brevetto scaduto in **Sardegna** supera 941 dosi giornaliere per mille abitanti (DDD/1000 *ab die*), un valore superiore non solo alla media nazionale (924 DDD/1000 *ab die*), ma anche al dato rilevato in Liguria (794 DDD/1000 *ab die*) e in Friuli Venezia Giulia (898 DDD/1000 *ab die*). Resta comunque al di sotto della quota di 967 DDD/1000 *ab die* registrata in Calabria.

In **Sardegna** 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) nel 2016 è pari al 5,2% del totale dei farmaci a brevetto scaduto, un punto percentuale in meno rispetto alla media italiana (6,2%). Questo valore risulta più basso anche di quello osservato in Liguria (6,6%) e in Friuli Venezia Giulia (8%), ma più alto di quello registrato in Calabria (3,9%).

Tabella 83 - Spesa e consumo SSN dei farmaci a brevetto scaduto inclusi nelle liste di trasparenza AIFA*: confronto 2016-2015

		Sardegna	Liguria	Friuli	Calabria	Italia
Consumi totali	DDD/1000 ab die	1.377	1.136,2	1.266,0	1.339	1.301,3
	Δ% 16/15	0,9	1,3	3,5	1,6	2,6
Consumi farmaci	DDD/1000 ab die	941,3	794,3	898,7	967,8	923,9
a brevetto scaduto	% sul totale DDD	68,4	69,9	71	72,3	71
	Δ% 16/15	-1	3,7	4,2	5,2	4,4
Spesa ex-factory	€ pro capite	73,5	60,3	61,9	80,6	69,7
farmaci a brevetto scaduto	% sul totale spesa	20,3	21,1	22,8	22,8	22
	Δ% 16/15	0,8	6,2	8	4,3	6,1
% Equivalenti**	Spesa ex-factory^	5,2	6,6	8	3,9	6,2
	DDD	20,6	25	27,4	13,7	22,5

^{*}L'analisi è stata effettuata utilizzando le liste di trasparenza pubblicate mensilmente dall'AIFA.

5.27 Assistenza farmaceutica ospedaliera e ambulatoriale

Nel 2016 in **Sardegna** la spesa per i farmaci utilizzati in ambito ospedaliero è pari a 70,5 milioni di euro, un valore inferiore rispetto a quello rilevato in Liguria (128 milioni di euro), in Friuli Venezia Giulia (94,6 milioni di euro) e in Calabria (80,8 milioni di euro).

Nello specifico, la spesa per i farmaci utilizzati in ambito ospedaliero in **Sardegna** è composta per il 64,6% dai farmaci di classe H (45,5 milioni di euro), mentre in Liguria, in Friuli Venezia Giulia e in Calabria questa percentuale si attesta rispettivamente al 69,9%, al 72,3% e al 69,6%.

La percentuale di questa voce di spesa per i farmaci di classe C (16 milioni di euro) in **Sardegna** è pari al 22,7%, mentre in Liguria si ferma al 17,1%, in Friuli Venezia Giulia al 20,2% e in Calabria al 17,3%.

Infine, la spesa per i farmaci di classe A utilizzati in ambito ospedaliero in **Sardegna** è pari al 12,7% (8,9 milioni di euro), in Liguria e in Calabria raggiunge il 13,1%, mentre in Friuli Venezia Giulia i attesta al 7,5%.

Tabella 84 - Composizione per classe di rimborsabilità della spesa regionale per medicinali erogati in assistenza farmaceutica osped e

	Sardegna	Liguria	Friuli	Calabria	Italia
Classe A	8.924.462	16.743.987	7.090.405	10.600.824	334.341.348

^{**}Calcolato sul totale della spesa per i farmaci a brevetto scaduto. Si intendono farmaci equivalenti i medicinali a base di principi attivi con brevetto scaduto, ad esclusione di quelli che hanno goduto di copertura brevettuale, ai sensi dell'art. 1 bis, del DL 27 maggio 2005, n. 87, convertito, con modificazioni, dalla Legge 26 luglio 2005, n. 149.

^la spesa ex-factory è calcolata applicando la percentuale del 66,65% alla spesa a prezzi al pubblico ai sensi dell'art. 1, comma 40,

As spesa ex-factory è calcolata applicando la percentuale del 66,65% alla spesa a prezzi al pubblico ai sensi dell'art. 1, comma 40, della legge 23 dicembre 1996, n.662, e successive modificazioni intervenute, ower nello specifico dei medicinali di cui all'art. 13, comma 1, lettera b) del decreto-legge 28 aprile 2009, n. 39, coordinato con la legge di conversione 24 giugno 2009, n. 77, la spesa ex-factory è stata calcolata al lordo della quota dell'8% sul prezzo al pubblico al netto dell'IVA trasferita dal produttore alla filliera distributiva.

	Sardegna	Liguria	Friuli	Calabria	Italia
Classe C	16.031.962	21.843.843	19.126.628	13.990.676	640.583.223
Classe H	45.544.084	89.422.772	68.390.606	56.284.751	2.382.630.547
Totale	70.500.508	128.010.602	94.607.639	80.876.251	3.357.555.118
Inc A %	12,7%	13,1%	7,5%	13,1%	10%
Inc C %	22,7%	17,1%	20,2%	17,3%	19,1%
Inc. H %	64,6%	69,9%	72,3%	69,6%	71%

Nota: i dati del flusso regionale (DM 4 febbraio 2009) sono relativi alla spesa per medicinali con AIC nel periodo gen-dic 2016, consolidati al 19/05/2017.

Conclusioni

Il dato prevalente delle analisi provenienti dai 3 rapporti di ricerca esaminati è riassumibile in alcune specificità per la Sardegna che possono essere meglio in evidenza nel confronto tra le 4 regioni descritte dell'ultimo capitolo.

A differenza di quanto si ritiene comunemente, la Sardegna, nel confronto con Liguria e Friuli Venezia Giulia, perde il titolo di regione "più vecchia": la percentuale di anziani e di grandi vecchi (ultra85enni) è più elevata in queste regioni rispetto all'isola che supera di poco la Calabria. Nelle due regioni del nord l'aspettativa di vita è più alta sia per gli uomini che per le donne, ma la Sardegna recupera terreno se si misura l'aspettativa di vita all'età di 65 anni quando diventa la Regione con più prospettiva. Questo significa che ci sono cause di mortalità più elevate rispetto ad altre regioni ma per chi arriva all'età di 65 la prospettiva di vita aumenta notevolmente.

Analizzando le cause di mortalità per malattia, non potendo in questa sede analizzare quelle non dovute a patologie, le malattie cardiovascolari e quelle ischemiche vedono la Sardegna con percentuali più basse di quelle delle altre regioni analizzate nel confronto. Anche per il diabete l'isola registra il dato più basso di mortalità per gli uomini e il penultimo per le donne. Sulla mortalità per tumori l'isola registra un terzo posto superata dal dato del Friuli Venezia Giulia. La Sardegna presenta tuttavia un dato che la mette non solo prima tra le 4 regioni confrontate ma tra le prime in Italia per le patologie riguardanti la salute mentale, per i consumi di antidepressivi e per la morte per suicidio.

I dati dell'aspettativa di vita e della mortalità sono collegati alla spesa sanitaria? Dai dati non sembra così, Sardegna e Calabria spendono il 10% in più nella spesa procapite rispetto a Liguria e Friuli senza che questo abbia un effetto sullo stato di salute dei sardi. Il dato percentuale della spesa sul PIL (oltre 10% del PIL per Sardegna e Calabria contro il 6% di Liguria e Friuli dice solo quando sia basso il PIL e quante risorse occupi la sanità in queste due regioni con la Sardegna che ha il valore più alto in assoluto per i servizi erogati direttamente. Questi dati non restituiscono il fatto che negli anni esaminati, in un quinquennio, mentre le altre regioni hanno ridotto la spesa sanitaria quella in Sardegna è aumentata di oltre il 5%.

Queste risorse in più non sono spese per le tecnologie diagnostiche: infatti la Sardegna è ultima tra le 4 regioni esaminate sia per la risonanza magnetica che per il numero di TAC disponibili che per le PET, addirittura meno della meta delle regioni Liguria e Friuli. E non sono neanche spese per le strutture sociali considerato che i posti letto per persone con disabilità e per persone anziane vedono la Sardegna lontanissime da Liguria e Friuli e pericolosamente vicina ai dati della Calabria. E le risorse strutturali disponibili come gli ospedali sono eccessivamente utilizzati se si considera il dato dell'ospedalizzazione che vedono l'isola agli estremi negativi rispetto al Paese e le Regioni considerato. La spesa per l'ospedalità privata è intorno ai 50 euro procapite sia in Sardegna che in Liguria e in Friuli mentre raddoppia nel caso della Calabria: si tratta di un dato che permette di confrontare gli output del sistema sanitario pubblico delle tre regioni (esclusa la Calabria) al netto dell'offerta privata che è simile.

Rappresenta una peculiarità da analizzare il dato della migrazione sanitaria. La Sardegna presenta un dato di migrazione sanitaria in passivo come quella della Calabria mentre Friuli e Liguria nonostante alti tassi di fuga presentano anche tassi elevati di accoglienza evidentemente legati ad eccellenze sanitarie in gradi di attirare professionisti e pazienti.

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 14% dell'offerta di prestazioni di ricovero del Servizio Sanitario Regionale (mentre le strutture pubbliche forniscono il restante 86%). Si tratta di un valore inferiore rispetto alla media nazionale (25%) e al dato registrato in Calabria (33%), ma superiore a quello della Liguria (14%) e del Friuli Venezia Giulia (11%).

Per la rete pubblica in **Sardegna** sono presenti 5 ospedali di base (OB), lo stesso numero di quelli presenti in Liguria e due unità in più rispetto a quelli della Calabria (3). In Friuli Venezia Giulia non sono presenti OB. La **Sardegna** ospita 4 Spoke, uno in meno rispetto alla Liguria (5), e uno in più rispetto alla Calabria (3) e al Friuli Venezia Giulia (3). Infine, in **Sardegna** ci sono 15 ospedali sottosoglia (strutture che dispongono di un Pronto Soccorso, ma hanno bacini di utenza troppo limitati per essere classificati come ospedali di base e non si trovano in zone disagiate), un numero superiore a quello registrato in Calabria (12), Friuli Venezia Giulia (9) e Liguria (7).

Questi dati raccontano di un sistema che, confrontato con regioni analoghe per complessità geografica e strutturale, come per quantità e tipologia di popolazione, non presenza carenze strutturali nella dimensione dell'offerta sanitaria ma offre prestazioni meno mirate e presenta maggiore inefficienza se misurata con un costo pro capite superiore di oltre il 10%.

Nota metodologica

Il rapporto Life è curato dal Centro Studi sulle politiche sanitarie Life Sardegna e raccoglie i dati relativi alla Sardegna e pubblicati dai principali rapporti di ricerca nazionali sulla salute, sulle politiche sanitarie e sui costi pubblici e privati.

Lo scopo è quello di costruire una visione d'insieme che riguarda la salute nell'isola e i suoi cambiamenti nel corso degli anni attraverso l'incrocio di dati specialistici e la messa in relazione delle diverse specificità analizzate. Inoltre il rapporto Life confronta i dati dell'isola con quelli di altre regioni che presentino analogie dimensionali sul piano geografico e demografico.

Il rapporto di ricerca Life 2017 è stato curato da Nadia Comerci, Gianluca Chelo, Silvio Lai.





